

ANA PATRÍCIA FONSECA COELHO GALVÃO

(ORGANIZADORA)

**INTERFACES DA SAÚDE MENTAL:
PARÂMETROS E DESAFIOS**

EDITORA INOVAR

INTERFACES DA SAÚDE MENTAL: PARÂMETROS E DESAFIOS

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

INTERFACES DA SAÚDE MENTAL: PARÂMETROS E DESAFIOS

1.^a edição

MATO GROSSO DO SUL
EDITORA INOVAR
2020

Copyright © dos autores

Todos os direitos garantidos. Qualquer parte desta obra pode ser reproduzida, transmitida ou arquivada desde que levados em conta os direitos dos autores e autoras.

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão (Organizadora).

Interfaces da saúde mental: parâmetros e desafios. Campo Grande: Editora Inovar, 2020.
214p.

ISBN: 978-65-86212-11-2.

DOI: 10.36926/editorainovar-978-65-86212-11-2.

1. Saúde mental. 2. Doença mental. 3. Pesquisa. 4. Autores. I. Título.

CDD –610

Os conteúdos dos capítulos são de responsabilidades dos autores e autoras.

Conselho Científico da Editora Inovar:

Franchys Marizethe Nascimento Santana (UFMS/Brasil); Jucimara Silva Rojas (UFMS/Brasil); Katyuscia Oshiro (RHEMA Educação/Brasil); Maria Cristina Neves de Azevedo (UFOP/Brasil); Ordália Alves de Almeida (UFMS/Brasil); Otília Maria Alves da Nóbrega Alberto Dantas (UnB/Brasil).

Editora Inovar
www.editorainovar.com.br
79002-401 - Campo Grande – MS
2020

SUMÁRIO

Apresentação	8
Capítulo 1 A CONSCIÊNCIA DE SI COMO SAÚDE MENTAL Alexandre João Appio	9
Capítulo 2 REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUAS DECORRÊNCIAS: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL PORTUGUESES E BRASILEIROS Cândida Helena Lopes Alves Marta Helena de Freitas	23
Capítulo 3 SAÚDE MENTAL E O CONTEXTO FAMILIAR DURANTE O TRATAMENTO Christhyane Diniz Santos Victor Costa Monteiro	35
Capítulo 4 ASPECTOS RELEVANTES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS Rosedelma Penha Mendes Costa Raiany Ferreira da Silva Suzana Bastos Jácome de Souza Aline Sharlon Maciel Batista Ramos Isabela Bastos Jácome de Souza Daniel Aser Veloso Costa	41
Capítulo 5 A PERCEÇÃO DOS FATORES DE ESTRESSE EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NA ASSISTÊNCIA À PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA Mayame Jordânia Rebouças de Oliveira Wesley Queiroz Peixoto Rúbia Mara Maia Feitosa Rodrigo Jacob Moreira de Freitas Andrea Raquel Fernandes Carlos da Costa	51
Capítulo 6 FATORES CONDICIONANTES PARA O SURGIMENTO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM IDOSOS Vanessa Silva Souza Viana Janayna Araújo Viana Alice dos Santos Silva Alcântara Dannicia Silva Conceição Kéury Nascimento Ribeiro Gismailly da Silva Soares	64
Capítulo 7 A CONSTRUÇÃO DA PERSONALIDADE PSICOPÁTICA EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA Cintia Maria de Lima Barbosa Karoliny Sandrelle Costa Xavier Kailla Louhanna Marques Anchieta Ana Jessica Pires Teixeira Thiago Fellipe Pimenta Ferreira Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão	70
Capítulo 8 PREVALÊNCIA DE CASOS DE DEPRESSÃO EM ALUNOS DE 15 A 18 ANOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO DA CIDADE DE SANTOS-SP Pedro Henrique Magalhães do Nascimento	78

Capítulo 9		
IDEAÇÃO SUICIDA: HORIZONTE COMPREENSIVO EM FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL		84
Maria Roseane de Melo Souza Silva		
Ana Maria de Santana		
Capítulo 10		
DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS EM POLICIAIS		102
Dannicia Silva Conceição		
Vanessa Silva Souza Viana		
Gismailly da Silva Soares		
Keury Nascimento Ribeiro		
Alice dos Santos Silva Alcântara		
Capítulo 11		
A DEPRESSÃO E O USO ABUSIVO DE FLUOXETINA ENTRE ACADÊMICOS DE MEDICINA		108
Raissa Silva Frota		
Ana Flávia Rebouças Fernandes Borges Alves		
Beatriz Rebouças Fernandes Borges Alves		
Ludwig Azeredo		
Amanda Oliva Spaziani		
Luis Carlos Spaziani		
Capítulo 12		
AÇÕES DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO		114
Camila Tayanne Souza		
Ana Patrícia Fonseca Coêlho Galvão		
Suzana Bastos Jácome de Souza		
Aline Sharlon Maciel Batista Ramos		
Priscylla Gouveia Mendonça		
Isabela Bastos Jácome de Souza.		
Capítulo 13		
A SOBRECARGA DE TRABALHO DE CUIDADORES DE INDIVÍDUOS COM ESQUIZOFRENIA		124
Raiany Ferreira da Silva		
Rosedelma Penha Mendes Costa		
Suzana Bastos Jácome de Souza		
Aline Sharlon Maciel Batista Ramos		
Isabela Bastos Jácome de Souza		
Daniel Aser Veloso Costa		
Capítulo 14		
SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA DE UNIVERSITÁRIOS		135
Carolina Milhim Barcellos		
Leonardo Carneiro dos Santos		
Daniela Maria Silva		
Cynthia Kallas Bachur		
José Alexandre Bachur		
Lilian Cristina Gomes do Nascimento		
Capítulo 15		
PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A DIMINUIÇÃO DO USO DE PSICOFÁRMACOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE		145
Jéssica de Oliveira Campos		
Josefa Valéria Enéias Leite de Sousa		
Bruna Vanessa Barbosa de Souza		
Adriana Maria da Silva		
Jackson George Gomes dos Santos Araújo		
Jaciane Maria Soares dos Santos		

Capítulo 16		
A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL		157
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão		
Lorena Khistine Desterro		
Capítulo 17		
A PRÁXIS DA SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA		171
Brunno Alves de Lucena		
Capítulo 18		
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO		182
Francisca Bruna Arruda Aragão		
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão		
Regina Célia Fiorati		
Capítulo 19		
ASPECTOS DA SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES COM RELAÇÃO AO ENEM EM ESCOLA DA REDE PRIVADA DE ENSINO EM CUIABÁ-MT		191
Gabriela Cristina Silva Campos		
Ana Cynthia dos Andrade		
Jakeline Capelli de Almeida		
Emanoelle Aparecida Souza Santos Lang		
Sabrina Ketrin Targanski		
Victor Hugo de Oliveira Henrique		
Edna Lopes Haridoim		
Capítulo 20		
FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: ENTRE CUIDADOS E SOBRECARGAS		201
Sara Cristina Prates da Cruz		
Perpétua Albuquerque Dutra		
SOBRE A ORGANIZADORA		212

Apresentação

Estudar a saúde mental proporciona uma ligação física e lógica entre mundos que são partes de um sistema, onde dependendo da situação não poderiam ser conectados diretamente.

Todavia, se torna necessário entender algumas fases da vida e seus componentes externos e estressores do cotidiano dos quais estamos suscetíveis a absorver, que ao longo da vida, somos afetados por problemas de saúde mental, seja de maior ou menor gravidade.

Nesse sentido, esta obra possibilita um olhar multidisciplinar, com diferentes abordagens metodológicas frente à interface e desafio no cuidado e tratamento ao portador de sofrimento psíquico, principalmente com o estigma direcionado a ele.

Temos certeza de que o conhecimento compartilhado pelos autores neste e-book, muito contribuirá com conhecimentos relevantes para profissionais, estudantes, pesquisadores e demais pessoas interessadas no tema.

Desejamos aos leitores uma excelente leitura!

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão
Organizadora

Capítulo 1

A CONSCIÊNCIA DE SI COMO SAÚDE MENTAL¹

Alexandre João Appio²

“Você pode saber o que disse, mas nunca o que outro escutou” (Lacan)

RESUMO

A saúde mental está se esvaindo de nossa realidade diária. Cada vez mais, percebem-se distúrbios, bem pronunciados, na incapacidade de perceber a si, a seu entorno, a realidade que insere o sujeito. Assim, na não percepção, se revelam mazelas emocionais que nem sempre são detectadas. As emoções, igualmente são inerentes à saúde mental e desempenham papel fundamental na vida dos sujeitos, definindo as ações e interferências. Nesse contexto, ainda se percebe o sujeito como particionado, separado de si mesmo, em especializações, e cada vez mais distante de sua auto interpretação.

Palavras chave: Saúde mental, psicologia, saúde, consciência.

Introdução

A saúde mental partilha, igualmente a outras especialidades, da concepção de saúde particionada, cartesiana e biomédica. Esta deveria ser pensada como um todo e o corpo em sua totalidade e unicidade. O fato de não compreendermos a doença mental provém da dissociação e não percepção dos sintomas da maneira como a biomedicina a caracteriza, sendo, muitas vezes, causada por disfunções neuronais sem causa aparente e tratada normalmente por interação medicamentosa. A saúde mental é concebida como a capacidade de lidar com as emoções.

Assim, a saúde mental, no contexto da patologia coletiva da última década e com nosso modo de vida até anti social, percebe-se que está se esvaindo e se perdendo. As incompreensões, a não percepção de si, do entorno e da complexidade social e individual, leva à ausência de saúde mental. Esta percepção de si é fomentada pela educação, informação e conhecimento.

Como salienta a OMS em uma definição de saúde mental: “a capacidade de alcançar e se manter um funcionamento psicossocial e um estado de bem-estar em níveis ótimos. [...] auxilia o sujeito a perceber, compreender e interpretar o mundo que está a sua volta, a fim de que adaptações sejam feitas em caso de necessidade”. (OMS, 2005) A saúde mental é, antes de tudo, capacidade de um indivíduo de compreender seu entorno, interpretá-lo, ter consciência de si, considerar as emoções, apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Percebe-se portanto, a complexidade do

¹ Artigo publicado parcialmente no livro: Appio, Alexandre J. **A Patologia Coletiva: no contexto social, psicológico e educacional**. Londrina: Viseu, 2019.

² Mestre em ciências sociais, especialista em saúde mental, orientação educacional e geografia, professor de humanas, pesquisador. Site: www.appio.org

termo para somente colocá-lo como parte unicamente cerebral, desconectado do corpo e de suas percepções, propício à medicalização.

As emoções são inerentes à saúde mental e desempenham papel fundamental na vida dos sujeitos, definindo as ações e interferências. Até recentemente, as emoções ocupavam um papel marginal, periférico, pois deviam ser suprimidas, banidas, esquecidas. Atualmente, a mesma visão de supressão se faz perceber se observarmos de maneira mais atenta, mais sutil, constatando-se certa evolução nesse sentido. A deficiência ou alienação é evidente quando analisamos a incapacidade da percepção do próprio corpo, bem como os aspectos emocionais e a ausência de interpretação.

Este escrito empenha-se na reflexão da inconsciência que temos de nossas emoções, de nosso corpo e do que nos cerca. Sendo assim, não conseguimos interpretar nossa realidade, rendendo-nos às patologias inerentes a problemas mentais afirmadas por profissionais médicos, como depressão, neuroses, TDAH, entre outras.

A Consciência do homem máquina

Para compreendermos com mais eficiência o processo de autopercepção, devemos ter consciência do entorno. Para esta, devemos ter informação e interpretá-la a partir de conhecimento prévio. Percebe-se assim que a consciência tem um viés considerável de complexidade de relações. Ela é uma qualidade da mente, abrangendo qualificações como subjetividade, autoconsciência, sapiência, e a capacidade de perceber a relação entre si e um ambiente.

Alguns filósofos dividem consciência em consciência fenomenal - a experiência real e próxima, o estado de estar ciente do momento; consciência de acesso - o processamento das coisas que vivenciamos durante a experiência, se refere a estar ciente de algo ou alguma coisa. Consciência é uma qualidade psíquica, isto é, que pertence à esfera da psique humana, por sendo também que ela é um atributo da mente ou do pensamento humano. Ser consciente não é exatamente a mesma coisa que perceber-se no mundo, mas ser no mundo e do mundo. Ainda conforme afirma Pinker (2008), a consciência é a faculdade de segundo momento – ninguém pode ter consciência de alguma coisa (objeto, processo ou situação) no primeiro contato com essa coisa; no máximo se pode referenciá-la com algum registro próximo.

Já Damásio (2000), divide a consciência em três partes:

Dimensão fonte - onde as coisas acontecem de fato, o aqui agora; **Dimensão processual** – amplitude que abriga expectativas, que permite observar questões do passado e investigar o futuro; **Dimensão ampla** - engloba os conhecimentos e experiências que uma pessoa incorpora na existência. Todos os conhecimentos do passado e experimentações pelas quais o ser atravessou na vida.

Dentro dessas prerrogativas, devemos levar em consideração também que consciência pressupõe autoconsciência. Sem ela não há consciência nem reflexão sobre a consciência.

Com a revolução industrial e a determinação de produção e lucro sem contestações, o homem máquina não deve ter emoções, deve vender sua mão de obra para poder consumir e viver, assim fazendo o “bem” a toda a sociedade. O dono dos meios de produção, por sua vez, deve ter êxito e lucro e contribuindo e promovendo assim o progresso de toda a sociedade, mesmo que para tal fim a opressão e servidão se façam necessárias. Algumas teorias, como o liberalismo, se fundamentam nesse preceito. Atualmente, na sociedade tecnológica e interligada, antagonicamente é perceptível um individualismo sem precedentes e paradoxalmente nunca necessitamos tanto do outro, em uma interdependência constante, inconsciente e indissociável. Essas situações interferem na percepção da realidade, levando a indefinições às quais o sujeito não sabe lidar, buscando algum sistema de aporte e interferindo, conseqüentemente na saúde mental do sujeito.

Observa Casassus (2009) que no início do século passado pensava-se que o modelo científico racional era a fonte de liberdade, de progresso e felicidade. Cem anos depois, podemos ver que este modelo se propõe na realidade ao estabelecimento de um modelo de ser humano cuja imagem é a de um ser normativo, calculista, egoísta, que luta para manter o controle em defesa de seus interesses e que se submete ao princípio do custo benefício. Associa-se assim a uma lógica individualista de manipulação ideológica e alienação³ consentida, na qual acha-se totalmente independente de outros, mesmo vivendo em sociedade.

Fromm (1977), já naquela década destaca que “estamos nos tornando uma civilização de massa cada vez mais manipulada”. A revolução industrial foi caracterizada pelo fato de que o homem aprendeu a substituir a energia viva (animais e homens), pela energia mecânica (vapor, petróleo, eletricidade). Essas novas fontes foram a base para a mudança fundamental na produção industrial. A produção passa a ser a regra fundamental. Se esta não ocorre, não existe “progresso”. Se não ocorre aumento substancial do PIB, não há crescimento. Por sua vez, Bauman ressalta as incoerências da atualidade:

O mundo contemporâneo é recheado de interrupção, instantaneidade, incoerência, surpresa e permeado de estímulos que são constantemente renovados. Desta forma, “nossas instituições, quadros de referência, estilos de vida, crenças e convicções mudam antes que tenham tempo de se solidificar em costumes, hábitos e verdades “auto-evidentes” (Bauman, 2003,p. 06).

A sociedade sem emoções e desumanizada é percebida há décadas. Como ainda salienta o autor, a exigência da eficiência máxima conduz à supressão da individualidade, como se fôssemos simples e elementares peças de produção. Complementando as motivações do contexto, pode-se mencionar que a

3 Alienação tem muitas definições. Karl Marx (1818-1883) critica a sociedade industrial capitalista e seu modo de produção, posto que cria um trabalho alienado que acaba por desumanizar o indivíduo explorado. O estado de alienação interfere na capacidade do indivíduo de agir e pensar por si próprio, ou seja, não existe a consciência do papel que desempenha nos processos sociais. Do latim, a palavra “alienação” (*alienare*) significa “tornar alguém alheio a alguém”, no caso o outro dita as regras, que são aceitas.

educação Prussiana⁴ instituiu uma repetição de gestos e conceitos com considerável eficiência, estabelecendo o ser “humano” como um simples consumidor, sem ideologia própria, sem ter consciência de si ou de seu entorno, alienando-se ao discurso de outros, em uma clara servidão e manipulação ideológica. E se o sujeito se dá conta de sua realidade, o sistema tem a farmacologia ou outras soluções para dirimir depressões ou conflitos.

Virtualidades

Hoje, essa configuração se ampliou e confirmou com as redes sociais, afastando ainda mais o sujeito de sua essência, de suas emoções, da afetividade e em contrapartida, instaurando o medo nos sujeitos. O medo existe não somente do poder, ou de algo externo, mas de nós mesmos, por não nos conhecermos, não nos percebermos. Medo de todos os percalços cotidianos: medo da perda, medo da frustração, medo da aproximação da morte, medo dos conceitos de outros e principalmente do desconhecido. Este, lembrando oportunamente, fomentou chacinas indescritíveis no passado. Assim, o sujeito compromete substancialmente sua saúde mental, necessitando obrigatoriamente, buscar meios para sair dessa angústia, dessa ansiedade que se transforma em depressão. Com esta, devem ser buscados subsídios para a superação, sendo rápido e prático, ocorre a ilusão de que os antidepressivos são a solução.

Em outra nuance, conforme Bauman (2010), na sociedade individualizada, as queixas e as explicações para a dor perdem o foco no grupo e se deslocam para o indivíduo. Por sua vez, ao não perceber a injustiça da sociedade em totalidade e seu mau funcionamento, os sofrimentos individuais tendem a ser percebidos como ofensa pessoal e agressão à autoestima. Assim demandariam uma resposta e uma vingança pessoais.

O sujeito portanto, se afasta da realidade que o cerca, do ser humano com seus sentimentos e não percebendo ou interpretando sua realidade social, passa a ter certezas absolutas, não existindo mais a discussão, o diálogo, a troca, que são necessidades fundamentais para o sujeito ser “humano”. Assim, na ausência dessa troca, acaba por se convencer da razão absoluta e incontestável em seus conceitos prévios.

Pode-se fazer a análise de que assim aumentam os radicalismos, as fobias e perseguições. O sujeito aliena-se nas informações que recebe sem nenhuma interpretação e passa a considerar como suas ideias e luta por elas, sem se dar conta de que suas verdades não são as únicas, e que suas opiniões devem ser pesquisadas para efetivamente perceber a verdade. **Assim se caracteriza a patologia coletiva.**

4 A educação Prussiana, no discurso se posicionava como obrigatória, mas com princípios de liberdade e a igualdade no século XVIII. Passava a ser um doutrinamento ideológico pelo estado, em locais determinados, com controle e autorização do Estado. Ao observarmos a evolução da obrigatoriedade educacional na Prússia, o objetivo não era o de possibilitar o sujeito a ser capaz de raciocinar acerca do mundo ao seu redor. O controle era de regulação e regramento conforme os princípios do estado, com fins políticos. Esta educação foi a base para todo o ocidente, pela sua “eficiência”.

Possivelmente, a violência acentuada que estamos percebendo no Brasil, seria característica da virtualização da vida, somando-se ao baixo nível cultural geral da população. Ao mesmo tempo, para amenizar as mazelas e incompreensões do cotidiano é necessário um sistema de aporte, um sistema de fuga. Salientando em uma linguagem mais coloquial, um deles é culpar alguém. Ao fazê-lo, o sujeito se isenta de sua própria responsabilidade, pois ele não percebe seu papel e suas ações, mas aliena-se ao outro, nas opiniões do outro, assim culpando o outro, ao mesmo tempo que o segue.

A verdade, por sua vez, deve ser baseada em historicidade, em pesquisa, em percepção e principalmente interpretação e compreensão de que se vive em sociedade, em uma interdependência infundável. E quanto mais urbano o sujeito, mais interdependente ele se torna, pois necessita de todos os processos, serviços e produtos a sua volta.

Em seu estudo sobre “Modernidade Líquida”, Bauman (2001) salienta que no mundo atual, com a dissolução palpável de valores, vivemos de novo uma era de temores. “O estado de ansiedade e insegurança em que vivemos passa a fazer parte do cotidiano dos habitantes do mundo líquido moderno, estabelecendo outra configuração de vida, sendo a luta contra os muitos e variados medos uma normalidade”, enquanto os perigos que os deflagram passam a ser considerados permanentes e indissociáveis na vida humana.

Steiner (2001) também se refere ao entorpecimento emocional e choque emocional, situações em que o medo, frustrações e mágoas prevalecem. Somos forçados a conviver com essas mazelas, bem como com paixões frustradas e sufocadas, sem percebermos saídas ou aporte para tais aflições e emoções. Não se revelam os sentimentos, pois são desconhecidos, como também são desconhecidos os sentimentos do outro. São ocultadas as emoções, os medos e as possibilidades de resoluções de problemas, por não existir a capacidade de ouvir o outro, aprender com o outro, evoluir emocionalmente com o outro. Assim, com a ausência da partilha, ocorre um efetivo comprometimento da saúde mental dos sujeitos, com a consequente necessidade de medicalização para suportar situações desse tipo.

É salientado ainda por Steiner (2001), que as emoções são uma parte indissociável da natureza humana. Sem elas, seríamos psicopatas. Reconhecendo e adestrando nossos sentimentos, ouvindo as pessoas de maneira produtiva, podemos intensificar, e não diminuir, nosso poder pessoal. O autor discorre mais:

Ser emocionalmente inteligente significa conhecer as emoções próprias e alheias, sua intensidade e o que ocasiona essas emoções. Ser emocionalmente educado significa dar-se conta das próprias emoções por estar familiarizado com elas. (...) todos nós deveríamos ingressar em alguma forma de educação emocional, pois os equívocos emocionais são tremendamente comuns e destrutivos. (STEINER, 2001 p. 24).

É lamentável não existir essa opção nas escolas. Seria inclusive uma terapia, na qual a explanação dos problemas particulares e coletivos e exemplificação, levaria a uma terapia grupal extremamente salutar aos alunos e professores, interpretando a realidade, trocando experiências e assim entendendo melhor todo o

contexto pedagógico. Mas para o sistema de consumo ao qual estamos inseridos, o sujeito não deve ser autônomo, mas dependente do sistema ou de um produto, como os medicamentos, que passam a desempenhar este papel a partir das mazelas dos sujeitos, como a angústia e depressão.

O que fazemos com nosso corpo?

Com a medicalização excessiva, em uma agressão visível a nossa saúde mental, o corpo fica à mercê dos humores e pressões do cotidiano. Não conseguimos interpretar o que nosso corpo nos comunica. Busca-se medicamentos pela praticidade e somos acostumados a buscar isso: o rápido e prático. Será que é isso que nosso corpo precisa?

Analisando-se a educação, os pais preocupam-se somente com problemas e situações óbvias e aflições mais superficiais de seus filhos. Grande parte dos pais jamais falam de suas emoções aos filhos. Assim, em muitos casos a impressão passada aos filhos pelos pais é de que as emoções são inexistentes, sendo que a infância também é cheia de tensões e até mesmo de agressões.

Somos forçados a conviver com nossas paixões frustradas e com mágoas sufocadas, sem sabermos o que fazer ou com quem falar a respeito. Não podemos revelar nossos sentimentos, não os entendemos e estamos ainda menos familiarizados com os sentimentos de outras pessoas. Ocultamos nossas emoções, mentimos sobre elas e fingimos não senti-las. Esse processo acontece por que crescemos acostumados a agir sem dar atenção ao nosso universo emocional, ou agindo contra tais sentimentos. Qual seria o resultado disso? A incapacidade de lidar com as emoções, incapacidade de sermos ouvidos, em uma clara agressão à saúde mental. “Quase todos nós sentimos que a vida pode ser muito mais intensa. Ansiamos pelo aconchego do sentimento profundo, pela conexão com o outro, pelo entendimento mútuo. [...] Na verdade, estamos sempre buscando maneiras indiretas, artificiais ou dissimuladas de experimentar emoções.” (Steiner, 2001 p. 30)

Nesse sentido, Bertherat (2010) afirma que nosso corpo somos nós. É a nossa única realidade perceptível. Não se opõe à nossa inteligência, sentimento, alma. Ele inclui e dá-lhe abrigo. Por isso, tomar consciência do próprio corpo é ter acesso ao ser inteiro, pois corpo, espírito, psíquico e físico e até a força e fraqueza, representam não a dualidade do ser, mas sua unidade (p.8). A autora ainda salienta que deixamos tudo a cargo de outros profissionais, confiamos a responsabilidade de nossa vida e de nosso corpo aos outros, por vezes a aqueles que não desejam essa responsabilidade. Somos como crianças submissas esperando, durante toda a vida, licença para vivê-la.

Quando renunciamos à autonomia, abdicamos de nossa soberania individual. Passamos a pertencer aos poderes, aos seres que nos recuperaram. Se reivindicamos tanto à liberdade, é porque nos sentimos escravos; e os mais lúcidos reconhecem ser escravos-cúmplices.

Mas, como poderia ser de outro jeito, se não chegamos a ser donos nem de nossa primeira casa que é o corpo? (Bertherat, 2010 p. 07)

Para Melo (1997), devemos entender o esquema corporal como o regulador de nossas ações. Essa regulação revela o dinamismo da ação corporal, indicando sua flexibilidade mediante as transformações do corpo e da relação desse corpo com o meio. Se o esquema corporal é flexível, mutável, então, também sua imagem o é, podendo ocorrer a cada momento. Ao “encolher ou se expandir, o corpo pode dar suas partes para o seu mundo externo ou se apoderar de parte dele” (MELO, 1997 p. 18).

Já a respeito da primeira infância, Lê Boulch (1982) explica que a criança evolui por etapas e que a cada uma dessas etapas relacionadas vão sendo aprimoradas e ampliadas no que diz respeito à construção de esquemas e que, uma vez integrados, esses esquemas estruturam a consciência corporal da criança. Lê Boulch entende que é de grande importância para o desenvolvimento da criança as pessoas que a rodeiam, pois o conhecimento do mundo exterior e de seu próprio mundo se desenvolve por meio dessa relação.

Pelo exposto, é possível perceber que Piaget e Lê Boulch (1982) consideram que a consciência corporal é adquirida, fragmentariamente, a começar pelo ato de mamar. Melo (1997, p. 22) amplia esse entendimento:

Nesse sentido, vivendo inicialmente seus diversos fragmentos como totalidades, a criança será mais tarde capaz de descobrir que essas diversas partes correspondem a uma totalidade que é seu corpo. Com a evolução maturativa da percepção e a evolução cognitiva, a criança adquirirá uma consciência do próprio corpo. Portanto, o ato de mamar, andar e falar constitui a estrutura do desenvolvimento da consciência corporal. (Melo 1997, p. 22)

O ser humano necessita compreender e interpretar as ações em pensamento, em movimento e em sentimento, tomando consciência do seu próprio corpo e do que está à sua volta, com a intermediação entre as percepções e a realidade, pela ludicidade, conhecimento e consciência. Votre (1998) salienta que “São imagens que se instituíram em diferentes culturas como maneiras próprias de ver e viver o corpo. Significa dizer que cada cultura constrói sua imagem corporal” (p. 30).

A imagem do corpo é o conceito e a vivência que se constrói sobre o esquema corporal. Abarca o mundo humano das significações, pois na imagem corporal estão presentes os afetos, os ódios, os valores, as frustrações, enfim, a história pessoal. Em um mundo globalizado como estamos, o corpo perde suas fronteiras anatômicas, torna-se marcado pelos símbolos de suas vivências; ele é reflexo e reflexão. Por essa concepção estamos no mundo e não em nosso corpo, pois o corpo só pode ser concebido na presença do outro, nas relações. Como já mencionado, a imagem do corpo é elaborada e entendida na criança ao longo da estruturação de seu esquema corporal, em relação com o adulto que a educa.

Portanto, diante desta relação corpo-objeto e corpo-sujeito, o ser humano busca ser reconhecido como sujeito que é, sem retirar-se da condição de objeto, aliando formas de consciência, como a afetividade, às formas de presença, como a sexualidade, em busca de uma compreensão dele mesmo.

Particionamento

Dentro da visão positivista e cartesiana, as práticas envolvendo o corpo sempre o trataram como um simples mecanismo que, ou deve ser reparado quando sofre danos, ou deve ser treinado para adquirir aptidão e capacidade. Tanto em um, quanto em outro caso há predominância do utilitarismo, ou seja, corpo bom é corpo útil. Este critério de utilidade é adotado para estabelecer papéis bem definidos no contexto social, mais acentuado por volta do ano 1800, com a Revolução industrial. No contexto deste evento, o sujeito deve ser proletário, não deve pensar por si, deve ser uma máquina, sem emoções, sem percepções. A consciência de si deve ser suprimida, deve-se perceber somente que alguém estabelece as regras. Essas são as verdades na sociedade e para si mesmo, sem contestações, para alienar-se com eficiência.

Se observarmos com mais dedicação, veremos que esse processo ainda é muito acentuado. As supostas autoridades ou “formadores de opinião”, sem conhecimentos globais de funcionamento social ou da situação que explanam, colocam suas verdades como únicas e estas são seguidas sem questionamento, superficialmente e sem busca de mais informações ou qualquer interpretação, em um infundável círculo vicioso, que dá a impressão de ser uma efetiva patologia, com características de epidemia coletiva.

Assim, os sujeitos se ligam ao superficial, ao estético e visual como sendo o único caminho. Passam a ser psicologicamente violentados, pois não é a sua vontade, mas continuam seguindo aqueles preceitos patológicos durante muitos anos. A depressão é uma consequência da insegurança, do medo, da pressão por todos os meios, da incapacidade de agir, bem como de mudanças individuais não consentidas. Todos esses eventos partem de uma causa despercebida: a partir da situação de que o sujeito se percebe em partes, porque a sociedade se coloca em partes.

A partir da negação da análise do todo, não se percebe o contexto e não conseguindo entender seu papel, afeta consideravelmente sua saúde mental, indo em muitos casos a ações catastróficas como o suicídio. Salienta convenientemente Kristeva:

Nós vivemos uma fragmentação do tecido social⁵ que não oferece qualquer segurança, mas ao contrário, uma incitação à fragmentação da identidade psíquica que vivencia o deprimido. (KRISTEVA, 2005 p. 26)

Assim, com esta fragmentação estabelecida, mais facilmente o sujeito sucumbe às mazelas mentais, perdendo a noção de seu papel e de sua identidade na interdependência social, alienando-se e percebendo somente a superficialidade e parcialidade dos acontecimentos e satisfazendo-se com informações distorcidas e que ao mesmo tempo fazem com que se sinta pressionado e inseguro.

5 O laço ou tecido social é uma conexão estabelecida entre atores sociais por interações. São constituídos em relações específicas, como proximidade, contato frequente, fluxos de informação, conflitos ou suporte emocional entre indivíduos, instituições ou grupos.

Segundo Bruhns e Gutierrez (2000, p.80):

[...] o biopoder, figura indispensável para o desenvolvimento do capitalismo, exige um investimento massivo do poder sobre a vida e os corpos: saúde, sexualidade, higiene e bem-estar corporal transformam-se em preocupações fundamentais para o controle ou a disciplina das populações e tendem a ocupar o centro dos afetos de cada indivíduo.

Dessa forma, nos dizeres de Foucault (1977, p. 126) o corpo é visto a partir de ações de manipulação e submissão como pode ser comprovado: “Os métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar de disciplina. ”

Pavon-Cuéllar (2014) salienta que “a indústria cultural pretende hipocritamente acomodar-se entre os consumidores e administrar o que desejam”. O sistema simbólico da cultura⁶, desse modo, faz-nos crer que como consumidores, somos os mestres do sistema e que ele é nosso escravo, obedece-nos incondicionalmente, não é exigente, não tem pretensões e para separarmos dele e confirmar nossa liberdade, basta um ato. É aí que nos enganamos. Para o sistema simbólico da cultura, atrás da ilusão de que pretende nos servir, somos nós que o servimos e fazemos seu trabalho. Para nós os trabalhadores, serventes, escravos o sistema é nosso mestre. Ao ser nosso mestre, o sistema tem logicamente pretensões e exigências sobre nós, assim acabamos obedecendo-o no lugar de sermos obedecidos.

Se acreditarmos que nos obedece, cumprimos alegremente o papel de consumidores, sendo que o sistema se manifesta em reciprocidade. Assim seremos livres, em uma suposta igualdade, somente a liberdade de comprar. Mas ao nos darmos conta desse processo ilusório, percebemos a falta e assim a nossa mediocridade.

Nesse contexto, o corpo tem um papel fundamental. O cultivo do corpo e os investimentos sobre ele estão em grande evidência, o perfil corporal é definido de acordo com os valores exigentes e interesses de grupos sociais vigentes, fomentando o consumo para "sentir-se bem com seu corpo". Deste modo o corpo aparece como foco de interesse social como visto a seguir:

A “onda do corpo” vem se avolumando a cada dia em todos os meios de comunicação de massa. De repente, a moda passou a ser o curtir, o moldar, o cuidar do corpo. Várias providências foram tomadas e claro, colocadas no mercado para que estas mais recentes “necessidades” das pessoas fossem atendidas (SANTIN, 1992, p.71).

Pode-se salientar que o escrito, publicado em 1992, só se acentuou. Ocorre a atenção - ou tensão - exagerada ao corpo e igualmente a exigência do "ter", com a moda, cosméticos, cirurgias plásticas e a alimentação, transformando o corpo em uma indústria rentável. Sendo assim, o caráter saudável do corpo é

⁶ A cultura pode ser considerada como um sistema de ideias, mais concretamente um sistema simbólico. Tylor (em Laraia, 1986) define o conceito etnográfico de cultura, que a entendia como “um todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade. ” (Laraia, Roque de Barros. Cultura: um conceito antropológico. Zahar: Rio de Janeiro, 1986, pg. 25)

substituído por métodos de emagrecimento, ginásticas, terapias e outros, inserindo este corpo nas regras e nos padrões pré-estabelecidos e construídos na sociedade capitalista. Assim, se o sujeito não se adapta a este consumo, sofre inclusive pré-conceito e perseguição, em sofrimento psíquico e psicológico, fomentando igualmente a depressão. Esse processo se legitima com mais eficiência se o sujeito não tem autoconsciência, se não conhecer a si e a seu corpo. Procura um mestre em algo ou alguém.

A medicalização orquestrada

Juntamente com esta "tensão" do corpo, a psicofarmacologia científica vai agregando mais atenção e passa a ser uma saída para as mazelas cotidianas, sem preocupações. O estresse se tornou sinônimo de infelicidade decorrente dos problemas cotidianos e para isso, ao consultar um médico, o sujeito recebe um laudo de doença individual e uma prescrição de medicamentos, pois há um incentivo para que os médicos prescrevam seus produtos, aliados a necessidade dos sujeitos de uma solução quase imediata ao seu "problema".

Diante desse fato, Couto (2007), comenta:

"Se um sujeito faz uma consulta e não sai do médico com sua prescrição de algum psicotrópico conclui que certamente existe ali alguma coisa decisivamente muito equivocada e digna de desconfiança. Nesse caso, é recomendado buscar outro profissional mais antenado com as práticas contemporâneas de dopagem. Parece que a principal função médica na cibercultura é dopar os corpos como meio de promover a felicidade artificial."(Couto 2007, p.50).

Para justificar comportamentos, é mais legítimo assumir-se "deprimido" do que engendrar reflexões sobre o próprio modo de vida, sobre a falta ou o excesso de felicidade que a sociedade exige de seus membros, no imperativo da necessidade do "gozar a qualquer preço". (Melman, 2003)

O corpo é o objeto da ação medicamentosa. Nele se inscrevem os efeitos benéficos e os efeitos colaterais desses psicotrópicos. Nesse sentido, no corpo se inscreve não somente uma ação médica, mas também política, pois a regulação dos corpos regula a força motriz do sistema consumista. Com o uso excessivo de medicamentos, produzimos corpos anestesiados e automatizados que são programados para obtenção de lucro. A saúde mental passa a ser um objetivo a ser alcançado por meio de medicamentos como aporte. No contexto do consumo, conforme Moulin, "o corpo é o lugar em que se registra que foi totalmente tomado pela vida feliz e para isso as peças publicitárias trabalham para demonstrar e associar seus produtos" (Moulin, 2008, p.19).

Nesse sentido, nas antigas propagandas de medicamentos no Brasil se colocava que, para se ter um corpo com saúde este devia ser gordo, sem magreza, fraqueza, preguiça etc. A cada época, colocam-se certas

determinações para que sempre sejam perceptíveis a falta e a insatisfação, sendo que estas devem ser supridas com o consumo e a adequação a um conjunto de regras ditadas pelo mercado (Appio, 2012).

Inclusive no contexto de saúde mental e ação médica, pode-se salientar o caso das estatinas, colocadas no mercado como salvação mundial para diminuir o colesterol, mas sem pesquisas temporais de seus efeitos colaterais. Atualmente, sabe-se que não são tão salvadoras assim, pois necessitariam de pesquisas de seus efeitos residuais, conforme pesquisas do Dr. Perlmuther (2014), constata-se que com seu uso contínuo, a incidência da doença de Alzheimer aumentou estrondosamente. O autor se refere à “epidemia das estatinas”(p. 104), na medida em que são receitadas para qualquer disfunção do colesterol, ou até como “prevenção”, sendo que tais substâncias podem causar ou exacerbar transtornos cerebrais ou doenças.

Por sua vez, Gotzsche (2016) complementa que outro efeito colateral é o de que as estatinas causam dor e fraqueza muscular. Introduzidas de forma intensiva nos mercados, não existem pesquisas temporais, inclusive de efeitos de ausência de colesterol, que se sabe é o combustível do cérebro e das células. Portanto, em muitos casos, comparando-se com os antidepressivos, o mercado gerencia os processos, não importa os efeitos colaterais: existem outros medicamentos para eles.

“Tomar uma estatina pode reduzir seu risco de morrer por doença cardíaca, mas também aumentará seu risco de morrer por outras causas. Não é um aumento muito grande, mas uma das estatinas, cerivastatina (Baycol) foi retirada do mercado depois que pacientes tinham morrido devido a dano muscular e insuficiência renal.” (Gotsche, 2016 p. 266).

Um levantamento de mais de 10 mil pessoas usando Estatinas descobriu-se que efeitos musculares colaterais foram relatados em 60% de ex-usuários e em 25% de usuários atuais⁷. E também não se sabe os percentuais de mortes em caso de uso ou não uso das estatinas. Portanto, para alguns interesses e grandes corporações, as pesquisas não são interessantes, pois podem discutir ou proibir o que já está instituído, em consequente prejuízo bilionário a laboratórios. Muitas pesquisas da indústria nunca chegam a ser publicados, pois os resultados foram decepcionantes. E em muitos casos, o medicamento é colocado no mercado igualmente, devido a promessa de “cura” já veiculada.

Esse cartel criminoso tem suas ramificações muito mais profundas e espalhadas que podemos imaginar. A indústria da saúde tem um lado obscuro que dificilmente conseguimos mensurar, pois lida com algo vital: a saúde. Por isso não é interessante termos autonomia sobre o próprio corpo, nos conhecermos, buscar alternativas como saúde preventiva.

Na atenção à saúde, a sociedade democrática aberta transformou-se em uma oligarquia de corporações cujos interesses servem à motivação de lucro da indústria e dão forma à política pública, inclusive às agências reguladoras enfraquecidas. Nossos governos não conseguiram regular uma indústria que se tornou mais e mais poderosa e onipotente, nem conseguiram proteger a objetividade científica e a curiosidade acadêmica das forças comerciais. Era um caso clássico de priorização do lucro, e não dos pacientes. (Gotsche, 2016 p. 126).

7 McCartney M. Statins for all? *BMJ*. 2012; 345: e6044.

Não surpreende que a indústria farmacêutica manipule seus resultados. A diferença entre uma análise de dados honesta e outra não tão honesta pode valer bilhões de euros no mercado mundial. Os médicos são surpreendentemente ingênuos e não imaginam o quanto estão sendo manipulados (Gotzsche, 2016 p. 201). A maioria dos médicos acredita que a informação que obtêm da indústria é útil. Inclusive não são financeiramente responsabilizados por suas escolhas e muitas vezes prescrevem medicamentos que são 10 vezes mais caros, ou mais, do que medicamentos mais antigos, embora a única informação que tenham venha do fabricante.

Portanto, a história da medicalização no Brasil denota uma espécie de imperialismo ditatorial em que os medicamentos estabelecem o que o sujeito deve pensar e sentir na sua vida. Literalmente tolhem a capacidade de análise dos sujeitos, e fazem com que aceitem verdades que não são suas, em uma consequente alienação.

Nesse sentido, na ânsia de lidar com essas ameaças da vida cotidiana, os psicotrópicos acabam servindo como um engodo capaz de proporcionar a ilusão de inclusão, de pertencimento sem falta, por isso o entorpecimento passa a ser visto como um tipo de ideologia, porque toma a mentira como verdade salienta Zizek, ou assumem a distorção dos fatos como o fato em si. A distorção, seja pela força da alienação, seja pela ação dos reagentes químicos sobre o sistema nervoso central, operam robotizando e automatizando os sujeitos (Zizek, 1992).

Considerações finais

O corpo deveria ser entendido como fonte de sentimento, movimento e pensamento. A concepção de corpo dicotomizada, cartesiana, fragmentada existente hoje e no passado, deve dar lugar a uma concepção holística. O corpo deixaria de ser fragmentado e passaria a fazer parte de um trabalho interdisciplinar, desenvolvendo-se a consciência corporal, pois é o corpo que possibilita a dialética da consciência e do mundo e que torna viável a presença de um sujeito intencional, enquanto que a consciência permite que o corpo se torne um corpo vivo, um corpo humano, *um corpo no mundo*, fazendo com que tenhamos consciência do mundo por causa do nosso corpo (NETO *et al.*, 2007, p. 163).

A saúde mental advém desse processo: o sujeito deve se conhecer, perceber suas emoções e limitações, suas necessidades, seu mundo como realidade. Ao perceber-se, interioriza-se e passa a buscar outros sistemas de aporte fora do consumo ditatorial, como a espiritualidade e seu real papel como ser

humano, espiritual, psíquico e social. Passa a ter uma visão holística⁸ de todo o processo ao qual está inserido, e assim, percebe seu papel, interpretando sua realidade e a do outro. Complementando, esse processo de percepção é estabelecido a partir da infância, conforme alguns autores, explanado inclusive na "teoria do apego"⁹.

Reportando-nos à educação, a ideia de construção da imagem corporal pode auxiliar no campo educacional. Em uma ampla análise, percebe-se que a crise na educação é uma situação global muito mais ampla do que se concebe. A educação ainda é baseada em velhos conceitos, moldada para um sistema que se sustenta pelo consumo e produção.

Nesse processo, ocorre igualmente um particionamento substancial. Assim, são inseridos, prevendo maior lucro e não valorização dos alunos e professores, os cursos EAD, nos quais o efetivo aprendizado e socialização são suprimidos e temos como consequência a formação deficitária, sem fundamentação e o principal: sem um entendimento e interpretação da realidade dos sujeitos, predominando a certeza absoluta e ignorante sobre tudo.

A conclusão é a de que quanto mais o sujeito se torna conectado, menos se dá conta de si, de seu mundo, de sua vida, de seu corpo. Quanto menos é ouvido e ouve, menos se sente humano, sendo que sua essência é sê-lo. Assim, por outro lado, mais tem certezas absolutas sobre tudo, pois não ouve, não existem trocas e ninguém o ouve. E deve-se procurar culpados pelas frustrações, pelas incapacidades, já que não se pode falar a outros. Nessa contribuição, as redes sociais podem ouvir, alguém pode comentar contrariamente, a inicia o "debate".

Referências bibliográficas

APPIO A. J. (2012) *Dinâmica Social da Automedicação*. (Dissertação de mestrado, Unisinos). Recuperado de: <http://biblioteca.asav.org.br/vinculos/tede/AlexandreJoaoAppio.pdf>

BAUMAN, Z. *Capitalismo Parasitário e outros temas contemporâneos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

8 Holístico aqui se refere como um todo, como a visão global do processo, perceber além da superficialidade dos corpos e da sociedade.

9 Conforme a teoria do apego, em breves linhas, conforme *Bowlby (1958)* os bebês apegam-se a adultos que são sensíveis e receptivos às relações sociais com eles, e que permanecem como cuidadores compatíveis por alguns meses durante o período de cerca de seis meses a dois anos de idade. Quando um bebê começa a engatinhar e a andar, ele começa a usar as figuras de apego (pessoas conhecidas) como uma base segura para explorar mais e voltar de novo a eles. A reação dos pais leva ao desenvolvimento de padrões de apego; estes, por sua vez, levam aos modelos internos de funcionamento, que irão guiar as percepções individuais, emoções, pensamentos e expectativas em relacionamentos posteriores. (*Bretherton, 1999*). As preferências por certas pessoas, além dos comportamentos que solicitam sua atenção e cuidado, são desenvolvidas ao longo de um período considerável de tempo. (*Bowlby, 1958*) Quando um recém-nascido está irritado pela sua separação do cuidador, isto indica que a ligação afetiva não depende mais da presença do cuidador, mas é de natureza permanente. *Bretherton I, Munholland KA (1999). Internal Working Models in Attachment Relationships: A Construct Revisited. New York: Guilford Press. Bowlby J (1958). The nature of the child's tie to his mother. International Journal of Psychoanalysis (em inglês). 39 (5): 350-73*

- BERTHERAT, T. O corpo tem suas razões: antiginástica e consciências de si. 21ª Ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2010.
- CASASSUS, J. Fundamentos da Educação Emocional. Brasília: UNESCO, Liber Livro Editora, 2009.
- COUTO, E.S., & GOELLNER, S.V., (Orgs.) (2007). *Corpos Mutantes. Ensaio sobre novas (d)eficiências corporais*. Porto Alegre: Editora UFRGS.
- FOUCAULT, M. Vigiar e Punir. Nascimento da Prisão. Petrópolis: Vozes, 1977.
- FROMM, Erich. A Revolução da Esperança: por uma tecnologia humanizada. São Paulo: Circulo do Livro, 1977.
- GOTZSCHE, Peter C. Medicamentos mortais e crime organizado: como a indústria farmacêutica corrompeu a assistência médica. Porto Alegre: Bookman, 2016.
- KRISTEVA, J. Les abîmes de l'âme: depoimento. Entrevistador: Dominique-Antoine Grisoni. Paris: Le Magazine Littéraire, out.- nov., 2005
- LÊ BOULCH, J. O desenvolvimento psicomotor: do nascimento aos 6 anos de idade. Traduzido por Ana Guardiola Brozolará. Porto Alegre, Artes Médicas, 1982.
- MELMAN C. (2003) *O homem sem gravidade: gozar a qualquer preço*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- MELO, J. P. Desenvolvimento da consciência corporal: uma experiência da educação física na idade pré-escolar. São Paulo. Ed. da UNICAMP, 1997a.
- MOULIN, A. M. (2008) O corpo diante da medicina. In: Corbin A, Courtine J. Vigarello G, organizadores. *História do corpo: as mutações do olhar: o século XX*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- PAVON-CUÉLLAR, D. Elementos políticos de marxismo Lacaniano. 1a. ed. México D.F.: Paradiso Editores, 2014.
- PERLMUTTER, D. A dieta da mente: a surpreendente verdade sobre o glúten e os carboidratos. 1ª ed – São Paulo: Paralela, 2014.
- PINKER, S. *Do que é feito o pensamento: A língua como janela para a natureza humana*, Companhia das Letras, 2008.
- SANTIN, S. Perspectivas na visão da corporeidade. In MOREIRA, W. W.(org). Educação física & esportes: Perspectivas para o século XXI. Campinas: Papirus, 1992.
- STEINER, C.; Perry, P. (2001) Educação Emocional: um programa personalizado para desenvolver sua inteligência emocional. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- ZIZEK, S.(1992) Eles não sabem o que fazem. O sublime objeto da ideologia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Capítulo 2

REFORMA PSIQUIÁTRICA E SUAS DECORRÊNCIAS: PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL PORTUGUESES E BRASILEIROS

Cândida Helena Lopes Alves
Marta Helena de Freitas

RESUMO

Apresenta-se resultados de pesquisa realizada com profissionais de saúde mental (SM) brasileiros (BRs) e portugueses (PTs), na qual se investigou como percebem e avaliam os modelos de (SM) instaurados em seus países a partir da Reforma Psiquiátrica (RP). Contou-se com 24 participantes, 12 de cada país, com os quais realizaram-se entrevistas semiestruturadas, abordando os seguintes tópicos: percepção das reformas realizadas no sistema e nos serviços de SM em seu país, identificação de suas principais vantagens e desvantagens, dificuldades observadas na implementação dos mesmos, desafios e perspectivas para a SM em seu país e no mundo. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas em seu conteúdo, buscando-se identificar convergências e divergências nas percepções relatadas. Em geral, as mudanças apontadas pelos profissionais estão em consonância com as diretrizes contemporâneas para a saúde mental estabelecidas pela ONU. A maioria dos profissionais percebem vantagens na implementação da RP, embora apontem também desvantagens e obstáculos à mesma, em especial a falta de recursos, mais frequentemente apontada por BRs, e as resistências na mudança de paradigma, apontadas igualmente nos dois países.

Palavras-chave: Saúde Mental; Reforma Psiquiátrica; Brasil; Portugal.

ABSTRAT

This paper presents results of research carried out with Brazilian (BR) and Portuguese (PT) mental health (MH) professionals, in which it was investigated how they perceive and evaluate the MH models established in their respective countries from the Psychiatric Reform (PR). 24 professionals participated in this research, 12 from each country, with which semi-structured interviews were conducted, addressing the following topics: perception of the reforms carried out in the system and in the MH services in their country, identification of their main advantages and disadvantages, difficulties observed in the implementation of the new models, challenges and perspectives for the MH in their country and in the world. The interviews were recorded, transcribed and analyzed in their content, seeking to identify convergences and divergences in the reported perceptions. In general, the changes mentioned by professionals are in line with the contemporary guidelines for mental health established by the UN. Most of the professionals perceive advantages in the implementation of PR, although they also related some disadvantages and several obstacles to their implementation, especially the lack of resources, more frequently pointed out by BR, and the resistances against the new MH paradigm, which was pointed out by both BR and PT.

Keywords: Mental Health; Psychiatric Reform; Brazil; Portugal.

1. INTRODUÇÃO

A transformação das concepções sobre a SM e de suas políticas e arranjos institucionais para atendimento às pessoas excêntricas e em sofrimento psíquico, a cujo conjunto se convencionou chamar de RP, foi um longo e multifacetado caminho iniciado no ocidente a partir da segunda guerra mundial. Este

processo tem ser configurado, ao longo dos anos, de modo específico em cada sociedade, tendo em conta suas características e acordos político-jurídicos que possibilitam a operacionalização das mudanças nas formas de cuidado e assistência à sua população, superando o modelo anteriormente centrado na hospitalização psiquiátrica e suas características estigmatizantes e discriminatórias. Em alguns países, como o Brasil, este processo começou, embora tardiamente, por meio da participação ativa dos próprios profissionais que atuam em SM (Brasil, 2005) e aos poucos foi ganhando legitimidade jurídica. Em outros, entretanto, como em Portugal (Almeida Filho et al, 2015), este processo se iniciou mais cedo, por meio da instituição de leis e decretos governamentais que depois precisaram ser assimiladas pelos profissionais da área e pela população em geral.

Considerando-se as especificidades históricas, culturais, sociais e econômicas de cada país, bem como a amplitude de aspectos e dimensões que a RP deve contemplar, conforme apontam Simões, Fernandes e Aiello-Vaisberg (2013), o projeto de sua implementação constitui-se num grande desafio para todos os seus atores. Como principais agentes responsáveis por esta implementação estão os profissionais de SM de diversas áreas - psiquiatria, psicologia, enfermagem, assistência social, dentre outras que, ao encararem e atenderem aos desafios de implementação da RF, desenvolvem percepções diversas, no seu processo de apreensão, aprovação, críticas ou resistências aos novos modelos instituídos no cuidado aos usuários dos serviços de SM. Este trabalho teve como objetivo investigar como profissionais com experiência significativa em SM, brasileiros e portugueses, que acompanharam de dentro as mudanças nas políticas e sistemas de serviços de SM em seus respectivos países durante as últimas décadas, percebem e avaliam as mudanças implementadas e o que consideram como desafios futuros.

2. PRINCÍPIOS BÁSICOS DAS REFORMAS PSIQUIÁTRICAS

Os princípios básicos que orientaram os movimentos de reconfiguração das práticas psiquiátricas em SM no mundo ocidental se desenvolveram, inicialmente, como decorrências dos levantes e questionamentos às atrocidades que deram origem e acompanharam a Segunda Guerra Mundial, ancorando-se, portanto, na necessidade de uma reconstrução radical do valor dos direitos humanos. Deste modo, com a fundação da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, e respectivos desdobramentos posteriores, em especial com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, emerge formalmente um novo paradigma e referencial ético que orienta a ordem internacional à qual todos os estados e nações ficam submetidos. Segundo este, os Direitos Humanos (DH) constituem-se em “um complexo integral, único e indivisível”, no âmbito do qual os diferentes direitos – civis, políticos, sociais, econômicos, culturais, dentre outros “estão necessariamente inter-relacionados e interdependentes entre si” (Piovesan, 2008, p.22).

Ainda em 1948, fundou-se a Organização Mundial da Saúde (OMS), subordinada à ONU e encarregada de monitorar e garantir a saúde de todos os povos, que passa a ser concebida de modo intrínseco ao desenvolvimento social (Matta, 2005). No intuito de garantir os DH da pessoa com desordens mentais e em sofrimento psíquico, a OMS passa a trabalhar com os governos dos estados no desenvolvimento e implementação de progressivas políticas, planos de ações, serviços, programas e legislação em SM, estabelecendo normas técnicas, diretrizes básicas e formulações políticas a serem seguidas internacionalmente. Dentre estas, estão a Declaração de Caracas (OMS, 1990), com caráter de resolução adotada por legisladores, profissionais, ativistas em direitos humanos e SM convocados pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS/OMS) e reunidos em Caracas, Venezuela, no ano de 1990. A referida declaração visa promover a reestruturação do modelo psiquiátrico centrado na institucionalização do doente e, em seu lugar, instituir tratamentos de bases comunitárias e de modo integrado à sociedade, evitando assim o isolamento, a exclusão e a estigmatização da pessoa em sofrimento psíquico.

Em 1996, a OMS institui outras duas normas técnicas com vistas a esclarecer os princípios internacionais da Atenção à Saúde Mental (ASM) condizentes com os princípios dos DH. Uma é a Legislação de Atenção à SM: Dez Princípios Básicos, instituída em 1996, que serve como guia para que os países desenvolvam e aperfeiçoem suas respectivas legislações de SM; a outra são Diretrizes para a Promoção dos DH de Pessoas com Transtornos Mentais, favorecendo compreensão e interpretação dos princípios da ASM (OMS, 2005).

2.1. A Reforma Psiquiátrica em Portugal

As críticas aos modelos manicomiais iniciaram-se, em Portugal, na década de 1960 (Hespanha, 2010), seguindo o modelo da Psiquiatria de Setor Francesa (PSF), a qual fora uma experiência de planificação nacional e racionalização administrativa (Passos, 2009). Assim, o país acolheu inicialmente a filosofia da desinstitucionalização por meio de uma Lei de SM, a Lei 2118 de 3 de abril de 1963, segundo a qual o hospital psiquiátrico não seria mais o único responsável pelo tratamento à SM. Estabeleceram-se os Centros de SM como unidades fundamentais dos serviços, que passaram a incluir também instituições extra hospitalares, com ênfase em ações preventivas, onde a comunidade estaria implicada em ações de integração social da pessoa em sofrimento mental (Almeida Filho et al, 2015).

A Lei 2118, apesar de sucessivamente legislativa, teve pouquíssima repercussão e mobilizou apenas alguns poucos profissionais, em geral não médicos, muitos deles recém-retornados da França e influenciados pela formação que lá receberam (Alves e Silva, 2004; Hespanha, 2010). Mais tarde, em 1971, o Dec. Lei. nº 413, buscou aproximar-se, do ponto de vista legislativo, da política de SM inspirada das correntes europeias então em voga, visando articulação entre os serviços de SM e outros serviços de saúde e caracterizando a chamada Psiquiatria de Ligação, já então definida pela ONU em resoluções específicas (Alves e Silva, 2004).

Apesar disso, a lei ainda não contemplava outros princípios já definidos internacionalmente, dentre eles, os da reabilitação social, da desinstitucionalização e dos direitos à informação e ao consentimento do tratamento por parte do usuário em SM. E mesmo o princípio da integração da SM ao Sistema Nacional de Saúde, embora tentado em leis sucessivas de 1984, 1987 e 1989, só foi realmente efetivado nos anos 90, pelo Dec. Lei. nº 127/92 de 3 de julho.

A decisão governamental de instituir a Lei 127, criando estruturas regionais de gestão serviços (norte, centro e sul) e integrar os centros de SM aos hospitais gerais centrais e distritais, foi acompanhada de grande contestação por parte dos profissionais em psiquiatria, que viam nisso um retrocesso, reforçando a institucionalização. Esta contestação foi superada quando se decidiu que os hospitais psiquiátricos se manteriam no país, mas com mais diversificada oferta de serviços (Alves e Silva, 2004; Siqueira-Silva, Nunes & Moraes, 2013). Somente em 1998, com a colaboração interministerial e também das organizações sociais comunitárias, precedidas de debates sobre as contradições do sistema vigente, instituiu-se a Lei de SM nº 36/98 que oficializou finalmente no país a integração dos serviços e a responsabilidade comunitária já antes pretendida legalmente (Alves, 2011).

Nos relatórios do Ministério da Saúde (Portugal, 2007; 2012), foi descrita a Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação de Desenvolvimento dos Serviços de SM no país para os anos de 2007 a 2016, verificavam-se ainda preocupações em superar alguns sérios problemas enfrentados neste campo, entre eles: a reduzida participação dos usuários e familiares; a escassa produção científica sobre esta temática, a insuficiência das respostas a grupos mais vulneráveis e a ausência de programas de prevenção. Por outro lado, a investigação qualitativa conduzida por Siqueira-Silva, Nunes e Moraes (2013), onde entrevistaram profissionais de SM e familiares de usuários destes serviços em Portugal acerca dos modelos adotados no país, apontou que, embora não seja possível relacionar todas as decorrências e relações entre as leis de SM, os serviços efetivamente oferecidos e as práticas e percepções dos entrevistados, foram alvos de várias críticas e motivos de insatisfações.

2.2. A Reforma Psiquiátrica no Brasil

As primeiras influências dos ideais da RF ocorreram no Brasil em 1970, no âmbito da Reforma Sanitária (RS), inspirando-se nas propostas de psiquiatria comunitária americana e europeia e levando à criação de medidas que expandiam o escopo do atendimento à SM para além da medicina, passando a incluir outras áreas, como psicologia, serviço social, sociologia, terapia ocupacional e fonoaudiologia. O processo de RP propriamente dito eclode no país apenas ao final da década de 70, como produto de uma conjunção entre contextos internacionais de mudanças neste campo e movimentos sociais organizados por diversos atores, sobretudo os próprios profissionais de SM lutando pelos direitos dos então chamados pacientes psiquiátricos (Brasil, 2005).

Em 1978, surge o Movimento dos Trabalhadores em SM (MTSM), congregando profissionais ligados ao Movimento Sanitário, às associações profissionais, aos sindicatos, bem como os próprios familiares e usuários dos serviços psiquiátricos. Foi protagonista da denúncia contra a violência dos manicômios, a mercantilização da doença mental, a hegemonia psiquiátrica e o modelo hospitalocêntrico no atendimento à SM, inspirado nas experiências de desinstitucionalização de outros países, como Estados Unidos, Inglaterra, França e Itália, somadas à conjuntura de redemocratização do país, cujo sistema de assistência psiquiátrica era gerido pelo governo militar e conivente com todo um sistema de maus tratos, negligências, torturas, fraudes, corrupções e outras formas de desrespeito aos DH (Amarante, 1995).

Entre 1980 e 1990, com o fim da ditadura militar, iniciam-se efetivamente as mudanças na legislação, surgindo então diversos projetos de leis, nacionais, estaduais e municipais em prol dos DH dos usuários dos serviços em SM. O auge do contexto reformista, tanto sanitário quanto psiquiátrico, no Brasil, se deu em 1986, logo após o fim da ditadura, com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual reuniu em torno de quatro mil pessoas (Passos e Portugal, 2015).

Em 1986, inaugurou-se em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), instituição de acolhimento a pessoas com transtornos mentais, com o objetivo de “estimular sua integração social e familiar, apoiá-las em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico” (Brasil, 2004, p. 9). Aos poucos, este modelo foi adotado em todo o país, mas sua oficialização se dá apenas mais tarde, com a Portaria GM 224/92, caracterizando-se como centros locais/regionalizadas que oferecem cuidados à SM intermediários entre os regimes ambulatorial e hospitalar, oferecidos por uma equipe multiprofissional (Brasil, 2004). Gradativamente outros serviços substitutivos à hospitalização foram surgindo no país, regulamentados posteriormente pela Portaria no 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, e integrando-se à rede do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado nos princípios básicos da universalidade, equidade, integralidade, humanização e descentralização dos serviços de saúde física e mental.

3. MÉTODO

3.1. Participantes:

A pesquisa, de cunho exploratório e predominantemente qualitativo, foi realizada com 24 profissionais de SM, sendo 12 BRs e 12 PTs. O principal critério de inclusão foi a longa experiência em SM, permitindo-lhes acompanhar as mudanças ocorridas nas políticas, sistemas e serviços oferecidos em seu país.

A idade dos participantes PTs variou entre 43 e 69 anos (média 50,58 e desvio padrão 9,02). Dos 12 entrevistados, sete (58,3%) são homens e cinco (41,6%) mulheres; oito são doutores (um POSDOC), um mestre, dois médicos e uma estudante universitária (técnica administrativa de uma instituição de Ensino Superior). Do conjunto, oito são docentes no Ensino Superior na área da SM, um é diretor de uma instituição

de SM e outro, ex-diretor de outra. Quanto à residência e local de atuação no período da pesquisa, quatro atuavam no Porto, quatro em Coimbra, dois em Lisboa e dois em Viseu.

A idade dos participantes BRs variou entre 33 e 77 anos (média 52,75 desvio padrão 13,02). Dos 12 profissionais entrevistados, oito (66,6%) são mulheres e quatro homens (33,3%). Destes, sete são doutores (dois POSDOC), dois médicos, dois mestres e uma assistente social. Dentre eles, oito são docentes no Ensino Superior na área da SM, um é atualmente diretor de uma instituição de SM e outro, ex-diretor da mesma. Em termos de residência e atuação profissional, no período em que foram entrevistados, sete atuavam em São Luís (Maranhão) e cinco em Brasília (Distrito Federal).

3.2. Instrumento:

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, segundo temas-eixos definidos em consonância com os objetivos gerais e específicos da pesquisa: a) dados sociodemográficos e informações gerais sobre a experiência prévia e atual em SM; b) mudanças assistidas na SM ao longo da própria experiência; c) percepções pessoais, opiniões e avaliação geral das mudanças assistidas; d) caracterização atual dos serviços; e) desafios atuais e perspectivas para o futuro da SM no país e do mundo.

Cada entrevista durou entre 25 e 55 minutos e todas foram gravadas e posteriormente transcritas e revisadas, de forma a permitir a sua análise em profundidade. A partir de leituras sucessivas das entrevistas, buscou-se estabelecer as regras de recorte conforme os seguintes eixos temáticos: natureza das mudanças assistidas pelos profissionais durante sua experiência de atuação em SM, vantagem das mudanças assistidas, dificuldades observadas ou experimentadas ao longo deste processo, desvantagens das mudanças implementadas e das características atuais dos serviços de SM em seu país; desafios da SM em seu país; desafios da SM no mundo.

4. RESULTADOS

Ao descreverem as mudanças assistidas, o aspecto que mais se ressaltou foi a ruptura do modelo asilar, assinalado por seis BRs e sete PTs. Na sequência, outro ponto bastante ressaltado foi a inserção dos pacientes na comunidade, mais frequentemente apontada pelos PTs (seis), do que pelos BRs (três). Por outro lado, a humanização no tratamento foi apontada mais pelos BRs (cinco), mas também por PTs (dois). As alterações nas leis de SM foram enumeradas igualmente por entrevistados de ambos os países (três PTs e três BRs). A implementação da psiquiatria comunitária foi explicitamente mencionada mais pelos PTs (quatro) e do que pelo BR (um), a referência à diversificação e multidisciplinaridade foi apontada mais por BRs (quatro). Outras mudanças apontadas foram: a maior especialização dos serviços (dois BRs e dois PTs), a

implementação de modelos baseados em outros países (um BR e três PTs), os avanços psicofarmacológicos (três PTs), a redução do estigma contra a doença mental (um BR e dois PTs), a autonomia social e política dos pacientes (dois PTs), a ocorrência do movimento antipsiquiátrico (dois BRs), a descentralização dos serviços (um PT), a implementação de serviços epidemiológicos (um PT), o incremento de serviços privados em SN (um PT) e a maior aceitação da psicoterapia (um PT).

Relativamente às vantagens das mudanças assistidas, os dois aspectos que mais se destacaram inicialmente foram a inserção dos pacientes na comunidade, ressaltadas por quatro BRs e cinco PTs e a implementação da psiquiatria comunitária, apontada por cinco BRs e dois PTs. Também a diversificação e a multidisciplinaridade (quatro BRs e um PT) e a redução do estigma contra a doença mental (dois BRs e três PTs) foram apontadas como vantagens, acompanhadas da percepção de aumento de recursos para o atendimento à SM no país (três BRs e um PTs).

Quanto às dificuldades enfrentadas ou observadas na implementação das mudanças relatadas, o que mais se destacou foi a ausência de recursos financeiros para a implementação das mudanças (onze BRs e quatro PTs). Um segundo aspecto mais frequentemente mencionado foi relativo às resistências enfrentadas, nas falas dos BRs (sete) e dos PTs (cinco). Outro aspecto apontado como dificuldade e que reflete também uma forma muito específica de resistência às mudanças, foi a estigmatização do doente mental, que ainda permanece nos dois países, e foi relatada igualmente por cinco BRs e cinco PTs.

As vantagens das mudanças assistidas foi identificada nos depoimentos dos entrevistados, o que mais se destacou foi a falta de recursos para realizar o que foi idealizado ou previsto em lei, tendo sido este aspecto mencionado por quatro BRs e cinco PTs. Entretanto, do ponto de vista qualitativo/contextual, observou-se uma variação de sentido na forma como isso foi apresentado. Assim, os BRs tenderam a ver a falta de recurso no Brasil mais como uma dificuldade econômica enfrentada pelo país e que vem também aliada à falta de apoio da comunidade. Isso se registra, por exemplo na seguinte fala, de uma BR:

“Porque se você tira o paciente de dentro do Hospital, você tem que oferecer apoio lá fora, e é muito pouco, o paciente ainda anda muito com a família atrás de um lugar para ser atendido depois que ele tem uma alta”.

Já os PTs tenderam a ver a própria preocupação de ordem econômica como uma desvantagem das mudanças em si, que vieram mais comprometidas com preocupações desta ordem do que propriamente com a qualidade da atenção à SM em si mesma. É o que fica ilustrado no seguinte trecho de fala:

“O modelo é economicista e o que está no centro das decisões não são as pessoas, é o dinheiro, e portanto, enquanto o motivo for o dinheiro, o modelo funciona em torno do dinheiro, não em torno das pessoas, embora tenha que haver um compromisso entre as duas coisas, e não há fundamentalismo nenhum da minha parte”.

Ainda em relação às desvantagens das mudanças assistidas, a falta de apoio comunitário foi mencionada por quatro BRs e três PTs. Neste caso, em geral num contexto em que é comparado ao engajamento dos profissionais, que, especialmente no Brasil, é visto como sendo maior do que o da família e da própria sociedade como um todo. Já os PTs, cinco deles, mencionam a resistência aos novos paradigmas de um modo mais genérico, incluindo-se tanto a comunidade como os próprios profissionais de SM. Vários deles relatam suas experiências de verdadeiro embate com outros profissionais, muitas vezes da mesma área, que discordavam radicalmente das leis instituídas no país, com a implementação da RP. A lenta evolução do sistema é também apontada com desvantagem, fazendo-se referência ao descompasso entre a formulação de uma lei que não levou em conta a realidade do próprio país e que não foi implementada gradativamente, na mesma medida em que se preparasse adequadamente os profissionais, as instituições e a própria comunidade para que pudesse ser assimilada e de fato colocada em prática. Isso foi mencionado por três PTs. Dentre os problemas que não foram levados realisticamente em conta para a formulação da lei acerca do processo de desinstitucionalização do doente mental, é mencionada, por três PTs, a condição desfavorável dos usuários que não podem contar com suas famílias ou com uma rede social que os acolha. O não cumprimento de uma lei que foi elaborada sem a devida assimilação por parte das instituições e da sociedade é explicitamente apontado como uma desvantagem (um BR e dois PTs). Juntamente com esta crítica, são geralmente apontadas outras desvantagens como: hipervalorização da medicação, apontada por dois BRs; estigmatização da doença mental, também apontada (dois BRs); centralização dos recursos, mencionada (um PT); impossibilidade de se desinstitucionalizar usuários que estão com a SM já muito debilitada (dois PTs); necessidade de sucessivas alterações da própria lei que não previu antes todos estes problemas (um PT).

Curiosamente, de todos os eixos temáticos contemplados na entrevista, aquele onde mais se registrou maior similaridade entre BRs e PTs foi o relativo aos desafios da SM no âmbito do próprio país. A menção à necessidade de superação da falta de recursos foi mencionada por três BRs e três PTs; o mesmo ocorrendo em relação ao enfrentamento das resistências à mudança de paradigma na atenção à SM. O engajamento da sociedade no apoio comunitário à pessoa em sofrimento mental foi outro desafio apontado (dois BRs e quatro PTs), o mesmo ocorrendo em relação à implementação de serviços adequados ao atendimento pedopsiquiátrico e também de estratégias de prevenção e intervenção precoce. O desafio da atuação multidisciplinar foi apontado por um BR e três PTs. O envelhecimento da população foi também apontado por um BR e dois PTs. A saúde debilitada ou a condição social desfavorável de muitos pacientes já crônicos que estão hospitalizados há muitos anos foi um desafio mencionados por três PTs, enquanto a implementação da psiquiatria comunitária foi mencionada por dois BRs, assim como também os problemas com a dependência química.

Em relação aos desafios da SM no mundo, BRs e PTs tendem apontar praticamente os mesmos, mas em proporções diferenciadas. Deste modo, o desafio da falta de recurso para implementação dos novos

modelos de SM, como sendo uma questão de ordem mundial e não mais apenas nacional (dois BRs e quatro PTs). A resistência quanto à mudança de paradigma como sendo um problema a ser mundialmente enfrentado (um BR e cinco PTs). A necessidade de implementação de estratégias de prevenção e intervenção precoce é apontada por dois BRs e três PTs. O exercício multidisciplinar em SM é apontado como desafio mundial (quatro BRs e um PT). A necessidade de alterações nas leis e de incremento no apoio comunitário são desafios mundiais (três BRs).

5. DISCUSSÃO

O destaque dado, na fala dos entrevistados de ambos os países, à ruptura da lógica asilar, à inserção da comunidade e à humanização no tratamento estão diretamente em consonância com os princípios da setorização dos serviços e dos cuidados comunitários em substituição aos hospitais psiquiátricos, mesmo que o termo “descentralização” apareça espontaneamente para se referir às mudanças assistidas na fala de apenas um entrevistado, PT. Os princípios da diversidade e democratização dos serviços oferecidos, assim como da capacidade de respostas efetivas à necessidade da população também ficam representados em suas falas, em especial pelos PTs, quando apontam, dentre as principais mudanças acompanhadas, a diversidade / multidisciplinaridade e a especialização dos serviços oferecidos, assim como também a psiquiatria comunitária e a maior autonomia social e política dos pacientes em SM.

Também os princípios de participação dos usuários, familiares e comunidade local e de redução do estigma ficam contemplados nas falas dos BRs, ao se referirem diretamente ao movimento psiquiátrico e suas conquistas, e dos PTs, ao se referirem à maior autonomia social e política dos usuários em SM. Já os princípios de relação da atenção primária com os setores não governamentais e de sua respectiva concretização a partir de uma coordenação comum só ficam contemplados a partir das referências às alterações nas leis, sendo que estas foram mencionadas igualmente por PTs e BRs.

Viu-se que a inserção dos serviços de SM na comunidade foi apontada pelos entrevistados de ambos os países como uma vantagem das mudanças assistidas, assim como também a diversidade dos serviços oferecidos e a multidisciplinaridade, acompanhados da redução do estigma e do aumento de recursos para o atendimento à SM, tendo este último se destacado na avaliação dos BRs. Por outro lado, também os BRs se destacaram ao apontar, como principais dificuldades de implementação das mudanças, justamente a ausência de recursos financeiros, assim como também a falta de profissionais. Isto significa que, embora as mudanças tenham sido desejadas e efetivamente implementadas legalmente, na prática elas não se concretizam como previsto. Daí apontarem como uma desvantagem do conjunto de mudanças implementadas justamente o fato de não terem sido pensadas realisticamente, contemplando aquilo que seria economicamente viável ou prevendo a devida preparação dos profissionais e da comunidade.

Seria tarefa bastante complexa distinguir a dificuldade de ordem econômica das dificuldades de ordem social, que estão também relacionadas às resistências enfrentadas e respectiva estigmatização dos usuários em SM, estas duas últimas são igualmente mencionadas por BRs e PTs. Ou seja, embora estes últimos apontem com uma das dificuldades a condição desfavorável de algumas famílias que não podem receber o paciente identificado em casa e realizarem adequadamente a tarefa de cuidadores, esta realidade, também de ordem econômica, parece não chegar a ser tão gritante como no Brasil, ou pelo menos não a ponto de os PTs colocarem a falta de recursos econômicos do país como uma das principais dificuldades. Deste modo, para os PTs, o maior destaque para as dificuldades de implementação da RF continua sendo para as resistências enfrentadas, inclusive entre os próprios profissionais de SM. Isto explicaria as duas outras dificuldades - a evolução lenta do sistema, apontada pela maioria dos entrevistados PTs, e a centralização dos recursos - apontadas tanto por BRs como PTs. A preocupação de ordem econômica aparece novamente entre os PTs ao referirem aos desafios do país e do mundo no campo da SM.

O descompasso entre o previsto na lei e o que se consegue efetivamente realizar em SM tanto no Brasil como em Portugal é também apontado como uma das desvantagens no processo de RP. No Brasil, apesar das mudanças serem decorrências de movimentos profissionais, o descompasso tende a ser atribuído à falta de recursos e à ausência da preparação dos profissionais e da comunidade em geral, para acolhimento dos novos modelos. Em Portugal, tende a ser atribuído ao fato de a lei ter sido implementada por iniciativa governamental, com base em modelos adotados em outros países, mas sem a participação da sociedade e dos próprios profissionais PTs (Passos, 2009).

Quanto aos desafios para a SM no âmbito do próprio país, constata-se que a maioria delas se relaciona a fatores que têm impedido a efetivação da desinstitucionalização. A falta de recursos foi igualmente apontada por BRs e PTs e os desafios ressaltados coincidem com outros fatores encontrados por outras pesquisas realizadas no Brasil (Bezerra & Dimenstein, 2011), e apontam, dentre os principais responsáveis pelas reinternações sucessivas (*revolving door*), também a falta de apoio da comunidade; resistência às mudanças de paradigmas, por parte de governantes, sociedade e, muitas vezes, dos profissionais; dificuldade de implementar a psiquiatria comunitária e o atendimento multidisciplinar; além das condições sociais desfavoráveis dos usuários e seus familiares. Em Portugal, aparecem com mais evidência, fatores relacionados ao envelhecimento da população, o que se explica em função da contemporânea realidade demográfica daquele país. Com pequenas diferenças, estes mesmos desafios são apontados em relação à SM no mundo, sobressaindo-se a falta de recursos e a resistência à mudança de paradigma, além do desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção precoce, apontando para a preocupação dos profissionais BRs e PTs com estratégias preventivas à SM e com políticas mundiais que garantam o bem-estar geral da população.

6. CONCLUSÃO

Os resultados desta pesquisa estão em consonância com aqueles alcançados por estudos anteriormente desenvolvidos com profissionais PTs (Siqueira-Silva, Nunes & Morais, 2013) e BRs (Simões, Fernandes & Aielho-Vaisberg (2013), acrescentando, entretanto, a possibilidade de comparar estas percepções e poder discuti-las à luz das características dos atuais modelos de SM adotados nos dois países, Brasil e Portugal. Verificou-se que há muito mais similaridades do que diferenças nas percepções dos dois grupos de profissionais entrevistados, o que pode levar à conclusão de que, a despeito das particularidades de cada país, os grandes desafios para a implementação da RF tendem a ser muito semelhantes, ou ainda, à de que as percepções entre BRs e PTs em relação a estes desafios sejam muito parecidas.

Cabe destacar a grande ênfase nos serviços comunitários, no exercício interdisciplinar, na preparação das famílias para a acolhida e assistência adequada à pessoa em sofrimento psíquico, bem como aos desafios da falta de recursos e das estratégias de prevenção, pode ser tomada como verdadeiro chamado ao exercício de suas competências no trabalho grupal e matricial junto aos serviços de SM. Tais habilidades são fundamentais para superação dos modelos asilares e/ou clínico-biologicistas apontadas por estudos no campo específico da psicologia (Neto, 2008; Pegoraro, Cassimiro & Leão, 2014; Macedo & Dimenstein, 2013) como diferenciais do psicólogo comprometido com intervenções psicossociais.

REFERÊNCIAS

- Almeida Filho, A. J. et al (2015). Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(4): 117-125.
- Alves, F. (2011). *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*. Porto: Edições Afrontamento.
- Alves, F. & Silva, L. F. (2004). *Psiquiatria e comunidade: elementos de reflexão. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Ação. Atelier: Saúde*.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- Amarante, P. (Org.). (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Bezerra, C. & Dimenstein, M. (2011). O fenômeno da reinternação: um desafio à Reforma Psiquiátrica, *Mental*, IX(16); 417-442.
- Brasil (2005). *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: Ministério da Saúde
- Brasil (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) Hespánha, P. (2010).

- A reforma psiquiátrica em Portugal: Desafios e impasses. In: Fontes, B., Fonte, E. (Orgs.). *Desinstitucionalização, Redes sociais e Saúde Mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal* (pp. 137-162). Recife: UFPE.
- Macedo, J., & Dimenstein, M. (2013). Ação política-profissional dos psicólogos e a Reforma Psiquiátrica. *Estudos de Psicologia*, 18(2), abril-junho/2013, 297-304
- Matta, G. C. (2005). A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. *Trabalho, Educação e Saúde*, 3(2): 371-396.
- Neto, J. (2008). Psicologia e Saúde Mental: três momentos de uma história. *Saúde em Debate*, 32(78/79/80), 18-26.
- Organização Mundial de Saúde – OMS. (1990). Declaração de Caracas - Documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas.
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2005). Livro de recursos da OMS sobre saúde mental, direitos humanos e legislação: Cuidar, sim – Excluir não. Genebra: WHO Library.
- Passos, I. C. F. (2009). Reforma psiquiátrica: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Passos, R. & Portugal, S. (2015). Breve balanço da política de saúde mental: análise comparativa Brasil e Portugal a partir da experiência das residências terapêuticas. *Revista de Políticas Públicas*, 19(1), 91-102.
- Pegoraro, R. F.; Cassimiro, T. J. L. & Leão, N. C. (2014). Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. *Psicologia em Estudo*, 19(4): 621-631.
- Piovesan, F. (2008). Constituição Brasileira de 1988 e os tratados internacionais de proteção dos direitos humanos. *EOS Revista Jurídica da Faculdade de Direito*, 2(1), 20-33.
- Portugal (2007). *Relatório: Proposta de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal – 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde / Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.
- Portugal (2012). *Reatualização do Plano Nacional de Saúde Mental*. Lisboa: Ministério da Saúde / Direção Geral da Saúde.
- Silva, J. C. B. & Oliveira Filho, P. (2013). Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial. *Estudos de psicologia (Campinas)*, 30(4): 609-617.
- Siqueira-Silva, R., Nunes, J. & Moraes, M. (2013). Portugal e Brasil no cenário da saúde mental. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25(3), 475-496.
- Simões, C., Fernandes, R. & Aiello-Vaisberg, T. (2013). O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. *Estudos de Psicologia*, 30(2), 275-282.

Capítulo 3

SAÚDE MENTAL E O CONTEXTO FAMILIAR DURANTE O TRATAMENTOChristhyane Diniz Santos¹
Victor Costa Monteiro²**RESUMO**

A história nos mostra que o doente mental foi por muitos anos privado de sua liberdade tanto no tratamento quanto pela sociedade. Após a Reforma Psiquiátrica no Brasil instituída na década de 70, iniciou-se um novo olhar aos cuidados com a saúde mental no sentido da desinstitucionalização dos tratamentos. Com esse novo modelo de cuidado, a família é apontada como importante parceira no acompanhamento ao portador de transtorno mental. As doenças mentais são bastante complexas e de difícil compreensão para as pessoas que convivem com o doente. Em consequência disso, nem sempre a família mostra-se presente neste momento, acarretando em lentidão ou insucesso no processo de tratamento e ressocialização dos pacientes. Este trabalho busca então a percepção dos pacientes de saúde mental e a influência do relacionamento familiar, em relação ao apoio, atenção e cuidados. Foi documentado e analisado entrevistas de 12 pacientes de uma unidade do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) da cidade de Araguari - MG. A entrevista baseou em quatro categorias: a convivência do paciente com a família após o diagnóstico; a interação da família com o CAPS; o apoio familiar durante o tratamento no CAPS; e a participação dos amigos como suporte para o tratamento. Foi percebida pelos entrevistados a extrema importância da presença ativa familiar para o sucesso terapêutico. Entretanto, mesmo que a maioria resida com algum familiar, foi apontada a ausência de apoio e incompreensão como predominante.

Palavras-chave: Saúde Pública; Saúde Mental; CAPS; SUS.

ABSTRACT

History shows us that the mentally ill has for many years been deprived of his freedom both in treatment and in society. After a Psychiatric Reform in Brazil instituted in the 70s, started again, mental health care will not be deinstitutionalized. With this new model of care, the family is identified as an important partner in accompanying patients with mental disorders. Mental illnesses are quite complex and difficult to understand for people living with the patient. As a consequence of this, the family does not always show, at this moment, the activation or slowness or failure in the process of treatment and resocialization of patients. This work seeks, then, the perception of mental health patients and the influence of family relationships, in relation to support, attention and care. Twelve patients from a CAPS unit in the city of Araguari - MG were documented and analyzed. The interview was based on four categories: the patient's contact with the family after diagnosis; family interaction with the CAPS; family support during treatment at CAPS; and a participation of friends as support for the treatment. Respondents perceived an extreme importance of active family presence for therapeutic success. However, even though the majority of residents with a relative, it was pointed out as the absence of support and incomprehension as predominant.

Keywords: Public Health; Mental Health; CAPS; SUS.

¹ Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Araguari-MG.

² Instituto Master de Ensino Presidente Antônio Carlos, acadêmica de medicina, Araguari-MG.

INTRODUÇÃO

A substituição do modelo manicomial foi fruto das políticas de saúde do Brasil, que tiveram um marco teórico e político na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) e culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Outro marco histórico foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990. Vários países da América Latina, incluindo o Brasil, comprometem-se a promover a mudança da assistência psiquiátrica, alterando a condição centralizadora do hospital psiquiátrico. Assim, os direitos civis, a dignidade pessoal e os direitos humanos dos pacientes seriam prioridade (HIRDES, A., 2009).

Na história, o CAPS Luiz Cerqueira influenciou como inspiração para a formalização de dezenas de outros CAPS, em várias regiões, estabelecendo um novo tipo de atendimento de saúde mental no país. Os CAPS foram regulamentados em plano nacional pelo Ministério da Saúde, através das portarias 189, de 1991, e 224, de 1992 (TENÓRIO, 2002).

Atualmente, o tratamento das patologias psiquiátricas ainda é um desafio no Brasil ou em outros locais do mundo, visto sua capacidade limitada. Confirmada essa limitação, um estudo realizado na Índia recomenda a reorientação dos ambulatorios psiquiátricos vigentes na perspectiva de melhorar a prestação desses serviços (SUKUMAR *et al.*, 2020). A vida daqueles que sofrem com distúrbios da saúde mental é relacionada intrinsecamente com diversos fatores ao longo dos anos, e um deles é o fator social. Portanto, é improvável que estratégias como tratamentos clínicos ou intervenções terapêuticas tenham êxito se aplicadas isoladamente. Sendo assim, é preciso novas abordagens, um exemplo é o interRAI Suite of Mental Health Assessment Instruments, que é um sistema integrado para um atendimento contínuo e mais efetivo, o qual preza pela assistência holística do paciente (HIRDES, J. P. *et al.*, 2019).

Essa assistência integral requer a família como ator social indispensável, pois é um núcleo de pessoas com grande potencial de acolhimento e ressocialização. Assim, com o papel desse núcleo bem estruturado, há redução do tempo de internação dos pacientes em instituição psiquiátrica e maior chance de sucesso terapêutico (BORBA *et al.*, 2011).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo, com realização de entrevista semi-estruturada, a 12 pacientes em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da cidade de Araguari – MG. A escolha dos participantes foi aleatória.

Houve estratificação dos participantes em estado civil, faixa etária e sexo. Além disso, coleta de dados relevantes como: tempo e frequência de tratamento no CAPS, residência com a família, renda própria e suas patologias psiquiátricas diagnosticadas.

Após a coleta de dados, os mesmos foram submetidos ao método de análise de conteúdo de acordo com Bardin (HIRDES, A., 2009). A partir da análise, emergiram quatro categorias: (1) A convivência do paciente com a família após o diagnóstico; (2) A interação da família com o CAPS; (3) O apoio familiar durante o tratamento no CAPS; e (4) A participação dos amigos como suporte para o tratamento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos participantes do estudo eram solteiros (41.67%), do sexo feminino (58.33%), com média de idade de 43 anos. Os pacientes têm em média 23 meses de tratamento no CAPS, vão cerca de três vezes na semana, residem com algum familiar (66.67%) e não possuem renda própria (58.33%). As patologias predominantes eram depressão e esquizofrenia (25% depressão e 25% esquizofrenia).

Uma das principais razões para a dificuldade na relação da família com o paciente ocorre devido à falta de compreensão da família para com a doença, o que acaba por taxar o doente mental com estereótipos muito comuns na sociedade. Assim, um dos fatores que pode explicar tal fato é o sentimento de negação da existência do transtorno psiquiátrico pela família (BORBA *et al.*, 2011).

A primeira categoria, sendo a convivência do paciente com a família após o diagnóstico, percebe-se que os pacientes sentem falta do afeto e do apoio familiar e a maioria relata ser de grande importância possuir uma boa relação com seus familiares. Aos que não possuem o apoio familiar, nota-se que tentam suprir a falta de afeto de alguma outra forma, sendo com amigos ou com outros pacientes e funcionários dentro do CAPS. Assim, como confirma o estudo com um grupo de 300 idosos no Paquistão, o apoio familiar influencia, mesmo que indiretamente, na saúde mental, física e até cognitiva dos pacientes (TARIQ *et al.*, 2020).

“Meus irmãos e minha mãe nunca foram meus amigos. Depois do meu problema a relação pirou. No trabalho também ninguém me entende, só o médico me entende.”
(PACIENTE 1)

“Gosto de conversar com a faxineira e com as pessoas que trabalham no CAPS, porque minha família não me entende.” (PACIENTE 9)

Em relação a segunda categoria, interação da família com o CAPS, podemos perceber que poucos familiares buscam participar das atividades do CAPS, a maioria, apesar de apoiar, não acompanha diretamente o paciente. Algumas famílias ainda demonstram preconceito e discriminação. A exclusão do

doente mental se perpetuou no tempo e ainda hoje é possível observar os estigmas carregados por esses pacientes. A indiferença não é apenas por parte de profissionais ou da população leiga, trata-se de uma exclusão da vida familiar. Esse fato é decisivo para a evolução de um bom tratamento (MACIEL *et al.*, 2008).

“Não, eles nunca participaram de nada. Eu queria ir para Uberlândia ficar internada, porque minha filha briga demais comigo e não aguento mais. Eu quero buscar uma solução, porque na minha casa não está tendo jeito. Eu queria que ela viesse na reunião de família, para explicarem o que é a depressão, pois eles não entendem.” (PACIENTE 9)

“Ao receber o diagnóstico de TOC em 2014, tive total apoio de minha família. Gostaria de conversar mais sobre minha saúde com eles. Eles costumam acompanhar-me nas consultas médicas, mas no CAPS eles não vem.” (PACIENTE 7)

“Minhas três filhas vieram ao CAPS e me acompanharam uma vez só, porém saíram fazendo chacota. Minha família atualmente não procura por informações minhas; são indiferentes, não me acompanham em minhas consultas médicas.” (PACIENTE 3)

Podemos observar com a terceira categoria, o apoio familiar durante o tratamento no CAPS, que na maioria das vezes os pacientes não possuem o apoio familiar que deveriam ter, e os poucos apoiados não são acompanhados durante o tratamento. Muitos familiares não compreendem a necessidade da terapia, demonstrando muitas vezes preconceito e isolando o paciente. Dessa forma, a família julga de forma errônea que o cuidado do doente deve ser feito apenas pelos profissionais de saúde, ideia talvez relacionada com um passado recente de institucionalização (BORBA *et al.*, 2011).

“Minha filha fala para eu vir 3x na semana, apoia o tratamento, mas ela não tem condições de me trazer. Ela nunca participou comigo (filha).” (PACIENTE 9)

“Eu não tenho ninguém que me ajuda. Minha família não me ajuda. Parecem malucos. Não desejo isso que eu estou passando para ninguém... Minha família não gosta que eu venha, fica desconfiada de mim, não me entende, acha que eu estou aqui para não trabalhar, minha família é louca, só fica perguntando porquê estou agindo assim.” (PACIENTE 1)

“... porém tinha muitos problemas com a mesma (mãe), porque ela me obrigava a casar. A minha família acha que o CAPS é um lugar de doido e não me apoiam vir para cá.” (PACIENTE 4)

A última categoria, a participação dos amigos como suporte para o tratamento, pode-se confirmar que a maioria dos pacientes entrevistados considera importante a presença de amigos como suporte e apoio. Entretanto, pode-se observar isolamento completo da sociedade ou a convivência somente com os profissionais do CAPS.

“Antes de ficar doente eu tinha muitos amigos, mas depois todos se afastaram de mim... Pra falar a verdade, eu prefiro ficar sozinha. Eu não tenho nem roupa para sair e nem para receber visita. Então prefiro ficar sozinha, porque eu tenho vergonha.” (PACIENTE 9)

“Não tenho amigos fora do CAPS. No CAPS, gosto da terapeuta ocupacional, com quem me comunico no CAPS e pelo Facebook.” (PACIENTE 3)

“Meus amigos me apoiam e sempre me perguntam se estou indo ao CAPS. Eu acredito ser importante o apoio dos amigos durante o tratamento. Eles me compreendem e sempre perguntam sobre o tratamento.” (PACIENTE 12)

CONCLUSÃO

Foi evidenciado que o apoio familiar durante o tratamento é extremamente importante para esses pacientes (BORBA *et al.*, 2011). Na percepção deles, a melhora seria maior e mais efetiva se tivessem com quem dividir seus sentimentos. Entretanto, em muitos relatos, foi percebido a ausência e a incompreensão por parte de familiares e pessoas do convívio do doente.

O novo modelo de atendimento ao doente mental adotado pelo SUS tem se mostrado extremamente vantajoso em relação aos antigos hospitais psiquiátricos e manicômios, que através do isolamento dos doentes, não priorizavam o bem estar do portador de sofrimento mental (HIRDES, A., 2009). Pelos atuais modelos como o CAPS, que valorizam a humanização, pode-se observar uma ênfase na inserção familiar e social, de modo a acabar com os estereótipos que foram criados historicamente (TENÓRIO, 2002).

Entretanto, observa-se ainda inclusão deficitária da família, a qual deve ser reforçada pelos serviços através de novas práticas que reposicionem lugares para os familiares/cuidadores no auxílio ao enfermo (ROSA, 2005). Sendo assim, esse trabalho busca, ao documentar a percepção do doente, elucidar e conscientizar sobre o papel crucial da família, cuidadores e amigos no processo de cuidado.

REFERÊNCIAS

BORBA, L. DE O. *et al.* A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 45, n. 2, p. 442–449, abr. 2011.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 297–305, fev. 2009.

HIRDES, J. P. *et al.* The interRAI Suite of Mental Health Assessment Instruments: An Integrated System for the Continuum of Care. *Frontiers in Psychiatry*, v. 10, p. 926, 2019.

MACIEL, S. C. *et al.* Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*, v. 13, n. 1, p. 115–124, jun. 2008.

ROSA, L. C. DOS S. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicologia em Revista*, v. 11, n. 18, p. 205–218, dez. 2005.

SUKUMAR, G. M. *et al.* Mental health services provided by medical officers in primary health centres in Kolar district in Karnataka, India: A situational assessment. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, v. 9, n. 1, p. 173–179, jan. 2020.

TARIQ, A. *et al.* Role of Perceived Social Support on the Association between Physical Disability and Symptoms of Depression in Senior Citizens of Pakistan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 17, n. 5, 25 fev. 2020.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 9, n. 1, p. 25–59, abr. 2002.

Capítulo 4

ASPECTOS RELEVANTES NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS

RELEVANT ASPECTS IN NURSING CARE IN PSYCHIATRIC EMERGENCIES

Rosedelma Penha Mendes Costa¹
Raiany Ferreira da Silva²
Suzana Bastos Jácome de Souza³
Aline Sharlon Maciel Batista Ramos⁴
Isabela Bastos Jácome de Souza⁵
Daniel Aser Veloso Costa⁶

RESUMO

O presente capítulo objetiva buscar evidências científicas que descrevam os aspectos relevantes da assistência de enfermagem e apontar os principais desafios para a qualidade do atendimento da demanda psiquiátrica. Utilizou-se o método de revisão integrativa da literatura, foram utilizadas as bases de dados SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), no mês de março de 2019. Os artigos incluídos evidenciaram a dificuldade e despreparo dos profissionais de enfermagem na abordagem ao paciente, o estigma sobre a loucura e a insegurança vivenciada pelos profissionais durante os cuidados. Foi identificada a necessidade da capacitação em saúde mental, e sensibilização dos profissionais de enfermagem quanto aos cuidados prestados, através da criação de núcleos de educação permanente, visando um cuidado singular e humanizado, tendo em vista aprimorar o atendimento de enfermagem nas emergências psiquiátricas.

Palavras-chave: Emergência, Enfermagem psiquiátrica.

ABSTRACT

This chapter aims to seek scientific evidence that describes the relevant aspects of nursing care and to point out the main challenges for the quality of care provided by psychiatric demand. The integrative literature review method was used, the databases SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences) and BIREME (Virtual Health Library) were used in the month March 2019. The articles included evidenced the difficulty and unpreparedness of nursing professionals in approaching the patient, the stigma about the madness and insecurity experienced by professionals during care. The need for training in mental health and awareness of nursing professionals regarding the care provided was identified, through the creation of permanent education centers, aiming at a singular and humanized care, with a view to improving nursing care in psychiatric emergencies.

Keywords: Emergency, Psychiatric nursing.

¹ Enfermeira (Universidade CEUMA), pós graduanda em Neonatologia (Faculdade Laboro).

² Enfermeira (Universidade CEUMA), pós graduanda em Unidade de Terapia Intensiva.

³ Docente em Medicina.

⁴ Enfermeira em Estratégia Saúde da Família – SEMUS.

⁵ Enfermeira, Mestre em Saúde e Ambiente (Universidade Federal do Maranhão).

⁶ Enfermeiro, Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, Mestre em Biologia Parasitária (Universidade CEUMA).

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica foi aprovada pela Lei Federal 10.216/01, dispondo sobre a reinserção psicossocial, tendo como foco a humanização da assistência à saúde mental no Brasil, por meio de serviços de base comunitária, proteção aos direitos das pessoas com transtornos mentais, e a gradativa extinção dos manicômios. Os atendimentos que antes eram feitos apenas em hospitais psiquiátricos, foram ampliados para Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais-Dia, Leitos em Hospitais Gerais, Ambulatórios com espaços de convivência coletiva, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Programa de Volta Para Casa (PVC), de modo que as internações deixaram de ser a única forma de tratamento (BRASIL, 2012).

Nas emergências psiquiátricas, o primeiro atendimento é feito no pronto-socorro, sobretudo nos casos de lesões e tentativas de suicídio. Portanto, emergência psiquiátrica é definida como mudanças de comportamentos que não podem ser assistidas pela atenção básica de saúde, de forma rápida e adequada. Os cuidados prestados na emergência psiquiátrica passaram por várias modificações, para se adequarem as mudanças nas políticas de saúde mental, desempenhando novas atribuições, tais como a estabilização da crise e o início do tratamento (BORGES *et al.*, 2012).

Nos serviços especializados de emergência em saúde mental, estima-se que em torno de 20% dos pacientes atendidos são suicidas e 10% apresentam comportamento agressivo. Os diagnósticos mais comuns envolvem a depressão, mania, esquizofrenia e dependência de álcool. Cerca de 40% dos pacientes atendidos são encaminhados para internação (ESTELMHSTS *et al.*, 2008).

Com a redução dos leitos psiquiátricos o modelo de assistência passou por mudanças significativas, contudo a enfermagem manteve seu papel relevante nos cuidados às pessoas com sofrimento mental, por manter o maior contato com paciente durante o atendimento das emergências psiquiátricas, exigindo cuidados imediatos, conhecimentos específicos e uma visão ampliada para atender o paciente em sua integralidade (PAES; MAFTUM; MANTOVANI 2010).

Contudo, esses cuidados ainda estão centrados em um modelo mecânico de procedimentos, que visam apenas os aspectos gerais, tais como administração de medicamentos, cuidados com a higiene e preservar a vida do paciente, sem atitudes terapêuticas que de fato diminuam o sofrimento, assim transparecendo a imprescindibilidade da qualificação e treinamento da enfermagem para essas situações de crise (SOARES *et al.*, 2014).

As doenças e transtornos mentais afetam mais de 400 milhões de pessoas em todo o mundo, segundo a Organização Mundial da Saúde. Entretanto, a Organização das Nações Unidas, diz que entre 75% a 85% das pessoas que sofrem desses males não têm acesso a tratamento adequado (WHO, 2013).

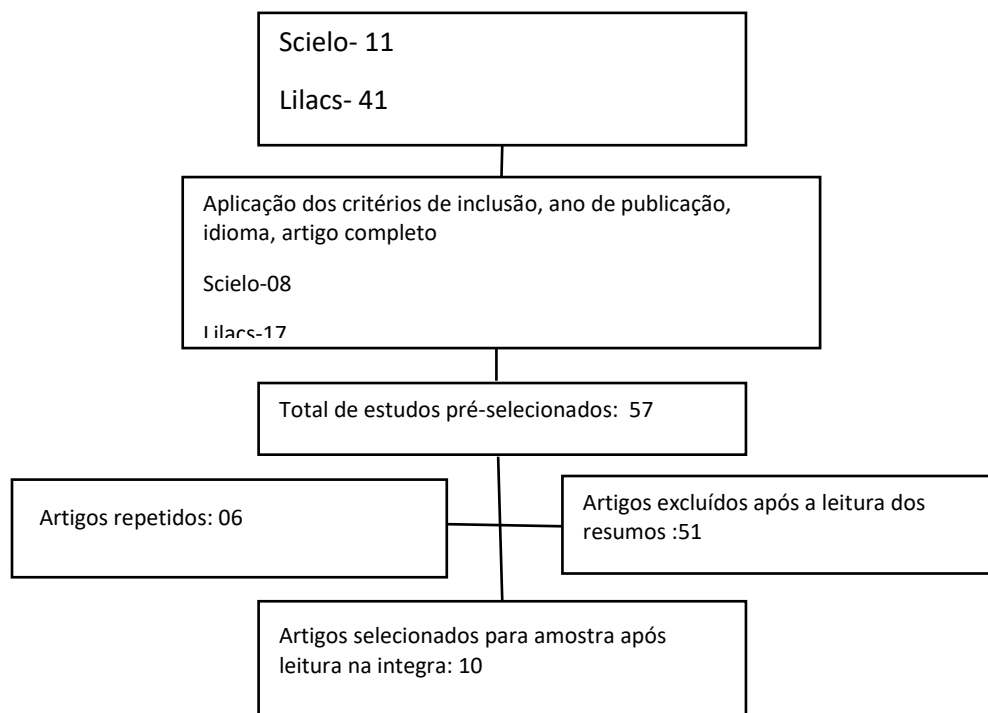
Vale ressaltar a fragilidade imediata dos cuidados prestados aos usuários desse serviço, tendo como desafios essenciais para qualidade da assistência, a extinção do preconceito sofrido pelos pacientes com

transtornos mentais, o preparo emocional da equipe, sistematização da assistência de enfermagem, conhecimentos sobre psicofármacos e o manejo adequado perante a patologia mental. Desta forma as intervenções devem ser realizadas com segurança, para diminuir os danos psíquicos e aumentar a adesão ao tratamento (SOARES *et al.*, 2014).

Diante do exposto, este estudo objetiva identificar os aspectos relevantes da assistência de enfermagem a pacientes em emergências psiquiátricas, e corroborar na identificação das fragilidades nos cuidados de enfermagem em situações de crise nas emergências psiquiátricas.

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada de acordo com os seis passos operacionais: Identificação do problema; Elaboração da pergunta norteadora; Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; Coleta de dados em bases científicas; Seleção dos artigos; Análise e interpretação dos resultados.

A pergunta que norteou este estudo foi: Quais as dificuldades dos profissionais de enfermagem na assistência em emergências psiquiátricas? Quanto à seleção bibliográfica, foram utilizadas as seguintes bases de dados: SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde). O levantamento das publicações foi realizado no mês de março 2019. Para o levantamento dos estudos e a ampliação da busca foram utilizados os seguintes descritores controlados: enfermagem psiquiátrica, emergência.



Anteriormente à aplicação dos critérios de inclusão identificou-se 11 artigos na base de dados SCIELO, 41 no LILACS, e 644 na BVS, entretanto, havia artigos idênticos nas três bases de dados. Dessa forma, após os critérios empregados e a leitura dos resumos foram selecionados para amostra deste estudo 02 artigos da base de dados SCIELO, 04 na LILACS e 04 na BVS, resultando em uma amostra de 10 estudos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da busca eletrônica realizada foram localizados 696 estudos. Desse total, 633 estudos foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão e 6 excluídos por repetição, sendo pré-selecionados 57 artigos. Após a leitura na íntegra configurou-se a amostra deste estudo o total de 10 artigos. Os estudos selecionados foram identificados por ordem cronológica como E1 a E10.

O Quadro 1 sintetiza os conteúdos dessas publicações quanto ao título, autores, tipo de estudo e ano de publicação:

Quadro 1. Título, autores, tipo de estudo e ano de publicação dos artigos dos artigos utilizados na pesquisa, 2019.

Estudo	Título	Autores	Tipo de estudo	Ano
E1	A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico.	Rosa Maria Rodrigues; Jacó Fernando Schneide	Qualitativo	1999
E2	Atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem.	Claudinei José Gomes Campos; Mariana Borges Teixeira	Qualitativo	2001
E3	Emergências em saúde mental: prática da equipe de enfermagem durante o período de internação.	Priscila Estelmhsts; Tatiana Brusamarello; Dayane Borille; Mariluci Alves Maftum	Qualitativo	2007
E4	Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento.	Érica Hissae Kondo; Juliane Cardoso Vilella; Letícia de Oliveira Borba; Marcio Roberto Paes, Mariluci Alves Maftum	Qualitativo	2008
E5	Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar.	Marcio Roberto Paes; Mariluci Alves Maftum; Maria de Fatima Mantovani	Qualitativo	2010
E6	Atendimento à crise psíquica no pronto-socorro: visão de profissionais de enfermagem.	Leandro da Rosa Borges; Leandro Barbosa de Pinho; Annie Jeanninne Bisso Lacchini	Qualitativo	2012
E7	Impacto do estigma da loucura a atenção de enfermagem ao paciente psiquiátrico em situação de emergência.	Andréa Damiana da Silva; Claudia Mara de Melo Tavares; Elaine Antunes Cortez	Qualitativo	2013
E8	Atuação do enfermeiro no serviço de emergência psiquiátrica: Avaliação pelo método de quarta geração.	Aline Aparecida Buriola; Luciane Prado Kantorski; Catarina Aparecida Sales; Laura Misue Matsuda	Qualitativo	2014
E9	Concepção de profissionais de saúde que atuam em emergência de saúde mental.	Marcos Hirata Soares; Eloisi Delalibera Ruzzon; Maira Sakay Bortoletto	Quantitativo	2014
E10	Avaliação da estrutura física e de recursos humanos de um serviço de emergência psiquiátrica.	Aline Aparecida Buriola; Leandro Barbosa Pinho; Luciane Prado Kantorski; Laura Misue Matsuda	Qualitativo	2014

Fonte: pesquisa bibliográfica realizada em março de 2019.

Quanto aos objetivos e resultados dos estudos, foram descritos aspectos relevantes durante a assistência de enfermagem em pacientes em emergências psiquiátricas. Tabela 1 apresenta a distribuição dos estudos de acordo com os principais resultados.

Tabela 1: Principais resultados nos artigos selecionados na pesquisa, 2019.

Estudo	Principais Resultados
E1	O atendimento prestado na emergência psiquiátrica é feito sem planejamento, inviabilizando uma assistência humanizada, sendo agravado pela falta de especialização dos profissionais e discrepância durante a formação acadêmica.
E2	Os sentimentos dos profissionais sofrem variações, tais como, pena, medo, raiva, estando relacionado ao estado em que o paciente se encontra. Para os membros da equipe o despreparo e falta de treinamento aumentam a ansiedade durante o atendimento.
E3	A equipe comumente compreende o cuidado de enfermagem como um conjunto de técnicas e procedimentos a serem aplicados, o que exige da equipe capacitação, e em determinadas situações do auxílio de outros colegas, especialmente nos casos da contenção do paciente.
E4	Identificou-se durante a abordagem as dificuldades dos profissionais em compreenderem o sofrimento dos pacientes com quadro de agitação, despertando sentimentos de medo, desconfiança, culpa, raiva, sendo estes causados pela falta de treinamento e locais apropriados para o atendimento.
E5	A maioria dos enfermeiros descreveram os cuidados como generalista, tendo foco apenas na questão físico-biológica, sem considerar as particularidades individuais de cada paciente, levando ao distanciamento entre o paciente e profissional de enfermagem.
E6	As principais dificuldades relatadas pelas equipes de enfermagem foram a falta de conhecimento, condições de trabalho e o estigma, levando os cuidados a serem prestados sem prioridade, naturalizando o sofrimento.
E7	Os cuidados prestados ao paciente psiquiátrico é negligenciado, se comparado aos demais, os enfermeiros descrevem como desconfortável atender pacientes psiquiátricos, por não saberem lidar com as particularidades dos transtornos mentais.
E8	A atuação do enfermeiro foi descrita como primordial, no processo dos cuidados emergenciais em saúde mental, toda via, alguns fatores acabam prejudicando a implantação efetiva da reforma psiquiátrica.
E9	Foi evidenciado que os profissionais de enfermagem que atuam nos serviços de emergência de saúde mental necessitam de capacitação, ainda foi identificado uma postura autoritária e pouco benevolente, sem consciência dos fatores que desencadeiam o transtorno mental.
E10	A assistência de enfermagem necessita de melhorias em sua estrutura, para assim diminuir o manejo dos enfermeiros, proporcionando a humanização dos cuidados de enfermagem, visto que os profissionais ficam sobrecarregados pela alta demanda.

Fonte: pesquisa bibliográfica realizada em março de 2019.

Percebe-se que vários aspectos norteiam as dificuldades mais comuns durante a assistência de enfermagem em pacientes em emergências psiquiátricas. Dentre eles, destacam-se a falta de capacitação dos profissionais, insegurança dos profissionais ao lidar com situações de crise, e o estigma sobre a loucura.

Falta de capacitação dos profissionais

Os artigos encontrados em sua totalidade descrevem o despreparo dos profissionais, como um fator que inviabiliza a assistência de enfermagem de qualidade nas emergências psiquiátricas. A falta de conhecimentos específicos e qualificação dos mesmos os levam a prestarem cuidados básicos, focados na administração de medicamentos e contenção mecânica. Paes *et al* em seu estudo com uma equipe de enfermagem de um Hospital geral de Curitiba/PR, em 2009, encontrou relatos de profissionais que verbalizaram com clareza essa inaptidão vivenciada por eles mesmos:

“O paciente psiquiátrico que vem aqui não tem o manejo adequado. A gente só consegue fazer a abordagem clínica, atendê-lo na intercorrência clínica. Na intercorrência psiquiátrica, eu acho que fica muito a desejar. A gente não consegue abordá-lo de uma forma adequada” (PAES et al., 2009).

Ainda no ano 1999 Rodrigues e schneider durante seu estudo feito em Hospital e Casa de Saúde de Cascavel com 7 enfermeiros, já havia constatado o despreparo dos profissionais de enfermagem, descrevendo a discrepância entre teoria e prática durante a formação acadêmica.

Em contrapartida, Campos e Teixeira em um estudo realizado em 2001 com profissionais de enfermagem identificou objeções na assistência com o portador de distúrbio psíquico, pois independente da capacitação ou não, o dever era prestar cuidados àqueles que chegavam até o Pronto Socorro. Esse fato pode ser observado no depoimento a seguir:

“Acho que a gente não tem estrutura para atender paciente psiquiátrico. Estrutura que eu falo é assim, você não ter nenhuma noção de como chegar no paciente, como que você vai agir com ele. Se você vai ajudar ele, vai amarrar, se ele está deprimido, como você vai ajudar.”

A assistência centrada no modelo físico-biológico torna o cuidado inadequado, causando ansiedade, inibindo a percepção dos profissionais, deixando de lado as questões psicossociais. Portanto, faz-se necessário, educação permanente em saúde mental para todos os funcionários das instituições de saúde, uma vez que todos precisam estar preparados para atender essa nova demanda e assim possibilitar as mudanças nos serviços de emergência psiquiátrica (ESTELMHSTS *et al.*, 2007).

Insegurança dos profissionais ao lidar com situações de crise

Segundo Kondo *et al* em um estudo realizado, com profissionais de enfermagem, em um centro municipal de urgências médicas, na cidade de Curitiba no ano de 2008, foi relatado que as condições em que o paciente se encontra na primeira abordagem é determinante na escolha da conduta, considerando os riscos que o paciente oferece a equipe e a si mesmo.

A agressividade apresentada historicamente pelos pacientes com transtornos mentais, desperta medo e sensação de impotência diante de uma possível violência física, assumindo uma atitude defensiva e negligenciando os cuidados. Esses sentimentos foram evidenciados pelos membros da equipe nos relatos a seguir:

"O paciente psiquiátrico fica jogado porque muita gente tem medo, então, o que eu queria falar é que isso que deveria ter, não sei alguma coisa nesse sentido de ajuda, no atendimento deles no Pronto-Socorro. Deveria ser feito alguma coisa nesse sentido. Porque acho que o pessoal tem medo, não está preparado e quem sofre com isso é o doente" (CAMPOS; TEXEIRA, 2001).

Já Buriola *et al.* em seu estudo realizado 2014, em uma unidade de emergência psiquiátrica, descreve a desestrutura física como outra fragilidade geradora de insegurança nos profissionais. A falta de espaço diante das grandes demandas torna o atendimento inadequado, expondo os demais pacientes e os profissionais que precisam prestar uma assistência rápida e imediata nas emergências de saúde mental. Durante seu estudo em um pronto socorro geral, com 5 membros da equipe de enfermagem, no ano 2009, Borges *et al* expõe que o exercício profissional deve ser assegurado nos locais de atendimento à saúde, proporcionando condições e espaços adequados para o atendimento, pois os mesmos são restritos dificultando o cuidado singularizado, exigindo da equipe mais habilidades, levando a um desgaste contínuo. Dessa forma é indispensável a criação de protocolos de atendimento para estruturar os serviços de emergências psiquiátricas e melhorar as estruturas de atendimento, aumentando a segurança durante a abordagem.

O estigma da loucura

Com a reforma psiquiátrica surgiu um novo desafio no âmbito da saúde mental, sendo necessário enfrentar as crises psíquicas de forma singular, buscando entender seu contexto, revendo o modo de pensar sobre a pessoa com transtorno mental (BORGES *et al.*, 2009).

Na pesquisa realizada por Elias, Tavares, Cortez, tendo como campo de estudo um hospital geral no estado do Rio de Janeiro no ano de 2013, foi evidenciado que de modo geral, as pessoas tendem a desenvolver um olhar estigmatizado diante de um paciente psiquiátrico, referindo-se a estes como um indivíduo que sempre apresenta comportamentos intensamente desordenados e agressivos, além de caracterizá-los como sujeitos sujos (ELIAS; TAVARES; CORTEZ, 2013).

Neste sentido, o atendimento da equipe de saúde parece ter ênfase na cultura de rotular o sujeito e excluí-lo de acordo com suas diferenças, neste caso, a diferença mental. Com isso, cria-se uma incoerência no trabalho realizado pela equipe de saúde, que ao invés de buscar desfazer essas falsas concepções, acaba reforçando o processo de preconceito das pessoas em crise (BORGES *et al.*, 2009).

Sendo relatado o desconforto em receber em seu setor de trabalho pacientes psiquiátricos, ainda que o paciente não esteja agressivo, apresentando dificuldades em lidar com algo que é tido como estranho, tornando evidente o preconceito dos profissionais, desempenhando dessa forma uma assistência focada na loucura sem levar em consideração os aspectos clínicos, naturalizando o sofrimento (ELIAS; TAVARES; CORTEZ, 2013). Corroborando com o estudo Borges et al, evidencia a postura dos profissionais diante do doente mental:

“O atendimento a paciente psiquiátrico aqui é básico, é o básico que a gente pode fazer, quando é o caso de crise conversiva, esse tipo de paciente aqui dentro ele é mal visto e mau quisto, principalmente quando chega na emergência, em maneira geral se nega a dar atendimento a esse paciente, geralmente é visto com preconceito, tanto para a equipe médica, como para a equipe de enfermagem” (BORGES et al., 2009).

O acolhimento da pessoa com transtorno mental, deve atender suas necessidades físicas e mentais, sendo este o maior desafio dos profissionais de enfermagem, pois o estigma impede que os cuidados sejam eficazes. Contudo não se trata apenas da diminuição de sintomas patológicos, e sim de compreender o sofrimento psíquico de forma humanizada e individualizada no contexto natural do processo do adoecimento (SOARES; RUZZON; BORTOLLETO, 2014).

CONCLUSÃO

Conforme demonstrado nesse presente estudo as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais durante a assistência em saúde mental nas emergências, foram a falta de especialização dos profissionais que atuam no campo da saúde mental, causando sentimentos como insegurança e preconceito. Nesse sentido os resultados apontam a importância de melhorar esses aspectos através de ações em educação permanente, com o intuito de preparar e qualificar as equipes de enfermagem que atuam nas emergências psiquiátricas para assim promover um cuidado singular e humanizado. Entretanto algumas questões precisam ser pontuadas, tais como adequação dos espaços físicos e melhorias na formação acadêmica dos profissionais.

Espera-se que este estudo de revisão sirva de incentivo para a produção de novas pesquisas acerca dos aspectos relevantes na emergência psiquiátricas, corroborando na implantação de ações que visem qualificar os profissionais de enfermagem para atender essa demanda.

Desta forma torna-se necessário o desenvolvimento de núcleos de educação permanente em saúde mental, para sensibilizar à equipe de enfermagem com o objetivo de prestar uma assistência de qualidade e modificar o conceito sobre o doente mental.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Secretaria de estado de saúde do Distrito federal. **Manual de cuidados de enfermagem em emergências psiquiátricas**. Subsecretária de Atenção à Saúde Gerencia de Enfermagem Núcleo de Saúde Mental, 2012.
- BORGES, Leandro da Rosa et al. Atendimento à crise psíquica no pronto-socorro: visão de profissionais de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 33, n. 3, p. 27-33, Sept. 2012.
- BURIOLA, Aline Aparecida et al. Avaliação da estrutura física e de recursos humanos de um serviço de emergência psiquiátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 4, p. 1-10, 2017.
- CAMPOS, Claudinei José Gomes; TEIXEIRA, Marina Borges. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 2, p. 141-149, 2001.
- DE PINHO, Leandro Barbosa et al. ATENDIMENTO À CRISE PSÍQUICA NO PRONTO-SOCORRO: VISÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 3, p. 27-33.
- ELIAS, Andréa Damiana da Silva et al. Cuidado de enfermagem ao paciente psiquiátrico em situação de emergência geral: real e imaginário. 2012.
- ELIAS, Andréa Damiana Da Silva; TAVARES, Claudia Mara De Melo; CORTEZ, Elaine Antunes. Impacto do estigma da loucura sobre a atenção de enfermagem ao paciente psiquiátrico em situação de emergência. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 12, n. 4, p. 776-783, 2013.
- ESTELMHSTS, Priscila et al. Emergências em saúde mental: prática da equipe de enfermagem durante o período de internação. **Rev. enferm. UERJ**, v. 16, n. 3, p. 399-403, 2008
- HISSAE KONDO, Érika et al. Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, 2011.
- MARCOS, Ana Cláudia Andrade; OLIVEIRA, Jaqueline Lemos de; SOUZA, Jacqueline de. Percepção da equipe de enfermagem quanto à sistematização da assistência de enfermagem em um serviço de emergência psiquiátrica. **REME rev. min. enferm**, v. 20, 2016.
- MENDES, K. D. S.; **SILVEIRA**, R. C. C.P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**; Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.
- PAES, Marcio Roberto; MAFTUM, Mariluci Alves; MANTOVANI, Maria de Fátima. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online), Porto Alegre , v. 31, n. 2, p. 277-284, June 2010 .
- PEREIRA DE SOUSA, Fernando Sérgio; FERREIRA DA SILVA, Cezar Augusto; NAZARÉ OLIVEIRA, Eliany. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 3, 2010.
- RODRIGUES, R.M.; SCHNEIDER, J.F. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. **Rev.latinoam.enfermagem, Ribeirão Preto**, v. 7, n. 3, p. 33-40, julho 1999.
- SAMPAIO, Francisco et al. Investigação em enfermagem de saúde mental e psiquiatria: Uma análise documental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. SPE1, p. 71-75, 2014.
- SOARES, Marcos Hirata; RUZZON, Eloisi Delalibera; BORTOLETTO, Maira Sayuri Sakay. Concepção de profissionais de saúde que atuam em emergência de saúde mental. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 10, n. 2, p. 85-92, 2014.

SOUZA, M. T.; SILMA, M. D.; CARVALHO, R. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein**, São Paulo, v.8, n.1, p. 102-6, 2010.

Capítulo 5

A PERCEPÇÃO DOS FATORES DE ESTRESSE EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM NA ASSISTÊNCIA À PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.**PERCEPTION OF STRESS FACTORS IN NURSING PROFESSIONALS THAT ACT IN THE ASSISTANCE OF PSYCHIATRIC PATIENTS: AN INTEGRATIVE REVIEW.**

Mayame Jordânia Rebouças de Oliveira¹
Wesley Queiroz Peixoto²
Rúbia Mara Maia Feitosa³
Rodrigo Jacob Moreira de Freitas⁴
Andrea Raquel Fernandes Carlos da Costa⁵

RESUMO

Investigar a percepção do nível de estresse e dos fatores estressores dos profissionais da enfermagem no trabalho com pacientes psiquiátricos. Trata-se de uma revisão integrativa. Foram utilizadas três bases de dados e selecionadas as produções publicadas entre 2014 e 2018, conforme combinação de descritores. Ao final foram selecionadas 08 produções científicas, sendo duas dissertações, e seis artigos de revistas. Para apreciação destes estudos, foi utilizada a técnica de análise do conteúdo. Os estudos foram lidos e categorizados considerando seus núcleos de sentido, a partir disto, surgiram 3 categorias de análise. Os profissionais de enfermagem estão em maior número no ambiente de saúde, prestando assistência ao cliente de forma direta e indireta, estando estes mais expostos a riscos ocupacionais existentes. A análise realizada possibilitou perceber a singularidade de cada serviço, evidenciando este fato pelo apontamento distinto de cada trabalho sobre os agentes estressores mais presentes nas instituições que foram alvo dos estudos que compuseram esta revisão integrativa.

Palavras-chaves: saúde mental; enfermagem; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

To investigate the perception of the level of stress and stressors of nursing professionals when working with psychiatric patients. This is an integrative review. Three databases were used and productions published between 2014 and 2018 were selected, according to a combination of descriptors. At the end, 08 scientific productions were selected, including two dissertations and six magazine articles. To assess these studies, the content analysis technique was used. The studies were read and categorized considering their nuclei of meaning, from this, three categories of analysis emerged. Nursing professionals are in greater numbers in the health environment, providing assistance to the client directly and indirectly, being more exposed to existing occupational risks. The analysis carried out made it possible to perceive the uniqueness of each service,

¹ Universidade Potiguar – RN.

² Universidade Potiguar – RN.

³ Universidade Potiguar – RN. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE). E-mail: rubiamaramaifeitosa@gmail.com. Endereço: Rua Cícero Aires de Lima, 52, apt 05. Bairro: Aeroporto. Mossoró/RN. CEP: 59.607-390.

⁴ Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (UECE).

⁵ Faculdade Nova Esperança de Mossoró. Docente dos Cursos da Saúde. Doutora em Engenharia Agrícola pela Universidade Federal Rural de Pernambuco.

evidencing this fact by the distinct note of each work on the stressors most present in the institutions that were the target of the studies that composed this integrative review.

Keywords: mental health; nursing; occupational health.

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem por definição de saúde o completo bem-estar físico, mental e social, o que significa dizer que nenhum ser humano ou população será completamente saudável ou completamente doente, mas vivenciará ao longo da vida condições de saúde/doença que estarão de acordo com suas potencialidades, condições de vida e interações com as pessoas e o meio no qual está inserido (BUSHATSKY *et al.*, 2012).

Devido a sua dimensão, o conceito de saúde não restringe-se apenas às pessoas portadoras de patologias agudas ou crônico degenerativas, mas se refere também às submetidas aos riscos e agravos provenientes das condições de trabalho, resultando em um conjunto de ações denominadas de Saúde do Trabalhador, onde as profissões têm sido vistas atualmente como importantes fatores desencadeantes do processo de adoecimento, tornando crescente o número de trabalhadores acometidos por distúrbios psiquiátricos.

Há momentos na vida em que determinadas situações acabam por desestruturar a pessoa do ponto de vista emocional. Quando esta desordem deixa o indivíduo sobrecarregado, diz-se que se trata de uma situação estressora. A depender da maneira como o ser lida com essas situações pode-se ter como consequência o surgimento de problemas de saúde.

Originada no século XIX, a palavra estresse começou a ser utilizada por engenheiros anglo-saxões como forma de indicar a existência da tensão resultante de uma força aplicada sobre um corpo, ou seja, estressava-se o objeto até a formação de um ponto de ruptura no mesmo, testando assim sua resistência. Atualmente, estresse virou uma palavra de uso popular e comumente utilizada como forma de expressar aflição ou cansaço físico e mental. Mais do que um estado de espírito, o estresse é a reação do sujeito a uma adaptação, podendo resultar em um conjunto de sintomas físicos, psicológicos e/ou comportamentais (SANTOS; RODRIGUEZ, 2015).

O trabalho tem se tornado nos últimos tempos um importante fator gerador de estresse. Dentro do ambiente laboral, é de suma importância aprender a lidar com as adversidades existentes, de forma que venham a tornarem-se positivas, trazendo benefícios não só para o indivíduo em sua singularidade, mas também para o grupo no qual está inserido.

O processo de trabalho do profissional de enfermagem indica a existência de complexidade em seu exercício, determinada pela forma como este se estrutura e se organiza. Existe um conjunto de fatores desencadeantes de estresse, estando incluso entre eles a tensão emocional, desgaste físico e/ou psicológico,

exigindo do profissional uma adaptação em relação a estes agentes estressores para manter o seu equilíbrio homeostático (ALVES, 2011).

Nos últimos anos, muitos estudiosos têm pesquisado sobre a saúde e sua relação com o trabalho, o bem-estar físico e mental como temas associados às percepções subjetivas sob a luz do conceito do estresse. Não é comum a observação e preocupação com a saúde do trabalhador, principalmente quando relacionado à área da saúde como um todo e, mais especificamente, na área da saúde mental. Há uma forte tendência dos estudos em pesquisar a semiologia biológica, enquanto se evidenciam questões de natureza psíquica (ALVES, 2011).

Diante desse contexto, o presente artigo tem como objetivo investigar, a partir da produção científica existente, a percepção do nível de estresse e dos fatores estressores dos profissionais da enfermagem no trabalho com pacientes psiquiátricos, no intuito de contribuir posteriormente com novas pesquisas, dando suporte e embasamento para o preenchimento de lacunas existentes relacionadas ao tema.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura que usou como metodologia de pesquisa a revisão integrativa, método que permite buscar e sintetizar o conhecimento de estudos de uma determinada área a partir de uma análise crítica (SOUSA *et al.*, 2017).

Visando a construção de um estudo consistente, e que respeitasse as necessidades e exigências da metodologia utilizada, alguns pontos foram considerados antes da construção da pesquisa, objetivando uma busca rápida, eficiente e de qualidade. Pode-se afirmar que a necessidade de discussão do tema em questão, evidenciada pela escassez de estudos atualizados acerca da temática, foi a condição precursora para o desenvolvimento da pesquisa. A definição de critérios de inclusão e exclusão, bem como dos descritores e das bases de dados utilizadas se fizeram imprescindíveis para evolução deste processo metodológico.

Visando rebuscar as pesquisas por estudos, foram utilizados descritores padronizados, disponíveis nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Nursing [AND] Mental Health [AND] Human Resources, e Enfermagem [AND] Saúde do Trabalhador [AND] Hospitais Psiquiátricos, foram as palavras-chaves utilizadas para pesquisa. Combinações em português e em inglês, usando outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), também foram utilizadas, com o propósito de abranger um quantitativo maior de estudos, entretanto não obteve-se resultados.

Com intuito de refinar ainda mais as buscas por produções científicas, foram adotados critérios de inclusão e exclusão, onde estudos nacionais ou internacionais, com disponibilidade completa do texto, publicados nos idiomas português e/ou espanhol, estiveram aptos a ser incluídos para análise. Já amostras que não seguiam o objetivo do presente estudo foram excluídas, e trabalhos que se repetiram em bases de dados distintas tiveram apenas uma das produções consideradas. A delimitação do espaço temporal de

publicação dos artigos foi outra importante avaliação realizada, sendo selecionadas as produções que, além de atenderem aos critérios expostos, foram publicadas entre 2014 e 2018.

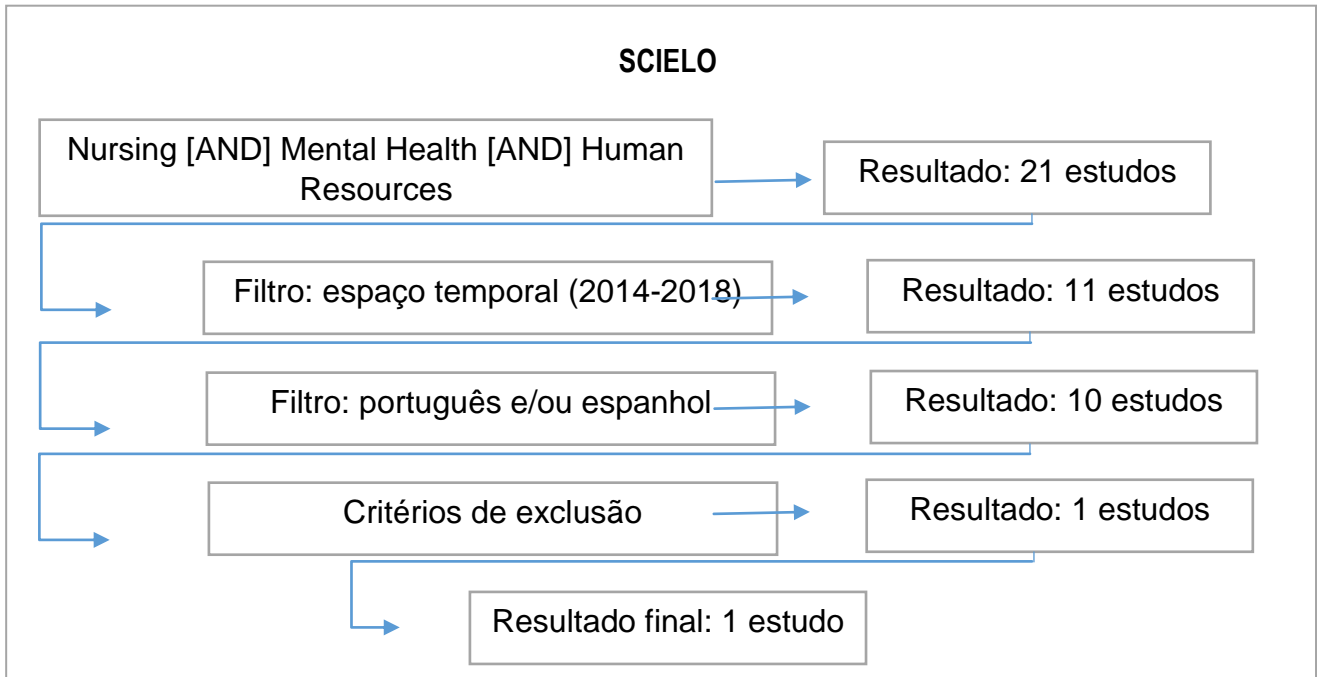
A busca por estudos foi realizada no mês de abril de 2019, sendo utilizadas três bases de dados, a Scientific Electronic Library (SCIELO), a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), e a Biblioteca Virtual Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), afim de padronizar e qualificar os achados. A combinação de descritores “Nursing [AND] Mental Health [AND] Human Resources”, foi utilizada nas três bases de dados, porém, na BDTD foram encontrados 33 produções científicas, e todas foram descartadas respeitando os critérios de inclusão e exclusão do estudo. A associação “Enfermagem [AND] Saúde do Trabalhador [AND] Hospitais Psiquiátricos” também foi usada nas três bases, entretanto, obteve-se um total de 0 estudos encontrados na base de dados SCIELO. As buscas, aplicação de cada filtro e os resultados obtidos em cada procura podem ser notados nos quadros 1, 2, 3 e 4.

Analisando os quadros, percebe-se, a partir da aplicação dos critérios de exclusão, uma grande diminuição no número de estudos selecionados. Este fenômeno ocorreu principalmente devido à escassez de trabalhos voltados para mesma linha de pesquisa da tela em questão, onde muitos dos estudos encontrados debruçavam-se sobre a saúde mental dos profissionais de enfermagem dos mais distintos âmbitos de assistência, desconsiderando as especificidades de cada área de atuação, fato que reafirma a necessidade de discussões sobre as condições de trabalho e os impactos destas sobre a saúde mental dos profissionais de enfermagem que atuam especificamente na RAPS.

Considerando as buscas realizadas, foram selecionadas 08 produções científicas, sendo duas (02) dissertações, e seis (06) artigos de revistas. Para apreciação destes estudos, foi utilizada a técnica de análise do conteúdo, método este que busca explorar as considerações feitas pelo pesquisador. Esta metodologia ainda busca agrupar os estudos a partir de temas ou categorias que facilitem o entendimento daquilo que está oculto ao discurso (SILVA; FOSSÁ, 2015).

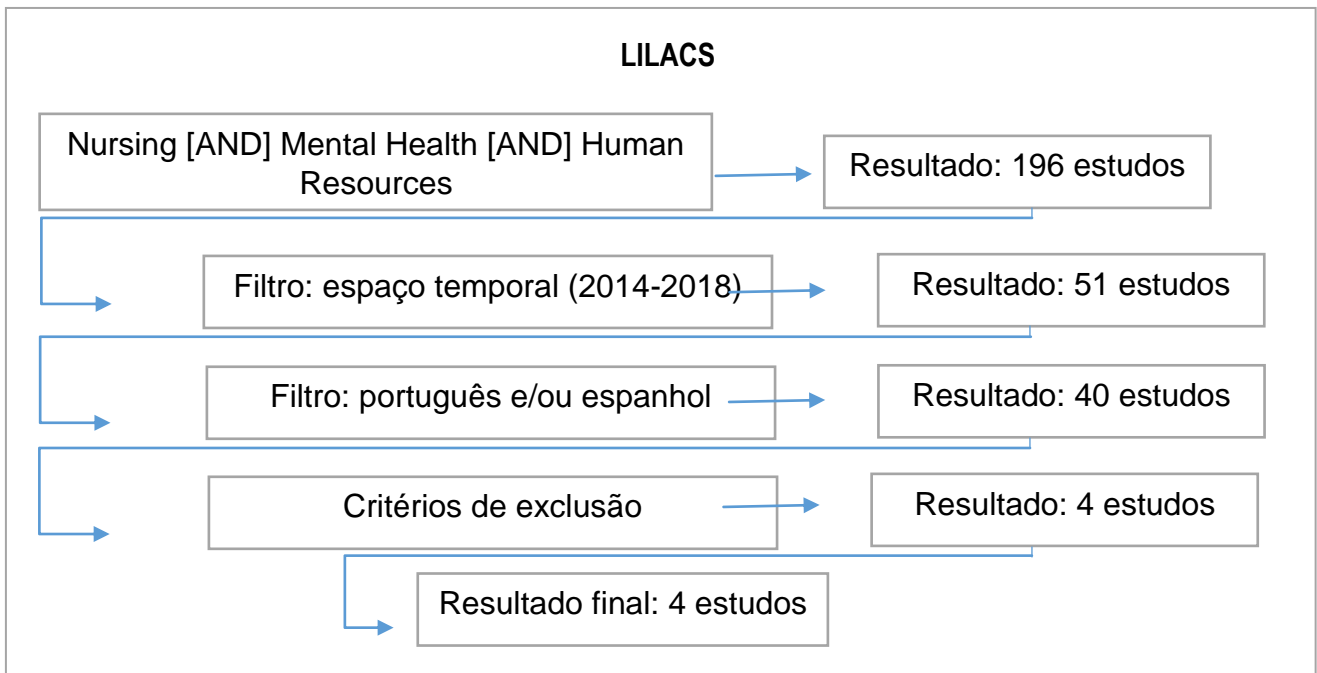
Deste modo, os estudos foram lidos e categorizados considerando seus núcleos de sentido, ou seja, os enfoques dos autores, donde, a partir disto, surgiram 3 categorias, sendo estas: o risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem que atuam em serviços de saúde mental; o impacto do estresse laboral sobre a saúde mental dos profissionais de enfermagem; e, a elaboração de estratégias e meios de enfrentamento dos profissionais de enfermagem ante os agentes estressores.

Quadro 1 – Buscas na base de dados SCIELO, com descritores Nursing [AND] Mental Health [AND] Human Resources.



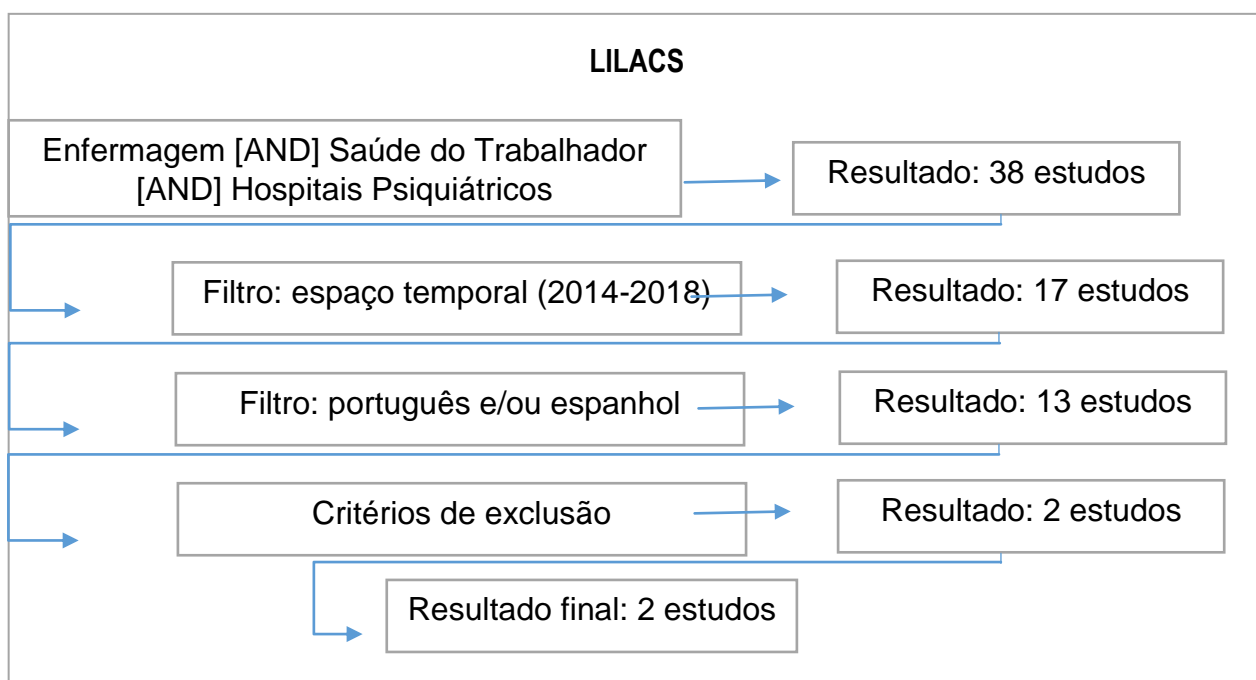
Fonte: dados da pesquisa.

Quadro 2 – Buscas na base de dados LILACS, com descritores Nursing [AND] Mental Health [AND] Human Resources.



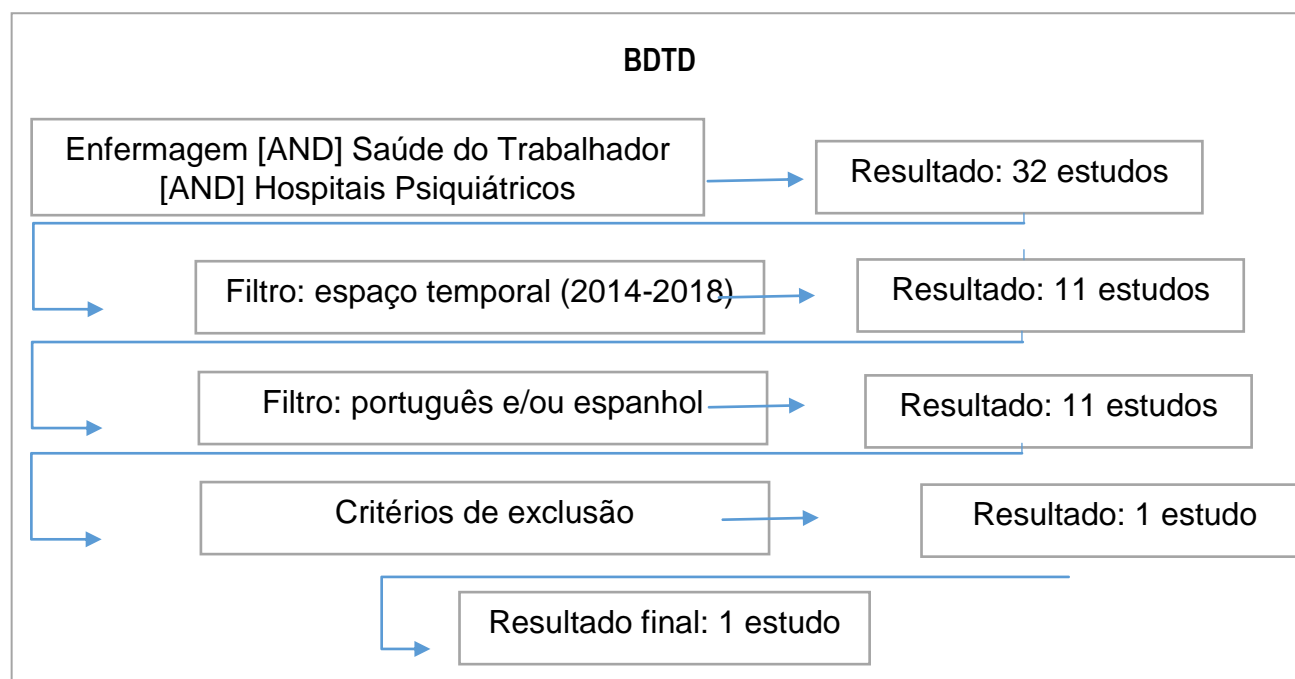
Fonte: dados da pesquisa.

Quadro 3 – Buscas na base de dados LILACS, com descritores Enfermagem AND Saúde do Trabalhador AND Hospitais Psiquiátricos.



Fonte: dados da pesquisa.

Quadro 4 – Buscas na base de dados BDTD, com os descritores Enfermagem AND Saúde do Trabalhador AND Hospitais Psiquiátricos.



Fonte: dados da pesquisa.

3 RESULTADOS

Os estudos foram analisados e dispostos em quadro (quadro 5) com intuito de expor informações imprescindíveis como autor(es), título, objetivo, metodologia e ano de publicação, além de numeração atribuída as pesquisas por questões organizacionais. Esta apresentação das produções científicas se dá vista a necessidade de identificação das concepções trazidas por cada autor, dinamizando a leitura e facilitando o entendimento da comunidade científica.

Quadro 5 – Número do estudo, autor(es), título, objetivo, metodologia e ano de publicação da pesquisa.

Nº do estudo	Autor(es)	Título	Objetivo	Metodologia	Ano de publicação
Estudo 01	SOUSA, Kayo Henrique Jardel Feitosa <i>et al.</i>	Risco de adoecimento e custo humano no trabalho em um hospital psiquiátrico.	Investigar o risco de adoecimento e o custo humano no trabalho sob o ponto de vista da equipe de enfermagem de um hospital psiquiátrico.	Estudo transversal, realizado em um hospital psiquiátrico, com 74 trabalhadores de enfermagem, onde foi aplicada a Escala de Custo Humano no Trabalho.	2018
Estudo 02	RUÍZ, Ana María; TOVAR, Jenniffer Andrea; ANDRADE, Verónica.	Experiencias del personal de enfermería de salud mental ante estresores ocupacionales en una Institución prestadora de Servicios de Cali, Colombia.	Interpretar as experiências da equipe de enfermagem em saúde mental ante estresores ocupacional, a partir de três modelos de estresse de corte transacional e da Teoria do Papel de Goffman.	Estudo qualitativo e fenomenológico. Entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com enfermeiros de uma instituição de saúde.	2017
Estudo 03	VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti; SANTOS, Fernanda Souza.	A complexidade do trabalho de enfermagem no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico.	Analisar as formas com que os profissionais de enfermagem lidam com a complexidade do trabalho no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.	Pesquisa qualitativa descritiva, tendo como sujeitos 15 trabalhadores de enfermagem. A coleta de dados se deu por intermédio da entrevista semiestruturada e análise temática de conteúdo.	2014
Estudo 04	ALVES, Sidnei Roberto <i>et al.</i>	Serviços de saúde mental: percepção da enfermagem em relação à sobrecarga e condições de trabalho	Conhecer a percepção dos profissionais de enfermagem em relação à sobrecarga e condições de trabalho em serviços psiquiátricos hospitalares.	Estudo descritivo, analítico e exploratório, desenvolvido a partir do referencial de Bardin. A coleta de dados ocorreu com 70 profissionais de enfermagem, aplicando-se a Escala de Avaliação do Impacto do Trabalho em Serviços de Saúde Mental.	2018
Estudo 05	SOUSA, Kayo Henrique Jardel Feitosa <i>et al.</i>	Fatores associados ao perfil da equipe de enfermagem de um hospital Psiquiátrico e suas implicações para a	Discutir as implicações do perfil sociodemográfico e laboral, as condições de saúde e hábitos de vida para a saúde do trabalhador de	Estudo transversal realizado com 74 participantes. Foi utilizado questionário para caracterização sociodemográfica, laboral	2018

		saúde do trabalhador.	enfermagem de um hospital psiquiátrico	e de condições de saúde e hábitos de vida.	
Estudo 06	SOUSA, Kayo Henrique Jardel Feitosa <i>et al.</i>	Riscos de adoecimento no trabalho da equipe de enfermagem em um hospital psiquiátrico.	Analisar os riscos de adoecimento do trabalhador de enfermagem relacionados ao contexto de trabalho em hospital psiquiátrico.	Estudo transversal e quantitativo, desenvolvido em hospital psiquiátrico, com 74 trabalhadores de enfermagem. Utilizou-se a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho, que permite medir os riscos de adoecimento no trabalho.	2018
Estudo 07	PAULA, Claudston Silva de.	Violência laboral como risco psicossocial à saúde dos trabalhadores de enfermagem em hospital psiquiátrico.	Identificar os tipos de violência presentes no trabalho da enfermagem em hospital psiquiátrico.	Estudo qualitativo, descritivo, cujos dados foram obtidos junto a profissionais de enfermagem de hospital psiquiátrico situado no município do Rio de Janeiro. Utilizou-se da técnica de entrevista semiestruturada.	2014
Estudo 08	SCOZZAFAVE, Maria Carolina Santos.	Riscos psicossociais relacionados ao trabalho do enfermeiro em um hospital psiquiátrico e estratégias de gerenciamento.	Caracterizar os riscos psicossociais relacionados ao trabalho de enfermeiros de um hospital psiquiátrico e as estratégias de seu gerenciamento.	Estudo descritivo utilizando a abordagem qualitativa de dados, onde realizou entrevistas com a utilização de esquema semiestruturado.	2015

Fonte: dados da pesquisa.

4 DISCUSSÕES

Os estudos selecionados foram, a partir da leitura, categorizados considerando seus núcleos de sentido, como exposto previamente, sendo estes: o risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem que atuam em serviços de saúde mental; o impacto do estresse laboral sobre a saúde mental dos profissionais de enfermagem; e, a elaboração de estratégias e meios de enfrentamento dos profissionais de enfermagem ante os agentes estressores.

4.1 O risco de adoecimento dos profissionais de enfermagem que atuam em serviços de saúde mental

A definição de estresse ocupacional é determinada através da percepção negativa que o trabalhador obtém frente às condições evidenciadas em situações específicas, como a realização de uma atividade e o conteúdo do trabalho. Esta realidade pode acabar contribuindo com o surgimento de danos que ameacem a saúde psicossocial do indivíduo, como os danos fisiológicos e psicológicos, e também o estresse (OLIVEIRA, 2017).

A partir da definição do estresse ocupacional, os autores trazem que os profissionais de enfermagem estão em maior número no ambiente de saúde, prestando assistência ao cliente de forma direta e indireta, estando estes mais expostos a riscos ocupacionais existentes. Dentre os riscos aos quais estes profissionais encontram-se sujeitos, destaca-se: a falta de manutenção dos equipamentos de trabalho, as relações interpessoais conflituosas, a sobrecarga de trabalho, a falta ou má distribuição dos profissionais dentro do serviço, o pouco tempo disponível para a família, a violência, a formação acadêmica insuficiente (estudo 8). O fator organização do trabalho e condições de trabalho também são considerados críticos para o risco de adoecimento entre os trabalhadores de enfermagem (estudo 6).

Somada a inferência preposta, as autoras do estudo 02 afirmam que as singularidades de cada paciente, principalmente os de saúde mental, que necessitam de vigilância permanente, é outra causa geradora de estresse ocupacional, tendo em vista a presença de agitação psicomotora que, em muitos casos, terminam em comportamento agressivo, abrindo margem para outro risco, a violência.

Quando comparados aos demais profissionais de saúde, os profissionais de enfermagem são vítimas das maiores taxas de violência física, psicológica, verbal e/ou sexual. Em hospitais psiquiátricos, os números são ainda maiores, variando de 1,7% a 71,6% dos casos registrados. As taxas de violência física, especificamente, chegam a representar 17% desses casos. Dentre os fatores que parecem contribuir para aumentar a chance de ocorrência desses eventos estão as características dos pacientes ou aquelas relativas aos profissionais de saúde, como o tempo de contato com os clientes, o tempo de experiência profissional e o dimensionamento de recursos humanos (VIEIRA, 2017). Corroborando com esta afirmação, autores do estudo 01 trazem, em sua literatura, que as ocorrências de violência contra profissionais de enfermagem são mais prevalentes entre as mulheres, jovens e de menor escolaridade, pertencentes à categoria de auxiliar/técnico de enfermagem.

A exposição mostra que os agentes estressores e riscos ocupacionais estão relacionados as condições de trabalho da classe da enfermagem, englobando também o processo de trabalho destes profissionais, onde percebe-se que estes têm, muitas vezes, dificuldade de relacionar ações do processo de trabalho e sua saúde, fato que geralmente ocorre pela incapacidade em identificar o trabalho como um agente causador de sofrimentos, somado a desinformação acerca dos riscos psicossociais aos quais estão expostos (estudo 08). Outro achado, identificado pelos autores do estudo 03, mostra que a complexidade do processo de trabalho em saúde mental se configura também na falta de interação entre as equipes, na ausência de um trabalho interdisciplinar, e até mesmo no isolamento entre os setores de trabalho.

A existência de agentes estressores no ambiente de trabalho voltado para a assistência em saúde mental, como exposto, possibilita o surgimento de sofrimento psíquico, afetando o desempenho das funções do profissional de enfermagem, o que mostra o quão grande podem ser os prejuízos que um ambiente

estressante pode trazer tanto para o próprio profissional, quanto para a comunidade (OLIVEIRA; CUNHA, 2014).

4.2 O impacto do estresse laboral sobre a saúde mental dos profissionais de enfermagem

É possível afirmar que os profissionais de enfermagem estão sujeitos a desenvolverem sofrimentos oriundos de suas funções trabalhistas, fato que compromete não só o processo de trabalho, mas também a qualidade de vida destes (QUIRINO, 2009; SOUSA *et al.*, 2012 apud ALVES *et al.*, 2018). Os estressores ocupacionais podem ter sua origem tanto interna quanto externa ao ambiente laboral, e irão depender da forma como os trabalhadores interagem com as situações associadas ao trabalho (BEZERRA; SILVA; RAMOS, 2012).

As principais consequências advindas desses estressores acabam refletindo de forma direta na saúde mental da equipe de enfermagem, através de sintomas como esquecimento e falta de concentração, ansiedade, sentimentos de tristeza, raiva, frustração, irritabilidade e preocupação, que acabam prejudicando também seus relacionamentos sociais e familiares. Autoras afirmam, em estudo realizado com profissionais de enfermagem em um hospital psiquiátrico de Cali, na Colômbia, que estados de raiva, medo e vulnerabilidade foram adquiridos pelos trabalhadores em resposta ao comportamento violento de pacientes, derivados da agitação psicomotora e pela demanda por atenção e vigilância constantes. Outros fatores que também lhes geraram medo, foram: o fato de ter pouco ou nenhum treinamento ou experiência anterior em saúde mental, e a existência de conflitos nas relações interpessoais (estudo 02).

Ainda em decorrência da violência gerada pelos pacientes, ocorre também a manifestação de expressões de ordem subjetiva, como insatisfação e desmotivação no trabalho, acrescentando, ainda, fatores psicossomáticos como cefaleia, gastrite e hipertensão (estudo 07). Outros autores colaboram afirmando que entre outros problemas de saúde referidos como relacionados ao trabalho, destacaram-se também os transtornos mentais e comportamentais (estudo 5).

A falta de recursos materiais e humanos acaba tendo como resultado os sentimentos de angústia, tensão, ansiedade, instabilidade e insatisfação no trabalhador. As condições trabalhistas deficitárias possuem impacto negativo sobre a qualidade de vida dos profissionais. Deste modo, em um contexto laboral onde as condições de trabalho são inadequadas, os profissionais de enfermagem ficam expostos aos riscos ocupacionais, pondo em risco, ainda, a qualidade da assistência (estudo 6).

A partir da aplicação da Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT) junto a profissionais de enfermagem de um hospital psiquiátrico, pesquisadores concluíram que atividades de custo afetivo, como ter controle das emoções, disfarçar sentimentos, ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros, ter que lidar com ordens contraditórias, tem um risco crítico, ou seja, estes profissionais apresentam dificuldade em gerir

suas emoções, fato que podem propiciar o desencadeamento de picos de estresse, ansiedade, exaustão, síndrome de *burnout*, entre outros (estudo 01).

4.3 A elaboração de estratégias e meios de enfrentamento dos profissionais de enfermagem ante os agentes estressores

O trabalho é uma necessidade essencial na formação da identidade e organização psicológica do ser humano, sendo assim, capaz de proporcionar satisfação a uma luta invisível no enfrentamento do sofrimento proporcionado pelo cotidiano institucional (estudo 07).

As ações intervencionistas voltadas para a saúde do trabalhador necessitam de diálogos entre os campos técnicos, científicos e políticos, fundamentando as decisões (FILHO *et al.*, 2018). Shoji e colaboradores (2016) afirmam que as intervenções necessárias no ambiente de trabalho são transdisciplinares, onde o trabalho deve ser considerado “um processo de um sujeito ativo, cujo objetivo é a produção de um bem, que, no caso do profissional de enfermagem, é o bem-estar do paciente”. Esta consideração nos reafirma que a garantia de uma boa assistência passa pela satisfação do trabalhador com o seu exercício.

Autores base deste estudo afirmam que ao invés de demonstrarem conformidade diante do sofrimento, os trabalhadores podem desenvolver estratégias que os mantenham produtivos, e possam diminuir ou mesmo anular o desgaste emocional obtido frente às situações estressoras presentes no ambiente laboral (estudo 07).

Algumas estratégias podem ser utilizadas na tentativa de redução do sofrimento psíquico, como o compartilhamento do problema, conversa com a direção e sugestão de soluções que venham a favorecer a equipe de trabalhadores de modo geral. Outra maneira de enfrentamento utilizada é a estratégia centrada na emoção, aplicada como forma de atenuar o estresse, destacando-se a reflexão sobre a auto percepção relacionada ao problema que o abala, realização de terapia, atividades físicas ou através da evidenciação de aspectos que, mesmo possuindo grande importância para a saúde do trabalhador, não apresentem maiores contribuições para o coletivo, por não estarem direcionadas para a solução do problema (estudo 07).

No que diz respeito a sobrecarga de trabalho, algumas estratégias tornam-se imprescindíveis, evidenciando principalmente a sobrecarga relacionada ao processo de trabalho, destacando a necessidade muitas vezes de reformas estruturais e de recursos humanos, como por exemplo, a melhora do ambiente físico e o reforço do quadro de funcionários. Outros aspectos que merecem destaque referem-se as relações interpessoais, enfatizando a necessidade de melhoria das relações entre trabalhadores-trabalhadores, trabalhadores-usuários e trabalhadores-acompanhantes (estudo 04).

Reforçando a inferência anterior, atores de um estudo quando questionados sobre ações que poderiam promover a diminuição da sobrecarga, relataram que melhorias da infraestrutura física, treinamento, melhoria no salário, redução na carga horária e aumento do número de profissionais, são ações que podem diminuir o estresse laboral (estudo 04).

Para Moreno et al (2010, p. 144 apud OLIVEIRA; CUNHA, 2014), as medidas que forem adotadas ou sugeridas serão viáveis e apresentarão eficácia apenas “quando este evento não for estigmatizado unicamente como responsabilidade individual ou pelo relacionamento profissional-usuário, e começar a ser entendido como um problema da relação indivíduo-processo de trabalho-organização”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base no exposto, pode-se afirmar que as condições de trabalho de maneira geral contribuem diretamente sobre a saúde física e mental dos profissionais de enfermagem, estando o esgotamento e os sofrimentos psíquicos desta categoria diretamente ligados a vários fatores, sejam estes assistenciais ou não. No âmbito da saúde mental, estas angústias estão ainda mais presentes, e nota-se a importância de intervenções visando garantir não apenas o bem estar do trabalhador, como também a prestação de uma assistência de qualidade.

A análise realizada possibilitou perceber a singularidade de cada serviço, evidenciando este fato pelo apontamento distinto de cada pesquisa sobre os agentes estressores mais presentes nas instituições que foram alvo dos estudos que compuseram esta revisão integrativa. Vale salientar também que as observações feitas expõem a fragilidade dos serviços, no que diz respeito à assistência prestada aos profissionais de enfermagem, deixando a cargo destes o planejamento de intervenções que minimizem os impactos negativos causados pelas condições de serviço.

Este estudo possibilitou a percepção da escassez de trabalhos qualitativos que buscam analisar as condições trabalhistas e os impactos destas sobre a saúde mental dos profissionais de enfermagem que atuam na RAPS, evidenciando isto, principalmente, pelo baixo número de artigos selecionados para este estudo. Outro fator que corrobora com esta inferência é a presença de três pesquisas, das oito escolhidas, de mesma autoria, fortalecendo a ideia de que o campo que interliga saúde do trabalhador de enfermagem, saúde mental e Rede de Atenção Psicossocial é, atualmente, explorado por poucos.

Esta pesquisa possibilita a fomentação do meio acadêmico para novas buscas e estudos mais aprofundados sobre a temática em questão, auxiliando tanto no que se refere a embasamento teórico de trabalhos que surjam, quanto no destaque de perspectivas que carecem de maior atenção e colaboração da comunidade científica, buscando, ainda, auxiliar na criação de políticas e estratégias que mudem as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. **Estresse e o trabalho do enfermeiro: uma revisão bibliográfica**. 27 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Fundação Oswaldo

Cruz, Recife, 2011. Disponível em: <www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011alves-acgc.pdf>. Acesso em: 12 de abril de 2019.

ALVES, S.R *et al.* Serviços de saúde mental: percepção da enfermagem em relação à sobrecarga e condições de trabalho. **Revista Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p.25-29, 2018.

BEZERRA, F.N; SILVA, T.M da; RAMOS, V.P. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.151-156, abr. 2012.

BUSHATSKY, M. *et al.* Cuidados Paliativos em pacientes fora de possibilidade terapêutica. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 6, n. 4, p.399-408, abr. 2012.

FILHO, J.M.J *et al.* Desafios para a intervenção em saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 13, n. 43, p.1-7, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v43s1/2317-6369-rbso-43-s1-e13s.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2019.

OLIVEIRA, G.G de. **Estressores Ocupacionais e Impactos na Saúde de Professores Universitários**. 2017. 43 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Centro Universitário Univates, Lajeado, 2017.

OLIVEIRA, R.J; CUNHA, T. Estresse do Profissional de Saúde no Ambiente de Trabalho: Causas e Consequências. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, Bahia, v. 3, n. 2, p.79-93, dez. 2014.

SANTOS, J.D; RODRIGUEZ, S.Y.Sr. A Percepção do Estresse e Sobrecarga Laboral de Profissionais da Enfermagem Psiquiátrica. **Revista de Psicologia da Imed**, Rio Grande do Sul, v. 7, n. 2, p.58-68, abr. 2015.

SHOJI, S. *et al.* Proposta de melhoria das condições de trabalho em uma unidade ambulatorial: perspectiva da enfermagem. **Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 20, p.303-309, 2016.

SILVA, A.H; FOSSÁ, M.I.T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, Campina Grande, v. 17, n. 1, p.01-14, 2015.

SOUSA, L *et al.* A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. **Revista Investigação em Enfermagem**, Coimbra, v. 2, p.17-26, nov. 2017.

VIEIRA, G.L.C. Agressão física contra técnicos de enfermagem em hospitais psiquiátricos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, Minas Gerais. Belo Horizonte, v. 42, n. 8, p.1-9, 2017.

Capítulo 6

**FATORES CONDICIONANTES PARA O SURGIMENTO DO TRANSTORNO DE ANSIEDADE
GENERALIZADA EM IDOSOS**

Vanessa Silva Souza Viana¹
Janayna Araújo Viana²
Alice dos Santos Silva Alcântara³
Dannicia Silva Conceição⁴
Kéury Nascimento Ribeiro⁵
Gismailly da Silva Soares⁶

RESUMO

O envelhecimento da população brasileira vem trazendo um aumento contínuo do número de idosos com algum tipo de transtorno, que buscam atendimento relacionados a problemas de saúde mental, que visa ser buscado cada vez mais atendimentos médicos, ambulatoriais e psiquiátricos. O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), é uma doença crônica caracterizada como um transtorno mental podendo apresentar de forma leve e generalizada. O presente trabalho tem como objetivo descrever os fatores predisponentes para o surgimento do TAG em idosos, tendo como justificativa abordar os índices que consideravelmente cresce na população idosa conforme pesquisas, tendo como resultado dessa patologia sentimentos vagos e desagradáveis de se sentir. Com finalidade de alcançar os objetivos da pesquisa, optou-se por uma pesquisa do tipo bibliográfico de caráter exploratório com abordagem qualitativa. Para realizar esse trabalho fez-se necessário uma busca preliminar em diferentes bases de dados, revistas, artigos, onde foram incluídos somente aqueles que apresentaram coesão à temática proposta. Com base na elaboração do estudo a ser realizado espera-se contribuir consideravelmente quanto há esse problema, buscando apontar meios e caminhos a estes para diminuição dos índices de idosos com transtorno de ansiedade generalizada, demonstrando dessa forma a importância de um acompanhamento profissional das pessoas acometidas por um problema mental.

Palavras-chave: Idoso. Sofrimento Mental. Ansiedade.

ABSTRAT

The aging of the Brazilian population Brazilian has brought a continuous increase in the number of elderly people with some type of disorder, Who seek care related to mental health problems, which seeks to seek more and more medical, outpatient and psychiatric care. Generalized Anxiety Disorder (TAG) is a chronic disease characterized as a mental disorder that can present in a mild and generalized way. The present work aims to describe the predisposing factors for the appearance of TAG in the elderly, with the justification to address the

¹Vanessa Silva Souza Viana, Especialista em Obstetrícia, Ginecologia e Saúde da Mulher pela Faculdade de Ciências de Wenceslau, FACIBRA, Brasil. Autora correspondente: Vanessa Silva Souza Viana

Rua José Carlos Uchoa de Oliveira S/N, Novo Horizonte, CEP: 77960-000. Augustinópolis, TO. E-mail: vanessaalvees15@gmail.com
²Janayna Araújo Viana Docente na Universidade Estadual do Tocantins, Mestre em Ciências ambientais e Saúde- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, GO, Brasil.

³ Alice dos Santos Silva Alcântara, Especialista em Obstetrícia, Ginecologia e Saúde da Mulher pela Faculdade de Ciências de Wenceslau, FACIBRA, Brasil.

⁴Dannicia Silva Conceição, Especialista em Saúde Pública e Obstetrícia pela IPESA: Instituto de pós graduação e ensino superior andradrez.

⁵Kéury Nascimento Ribeiro, Especialista em Obstetrícia, Ginecologia e Saúde da Mulher pela Faculdade de Ciências de Wenceslau, FACIBRA, Brasil.

⁶Gismaylle da Silva Soares, Graduado pela Universidade Estadual do Tocantins, Brasil.

rates that considerably increases in the elderly population according to research, resulting in these pathology vague and unpleasant feelings to feel. In order to achieve the research objectives, an exploratory bibliographic research with a qualitative approach was chosen. In order to carry out this work, a preliminary search in different databases, magazines, articles was necessary, including only those who presented cohesion to the proposed theme. Based on the elaboration of the study to be carried out, it is expected to contribute considerably when there is this problem, seeking to point out ways and means to these to reduce the rates of elderly people with generalized anxiety disorder, thus demonstrating the importance of professional monitoring of people affected for a mental problem.

Keywords: Elderly. Mental suffering. Anxiety.

INTRODUÇÃO

É compreendido como envelhecimento o fenômeno biopsicossocial que atinge o homem e a sua existência na sociedade, sendo manifestado em todos os domínios da vida. Atualmente esse fenômeno tem abrangido um amplo campo de pesquisas e estudos, onde o envelhecimento tem, sobretudo uma grande dimensão existencial que se reveste com características biopsíquicas e socioculturais, por esse motivo sua análise deve ser realizada com base na dimensão biológica, sociológica e psicológica (CARLA CHEIK, 2003).

O Brasil atualmente estima-se um valor de 13 milhões de indivíduos com mais de 60 anos de idade. Esse grupo etário representa no momento 8% do valor total da população brasileira, onde a mesma é a que mais cresce no país. De modo geral estima-se que nos próximos 25 anos o número de idosos residindo no Brasil irá duplicar, constituindo de forma definida como uma revolução demográfica em um país que, recentemente era considerado um país jovem. O envelhecimento da população pode trazer como consequências, um aumento da prevalência dos problemas de saúde relacionados a saúde do idoso, inclusive alguns transtornos mentais. O Brasil até o momento possui poucos serviços especializados referente ao atendimento dos problemas relacionados a saúde mental do idoso (ALMEIDA, 1999).

O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), é uma doença crônica caracterizada como um transtorno mental podendo apresentar de forma leve e generalizada. Esse transtorno vem cotidianamente afetando a sociedade e tornando-se a doença mental mais frequente em atendimentos médicos, ambulatoriais e psiquiátricos (ANDREATINI, LACERDA, & ZORZETTO FILHO, 2001). O presente trabalho visa como justificativa, abordar os índices que consideravelmente cresce na população idosa conforme pesquisas, tendo como resultado dessa patologia sentimentos vagos e desagradáveis de se sentir, onde os mesmos afetam de forma negativa a vida do idoso e a vida daqueles que lhes prestam cuidados. Desse modo temos como objetivo descrever os fatores predisponentes para o surgimento do TAG em idosos. Diante do exposto, surgiu a seguinte problemática: Que fatores vêm influenciando o surgimento do TAG em idosos no Brasil?

A ansiedade é considerada como uma visão catastrófica dos eventos que podem ou não acontecer, anunciado perigo e ameaça. Os sintomas frequentemente em pacientes com esse transtorno são insônia,

tensão muscular, angústia, irritabilidade, dificuldade de concentração, bem também como sintomas físicos dentre eles: taquicardia, tontura, cefaleia, dores musculares, formigamento e suor (OLIVEIRA, *et al*, 2006).

Os transtornos ansiosos atualmente afetam cerca de 17,1% dos idosos, onde mediante essas desordens a prevalência das mesmas ao longo de toda a vida é de 18,6%. O transtorno de ansiedade generalizada é identificada como a desordem ansiosa mais comum em idosos. No, entanto, ainda temos poucos estudos que possam mostrar a prevalência aleatória de base populacional no meio que conseguiram estimar frequências mais homogêneas, ficando ainda mais distante o que se refere a capacidade de aprofundar as relações associadas a ansiedade em idosos com outras variáveis. Mediante a isso, é relevante a realização de mais estudos que possam servir de base para a população (CAROLINE MENTA, 2014).

METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma pesquisa de levantamento bibliográfico de caráter exploratório com abordagem qualitativa. Para realizar esse trabalho fez-se necessária uma busca preliminar em diferentes bases de dados, revistas, artigos, onde foram incluídos somente aqueles que apresentam coesão à temática proposta. A pesquisa de revisão bibliográfica implica em que os dados e informações necessárias sejam obtidos a partir do levantamento de autores especializados através de artigos científicos e revistas especializadas, entre outras fontes. A pesquisa de revisão bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa e quantitativa.

As pesquisas de caráter exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista na formulação de problemas, mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Estas são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, do tipo aproximativo, acerca de determinado fato (GIL, 2010).

Usou-se a abordagem qualitativa para a avaliação, estimulou os entrevistados a pensarem livremente sobre o tema, além de mostrar aspectos subjetivos e atingir motivações não explícitas, ou mesmo conscientes de maneira espontânea. O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o levantamento dos dados bibliográficos obtivemos as seguintes colocações, pontuadas por diferentes autores, sendo que segundo Gonçalves (2012) afirma que os variados sintomas ansiosos estão relacionados a satisfação com a vida, que nessa faixa etária acaba sendo menor, e ao pior padrão de qualidade de vida. Os transtornos mentais em idosos na maioria das vezes podem ser evitados, aliviados ou

mesmo revertido, com o intuito de sessar os sintomas. Diversos fatores de risco levam, os idosos cada vez mais a transtornos mentais, referimo-nos as perdas dos papéis social. Esse fator tem sido uma enorme importância, porque todos nós necessitamos ter um “lugar” na sociedade, para que assim possamos ter reconhecimento e valorização, assim se torna explícito o papel de cada um em meio a sociedade.

Dentre as maiores e diversas causas do sofrimento emocional e conseqüentemente a diminuição da qualidade de vida, a ansiedade é uma das alterações que acontecem com bastante frequência entre os idosos, formando um problema de grande magnitude para a saúde pública, devido a seu alto índice de morbidade. O transtorno de ansiedade nos idosos faz-se um aumento dos riscos de doença física, declínio cognitivo, seguido de problemas relacionados a memória, e conseqüentemente a redução da qualidade de vida, aumentando de maneira simultânea o risco de morte (MENESES *et al*, 2015).

Segundo Araújo, Mello & Leite (2007) afirmam que atualmente a ansiedade envolve aspectos multifatoriais, de maneira somática ou cognitiva. Geralmente manifesta-se em circunstância que denotem perigo, situação ameaçadora ou específica, ou mesmo por alguma alteração no ambiente que se encontra, sequenciado no processo de desenvolvimento econômico, social e cultural. Fatores genéticos, ambientais e as experiências vividas de maneira sofrida, durante o desenvolvimento da personalidade do indivíduo, podem estar associados à ansiedade.

As mudanças com a idade são inevitáveis, pois a velhice é uma etapa de perdas afetivas intensas, como exemplo a perda de papéis, os filhos que sai de casa, reforma, a viuvez etc. Todo esse processo é um desafio muito grande característico do envelhecimento, é um confronto com essas perdas, o que exige um esforço ainda maior por parte do idoso para poder assim adaptar-se a essas mudanças, e também adaptar-se as situações para manter uma qualidade de vida desejável (TEIXEIRA, 2010).

No decorrer da elaboração deste presente trabalho, observou-se que a maioria dos idosos que são acometidos pelo TAG, são advindas da ociosidade, fator econômico e o próprio processo de envelhecimento, pois essas situações, condicionam grande parte dos idosos a desenvolver essa respectivo sofrimento mental, diante disso, fica evidente a colocação dos autores corroborando uns com os outros, pontuando convictamente que além da predisposição genética, os fatores ambientais são condicionantes e agravantes para o acometimento do transtorno de ansiedade generalizada em idosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer da elaboração do estudo, observou-se que consideravelmente quanto há essa problemática, buscou-se apontar soluções que possam corroborar com a diminuição dos índices de idosos com transtorno de ansiedade generalizada, demonstrando dessa forma a importância de um acompanhamento profissional das pessoas acometidas por um problema mental, dessa forma, assistência prestada a este grupo

etário e o apoio familiar é essencial no processo evolutivo e positivo do tratamento que se faz necessário, dentro de cada peculiaridade de cada indivíduo e de sua realidade familiar.

Almeja-se que ao identificar as principais dificuldades que o idoso é mais susceptível, e a vulnerabilidade que é o mesmo acaba sofrendo pelos diversos sintomas da patologia, acaba interferindo negativamente na qualidade de vida desses idosos, pois só assim, poderemos traçar alternativas cabíveis para sanar esses pontos negativos que acabam prejudicando a vida social e cotidiana do indivíduo.

Diante dessa perspectiva observou-se que os fatores estressores externos favorecem para o processo de adoecimento dos idosos, com isso fica evidente da necessidade de mudanças de estilo de vida, onde deve-se investir em políticas públicas voltadas para a saúde dos idosos, visando melhorar a qualidade de vida na terceira idade, e principalmente buscar a valorização e meios que possam contribuir com a socialização e consequentemente com o lazer para esta faixa etária. Somente assim poderemos contribuir com a diminuição desses impactos que tanto contribuem para o acometimento do TAG.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Rev Bras Psiquiatr**, 21 (1), 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a05.pdf>> Acesso em 29 de outubro de 2018.

ARAÚJO, MELLO, LEITE. Transtornos de ansiedade e exercício físico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.29 no.2 São Paulo June 2007 Epub Nov 27, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462007000200015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 04 de outubro de 2018.

ANDREATINI, LACERDA, ZORZETTO FILHO. Tratamento farmacológico do transtorno de ansiedade generalizada: perspectivas futuras. **Rev. bras. psiquiatr.** 2001;23(4):233-42. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/0D/rbp/v23n4/7172.pdf>> Acesso em: 29 de outubro de 2018.

CARLA CHEIK. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. *R. bras. Ci. e Mov.* 2003. Acesso em 28 fevereiro de 2020.

CAROLINE MENTA. Prevalência de Transtorno de Ansiedade Generalizada em idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família do Município de Porto Alegre. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, 2014. Disponível em: <<http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2740>>. Acesso em 28 de Fevereiro de 2020.

GIL, **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184p.

GONÇALVES. A ansiedade no idoso. **Licenciatura em gerontologia social, 2012**. Disponível em:<[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3568/1/TrabalhoFinalMargarrida Goncalves.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3568/1/TrabalhoFinalMargarrida%20Goncalves.pdf)>. Acesso em 04 de outubro de 2018.

MENESES. Sintomas de ansiedade sob a perspectiva de idosos hospitalizados: estudo de prevalência. 4º Congresso de envelhecimento humano, 2015. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/cieh/trabalhos/TRABALHO_EV040_MD4_SA9_ID447_26082015222647.pdf>. Acesso em 04 de outubro de 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

OLIVEIRA *et al.* Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicol. estud.* vol.11 no.2 Maringá May/Aug. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722006000200014&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 28 de Fevereiro de 2020.

TEIXEIRA. Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. **UNIVERSIDADE DE**

LISBOA FACULDADE DE PSICOLOGIA. Dissertação - MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA, 2010.

Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf>. Acesso em 04 de outubro de 2018.

Capítulo 7

A CONSTRUÇÃO DA PERSONALIDADE PSICOPÁTICA EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Cintia Maria de Lima Barbosa¹
Karoliny Sandrelle Costa Xavier²
Kailla Louhanna Marques Anchieta³
Ana Jessica Pires Teixeira⁴
Thiago Fellipe Pimenta Ferreira⁵
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão⁶

RESUMO

Psicopatia, um distúrbio mental grave, em que o enfermo apresenta comportamentos antissociais e amorais sem demonstração de arrependimento ou remorso, incapacidade para amar e se relacionar com outras pessoas com laços afetivos profundos, egocentrismo extremo e incapacidade de aprender com a experiência, que se inicia desde a infância ou adolescência e vai até a vida adulta. A psicopatia antes associada somente a adultos vem sendo estudada e diagnosticada em crianças e adolescentes, que cada vez mais tem apresentado características de uma personalidade psicopática. Alguns fatores externos têm sido apontados como determinantes na construção desta personalidade, pesquisas inovadoras têm apontado nas experiências infantis a presença de fatores de risco elevado para o desenvolvimento de quadros psicopatológicos. Nesse sentido este trabalho tem o objetivo de descrever os fatores que contribuem para o desenvolvimento da personalidade psicopática desde a infância. Trata-se de uma revisão de literatura desenvolvida nas bases Scielo, Lilacs e Bireme, com utilização dos descritores: Transtornos Mentais, Transtorno da Personalidade Antissocial, Psiquiatria infantil.

Palavras chave: Transtorno da Personalidade Antissocial. Crianças. Adolescente.

ABSTRACT

Psychopathy, a serious mental disorder, in which the sick person presents antisocial and amoral behaviors without showing repentance or remorse, inability to love and relate to other people with deep emotional ties, extreme egocentrism and inability to learn from the experience, which begins in childhood or adolescence and continues into adulthood. The psychopathy previously associated only with adults has been studied and diagnosed in children and adolescents, who have increasingly presented characteristics of a psychopathic personality. Some external factors have been pointed out as determinants in the construction of this personality, innovative research has pointed out in childhood experiences the presence of high risk factors for the development of psychopathological pictures. In this sense this work aims to describe the factors that contribute to the development of psychopathic personality since childhood. It is a literature review developed in Scielo, Lilacs and Bireme, using the descriptors: Mental Disorders, Antisocial Personality Disorder, Child Psychiatry.

Keywords: Antisocial Personality Disturbance, Children, Teenagers.

¹ Graduanda em Enfermagem (UNICEUMA). E-mail: cintia71873@ceuma.br

² Graduanda em Enfermagem (UNICEUMA). E-mail: karoliny72677@ceuma.br

³ Graduanda em Enfermagem (UNICEUMA). E-mail: kailla71952@ceuma.br

⁴ Graduanda em Enfermagem (UNICEUMA). E-mail: ana102228@ceuma.br

⁵ Graduando em Enfermagem (UNICEUMA). E-mail: thiago67687@ceuma.br

⁶ Mestre em Saúde e Ambiente (UFMA). E-mail: apfcoelho@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Psicopatia, um distúrbio mental grave, em que o enfermo apresenta comportamentos antissociais e amorais sem demonstração de arrependimento ou remorso, incapacidade para amar e se relacionar com outras pessoas com laços afetivos profundos, egocentrismo extremo e incapacidade de aprender com a experiência, que se inicia desde a infância ou adolescência e vai até a vida adulta (DA SILVEIRA, 2018).

O termo Psicopatia, utilizado no presente trabalho, segue a maioria dos clínicos e pesquisadores norte-americanos, que configura um conjunto específico de traços e comportamentos desviantes, conforme proposto por Cleckley (1976). Os traços e comportamentos desviantes são os seguintes: charme superficial, inteligência, não se sentir nervoso em nenhuma hipótese, não confiar em ninguém, ser desleal, ter ausência de delírios ou outros sinais de pensamento irracional e não sentir remorso. É também um indivíduo egocêntrico, que não aprende com as experiências, com poucos relacionamentos, incapaz de sentir amor, compaixão ou afeição por outro ser, e de seguir um plano em sua vida (DA SILVEIRA, 2018).

A psicopatia antes associada somente a adultos vem sendo estudada e diagnosticada em crianças e adolescentes, que cada vez mais tem apresentado características de uma personalidade psicopática. Alguns fatores externos têm sido apontados como determinantes na construção desta personalidade, pesquisas inovadoras têm apontado nas experiências infantis a presença de fatores de risco elevado para o desenvolvimento de quadros psicopatológicos (DAVOGLIO, 2012).

Atualmente, muitos autores especulam que a psicopatia está diretamente ligada a um déficit no processamento de informações sobre vários tipos de conteúdo emocional. Essas características não, como alguns autores enfatizam, se desenvolvem repentinamente quando um indivíduo atinge a idade adulta, traços e tendências que podem culminar em um distúrbio psicopático são identificáveis em idades mais precoces.

Estes conceitos na infância são amplamente intensificados quando se caracteriza por ações que determinem modificações no seu modelo de personalidade. A possibilidade de identificar e tratar os transtornos de personalidade na população jovem é incipiente, embora a psicopatia já tivesse sido reconhecida desde 1940 como tendo suas raízes estabelecidas desde a infância sendo constatados seus dados históricos sociais, culturais e familiares (DAVOGLIO, 2012).

Os questionamentos surgiram a partir de reflexões em relação aos fatores que contribuem para a formação dessa personalidade, considerada um transtorno, em crianças e adolescentes que já apresentam condutas violentas, sendo influenciada pelo meio social em que o indivíduo vive. Então, considera-se relevante o estudo sobre o tema, pois por meio destes questionamentos e reflexões, observa-se que a psicopatia é um transtorno de personalidade pelo qual o sujeito não possui qualquer sentimento ou emoção. Por isso, o psicopata age totalmente pela razão, interesses próprios, objetivos e prazeres, não se preocupando com as consequências futuras de seus atos ou do próximo (SILVA, 2014 apud MONTEIRO, 2018).

Nesse sentido este trabalho tem o objetivo de descrever os fatores que contribuem para o desenvolvimento da personalidade psicopática desde a infância.

2 Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura. Para Bento (2012), a revisão da literatura é uma parte vital do processo de investigação. Aquela envolve localizar, analisar, sintetizar e interpretar a investigação prévia (revistas científicas, livros, atas de congressos, resumos etc.) relacionada com a sua área de estudo; é, então, uma análise bibliográfica pormenorizada, referente aos trabalhos já publicados sobre o tema. A revisão da literatura é indispensável não somente para definir bem o problema, mas também para obter uma ideia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre um dado tema, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento.

O levantamento de literatura foi realizado na Biblioteca virtual em saúde – BVS, do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), que apresentou resultados conforme os descritores Transtorno da Personalidade Antissocial. Crianças. Adolescente, para as bases indexadas: Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) – MEDLINE; e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS, inclusive com resultados encontrados na Scientific Electronic Library Online – SciELO. Os descritores foram analisados, testados, e encontram-se listados na coleção de Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, com recorte temporal de 10 anos contados entre 2009 e 2019.

A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão como: artigos completos disponíveis eletronicamente, redigidos em português, publicados entre 2009 e 2019, e que abordassem a temática em estudo. Foram excluídos imediatamente artigos que não correspondessem ao objeto de estudo, textos que se encontravam incompletos, artigos que não estivessem disponíveis na íntegra online, que não forneciam informações suficientes para a temática. Obtendo a amostra de 25 artigos científicos que após a aplicação dos critérios de exclusão e inclusão, chegou à amostra final de 30 artigos científicos.

3 RESULTADOS

A amostra final desta revisão foi constituída por dez artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Quadro 1 – Desfecho dos Estudos encontrados, São Luís, 2019.

Autor (Ano)	Periódico	Tipo de estudo	Desfecho
BENTO (2012)	Revista JA (Associação Acadêmica da Universidade da Madeira).	Revisão integrativa	O texto ensina como fazer uma revisão de literatura.
DAVOGLIO (2012)	Estudos de Psicologia.	Revisão integrativa	O autor evidenciou que mesmo os estudos não sendo conclusivos, e trouxe a incidência e prevalência do transtorno em crianças.
DA SILVEIRA (2018)	Diaphora.	Qualitativo, descritiva	O autor mostrou que os pacientes tinham comportamentos agressivos desde a infância, e que esses poderiam estar ligados a questão familiar.
DE CASTRO (2016)	Psicologia.	Revisão integrativa	O texto citou principais atos infracionais praticados por crianças e adolescentes.
MONTEIRO (2018)	Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente.	Revisão integrativa	O autor evidenciou com base nos estudos os principais fatores ligados à psicopatia caracterizando-os.
MOREIRA (2018)	Psicologia e Saúde em debate.	Revisão integrativa	Reconheceu os padrões da psicopatia, a fim de melhorar o entendimento da mente das pessoas que nos cercam, para assim poder ser constatado algum possível psicopata.
NUNES (2009)	Revista da faculdade de ciências humanas e sociais.	Revisão integrativa	Mostrou o conceito de psicopatia, fazendo um paralelo sobre a evolução da patologia, associando-a as práticas criminosas.
NATRIELLI FILHO (2012)	Diagn. Tratamento	Revisão integrativa	O texto aborda sobre como se faz o reconhecimento precoce dos fatores de risco para psicopatia e a intervenção sobre eles poderiam impedir a progressão.
SOUSA (2017)	Revista da faculdade de ciências humanas e sociais.	Revisão integrativa	Identificou que a ocorrência de maus tratos pode estar ligada com o desenvolvimento da personalidade antissociais.
VASCONCELLOS (2014)	Psicologia: Teoria e Pesquisa.	Revisão integrativa	O estudo comparou adolescentes com e sem traços de psicopatas, possibilitando assim uma melhor forma de elucidar o desenvolvimento do transtorno.

A psicopatia (ou personalidade psicopática), um transtorno de personalidade que envolve tanto características comportamentais desviantes quanto aspectos afetivos e relacionais, cuja etiologia e

desenvolvimento ainda não são totalmente conhecidos. Sua essência se manifesta, especialmente, nas relações interpessoais e afetivas pela ausência de empatia, culpa ou remorso, grandiosidade, manipulações e mentiras recorrentes, dificuldades em aceitar responsabilidade e uma gama de comportamentos eticamente incorretos e antissociais que não são, necessariamente, criminosos (DAVOGLIO, 2012).

Comumente distinguido do conceito de distúrbio da personalidade antissocial, o conceito de psicopatia é considerado por muitos pesquisadores um distúrbio que se sobrepõe ao TPA, mas é distinto deste. Nem todos os indivíduos diagnosticados com transtorno de personalidade antissocial (TPA) são psicopatas, porém todos os psicopatas preenchem os critérios para o transtorno (DA SILVEIRA, 2018).

Embora esteja preconizado pelo DSM-IV que para o diagnóstico seja obrigatório que o indivíduo tenha no mínimo 18 anos de idade, muitos estudos apontam que durante a infância e adolescência este indivíduo pode começar a desenvolver características de uma personalidade psicopata. E que fatores externos e a hereditariedade podem contribuir para isto.

Sabe-se pouco a respeito das causas da psicopatia, mas seria ingenuidade negligenciar a influência de fatores psicossociais no desenvolvimento de comportamento antissocial. A ocorrência de eventos estressores nos primeiros anos de vida, como conflitos com os pais, abuso físico ou sexual e institucionalização, tem sido associada ao transtorno. Por isso, um ambiente adequado e repleto de amor e respeito é, sem dúvidas, o melhor cenário para o desenvolvimento físico e emocional saudáveis da criança e do adolescente (MONTEIRO, 2017).

Quanto ao conceito de “fator de risco”, ao se utilizar esta terminologia, supõe-se a existência de variáveis populacionais e individuais, envolvendo o comportamento humano ou seus desvios (como negligência, abuso ou violência), que poderiam ser modificadas ou observadas anteriormente ao desenvolvimento da doença em questão. A possibilidade de prevenir doenças mentais ainda é limitada devido às próprias dificuldades conceituais envolvendo os diagnósticos psiquiátricos e sua estabilidade ao longo dos anos (NATRIELLI FILHO, 2012).

De acordo com De Castro (2016), 50% dos transtornos são decorrentes dos aspectos socioambientais. Ele ainda relata que por mais que os traços de psicopatia possam não ser absolutamente estáveis ao longo do desenvolvimento, especialmente na passagem da adolescência para a idade adulta, muitos pesquisadores acreditam que este pode ser um problema comum na avaliação de traços de personalidade. Há pesquisas que indicam modificações sociais amplas no que se refere às mudanças no contexto familiar e a relação desse contexto com o aumento de jovens envolvidos com atos infracionais, assim tem se observado a vulnerabilidade dessas relações familiares e a associação dessas crianças com a criminalidade.

No estudo realizado por Silveira (2018) as crianças desde cedo já cometiam atos como “roubar dinheiro da bolsa da mãe”, maltratar animais. Na adolescência, participam de assaltos, faziam bagunça na escola, tinham falta de interesse pelas aulas e por vezes cometeram outros atos infracionais mais graves. O

estudo realizado pela seguinte autora mostrou que a falta de estrutura familiar, pode ser um contribuinte para o desenvolvimento de características psicopatas desde a infância à adolescência.

Ainda segundo a autora, no início da vida adulta, a população estudada demonstrou irresponsabilidade em seus atos e sem perspectiva futura, sem preocupações financeiras e nem com a estabilidade familiar, e ainda continuaram realizando atividades perigosas que poderiam levá-los à condenação.

Davoglio (2012) acredita na importância de investigar as características de psicopatia em adolescentes e crianças dentro da concepção geral de Transtorno de Personalidade, considera-se assim, os sintomas associados aos aspectos do desenvolvimento, tal como a etiologia multifatorial.

Para o autor, a presença de algumas características interpessoais e afetivas da psicopatia bem como empatia, ausência de remorso ou sensibilidade afetiva deveria ser apurada com meticulosidade, pois estas características constituem aspectos de importância para a diferenciação diagnóstica, se forem associadas simultaneamente aos aspectos comportamentais de origem antissocial, estes por si não são decisivos para o diagnóstico de traços psicopáticos. É importante mencionar que, apesar dos atuais achados empíricos, o construto da psicopatia à infância e à adolescência ainda enfrentam discordâncias, principalmente, relacionadas a preocupações de cunho social e legal.

Outro fator muito citado pelos pesquisadores é o fator neurobiológico, para Monteiro (2018) as lesões no lobo frontal estão sendo associadas ao desenvolvimento de comportamentos antissociais. Exames como a ressonância magnética mostram alterações no volume cerebral e na matéria cinzenta da parte pré-frontal em sujeitos com TPAS, cerca de “11% do volume diminuído” Verifica-se que os pacientes com TPAS apresentam uma redução no volume da massa cinzenta pré-frontal. (DAVOGLIO, 2012)

Hereditariedade parece contribuir em grau substancial para o desenvolvimento de comportamentos antissociais. A hipótese levantava é que filhos de pais biológicos com TPAS têm mais chances de apresentarem também o mesmo transtorno. Porém, há controvérsias e polêmicas para estes estudos genéticos sobre a psicopatia. Muitos cientistas dizem que, mesmo possuindo algo cerebral ou genético, não se pode nascer um psicopata sem um ambiente propiciador (MONTEIRO, 2018).

No que diz respeito à questão da hereditariedade, alguns psiquiatras americanos enfatizam seus estudos com gêmeos idênticos crescidos em ambientes separados apresentarem os mesmos sintomas da psicopatia. Outros, porém, ressaltam que os mesmos estudos com gêmeos mostraram resultados diferentes. Morando na mesma casa, com a mesma família e apenas um deles mostrar características do transtorno. Nessas circunstâncias, nota-se que o papel dos fatores genéticos no TPAS ainda precisa ser mais bem esclarecido (MONTEIRO, 2018).

4 CONCLUSÃO

Desta forma observa-se através deste artigo que os estudos a cerca da psicopatia ainda vem se construindo e causa muita controvérsia entre autores, há os que defendem que a psicopatia pode sim ser um transtorno que começa a se construir desde a infância, e que alguns fatores podem ser condicionantes para o surgimento desta, e que estas crianças começam desde cedo apresentar sinais do surgimento desta personalidade.

Há muitas divergências entre os autores que falam sobre este tema e por isso, ainda há muitas lacunas a serem preenchidas e estudadas sobre os psicopatas e sua estrutura de personalidade. Não há uma relação entre os fatores biológicos e sociais, ainda que alguns autores citados no decorrer do trabalho afirmem que exista este fator. O individuo só será um psicopata se houver um fator cerebral e relações negligentes na formação de sua personalidade, ou seja, ambos devem estar presentes para que este transtorno seja diagnosticado com precisão.

A partir dos artigos em estudo, notou-se a importância de atitudes preventivas direcionadas ao contexto familiar, informando e acolhendo mais as famílias que se deparam com crianças com os sinais de transtorno de conduta. Nesse sentido, as escolas podem ser um importante meio para detecção dessa realidade. Observou-se, que os sinais podem estar presentes desde cedo, portanto, julga-se ser de extrema importância divulgar estudos como esse e estimular políticas públicas para planejar formas de prevenção e intervenção com as crianças, adolescentes e familiares.

REFERÊNCIAS

BENTO, António. Como fazer uma revisão da literatura: Considerações teóricas e práticas. **Revista JA**, (Associação Académica da Universidade da Madeira), v. 7, n. 65, p. 42-44, 2012.

DA SILVEIRA, M.S; KERN, C.A.R. As características do psicopata desde a infância contadas por seus familiares. **Diaphora**, v. 17, n. 1, p. 78-84, 2018.

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

DE CASTRO M, D et al. Transtorno de conduta: influência de fatores psicofisiológicos e socioambientais na personalidade de menores no envolvimento de atos infracionais. 2016.

HARE, R.D.; NEUMANN, C.S. **Psychopathy as a clinical and empirical construct**. Annual Review of Clinical Psychology, 2008.

MONTEIRO, M.P.G. Fatores que contribuem para a formação de uma personalidade psicopática em crianças e adolescentes: uma análise neurológica e

MOREIRA, L.A.; DE CASTRO, M.M; BONVINCINI, C.R. Mentas perigosas: o psicopata mora ao lado. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 4, n. Suppl1, p. 5-5, 2018.

NATRIELLI FILHO, D.G. et al. Fatores de risco envolvidos no desenvolvimento da psicopatia: uma atualização. **Diagn. tratamento**, v. 17, n. 1, 2012.

NUNES, L.M. Crime-psicopatia, sociopatia e personalidade anti-social. 2009. social. 2017. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**.p.152-161

SOUSA, R.R. Perturbação de Personalidade Antissocial (fatores preditivos no desenvolvimento de personalidade antissocial. 2017.

VASCONCELLOS, S.J.L. et al. Psicopatia e reconhecimento de expressões faciais de emoções: uma revisão sistemática. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 30, n. 2, p. 125-134, 2014.

Capítulo 8

PREVALÊNCIA DE CASOS DE DEPRESSÃO EM ALUNOS DE 15 A 18 ANOS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO DA CIDADE DE SANTOS-SPPedro Henrique Magalhães do Nascimento¹**RESUMO**

Este trabalho teve como objetivo analisar a prevalência de casos de jovens alunos de 15 a 18 anos de idade com indícios de depressão de uma instituição de ensino da cidade de Santos-SP, a qual cursam o Ensino Fundamental II e Ensino médio. Esta análise envolveu 28 alunos, onde foi utilizado o método quantitativo para efetuar em números a abordagem da pesquisa. Como instrumento, foi utilizado o IDB (Inventário de Depressão de Beck), onde se percebeu que a maioria dos alunos encontra-se em estado de depressão mínima, todavia com pressupostos de uma crescente evolução nos quadros.

Palavras-chave: Depressão, Alunos, Instituição de ensino;

ABSTRACT

This study aimed to analyze the prevalence of cases of young students from 15 to 18 years old with signs of depression in an educational institution in the city of Santos-SP, who attend elementary school II and high school. This analysis involved 28 students, where the quantitative method was used to perform the research approach in numbers. As an instrument, we used the IDB (Beck Depression Inventory), where it was noticed that most students are in a state of minimal depression, however with the assumptions of a growing evolution in their conditions.

Keywords: Depression, Students, School;

INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno mental a qual afeta pessoas de todas as idades. De acordo com a World Health Organization cerca de 350 milhões de pessoas do mundo sofrem desta causa. Esta problemática dependendo do tempo de duração e intensidade pode levar a grandes adversidades, quanto a prejuízos a saúde, trabalho, escola, relações familiares e afins, levando a também a possíveis mortes, [...] sendo até 2020 a segunda causa de incapacidade mental a nível mundial na saúde pública (WHO, 2016).

Nos dias de hoje tem sido visto e reconhecido como uma das causas que mais tem causado situações de sofrimento as pessoas, sendo caracterizado em grande população, não havendo relação ao sexo, nível socioeconômico, idade, sendo um dos grandes pressupostos de consulta médica (Gazalle, Hallal & Lima, 2004).

¹ Graduado em Educação Física – Faculdade São Vicente/UNIBR;
Especialista em Docência do Ensino Superior – Faculdade Futura;
Especialista em Neuropsicologia – Faculdade Futura;
Pós Graduando em Ciência e Tecnologia – Universidade Federal do ABC/UFABC.

Fatores como genética e relações interpessoais tem sido agente disparador da depressão, podendo ser definido como: transtorno de humor, processamento psicológico lento, depressão ou irritabilidade no humor, baixa energia, parcial ou total incapacidade de estar alegre ou com prazer, desinteresse, agitação psicomotora, baixa concentração, pensamentos negativos, incapacidade de planejamento futuro, alteração do juízo de realidade (Del Porto, 2000).

Ainda, de acordo com Miranda (2013) a depressão caracteriza-se como um transtorno de humor grave que prejudica o funcionamento mental e altera o modelo de vivência e entendimento sobre a realidade.

Com isso, a depressão tem se tornado preocupante devido ao tempo de duração, atentados contra a própria vida, baixa relação social, entre outros. De forma ampla, a depressão pode se desenvolver por meio de algum ponto reforçador como doença ou estados emocionais isolados ou traumatizados (Kolvalski, 2015).

A Biologia na Adolescência

A transição da etapa da infância para a adolescência tem duração em média de dez anos, iniciando aos doze ou treze e finalizando por volta de vinte anos, com isso, para analisar que esta fase chegou, o nome se dado é puberdade. De acordo com Papalia e Olds (2000) a Puberdade é a fase onde ocorre a capacidade de reprodução, ou seja, fertilizar, tendo seu processo de maturidade sexual.

Por meio desta certa idade, a transição da criança vai sofrendo algumas mudanças no teor físico, como: Aumento do peso, altura, formato corporal.

Essas mudanças físicas dramáticas são parte de um longo processo complexo de maturação que inicia antes mesmo do nascimento, e suas ramificações psicológicas continuam até a idade adulta (Papalia e Olds, 2000, p.312).

Ainda, a puberdade tem seu início quando os genes estimula a glândula pituitária, localizada na base do cérebro, fazendo aumentar a produção de hormônios por meio das gônadas, com isso, nos meninos os testículos ocorrem o aumento na produção de andrógenos, sendo a testosterona o principal, estimulando o crescimento dos genitais e dos pêlos corporais masculinos, nas meninas os ovários aumentam repentinamente a produção do hormônio feminino estrogênio, estimulando o crescimento dos genitais femininos e o desenvolvimento dos seios.

Os hormônios associam-se pressupostos de agressão pelos meninos e depressão e agressão pelas meninas, sendo dita por pesquisadores a causa disto, devido às alterações hormonais, situando níveis de emocionalidade e humor alterado. Todavia, não descartando que influências sociais podem ser combinatórias aos hormônios para atuação de comportamentos. Ainda que exista uma proximidade entre sexualidade e hormônios, em muitos casos, os adolescentes iniciam suas práticas sexuais não pelo que as glândulas secretam, mas sim por fatores de influências sociais (Brooks-Gunn e Reiter Apud Papalia e Olds, 2000).

Para Tobin e Cols (Apud Papalia e Olds, 2000) Fisicamente acontece nos adolescentes o desenvolvimento de pêlos pubianos e voz mais grave (meninos), crescimento muscular, crescimento dos seios (meninas), maturação dos órgãos reprodutivos, início da produção de espermatozóides nos meninos, início da menstruação nas meninas e aumento rápido do peso e da altura em ambos os sexos.

Adolescência x Depressão

A adolescência se dá com uma fase, que acontece entre os 12 e 19 anos de idade, ocorrendo intensas mudanças físicas, psicológicas, sociais e culturais (Souza, Silva Abrão & Oliveira-Almeida, 2011). Nesta fase ocorrem diversas mudanças biológicas e hormonais, ocasionando muitas vezes, inquietações, dúvidas, adversidade de comportamento com pessoas ao redor e família, sendo também, uma etapa onde se dá o desenvolvimento de autoconceito, auto-estima e complexidade de conceitos (Baptista, Dias & Baptista, 2001).

Na perspectiva de Levy (2007) há o reordenamento simbólico, onde há o desligamento das representações da infância e a criação da representação de um novo sistema, ocorrendo à construção da identidade, tendo que haver um novo sistema de representações, pois a que havia na infância foi perdida, criando em seu processo um perfil de despersonalização, após isso, cria-se a identificação projetiva que cria o sentimento de sua existência.

Ainda, nesta fase ocorrem as mudanças físicas, mental e emocional (Bee, 1997). Portanto, pode-se considerar as mudanças corporais, descobrimento da sexualidade, mudança hormonal e social, entre outros (Aragão et.al, 2009).

Para Levisky (2002) a estruturação da personalidade pode ser um fator da ocasião da depressão. De acordo com Fonagy e Target (2004) a adolescência desvenda falhas e fraquezas até então escondidas, fazendo com que haja o desvinculo com os pais e aquilo que lhe representa internamente, “fazendo com que o adolescente se defronte com a tarefa de integrar um conjunto bem mais complexo de pensamentos sobre seus próprios sentimentos e motivações, assim como dos outros” (p. 92). Com isso, sua afetividade é comprometida tornando-se incapaz de simbolizar, sobrecarregando seus sentimentos e pensamentos, expressando de forma corporal ou física.

Com isso, o transtorno depressivo na adolescência tende a ter um período longo de duração, ocorrendo adversidade na socialização e em fatores ocupacionais, podendo haver alto grau de morbidade e mortalidade (Wainer & Piccoloto, 2011). Por isso há um impacto no desempenho escolar dos alunos, implicando em seu teor de concentração e cognição (Millings et al, 2012).

Para Jeammet e Corcos (2005) o estado de depressão do adolescente parte de fracasso mental em gerenciar as ações do presente, tornando uma fragilidade psíquica, pela separação dos vínculos construídos na infância, muito embora que, se faz necessário para que o jovem construa sua identidade e sua autonomia,

sendo que, a autonomia se determina por meio de vínculos gerados ao longo da vida, pois é necessário trocas e interiorização, quando isso se torna antagônico, a sua autonomia, bloqueios são gerados implicando em sua personalidade e no desenvolvimento mental.

METODOLOGIA

Para o presente estudo foi utilizado o método quantitativo que se preocupa com a quantificação de dados, utilizando recursos e técnicas de estatísticas (Oliveira, 1999).

Fizeram parte da pesquisa 28 alunos (as) de uma escola da rede particular da cidade de Santos-SP. O critério para participação da pesquisa se deu da seguinte forma: ter entre 15 e 18 anos de idade, estar devidamente matriculado na instituição de ensino e interesse pela participação da coleta. Para averiguar a pesquisa, fora utilizado como instrumento o IDB (Inventário de Depressão de Beck), a qual foi traduzida em diversos países, incluindo o Brasil (Gorenstein & Andrade, 1998). O questionário utilizado foi disposto no formato da plataforma forms, onde facilitava o acesso direto dos alunos. Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações, dentro destas, consistiam afirmações com pontuações de 0,1,2,3, onde os alunos assinalariam a que melhor teria sentido ao estado real, podendo ser mais do que uma. Todos receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para ciência do assunto abordado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DE DADOS

A pesquisa contou com 28 alunos com idades entre 15 e 18 anos, sendo 16 do sexo masculino (57%) e 12 do sexo feminino (43%). Considerou-se a seguinte escala de pontos, conforme recomenda o IDB: menos de 10: depressão mínima; de 10 a 18: depressão leve a moderada; de 19 a 29: depressão moderada a grave; e de 30 a 63: depressão grave. Com isso, segue abaixo os seguintes resultados:

- Tabela por divisão de sexo:

Sexo	N	%
Masculino	16	57%
Feminino	12	43%

- Tabela de Nível de depressão em alunos de 15 a 18 anos:

Níveis	N	%
Depressão Mínima	12	43%

Depressão Leve a Moderada	08	29%
Depressão Moderada a Grave	06	21%
Depressão Grave	02	7%
Total	28	100%

De acordo com as análises, identifica-se a depressão mínima em sua maioria nos alunos, com cerca de 43 %, ao ponto que a depressão de leve a moderada aparece com cerca de 29% dos jovens, ainda, cerca de 21% dos alunos apresentam sintomas indicativos de depressão moderada a grave e 7% encontram-se como indicação de depressão grave. Ainda que muitos destes alunos (as) não encontrem-se em estados deprimentes, de acordo com a análise do inventário de Beck, ainda assim, situam-se em diferentes níveis de depressão. Indo de encontro a esta pesquisa Abou-Nazel et al (1991) avaliou 1.561 estudantes de 11 a 17 anos e foi possível notar um grande marcador de depressão, mostrando a grande prevalência de indicativos de depressão nesta faixa etária, ainda Patten et al. (1997) avaliou 5.531 adolescentes e foi possível notar também grandes prevalências de depressão nesta faixa etária.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a depressão tem se tornado um caso cada vez mais decorrente em diversas faixas etárias, principalmente em jovens adolescentes, onde deve sim ser considerado um quadro psicopatológico de grande gravidade que afeta diretamente a rotina e vida de indivíduos, com isso, se faz necessário que aja mais estudos que aborde ainda mais profundamente as questões de gerenciamento do processo mental de adolescentes e meios que contribuam para minimizar tais adversidades que se atribuem neste contexto.

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

- Abou-Nazel, M.W. Fahmy, S.I. Younis, I.A., El-Din, A.G.S. Fatah, M.A. Mokhtar, S. et al. A Study of Depression among Alexandria Preparatory School Adolescents. J Egypt Public Health Assoc 1991.
- Aragão, T.A. Coutinho, M.P.L. Araújo, L.F. Castanha, A.R. Uma perspectiva psicossocial da sintomatologia depressiva na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*. V. 14 (n.2) 2009.
- Baptista, M. N., Baptista, A. S. & Dias, R. R. (2001). Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*. V. 21(n.2), 52-61.
- Bee, H. O ciclo vital. (R. Garcez, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas (1997).
- Del Porto, J.A. Conceito de depressão e seus limites. *In: Lafer B; Almeida OP; Fraguas Jr R; Miguel EC. Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.*

- Fonagy, P. Target, M. Questões desenvolvimentais na adolescência normal e colapso na adolescência. In R. B., Graña, & A. B. S., Piva (Orgs.), *A atualidade da psicanálise de adolescentes – formas do mal-estar na juventude contemporânea* (p. 91-106) São Paulo: Casa do Psicólogo (2004).
- Gazalle, F.K. Hallal, P.C. Lima, M.S. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Rev. Bras. Psiquiatria*. 2004.
- Gorenstein, C. Andrade, L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev. Psiquiatria. Clín.* 1998.
- Jeammet, P., & Corcos, M. (2005). *Novas problemáticas da adolescência: evolução e manejo da dependência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kolvaski, A. An economic theory of suicide. *The journal of political economy*. v.82, n.1, p.83-98, 2015.
- Levy, R. *Adolescencia: el reordenamiento simbólico, el mirar y el equilibrio narcisístico*. Psicoanálisis, 2007.
- Levisky, D. L. Depressões narcísicas na adolescência e o impacto da cultura. *Psychê*, 2002.
- Millings, A., Buck, R., Montgomery, A., Spears, M. & Stallard, P. School connectedness, peer attachment, and self-esteem as predictors of adolescent depression. *Journal of Adolescence*. V. 35 (n.4), 2012.
- Miranda. Religion, culture, economic and sociological correlates of suicide rates: a cross-national analysis. *Applied Economics Letters*, 3: 779-782, 2013.
- Oliveira, S. L. de. *Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses*. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 1999.
- Papalia, E.D; Olds, W.S. *Desenvolvimento Humano*. 7 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000.
- Patten, C.A. Gillin, J.C. Farkas, A.J. Gilpin, E.A. Berry, C.C. Pierce, J.P. Depressive Symptoms in California Adolescents: Family Structure and Parental Support. *J Adolesc Health* 1997.
- Souza, E.M. Silva-Abrão, F.P. Oliveira Almeida, J. Desigualdade social, delinquência e depressão: um estudo com adolescentes em conflito com a lei. *Revista de Salud Pública*. V. 13 (n.1), 13-18. (2011).
- Wainer, R. & Piccoloto, N. M. Terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e adolescência. In: C. S. Petersen & R. Wainer (org.). *Terapias Cognitivo-Comportamentais para Crianças e Adolescentes*, Porto Alegre: Artmed, p. 170-194 (2011).
- World Health Organization. *Preventing suicide: A resource for media professionals*. Geneva: World Health Organization, 2016. (Em Inglês).

Capítulo 9

IDEAÇÃO SUICIDA: HORIZONTE COMPREENSIVO EM FENOMENOLOGIA EXISTENCIAL

Maria Roseane de Melo Souza Silva¹
Ana Maria de Santana²

RESUMO

Este estudo visa compreender o fenômeno da ideação suicida em comunitários do Agreste de Pernambuco, região que vem apresentando alto índice de suicídios. A Organização Mundial de Saúde (OMS) compreende o suicídio como desafio da saúde pública. Trata-se de uma Pesquisa Qualitativa que elegeu a compreensão interpretativa de orientação fenomenológica hermenêutica. Os colaboradores do estudo foram dois usuários do Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, com faixa etária de 14 a 18 anos. A Entrevista Narrativa e o Diário de Bordo do pesquisador foram os instrumentos metodológicos para a coleta dos dados. A análise deles seguiu a compreensão norteada pela Hermenêutica Filosófica de Gadamer. O estudo revelou que a ideação suicida nem sempre se associa ao desejo de morrer, encontra-se nas possibilidades da existência, compreendida como singularidade radical, insuperável, não tematizável pela racionalidade científica, dado que existir é da ordem da experiência humana, refratário a objetivação das operações metodológicas. A pesquisa realçou a importância de espaços de convivência que favoreçam atenção as demandas de sujeitos sociais em situação de crise, a partir da criação de vínculos que pressupõe diálogo, realçando interlocutores e situações. Desse modo importa ampliar possibilidades de atenção psicológica no âmbito da Assistência Social, redimensionando a atenção dada ao usuário do CRAS.

Palavras chave: Ideação suicida; CRAS; atenção psicológica; fenomenologia existencial.

ABSTRACT

This study aims to understand the phenomenon of suicidal ideation in community members from Agreste de Pernambuco, a region that has been showing a high rate of suicides. The World Health Organization (WHO) understands suicide as a public health challenge. It is a Qualitative Research that chose the interpretative understanding of hermeneutic phenomenological orientation. The study collaborators were two users of the Reference Center for Social Assistance - CRAS, aged 14 to 18 years. The researcher's Narrative Interview and Logbook were the methodological instruments for data collection. Their analysis followed the understanding guided by Gadamer's Philosophical Hermeneutics. The study revealed that suicidal ideation is not always associated with the desire to die, it is found in the possibilities of existence, understood as a radical, insurmountable singularity, not subject to scientific rationality, given that existing is in the order of human experience, refractory to objectification of methodological operations. The research highlighted the importance of living spaces that favor attention to the demands of social subjects in crisis situations, from the creation of bonds that presuppose dialogue, highlighting interlocutors and situations. Thus, it is important to expand the possibilities of psychological care within the scope of Social Assistance, redimensioning the attention given to CRAS users.

Keywords: Suicidal ideation; CRAS; psychological attention; existential phenomenology.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo comprender el fenómeno de la ideación suicida en miembros de la comunidad de Agreste de Pernambuco, una región que ha estado mostrando una alta tasa de suicídios. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ve el suicidio como un desafío de salud pública. Es una investigación cualitativa

¹ Mestra em Psicologia e Saúde Mental PRISMAL/UPE. Bacharel em Psicologia – UPE Campus Garanhuns. rose@futurovirtual.com

² Dr^a em Psicologia – UNICAP/PE

que eligió la comprensión interpretativa de la orientación fenomenológica hermenéutica. Los colaboradores del estudio fueron dos usuarios del Centro de Referencia de Asistencia Social - CRAS, con edades comprendidas entre 14 y 18 años. La entrevista narrativa del investigador y el libro de registro fueron los instrumentos metodológicos para la recopilación de datos. Su análisis siguió la comprensión guiada por la hermenéutica filosófica de Gadamer. El estudio reveló que la ideación suicida no siempre se asocia con el deseo de morir, se encuentra en las posibilidades de existencia, entendida como una singularidad radical e insuperable, no sujeta a racionalidad científica, ya que existe en el orden de la experiencia humana, refractaria a objetivación de operaciones metodológicas. La investigación destacó la importancia de los espacios que privilegian la atención a las demandas de los sujetos sociales en situaciones de crisis, basados en la creación de vínculos que presuponen el diálogo, destacando los interlocutores y las situaciones. Por lo tanto, es importante ampliar las posibilidades de asistencia psicológica dentro del alcance de la Asistencia Social, redimensionando la atención prestada a los usuarios de CRAS.

Palabras clave: ideación suicida; CRAS; atención psicológica fenomenología existencial.

Na prática psicológica realizada junto a comunitários do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, não é raro perceber em suas comunicações, a ideação suicida como acontecimento censurado por ideologias religiosas e culturais. Nos procedimentos de atenção, as narrativas revelam o desejo de morrer como possibilidade de pôr fim ao sofrimento na existência. Entendemos que seja relevante no campo da promoção e da prevenção em saúde, elaborar estudos que ponham em evidência o fenômeno da ideação suicida. O Brasil ocupa atualmente o oitavo lugar no ranking de suicídios no mundo (Organização Mundial de Saúde – OMS). O Sistema de Informação de Mortalidade - SIM entre os anos de 2006 e 2015, na Microrregião de Garanhuns, registrou 194 mortes por suicídio. Todas as cidades dessa microrregião do Estado de Pernambuco registraram pelo menos mais de um suicídio nos últimos 6 anos. Não dispondo, ainda dos dados oficiais, mas seguindo ³⁴sites de notícias regionais, blogs e redes sociais, nos quatro primeiros meses do ano de 2016, sete pessoas cometeram suicídio na Região do Agreste de Pernambuco. “O suicídio encontra-se entre as dez principais causas de óbito para todas as pessoas maiores de 5 anos de idade. Em todos os países onde há informações fidedignas sobre a mortalidade, esse fenômeno encontra-se entre as três principais causas de morte para as pessoas de ambos os sexos com idade entre os 15 aos 34 anos. (Botti, et al, 2014).

Este ensaio, decorrente da formação clínica num mestrado em saúde mental, versa sobre o fenômeno da ideação suicida na procura de contribuir com subsídios às práticas de atenção realizadas nos serviços prestados pelo Centro de Referência de Assistência Social – CRAS. Importa lembrar que o CRAS, é uma unidade de serviço de caráter descentralizado, subsidiado pelo serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). Subordina-se a política pública do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, voltado para o atendimento as famílias que apresentam maior vulnerabilidade social.

³⁴<https://claudioandreopoeta.blogspot.com.br/2016/03/bom-conselho-registra-segundo-suicidio.html>

Ao buscar o psicólogo no CRAS, o usuário não se mostra interessado nas distinções impostas pelas políticas públicas de assistência social para o fazer psicológico. Ele vem ao encontro esperando ser ouvido, em sua narrativa dar sentido ao que vive sem entender e ao que lhe acontece como mal-estar. Sendo assim, é válido conhecer as Políticas Públicas de prevenção ao suicídio no contexto da atenção dada a comunitários assistidos, revendo o que se mostra voltado às demandas dos usuários do CRAS.

Políticas públicas de prevenção do suicídio – revendo seus horizontes

As políticas públicas voltadas para prevenção do suicídio no Brasil encontram-se ainda elementares. Os desafios são muitos a serem considerados, tais como: atendimento negligenciado; despreparo dos profissionais; abordagem sensacionalista da mídia; o acesso fácil aos métodos para o ato suicida e o abuso de substâncias químicas que levam ao suicídio (Machado, Leite e Bando, 2014). A política pública de prevenção ao suicídio em como princípio esclarecer a população; traçar estratégias para incluir grupos de risco e fortalecer os serviços de saúde que atendem pacientes vulneráveis ao suicídio.

Tanto as políticas de prevenção do suicídio e o que se tem realçado como prevenção em psiquiatria destacam as disfunções decorrentes das doenças psiquiátricas e ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Os manuais evidenciam que entre os transtornos mentais, a depressão e os transtornos de humor estão associados a causa de suicídio, o que encaminha à uma atenção especial para quem se insere nesses quadros psicopatológicos. No entanto, uma discussão para além das noções patológicas se faz necessária. É preciso pôr no circuito das reflexões sobre o suicídio dimensões existenciais, sabendo-se que o existir humano não é da ordem de uma prevenção de condutas. Não é possível prevenir o existir humano pelo fato de a sua ontologia não ser determinada, sendo assim, como podemos prevenir atitudes suicidas que levariam a morte voluntária? Morte como acontecimento já inserido nas possibilidades existenciais do homem. As narrativas são importantes porque revelam horizontes compreensivos da existência de quem compartilha experiências a partir de sua palavra, elaborando sentido ao vivido como sofrimento.

No âmbito da Fenomenologia Hermenêutica, postura epistemológica eleita neste estudo, não se pode pensar em perfil epidemiológico de alguém suicida. Diferentemente, do olhar naturalista vigente nas ciências naturais, Dutra (2011, p. 153) esclarece:

Não é possível, portanto, traçar um perfil do suicida, como sugerem alguns mitos construídos em torno desse fenômeno. O motivo ou motivos que levam alguém ao suicídio formam-se ao longo da sua história e se revelam nos sentidos e modos de ser que constituem a sua existência. Por isso esse fenômeno não escolhe idade, classe social, gênero ou nacionalidade. Em nosso entendimento, o suicídio significa, antes de tudo, sofrimento e desespero.

Nessa esteira compreensiva, suicídio é possibilidade na existência, não apenas a quem esteja sinalizando sintomatologias psicopatológicas. Nesse sentido, não há grupos de risco que possam ser

trabalhados em prevenção. Pensar a prevenção do suicídio, nem sempre é buscar alternativas no contexto das pessoas que o comunicam, mas acolher quem *pro-cura* ajuda através de uma escuta atenta ao seu sofrimento.

Na procura de ampliar horizontes compreensivos sobre o fenômeno da ideação suicida em comunitários do Agreste de Pernambuco, voltamos para refletir sobre ele.

Ideação Suicida e Suicídio

A ideação suicida surge como ideia, pensamento, vontade, desejo de atentar contra a própria vida. Uns apresentam a ideação sem pensar maneiras de realizar o ato e podem não chegar a planejá-lo ou consumir o suicídio; outros, além da ideação suicida, elaboram um plano de como realizar o ato, efetivando-o. No entanto, vale salientar que às vezes, sem planejamento, diante de uma situação que irrompe modificando a vida abruptamente, a tentativa do suicídio pode ocorrer, ou seja, pode surgir a partir de qualquer situação da existência.

O ato suicida pode não se configurar como atitude extrema decorrente de uma crise, mas como algo que se planeja. “Na literatura específica, com frequência o comportamento suicida é classificado em três categorias: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado”. (Werlang, Borges & Fensterseifer, 2005, p. 259). Sendo assim, o fenômeno do suicídio é definido pela OMS como:

[...] ato deliberado, intencional, de causar a morte a si mesmo, ou, em outras palavras, um ato iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tem a clara noção (ou uma forte expectativa) de que dele pode resultar a morte, e cujo desfecho fatal é esperado (Bertolote, 2012, p. 21).

Cassorla refletindo sobre a temática do suicídio nos anos 80 informa que ao se traduzir o suicídio como a morte de si mesmo, não são evidenciados as maneiras e os mecanismos realizados por quem o faz. Entende que seja significativo ampliar para uma conceituação ampla em que: “podemos incluir muitos atos e comportamentos que normalmente o leigo não imagina que se trata de suicídios. Mas que o são de alguma forma” (1984, p. 09).

Não se encontra um motivo único, determinante para o suicídio, Emile Durkheim (1897) num amplo estudo sociológico sobre o suicídio na Europa, no final do sec. XX, compreendeu como:

[...] todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado, a tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte” (p. 15).

O autor acima citado, assinalou causas, possibilidades e tipos de suicídio, distinguindo três tipos: o egoísta, o anômico e o altruísta. Considera que há modos de suicídio que se distingue entre si. Seus estudos buscaram entender causas do suicídio associadas aos perfis sociológicos das populações europeias, traçando comparações, entre sociedades. (Durkheim, 1897).

Camus em seu texto, “O mito de Sísifo, realça: “só existe um problema filosófico realmente sério: é o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à questão fundamental da filosofia”

(1942, p.7). Entende que, não somente na realização do ato suicida, mas já na sua ideia o valor da vida se mostra desafio ao pensamento. O ato suicida se mostra uma decisão que emerge na experiência de uma miopia das situações vividas em que uma gama torrencial de sentimentos conduz a sofrimentos que impedem a elaboração de qualquer sentido para existir.

Noutra perspectiva, suicídio é como sendo a culminância de uma intensa dor psíquica (Toro, 2013). Edwin Shneidman, considerado um sábio em suicidologia, ciência do comportamento suicida, descreveu o estado psíquico de alguém que estaria prestes a se matar, criou o neologismo *psychache*, informa que:

Trata-se de uma dor intolerável, vivenciada como uma turbulência emocional interminável, uma sensação angustiante de estar preso em si mesmo, sem encontrar a saída. A *psychache* decorre do desespero de não ter as necessidades psicológicas básicas atendidas, como as necessidades de realização, de autonomia, de reconhecimento, de amparo e evitação de humilhação, de vergonha e de dor. (Botega 2015, Crise Suicida, versão Kindle 1711-1714).

Estudos apontam que a maioria dos que atentam contra a própria vida e os que conseguem êxito pelo ato, podem estar vivenciando doenças psíquicas, dentre elas, a depressão, o transtorno bipolar, a dependência e abuso de álcool e outras drogas. A relação entre suicídio e transtornos mentais vem sendo realçada por pesquisas interessadas pelas causas que levam ao suicídio, notadamente, observaram em pessoas que apresentavam sintomas compatíveis com depressão. Apontam assim as doenças psíquicas como possíveis gatilhos para o suicídio. Conforme Botega

Com base nas evidências proporcionadas por entrevistas com familiares e amigos, bem como por documentos médicos e pessoais, um diagnóstico psicopatológico pode ser feito em 93-95% dos casos de suicídio, notadamente transtornos do humor (40-50% dos casos de suicídio tinham depressão grave), dependência de álcool (em torno de 20% dos casos) e esquizofrenia, 10% dos casos (2006, p. 215).

Nos acontecimentos que envolvem o suicídio, seja em ato, ou em ideação, aparecem questões difíceis de serem respondidas. O sentido atribuído a morte voluntária escapa o senso comum na lida diária cotidiana. O desejo era de morrer ou retirar de si o sofrimento indizível? Como surge a ideação suicida? Como se sentem as pessoas que pensam em suicídio com frequência? De fato, são questões que encaminham para uma reflexão neste estudo.

Nessa esteira compreensiva, entendemos que o saber dado pelo conhecimento através de pesquisas e de estudos na área não deixa de ser relevante, no entanto, o presente estudo reacende a importância da experiência enquanto caminho à compreensão do fenômeno da ideação suicida. Compreender a partir de conceitos universais não permite informar sobre o existir do homem. Existência diz da experiência que se tem no mundo com outros. Não é da ordem de um universal mas de uma singularidade pertencente a quem existe. Bondía (2002) revela a experiência humana como algo que nos acontece e isto:

[...] requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a

lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço, (Bondía, 2002, p. 19).

Desse modo, o saber de conhecimento pelas metodologias científicas universais é diferente do conhecimento adquirido na experiência. Remetendo a questão bússola desta pesquisa, enumerar causas universais que levam uma pessoa a pensar em suicídio se distancia, sobremaneira, da escuta do sentido elaborado por ela quando anuncia tal desejo. Sendo assim, o estudo recorre a Fenomenologia Hermenêutica como caminho de acesso à compreensão do acontecimento da ideação suicida, vez que sendo uma experiência de sofrimento, não podemos enquadrar o fenômeno do suicídio nas possibilidades explicativas de uma racionalidade de cunho naturalista vigente no campo da saúde mental. Experiência é sempre da singularização de cada pessoa que a vivencia, algo que nos atinge, não diz apenas do acontecimento em si, mas do como sou afetado por ele e me deixo afetar pelo que me toca.

Se a experiência não é o que acontece, mas o que nos acontece, duas pessoas, ainda que enfrentem o mesmo acontecimento, não fazem a mesma experiência. O acontecimento é comum, mas a experiência é para cada qual sua, singular e de alguma maneira impossível de ser repetida. O saber da experiência é um saber que não pode separar-se do indivíduo concreto em quem encarna, (Bondía, 2002, p. 27).

Importa realçar que em nosso tempo, cada vez mais, se sabe menos pela via da experiência, a crença contemporânea é de que o saber advém da informação técnica.

Desse modo, ouvir a narrativa de quem porta a ideação suicida é o modo mais próximo de ter acesso a sua experiência de sofrimento e de poder *com-partilhar* compreensões sobre ela. Como dito anteriormente, nosso estudo suscita a possibilidade de compreender a ideação suicida a partir de um outro olhar não inserido no naturalismo do modelo biomédico. Dessa feita elegeu pressupostos fenomenológicos existenciais partindo da compreensão do existir humano, dimensão sombreada no âmbito das intervenções clínicas em saúde, como diz Santana (2017). Nesse propósito, recorreremos a Heidegger (2009) no que afirma sobre a angústia que encaminha o homem para o seu *poder-ser*, realçando a técnica moderna como dimensão significativa dos tempos atuais em que nos determinamos no mundo com outros.

Ontologia fundamental: o ser do homem como *Dasein*.

Heidegger (2009) denomina o ser do homem como *Dasein* - *ser-o-aí*. Por essa compreensão, homem difere dos outros entes, somente ele existe, não sendo determinado, lançado no mundo, mostra *ser-abertura*. O mundo somente é revelado porque há homem. “o *Dasein* é mundano, co-originário ao mundo, diferenciando-se dos entes simplesmente dados, intramundanos, mas destituídos de mundo”,(Novaes 2005, p.1). Equivale dizer que homem não é dado ao mundo como outros entes, se constitui como *ser-no-mundo* na trama significativa do existir. Todos os outros entes dados estão no mundo, enquanto o homem é *mundano*. Heidegger diz:

Esses entes, que podem ser determinados como estando um “dentro” do outro, tem o mesmo modo de ser do que é simplesmente dado, como coisa que ocorre dentro do mundo. Ser simplesmente dado “dentro” do que está dado, o ser simplesmente dado junto com algo dotado do mesmo modo de ser, no sentido de uma determinada relação de lugar, são caracteres ontológicos que chamamos de categorias. Tais categorias pertencem ao ente não dotado do modo de ser da presença (2009. p. 99).

Mundo, perpassa pelo modo como o homem se relaciona no seu contexto, o Ser se revela pelo *Dasein* que se constitui na abertura da clareira do ser, entes se mostram na experiência do homem, em sua trama de significados. Cada modo de existir corresponde à significação possível de mundo (Novaes, 2005), assim o ser é no mundo.

O *Dasein* se revela, também, sendo *ser-no-mundo-com-outros*, que têm, como ele, o modo de ser semelhante, além dos entes dados. A relação que se estabelece com outros *Daseins*, Heidegger chamou de *pré-ocupação* e com os outros entes - ocupação. Como diz, Novaes - “O modo das relações com os entes cujo modo de ser é simplesmente dado, (*Vorhandenheit*) foi denominado por Heidegger de ocupação, (*Bensorgen*) é o modo das relações com entes dotados do seu próprio modo de ser de preocupação”, (Novaes, 2005, p. 1).

Caminhando por esta compreensão sobre homem, encontra-se realçado na analítica heideggeriana sobre o homem, o existencial *ser-para-a-morte*, constitutivo de sua ontologia, o que leva a compreendê-lo como destinado à morte, possibilidade que não se pode desviar e que finda demais possibilidades existenciais. A morte é uma possibilidade permanente que a todo instante nos espreita. Morre-se diariamente, inclusive biologicamente, todos os dias, milhões de células mortas se depositam sobre o corpo, caem, o deixam. Morre-se nos relacionamentos desfeitos, nas perdas diárias. No entanto, o confrontar-se com a própria morte não acontece de maneira comum, no sentido de se estar permanentemente voltado a esta verdade. A morte acontece todos os dias, mas é expulsa, ou tenta-se expulsá-la do convívio, como se isto fosse possível (Rocha, 2009).

No pensamento heideggeriano, só é possível uma existência autêntica quando se assume a possibilidade constante da impossibilidade da existência. A angústia decorre por se ver destinado à sua própria morte, como diz Heidegger – “aquilo com que a angústia se angustia é ser-no-mundo, finito e destinado para a morte”. (2009, p. 252). Sendo assim, angústia como disposição afetiva leva a singularização de quem somos. “Toda angústia, é em última instância, angústia da morte” (Novaes, 2005 p. 3). Lembra Cardinali - “na angústia, o medo é diante de si mesmo, do seu próprio ser-no-mundo, angústia se angustia pelo estar no mundo, uma vez que o mundo não possibilita mais que o ser-aí se compreenda a partir do mundo e da interpretação pública”, (2015, p. 252). Nesse sentido, angústia remete ao homem para o seu modo de ser. Na impessoalidade, ele se entrega a técnica como modo de conceber mundo e de vivenciá-lo.

Pela noção heideggeriana de angústia, pensar o suicídio assume uma compreensão diferente daquelas de cunho natural, aceitas como explicação para este fenômeno.

O suicídio, quem sabe este pode ser compreendido como uma maneira de lidar com a angústia, eliminando-a. Seria a incapacidade de enxergar uma existência na qual o outro se institua de um jeito

novo, distinto daquele que o absorveu. Ou seja, a descrença de que a vida possa ser vivida de outra maneira, com um sentido próprio, o que significaria uma recusa em continuar sendo como antes. O suicídio ainda poderia ser pensado como uma forma desesperada de se apropriar da vida, do seu ser, ainda que seja eliminando-o, o que não deixa de ser um modo de assumir o seu destino, como um ser-para-a-morte. É possível pensar o suicídio em razão, entre tantos outros motivos, do desespero de não poder enfrentar a finitude da existência, o ser-para-a-morte, (Dutra 2011, p 155-156).

Caminho Metodológico - novos horizontes compreensivos acerca da ideação suicídio

O estudo recorreu a metodologia de uma Pesquisa Qualitativa de cunho Fenomenológico Existencial. Importa realçar que “pesquisas qualitativas são entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, e as estruturas sociais” (Minayo 1996, p.10). Descreve fenômenos, sem se referir a hipóteses a priori. Não visa relacionar causa e feito, nem levantar dados estatísticos (Santana, 2017). "Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" (Minayo, 2002, p. 21)

A pesquisa foi realizada na região do Agreste Meridional do Estado de Pernambuco. Os colaboradores foram usuários do serviço do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS do Município de Calçado. Teve como critério de inclusão: ser usuário do serviço do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS que procurou atenção psicológica, comunicando ideação suicida; ter idade entre 14 e 45 anos, de ambos os sexos, comportando o número de até 4 usuários. Excluindo-se aqueles que não se enquadram em tais critérios. No decorrer da pesquisa, dois colaboradores se disponibilizaram a participar, tendo sido atribuídos nomes fictícios relacionados aos elementos da natureza, em função do caráter de sua indispensabilidade a vida. Ar, adolescente, 14 anos, Terra, adolescente, 17 anos.

A pesquisa recorreu a Entrevista Narrativa e ao Diário de Bordo de uma das autoras como via de acesso a experiência de comunitários com ideação suicida. No que concerne a Entrevista Narrativa, Flick citando Hermans, esclarece que:

Na entrevista narrativa, solicita-se ao informante que apresente, na forma de uma narrativa improvisada, a história de uma área de interesse da qual o entrevistado tenha participado (...) A tarefa do entrevistador é fazer com que o informante conte a história da área de interesse em questão como uma história consistente de todos os eventos relevantes, do início ao fim (2009, p. 165).

O entrevistado narra a sua história a partir de uma pergunta disparadora do entrevistador. A questão deve permitir que o entrevistado conte a sua experiência sobre o que está sendo posto em questão, de maneira pessoal e sem interrupções. Possíveis esclarecimentos ou retomada de determinado ponto são feitas ao final da Entrevista Narrativa (Schütze Apud Germano, 2005). Desse modo, o diálogo voltou-se para a comunicação sobre a ideação suicida, se deu a partir da pergunta disparadora – *o que você pensa sobre a ideação suicida?*

Outro recurso metodológico utilizado foi o Diário de Bordo. Enquanto instrumento de pesquisa, se configura como depoimentos rememorados. É feito por um protagonista que compartilha sua experiência, comunicando o que é tecido junto a outros a quem o pesquisador interroga, dialoga na investigação.

Diários de Bordo não são apenas possibilidades de restituição da historicidade de uma pesquisa: são, também, o narrar a biografia da experiência de um profissional, na perspectiva de quem comunica como ocorreu o revelar-se do outro a esse profissional/pesquisador (Aun 2009, p. 123).

A Postura Epistemológica Hermenêutica de Gadamer foi eleita para a compreensão dos dados narrativos. Diferenciando-se dos procedimentos tradicionais de análise das ciências naturais, Gadamer assinala que a compreensão humana não se dá a partir de procedimentos controlados previamente, vez que ela já é condição ontológica do ser do homem. Para ele, o significado que se atribui as coisas não pode ser objetivado (1970). Sua elaboração ocorre, mutuamente, no encontro em que as pessoas já trazem uma *pré-compreensão* originária, onde cada envolvido no encontro, realiza a fusão de horizontes, compreensão negociada que emerge, não encerrando o círculo hermenêutico (Schwandt, 2006). Nesse modo, a compreensão se dá no cerne de uma interpretação que ocorre no acontecimento do encontro.

Gadamer (1900-2002) encontrou na Filosofia de Heidegger, solo fértil para seus estudos voltados para o fenômeno da hermenêutica. Parte, da compreensão do ser do homem como ser-no-mundo para interrogar o movimento da compreensão e da situação hermenêutica em sua especificidade. Suas inquietações estão direcionadas para a questão: da experiência humana do mundo e da práxis da vida. (Barreto, Leite & Santana, 2015).

Pela compreensão gadameriana, na trama dos nexos trazidos pelas narrativas, encontram-se afetações que encaminham a elaboração de outros sentidos, sem fechar compreensões, suscitando outras.

Trançando Compreensões: diálogo em narrativas

Barreto nos lembra que “simultaneamente ao sentir e compreender, o falar é originário para o homem: é por ele que se expressa a articulação entre ser afetado e compreender, dando a ver o sentido” (2013, p. 63). Partindo desse vértice compreensivo, elegemos alguns fragmentos de narrativas, do Diário de Bordo de uma das autoras e dos colaboradores do estudo, entendendo que eles contribuem para a compreensão do que se anuncia no fenômeno da ideação suicida na cidade de Calçado. Abaixo encontram-se trechos relevantes ao estudo realçando o diálogo com as narrativas.

Pesquisadora: “Nos atendimentos aos usuários do CRAS, ouvi narrativas de pessoas que em sofrimento comunicavam a vontade de cometer suicídio. Alguns chegavam com solicitação médica para atendimento psicológico, ou trazidos por parentes que “não sabiam mais o que fazer”, e desejavam que um psicólogo pudesse ouvir, atender aquele parente, na esperança de algum tipo de ajuda, apoio, por suas palavras. [...] Durante estas escutas, por vezes, surgiam menções, falas, do tipo...”não aguento mais”; “ninguém me entende”, “queria sumir”... quando interrogadas, expressavam o pensamento suicida. Às vezes,

apresentavam somente a ideação, outras, comunicavam tentativas realizadas. No decorrer do tempo, interoguei sobre o saber ofício do psicólogo no âmbito do CRAS. Buscava favorecer atendimento condizente as demandas por atenção e intervenção em psicologia, desse modo, interessada na escuta de narrativas de quem comunica sofrimento com ideação suicida, me conduzi por uma prática de plantão psicológico no espaço do CRAS. (Ressalvas do Diário de Bordo da pesquisadora).

Colaboradores do estudo: **Ar: “Ninguém liga pra você”...** *No período que eu queria me suicidar eu... eu achava que ninguém né... se importa com você se você tá bem... Ninguém liga para você, fica com a mentalidade que o mundo não te quer, que você só é mais um... Ninguém liga para você. Você fica mal, tipo um sentimento que não é fácil de passar, não vai passar fácil quando a pessoa fica com depressão, fica depressiva pensando no motivo que... quando eu queria me suicidar... Eu tentava de várias formas não conseguia porque era difícil não tinha coragem... algumas pessoas não vão ter coragem de se suicidar... Elas só vão querer... só vão querer... elas não vão conseguir se suicidar... porque elas vão ter medo... vão ter medo... vão sentir medo, mesmo querendo ela vai pensar que não está mais ali que não vai mais poder acontecer nada com ela... não vai pensar nas coisas boas que ia acontecer... não vai ter coisas legais que ela pensava em fazer... sonhava... não consigo...(Ar, 2017).*

Parece haver um receio de responder, de dizer algo impróprio, uma certa hesitação revelada no momento da entrevista. A ideação suicida não está presente. Realça a rejeição vivida, de não ser importante para o outro – “ninguém se importa com você”. Expõe um desejo de ser compreendido na sua dor...de poder contar e narrar o que sente no viver, sem que seja julgado, procura e não encontra. “Ninguém liga para você”. Novamente informa, não há quem dê importância ao que lhe acontece, falta-lhe vínculos significativos à vida - “o mundo não te quer” diz **Ar**. “O mundo não quer mais um, que nada acrescenta, que nada faz, que em nada é especial, importante”. O que experimenta como sofrimento acredita que não terá fim, parece ser doloroso, sofrido e devastador momento - “não é fácil de passar, não vai passar”. Restaria, assim, morrer?

Ar diz: “não tinha coragem, algumas pessoas não vão ter coragem de se suicidar”. Talvez, seja verdade o que diz – quem procura se matar só quer que a dor passe, que o sofrimento acabe. O querer morrer e o medo caminham juntos, como ele diz, “elas não vão conseguir se suicidar... porque elas vão ter medo... vão ter medo”. Nesse sentido, o medo se faz guardião da vida.

Ar fala que “não vai mais poder acontecer nada com ela”, o sofrimento cessará, sua agonia terá fim. Mas, logo em seguida, diz: “também não poderá pensar nas coisas boas”, talvez reconhecendo que elas poderão acontecer em sua vida. Anuncia esperança? Avistando outras possibilidades de encaminhar-se?

Na fala de **Ar**, quando descreve sua compreensão sobre suicídio, enfatiza que ocorre certa hesitação entre morrer e viver. Talvez seja essa a explicação para o fato que o número de pessoas atendidas com tentativa de suicídio é maior do que aquele do registro de óbito por ato suicida. Seria a hesitação um obstáculo que impediria tantas tentativas a não terem êxito para o óbito?

Ar: O fato de querer o suicídio não é... querer... não é querer morrer... é querer fazer com que a dor que você está sentindo acabe... que você não quer tá morto você não quer tá em nenhum lugar, você quer sumir de vez... mas continua com pensamento que se for morrer e não vai mais ter mais do que sonhar, como eu falei... que você vai pensar pessoas vão chorar que você vai deixar as pessoas tristes que... você vai chegar uma hora que você vai pensar que todo mundo se importava com você... mesmo se você morresse em si... mas se você morresse as pessoas iriam perceber o quanto você é especial o quanto você é importante(hunrum) é o caso da depressão, a mesma coisa...só que a depressão é uma doença...

Ar relaciona sofrimento a dor, uma vivência que não se encontra no físico, não podendo ser localizada. Quer “matar” a dor e ao mesmo tempo não “matar” seus sonhos. “Não é querer morrer”, seria findar a solidão? Findar a agonia de não pertencer a nenhum vínculo em sua vida sem sentido? **Ar** continua, “Você não quer tá morto”, “você não quer tá em lugar nenhum”. O mundo parece não ter sentido, nada se mostra em cor. Parece ser sofrido não encontrar amparo e familiaridade no mundo, estaria a angústia encaminhando-o às suas possibilidades mais próprias? Apropriando do modo que se encontra existindo? Dar-se conta da falta de sentido para o que vive quando expõe - “você não quer está em nenhum lugar”. Morrer seria não está em lugar nenhum?

Ar compreende que as pessoas podem chorar com sua morte e isto o preocupa, talvez se veja importante para elas. Diz “as pessoas vão chorar, você vai deixar as pessoas tristes”. Se as pessoas ficarem tristes talvez não esteja só, assim, pode partilhar sua dor, ter alguém que se importe. Nesse sentido, a iminência do morrer revela curiosidade, desejo de saber sobre quem choraria? Quem são os que se importam? Morrendo ter-se-ia a chance de descobrir. Diz **Ar** - “se você morresse as pessoas iriam perceber o quanto você é especial”. Sendo assim, a ideiação suicida parece vincular-se a possibilidade de ser descoberto pelo outro, seu lugar no mundo, sua importância e singularidade.

A comunicação de **AR** - “não quer está em lugar nenhum”, recorda os estudos heideggerianos quando informam que somos lançados no mundo como projeto, não temos lugar neste mundo, “não nos sentimos em casa” (Rocha, 2000, p. 154). Não ter um lugar em que possa sentir como sendo seu, parece ser esse o alicerce do sofrimento humano, amedrontador, o que poderia encaminhar para a morte voluntária.

A ambiguidade no desejo de morrer e ao mesmo tempo querer viver é amplamente evidenciada nos estudos sobre suicídio. O desejo de morrer parece estar relacionado com a possibilidade de não mais sofrer e migrar para uma vida sem dor e sofrimento. **Ar** informa o desejo de estar junto aos outros para ver suas reações, como reagiriam com sua morte. Seria a morte um acontecimento de revelação de afeição?

Ar esclarece ainda sobre a relação que vê entre a depressão e suicídio

P: Você faz essa relação então?

Ar: Da depressão ao suicídio...?

P: Sim...

Ar: *Porque uma pessoa depressiva ela consegue se matar, uma pessoa que SÓ QUER ela não consegue... a depressão leva ao suicídio eu acho... só consigo falar isso.*

Aqui anuncia que alguém sem depressão pode pensar em suicídio e desejar fazê-lo, mas só quem o realiza são aqueles em depressão. Entende que pensar em suicídio não seria suficiente para cometer o ato. Difere doença de sofrimento?

Diante do exposto, fica evidente os paradoxos vividos por alguém com ideação suicida. Em suas narrativas, a ambiguidade entre o desejo de morrer e dar sentido à vida se apresenta em meio ao sofrimento. Na prática clínica exercida no CRAS, é possível perceber que usuários buscam o serviço como possibilidade de ajuda para não chegar à consumação do ato.

Terra *“Eu ia estragar a minha vida”... É porque assim, quando a pessoa está nervosa, a pessoa pensa muita besteira, aí as besteiras que a pessoa pensa é só na pessoa se matar fazer alguma coisa do tipo assim.*

P: Sim, diga.... Quando você diz estar nervoso... a ideação passa quando você está nervosa?

Terra: *É, quando estou nervosa.*

P: Mas isso acontece ainda? Aconteceu? Como é?

Terra: *Aconteceu. Hoje...agora mesmo, não acontece mais.*

P: Mas quando você está nervosa hoje, isso ainda passa?

Terra: *Não*

P: Fala sobre quando aconteceu...o que é que você se recorda?

Terra: *Aconteceu poucas vezes. Acho que no máximo duas vezes só. Só que assim, eu tentei já uma vez só. Aconteceu duas vezes, mas assim... para chegar e dizer assim...vou fazer...só foi uma vez. Mas na hora não deu coragem. Faltou coragem.*

Terra parece tornar mínimo o que vive como ideação suicida ao descrever sua experiência. “É muita besteira que passa na cabeça”. Afirma que sua vontade de morrer chega em momentos de nervosismo. A palavra, “nervosa” chama atenção, recorda o que popularmente as pessoas chamam, “doença dos nervos”, “doença de cabeça”, quando se referem a portadores de sintomatologia psiquiátrica. “As besteiras que a pessoa pensa é só na pessoa se matar”. Falas que o senso comum costuma dizer quando alguém relata que está pensando em matar-se. “Tire essas besteiras da cabeça”; “não pense em besteira”; “não faça nenhuma besteira com você ou ainda, não vá fazer besteira”. É comum no imaginário popular silenciar o desejo de morte, não falar sobre suicídio com outros. A ideação não se mostra em palavras, é uma *besteira* que não vale a pena nem falar. Na vida, não caberia pensar sobre morte. Como que não fosse da ordem do viver refletir sobre o morrer.

“Eu já tentei uma vez só... só uma vez, mas na hora não deu coragem” diz **Terra**. Passar do pensamento a ação em suicídio, é como ir adentrando em esferas de sentimentos que vão conduzindo ao desfecho. Adia-se como quem acredita que controla a hora de sua morte. **Terra** parece que por um instante

pôde estar ciente de sua morte sem receio..."eu tentei", mas há algo me impediu... "faltou coragem", diz ela. Faltar coragem para morrer estaria relacionado a força da vida em si?

P: Me fala sobre essa vez

Terra: *Essa vez eu estava em casa, aí eu só não me lembro bem o que aconteceu, o motivo. Aí eu fiquei...aí veio aquele negócio na minha cabeça...aí quando eu ia fazendo...o medo chegou.*

P: O que você chama, veio aquele negócio na minha cabeça?

Terra: *O nervoso e a vontade de se matar*

P: Como é essa vontade?

Terra: *Para quem está assim, na hora do nervoso, vai ser uma coisa ótima ali que a pessoa vai se livrar de todos os problemas. Mas quando passa o nervoso aí...*

P: Você disse chegou o medo, então passou nervoso ou chegou medo?

Terra: *Os dois, tudo junto.*

P: E como foi esse sentimento nessa hora?

Terra: *Não porque eu não tive eu não tive a coragem de fazer o que ia fazer.*

P: E o que você ia fazer?

Terra: *la me matar.*

P: De que maneira?

Terra: *Nesse dia foi com a faca... só que na hora ali não deu mais coragem, aí depois pensando bem... ia estragar minha vida, né.*

Terra nos informa que, na sua experiência, não vê motivos definidos que a encaminham para o suicídio - "não lembro bem o que aconteceu, o motivo". Não seria algo que viesse pensando em realizar. Ao se deparar com uma situação desagradável a ideia do suicídio chega, uma impulsividade relacionada a intolerância ao limite - "De repente...aquele negócio na minha cabeça".

Nos tempos atuais há uma obrigatoriedade de ser feliz, ter sucesso, ser bem-sucedido. O limiar, para suportar uma situação dolorosa, ou desagradável estaria diminuindo? **Terra** continua, "o medo chegou". Um medo tão nosso, companheiro na lida cotidiana - medo de morrer, de viver, de confrontar-se consigo, de saber-se finito.

Ao se referir sobre suicídio, **Terra** diz, "na hora do nervoso, vai ser uma coisa ótima ali...a pessoa vai se livrar de todos os problemas". A vida em si seria um problema para nos livrarmos dela? Ou existem problemas na vida que acreditamos não conseguir resolver? O pensamento suicida, para **Terra**, serviria à solução de seus problemas, seria morrer por não suportar a vida ou morrer porque deseja resolver problemas que em vida não tem conseguido?

Terra continua a dizer - “eu não tive a coragem de fazer...Só que na hora ali, não deu mais coragem”. “la estragar minha vida”. A vida parece ter-lhe falado alto que vale a pena viver, a morte poria fim não somente aos problemas, mais a vida em si. Antecipar-se a morte suscita uma modificação existencial (Franco de Sá, 2008).

Ante as narrativas, não se encontra a priori o que possa dar conta do sofrimento, do vazio, da angústia evidenciados nas falas. Falar de si é infinitamente mais que teorizar. Terra, mesmo tendo tentado uma vez se matar, enuncia em sua fala que tais pensamentos não se fazem mais presentes. A ideação suicida parece ter dado lugar a uma tranquilidade em relação ao enfretamento que ora vivencia em sua existência. Não se pode afirmar que ela nunca mais lhe chegará, por hora, o “nervoso”, “aquele negócio na cabeça” que chegava e trazia o desejo de morrer não tem mais.

Contribuições ao Centro de Referência de Assistência Social – CRAS.

O atendimento ofertado no CRAS pelos psicólogos não está voltado para procedimentos clínicos de atenção. O estudo em questão, permite considerar que a escuta, o acolhimento àquele que procura por atendimento psicológico no CRAS, pode ser redimensionado visto que o usuário do serviço requer espaço de convivência para compartilhar experiências de sofrimento. O que significa não deixar de lado o que solicitam as políticas públicas do CRAS e as prerrogativas do SUAS como um todo. Desse modo é possível vislumbrar outros modos de fazer no que tange ao serviço ofertado pelo psicólogo. Estar disponível à escuta daqueles que buscam “falar com o psicólogo”, não buscam psicoterapia, mas a possibilidade de serem ouvidos por um agente de saúde mental.

Morato (2017, no prelo), informa que “nas organizações, seus objetivos, valores e processo de socialização sobrepõem-se aos indivíduos”. Nesse sentido, importa rever na assistência ofertada pelo CRAS as demandas clínicas trazidas pelo usuário que visam o cuidado consigo. É sabido que o serviço deve estar organizado de modo que o comunitário se sinta empoderado. No entanto, longe estão os procedimentos de assisti-lo, vez que não se dá, devidamente, a atenção as suas narrativas de aflição entranhadas em seus pedidos de assistência. Daí ser importante expandir procedimentos em saúde na vida diária com usuários do CRAS, vez que a saúde mental e cidadania se pertencem. Nesse sentido o estudo indica procedimentos de acolhida aos sujeitos sociais em situação de crise nos espaços do CRAS.

Partindo desta esteira compreensiva, o presente estudo indica o Plantão Psicológico como possibilidade de atenção no âmbito do CRAS, voltada ao sofrimento de alguém que demanda escuta psicológica. Isto porque:

Somos convocados a atender, responsabilizando-nos por oferecer uma sombra de uma árvore grande para aquele que pro-cura poder parar por alguns instantes, refletir acerca de emergências, para des-ocultar demanda/urgência, e retomar o caminho que deseja trilhar. Somos, neste sentido, plantas

grandes que oferecem alguns instantes de sombra, descanso e possibilidade de reflexão: somos então, cada um de nós, plantões. A palavra plantão não é utilizada de forma aleatória. Ela possui outro sentido neste contexto. Remete à ideia de um profissional que espera, num certo período constante de tempo, por qualquer alguém que sofre sem saber quem vai encontrar nem qual a demanda que o levou a procurar por um psicólogo. Convocados a atender e responsabilizar-nos por oferecer sombra de árvores para que aquele que procura por si possa retomar um caminho necessário. (Ornelas apud Morato, 2017, p. 19).

Estar disponível para aquele que solicita uma escuta para falar de suas demandas, vai além de outros procedimentos tradicionais de assistência do CRAS. O Plantão diz de uma atitude que se dispõe ajudar o outro a se rever como demandante, assim como apropriar-se das suas possibilidades de se encaminhar na existência. Oferta dada ao outro no sentido de estar para ouvir, acolher e compreender o sofrimento revelado em seu dizer.

Nessa direção, disponibilidade e atenção para as afetações são o fio que conduz o plantonista à ação. Atentar a afetações possibilita o plantonista a comunicar interpretações que aproximem o que emerge daquilo que é urgente. O inexorável fato de ser afetado pelo outro desabriga e coloca o plantonista em um lugar desconhecido, levando-o a um não saber ao impedi-lo da direção do saber do outro, (Morato, 2017, p. 20).

Desse modo, o Plantão Psicológico se apresenta como clínica possível no serviço do CRAS, sem irromper com as políticas públicas decorrentes da lei do SUAS, naquilo que deve ser posto em prática no âmbito dos procedimentos ofertados.

[...] É pela atenção e cuidado daqueles que se aventuram como clínicos, estribando-se pela afetabilidade, que se abrem possibilidades de ser clínico ancorado na própria existência. [...] Clinicar implica debruçar-se ou inclinar-se para poder apreender e escutar aquele que precisa de cuidado por mal-estar. Ser clínico se moda pelo modo da solicitude, fundamentada na escuta: compreensivamente mover-se no âmbito do ser-com, pois o outro é sempre alguém com o qual o psicólogo profissionalmente se pre-ocupa; solicitude não é ocupação, mas pre-ocupação, (Morato, 2017, p. 20).

À guisa de consideração, o estudo sinaliza o Plantão Psicológico como espaço clínico, acolhedor para aquele que chega sofrendo, por vezes pensando em suicídio. A prática psicológica no CRAS, tem assim o redimensionamento necessário a partir de uma clínica que se disponibiliza a estar junto de quem demanda cuidado em seu mal-estar. Desse modo, amplia e enriquece modalidades do fazer psicológico em instituições públicas assistenciais.

Referências

- Aun, H. A. Morato, H.T. P. (2009) Atenção psicologia em instituição: plantão psicológico como cartografia clínica. In. *Aconselhamento psicológico numa perspectiva fenomenológica existencial*. Coord. Morato, H.T. P. Barreto, C. L. B. Nunes, A. P. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan
- Barreto, C.L.B.T, Leite, D.F.C.C.S, Santana, A.M. (2015) Hermenêutica Filosófica: postura epistemológica para pesquisa qualitativa em prática psicológica clínica. In *Investigação Qualitativa em Saúde*. Atas CIAQ
- Benjamin, W. (1994). *O narrador*; considerações sobre a obra de Nikolai Leskov, magia e técnica, arte e política: ensaio sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, p. 197-221.

- Bertolote, J.M. (2012) *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Unesp.
- Bondía, J.L. (2002). *Notas sobre a experiência e o saber de experiência*. Tradução de João Wanderley Geraldi Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Linguística. Jan/Fev/Mar/Abr No 19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>
- Botega, N. J. Marín-Leon, L. Oliveira, H.B. et al. (2009). *Prevalências de ideação suicida, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil*. In. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(12):2632-2638, dez.
- _____ (2015) *Crise suicida: avaliação e manejo*. São Paulo. Artmed.
- Botti, Nadja C. L. Mesquita, I. R. Benjamim, M. L. (2014). *Diferenças macrorregionais da mortalidade por suicídio: análise epidemiológica macro-regional differences in mortality by suicide: an epidemiological analysis diferencias macrorregionales en la mortalidad por suicidio: un análisis epidemiológico*. Revista de Enfermagem UFPE on line., Recife, 8(10):3420-8, out. – Disponível em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10074/10512>. Acessado em 19/01/2016
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.(2013) Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf Acessado em 08/07/2017
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. (2005) Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf Acessado em 23/07/2017)
- Camus, A. (1942) *O mito de Sísifo*. Disponível em <http://www.planonacionaldeleituras.gov.pt/clubedeleituras/upload/e_livros/clle000131.pdf> Acesso em 06/11/2016
- Campanha Setembro Amarelo Disponível em <https://portal.fiocruz.br/pt-br/content/suicidio-deve-ser-tratado-como-questao-de-saude-publica-alertam-pesquisadores>. Acessado em 10/10/2017
- Cardinalli, I. E. (2015). *Heidegger: o estudo dos fenômenos humanos baseados na existência humana como ser-aí (Dasein)*. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v26n2/0103-6564-pusp-26-02-00249.pdf>
- Cassorla, R. M.S. (1984). *O que é o suicídio*. São Paulo, Brasiliense
- Centro de Valorização da Vida – CVV. Disponível em <http://www.cvv.org.br/> Acessado em 22/09/2017
- Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) (2007) Referência técnica para atuação do (a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS / Conselho Federal de Psicologia (CFP). -- Brasília, CFP. Disponível em http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/08/cartilha_crepop_cras_suas.pdf Acessado em 13/01/2017.
- D'Oliveira, C.F.A. (2014) *Estratégia nacional de prevenção do suicídio: suas diretrizes*. Disponível em <http://www.rebraps.com.br/2014/09/estrategia-nacional-de-prevencao-do.html>. Acessado em 19/08/2016
- Durkheim, É. (2008). *O suicídio*. São Paulo. Martin Claret. Publicação original 1897.
- Dutra, E. (2011). *Pensando o suicídio sob a ótica fenomenológica hermêutica: algumas considerações*. In.Revista da Abordagem Gestáltica – XVII(2): 152-157, jul-dez

_____ (2012) *Tentativas e consumação de suicídio de estudantes universitários*. Disponível em <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8229/5985>.

Flick, U. (2009) *Introdução à pesquisa qualitativa*. Tradução Joice Elias Costa- 3 ed. Porto Alegre; Artmed

Germano I. M. P. (2009) *Aplicações e implicações do método biográfico de Fritz Schütze em Psicologia Social*. Disponível em http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/ Acessado em 30/09/2016

Heidegger, M. (2009). *Ser e tempo*. Tradução revisada. 4. Petrópolis: Vozes,

_____ (2007). *A questão da técnica*. Scientle studia, Tradução: Marco Aurélio Werle São Paulo, v. 5, n. 3, p. 375-98

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Disponível em <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=260330&search=pernambuco|calcado> Acessado em 27/10/2016

Machado, M. F. S. Leite, C. K S, Bando, D. H. (2014) *Políticas Públicas de Prevenção do Suicídio no Brasil: uma revisão sistemática RG&PP*, vol. 4(2): 334-356. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rgpp/article/view/114406>

Minayo, M. C de S. (1996). *O desafio do conhecimento*. Pesquisa qualitativa em saúde. 4 ed. São Paulo. HUCITEC-ABRASCO.

_____ (2002) *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. 21 ed. Petrópolis. Editora Vozes.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2005) Secretaria Nacional de Assistência Social Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004 Norma Operacional Básica NOB/SUAS Brasília. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf Acessado em 19/07/2017.

Morato H.T.P. (2013). Algumas considerações da fenomenologia existencial para a ação psicológica na prática e na pesquisa em instituições. In. *Prática Psicológica na Perspectiva Fenomenológica*. Curitiba. Juruá Editora.

_____ (2017). Por entre plantão psicológico e ação cartográfica clínica pelos caminhos de floresta. In *Prática Psicológica em Instituições: clínica, saúde e educação*. Curitiba. Editora CRV.

_____ (2017) *Reflexões acerca do sofrimento humano pela perspectiva do conceito de saúde*. (no prelo)

Novaes de Sá, R. (2005). *A analítica heideggeriana da existência em ser e tempo*. V Jornada IFEN. Rio de Janeiro. Disponível em: http://ifen.com.br/jornada/roberto-analitica_heideggeriana.pdf.

OMS – Organização Mundial de Saúde. Disponível em <http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/> Acessado em 23/10/2016

Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS (2009)/ Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. – 1. ed. – Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 72 p. Disponível em: http://www.mds.gov.br/suas/guia_protecao/cras-centros-de-referencia-da-assistencia-social/copy_of_orientacoes_cras_1.pdf Acessado em 03/07/2017).

Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Transtornos mentais e comportamentais. Departamento de saúde mental. Organização Mundial da Saúde Genebra 2000 Disponível em http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf Acessado em 08/01/2016

Prevenção do Suicídio Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Ministério da Saúde – Brasil Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. 2006. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf Acessado em 08/01/2016.

Rocha, Z. (2000). *Os destinos da angústia psicanálise freudiana*. São Paulo. Escuta

Schmidt, M.L.S. (2003). Políticas públicas e saúde mental. In Z. A. Trindade & N. A. Andrade (Org.), *Psicologia e saúde: um campo em construção*. São Paulo: casa do Psicólogo.

Santana, A. M. (2017) *Contribuições da fenomenologia existencial à prática psicológica em saúde*. Recife. UNICAP.

Schwandt, T.A. (2006). Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In. DENZIN, N.K. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Yvonina S. Lincoln. Trad. Sandra Regina Netz. Porto Alegre. Artmed

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade> Acessado em 23/10/2016

Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2012). Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf Acessado em 18/07/2017)

Toro, G.V. Nucci, N.A.G. Toledo, T.B. et al. (2013). *O desejo de partir*: um estudo a respeito da tentativa de suicídio. In. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 407-421, dez

Vila-Chã, J. J. (2008) *A estrutura meta-ontológica do a-Deus*: o dom da morte segundo Emamnel Lévinas. In: *A morte e a origem*. Lisboa. CFUL pp. 279-306

Weler, M. (2002) *A angústia, o nada e a morte em Heidegger*. Universidade de São Paulo (USP). XXVI Jornada de Filosofia e Teoria das Ciências Humanas – a filosofia da existência e a tragédia moderna, na UNESP/Marília, Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/transformacao/article/viewFile/848/743>.

Capítulo 10

DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS EM POLICIAIS

Dannicia Silva Conceição¹
Vanessa Silva Souza Viana²
Gismailly da Silva Soares³
Keury Nascimento Ribeiro⁴
Alice dos Santos Silva Alcântara⁵

RESUMO

Introdução: As doenças psicossomáticas têm ganhado destaque nos estudos do meio acadêmico e profissional, sendo consideradas o grupo de doenças do século XXI. A Organização Mundial de Saúde, em relatório de 1986, afirma que há uma multiplicação de manifestações de doenças decorrentes de desequilíbrios psicossociais, sendo a mais frequente causa de consulta médica. As profissões que lidam diretamente com seres humanos tendem a serem profissões mais tensas e estressantes cita-se aqui a profissão de Policial. **Objetivo:** conhecer as principais doenças psicossomáticas que acometem os policiais, seus impactos e fatores de risco para o acometimento de tais doenças. **Metodologia:** O estudo consiste em pesquisa do tipo revisão de literatura, de caráter descritivo e exploratório, sendo realizada a partir do levantamento de dados através das plataformas digitais. **Resultados e Discussão:** Identifica-se em policiais principalmente as seguintes doenças: ansiedade, depressão, desajustamento psicossocial, estresse psíquico, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos, desconfiança no próprio desempenho, vulnerabilidade e, em um contexto geral, resultados relativos à saúde geral e escala geral de neuroticismo. **Conclusão:** Diante disso se observa que o meio de trabalho dos policiais acarreta riscos a sua saúde mental e física. Com base nisto, cabe desenvolver políticas de saúde com foco nesta temática, olhando com empatia a esse grupo, como indivíduos propícios ao adoecimento, e desmitificando a visão de pessoa imbatível e sem nenhuma fragilidade.

Palavras-chave: Doença. Mente. Policial.

ABSTRACT

Introduction: Psychosomatic diseases have gained prominence in academic and professional studies, being considered the group of diseases of the 21st century. The World Health Organization, in a report from 1986, affirms that there is a multiplication of manifestations of diseases resulting from psychosocial imbalances, being the most frequent cause of medical consultation. Professions that deal directly with human beings tend to be more tense and stressful professions. **Objective:** to know the main psychosomatic diseases that affect police officers, their impacts and risk factors for the involvement of such diseases. **Methodology:** The study consists of a literature review type research, of a descriptive and exploratory character, being carried out from the data collection through digital platforms. **Results and Discussion:** The following diseases are mainly identified in police: anxiety, depression, psychosocial maladjustment, psychological stress, sleep disorders, psychosomatic disorders, distrust in their own performance, vulnerability and, in a general context, results related to general health and general scale of neuroticism. **Conclusion:** In view of this, it is observed that the police work environment poses risks to their mental and physical health. Based on this, it is necessary to develop health

¹ Dannicia Silva Conceição, Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual do Tocantins. Especialista em Saúde Pública e Obstetrícia pelo Instituto de Pós-Graduação e Ensino Superior Andradez, IPEZA, Brasil.

² Vanessa Silva Souza Viana, Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual do Tocantins. Especialista em Obstetrícia, Ginecologia e Saúde da Mulher pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz, FACIBRA, Brasil.

³ Gismailly da Silva Soares, Enfermeiro pela Universidade Estadual do Tocantins.

⁴ Keury Nascimento Ribeiro, Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual do Tocantins. Especialista em Obstetrícia, Ginecologia e Saúde da Mulher pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz, FACIBRA, Brasil.

⁵ Alice dos Santos Silva Alcântara, Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual do Tocantins. Especialista em Obstetrícia, Ginecologia e Saúde da Mulher pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz, FACIBRA, Brasil.

policies with a focus on this theme, looking empathetically at this group, as individuals prone to illness, and demystifying the view of an unbeatable person and without any fragility.

Keywords: Disease. Mind. Cop.

INTRODUÇÃO

As doenças psicossomáticas têm ganhado destaque nos estudos do meio acadêmico e profissional, sendo consideradas o grupo de doenças do século XXI, com estimativas de aumento exorbitante nos próximos anos. O conceito de doença psicossomática já é bastante divulgado, sendo que “Psico” deriva de “psique” e quer dizer “mente” e “soma” quer dizer “corpo”. Logo, doença psicossomática é o distúrbio que a mente causa no corpo físico (MAZUTTI *et al.*, 2017).

A Organização Mundial de Saúde, em relatório de 1986, afirma que há uma multiplicação de manifestações de doenças decorrentes de desequilíbrios psicossociais, sendo a mais frequente causa de consulta médica (FERTONANI *et al.*, 2015).

As profissões que lidam diretamente com seres humanos tendem a serem profissões mais tensas e estressantes. É inegável que há certas profissões que exigem mais das pessoas e por isso são mais propensas ao estresse, cita-se aqui a profissão de Policial que trabalha diretamente com indivíduos e as mais diversas situações conflitantes e inusitadas no seu dia-a-dia, sendo esta profissão considerada de alto risco, uma vez que lidam diariamente com a violência, brutalidade e morte (SPULDARO *et al.*, 2013).

Com base nisto há necessidade de ter conhecimento sobre as doenças psicossomáticas que acometem os policiais no Brasil, por ser um público predisponentes e que comumente são expostos a fatores de risco para o desenvolver de tais doenças. Partindo desde princípio se tem como impulso para a pesquisa: quais doenças psicossomáticas acometem os policiais e suas implicações no cotidiano de trabalho e na vida pessoal dos policiais? Para alcançar tal resposta se tem como objetivo geral conhecer as principais doenças psicossomáticas que acometem os policiais, seus impactos e fatores de risco para o acometimento de tais doenças.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Psicossomático é um termo que deixou de ser utilizado somente por profissionais mediante a quadros clínicos em que o paciente não responde satisfatoriamente ao tratamento proposto pela descrição dos sintomas. As pessoas utilizam-no para designar seu próprio estado de mal-estar. O CID-10 enfatiza que a grande maioria dos pacientes somatizantes tem uma longa e complicada história de contato tanto com a assistência médica especializada, enquanto que o DSM-IV acrescenta que tal transtorno caracteriza-se

também pelo fato de que para os sintomas apresentados nada se encontra de anormal e quando se encontra não há a resposta esperada ao tratamento médico convencional (MELLO, 2015).

Na atualidade global o estresse é considerado uma constante na vida dos profissionais, das mais diversas áreas de atuação. No âmbito da segurança, o estresse enfrentado pelo profissional Policial Militar é imenso, uma vez que, é uma atividade que envolve riscos enormes, e falhas podem custar vidas (COSTA; AMARAL, 2018).

Adentrando no âmbito do trabalho no campo da segurança pública, torna-se relevante entender o seu contexto, uma vez que se trata de uma área que envolve os componentes sociais, de saúde, repressivos, judiciais e até mesmo preventivos, tratando-se de um conjunto de fatores sistematizados que deve ser integrado para interagir na mesma visão, pois dependem de decisões, medidas efetivas e resultado eficaz, tudo isso realizado de forma otimizada (MACEDO, 2016).

Quando pensamos no Policial, nós imaginamos profissionais que são dotados de alguma força maior, que são invencíveis. Mas na realidade, são seres humanos com qualidades, e um alvo para o desenvolvimento de estresse, tendo em vista por serem submetidos à obediência e hierarquia. As necessidades humanas dos policiais civis tornam seu trabalho não só mais humano e respeitado pela sociedade civil. Com o acompanhamento psicológico adequado, uma assistência para as famílias e respeito aos colegas, seu trabalho terá mais rendimento aos serviços prestados à população (CORDEIRO; BATISTA; OLIVEIRA, 2019).

2 METODOLOGIA

Este é um estudo de revisão de literatura do tipo integrativa que buscou trabalhos publicados em base de bancos de dados da área da saúde que tinha o tema proposto.

O objetivo geral de uma pesquisa de revisão e literatura é reunir conhecimentos sobre um assunto, de modo a fundamentar um estudo significativo. A revisão de literatura é considerada uma das melhores formas de iniciar um estudo com artigos, procurando semelhanças e diferenças sobre um determinado assunto (SOUSA *et al.*, 2017). Para Gray (2016) a revisão de literatura integrativa surgiu como alternativa para revisar rigorosamente e combinar estudos com metodologias diferentes e integrar os resultados. Tem o potencial de promover os estudos de revisão em diversas áreas do conhecimento, mantendo o rigor metodológico das revisões sistemáticas. Esse método permite a combinação de dados da literatura empírica e teórica que podem ser direcionados à definição de conceitos, identificação de lacunas nas áreas de estudos, revisão de teorias e análise metodológica dos estudos sobre um determinado tópico. Essa combinação de pesquisas com diferentes métodos combinados na revisão integrativa amplia as possibilidades de análise da literatura.

O levantamento de dados ocorreu através das plataformas digitais Medical Literature on Line (MEDLINE), Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e

Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Sendo realizada a busca através dos descritores “doenças psicossomáticas” “policiais” “efeitos de doenças psicossomáticas”. Os critérios estabelecidos para a coleta de artigos foram os seguintes: ser em português, ser artigo de livre acesso, está disponível na íntegra, obedecer ao período de 2013 a 2019 de publicação, o conteúdo estar em consonância com o tema da pesquisa.

Ao final da busca foram encontrados 80 artigos com o tema proposto e que se encaixavam nos critérios de inclusão, após a leitura de todos os títulos dos artigos, 20 foram eliminados, por não corresponderem com os objetivos do estudo, restando 60 artigos que tiveram os resumos lidos, após essa leitura 15 artigos foram deletados, por não estar em consonância com o tema, os 45 restantes foram lidos na íntegra, onde 43 artigos foram considerados de relevância para confecção do trabalho e que possibilitava uma melhor assimilação com os objetivos do estudo e alcance dos mesmos. Após a finalização da etapa de busca resultou em material o quantitativo total de 20 artigos, os quais foram utilizados para análise e alcance dos resultados e discussão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intensificação da violência tem exigido políticas mais eficazes de segurança pública e acarretado uma sobrecarga física e emocional para os trabalhadores desse setor. Além de lidar com as pressões da sociedade por um policiamento eficiente, na realidade brasileira as precárias condições de trabalho interferem no desempenho desses profissionais, afetam sua saúde, geram desgaste, insatisfação e provocam estresse e sofrimento psíquico. Estando os policiais tendo que lidar com riscos reais e imaginários que são inerentes à profissão, que geram estresse e sofrimento e mesmo quando imaginários podem desencadear respostas de alerta e levar à morte (SPULDARO *et al.*, 2013).

Expondo assim os policiais a níveis altíssimos de estresse, tendo estes que se manter em estado de alerta de forma ininterrupta, assim como também está preparado para as situações de trabalho mais inusitadas possíveis, tendo que lidar de forma calma, clara e precisa sem possibilidade de erro. O excesso de cobrança também pode ser destacado como um fator que predispõe estes profissionais a risco psicológicos (VAZ, 2019).

A profissão de policial é um exemplo de atividade laboral que por si só traz aos seus colaboradores algumas mudanças no seu estado psíquico e emocional, por ser uma instituição que preza pela extrema ordem e respeito, com um treinamento rígido aos ingressantes e com uma exigência intensa ao cumprimento das regras institucionalizadas, que são baseadas em dois pilares: disciplina e hierarquia (PAULINO; LOURINHO, 2014).

A pesquisa de Da Silva, Sehnem (2018), através da aplicação de instrumentos como Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) e Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), identificaram em policias militares principalmente as seguintes doenças: ansiedade, depressão, desajustamento psicossocial, estresse psíquico,

distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos, desconfiança no próprio desempenho, vulnerabilidade e, em um contexto geral, resultados relativos à saúde geral e escala geral de neuroticismo.

Estas doenças implicam principalmente no dia a dia dos policiais, onde os mesmos terão dificuldades de relacionamento dentro e fora do horário de trabalho, acarretando dificuldades de relacionamentos.

Os impactos psicológicos também somam prejuízos para o físico do portador, uma vez que doenças psicossomáticas tendem a deixar a imunidade baixa, propiciando o desenvolver de patologias de caráter infeccioso e contagioso (DIAS, DANTAS, 2018).

CONCLUSÃO

Diante disso se observa que o meio de trabalho dos policiais acarreta riscos à saúde mental e física. Com base nisto, cabe desenvolver políticas de saúde com foco nesta temática, olhando com empatia a esse grupo, como indivíduos propícios ao adoecimento, e desmitificando a visão de pessoa imbatível e sem nenhuma fragilidade. Cabe também desenvolver núcleos de apoio descentralizados dentro das instituições policiais com apoio para os mesmos.

Além de olhar mais crítico das autoridades judiciais quanto aos riscos que os policiais são expostos diariamente, criando medidas de diminuição de riscos como estrutura adequado e melhores condições de trabalho, o que reflete diretamente na prevenção de doenças e agravos a saúde.

Desta maneira conhecer as doenças psicossomáticas e suas implicações na vida dos policiais são fatores de extrema importância para traçar maneiras de cuidados, onde os policiais serão os alvos principais.

REFERÊNCIAS

CORDEIRO, Patrícia; BATISTA, Eraldo Carlos; OLIVEIRA, Maria Leticia Marcondes Coelho. Avaliação do nível de estresse da polícia civil do interior do estado de Rondônia. **Revista Interdisciplinar Encontro das Ciências, Icó**, v. 2, n. 1, p. 431-442, 2019. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Eraldo_Batista/publication/331559526_AVALIACAO_DO_NIVEL_DE_ESTRESSE_D_A_POLICIA_CIVIL_DO_INTERIOR_DO_ESTADO_DE_RONDONIA/links/5c804413299bf1268d405192/AVALIACAO-DO-NIVEL-DE-ESTRESSE-DA-POLICIA-CIVIL-DO-INTERIOR-DO-ESTADO-DE-RONDONIA.pdf>. Acesso em 02 de Dez de 2019.

COSTA, Tiago Moreira da; AMARAL, Elaine de Paula Oliveira. ADOECIMENTO PSICOLÓGICO: UM RISCO SILENCIOSO ENFRENTADO PELO POLICIAL MILITAR. 2018. Disponível em: <https://acervodigital.ssp.go.gov.br/pmgo/bitstream/123456789/1076/1/1849_Tiago_Moreira_Da_Costa_DP_FINAL_13447_1706486091.pdf>. Acesso em 02 de Dez de 2019.

DA SILVA, Liliane Neris; SEHNEM, Scheila Beatriz. Avaliação da saúde mental de policiais militares. **Pesquisa em Psicologia-anais eletrônicos**, p. 43-60, 2018. Disponível em:

<https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/index.php/pp_ae/article/download/19184/10469>. Acesso em: 06 de maio de 2019.

DIAS, Lucas Lamounier Ferreira; DANTAS, Talita Souza. **RELAÇÕES SAÚDE-DOENÇA-TRABALHO E OS PRINCIPAIS ASPECTOS QUE NORTEIAM A SAÚDE DO POLICIAL MILITAR**. 2018. Disponível em: <<https://acervodigital.ssp.go.gov.br/pmgo/bitstream/123456789/1416/1/Lucas%20Lamounier%20Ferreira%20Dias.pdf>>. Acesso em: 06 de maio de 2019.

FERTONANI, Hosanna Patrig et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2015.v20n6/1869-1878/pt>>. Acesso em: 06 de maio de 2019.

GRAY, David E. Pesquisa no mundo real. **Penso Editora**, 2016.

MACEDO, Leonila Maria Gomes da Costa et al. Saúde mental dos policiais militares: revisão integrativa. 2016. Disponível em: <<http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/bitstream/riufcg/7528/1/LEONILA%20MARIA%20GOMES%20DA%20OSTA%20MACEDO%20-%20TCC%20ENFERMAGEM%202016.pdf>>. Acesso em 02 de Dez de 2019.

MAZUTTI, ALINE et al. A compreensão de médicos e psicólogos da cidade de Maringá sobre o tema Psicossomática. **REVISTA UNINGÁ**, v. 29, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/965/628>>. Acesso em: 06 de maio de 2019.

MELLO, DENISE RIBEIRO BARRETO. NOS LIMITES DA LINGUAGEM: Uma leitura das doenças psicossomáticas à luz da psicanálise lacaniana. **InterSciencePlace**, v. 1, n. 8, 2015. Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/85/84>>. Acesso em 02 de Dez de 2019.

PAULINO, Fábio Rodrigues; LOURINHO, Lídia Andrade. O adoecimento psicológico do policial militar do Ceará. **Revista Trabalho e Sociedade, Fortaleza**, v. 2, n. 2, p. 58-77, 2014. Disponível em: <<https://acervodigital.ssp.go.gov.br/pmgo/handle/123456789/1416>>. Acesso em: 06 de maio de 2019.

SOUSA, Luís Manuel Mota Sousa, et al. Metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. 2017. Disponível em: <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1311/1/Methodologia%20de%20Revis%c3%a3o%20Integrativa_RIE21_17-26.pdf>. Acesso em: 03 de Nov de 2019.

SPULDARO, Josiane Carine; NESI, T. C. A ocorrência de estresse em policiais militares do 20º Batalhão de Polícia Militar de Concórdia-Santa Catarina. **Saúde Meio Ambient [Internet]**, v. 2, n. 1, p. 16-32, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/309>>. Acesso em: 06 de maio de 2019.

VAZ, Paulo Roberto. O risco e a construção de subjetividades crônicas e punitivas na contemporaneidade. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://homologacao-reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1761>>. Acesso em: 06 de maio de 2019.

Capítulo 11

A DEPRESSÃO E O USO ABUSIVO DE FLUOXETINA ENTRE ACADÊMICOS DE MEDICINA

Raissa Silva Frola
Ana Flávia Rebouças Fernandes Borges Alves
Beatriz Rebouças Fernandes Borges Alves
Ludwig Azeredo
Amanda Oliva Spaziani
Luis Carlos Spaziani

RESUMO

A depressão está entre as principais causas de ônus, podendo se tornar a principal causa em até 20 anos de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS). Segundo estudos há maior prevalência de sintomas depressivos e Transtorno Depressivo Maior em graduandos de Medicina, explicado principalmente por características do curso que atuam como fatores de risco para o desenvolvimento da patologia, do que na população geral. Tal fato contribui para o uso abusivo de antidepressivos entre os universitários, principalmente a fluoxetina. Desse modo, o presente trabalho buscou analisar o aumento no uso de cloridrato de fluoxetina entre os estudantes de medicina e os principais riscos relacionados a essa exposição.

Palavras-chave: depressão, fluoxetina, estudantes de medicina, sintomas depressivos

ABSTRACT

Depression is among the main causes of burden, and it can become the main cause in up to 20 years according to the World Health Organization (WHO). According to studies, there is a higher prevalence of depressive symptoms and Major Depressive Disorder in medical students, explained mainly by characteristics of the course that act as risk factors for the development of the pathology, than in the general population. This fact contributes to the abuse of antidepressants among university students, mainly fluoxetine. Thus, the present study sought to analyze the increase in the use of fluoxetine hydrochloride among medical students and the main risks related to this exposure.

Keywords: depression, fluoxetine, medical students, depressive symptoms

INTRODUÇÃO

A evolução da filosofia e da medicina permitiu mudanças na percepção das doenças em todas as suas etiologias, inclusive nas doenças mentais. Desde os tempos bíblicos e na mitologia até o início do século XVII, distúrbios mentais como a loucura e a melancolia (termo antigo que se referia a depressão) eram relatados com uma narrativa mítica e religiosa que remetiam a superstições e punições divinas.

Apenas no século XVII, a partir de estudos consolidados com contribuições do filósofo Sócrates (Atenas, 469 a.C.-399 a.C.) a depressão deixou de ser uma condição mitológica e assumiu seu verdadeiro conceito científico.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) a depressão possui uma incidência cada vez maior na sociedade. Algumas populações, como a de profissionais da área de saúde, possuem uma prevalência maior no número de casos, fato este, relacionado com os fatores estressores

da profissão. Uma das consequências deste crescente aumento de portadores desse transtorno mental é o uso abusivo de antidepressivos, como a fluoxetina, principalmente por estudantes de medicina.

DESENVOLVIMENTO

Esse trabalho objetiva revisar acerca do aumento do uso indiscriminado de cloridrato de fluoxetina, antidepressivo da classe dos inibidores seletivos da receptação de serotonina, no meio acadêmico, em especial por graduandos de medicina, expondo os efeitos ocasionados por tal ação.

Este é um trabalho de revisão sistemática com levantamento de dados nas bases de dados: Scielo, LILACS, Medline e biblioteca Cochrane. A pesquisa foi feita por meio dos descritores: fluoxetina, acadêmicos de medicina e uso de antidepressivos por acadêmicos de medicina.

Como inclusão selecionou-se artigos que relatassem o uso indiscriminado desse fármaco por estudantes de medicina. Foram selecionados 34 artigos publicados entre 2014 e 2017.

Apesar de ser intitulada como “mal do século” da sociedade moderna, esta não é, no entanto, uma doença restrita ao século XXI. A síndrome (conjunto de sinais e sintomas) conhecida como melancolia ou estado profundo de tristeza, era descrita por muitos pacientes muito antes de sua real compreensão científica. O termo depressão adquiriu uso comum apenas no século XVII e foi inicialmente usado em 1680, por Samuel Johnson para descrever o desânimo.

Em 1911, há relatos do almirante e primeiro ministro britânico, da época, Winston Churchill para sua esposa sobre suas frequentes e longas crises de depressão a qual intitulava como uma metáfora de “cachorro negro”. Não só Churchill, mas Vicent Van Gogh, Abraham Lincoln, Albert Einstein e Charles Darwin são alguns nomes de personalidades que possuem a depressão como um transtorno que enfrentaram em algum episódio de suas vidas relatado em suas respectivas biografias.

O “mal do século”, assim como muitos temas ligados à saúde, ainda é visto com preconceito, em parte devido a desinformação da população, principalmente por jovens e homens, de acordo com uma pesquisa encomendada pela indústria farmacêutica Pfizer, em 2017, o que prejudica o manejo adequado desse transtorno e contribui para a formação desse “tabu” social.

A depressão segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) está em quarto lugar entre as principais causas de ônus quando comparada com as outras doenças, devendo se tornar a mais comum, nos próximos 20 anos. É uma patologia que pode acometer todos os sexos, faixas etárias e grupos socioeconômicos, ligada, principalmente a pré-disposições individuais.

A proporção de distúrbios psiquiátricos em universitários é de 8% a 15%, de acordo com o artigo “**AVALIAÇÃO DO USO DE ANTIDEPRESSIVOS POR ESTUDANTES DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO**

SUPERIOR” caracterizando assim os universitários como um grupo de alta prevalência de transtornos mentais, tais como a depressão, quando compara a população em geral.

O período acadêmico da graduação compreende a ampliação de conhecimentos, expectativas e experiências dos estudantes, no entanto, ela também está associada a fatores estressores como o medo do fracasso, cobranças familiares, cobranças pessoais e externas, intensa dedicação aos estudos, abdicção de tempo, sucesso profissional e imposição do mercado de trabalho nos quais propiciam desgastes biopsicossociais afetando diretamente a saúde desses estudantes (ALVES, 2010; ZONTA; ROBLES; GROSSEMAN, 2006).

Nos estudantes de Medicina a prevalência dos transtornos depressivos oscilou entre 30 e 60%. Quando comparada a população geral, a prevalência da depressão em estudantes de medicina é subdiagnosticada em 50% dos casos e subtrada em sua maioria, principalmente pela automedicação e o uso abusivo de antidepressivos dos graduandos.

Os principais fatores precipitantes desse transtorno mental são as altas exigências das escolas médicas e dos professores, a cobrança frequente da família do estudante, dos pacientes e acompanhantes dos doentes, além do estresse provocado pelo contínuo contato com doenças graves e óbitos decorrentes desses agravos médicos, além da alta carga horária de acordo com o artigo “Depressão em estudantes de medicina” (JUNIOR, MIGUEL ANGELO; Rev Med Minas Gerais 2015; 25(4): 562-567). Este mesmo estudo ainda relatou a relação do melhor rendimento escolar do estudante com o alto risco de suicídio. Enquanto os estudantes femininos, do quinto ano e aqueles que tem filhos possuem maior grau de depressão.

A patologia da depressão possui prevalência de 17% em toda a vida, acometendo principalmente o sexo feminino. Ela é definida como um transtorno mental caracterizado por sintomas de humor deprimido ou perda de interesse por atividades cotidianas, perda de prazer, acompanhados de, ao menos, quatro sintomas adicionais de depressão avolia, distúrbios do sono e/ou do apetite, pessimismo persistente, sentimento de culpa, dificuldade de concentração, desamparo, perda do desejo sexual, irritabilidade desencadeados e/ou relacionados a fatores ambientais, psicológicos, genéticos e biológicos associados a uma disfunção de neurotransmissores, assim como a dopamina, noradrenalina e serotonina, com pelo menos duas semanas de duração (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

De acordo com estudo epidemiológico (REZENDE et al., 2008; OLIVEIRA, 2013; BRUCH; CARNEIRO; JORNADA, 2009) 43% dos estudantes de medicina apresentaram sintomas de depressão sendo 34,5% sintomas leve à moderados e 6,9% sintomas de depressão moderada ou severa e 34,5% leve à moderada.

O estigma associado a essa patologia e ao uso de serviços médicos psiquiátricos representam as principais barreiras para o tratamento desses estudantes, contribuindo de forma direta para o subdiagnóstico e ao subtratamento (cerca de 60% dos estudantes) com a automedicação e o uso abusivo de antidepressivos.

A grande maioria dos universitários prefere lidar com esse transtorno por conta própria, pois afirmam que se exporem os prejudicaria em sua vida acadêmica e profissional (JUNIOR, MIGUEL ANGELO; Rev Med Minas Gerais 2015; 25(4): 562-567).

Assim como evidenciou o artigo “Antidepressivos: uso, adesão e conhecimento entre estudantes de medicina” (Ciênc. saúde coletiva vol.19 no.6 Rio de Janeiro June 2014) o uso de medicamentos antidepressivos por estudantes de medicina foi de 11,4% o maior índice entre os universitários estudados. Este resultado comprova a maior prevalência da depressão entre jovens em graduação em áreas de saúde, inclusive entre aqueles do curso de medicina e como consequência o abuso de medicamentos antidepressivos.

A alta incidência e prevalência da depressão em estudantes de medicina desencadeou o uso abusivo de medicamentos antidepressivos, principalmente os da classe farmacológica dos Inibidores Seletivos da Receptação da Serotonina (ISRS). A fluoxetina aparece em primeiro lugar sendo utilizada por 47,22% dos usuários de antidepressivos, seguido do citalopram com 11,11% de uso. Foi relatado que a maior ingesta da medicação não está relacionada ao gênero, mas, sim a idade dos universitários, sendo 4,23% com até 20 anos, 10,32% de 21 a

29 anos, 20% de 30 a 39 anos, 33,33% de 40 a 49 anos e 0% acima de 50 anos. (SCOLARO, L. L.; BASTIANI, D.; CAMPESATO-MELLA, E. A.).

O antidepressivo, fluoxetina tem a sua comercialização controlada pela Portaria no 344/1998, da Anvisa, sendo exigida a prescrição em uma receita especial (Lista C1 da Portaria número 344), e fica retida nas farmácias ou drogarias para controle da Vigilância Sanitária. No entanto, com o fácil acesso de estudantes a receituários especiais e a medicamentos de uso controlado a sua comercialização e uso não enfrenta tantos obstáculos ao graduando de medicina.

A fluoxetina possui como principais indicações de uso a depressão, o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), a bulimia nervosa, o transtorno disfórico pré-menstrual (TDPM), incluindo tensão pré-menstrual (TPM), irritabilidade, disforia transtorno do déficit de atenção/ hiperatividade, tratamento de transtornos de ansiedade grave, incluindo transtorno do pânico com agorafobia, transtorno de ansiedade generalizada, fobia social, entre outros. A dose máxima é de 80 mg/dia e seu uso indiscriminado está fortemente ligado a ocorrência de efeitos adversos como a piora dos sintomas de adaptação a medicação, euforia e alteração de comportamento.

A bula brasileira deste medicamento cita 62 reações adversas acometendo os sistemas cardiovascular, respiratório, digestório, hematológico, endocrino/metabólico, neurológico, hepático, renal/urogenital e distúrbios psiquiátricos, incluindo pensamento suicida. Entre os efeitos adversos mais comuns náuseas, vômitos, diarreia, insônia, ansiedade, agitação, acatisia, tremor, cefaleia e disfunção sexual resultantes do próprio bloqueio da receptação de serotonina. No entanto, efeitos extrapiramidais, como parkinsonismo, reações distônicas e acatisia, além de piora em pacientes com doença de Parkinson ou em uso

de neurolépticos também foram descritos com o uso desses antidepressivos (MORENO; MORENO; SOARES, 1999; SCALCO, 2002).

Além dos riscos dos efeitos adversos pelo uso indiscriminado da fluoxetina outro agravante é a automedicação dos estudantes, precipitada em sua maioria pela facilidade ao acesso de tais medicações. Sem uma orientação médica o risco para consequências como reações alérgicas, dependência química de tal medicação, erros relacionados a dose, interações medicamentosas e intoxicações aumenta consideravelmente (ABRAHÃO; GODOY; HALPERN, 2013).

A associação da fluoxetina com várias outras substâncias aumenta a possibilidade de interações farmacológicas desfavoráveis, em virtude da interação com as enzimas do sistema citocromo P450, local onde este fármaco é metabolizada no homem por duas enzimas: as isoenzimas CYP2D6 e CYP2C19,6; a fluoxetina também inibe essas enzimas.

O rastreamento da depressão em estudantes de Medicina possibilita o diagnóstico e/ou a identificação precoce dos alunos suscetíveis ao desenvolvimento de sintomas depressivos com conseqüente redução no uso de antidepressivos de forma indiscriminada e seus riscos.

CONCLUSÕES

A depressão possui alta incidência e prevalência entre os jovens universitários, principalmente naqueles graduandos da área de saúde, com enfoque nos estudantes de medicina, onde a prevalência oscila entre 30 a 60%.

O estigma associado a doença e ao uso de serviços médicos psiquiátricos contribui de forma direta para o aumento no número de casos subdiagnosticados e/ou subtratados.

Como consequência desse “tabu social” e pela facilidade ao acesso de medicações de uso controlado, potencializou-se o uso abusivo de antidepressivos, em especial o cloridrato de fluoxetina entre os universitários.

Tal fato predispõe graves riscos aos seus usuários como a intoxicação medicamentosa, dependência química e a maior risco a exposição aos efeitos adversos dessa medicação. Assim, o rastreamento precoce da depressão contribui para um melhor prognóstico.

REFERÊNCIAS

ACIOLY, T.R.S.; LACERDA, L.T. **Depressão ao longo da história**. Disponível em: <https://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_01_72_.pdf>. Acesso em: 01 de março de 2020.

BRASIL. Secretaria da Educação. **Fluoxetina.** Disponível em: <<http://www.quimica.seed.pr.gov.br/modules/galeria/detalhe.php?foto=1773&evento=5>>. Acesso em: 01 de março de 2020.

Bulario.com. Antidepressivos. Fluoxetina. Disponível em: <<https://www.bulario.com/fluoxetina/>>. Acesso em: 01 de março de 2020.

CARLINI, E.A.; NOTO, A.R.; Nappo, S.A.; Sanchez, Z.V.D.M.; Franco, V.L.S.; Silva, L.Z.F.; Santos, V.E.; Alves, D.C. **Fluoxetina: indícios de uso inadequado.** J Bras Psiquiatr. 2009;58(2):97-100.

GONÇALVES CAV, MACHADO AL. **DEPRESSÃO, O MAL DO SÉCULO: DE QUE SÉCULO?** Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a22.pdf>>. Acesso em 01 de março de 2020.

ISTILLI, P.T.; MIASSO, A.I; PADOVAN, C.M.; CRIPPA, J.A.; TIRAPELLI, C.R. **Antidepressivos: uso e conhecimento entre estudantes de enfermagem.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_18.pdf>. Acesso em 01 de março de 2020.

Júnior, M.A.G.N.; Braga, Y.A.; Marques, T.G.; Silva, R.T.; Vieira, S.D.; Coelho, V.A.F.; Gobira, T.A.A.; Regazzoni, L.A.A. **Depressão em estudantes de medicina.** Rev Med Minas Gerais 2015; 25(4): 562-567.

SANTOS, C.M. **Visão sobre depressão sofreu transformações ao longo da história.** Disponível em: <<https://jornal.usp.br/ciencias/visao-sobre-depressao-sofreu-transformacoes-ao-longo-da-historia/>>. Acesso em: 01 de março de 2020.

SANTOS, M.T. **Depressão e suicídio ainda são tabus para os homens e jovens no Brasil.** Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/mente-saudavel/depressao-e-suicidio-ainda-sao-tabus-para-os-homens-e-jovens-no-brasil/>>. Acesso em: 01 de março de 2020.

SCOLARO, L. L.; BASTIANI, D.; CAMPESATO-MELLA, E. A. **Avaliação do uso de antidepressivos por estudantes de uma instituição de ensino superior.** Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 14, n. 3, p. 189-196, set./dez. 2010

SOUZA, A.S.S.; TAVARES, K.M.; PINTO, P.S.P. **DEPRESSÃO EM ESTUDANTES DE MEDICINA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.** Disponível em: <<https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/view/4815>>. Acesso em 01 de março de 2020.

Capítulo 12

AÇÕES DA ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Camila Tayanne Souza Ribeiro¹
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão²
Suzana Bastos Jácome de Souza
Aline Sharlon Maciel Batista Ramos
Priscylla Gouveia Mendonça
Isabela Bastos Jácome de Souza³

RESUMO

A Depressão pós-parto não prejudica apenas a mulher, mas repercute negativamente na interação mãe-bebê, nos familiares e nas demais relações interpessoais. O presente estudo teve como objetivo identificar os fatores de risco e os sintomas depressivos que estimulam a uma possível depressão puerperal, e conhecer a assistência de enfermagem oferecida à essas mulheres. Tratou-se de uma revisão integrativa, realizada no período de junho a agosto de 2019. A coleta de dados foi efetuada nas bases de dados: LILACS (Literatura Latino-Americana e Caribe em Ciência), BDENF (Base de dados de Enfermagem) e Portal Periódicos CAPES, através da combinação dos seguintes descritores Depressão, Puerpério, Assistência de enfermagem. A seleção da amostra obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos científicos publicados no recorde temporal entre 2014 a 2019, disponíveis na íntegra, redigidos em português e inglês, que abordam a temática. Sendo selecionados após análise minuciosa 22 artigos que contemplaram os objetivos propostos da pesquisa, onde identificou-se três categorias: fatores, sintomas depressivos e a assistência de enfermagem designada a pacientes com depressão pós-parto, concluiu-se que o enfermeiro da atenção básica, tenha conhecimento acerca da depressão, para atuar no acolhimento à gestante, com a finalidade de proporcionar um pré-natal contínuo, humanizado e livre de intercorrências, na prevenção de possíveis transtornos mentais, desenvolvendo ações conjuntas e intervenções no pré-natal, e prestando cuidados e apoio necessário à gestante e sua família.

Palavras-chave: Depressão pós-parto, Puerpério, Assistência de enfermagem.

ABSTRACT

Postpartum depression not only harms women, but negatively impacts mother-baby interaction, family members, and other interpersonal relationships. This study aimed to identify the risk factors and depressive symptoms that stimulate possible postpartum depression and to know the nursing care offered to these women. This was an integrative review from June to August 2019. Data were collected from the following databases: LILACS (Latin American and Caribbean Science Literature), BDENF (Nursing Database) and Periodic Portal CAPES, by combining the following descriptors Depression, Puerperium, Nursing care. The selection of the sample obeyed the following inclusion requirements: scientific articles published in the temporal register between 2014 and 2019, available in full, written in Portuguese and English, which address the theme. Being selected after thorough analysis 22 articles that address the research objectives, where three categories are identified: factors, depressive symptoms and designated nursing care, clinical trials or primary care nurses, knowledge about depression, without reception for pregnant women, with the possibility of offer a continuous, humanized and uneventful prenatal, to prevent mental disorders by developing joint and used actions without prenatal care and providing care and support to pregnant women and their families.

Keywords: Postpartum depression, Puerperium, Nursing care.

¹ Graduanda em Enfermagem UNICEUMA. E-mail: camilathayanne2015@gmail.com

² Mestre em Saúde em ambiente (UFMA) E-mail: apfcoelho@gmail.com

³ Mestre em Saúde da Família (UNONOVAFAPI). E-mail: isabelinhajacome@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Pressupõe que até 2020, a depressão possa se tornar a segunda maior causa de morbidade no mundo. Com prevalência de sintomas depressivos no Brasil, acima da média mundial, constatou a necessidade de uma maior atenção à saúde materna através da Estratégia Saúde da Família (ESF), entre outros serviços de assistência às puérperas, dadas as diversas mudanças vivenciadas nesse período (OLIVEIRA et al., 2016).

As condições de vida da mulher durante a gestação e pós-parto exercem um papel fundamental no desenvolvimento de um transtorno depressivo, no entanto, essa etiologia não se determina apenas por fatores isolados, mas por uma combinação de fatores psicológicos, sociais, obstétricos e biológicos (TOLENTINO et al., 2016).

Dentre os transtornos mentais que acometem a mulher no ciclo gravídico-puerperal, a depressão é o principal: sua prevalência é de 10% durante a gravidez e 13% após o parto em mulheres de países de alta renda. Nos países em desenvolvimento as taxas são ainda maiores: 15,6% durante a gravidez e 19,8% após o parto (POLES et al., 2018).

Segundo Abuchaim e colaboradores (2016), o pós-parto torna-se reconhecidamente um período delicado na vida mãe, pois engloba modificações em áreas físicas e psíquicas que podem influenciar diretamente na saúde mental e no bem-estar emocional, aumentando o risco de desenvolvimento de distúrbios psiquiátricos.

A mulher poderá vivenciar diversas sensações, entre as quais estão a sensação de mutilação do seu corpo, em resposta ao processo gravídico. A partir do parto, pode se identificar um sentimento de vazio, de solidão, em que as atenções não estarão voltadas para ela e sim para o recém-nascido (TOLENTINO et al., 2016).

Cardillo (2016), relata que a turbulência de sentimentos promove uma instabilidade no quadro emocional da puérpera, os quais serão traduzidos em reações diferentes para cada uma. Dentre as sintomatologias mais comuns destacam-se a irritabilidade, choro frequente, desesperança e sentimentos de desamparo. Além de falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensações de incapacidade de lidar com novas situações.

Os fatores de risco mencionados nos casos clínicos de depressão pós-parto são: baixa condição socioeconômica, violência doméstica, baixa escolaridade, gravidez indesejada, baixa idade materna, história prévia de depressão e disforia pré-menstrual. (RODRIGO; SCHIAVO et al., 2014).

Além dos eventos associados ao nascimento, o que aumentam ainda mais o risco de depressão pós-parto como intervenções, complicações e atraso do contato mãe-bebê após nascimento, relata (BELL et al., 2016).

O que resulta no negligenciamento pelo companheiro, pela família e até mesmo pela puérpera, que afirmam que os sintomas apresentados são referentes ao cansaço e desgaste natural do processo do pós-parto causado pelo acúmulo de tarefas domésticas e pelos cuidados dispensados ao recém-nascido. Diante disso, fica entendido o porquê da dificuldade em reconhecer que esses sintomas podem desencadear uma depressão (FREITAS et al., 2014).

Para Moraes (2014), a mulher acometida por esta doença não saberá estimular as percepções sensoriais, afetivas e sociais da criança de maneira adequada, resultando no atraso do desenvolvimento das esferas cognitiva, afetiva e relacional dela. Cabe ressaltar ainda que em casos mais graves ocorre suicídio, ou até mesmo infanticídio.

Nesse contexto, torna-se possível compreender que a Depressão Pós-Parto não prejudica apenas a mulher, mas repercute negativamente na interação mãe-bebê, nos familiares e nas demais relações interpessoais (CARLESSO; SOUZA; MORAES, 2014).

Alvares e colaboradores (2015), afirmam que um pré-natal bem realizado pela equipe de enfermagem, conjugando esforços e conhecimentos de diferentes profissionais, revela-se uma excelente estratégia para prevenir, detectar e tratar transtornos afetivos dessa gestante e, certamente, de seus filhos, utilizando estratégias como os encontros de gestantes, que possibilitará momentos de grandes aprendizados e espaços para discutir as diferentes emoções e sentimentos.

Segundo Konradt et al. (2011), a prevenção precoce da depressão pode ser realizada por meio de intervenções conjuntas durante a gravidez, minimizando o risco de as mães desenvolverem depressão pós-parto e prevenindo os graves problemas pessoais e familiares decorrentes desta síndrome.

A mulher que está sofrendo da síndrome corre o risco de suicídio, como em qualquer outra situação depressiva. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo identificar os fatores de risco que desencadeiam a depressão pós-parto e apontar os seus sintomas depressivos, a fim de conhecer a assistência de enfermagem oferecida à essas mulheres. Acredita-se que as respostas poderão orientar ações na atenção pré-natal e puerpério, e irão ampliar o entendimento desse agravo à saúde da atualidade.

2 METODOLOGIA

O estudo caracteriza-se como uma revisão integrativa. Este método possibilita sumarizar as pesquisas publicadas e obter conclusões a partir da pergunta norteadora. Uma revisão integrativa bem realizada exige os mesmos padrões de rigor, clareza e replicação utilizada nos estudos primários (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A Revisão Integrativa da Literatura (RIL) torna-se a mais ampla abordagem metodológica dentre as revisões, visto que permite a utilização de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão mais completa do fenômeno analisado (TEIXEIRA et al., 2013).

A busca na literatura foi realizada nas bases de dados: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Electronic Library Online), BDEF (Banco de Dados de Enfermagem) e Portal Periódicos Capes, no período de junho a agosto de 2019 através da combinação dos seguintes descritores em ciências da saúde (DeCS): Depressão, Puerpério, Assistência de Enfermagem.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: artigos completos e disponíveis eletronicamente; redigidos em português e inglês; publicados no recorte temporal entre 2014 a 2019; que focalizem o tema da pesquisa.

A partir das buscas nas bases de dados e periódicos utilizando os descritores citados anteriormente, foram encontrados 48 artigos que contemplaram os objetivos proposto.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para elaboração dos resultados da pesquisa foi realizado um investimento em forma de quadro, onde estarão expostos todos os artigos escolhidos, de modo a dar visibilidade às principais características de cada produção (referência, título, objetivo, método e principais resultados), mantendo-se a autenticidade das ideias, conceito e definições dos autores para posterior discussão dos resultados.

Quadro 1 – Classificação dos estudos de acordo com autor, título, tipo de estudo e resultados. São Luís- MA.

Referência	Título	Objetivo	Método	Resultados
Oliveira et al. (2016)	Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre depressão pós-parto	Investigar o conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família quanto ao tratamento da depressão pós-parto (DPP)	Descritivo	Os participantes demonstram preocupação com o encaminhamento de casos de DPP, admitem a inexistência de profissionais especializados para acompanhamento e apresentam o médico da equipe como principal ator na identificação da doença.
BOSKA et al. (2016)	Sintomas depressivos no período puerperal: Identificação na escala de depressão pós-parto Edinburgh.	Identificar sintomas depressivos e associá-los às características sociodemográficas e clínicas de mulheres no puerpério tardio.	Transversal	Com perfil predominante de 20 a 24 anos, foi identificado que 21,6% das puérperas apresentaram sintomas depressivo como: redução da qualidade de vida, isolamento social, fadiga, sentimento de tristeza, inconstância emocional, choro, ansiedade, irritabilidade, cansaço, sentimento de culpa e inutilidade, e estão associadas à: Faixa etária, escolaridade, estado civil, renda familiar, acompanhante, tipo de parto, uso de ocitocina, dias de puerpérios.
CARDILLO et al. (2016)	Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes.	Determinar a prevalência de sintomas depressivos em mães adolescentes e caracterizá-las quanto aos aspectos sociodemográficos, comportamentais e de	Transversal, Descritivo e Observacional	Os resultados atentam para a importância do acompanhamento pré-natal individualizado, onde seja possível conhecer as vulnerabilidades, aspectos psicossociais pessoais e familiares, incluir o rastreamento de sintomas

		saúde mental.		depressivos como: alterações do apetite, do peso e dos padrões de sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimentos de inutilidade ou culpa e ideação suicida recorrente; na anamnese e utilizar na rede de atenção, a referência e contra referência.
DIAS et al. (2018)	Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes	Identificar a importância atribuída pelas gestantes às ações do enfermeiro no pré-natal	Descritivo	Os resultados mostraram que as gestantes identificaram a mensuração de dados vitais, as orientações e as reuniões educativas como ações da assistência pré-natal realizadas pelo enfermeiro e reconheceram a importância destas.
SANTOS et al. (2017)	Depressão pós-parto: um olhar criterioso da equipe de enfermagem	Identificar a assistência de enfermagem designada para mulheres com quadro de depressão pós-parto.	Qualitativo	Exige dos profissionais de enfermagem uma assistência qualificada, capaz de identificar e intervir com objetivo de reduzir ou sanar quaisquer danos causados pelo distúrbio.
SILVA et al. (2017)	Tristeza materna em puérperas e fatores associados.	Analisar a presença de sintomas de tristeza materna vivenciados por puérperas e seus fatores associados	Quantitativo transversal	Escores ≥ 11 na EPDS apresentaram-se associados estatisticamente à baixa condição econômica, multiparidade, gravidez não planejada, história de depressão e distúrbio do sono.
POLES et al. (2018)	Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados.	Investigar a prevalência e fatores de risco para sintomas depressivos maternos no puerpério imediato	Epidemiológico e transversal	A prevalência de sintomas depressivos como: foi de 6,7%. de medicação antidepressiva na gestação, violência sofrida na gestação e cesariana associaram-se a sintomas depressivos no puerpério imediato em duas, quatro e duas vezes, respectivamente.
LOPES et al. (2018)	Depressão pós-parto em puérperas: uma revisão integrativa	Sumarizar as pesquisas publicadas sobre a depressão pós-parto em puérperas identificando os fatores associados a esse quadro, assim como a importância	Exploratório e Descritivo	Os estudos mostram um intervalo de prevalência de depressão pós-parto entre 6% e 40%. Dentre os fatores que influenciam o aparecimento de depressão pós-parto destacam-se: histórico de quadro depressivo, complicações obstétricas na gravidez e no pós-parto, estresse em cuidar da criança no pós-parto, ausência de apoio principalmente do companheiro
Ferreira et al. (2018)	Depressão pós-parto: detecção precoce e fatores associados.	Determinar a prevalência de sintomatologia depressiva entre o 2º e o 3º dia pós-parto, bem como a sua potencial relação com as seguintes variáveis: fatores sociodemográficos, antecedentes pessoais, antecedentes obstétricos,	Quantitativo	A prevalência de sintomatologia depressiva foi de 10,6%. Os fatores associados à sintomatologia depressiva foram: histórico de transtorno depressivo prévio, diabetes mellitus, restrição de crescimento fetal e baixo peso ao nascer. As variáveis foram ajustadas à variável potencial de confusão - história de depressão anterior.

		complicações na gravidez, complicações hipertensivas e ameaça de parto pré-termo, características do parto, e características do RN.		
Maciel et al. (2019)	Transtorno mental no puerpério: riscos e mecanismo de enfrentamento para a promoção de saúde.	Compreender os riscos e os mecanismo de enfrentamento apresentados pelas puérperas diante dos transtornos mentais pós-parto.	Qualitativo	Identificou-se que fatores como gravidez precoce ou não planejada, carência de apoio do companheiro, instabilidade familiar e baixas condições socioeconômicas podem contribuir como agentes facilitadores no surgimento de algum transtorno mental na puérpera.

Após análise, para facilitar a organização e apresentação dos resultados, estes foram divididos em três categorias: fatores de riscos, sintomas que levam à depressão pós-parto e a assistência de enfermagem, segundo os resultados que mais foram encontrados.

3.1 Fatores de riscos associados à depressão pós-parto

Ao abordar os principais fatores de riscos que as puérperas do estudo estão expostas, pode-se observar que a baixas condições socioeconômicas, faixa etária, estado civil, gravidez precoce ou não planejada, carência do apoio do companheiro, complicações obstétricas na gravidez e pós-parto, depressão anterior, desemprego e baixa escolaridade são os principais fatores encontrados entre mães com riscos para depressão pós-parto.

Com relação aos fatores sociais, Temóteo et al. (2018), relata menor escolaridade, menor idade materna, baixos níveis socioeconômicos, gravidez não planejada ou indesejada, história pregressa de depressão ou doenças psiquiátricas, tentativas de aborto e a não adaptação da criança, conectado inteiramente à depressão pós-parto.

Em estudo conduzido por Maciel et al. (2019) e Meira et al. (2015), observou que a falta do suporte oferecido pelo marido e família, problemas psiquiátricos, gravidez não planejada e complicações com a amamentação, estão relacionados ao desencadeamento da depressão pós-parto.

De acordo com Arrais et al. (2018), foi relatado que intercorrências na gravidez, parto cesáreo, planejamento e desejo da gravidez, ansiedade e depressão gestacional, dificuldades financeiras, rede de apoio empobrecida, conflito familiar/conjugal e história de aborto, são fortes fatores de risco predispostos a depressão.

Arrais et al. (2014), salienta que ser mãe solteira, ter conflitos e falta de apoio conjugal, falta de apoio familiar e social, histórico pessoal ou familiar de doença psiquiátrica, complicações obstétricas durante a

gravidez ou imediatamente pós-parto, e acrescenta também, o parto traumático, parto múltiplo e prematuro, abortos anteriores, partos de natimorto ou síndrome de morte súbita infantil como fatores de riscos.

Em estudos dirigidos por Andrade et al. (2017), com relação aos aspectos socioeconômicos, existe uma forte associação entre a depressão pós-parto com a falta de suporte familiar e social, além de baixo nível socioeconômico, constantes brigas com o marido e histórico de abuso de substâncias lícitas/ilícitas.

3.2 Sintomas que levam à depressão pós-parto

Dentre os sintomas que levam à depressão pós-parto, Pereira et al. (2015), relatou em seus estudos que podem incluir desânimo persistente, sentimento de culpa, insônia, ideias suicidas, medo ou pensamento recorrente de machucar o filho e diminuição do apetite e da libido.

Em concordância Boska et al. (2016), acrescenta que nível de funcionamento mental e presença de ideias obsessivas. Contudo, Arrais et al. (2018), observou sintomas persistentes de sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, podendo sentir até delírios, diminuindo o interesse ou prazer pelo parceiro.

Freitas e colaboradores (2014), analisaram mais a fundo, e assegurou que o quadro clínico dessa etiologia pode se caracterizar por meio de alterações de humor, alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, manifestando-se através da irritabilidade, choro frequente, sentimento de desamparo, culpa e desesperança, tristeza, falta de energia e motivação, transtornos alimentares e do sono, mudanças comportamentais, agitação, retardo psicomotor, concentração diminuída, sensação de desvalia frente às novas situações, problemas relacionados à autoimagem, baixa estima, bem como queixas psicossomáticas.

Segundo os autores supracitados, Oliveira et al. (2016), sugeriu a mesma linha de raciocínio em afirmar os sintomas que podem desencadear a depressão pós-parto, como o desânimo persistente, sentimento de culpa, alterações do sono, ideias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite, da libido e do nível de funcionamento mental. Como também são comuns ideias obsessivas ou supervalorizadas, sendo intensificadas entre a quarta e oitava semana do pós-parto.

3.3 Assistência de enfermagem designada às mulheres com depressão pós-parto

Monteiro et al. (2018) relatou que a assistência prestada às mães com depressão pós-parto, é de baixa qualidade, estando atrelada ao pouco recursos designado à atenção básica, às superlotações nas maternidades e à dificuldade de acesso das mães aos serviços de saúde.

E em concordância com os estudos de Santos et al. (2017), Gomes et al. (2019), afirma que o enfermeiro por ser capacitado com estratégias de promoção à saúde, prevenção de doenças e utilizar a humanização no cuidado ofertado, sendo um profissional indispensável na assistência de consulta de pré-natal. Pois conforme as necessidades das mulheres, é elaborado o plano de assistência de enfermagem,

estabelecendo as intervenções, às necessidades, orientações e encaminhando a outros serviços, se necessário.

Segundo Meira et al. (2015), os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), são os mais indicados para contribuir na prevenção da depressão pós-parto, uma vez, que são os enfermeiros que acompanham as mulheres desde a gestação até o puerpério.

Observando-se nas pesquisas de Oliveira et al. (2016), que a Estratégia Saúde da Família (ESF), deveria ser o local estratégico para identificar e acolher a mulher com depressão pós-parto, pois proporciona acompanhamento contínuo, durante todo o ciclo gravídico puerperal. Todavia, com tamanha importância, estudos mostram que a maioria dos enfermeiros não estão preparados para atuar em demandas de saúde mental, tanto em âmbito individual ou comunitário.

4 CONCLUSÃO

Percebemos a depressão pós-parto como um mal silencioso, de causa multifatorial, devido às diversas causas e alterações que ocorrem tanto na gravidez como no período do parto, que variam de gestante para gestante. Fica evidente que o desenvolvimento da depressão no pós-parto proporciona uma série de agravos, podendo advir de causas psicossociais, etiológicas, hereditária, fisiológicos, biológicos e hormonais.

Os resultados, chamam atenção para uma melhor promoção da saúde por parte da atenção básica, onde é possível conhecer as gestantes suscetíveis aos transtornos mentais, e incluir o rastreamento de sintomas depressivos na anamnese dentro da atenção básica, nesse contexto, seria essencial avaliações sobre a depressão desde o início da gestação por meio do uso da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (EPDS), instrumento esse, de autoavaliação que ajuda a detectar precocemente uma possível depressão.

Essa avaliação poderia estar presente na prática clínica de todos os profissionais da atenção básica, principalmente na consulta de pré-natal com o enfermeiro, pois são bastante utilizadas em pesquisa e os resultados são todos satisfatórios.

O puerpério requer bastante atenção dos profissionais da enfermagem, que devem ter agnção acerca dessa etiologia, reconhecer os sintomas e fatores associados, ter um olhar mais cauteloso, habilidoso, sensível, além das competências técnicas para identificar precocemente tal doença e tomar as medidas preventivas.

E será a elucidação desses agravos, somado a uma boa assistência no pré-natal, que poderá reduzir a prevalência da depressão, pois a mesma causa danos à saúde da mãe, e do recém-nascido, podendo atingir diversas áreas do seu desenvolvimento.

Há convergências sobre os estudos encontrados, o que resulta ainda mais na importância do conhecimento dos fatores de risco e sintomas predisposto a um futuro desencadeamento dessa etiologia, para assim planejar e executar ações preventivas pela equipe de enfermagem ainda no pré-natal, que irão acrescentar na identificação de problemas que levam ao subdiagnóstico da doença, afim de sensibilizar os profissionais quanto à severidade dos casos relacionado à depressão no pós-parto, e de como os danos à mãe e conseqüentemente ao bebê, afetam suas vidas.

Torna-se primordial que o enfermeiro da atenção básica, tenha conhecimento acerca da depressão, para atuar no acolhimento à gestante, com a finalidade de proporcionar um pré-natal contínuo, humanizado e livre de intercorrências na prevenção de possíveis transtornos mentais desenvolvendo ações conjuntas e intervenções no pré-natal, e prestando cuidados e apoio necessário à gestante e sua família.

REFERÊNCIAS

- ABUCHAIM, Erica de Sá Vieira et al. Depressão pós-parto e auto eficácia materna para amamentar: prevalência e associação. **Acta Paul Enferm.** vol.29, n.6, pp.664-670, 2016.
- ALVARES, L B; AZEVEDO, G R; NETO, L F S. Depressão puerperal: a relevância dada pela equipe multiprofissional de saúde e a percepção das usuárias. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.** Sorocaba, v. 17, n. 4, p. 222 - 225, 2015, nov, 2015.
- ANDRADE, André Luiz Monezi et al. Fatores associados à Depressão Pós-Parto em mulheres em situação de vulnerabilidade social. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** out.-dez. v.13(4), p. 196-204, 2017.
- ARRAIS, Alessandra da Rocha et al. Fatores de Risco e Proteção Associados à Depressão Pós-Parto no Pré-Natal Psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão.** Jun/set v. 38, n°4, p. 711-729. 2018.
- ARRAIS, Alessandra da Rocha et al. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde Soc.** v.23, n.1, p.251-264, 2014.
- BOSKA, Gabriella Andrade et al. Sintomas depressivos no período puerperal: identificação pela escala de depressão pós-parto de Edinburgh. **J Nurs Health**, v. 6, n. 1, abr, 2016.
- CARDILLO, Vanessa Augustinho et al. Identificação de sintomas depressivos no período pós-parto em mães adolescentes. **Rev. Eletr. Enf**, São Paulo. 2016.
- CARLESSO, Janaína Pereira Pretto et al. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Rev. CEFAC**, vol.16, n.2, pp.500-510, 2014.
- DIAS, E G et al. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. **Rev. SUSTINERE.** V. 6, n. 1, p. 52-62, jan, 2018.
- FERREIRA, Cátia et al. Depressão pós-parto: detecção precoce e fatores associados. **Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa.**vol.12, n.4, pp.262-267, 2018.
- GOMES, C B A; DIAS, R S; SILVA, W G B, PACHECO, M A B; SOUSA, F G M; LOYOLA, C M D. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto & Contexto Enferm.** vol. 28, 2019.
- LIMA, Marlise de Oliveira Pimentel et al. Sintomas depressivos na gestação e fatores associados: estudo longitudinal. **Acta Paul Enferm.** v. 30, n.1, p. 39-46, 2017.

- LOPES, Érica Roberta Soares et al. Depressão Pós-Parto em Puérperas: uma revisão integrativa. **Rev. Eletrônica Acervo Saúde**, Vol. Sup.12, jan, 2018.
- MACIEL LP; COSTA JCC; CAMPOR GMB; SANTOS NM; MELO RA; DINIZ LFB. Transtorno mental no puerpério: riscos e mecanismos de enfrentamento para a promoção da saúde. **Rev Fun Care Online**, Pernambuco. Jul/set, 2019.
- MEIRA, Bianca de Mâcedo et al. Desafios para profissionais da atenção primária no cuidado à mulher com depressão pós-parto. **Texto Contexto Enferm**. Jul-Set; v. 24, n. 3, p. 706-12, 2015.
- MONTEIRO, Keila Araujo et al. Evidências de Sintomatologia Depressiva no Pós-Parto Imediato. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Vol. 24, n. 4, p. 379-388, 2018.
- OLIVEIRA, Andreza Maria de et al. Conhecimento de profissionais da Estratégia Saúde da Família sobre depressão pós-parto. **J. nurs. health**. vol. 6, p. 17-26, abr, 2016.
- POLES, Marcela Muzel et al. Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados. **Rev. Eletrônica de Enferm**, São Paulo. Ago, 2018.
- SANTOS, Ana Carolina Oliveira et al. Depressão pós-parto: um olhar criterioso da equipe de enfermagem. **Rev. Eletr. Enf**. mai, 2017.
- SILVA, M.A.P; DEMITTO, M. O; AGNOLO, C. M. D; TORRES, M. M; CARVALHO, M. D. B., & PELLOSO, S. M. Tristeza materna em puérperas e fatores associados. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. n. 18, Dez, 2017.
- TEMÓTEO, Maiana Pereira et al. Fatores associados à depressão pós-parto e instrumento para o diagnóstico precoce. **En Journal Systems**. n. 4, nov. 2018.
- TOLENTINO, E.C et al. Depressão pós-parto: conhecimento sobre os sinais e sintomas em puérperas. **Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança**. 14(1):59-66; abril, 2016.

Capítulo 13

A SOBRECARGA DE TRABALHO DE CUIDADORES DE INDIVÍDUOS COM ESQUIZOFRENIA

Raiany Ferreira da Silva¹
Rosedelma Penha Mendes Costa²
Suzana Bastos Jácome de Souza³
Aline Sharlon Maciel Batista Ramos⁴
Isabela Bastos Jácome de Souza⁵
Daniel Aser Veloso Costa⁶

RESUMO

Este capítulo buscou identificar os fatores que levam a geração de sobrecarga em cuidadores de pessoas esquizofrênicas, descrevendo estratégias e cuidados que voltem o olhar à saúde deste. Utilizou-se a revisão de literatura, pesquisando artigos nas bases de dados BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e GOOGLE ACADÊMICO no período entre setembro e dezembro de 2019. A amostra foi composta por 10 artigos dos quais caracterizaram os cuidadores quanto a idade, sexo e escolaridade e mostrou altos níveis de sobrecargas objetivas, subjetivas e emocionais. Ainda evidenciaram o impacto na vida social e familiar do cuidador e o quanto é presente o desconhecimento acerca da doença. Os profissionais de saúde necessitam desenvolver um novo olhar voltado tanto para o doente quanto para quem o cuida, e assim, incrementar medidas educativas e estimular o empoderamento da família, visando minimizar as sobrecargas sofridas pelo cuidador.

Palavras-Chave: Cuidadores. Esquizofrenia

ABSTRACT

This chapter seeks to identify the factors that lead to the generation of overload in schizophrenic people, describing strategies and care that return to or look at their health. We used the literature review, the search for articles in the databases BIREME (Virtual Health Library), LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), SciELO (Electronic Scientific Library Online) and GOOGLE ACADÊMICO in the period between September and December 2019. A sample consisted of 10 articles of which characterize caregivers with age, sex and education and high rates of objective, subjective and emotional overload. It also shows the impact on the caregiver's social and family life and how much is present or disconnected about the disease. Health professionals develop a new look aimed at both those who suffer, as is the case, incremental educational measures and encouragement or codification of the family, minimizing the losses suffered by the caregiver.

Keywords: Caregivers. Schizophrenia

¹ Enfermeira (Universidade CEUMA), pós graduanda em Unidade de Terapia Intensiva

² Enfermeira (Universidade CEUMA), pós graduanda em Neonatologia (Faculdade Laboro).

³ Docente em Medicina.

⁴ Enfermeira em Estratégia Saúde da Família – SEMUS.

⁵ Enfermeira, Mestre em Saúde e Ambiente (Universidade Federal do Maranhão).

⁶ Enfermeiro, Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, Mestre em Biologia Parasitária (Universidade CEUMA)

1 INTRODUÇÃO

A complexidade do processo de cuidar ao indivíduo com doença mental vem sendo discutida e perpassa, historicamente, pela defesa de seus direitos, reformas, e diversas transformações que resultam no desenvolvimento de políticas e formas de compreender o sofrimento psíquico. Nessa perspectiva, no contexto brasileiro, houve a aprovação da Lei nº 10.216 no ano de 2001, o que gerou uma série de alterações do ponto de vista assistencial em saúde mental, dando início a um grande número de serviços públicos de base comunitária, atenuação drástica de leitos psiquiátricos, mudança dos financiamentos prioritários dos hospitais para serviços abertos, e uma maior e melhor atenção aos direitos dos usuários (BRASIL, 2001).

Levando em conta esse aspecto, umas das principais vertentes da reforma psiquiátrica no Brasil é a desinstitucionalização de pessoas esquizofrênicas, que tem como consequência a desconstrução do modelo manicomial e dos padrões que o amparam, existindo assim, uma resultante substituição dos manicômios por novos dispositivos de acolhimento e tratamento, como exemplo as unidades básicas de saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as unidades de pronto atendimento, os centros de convivência, os serviços residenciais terapêuticos, as unidades de acolhimento e os leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Todos esses artifícios consistem em formas de acolhimento e tratamento que barram os paradigmas do modelo asilar (NASCIMENTO *et al.*, 2016).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A esquizofrenia é uma patologia mental crônica e é considerada um dos distúrbios mentais mais graves, caracterizada por embotamento afetivo e distorções do pensamento e percepção. Geralmente o paciente tem a sensação de que seus pensamentos e sentimentos estão sendo sentido e compartilhados por outras pessoas, além de desenvolverem episódios de delírios e/ou alucinações. Esse transtorno é rodeado de estigmas e discriminação, por motivo do desconhecimento da grande parte da população a respeito da doença (BRASIL., 2013).

Ainda são desconhecidas as causas dos transtornos esquizofrênicos, mas acredita-se que a genética, juntamente com fatores ambientais indeterminados, representa o possível desenvolvimento da doença. Há ainda outro modelo de etiologia desta patologia, que é a vulnerabilidade *versus* estresse, acredita-se que a vulnerabilidade aumenta os riscos para surgimento dos sintomas na presença de estressores ambientais e na falha de mecanismos para lidar com eles (BRASIL., 2014).

Ao reduzir o poder dos hospitais psiquiátricos, as responsabilidades dos cuidados foram transferidas a outros agentes sociais, surgindo assim um novo parceiro na atenção: o cuidador, que realiza auxílio em tarefas do cotidiano, e até mesmo desenvolve o acompanhamento do tratamento como um todo. Geralmente esse

grande aliado na atenção e no cuidado é a própria família, que estar agora em maior contato com o ente portador da doença (SALES *et al.*, 2010; ALMEIDA *et al.*, 2010).

Na condição de grupo, a família desempenha um papel fundamental na vida do ser humano, pois é através desta que o indivíduo se desenvolve, é cuidado, alimentado e adquire valores e percepções de mundo. Com isso, é importante a sua presença e apoio diante de um transtorno mental e de seu tratamento. Entretanto, na maioria dos casos a família está despreparada para conviver e prestar o cuidado exigido pelo portador de sofrimento mental, o que provoca impacto na família e gera sobrecarga, podendo envolver aspectos econômicos, sociais e emocionais. Como exemplo, podemos citar a prestação de serviços nas atividades diárias, fazer o acompanhamento da pessoa doente, e ainda encarar as dificuldades de lidar com situações de crise. (NASCIMENTO *et al.*, 2016).

Dessa maneira, a família é vítima de um sofrimento intenso com a situação da pessoa adoecida, experimentando sentimentos de isolamento, aflição, tristeza, depressão, angústia e culpa. A presença do distúrbio mental gera quebra da rotina que já existia na família, onde o cuidador principal passa a colocar suas vontades e necessidades em segundo plano, tendo como consequência a sobrecarga por arcar com as responsabilidades geradas pela doença (GOMES; MELLO., 2012)

Tendo em vista a necessidade de uma atenção a família participante nesse processo de cuidado, esse estudo objetiva identificar os fatores que levam a geração de sobrecarga em cuidadores de pessoas esquizofrênicas, descrevendo estratégias e cuidados que voltem o olhar à saúde deste.

Este capítulo foi desenvolvido através e uma revisão integrativa da literatura, realizada de acordo com os seis passos operacionais: identificação do problema; elaboração da pergunta norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; coleta de dados em bases científicas; seleção de artigos; análise e interpretação dos resultados.

Quanto a seleção bibliográfica, foram utilizados a bases de dados BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e GOOGLE ACADÊMICO. O levantamento das publicações foi realizado no período de setembro a dezembro de 2019. Para o levantamento dos estudos e a ampliação da busca foram utilizados os seguintes descritores: esquizofrenia e cuidadores. A seleção dos artigos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos completos disponíveis eletronicamente; estar escrito em idioma português no período de 2005 a 2019 e ter como assunto principal os cuidadores e responder à pergunta norteadora.

Após a utilização dos filtros e a leitura dos artigos, foram selecionados para amostra desse estudo, 02 artigos da base de dados BVS, 05 do LILACS, 02 da SCIELO e 01 GOOGLE ACADÊMICO, resultando uma amostra de 10 estudos.

Para auxiliar na análise dos dados será elaborado um quadro resumido, contendo os seguintes itens: título do artigo, autores, metodologia e ano. Uma tabela também será elaborada com os principais resultados de cada artigo, a fim de facilitar o entendimento da leitura deste estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise dos estudos houve identificação de grande parte dos artigos publicada no ano de 2010 (R4, R9 e R10), seguidos dos anos de 2012 (R3, R5 e R6). Os anos de menores números de publicações foram 2005 (R8), 2009 (R7), 2016 (R1) e 2017 (R2). O quadro 1 organiza as características dessas publicações quanto a título, autores, metodologia e ano.

Quadro 1 – Título, autoria, metodologia e ano de publicação dos artigos pesquisados.

Título	Autores	Metodologia	Ano
(R1) Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico	Marina Bordes Teixeira.	Quantitativa/ Qualitativa	2005
(R2) Esquizofrenia: dando voz a mãe cuidadora	Gisele da Silva. Manoel Antônio dos Santos	Qualitativa	2009
(R3) Vivências dos familiares ao cuidar de um ente esquizofrênico: um enfoque fenomenológico	Catarina Aparecida Sales. Patrícia Aparecida Pedro Schuhli; Elionésia Marta dos Santos; Maria Angelica Pagliarini Waidman; Sonia Silva Marcon	Qualitativo	2010
(R4) Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos	Manoel Dias de Souza Filho; Andréia de Oliveira Sousa; Alexandre Castelo Branco Vaz Parente; Maria do Carmo de Carvalho e Martins	Quantitativa	2010
(R5) Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: uma comparação entre diversos tipos de cuidadores	Ellen Pinheiro Tenório de Albuquerque; Ana Maria de Oliveira Cintra; Marina Bandeira	Quantitativa	2010
(R6) Um casal de idosos e sua longa convivência com quatro filhos esquizofrênicos	Renata Marques de Oliveira; Antonia Regina Ferreira Furegato	Qualitativa	2012
(R7) Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado com a família	Mariana Silva Gomes; Rosâne Mello	Quantitativo	2012
(R8) Convivendo com a pessoa com esquizofrenia: perspectiva de familiares	Carine Cristiane Borgmann Brischks; Marli Maria Loro; Cleice de Lourdes Piovesan Rosanelli; Susane Flôres Conesentino; Catia dos Santos Gentile; Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz	Qualitativo	2012
(R9) O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por	Keyla Cristina Nascimento; Marta Kolhs; Solange Mella; Elise Berra;	Qualitativa	2016

transtorno mental	Agnes Olschowsky; Andrea Noeremberg Guimarães		
(R10) Vivenciando sentimentos e fragilidades do cuidar em esquizofrenia: visão de familiares cuidadores	Israel Coutinho Sampaio Lima; Sérgio Beltrão de Andrade Lima	Qualitativa	2017

Fonte: pesquisa realizada de setembro a dezembro de 2019.

Quanto aos resultados dos estudos, encontraram-se caracterização dos cuidadores de pessoas esquizofrênicas e as sobrecargas vividas por eles. A tabela 1 apresenta a distribuição dos estudos de acordo com os principais resultados identificados.

Tabela 1 - Síntese dos principais resultados encontrados em cada artigo.

ESTUDO	RESULTADOS PRINCIPAIS
R1	Abdicação de tempo disponível por parte dos familiares para cuidar do familiar portador de esquizofrenia, gerando cansaço, alterações familiares, desemprego e diminuição de vida social.
R2	A natureza invasiva do transtorno mental na vida da mãe cuidadora, as sobrecargas vivenciadas em cada período do curso da esquizofrenia e a dificuldade encontrada na elaboração psíquica da condição do filho.
R3	Dos discursos emergiram temáticas como conflitos familiares e aprendendo a viver com o ente esquizofrênico, onde foi possível identificar angustias, incertezas, cansaço e desânimo.
R4	<u>Sobrecargas</u> objetivas e subjetivas semelhantes nas dimensões relacionadas à assistência na vida cotidiana, a supervisão dos comportamentos problemáticos, ao impacto nas rotinas diárias e as preocupações com o paciente.
R5	Os pais apresentaram maior sobrecarga do que os irmãos cuidadores, tanto no auxílio na vida diária do doente quanto no incômodo em executar as tarefas.
R6	Entendimento da esquizofrenia com sentido de limitações, cansaço e sobrecarga com prejuízo da qualidade de vida, demonstrando ainda conhecimento limitado acerca da doença.
R7	Foram encontradas sobrecargas elevadas na rotina diária do familiar cuidador, caracterizado por intenso abalo na saúde mental dos mesmos.
R8	A difícil convivência familiar permeada por sentimentos como medo, preocupação, tristeza e sofrimentos relacionados a sobrecarga imposta e pelo desconhecimento da doença e da maneira de lidar com o familiar.
R9	Na análise emergiram quatro temas: sobrecarga emocional dos familiares; impacto que o transtorno mental causa nos cuidadores; ações do familiar para o cuidado na crise; e dificuldades dos familiares com o manejo do transtorno.

R10	A categoria “dos sentimentos às fragilidades que envolve a sobrecarga do cuidar em esquizofrenia” demonstrou haver solidão, angústia, e medo em decorrência da responsabilização do cuidar ser a destinado exclusivamente a único membro familiar.	_____
-----	--	-------

Fonte: pesquisa realizada de setembro a dezembro de 2019.

3.1 Perfil dos cuidadores

A maioria dos artigos buscou caracterizar os cuidadores, onde ficou evidenciada a prevalência do sexo feminino exercendo esse papel, onde realizavam tarefas diretas na vida diária do portador de esquizofrenia na busca de atender suas necessidades. (NASCIMENTO *et al*, 2016; LIMA *et al*, 2017; OLIVEIRA *et al*, 2012; GOMES *et al*, 2012; TEIXEIRA, 2005; FILHO *et al*, 2010; ALBUQUERQUE *et al*, 2010).

De acordo com Nascimento *et al* (2016), o predomínio do sexo feminino no sentido de prestar o cuidado a pessoa com transtorno mental, pode ser esclarecido através do contexto histórico do desenvolvimento da humanidade, em que os cuidados com o domicílio e as pessoas com maior nível de dependência como idosos, crianças e doentes eram funções designadas principalmente às mulheres.

Os artigos R4, R5, R6, R9 e R10 buscaram nas características dos cuidadores identificar a idade, e obtiveram a faixa etária entre 41 a 82 anos (NASCIMENTO *et al*, 2016; LIMA;LIMA, 2017; OLIVEIRA; FUREGATO, 2012; FILHO *et al*, 2010; ALBUQUERQUE *et al*, 2010).

Em 2012 Oliveira e Furegato, em um estudo com um casal de idosos com faixa etária de 80 anos que cuidavam de quatro filhos esquizofrênicos, realizou uma discussão citando que no processo natural da vida o envelhecimento é acompanhado de uma inversão de cuidados, sendo os filhos que passarão a cuidar de seus pais. Porém neste caso, os pais deixaram de viver esse processo natural para desempenhar papel de cuidadores, o que gera preocupação nos mesmos para com a continuidade da atenção aos filhos quando não mais o puderem fazer.

Outro ponto em destaque acerca do perfil dos cuidadores, foi a formação educacional, onde evidenciou-se a baixa escolaridade. (LIMA; LIMA, 2017; OLIVEIRA; FUREGATO, 2012; GOMES; MELO, 2012; BRISCHKS *et al*, 2012; TEIZEIRA, 2005; FILHO *et al*, 2010; ALBUQUERQUE *et al*, 2010).

O estudo de Filho *et al* (2010) faz referência ao grau escolar destes cuidadores, com o objetivo de demonstrar o impacto que a baixa escolaridade tem no entendimento da doença e nos paradigmas que à acompanham, fazendo-se necessário uma ação de acolhimento e informação pelos profissionais de saúde.

3.2 Sobrecarga objetiva e subjetiva dos cuidadores

Os autores Gomes *et al* (2012), Filho *et al* (2010) e Albuquerque *et al* (2010) em seus estudos buscaram dados que demonstrassem o grau de sobrecarga em dimensões objetivas e subjetivas dos cuidadores de pacientes esquizofrênicos. Quando se refere a sobrecarga objetiva, um dos pontos importantes é o número de tarefas cotidianas que eles precisam desempenhar para suprir as necessidades do doente psíquico. Com relação aos aspectos subjetivos, são definidos pela percepção do cuidador acerca da sobrecarga que está sendo gerada sobre ele e do grau de incômodo ao prestar assistência diária a esse indivíduo.

Gomes e Mello, em um estudo feito com dez cuidadores em um Hospital de emergência psiquiátrica, no Rio de Janeiro/2012, obteve os seguintes resultados: 100% dos entrevistados ajudavam e supervisionavam o doente no quesito higiene e medicação; e 70% na alimentação, transporte e acompanhamento em consultas médicas. Com relação ao grau de incômodo, ou seja, sobrecarga subjetiva, obteve-se uma média de 74% dos cuidadores que se incomodavam um pouco ou muito ao prestar essas assistências.

Em 2010, com base nas mesmas atividades diárias, Filho *et al* em um estudo com quatorze cuidadores de um Hospital Dia em Teresina/PI, já havia encontrado valores semelhantes para sobrecarga objetiva de 77,14%. Porém a sobrecarga subjetiva teve percentual um pouco inferior, com média de 41,43%. E isso pode ser explicado porque a frequência dessa supervisão era menor com os entrevistados do estudo de Gomes e Mello (2012).

Um dado importante observado no estudo com diferentes tipos de cuidadores realizado por Albuquerque *et al* (2010), foi que tanto a sobrecarga objetiva quanto a subjetiva é mais intensa nos pais cuidadores do que em outros membros da família ao assumirem as responsabilidades pelo doente. E isso pode ser explicado porque a relação de parentesco é determinante no relacionamento entre o cuidador e o paciente.

As dificuldades da pessoa com esquizofrenia em suas atividades de alimentação, higiene e limitações em administrar sua própria vida, são fatores desgastantes ao cuidador que terá que ajudar e supervisionar o paciente nessas atividades, gerando assim uma grande sobrecarga de quem cuida (GOMES *et al*, 2012)

3.3 Sobrecarga emocional

Os artigos em sua totalidade, mostraram que o convívio com o doente mental pode ser difícil e desgastante, e isso se dá pela dificuldade em lidar com os comportamentos não habituais do portador de esquizofrenia, como falar sozinho e humor oscilante. Esse desgaste vivido pelo cuidador é permeado por

muitos sentimentos que abrange fatores como preocupação com o familiar em deixá-lo sozinho, continuidade do cuidado e problemas emocionais.

Os estudos identificaram um considerável grau de preocupação dos cuidadores, evidenciado em depoimentos dos mesmos em diferentes estudos, como mostrado a seguir:

“O nosso [futuro] já acabou, né, já tamo velho de idade. Esses aí [quatro filhos esquizofrênico], coitados, não ligam para futuro nenhum, eu sinto muito triste, né! Entrego nas mãos de Deus (...) eu imagino nós morrer e [os filhos esquizofrênicos] ficar por conta dele [filho agressivo] e ele querer fazer o mal” (OLIVEIRA; FUREGATO, 2012).

“Tenho dificuldades porque preciso pagar as contas e não posso deixar ele sozinho. Ele liga o gás e esquece de desligar, aí é ruim sair de casa.” (NASCIMENTO et al, 2016).

[...] Ela levanta da cama e eu já estou de pé junto [...] sempre está junto [...] não deixamos ela sozinha. Uma vez ela cortou o fio do ferro elétrico, e estava se enforcando [...] eu fico preocupada, não dá para deixá-la sozinha (BRISCHKS et al, 2012).

A preocupação e necessidade de observar em tempo integral o familiar com esquizofrenia pode ser esclarecido pela influência de uma vivência anterior, em que tenham presenciado sintomas exagerados (BRISCHKE et al, 2012).

Com relação as sobrecargas, houveram artigos que evidenciaram problemas de ansiedade, medo e cansaço, podendo ser observado nos relatos a seguir:

“Não está boa [vida], eu fico nervosa, eu me vingo comendo doce, pudins, bolos, sei que isso me prejudica, mas na hora é o que me acalma, também ando muito cansada (NASCIMENTO et al, 2016).

“Às vezes tenho medo. Gente assim não é confiável. Quando ela entra e crise ela pode fazer o mal a gente. Ela já chegou a dizer que se eu não calasse a boca ela enfiaria a faca até o cabo. Eu fico com muito medo [...] essas pessoas não são normais” (LIMA; LIMA, 2017).

Sales et al, no ano de 2010 em um estudo feito com cuidadores de esquizofrênicos no Município de Maringá/PR, explicou que o medo vivenciado por esse convívio é resultado de um desconhecimento do que pode acontecer com seu familiar doente, de suas atitudes e de como lidar com o mesmo, e isso é vivido de forma a gerar agonia.

Para Nascimento et al (2016), mesmo diante desses sentimentos de preocupação, cansaço, medo, estresse e fragilidade emocional, a família ainda é considerada por eles um local de compreensão, cuidado e afeto.

Ainda falando de sobrecarga emocional, identificaram-se nas falas dos familiares de alguns estudos, que após assumirem o papel de cuidador desenvolveram distúrbios psíquicos causando impacto à saúde, como demonstrado a seguir:

“Faço tratamento para depressão que surgiu pelo problema da minha mãe e também problemas familiares” (NASCIMENTO et al, 2016).

“Só eu que fico com ela, acho que por isso que dei essa depressão, porque ela fica falando a mesma coisa toda hora” (LIMA;LIMA, 2017).

Diante desses relatos observamos que conviver com a pessoa com transtorno mental pode desencadear sentimentos inexplicáveis, como tristeza, agonia e diminuição da qualidade de vida. Sentimentos derivados surge na rotina, como o medo, cansaço e falta de paciência, o que acaba por desgastar o familiar cuidador podendo gerar danos físicos e mentais (NASCIMENTO *et al*, 2016).

3.4 Impacto na vida social e familiar do cuidador

A reinserção do doente psíquico no seu núcleo familiar tende a gerar alterações na vida daqueles que o cercam, mudanças essas capazes de desestruturar a família e desorganizar seus hábitos. As transições na rotina podem ser compreendidas pela necessidade do doente em ter assistência integral ocasionando à falta de tempo do principal familiar cuidador.

Nos depoimentos a seguir, os cuidadores descrevem de que maneira essa assistência causa alteração do lazer, da vida social e no relacionamento com o restante da família:

“Nunca mais viajei, larguei meus amigos, separei do marido, parei de trabalhar” (TEIXEIRA, 2005).

“Estou perdendo algumas amigas [...] algumas pessoas acham que eu estou liquidando minha vida” (BRUSHKS *et al*, 2012).

“Acho que mudou [relação com os outros familiares]... até na relação com meu marido, praticamente a gente ta separado, né? Só vive junto. Acho que é por causa desse problema mesmo, né?” (SILVA;SANTOS, 2009).

A vida social do cuidador sofre mudanças pela falta de tempo para si e para atividades de lazer, em que a rotina é alterada ou inexistente. O familiar passa a dedicar todo o seu tempo em virtude dos cuidados ao doente, e enfraquecendo os vínculos com os outros membros da família (LIMA; LIMA, 2017).

3.5 Desconhecimento da doença

Foi observado que muitos cuidadores têm que lidar com situações difíceis principalmente nos momentos de crise, e a grande maioria desconhece de forma geral a doença e suas implicações. A seguir, é possível averiguar o quanto é presente a falta de conhecimento acerca da esquizofrenia tanto no saber simples sobre a patologia quanto no momento de crise:

“Eu pedi pra doutora mandar fazer exame da cabeça [...] pra ver o que ele tem, se tem pus [...] é o que me interessa, descobrir o que é pra tirar esses problemas” (OLIVEIRA;FUREGATO, 2012).

“Digo que tem que respeitar pra ser respeitada, porque ela entende [...]. Uso autoridade pra fazer com que ela entenda” (NASCIMENTO *et al*, 2016).

“A cabeça não funciona, né [...]. Não sei que doença que é. Só sei que eles são atrapalhados da cabeça” (LIMA;LIMA, 2017).

A compreensão dos cuidadores acerca da esquizofrenia é deficiente, pois o conhecimento na maioria dos casos é superficial ou nulo. Esse baixo conhecimento pode estar diretamente relacionado a dificuldade de comunicação existente entre familiares e profissionais de saúde, pois o processo terapêutico é pautado em prescrição de medicação, diagnóstico da doença e orientações básicas (LIMA;LIMA, 2017).

Lidar com momento de crise de um paciente esquizofrênico não é tarefa fácil, requer cuidado intenso não só da família, mas da equipe de saúde também. Por isso as orientações por parte dos profissionais a esses cuidadores devem ser claras e objetivas, buscando que os mesmos reconheçam sinais e sintomas de uma crise, estabelecendo vínculo e cuidado com o paciente esquizofrênico e quem o cuida (NASCIMENTO *et al*, 206).

4 CONCLUSÃO

A família passou a ser o núcleo primordial de convívio do indivíduo que vive com esquizofrenia, e esse novo raciocínio advindo da reforma psiquiátrica é essencial para o processo de valorização da cidadania do doente mental. Assim, o papel principal no cuidado a esse indivíduo é desempenhado pela família que presta auxílio desde a higiene simples até os momentos de crise.

A percepção dos que convivem com a pessoa com esquizofrenia é cheia de sentimentos como a preocupação, o medo, tristeza e sofrimento, fatores esses que acabam por dificultar o convívio. Esses sentimentos passam a tornar os cuidadores sobrecarregados, devido aos sintomas e comportamentos vivenciados pelo doente, que exigem cuidados e atenção em tempo quase integral.

Diante disso, é notório que a família precisa estar preparada para cuidar do doente mental, e esse suporte deve ser ofertado pelos profissionais de saúde de maneira a minimizar o desconhecimento da doença e a insegurança ao enfrentar situações complexas derivadas da doença.

Nesse contexto, é essencial que a enfermagem realize ações de acolhimento aos familiares por meio de atendimento individualizado, atividades em grupos com as famílias, suporte psíquico e educacional, de modo a serem ouvidos e a receberem esclarecimentos acerca da patologia. É fundamental ainda, o estabelecimento de estratégias de enfrentamento do transtorno psíquico para a família e o doente, e o auxílio no gerenciamento da vida cotidiana (GOMES *et al*, 2012).

Conclui-se então, que a maneira mais viável de reduzir os impactos na vida dos cuidadores e tornar a convivência harmoniosa e equilibrada, é o empoderamento da família no cuidado e nas situações de crise, direcionando assim a assistência profissional ao portador de distúrbio psíquico e a todos os participantes desse processo do cuidar.

REFERÊNCIA

ALMEIDA, M.M; SCHAL, V.T; MARTINS, A.M; MODENA, C.M. A sobrecarga de cuidadores de pacientes com esquizofrenia. Rev. Psiquiatria (Rio Grande do S.) 2010; 32(3): 73-79.

ALMEIDA, M.A; SCHALL, V.T; MARTINS, A.M; MODENA, C.M. Representações dos cuidadores sobre a atenção na esquizofrenia. Psico (Porto Alegre) 2010 jan-mar; 41(1).

ALBUQUERQUE, E.P.T; CINTRA, A.M.O; BANDEIRA, M. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: comparação entre diferentes tipos de cuidadores. J Bras Psiquiatria 2010; 308-316.

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas- Esquizofrenia. Portaria SAS/MS nº364, 2013.

BRASIL. LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI LEI Nº 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.

BRASIL. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas- Transtorno Esquizoafetivo. Portaria nº 1203, 2014.

BRISCHKE, C.C.B; LORO, M.M; ROSANELLI, C.L.P; COSENTINO, S.F; GENTILE, C.S; KOLANKIEWICZ, A.C.B. Convivendo com a pessoa com esquizofrenia: perspectivas familiares. Rev.cienc.cuid.saúde 2012 out/dez; 11(4):657-664.

FILHO, M.D.S; SOUSA, A.O; PARENTE, A.C.B.V; MARTINS, M.C.C. Avaliação da sobrecarga em familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos adultos. Psicologia em estudo (Maringá) 2010 jul-set; v.15, n.3, p.639-647.

GAMA, J.R.A. A reforma psiquiátrica e seus critérios: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. Physis Rev. De saúde coletiva (Rio de Janeiro) 2012; 22[4]: 1397-1417.

GOMES, M.S; MELLO, R. Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: a enfermagem construindo o cuidado à família. Rev. eletrônica saúde mental álcool e droga 2012 abril; 8(1): 2-8.

LIMA, I.C.S; LIMA, S.B.A. Vivenciando sentimentos e fragilidades do cuidar em esquizofrenia: visão de familiares cuidadores. Rev. fun.care.online. 2017 out/dez; 9(4): 1081-1086.

NASCIMENTO, K.C; KOLHS, M; MELLA, S; BERRA, E; OISHOWSKY, A; GUIMARÃES, N.A. o desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. Rev. de enferm UFPE online 2016 março, Recife; 10(3): 940-8.

OLIVEIRA, R.M; FUREGATO, A.R.F. Um casal de idosos em sua longa convivência com quatro filhos esquizofrênicos. Rev. Esc. enferm USP 2012; 46(3): 618-25.

SALES, C.A; SCHUHLI, P.A.P; SANTOS, E.M; WAIMAN, M.A.P; MARCON, S.S.V. Vivencia dos familiares ao cuidar de um ente esquizofrênico: um enfoque fenomenológico. Rev. eletrônica enferm 2010 set; 12(3).

SILVA, G; SANTOS, M.A. Esquizofrenia: dando voz a mãe cuidadora. Estud. Psicol. (Campinas) 2009 jan-mar; 26(1): 85-92.

TEXEIRA, M.B. Qualidade de vida de familiares cuidadores do doente esquizofrênico. Rev. Brasileira de enferm. 2005 mar-abr; 58(2): 171-5.

Capítulo 14

SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA DE UNIVERSITÁRIOS

Carolina Milhim Barcellos
Leonardo Carneiro dos Santos
Daniela Maria Silva
Cynthia Kallas Bachur
José Alexandre Bachur
Lilian Cristina Gomes do Nascimento

RESUMO

A vida dos universitários na vida acadêmica apresenta diversas mudanças que interferem em sua qualidade de vida, pelo fato de necessitar de novas adaptações ao ambiente e convívio social, e alta demanda acadêmica pode interferir em sua qualidade de vida. O objetivo foi avaliar a qualidade de vida de universitários do curso de fisioterapia do primeiro ano do período diurno e noturno e do último de uma instituição privada do ensino superior. Trata-se de estudo observacional e transversal realizado que foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (3.062.099). Para obtenção dos dados foram aplicados dois questionários: um contendo perguntas sociodemográficas e outro referente a qualidade de vida (WHOQOL-BREF). Foram convidados a participar os 180 alunos matriculados, dos quais 44 aceitaram a participar, e compõem a amostra do presente trabalho. Em relação aos participantes, 77,2% estudam no período noturno, 86,3% eram do sexo feminino. E relação a qualidade de vida o domínio ambiente foi o mais prejudicado pela falta de lazer dos universitários e de ambiente saudável, já o domínio social foi o que apresentou maior positividade. São necessários ainda mais estudo nos universitários a respeito da qualidade de vida, no entanto, pode-se reparar que os universitários necessitam de uma pausa dos seus estudos para recreações e lazer para melhora da qualidade de vida, além de ambientes saudáveis tanto em relação a instituição quanto em domicílio. Um ambiente saudável é de extrema importância para concentração em horas de estudos, o que pode vir a impactar diretamente em sua qualidade de vida.

Palavras-chaves: Estudantes. Qualidade de vida. Saúde Mental. Universidade.

ABSTRACT

The life of university students in academic life presents several changes that interfere in their quality of life, due to the fact that they need new adaptations to the environment and social life, and high academic demand can interfere in their quality of life. The objective was to assess the quality of life of university students in the physiotherapy course in the first year of the day and night and the last year of a private higher education institution. This is an observational and cross-sectional study that was approved by Ethics and Research Committee (3,062,099). To obtain the data, two questionnaires were applied: one containing sociodemographic questions and the other regarding quality of life (WHOQOL-BREF). The 180 enrolled students were invited to participate, of which 44 accepted to participate, and make up the sample of the present work. Regarding the participants, 77.2% study at night, 86.3% were female. Regarding quality of life, the environment domain was the most affected by the lack of leisure among university students and a healthy environment, whereas the social domain was the one that showed the greatest positivity. Even more studies are needed in university students regarding quality of life, however, it can be noticed that university students need a break from their studies for recreation and leisure to improve quality of life, in addition to healthy environments both in relation to the institution and at home. A healthy environment is extremely important to concentrate on hours of study, which can have a direct impact on your quality of life.

Keywords: Students. Quality of Life. Health Mental. University.

O ingresso dos universitários no meio acadêmico desencadeia diversas mudanças na vida deste indivíduo, sendo, frequentemente, necessárias adaptações, seja por estarem longe dos familiares, pela demanda de carga excessiva de trabalho, ou ainda em relação a preocupação com o desempenho nas atividades, estes passam por período estressante (ROSÁRIO, 2001).

Os transtornos psicológicos surgem em um contexto universitário, em se exigem dos jovens cada vez maiores habilidades e capacidades. Estes necessitam se adaptarem a novos estilos, o que gera medo e incertezas sobre seu desempenho atual e seu futuro profissional, e que certamente impactam no seu bem-estar psicológico e frente a sua saúde mental (DYSON; RENK, 2006; VÉLEZ, GUTIÉRREZ, ISAZA, 2010).

Atualmente, entende-se que a saúde mental está diretamente relacionada além da mera ausência de doenças, com o jeito da pessoa de reagir as exigências da vida e mudanças sociais, desejos, capacidades e condições de trabalho estressantes e emoções, estar bem consigo mesmo e com seu bem-estar mental (OPAS/OMS, 2016). Cada vez mais a saúde mental e a qualidade de vida dos universitários vem sendo discutidas entre pesquisadores e educadores, pois dados demonstram o crescente número de casos de transtornos de ansiedade e depressão nessa faixa etária (DYRBYE *et al*, 2006), especialmente relacionados em universitários da área da saúde (ALEXANDRINO-SILVA *et al*, 2009).

Universitários do curso de Medicina, frequentemente apresentam alterações em sua saúde mental, tal como baixa autoestima, além de desenvolvimento de transtornos psicológicos, como a ansiedade e a depressão, que são doenças cada vez mais presentes no mundo atual (FURTADO; FALCONE; CLARK, 2003).

Atualmente, a maior parte das informações disponíveis acerca da saúde mental e qualidade de vida de universitários está relacionada referente aos estudantes da área médica (ALFARIS *et al*, 2016). Todavia, estes ainda são dados escassos, e cresce a preocupação com a saúde mental e qualidade de vida dos universitários de uma forma geral, pois já se sabe que estes estão mais vulneráveis nesta etapa da vida e possuem maior pré-disposição a desenvolverem transtornos psicológicos (BRAZEAU L, 2014; DYRBYE *et al*, 2006; LUDWIG *et al*, 2015; PUTHRAN *et al*, 2016).

Frente ao exposto, este trabalho tem por objetivo verificar a frequência que universitários, do curso de fisioterapia de uma instituição particular do ensino superior, tem um familiar ou amigos para conversar e a avaliar a qualidade de vida deste público.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, segundo o parecer número 3.062.099. Trata-se de uma pesquisa observacional, transversal realizada com universitários do curso de fisioterapia.

Como critérios de inclusão, os participantes deveriam estar regularmente matriculados no primeiro ano, diurno e noturno, da modalidade presencial de uma instituição privada de ensino superior, ter idade entre 18 a 59 anos, não estar concomitantemente matriculado em outro curso de ensino superior. Sendo excluídos participantes que apresentasse algum tipo de deficiência ou que não respondesse 90% das perguntas.

Após uma definição de horário entre a coordenação, pesquisadores e um docente do curso, foi agendado um momento para abordar os alunos durante o período letivo. Foram convidados a participar todos os 180 universitários que estavam matriculados no período estipulado. Após esclarecimentos, 44 indivíduos aceitaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para obtenção dos dados, foi aplicado três formulários, um com perguntas sociodemográficas, para caracterização da amostra; um segundo contendo a seguinte pergunta: “Com qual frequência você tem alguém (familiares ou amigos) para conversar? ”, no qual o participante respondia por meio de uma escala likert de 5 pontos, variando entre sempre a nunca; e por último um questionário validado referente a avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-BREF).

O WHOQOL-BREF contém 26 questões de múltiplas escolhas, em que duas dessas questões são referentes a autoavaliação de como o indivíduo considera a sua saúde, e as outras são divididas em 4 domínios: físico, psicológico, social e ambiente (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008). Todas as opções de respostas das questões foram formuladas pelo tipo Likert, que possui escala de intensidade, como (nada/extremamente), capacidade (nada/completamente), frequência (nunca/sempre) e avaliação (muito insatisfeito/muito satisfeito, muito ruim/muito bom). No qual esses escores variam de 0 a 5, sendo que quanto maior for sua pontuação, melhor será sua qualidade de vida (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009).

Para o cálculo das médias dos escores dos domínios estes foram calculados, em uma planilha do Excel, por meio da soma dos escores da média da “n” questões que compõem cada domínio. O resultado é multiplicado por quatro, sendo representado em uma escala de 4 a 20 (PEDROSO *et al*, 2010).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram da presente pesquisa 44 universitários do curso de Fisioterapia, do primeiro ano presencial de uma instituição privada de ensino superior, 77,2% se encontram matriculados no período noturno, entre os quais 86,3% eram do sexo feminino, e apresentavam uma média etária de $19,34 \pm 1,8$ anos.

Isso corrobora a literatura, sobre o fato de que as mulheres são predominantes nos cursos da saúde e que o cuidar possui na maioria das vezes, uma natureza feminina. Os estudos de Cruz (2017), Ramírez Vélez *et al.* (2015) e Amadeu e Justi (2017), por exemplo, tiveram, respectivamente, 72,4%, 58,6%, e 61,3% participantes do sexo feminino.

Uma pesquisa a nível nacional brasileiro, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no período de 2000 e 2010, a respeito da comparação sobre a escolaridade em ambos os sexos, constatou-se que um aumento anual do número de pessoas com nível escolar superior em ambos o gênero. Sendo ainda que, uma maior porcentagem de pessoas do sexo feminino está cursando o ensino superior, quando comparado ao sexo masculino, em especial em cursos da área da saúde (BRASIL, 2010).

Dentre os participantes do nosso presente estudo, 88,6% relatavam que possuíam uma religião (doutrina cristã), sendo que os demais se declaram ateus. A religiosidade vem sendo destacada e demonstrada como um fator de grande importância em relação a saúde, sendo inclusive relacionadas como fator auxiliador na prevenção de doenças mentais, e até mesmo na melhora da qualidade de vida (LUCCHETTI; ALMEIDA; GRANERO, 2010; LUCCHETTI *et al.*, 2010).

Em relação a resposta sobre a frequência em que os participantes referiram ter alguém para conversar, verificou-se que a maioria (65,9%) referiu ter com quem conversar. Entretanto mesmo que a maioria dos participantes morem com seus familiares e convivam diversos colegas em salas de aulas, uma porcentagem preocupante dos participantes referiram que apenas algumas vezes (22,7%), raramente (9,09%) ou quase nunca tem com quem conversar (2,3%).

Baptista e Oliveira (2004) relatam a importância do apoio familiar para o universitário, sendo que este apoio pode ser demonstrado por meio do diálogo e afeto entre os membros da família, referindo ser de suma importância o auxílio da família para que os universitários superem seus momentos de estresse ou crise.

Ter alguém a quem com que possa conversar sobre as dificuldades pode ajudar na redução de transtornos mentais, como a depressão (FÉRES-CARNEIRO, 1992). O diálogo e a demonstração de afeto e carinho podem ser capazes de propiciar um estilo de vida mais saudável (BARRA, TOLEDO e RODRIGUEZ, 2002; SOUZA, 2008) e interferir positivamente na qualidade de vida dos indivíduos (GARGIULO, STOKES, 2009; CUMMINS, LAU, DAVERN (2007).

Frente ao exposto, torna-se preocupante os dados encontrados no presente estudo, onde constatou-se que cerca de 35% dos participantes referiram a dificuldade que tem de conversar com amigos e/ou familiares, pois este fato pode representar uma falta de uma rede de apoio, deixando estes jovens ainda mais vulneráveis durante a momentos de estresse.

Fato, que pode ser agravado, quando verifica-se que está descrito na literatura que os universitários da área da saúde apresentam maior pré-disposição a desenvolverem transtornos depressivos, especialmente os indivíduos do sexo feminino (BAADER *et al.*, 2014; COVA *et al.*, 2007; MICIN, BAGLADI, 2011; BENÍTEZ, QUINTERO, TORRES, 2001).

Frente ao exposto, torna-se ainda necessário trabalhar com comunidade universitária a fim de extinguir a ideia do estereótipo de que um indivíduo com depressão é triste e isolado. É fundamental esclarecer que as pessoas com quadro depressivo podem conviver e dialogar com amigos e familiares, e que, muitas vezes, as

pessoas com transtornos mentais tentam esconder seu quadro clínico, para que não venha a sofrer preconceitos pela sua situação (SARAIVA *et al*, 2020).

Também é de responsabilidade das instituições de ensino superior, enquanto instituição responsável pela educação dos futuros profissionais, compreender as demandas desses estudantes e, sobretudo, promover ações e estratégias que visam a melhoria da saúde dessa população. Faz-se necessário tornar o ambiente acadêmico um local saudável e acolhedor, o qual os universitários sintam-se seguros e tenham a oportunidade do diálogo com profissionais que os recebam com empatia e busquem entendê-los.

Em nosso estudo, a maioria dos participantes moram com seus entes queridos, no entanto, uma grande parcela desses estudantes citam que algumas vezes ou raramente possuem alguém para dialogar sobre seus problemas e crises enfrentados, com 22,7% e 9,09%, respectivamente, e que vem sendo cada vez mais preocupante em relação a saúde mental dos mesmos, já que a importância da comunicação é de extrema importância para evitar situações de ansiedade e depressão. Assim, diante deste fato torna-se também necessário que as ações e estratégias de promoção da saúde do universitário, ultrapassem os muros acadêmicos e atinjam o entorno familiar dos universitários, para que este também receba um devido suporte familiar.

Referente a análise dos domínios da qualidade de vida dos participantes, os dados estão expressos de forma descritiva na Tabela 1. Observa-se que o domínio ambiente foi o mais prejudicado com 13,73 pontos e o domínio de maior score foi em relação a domínio social com 15,88.

Tabela 1. Análise dos domínios da qualidade de vida dos participantes

Domínio	Média	Desvio padrão	Coefficiente de variação	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitude
Físico	14,34	2,23	15,54	9,71	18,86	9,14
Psicológico	14,45	2,74	18,95	7,33	18,67	11,33
Relações Sociais	15,88	2,60	16,38	10,67	20,00	9,33
Meio Ambiente	13,73	2,22	16,15	8,00	18,00	10,00
Auto-avaliação da QV	15,73	2,81	17,90	10,00	20,00	10,00
TOTAL	14,46	1,92	13,31	10,92	18,46	7,54

Fonte: dados da pesquisa.

Leite *et al* (2011) avaliaram a qualidade de vida de 181 graduandos do curso de nutrição de uma instituição de ensino superior, verificando que o domínio de maior score foi o social (composto por variáveis relativas as interações sociais e suporte social) e o domínio que apresentou menor score foi referente ao meio ambiente (formado por questões que envolvem a segurança e proteção, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, como oportunidades de lazer, transporte, além da própria moradia em que se habita) estando este o mais prejudicado, achados que condizem com os resultados dos domínios de maior e menor escores encontrados na população participante do presente estudo.

Diversos fatores podem interferir no meio ambiente dos universitários, tais como momentos de lazer, ambiente saudável (tanto na instituição quanto no próprio ambiente familiar) e seguro, que podem contribuir no tocante ao domínio das relações ambientais. Segundo Eurich e Klutcovsky (2008), o lazer gera momentos de diversão e conforto, além de melhorar o meio ambiente, bem-estar e melhora da qualidade de vida (GORDIA *et al*, 2009; COSTA *et al*, 2008). Em adição, ressalta-se que estudantes que moram com os pais apresentam estar mais estressados do que os que estão sem os entes queridos (MARQUES, GODINHO, SILVA, 2019), sendo, ainda, necessários maiores estudos para verificar os principais motivos e causas que contribuem para este episódio.

A preocupação com o meio ambiente, não é algo específico da qualidade de vida dos universitários, tanto que já existem na atualidade projetos para implementações de cidades saudáveis, que visam promover a saúde e a melhor qualidade de vida da população. Este é um tipo de estratégia plausível que deve ser divulgada e analisado a viabilidade de implantação das próprias instituições de ensino, visando a promoção de um ambiente acolhedor e seguro, tanto para os universitários, como também para os funcionários. Essa proposta vem do princípio que a saúde não depende apenas de doenças, como é um agrupamento de diversos fatores – como a interação social e no ambiente (WESTPHAL, OLIVEIRA, 2015).

Fato, que pode ser agravado, quando se verifica que está descrito na literatura que indivíduos de baixos níveis socioeconômicos apresentam índices mais baixos de qualidade de vida (PABAYO *et al* (2013). Fato que está diretamente relacionado com o domínio ambiente da qualidade de vida, uma vez que se a renda familiar não propicia condições socioeconômicas e de moradia adequada, aponta-se a tendência a uma redução da qualidade de vida da vida, em detrimento das condições do ambiente em que se vive (COSTA *et al*, 2019).

A universidade tem como dever, ser responsável pela educação e pelos futuros dos profissionais, mas além disso, deve-se preocupar também em compreender as necessidades dos discentes, a fim de promover a implantação estratégias que visem seu bem-estar (AMADEUS, JUSTI, 2017). Tal como, por exemplo, a implementação de programas como atividades físicas no contexto acadêmico, o qual seria fundamental para promover a interação social entre jovens universitários, auxiliando na melhoria da saúde mental e na redução de doenças crônicas e do sobrepeso (ARÉVALO; MUÑOZ; CUEVAS, 2016).

A implantação de programas que visem a saúde dos universitários, e de toda comunidade acadêmica, são de extrema importância na vida universitária, pois influenciam os jovens a refletirem sobre seus comportamentos e sua qualidade de vida, além de promover a saúde mental (LÓPEZ; DELGADO, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verificar e monitorar a qualidade de vida da população, em especial no caso de universitários, é imperativo para a formulação de estratégias de promoção da saúde da comunidade acadêmica. O estudo desenvolvido apontou que o domínio ambiente foi o mais prejudicado, e o que apresentou maior resultado foi o de relação social referente a qualidade de vida; ademais verificou-se que uma considerável parcela dos participantes refere não ter com frequência um familiar e/ou amigos para conversar. Enaltecendo para a presente literatura informações que contribuem com a discussão de ações relacionadas à promoção da saúde mental e qualidade de vida destes graduandos em sua formação acadêmica.

Uma melhor compreensão, por parte dos gestores das universidades, a respeito da qualidade de vida e aspectos que inferem na saúde mental dessa população, pode contribuir para a busca de soluções para de conflitos vivenciados pelos universitários, tanto no meio acadêmico, quanto no convívio familiar.

Desta forma, fornecer informações a respeito dos domínios de qualidade de vida e de aspectos referente a saúde mental destes universitários, pode além de contribuir para uma melhor compreensão de diversas questões que influenciam na vida desta população, como, por consequência, fornecer subsídios para formulação de práticas sustentáveis que promovam a saúde e bem-estar. Todavia, ainda é necessário ressaltar a necessidade de novos estudos e a busca de novas informações sobre os hábitos de vida e a relação com a qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRINO-SILVA, Clóvis *et al.* Suicidal ideation among students enrolled in healthcare training programs: a cross-sectional study. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 31, n. 4, p. 338-344, 2009.

ALFARIS, Eiad *et al.* Health professions' students have an alarming prevalence of depressive symptoms: exploration of the associated factors. **BMC medical education**, v. 16, n. 1, p. 279, 2016.

AMADEU, João Rafael; JUSTI, Mirella Martins. Qualidade de vida de estudantes de graduação e pós-graduação em Odontologia. **Archives of Health Investigation**, v. 6, n. 11, 2017.

ARÉVALO, Maria Teresa Varela; MUÑOZ, Andres Felipe Ochoa; CUEVAS, Jose Rafael Tovar. Tipologías de estilos de vida en jóvenes universitarios. **Universidad y Salud**, v. 18, n. 2, p. 246-256, 2016.

BAADER, Tomas *et al.* Diagnóstico de la prevalencia de trastornos de la salud mental en estudiantes universitarios y los factores de riesgo emocionales asociados. **Revista chilena de neuro-psiquiatría**, v. 52, n. 3, p. 167-176, 2014.

BAPTISTA, Makilim N.; OLIVEIRA, Andréia A. Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. **Journal of Human Growth and Devement**, v. 14, n. 3, 2004.

- BARRA, Flora; TOLEDO, Virginia; RODRÍGUEZ, Jorge. Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente. III: predictores tempranos de problemas conductuales y cognitivos. **Revista chilena de neuro-psiquiatría**, v. 41, n. 1, p. 65-76, 2003.
- BENITEZ, C.; QUINTERO, J.; TORRES, R. Prevalence of risk for mental disorders among undergraduate medical students at the Medical School of the Catholic University of Chile. **Revista médica de Chile**, v. 129, n. 2, p. 173-178, 2001.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Brasília, **IBGE**. Disponível em: [ibge](http://www.ibge.gov.br)
- BRAZEAU, Chantal MLR *et al.* Distress among matriculating medical students relative to the general population. **Academic Medicine**, v. 89, n. 11, p. 1520-1525, 2014.
- CHACHAMOVICH, E; FLECK, M.P. Desenvolvimento do WHOQOL-BREF. In: Fleck MP. A avaliação de qualidade de vida. Guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: **Artmed**; 2008. p.74-82.
- COSTA, Cristine Cardozo *et al.* Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de psicologia. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 249-255, 2008.
- COSTA, Maria Lucileide *et al.* Qualidade de vida em adolescentes no domínio meio ambiente: associação com fatores comportamentais e sociodemográficos. v. 16, n. 3, p. 40-50, 2019.
- COVA SOLAR, Félix *et al.* Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. **Terapia psicológica**, v. 25, n. 2, p. 105-112, 2007.
- CUMMINS, Robert A.; LAU, Anna LD; DAVERN, Melanie T. Subjective wellbeing homeostasis. In: **Handbook of social indicators and quality of life research**. Springer, Dordrecht, 2012. p. 79-98.
- CRUZ, Samantha Silva *et al.* Qualidade e estilo de vida dos graduandos da área da saúde de uma universidade pública em Uberaba-MG. **Dissertação**. 2017.
- DYRBYE, Liselotte N. *et al.* Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. **Academic Medicine**, v. 81, n. 4, p. 374-384, 2006.
- DYSON, Rachael; RENK, Kimberly. Freshmen adaptation to university life: Depressive symptoms, stress, and coping. **Journal of clinical psychology**, v. 62, n. 10, p. 1231-1244, 2006.
- EURICH, Rosane Bueno; KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia GC. Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em Enfermagem do primeiro e quarto anos: influência das variáveis sociodemográficas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, n. 3, p. 211-220, 2008.
- FÉRES-CARNEIRO, T. (1992). Família e Saúde Mental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 8, suplemento, 485-493.
- FURTADO, Eliane Sousa; FALCONE, Eliane Mary Oliveira; CLARK, Cynthia. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. **Interação em Psicologia**, v. 7, n. 2, 2003.

GARGIULO, R. Adriana; STOKES, Mark A. Subjective well-being as an indicator for clinical depression. **Social Indicators Research**, v. 92, n. 3, p. 517-527, 2009.

GORDIA, A. P. *et al.* Qualidade de vida de adolescentes da rede particular de ensino: comparação entre gêneros. **Rev Bras qualidade de vida**, v. 1, n. 2, p. 16-24, 2009.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia GC; KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. O WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. **Rev. psiquiatr.** Rio Gd. Sul, v. 31, n. 3, supl. 0, p. 0-0, 2009.

LEITE, Ana Caroline Branco *et al.* Qualidade de vida e condições de saúde de acadêmicos de nutrição. **Espaço para Saúde**, v. 13, n. 1, p. 82-90, 2012.

LÓPEZ, Isaac José Pérez; DELGADO, Manuel. Mejora de los conocimientos, procedimientos y actitudes del alumnado de secundaria tras un programa de intervención en educación física para la salud. **European Journal of Human Movement**, n. 18, p. 61-77, 2007

LUCCHETTI, G. *et al.* Spirituality in clinical practice: what should the general practitioner know. **Rev Soc Bras Clín Méd**, v. 8, p. 154-8, 2010.

LUCCHETTI, Giancarlo; ALMEIDA, Luiz Guilherme Camargo de; GRANERO, Alessandra Lamas. Spirituality for dialysis patients: should the nephrologist address?. **Brazilian Journal of Nephrology (Jornal Brasileiro de Nefrologia)**, v. 32, n. 1, p. 128-132, 2010.

LUDWIG, Allison B. *et al.* Depression and stress amongst undergraduate medical students. **BMC medical education**, v. 15, n. 1, p. 141, 2015.

MARQUES, Aline Maria; GODINHO, Guilherme Assunção; SILVA, Flávio Dias. Avaliação do Nível de estresse em estudantes de medicina do ITPAC – Porto Nacional. **Editora Inovar** pag 72-79, 2019.

MICIN, Sonia; BAGLADI, Verónica. Salud mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. **Terapia psicológica**, v. 29, n. 1, p. 53-64, 2011.

PABAYO, Roman *et al.* The role of depression and social support in non-fatal drug overdose among a cohort of injection drug users in a Canadian setting. **Drug and alcohol dependence**, v. 132, n. 3, p. 603-609, 2013.

PEDROSO, B. *et al.* Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa, v. 2, n. 1, p. 31-36, jan./jun. 2010.

PUTHRAN, Rohan *et al.* Prevalence of depression amongst medical students: A meta-analysis. **Medical education**, v. 50, n. 4, p. 456-468, 2016.

RAMÍREZ VÉLEZ, R.*et al.* A cross sectional study of Colombian University students' self perceived lifestyle. **SpringerPlus**, v. 4, n. 289, p. 1-8, 2015.

ROSÁRIO DIAS, Maria *et al.* Comportamentos de saúde em estudantes que frequentam licenciaturas no âmbito das ciências da saúde. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v. 3, n. 2, p. 207-220, 2001.

SARAIVA, Juliana Vieira *et al.* Mãos amigas: ações relacionadas à saúde mental do estudante de medicina/Friendly hands: actions related to medical student mental health. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 1, p. 504-511, 2020.

SOUZA, Mayra Silva; BAPTISTA. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. **Aletheia**, n. 28, p. 45-59, 2008.

VÉLEZ, Liliana Patricia Montoya; GUTIÉRREZ, Javier Antonio; ISAZA, Beatriz Eugenia Toro. Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. **CES Medicina**, v. 24, n. 1, 2010.

WESTPHAL, Marcia Faria; OLIVEIRA, Sandra Costa. Cidades Saudáveis: uma forma de abordagem ou uma estratégia de ação em saúde urbana?. **Revista USP**, n. 107, p. 91-102, 2015.

Capítulo 15

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A DIMINUIÇÃO DO USO DE PSICOFÁRMACOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Jéssica de Oliveira Campos¹
Josefa Valéria Enéias Leite de Sousa²
Bruna Vanessa Barbosa de Souza³
Adriana Maria da Silva⁴
Jackson George Gomes dos Santos Araújo⁵
Jaciane Maria Soares dos Santos⁶

RESUMO

A utilização dos psicofármacos tem crescido nas últimas décadas e atualmente é considerado um dos problemas de saúde pública. A tendência à medicalização, vivenciada nos serviços de saúde, contribui para que os psicofármacos constituam o principal recurso terapêutico para o tratamento de sintomas relacionados ao mal-estar emocional, sendo utilizados na maioria das vezes como única alternativa terapêutica. O objetivo deste trabalho é elaborar um plano de intervenção visando a diminuição do uso de psicofármacos na população do território de abrangência de uma unidade básica de saúde de Vitória de Santo Antão- PE. Trata-se de um relato de experiência com caráter teórico, realizado por residentes atuantes no âmbito da atenção primária a saúde. A proposta de intervenção propõe a realização de um diagnóstico acerca da utilização dos psicofármacos e do fluxo dos atendimentos e acompanhamento desses usuários, além de atividades de educação em saúde e de incentivo a utilização das práticas integrativas complementares. A diminuição do uso de psicofármacos está associada à melhora da qualidade de vida da população e com a diminuição dos gastos públicos com esses medicamentos, possibilitando o investimento em outras áreas da saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária à saúde, Educação em saúde, Saúde Mental.

INTRODUÇÃO

Os psicofármacos são medicamentos que atuam diretamente no Sistema Nervoso Central (SNC) alterando funções psicológicas, entre elas o humor, emoções e habilidade motora dos usuários. Esse grupo de medicamentos inclui: os ansiolíticos, antidepressivos, antiepiléticos e os antipsicóticos (SANTOS, 2009; CANCELLA, 2012). A utilização dos psicofármacos tem crescido nas últimas décadas, fato que pode estar relacionado com o aumento significativo do diagnóstico dos transtornos psiquiátricos e do surgimento de novos fármacos e indicações terapêuticas, entretanto o uso indiscriminado desses medicamentos é considerado um dos problemas de saúde pública (RODRIGUES, 2013).

¹ Mestranda no programa de nutrição, atividade física e plasticidade fenotípica- Universidade Federal de Pernambuco, Centro acadêmico de Vitória (UFPE/CAV)

² Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco, Centro acadêmico de Vitória (UFPE/CAV).

³ Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco, Centro acadêmico de Vitória (UFPE/CAV).

⁴ Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco, Centro acadêmico de Vitória (UFPE/CAV).

⁵ Especialista em reabilitação traumato-ortopedica – Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

⁶ Residente em nutrição no programa de residência uniprofissional do hospital dos servidores do estado de Pernambuco

No Brasil, há poucos estudos investigando a prevalência do uso de psicofármacos, bem como o padrão de uso dos mesmos na população e na Atenção Primária à Saúde (ROCHA; WERLANG, 2013). Segundo Roman e Werlang (2010) os estudos realizados no Brasil sobre o uso de psicofármacos ainda são escassos, sendo a maior quantidade de estudos realizados nas regiões sudeste e sul do país, o que dificulta uma análise nacional do consumo desses fármacos.

No cenário atual existe uma tendência à medicalização, a qual contribui para que os psicofármacos constituam o principal recurso terapêutico para o tratamento de sintomas relacionados ao mal-estar emocional, sendo utilizados grande parte das vezes sem que seja questionada a possibilidade de outra alternativa terapêutica (FERRAZA; et al, 2010). Os psicofármacos possuem diversos efeitos colaterais que variam de acordo com a classe e o medicamento utilizado, porém entre os efeitos colaterais mais comuns destacam-se: insônia ou sonolência, hipotensão postural, arritmia cardíaca, ganho de peso, fadiga, tontura, boca seca, náuseas, vômitos, sudorese e entre outros (PINTO, 2014).

O uso indiscriminado de psicofármacos acarreta diversos sintomas relacionados principalmente a depressão do SNC entre eles: a dependência, tanto fisiológica quanto emocional e psicológica, o prejuízo na memória e no desenvolvimento psicomotor (RODRIGUES, 2013). Em um estudo realizado com 430 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em um município no interior do estado de São Paulo, Borges e colaboradores (2015), identificaram que a prevalência da utilização de psicofármacos foi igual a 25,8 %, sendo entre essa classe de antidepressivos (73%) a mais utilizada, tendo como principal representante da classe a fluoxetina (53,1%).

A utilização desses medicamentos sem a prescrição médica e sem um acompanhamento adequado são os principais fatores envolvidos com o uso indiscriminado. Em um estudo realizado por Shirama e Miasso (2013) em um hospital filantrópico do estado de São Paulo, observou-se que 5,6% dos pacientes relataram a referida prática, informando que nesses casos, os medicamentos foram conseguidos através de familiares. Outro estudo relata que muitos pacientes procuram o profissional médico apenas para conseguir uma receita e obter o medicamento, esse fato contribui para que ocorra a prescrição dos psicofármacos de forma excessiva, indiscriminada e sem o acompanhamento necessário (RODRIGUES, 2013). Nesse sentido ressalta-se a importância da avaliação adequada para a prescrição dos psicofármacos e a necessidade de contemplar a integralidade do indivíduo por meio de sua "escuta ativa", além da realização de atividades de educação permanente voltadas para gestores da assistência farmacêutica, profissionais dos serviços de saúde e população em geral (XAVIER; et al, 2014).

Considerando o cenário atual vivenciado pelo país, o objetivo deste trabalho é elaborar um plano de intervenção visando à diminuição do uso de psicofármacos na população do território de abrangência de uma unidade básica de saúde (UBS) de Vitória de Santo Antão- PE.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEORICA

1.1. *Psicofarmacos: conceitos, utilidades e uso no Brasil*

Os psicofarmacos são substâncias que agem no Sistema Nervoso Central (SNC), e que conseqüentemente podem gerar alterações no comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora, sendo assim, passíveis de autoadministração (OMS, 1981). Conforme o Caderno de Atenção Básica, nº 34, as principais classes de medicamentos que agem sobre o sistema nervoso central são os neurolépticos, benzodiazepínicos, “antidepressivos” e “estabilizadores de humor” (BRASIL, 2013). Os psicofarmacos são indicados para o tratamento de indivíduos em sofrimento psíquico, entretanto tais substâncias são prescritas e utilizadas para outras diversas circunstâncias. Pesquisas mostram que os mais consumidos pelas pessoas são os ansiolíticos, envolvendo fatores decorrentes de estresse, depressão, ansiedade, insônia, além de problemas de origens sociais, entre outros (NASÁRIO e SILVA, 2018).

Segundo Monteiro (2008), a utilização indevida dos psicotrópicos é uma realidade da sociedade atual e um fator preocupante para as autoridades de saúde. Isso se deve ao fato de que o uso contínuo e prolongado, além de gerar efeitos colaterais indesejáveis, promovem dependência química, ocasionando dificuldades à medida em que se deseja cessar o tratamento. De acordo com a Política Nacional de Medicamentos (2001), no que se refere a promoção do uso racional de medicamentos, em tal processo deverá ser dada ênfase ao processo educativo dos usuários ou consumidores, acerca dos riscos de automedicação, da interrupção e da troca de medicação prescrita, assim como quanto a necessidade da receita médica, no que corresponde à liberação de medicamentos tarjados.

Do ponto de vista econômico, em um estudo realizado por Araújo e colaboradores (2012) no município de Sobral – CE, foram analisadas informações referentes aos gastos públicos e distribuição de antidepressivos e benzodiazepínicos na UBS. Como principal resultado observou-se o elevado consumo de antidepressivos e altos custos para o setor público com esses medicamentos, representando 16,44% dos gastos com medicamentos controlados e 2,37% no total de gastos da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).

Dessa forma, pode-se afirmar que o uso racional de psicofarmacos está associado a diminuição dos gastos com esses medicamentos, sendo estes distribuídos pelo SUS ou adquiridos pelos usuários em estabelecimentos comerciais. Além da utilização em doses e períodos de tempo adequados resultando em uma melhora na qualidade de vida das pessoas que utilizam esses fármacos (ARAÚJO; et al., 2012).

1.2. A saúde mental no contexto da atenção primária à saúde

A Política Nacional da Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (nomenclatura mais comumente utilizada para se referir à APS), esta estratégia amplia o local de atuação das equipes de saúde da família: das Unidades Básicas de Saúde ao território em que os sujeitos vivem – configurando uma organização do cuidado centrado na pessoa e seu contexto social (BRASIL, 2017). Esse processo de transformação do modelo de atenção em saúde mental foi oficializado e regulamentado principalmente a partir da Portaria Nº 3.088, de 2011, que Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011).

A Política Nacional de Saúde Mental estrutura-se a partir de uma rede de apoio que tem como objetivos: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Para Pegoraro, Cassimiro e Leão, (2014) a intervenção profissional sobre a doença ainda se sobrepõe, em detrimento do estudo de caso e da elaboração conjunta de estratégias que envolvam diferentes atores e recursos no território, através de consultas do usuário da ESF na unidade de Saúde da Família ao médico ou ao psiquiatra ou o encaminhamento desse usuário para atendimento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como caminhos preferenciais. Portanto, pode-se dizer que apesar de mudanças substanciais em termos política e estruturação da RAPS, as dificuldades de implementação do novo modelo são cotidianas.

É preciso sinalizar o paradoxo que envolve os aspectos de saúde mental no âmbito da APS, pois, como afirma Schutel (et al, 2015) ainda prevalece a prática de prescrição farmacológica em excesso, como também os encaminhamentos para internação psiquiátrica e a busca pelo especialista, em geral o psiquiatra, estas tem sido as principais intervenções dos profissionais. O paradoxo consiste na categorização do uso de medicação psicoativa por longo tempo sem avaliação médica como um critério para situação de risco psicossocial que exige intervenção urgente na Atenção primária à Saúde (BRASIL, 2010).

A Atenção básica é, portanto, ponto estratégico para concretização do novo paradigma, pois, enquanto ordenadora do cuidado, possui cenário e atores chave para a reestruturação da atenção em saúde mental, através de diversas estratégias que servem como alternativas para minimizar e otimizar o uso de medicações em geral.

1.3. Estratégias para otimizar o uso de psicofármacos

Na literatura observa-se diversos projetos de intervenções elaborados com a finalidade de otimizar a utilização dos psicofármacos na APS, sendo grande parte destes realizados no estado de Minas Gerais (HIDALGO, 2015; LOVATTI, 2015; ROJAS, 2015; PADRON, 2015; ROCHA; WERLANG, 2013; PEREZ, 2015). Entre as estratégias utilizadas encontra-se a realização do apoio matricial que consiste em um novo modo de produzir saúde no qual duas ou mais equipes criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica através de um processo de construção compartilhada (CHIAVERINI, 2011).

O apoio matricial mostra-se capaz de promover a integração da equipe de saúde mental e a ESF auxiliando também na articulação da rede de saúde implantada nos municípios (HIDALGO, 2015). Nesse aspecto ressalta-se a importância da integração do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nessas reuniões visto que essa equipe é responsável por atender grande parte da demanda de saúde mental nas UBSs (RODRIGUES, 2013).

A realização do apoio matricial em saúde mental possui como objetivo: discutir e estabelecer linhas de cuidado para os usuários em sofrimento mental, elaborar estratégias dirigidas a grupos vulneráveis para melhoria do cuidado, evitar ações que promovam a medicalização e psiquiatrização, difundir o modelo não manicomial de cuidado, desenvolver parceria com as famílias para o cuidado dos usuários e mobilizar recursos comunitários para desenvolver as ações necessárias à população atendida pela ESF (PEGORARO; CASSIMIRO; LEÃO, 2014). Existem alguns instrumentos utilizados na realização do apoio matricial pelos profissionais na atenção à saúde mental, sendo alguns deles: a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), a interconsulta, a visita domiciliar conjunta, o contato à distância, o genograma, o ecomapa, a educação permanente em saúde mental e a criação de grupos na APS (CHIAVERINE, 2011).

O PTS é um recurso da clínica ampliada e da humanização em saúde que pode ser realizado de forma individual, familiar, coletiva ou territorial (CHIAVERINE, 2011). A elaboração desse tipo de projeto acontece por meio da atuação singular do profissional-referência do usuário/família, e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo do caso (CARVALHO; et al, 2012).

Outra estratégia que pode ser utilizada na APS é a abordagem grupal que proporciona resultados satisfatórios quando possui um manejo adequado, permitindo organizar melhor os processos de trabalho e ampliar a capacidade assistencial, sem perda de qualidade, muitas vezes até ampliando-a. Os grupos da APS devem ser educativos e provocar a reflexão dos indivíduos envolvidos (CHIAVERINE, 2011).

A utilização das Práticas Integrativas Complementares (PICs) podem trazer benefícios e auxiliar no tratamento de pessoas em sofrimento mental. As PICs contemplam sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos que envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras. Estas práticas compartilham

um entendimento diferenciado sobre o processo saúde-doença, ampliando a visão desde processo e as possibilidades terapêuticas, contribuindo para a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Existem diversas praticas alternativas que podem ser incorporadas na APS para auxiliar e estimular o uso racional dos psicofármacos entre elas podemos citar: a arteterapia, uso de plantas medicinais, fitoterapia, auriculoterapia, acupuntura, práticas de meditação e relaxamento e entre outras técnicas que ainda não são utilizadas na rotina a APS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Ressalta-se que o combate ao uso indiscriminado, abusivo e a dependência dos psicofármacos necessita uma abordagem multidisciplinar e terapias complementares que auxiliem ao processo de desmame, considerando a subjetividade e a integralidade do indivíduo e oferecendo um tratamento humanizado e contínuo na APS (LOPES, 2015).

2. METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado no município de Vitória de Santo Antão, localizado na zona da mata de Pernambuco. Trata-se de um relato de experiência com caráter teórico, realizado por residentes atuantes no âmbito da atenção primária a saúde.

Para a elaboração da proposta de intervenção foi realizado um diagnóstico situacional de saúde através das fichas e-SUS de cadastro domiciliar e individual em uma das unidades e saúde do município, escolhida aleatoriamente. Também foram coletadas algumas informações na secretaria de saúde para conhecer os dados de utilização de psicofármacos do município. Desta forma a proposta de intervenção foi elaborada considerando a realidade do local.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1. *Cenário do projeto de intervenção*

O sistema de informação utilizado para acompanhar a dispensação dos medicamentos recomendado pelo Ministério da Saúde é o HÓRUS (Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica). Esse sistema foi inicialmente desenvolvido por meio da parceria estabelecida em 2009 entre Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Recife. No município de Vitória de Santo Antão o sistema ainda se encontra em fase de implantação, portanto esse acompanhamento da distribuição é realizado pelo Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF) de forma manual.

Segundo os dados coletados na CAF do município de Vitória de Santo Antão a distribuição de psicofármacos em 2018 ultrapassou 100.000 unidades/mês no município. A unidade básica de saúde escolhida para a elaboração da proposta de intervenção foi a do Matadouro, que segundo os dados existentes 278 pessoas fazem o uso de psicofármacos e são acompanhadas pela equipe de saúde da família.

Com relação aos dados coletados nas fichas do e-SUS de cadastro individual, existem duas perguntas voltadas para a saúde mental da população, sendo estas: está dependente ou abusa de outras drogas? e Fez ou faz tratamento com psiquiatra, ou teve internação por problema de saúde mental? O gráfico 1 retrata a proporção do uso de substâncias psicoativas encontrada na UBS do Matadouro.

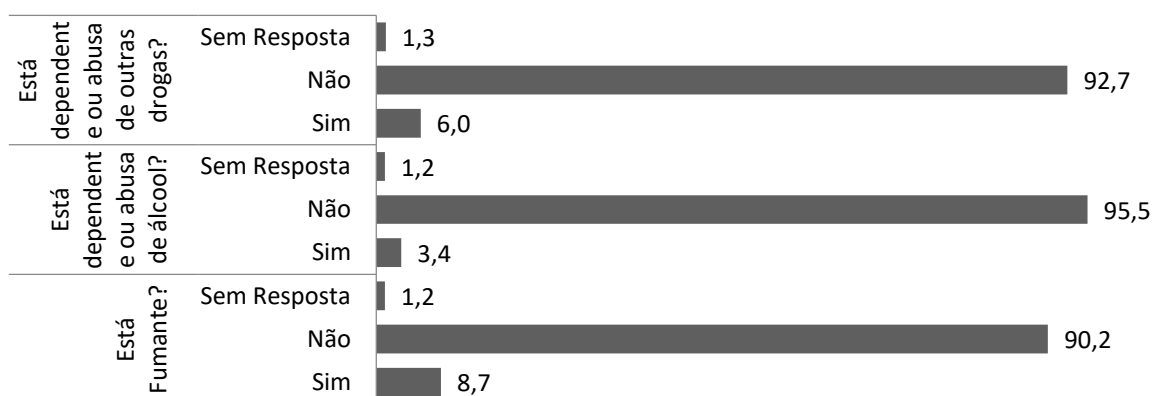


Gráfico 1. Proporção do uso de substâncias psicoativas

Fonte: Fichas de Cadastro Individual do E-SUS (Dados referentes ao ano de 2014. UBS Matadouro, Vitória de Santo Antão-PE).

As condições acima representadas indicam um nível de dependentes de substâncias, no qual, a situação de uso de cigarro se sobressaiu em relação às outras. A justificativa para essa maioria pode estar no fato do cigarro ser uma droga legalmente e socialmente aceita, portanto, mais acessível. O abuso de “outras drogas” é uma condição de análise bastante ambígua, pois, a ficha não deixa claro o que são estas drogas, podendo assim gerar um entendimento vago e conseqüentemente um preenchimento incorreto.

O Gráfico 2 retrata outras condições de saúde encontradas na comunidade. Nesse gráfico chama-se a atenção para a pergunta relacionada ao tratamento com psiquiatra ou internação por problema de saúde mental. Apesar de serem perguntas amplas e inespecíficas quando encontramos uma proporção como esta se faz necessário uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde para o cuidado em saúde mental no território, visto que a cada cem pessoas dez já apresentaram alguma demanda de saúde mental.

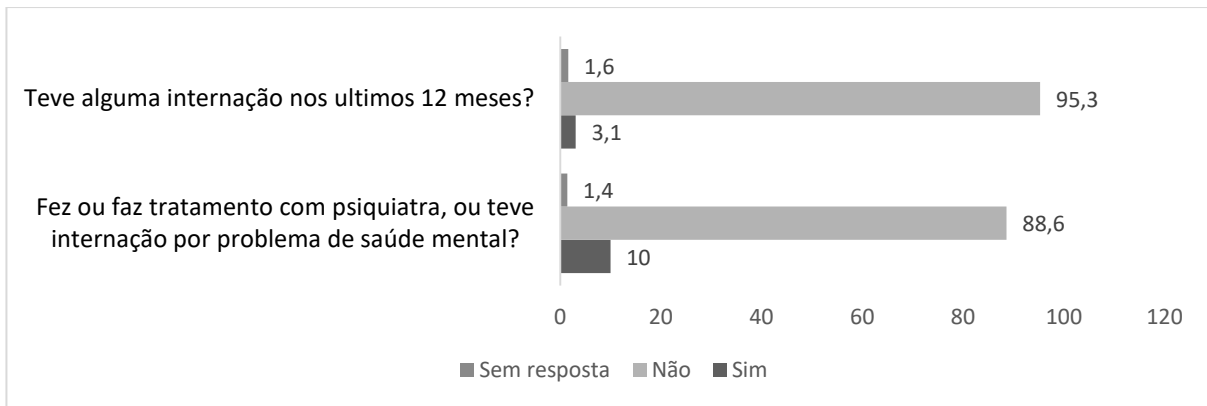


Gráfico 2. Outras condições de saúde.

Fonte: Fichas de Cadastro Individual do E-SUS (Dados referentes ao ano de 2014. UBS Matadouro, Vitória de Santo Antão-PE)

3.2. *Objetivo*

Objetivo do trabalho consiste em: elaborar um plano de intervenção visando à diminuição do uso de psicofármacos na população residente no território de abrangência da UBS do Matadouro no município de Vitória de Santo Antão- PE.

Como objetivos específicos temos:

- Caracterizar o perfil dos usuários e a prevalência do uso de psicofármacos;
- Desenvolver uma linha de cuidado para os usuários de psicofármacos
- Promover a conscientização sobre o uso racional de medicamentos psicoativos entre os usuários.
- Estimular a utilização de estratégias alternativas na rotina de cuidado ao usuário
- Fomentar a articulação da rede de saúde mental envolvendo os diversos dispositivos da RAPS

3.3. *Estratégias e metas*

Como estratégia propõe-se que seja realizado inicialmente um diagnóstico acerca da utilização dos psicofármacos e do fluxo dos atendimentos e acompanhamento desses usuários. Posteriormente propõe-se que seja trabalhado e estimulado entre os usuários temas relacionados ao uso racional desses medicamentos e práticas integrativas visando principalmente auxiliar no tratamento de casos de ansiedade, depressão e sintomas, como a insônia. Para a realização dessas atividades sugere-se a formação de um grupo de educação em saúde para usuários de psicofármacos, utilizando-se de metodologias ativas e que estimulem a participação dos mesmos como: rodas de conversa e dinâmicas. A proposta de intervenção também engloba a pactuação da mesma com a gestão do município, para a

sensibilização e conscientização dos profissionais e gestores sobre a importância de se trabalhar a temática. O plano operativo para a proposta de intervenção encontra-se descrito na tabela 1, que propõe operações e atividades para cada objetivo traçado.

Tabela 1. Plano operativo para a proposta de intervenção com o objetivo de diminuição do uso de psicofármacos na unidade básica de saúde do Matadouro, Vitória de Santo Antão – PE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	OPERAÇÃO	ATIVIDADE
Caracterizar o perfil dos usuários e a prevalência do uso de psicofármacos;	Analisar as informações disponíveis na USF acerca do uso de psicofármacos;	<ul style="list-style-type: none"> • Coletar dados existentes na USF acerca do uso dos psicofármacos • Criar uma planilha com os dados existentes na USF • Analisar os dados coletados
	Realizar entrevistas com a equipe de Saúde da Família visando coletar dados complementares;	<ul style="list-style-type: none"> • Criar um instrumento para entrevistar os profissionais • Entrevistar os profissionais da USF a fim de compreender o uso de psicofármacos na comunidade, os fatores envolvidos e informações complementares • Criar uma planilha no Excel e tabular os dados coletados para a análise das informações coletadas • Analisar as informações coletadas através da estatística descritiva e expor os resultados encontrados na forma de gráficos e/ou tabelas para a comunidade e os profissionais da USF
Desenvolver uma linha de cuidado para os usuários de psicofármacos	Identificar os pontos de atenção em saúde mental do município;	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os pontos de atenção em saúde mental • Definir os critérios de referência e contra referência para os serviços existentes • Elaborar uma linha de cuidado para os usuários de psicofármacos • Pactuar com a gestão e com a rede de saúde mental a linha de cuidado proposta
Promover a conscientização sobre o uso racional de medicamentos psicoativos entre os usuários.	Desenvolver ações em saúde visando a conscientização sobre o uso racional de medicamentos psicoativos entre os usuários;	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar atividades abordando conceito do uso racional dos medicamentos • Estimular a percepção dos usuários de psicofármacos para detectar os fatores negativos envolvidos com o uso de psicofármacos e os fatores que o predispõe ao uso desses medicamentos • Realizar dinâmicas sobre os efeitos colaterais dos psicofármacos
Estimular a utilização de estratégias alternativas (PICs) na rotina de cuidado ao usuário para diminuição do uso indiscriminado de psicofármacos.	Desenvolver ações em saúde estimulando a utilização de estratégias alternativas	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar as estratégias alternativas existentes no município que podem diminuir o uso dos psicofármacos; • Pactuar com os equipamentos ou profissionais identificados uma roda de conversa sobre a utilização das PICs na diminuição do uso dos psicofármacos • Realizar ações em saúde com a comunidade que apresente e estimulem o uso de métodos alternativos

		<ul style="list-style-type: none"> • Compartilhar com os usuários de psicofármacos experiências exitosas da utilização das PICs e a diminuição do uso desses medicamentos e/ou melhora dos sintomas de insônia, ansiedade e entre outros.
Fomentar a articulação da rede de saúde mental envolvendo os diversos dispositivos da RAPS.	Realizar reuniões estratégicas para discussão do papel do apoio matricial envolvendo os diversos dispositivos da RAPS.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborar um material sobre a importância da realização do apoio matricial na saúde mental • Compartilhar experiências positivas vivenciadas em outros locais • Estimular a realização do apoio matricial entre os equipamentos da rede de atenção à saúde mental

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diminuição do uso de psicofármacos está associada à melhora da qualidade de vida da população e com a diminuição dos gastos públicos com esses medicamentos pelo SUS, possibilitando o investimento em outras áreas da saúde como, por exemplo, nas Práticas integrativas e complementares (PICS). Neste aspecto o projeto proposto tornasse viável do ponto de vista do custo de oportunidade gerado a partir da diminuição do uso de psicofármacos

Ressalta-se que o projeto é exequível e não trará grandes gastos adicionais ao município, visto que o principal objetivo do projeto é propor uma organização da linha de cuidado para os usuários de psicofármacos e a utilização de atividades de educação em saúde e métodos alternativos de tratamento.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Lívina Leticia Costa. Distribuição de antidepressivos e benzodiazepínicos na estratégia de saúde da família de Sobral - CE. **Sanare**, 2012.
- BORGES, Tatiana Longo; et al. Prevalência do uso de psicotrópicos e fatores associados na atenção primária à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2015
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família** (Caderno de Atenção Básica, n. 27), Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011(*). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 23 de dezembro de 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental** (Caderno de Atenção Básica, n. 34), Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 171 p.

CANCELLA, Danielle Cristina Braga. Análise do uso de psicofármacos na atenção primária a saúde: uma revisão da literatura. Conselho Lafaiate- Minas Gerais, 2012.

CARVALHO, Laura Graças Padilha; et al. A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2012.

CHIAVERINI, Dulce Helena. Guia prático de matriciamento e saúde mental. **Ministério da Saúde**: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

FERRAZA, Daniele de Andrade; et al. A banalização da prescrição de psicofármacos em um ambulatório de saúde mental. **Paidéia**, v.20, 2010.

HIDALGO, Marbelis Parra. Redução do índice de consumo de psicofármacos no município de Ouro Verde de Minas: Uma proposta de intervenção. Teófilo Otoni – Minas Gerais, 2015.

LOPES, Layla Rafaela. Plano de intervenção para o desmame do uso crônico de psicotrópicos pelos usuários da unidade básica de saúde Feira no município de Belo Campo – Minas Gerais. Campos Gerais – Minas Gerais, 2015.

LOVATTI, Gabriela Frauches Souza. Estratégias para otimizar o uso de psicofármacos na atenção primária em uma unidade básica de saúde. Timóteo- Minas Gerais, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de atenção básica: Saúde Mental Nº34. Brasília, 2013.

MONTEIRO, V.F.F.. Perfil dos Medicamentos Ansiolíticos Atendidos na Farmácia Municipal de Campos dos Goytacazes - RJ NO ANO DE 2008. Disponível em site: <http://www.fmc.br/tcc25.pdf> Acessado em: 23/04/2018

ORLANDI, P.; NOTO, A.R.. Uso Indevido de Benzodiazepínicos: Um Estudo com Informantes-Chave no Município de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, V.13, p. 896-902, 2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/> Acesso em 23/04/2018

PADRON, Idalma Ramires. Ações educacionais para a promoção do uso racional de psicofármacos na ESF Bernardo Valadares no município de Sete Lagoas – MG. Sete Lagoas – Minas gerais, 2015.

PEGORARO, Renata Fabiana; CASSIMIRO, Tiago José Luiz; LEÃO, Nara Cristina. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. **Psicologia em estudo**. Maringá, 2014.

PEREZ, Aylin Lazo. Projeto de intervenção para a diminuição do uso abusivo de psicofármacos pela população de Santa Rosa da Serra - MG. Uberaba- Minas Gerais, 2015.

PINTO, Marcela Moura. Saúde mental na atenção primária: abordagem do uso abusivo de psicofármacos. Formiga- Minas Gerais, 2014.

ROCHA, B. S; WERLANG, Maria Cristina. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 11, p. 3291-3300, Nov. 2013. Acesso em: 15 abr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/19.pdf>.

RODRIGUES, Renata Diniz Ferreira. O uso abusivo de psicofármacos na atenção primária no município de Lassance. Corinto- Minas Gerais, 2013.

ROJAS, Idanis Vásquez. Ações estratégicas para a redução do uso de psicofármacos em residentes atendidos pela estratégia da família VIII em Belo Oriente- MG. Ipatinga – Minas Gerais, 2015.

ROMAN, Graciela; WERLANG, Maria Cristina. O uso de psicofármacos na atenção primária a saúde. Porto Alegre 2010.

SANTOS, Renata Castro. Perfil dos usuários de psicofármacos atendidos pela estratégia saúde da família da zona urbana do município de Presidente Juscelino. Corinto- Minas Gerais, 2009.

SHIRAMA, Flavio Hiroshi; MIASSO, Adriana Inocenti. Consumo de psicofármacos por pacientes de clínicas médica e cirúrgica de um hospital geral. **Revista Latino Americana de enfermagem**, 2013.

SOUZA, Ândrea Cardoso de. Ampliando o campo de atenção psicossocial: a articulação dos centros de atenção psicossocial com a saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 703-710, Dec. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n4/v10n4a12.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2018.

XAVIER, Mariane da Silva; et al. O significado da utilização de psicofármacos para indivíduos com transtorno mental em acompanhamento ambulatorial. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, 2014.

Capítulo 16

A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão¹
Lorena Khistine Desterro².

RESUMO

O Presente estudo possui natureza bibliográfica e qualitativa para ilustrar o estudo apresentado. Foram utilizados os descritores “Atuação do Psicólogo ‘and’ saúde mental” em português na base de dados SCIELO.br (Scientific Eletronic Library Online) e BVS.br (Biblioteca Virtual em Saúde). Para tanto foi realizado uma pesquisa bibliográfica de caráter qualitativo de artigos em português publicados no período de 2002 a 2018 e a busca foi realizada em fevereiro de 2019. Na pesquisa, foram analisados os seguintes critérios nos bancos de dados citados: Título, ano de publicação, foco do artigo, atuação dos psicólogos na saúde mental. Tem como objetivo relatar a atuação do psicólogo na Política de Saúde Mental no auxílio aos serviços psiquiátricos. Ao concluir o presente estudo, fora possível notar a fundamentalidade do trabalho do psicólogo na saúde mental, bem como as fragilidades e limitações de sua atuação que vão desde a falhas em sua formação, precarização das condições de trabalho e dificuldade em desprender-se do modelo clínico tradicional.

Palavras-chave: Saúde Mental. Comunicação Interdisciplinar. Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

The present study aims to know the psychologist's performance in mental health as well as possible limiting demands on the effectiveness of his work. For this purpose, a qualitative bibliographical study of Portuguese articles published in the period from 2014 to 2018 was carried out and the search was carried out in February 2019. The descriptors "Acting of the Psychologist" and "mental health" were used in Portuguese on the basis of data SCIELO.br (Scientific Electronic Library Online) and BVS.br (Virtual Health Library). In the research, the following criteria were analyzed in the cited databases: Title, year of publication, article focus, psychologists' performance in mental health. At the conclusion of this study, it was possible to perceive not only the great relevance of the psychologist's work in mental health, but also the weaknesses and limitations of his work, ranging from his training failures to the difficulty of detaching himself from the traditional clinical model.

Keywords: Mental health. Interdisciplinary Communication. Mental Health Services.

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que o símbolo institucional da assistência à saúde mental no Brasil se deu com a inauguração do Hospício Dom Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, distante do centro da cidade e referência para os pacientes de todo o país. A unidade logo alcançou sua lotação máxima e foi parâmetro para a criação de outros asilos de características similares. Estas instituições propunham-se à remoção e à segregação de

¹ Mestre em Saúde em ambiente (UFMA) E-mail: apfcoelho@gmail.com

² Especialista em Saúde Mental (FGB) E-mail: lorena_desterro101@hotmail.com

pessoas que prejudicavam a ordem social, em nome da segurança das outras pessoas e do patrimônio, e à indicação clínica para o tratamento (RESENDE, 1994).

No entanto, não fora somente com a construção do Hospício que houve o real interesse na causa psiquiátrica. Verdadeiramente, a Reforma Psiquiátrica no Brasil é coexistente com o surgimento do “movimento sanitário”, dos anos 70, que segundo BRASIL (2005, p.06) surge “em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.”

Um exemplo da atenção voltada à reforma psiquiátrica no país aconteceu no final da década de 1980, quando foi inaugurado um Programa de Saúde Mental com os Núcleos de Atenção Psicossocial em Santos e em 1987 foi criado o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, que serviu de modelo normativo para a proposta dos novos serviços de saúde mental (TENÓRIO, 2002).

Além disso, como forma de impulsionar o movimento e agregar valor aos deficientes psiquiátricos no Brasil, o então deputado, Paulo Delgado (PT/MG), submete no Congresso Nacional no ano de 1989, o projeto de lei que visa a normalização dos direitos agora assegurados à pessoas com transtornos mentais e aniquilação progressiva dos manicômios no País. É o início da caminhada de esforços do movimento da Reforma Psiquiátrica nas esferas legislativa e normativa.

No entanto, somente a partir do ano de 1992, as lutas sociais do movimento, influenciados pelo Projeto de Lei, conseguem a aprovação das primeiras leis que discriminam a progressiva substituição dos leitos psiquiátricos por serviços em rede integrada de atenção à saúde mental. (SARACENO, 2001). É a partir deste momento que as políticas de saúde mental aplicadas pelo Ministério da Saúde começam a acompanhar as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, e passam a alcançar contornos mais definidos.

Com o compromisso firmado pelo País na assinatura da Declaração de Caracas e também pelo acontecimento da II Conferência Nacional de Saúde Mental na década de 90, o Brasil passa a vigorar normas federais que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Entretanto, somente em 2001 foi promulgada a Lei 10.216/2001 conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica” que tinha por objetivo a desinstitucionalização do portador de transtorno mental sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outro, através de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico que promovessem a integralidade do cuidado médico, terapêutico e assistencial.

Com a promulgação da assinatura de Declaração de Caracas, a rede de atenção à saúde mental ampliou-se, sendo composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais e caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2001).

Segundo BRASIL (2003, p. 27) “os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país.”

É atribuição dos CAPS oferecer atendimento clínico em caráter de atenção diária substituindo assim a metodologia de internação em hospitais psiquiátricos; promover a integração social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. É função, portanto, e por excelência, dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. (BRASIL, 2005)

Tais mudanças ocorridas em prol do paciente com deficiência psíquica representam, sobretudo, a inversão da lógica assistencial, constituindo-se como abertos, territorializados, em constante processo de reinvenção das práticas ali desenvolvidas, com equipes multidisciplinares, envolvimento da família no processo de cuidar e trabalho com o sujeito de direitos e cidadania ao invés da intervenção exclusivamente na doença, e demandam dos profissionais da Psicologia formados nas diretrizes curriculares vigentes ainda nos moldes na normatização da década de 1960 uma necessária ressignificação da prática profissional e da finalidade do trabalho a ser desenvolvido. (MOTA; COSTA, 2017).

Acerca da atuação da Psicologia, esta que possui um papel essencial no auxílio e na assistência aos componentes promovidos na reforma psiquiátrica do Brasil, fora instituída como ciência e profissão no pela Lei Federal nº 4.119, de 27/08/1962 (BRASIL,1662) e regulamentada pelo Decreto nº 53.464, de 21/01/1964 (BRASIL,1664) que definem como função privativa do psicólogo métodos e técnicas relacionadas ao diagnóstico, orientação e seleção profissional, orientação psicopedagógica e solução de problemas de ajustamento, determinam que, para o funcionamento dos cursos, devem ser organizadas pelas faculdades os Serviços Clínicos e de aplicação à educação e ao trabalho, e orientaram a grade curricular e os campos de estágio em Psicologia Clínica, Escolar e Organizacional .

Afirma-se, portanto, que a inserção do psicólogo na saúde pública brasileira tem se dado mais nitidamente a partir do final dos anos 70 e início dos anos 80. Segundo Goya e Rasera (2007) ao citar Dimenstein enfatizam que a entrada de atuação dos psicólogos se deu em consequência das mudanças

ocorridas na sociedade brasileira em geral, principalmente na área da saúde. Por um lado, destacava-se a crise econômica e social, afastando os pacientes dos consultórios privados, “forçando os psicólogos a buscarem outros contextos de atuação” (GOYA; RASESA, 2007, p.1).

Já por outro lado, as políticas de atenção em saúde mental geraram a “ambuladorização dos serviços e a multiprofissionalidade na atenção dos portadores de sofrimento psíquico” (p.1). Para Dimenstein (1998) a entrada do psicólogo no setor de saúde mental não aconteceu num vazio social, mas num contexto histórico-político-econômico, onde foi se construindo a ideia de que a atividade do psicólogo era essencial para a sociedade. (DIMENSTEIN, 1998)

Frente ao desafio de não apenas mudar o modelo assistencial, mas de superar o modelo asilar/manicomial, em 2004 ocorreu a aprovação das novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia, que não propunham mudanças efetivas para a formação voltadas para a reabilitação psicossocial em saúde mental (RIBEIRO; LUZIO, 2008) mas traziam alterações significativas na formação instituída até então desde 1962 (POPPE; BATISTA, 2002) substituindo uma formação excessivamente centrada no conteúdo pela proposta de indicar caminhos.

No que concerne à sua atuação na política de saúde mental, o psicólogo precisa estar atento no sentido de desenvolver estratégias para a adaptação “de seu instrumental teórico-prático” (BRASIL, 2004, p.185), proporcionando a “reintegração” e a “ressocialização” dos sujeitos por meio do contínuo cuidado.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão sistemática da literatura. De acordo com Ciliska et al (2001) a revisão sistemática é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas com uma questão específica; a pergunta pode ser sobre causa, diagnóstico, prognóstico de um problema de saúde; mas, frequentemente, envolve a eficácia de uma intervenção para a resolução deste (CILISKA et al 2001).

Para a obtenção dos artigos relacionados, foram utilizados os descritores “Atuação do Psicólogo ‘and’ Saúde Mental” em português na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Dessa forma, destacamos que as revisões sistemáticas enfocam primordialmente estudos experimentais, mais comumente estudos randomizados controlados. A finalidade dessas revisões consiste na avaliação da eficácia do tratamento ou intervenção, assim essa metodologia responde prontamente às questões da medicina e falha em questões da enfermagem relacionadas ao cuidado ou ao impacto da doença ou tratamento (EVANS; PEARSON, 2001).

Como critérios de inclusão foram utilizados artigos que abordassem pesquisas relacionadas à atuação do profissional da psicologia na Política de Saúde Mental e os desafios possivelmente limitantes ao seu trabalho, em pesquisas desenvolvidas no período de 2014 a 2018.

Foram excluídos artigos com amostras de psicólogos atuantes em contextos divergentes à saúde e por fim, artigos que tratavam de outras esferas da atuação profissional psicológica. Trata-se de uma 'amostra intencional' que não visa a uma representatividade numérica, mas sim a uma análise a partir da literatura encontrada.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Realizou-se a revisão de literatura, considerando assim, as produções científicas que atenderam aos critérios de inclusão.

Quadro 1 - Quadro da atuação e relevância do profissional psicólogo dentro da Política de Saúde Mental.

Nº	Profissional	Atuação	Tipo de atividade	Artigo/Ano
1	Psicólogo	Ambiente familiar	Atendimento Psicológico	<i>A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental/2017</i>
2	Psicólogo	Ambiente de trabalho	Harmonização da atuação dos trabalhadores	"Duas faces da mesma moeda": vivência dos psicólogos que atuam na rede de atenção psicossocial/2016
3	Psicólogo	Comunidade	Atendimento aos grupos e visitação em redes	Ressignificando a Prática Psicológica: o Olhar da Equipe Multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial/2017
4	Psicólogo	Trabalho em campo	Discussões e levantamento de questões políticas e informativas	Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução/2009

No quadro 1 pode-se perceber acerca da importância do psicólogo na atuação da política de saúde mental. Nota-se que o profissional atua em diversas áreas como: ambiente familiar, ambiente de trabalho, na comunidade e no trabalho em campo, demonstrando a versatilidade dessa profissão.

Dessa forma, havendo a resolução dos problemas psicológicos, se estabelece assim uma situação melhor de relacionamento com a sociedade, família e consigo mesmo, promovendo então, um equilíbrio com seus pensamentos, desejos e sentimentos.

Quadro 2 - Dificuldades que limitam a efetividade do trabalho do psicólogo.

Dificuldades encontradas pelo psicólogo na efetivação profissional	Artigos	autores
Ausência de suporte para o exercício da profissão	As práticas dos psicólogos em ambulatórios de saúde mental	Guimarães et.al
Ausência de materiais necessários para a atuação e atendimento psicológico	Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução e "Duas faces da mesma moeda": vivência dos psicólogos que atuam na rede de atenção psicossocial	Sales & Dimenstein; Muhl & Holanda
Banalização do processo de atendimento psicológico por parte do coletivo	Ressignificando a Prática Psicológica: o Olhar da Equipe Multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial	Cantele & Arpini
Falta de suporte estatal ao profissional	Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução	Sales & Dimenstein

Outra dificuldade de atuação deste profissional está na concepção, em um imaginário construído a respeito da especificidade do trabalho de um psicólogo pelos demais profissionais da instituição. No atendimento a pessoas internadas, foi percebido que a função do psicólogo muitas vezes é entendida como a daquele que ajudará o médico na adesão do paciente ao tratamento, o que se estende à colaboração com a equipe de enfermagem, já que aderir ao tratamento implica em cooperar com os cuidados para a recuperação de sua saúde física.

Quando o paciente se queixa com frequência de dores e não aceita tomar determinado medicamento, é o psicólogo quem deve acalmá-lo para que o procedimento seja realizado. No entanto, ao possibilitar que esses pacientes falem, observa-se, na maioria dos casos, o desconhecimento destes com relação a sua doença e sobre as necessidades daquele cuidado para sua recuperação. Ou seja, o que observamos é que, em muitos casos, o paciente é mal informado sobre sua condição de saúde, destituindo-o, dessa forma, de um direito básico, e o fornecimento dessa informação resta ao psicólogo.

Quadro 3 - Dispositivos de atuação profissional na Política de Saúde Mental.

Nº	Dispositivos de atuação profissional na Política de Saúde Mental	Artigos que abordam o tema
2	Implantação de políticas públicas	<i>A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental e "Duas faces da mesma moeda": vivência dos psicólogos que atuam na rede de atenção psicossocial</i>
1	Rede de encaminhamentos	As práticas dos psicólogos em ambulatórios de saúde mental
3	Atendimento psicológico	Ressignificando a Prática Psicológica: o Olhar da Equipe Multiprofissional dos Centros de Atenção

		Psicossocial; “Duas faces da mesma moeda”: vivência dos psicólogos que atuam na rede de atenção psicossocial e As práticas dos psicólogos em ambulatórios de saúde mental
1	Auxílio à comunidade	<i>A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental</i>

No quadro 3 são destacados os meios que se propagam aos mecanismos de atuação. O primeiro se trata da implantação de políticas públicas. A entrada da psicologia no âmbito das Políticas Públicas, especialmente nas unidades de atenção primária à saúde e nos serviços de saúde mental, tem aproximado o profissional a uma realidade ainda distante daquela que comumente conhecemos em nossa formação ainda pautada no modelo clínico clássico, privatista e de atendimento psicoterápico individualista.

A maioria dos estudos pesquisados foram realizados em CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) confirmando assim que tal serviço se configura como estratégico dentro da política de saúde mental por visar um atendimento baseado na intersetorialidade e na integralidade do cuidado e por existir em maior número. Em relação aos profissionais participantes dos estudos, a grande maioria eram mulheres com alguma formação de especialista e mais de 10 anos de formação.

Segundo Cantele e Appini (2017) a maior parte das decisões sobre o funcionamento da instituição é tomada na reunião de passagem – encontro diário ao meio-dia em que a equipe passa as informações do turno da manhã para a do turno da tarde. Esse espaço também é usado para troca de informações, discussão de casos e planejamento das atividades. Os atendimentos clínicos são realizados tanto a pedido dos próprios usuários do serviço quanto por recomendação da equipe. Quase a totalidade dos profissionais entrevistados referem-se aos atendimentos individuais nos moldes de uma escuta clínica tecnicamente qualificada como sendo a especificidade da atuação do psicólogo dentro da instituição.

É preciso considerar que o fato de as intervenções psicológicas serem acima de tudo singulares e ociosas, são muitas vezes alvo de críticas a respeito da inserção desse profissional nos serviços de saúde.

Um outro ponto relatado no presente artigo, consiste em identificar a relação entre a formação acadêmica e as práticas profissionais que hoje compõe as demandas de trabalho. Foi observado uma defasagem entre tudo que foi estudado durante a graduação e formações e o que esses profissionais atualmente vivem e observam em sua realidade de trabalho. Os participantes descrevem a graduação apenas como uma base teórica superficial sendo esta ineficiente no que diz respeito à inexistência de respaldo temático relacionados à saúde pública e reforma psiquiátrica. Observou-se, assim, uma precariedade no que diz respeito à formação acadêmica desses profissionais para o trabalho específico nos serviços substitutivos (CANTELE; ARPINI, 2017).

A partir do estudo as autoras identificaram que os funcionários demonstravam uma dualidade de sentimentos muito opostos no que diz respeito às suas atuações no contexto da saúde mental pois segundo

eles, a oscilação entre satisfação e frustração era muito presente pois ao mesmo tempo em que sentiam-se felizes e satisfeitos com o trabalho que desenvolviam e que este ajudava os pacientes, existia também a frustração por aquele trabalho comprometer suas relações familiares e pessoais. (CANTELE et al, 2017).

Eles continuam relatando que o que causa esse sentimento de satisfação é a melhora que os usuários apresentam no decorrer do tratamento, porém, atitudes como o abandono do tratamento ou alguma recaída são suficientes para desencadear sentimento de frustração na equipe. Dessa forma, é possível perceber a relação da dualidade mencionada pelas autoras com os aspectos cotidianos desses psicólogos em seu fazer profissional. Há também relatos de profissionais que trabalham na área e que já tinham uma identificação ou pretensão de trabalhar com saúde mental, entretanto, há profissionais que foram simplesmente designados a trabalhar na RAPS e por motivos alheios à sua vontade, sentiram a necessidade de assumir o cargo, mesmo sem nenhuma identificação e segundo eles, esse processo também pode suscitar dualidade de sentimentos de satisfação e frustração. (CANTELE et al, 2017).

Neste mesmo contexto, ainda há aspectos que dizem respeito ao cumprimento da legislação em saúde mental no Brasil. Ao mesmo tempo em que as condições oferecidas pela Gestão seja ela municipal, estadual ou federal são insuficientes para atender à todas as demandas existentes conforme às prerrogativas, alguns profissionais não têm conhecimento suficiente dessa legislação e por isso não a colocam em prática. Alguns psicólogos também compartilharam que a carga horária de trabalho na saúde mental muitas vezes está muito acima do que deveria ser e isso se justifica por falta de estrutura física e pessoal dos serviços, excesso de demandas e cargos de chefia que demandam mais tempo de trabalho. E por conta disso, diversos aspectos de sua vida pessoal são comprometidos. (CANTELE et al, 2017).

Além de todas essas questões externas, os psicólogos relatam que ainda é preciso saber lidar diariamente com a pressão que eles colocam sobre si mesmos, esforçando-se demasiadamente para que sua atuação propicie efeitos positivos no tratamento dos usuários. Dessa forma, eles concluem que não é possível haver uma diferenciação de suas vidas profissional e pessoal e essa indiferenciação acabam gerando mais sentimentos e insatisfação nos psicólogos da saúde mental, pois, se estão em casa se preocupam com o serviço e com os usuários, se estão no serviço estão preocupados com sua casa e sua família. (CANTELE et al, 2017).

No artigo *As práticas dos psicólogos em ambulatórios de saúde mental*, o autor buscou destacar a experiência de (04) quatro Referências Ambulatoriais em Saúde Mental que perfazem a gama de ofertas do serviço considerados de média complexidade em saúde mental do município de Aracaju-SE no que diz respeito à rede de saúde, através da vivência dos sete psicólogos que atuam no serviço sendo um do sexo masculino e seis do sexo feminino. O autor conclui que o trabalho realizado entre as equipes de saúde mental das Referências Ambulatoriais e as EFS não é considerado eficiente apesar de compartilharem o mesmo espaço no que diz respeito às ações conjuntas. No que concerne às atividades ofertadas, o autor descreve a

forma como são executadas, a frequência e se eram realizadas separadas ou em conjunto da Psicologia com outros profissionais. Em sequência as descreveu como atendimento individual, em grupos, visitas e reuniões com as equipes de saúde da família, acolhimento e ações educativas. Sendo os atendimentos individuais que são realizados três vezes na semana, responsáveis por um total de 60% dos serviços ofertados, preenchendo assim grande parte da agenda dos profissionais da psicologia. Este fato nos evidencia a hegemonia do modelo clínico tradicional. (GUIMARÃES et al, 2013).

No que diz respeito ao atendimento em grupo, é importante salientar que embora se configure como uma alternativa eficaz de oferecer atendimento a um número maior de usuários, esta modalidade nem sempre irá atender à todas as demandas que emergirem nos atendimentos. Portanto, a grande vantagem do atendimento em grupo está apenas na lógica da produtividade o que quer dizer que há uma grande diferença entre "atender mais pessoas" e "atender melhor" (OLIVEIRA et al., 2005). Em relação às visitas e reuniões com as equipes de Saúde da família, acredita-se que este formato de prestação de serviço deve ser ampliado e representa um grande avanço pois se opõe ao modelo clínico tradicionalista e asilar ainda tão praticado. (DIMESTEIN, 2000).

Com relação ao acolhimento, este tem por objetivo organizar a logística de fluxograma da rede, bem como o conhecimento das reais demandas de saúde do usuário que busca o serviço. (SANTOS, 2006). Desta forma, podemos concluir que ações como estas reafirmam o compromisso de fortalecer a proposta desafiadora do modelo atual de saúde mental de "atender de portas o que antes se fazia a portas fechadas" (LANCETTI, 2008, p. 48). O psicólogo na realização do acolhimento, tem sido o único profissional que está encarregado de fazer este contato inicial com os usuários, fato que não deveria acontecer, segundo o autor.

Também fora questionado durante o estudo sobre atividades educativas desenvolvidas nos serviços, e ações como visitas em escolas, festas comemorativas, palestras específicas e alusivas a temas relevantes (diabetes, hipertensão, depressão, etc.) foram mencionadas. Apesar da existência dessas ações, as mesmas não se encaixam na agenda fixa do serviço embora exijam a participação de todos os profissionais (assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, enfermeiros, médicos, psicólogos) e este fato pode fundamentar-se pelo tempo consumido na agenda dos profissionais, que prezam por ações mais isoladas. Tal preferência se justifica pela necessidade de alguns profissionais psicólogos de manter a identidade de psicólogo clínico; de atender à expectativa do usuário e de outros profissionais e ainda pela ausência de comunicação eficiente entre a equipe. Por seu lado, o próprio ambulatório ainda se manifesta como um serviço que atua sob a ótica de atendimento ampliado, o que compromete o atendimento oferecido a pacientes considerados grave. (GUIMARÃES et al, 2013)

Desta forma, é possível verificar que embora haja uma movimentação no sentido de diversificar a oferta de ações existentes no serviço, a consolidação das disposições da Reforma Psiquiátrica estão muito além do avanço operacional da atuação do psicólogo, pois, além de estarem em constante processo de

enfrentamento e modificação pessoal do modelo clínico tradicional, este profissional se depara ainda com a dificuldade no entendimento da real função da Referência Ambulatorial e sua vinculação com os demais serviços da rede de saúde. Por serem de média complexidade, as Referências Ambulatoriais em Saúde Mental assumem um papel mediano entre a baixa (atenção básica e ESF) e a alta complexidade (CAPS). Outro aspecto que desperta angústia no que diz respeito à identidade profissional está na opção de preferenciar o atendimento em consultório ao invés do cuidado no território

Nota-se, diante do quadro, que dos 6 artigos, somente 1 aborda o tipo de pesquisa quantitativa. Afirma-se que a pesquisa quantitativa avalia de forma geral os aspectos coletivos da vivência de um indivíduo: suas vivências, opiniões e avaliações frente à determinada situação.

Quadro 5 - Classificação por tipo de estudo abordado.

Número	Autor	Título	Ano	Assunto destacado
1	Sales & Dimenstein	Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução	2009	Conhecer as relações entre a formação e as práticas profissionais que hoje constituem as rotinas de trabalho
2	Cantele et.al	<i>A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental</i>	2017	Destaca a falta de capacitação profissional e a valorização da supervisão institucional como ferramentas para superação das práticas tradicionais em direção ao novo modelo em consolidação
3	Cantele & Arpini	Ressignificando a Prática Psicológica: o Olhar da Equipe Multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial	2017	Multiplicidade de atuações em que o psicólogo é convidado a participar
4	Muhl & Holanda	"Duas faces da mesma moeda": vivência dos psicólogos que atuam na rede de atenção psicossocial	2016	Vivência dos psicólogos no ambiente de trabalho juntamente com a vida pessoal
5	Guimarães et.al	As práticas dos psicólogos em ambulatórios de saúde mental	2013	Conhecer a vivência de (04) quatro Referências Ambulatoriais em Saúde Mental

No quadro 5, são destacados e explicitados os artigos utilizados no presente estudo. No artigo *Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução*, Sales; Dimenstein (2009) realizaram uma pesquisa com psicólogos do CAPS do município de Natal-RN, os profissionais descreveram sua atuação voltada basicamente para: acolhimento dos usuários, triagens e re-triagens, coordenação de

oficinas diversas, participação em oficinas coordenadas por outros técnicos, grupos operativos, grupos terapêuticos e atendimentos individuais. Dois dos entrevistados atuam como coordenadores dos serviços, sendo sua atribuição lidar com questões burocráticas e de logística do funcionamento do CAPS.

No artigo de Cantele; Arpini (2017), *Ressignificando a Prática Psicológica: o Olhar da Equipe Multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial*, foi possível observar a partir da escuta e da observação da equipe de profissionais do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) de uma cidade do Rio Grande do Sul, que naquele serviço há a necessidade de serem desenvolvidas estratégias de atuação mais plurais e participativas por parte da equipe de psicólogos.

No artigo "*Duas faces da mesma moeda*": vivência dos psicólogos que atuam na rede de atenção psicossocial, Muhl; Holanda (2016) procuraram, investigar as a atuação da Psicologia da 1º Regional de Saúde do Paraná a qual abriga municípios do litoral paranaense. Os autores chegaram à conclusão que apenas dois municípios de um total não de sete Dos sete municípios do litoral paranaense, dois deles não dispunham de serviço de referência em saúde mental, e num terceiro município o serviço de referência - um hospital - não possuía em seu quadro de funcionários um profissional da Psicologia.

4 CONCLUSÃO

Este trabalho buscou conhecer a atuação do profissional da psicologia nos serviços substitutivos da política de saúde mental. A prática do profissional psicólogo durante a construção histórica passou por uma série de transformações no sentido de adequar a sua atuação ao novo modelo assistencialista da integralidade do cuidado exigido pela política de Saúde Mental afastando-se do modelo clínico e autônomo anterior que fora herdado do modelo biomédico.

Ficou evidenciado através da pesquisa que o psicólogo figura como peça importante no processo de efetivação da reforma psiquiátrica no Brasil embora sua atuação perpassasse por inúmeras barreiras e limitações profissionais sendo considerada pela maioria dos profissionais como uma experiência conflituosa.

Os resultados desta pesquisa apontam para a necessidade de fomentar cada vez mais pesquisas que visem dar voz ao profissional da psicologia no sentido de construir estratégias perspectivas de atuação efetiva na política da saúde mental, minimizando os desafios que venham a ser limitantes no que concerne à sua atuação.

Por fim, através da construção do presente artigo, foi possível observar que o tema "A atuação do Psicólogo na Saúde Mental" fora muito pouco explorado pela literatura até o presente momento, evidenciando assim a importância de conhecer mais profundamente as vivências deste profissional tão importante para a integralidade do cuidado com portadores de transtorno mental, de modo que assim seja possível a efetivação de ações que visem o aprimoramento da política no que concerne à atuação profissional, bem como as

dificuldades enfrentadas por esse profissional frente às demandas vivenciadas nos dispositivos de saúde mental.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Decreto nº 53464, de 21 de janeiro de 1964**. Regulamenta a lei 4.119, de 27 de Agosto de 1962, que dispõe sobre a profissão de psicólogo. Diário Oficial da União, 24 janeiro 1964. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/1950-1969/L4119.htm. Acesso em: 18 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria/SNAS nº. 224, de 29 de janeiro de 1992**. [Normas para o atendimento ambulatorial]. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 1992. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=836. Acesso em: 18 fev. 2019.

BRASIL. **Lei Nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm. Acesso em: 18 fev. 2019.

BRASIL, Â. M. R. C. (2004). **Considerações sobre o trabalho do psicólogo em saúde pública**. Disponível em: <http://docplayer.com.br/12771305-Consideracoes-sobre-o-trabalho-do-psicologo-em-saude-publica.html>. Acesso em: 18 fev. 2019.

BARBOSA, L. H. Psicologia clínica na saúde mental: uma crítica à reforma psiquiátrica. **Ciências e Cognição**, v. 3, p. 63-65, 2004. Disponível em: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/482/259> Acesso em: 18 fev. 2019.

CAMPOS, F. C. B. & GUARIDO, E. L. O Psicólogo no SUS: Suas práticas e a necessidade de quem o procura. In: SPINK, M. J. P. (Org). A psicologia em diálogo com o SUS: **prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo, SP: 2007.

CANTELE, J., ARPINI, D. M., & ROSO, A. A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.32, p. 910-925, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000400011>. Acesso em: 18 fev. 2019.

CANTELE, J., ARPINI, D. M., & ROSO, A. Resignificando a Prática Psicológica: o Olhar da Equipe Multiprofissional dos Centros de Atenção Psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.37, p. 78-89, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000100078&lang=pt. Acesso em: 18 fev. 2019.

CILISKA D, CULLUM N, MARKS S. Avaliação de revisões sistemáticas de intervenções de tratamento ou prevenção. **Enfermeira baseada em evidências**, v. 4, p. 4-100, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Práticas Profissionais dos(as) Psicólogos(as) nos Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Livro_CAPS_Psicologo.pdf Acesso em: 18 fev. 2019.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, v. 3, p. 53-81, 1998.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000100004&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 18 fev. 2019.

DIAS, F. SILVA, L. Percepções dos Profissionais sobre a Atuação dos Psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, v-36, p. 534-545, 2016.

DOLTO, F. Prefácio. In M. Mannoni, *A primeira entrevista em psicanálise: um clássico da psicanálise*. Rio de Janeiro: Nova, 2004. p. 7-33.

FAGUNDES, S. (2004). Apresentação. In C. A. T. Nascimento, G. D. R. Lazzarotto, J. C. D. Hoenisch, M. C. C. Silva, & R. L. Matos. *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública* (pp. 4-04). Porto Alegre, RS: Conselho Regional de Psicologia – 7ª. Região. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1414-9893201700010007800010&lng=en. Acesso em: 18 fev. 2019.

FERREIRA NETO, J. L. Psicologia e saúde mental: três momentos de uma história. *Saúde em Debate*, v.32, p. 18-26, 2008. Disponível em: <http://pucmg.br/documentos/tresmomentos.pdf?PHPSESSID=b67c09c018d1960018d5c94bc807d38b>. Acesso em: 18 fev. 2019.

GOYA, A.C.A; RASERA,E.F. A atuação do psicólogo nos serviços públicos de atenção primária à saúde em Uberlândia, MG. *Horizonte Científico*, v. 1, n. 7, 2007. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico>. Acesso em: 18 fev. 2019.

KUBO, O. M., & BOTOMÉ, S. P. Formação e atuação do psicólogo para o tratamento em saúde e em organizações de atendimento à saúde. *Interação em Psicologia*, v. 5, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/psi.v5i1.3319> Acesso em: 18 fev. 2019.

MENEGON, V. M., & COELHO, A. E. L. *A inserção da psicologia no sistema de saúde pública: uma prática possível*. BarBarói. V, 24, 2006. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/824/608>. Acesso em: 18 fev. 2019.

MOTA. V. COSTA. I. Relato de Experiência de uma Psicóloga em um CAPS de Mato Grosso, Brasil. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 37, p. 831-841, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000300831&lang=pt. Acesso em: 18 fev. 2019.

PIETROLUONGO, A. P. C., & RESENDE, T. I. M. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 27, p. 22-31, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932007000100003> Acesso em: 18 fev. 2019.

POPPE, A. R. S., & BATISTA, S. H. S. D. S. Formação em psicologia no contexto das diretrizes curriculares nacionais: uma discussão sobre os cenários da prática em saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, v. 32, p. 986-999, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000400016>. Acesso em: 18 fev. 2019.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A; COSTA, N. R. *Políticas de saúde mental no Brasil* (pp. 15-73). Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 15-73. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000255&pid=S0101-6628201400020000800032&lng=pt. Acesso em: 18 fev. 2019.

RIBEIRO, S.L., & LUZIO, C. A. As diretrizes curriculares e a formação do psicólogo para a saúde mental. *Psicologia em Revista*, v. 14, n. 2, 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000200013&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 18 fev. 2019.

SPINK, M. J. P. *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

TENÓRIO, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*, v. 9, p. 25-59, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=pt&lng=pt. Acesso em: 18 fev. 2019.

Capítulo 17

A PRÁXIS DA SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Brunno Alves de Lucena¹

RESUMO

A Saúde Mental é parte das atribuições da Atenção Primária à Saúde. Esta revisão buscou compreender como a Saúde Mental se insere na prática da Estratégia de Saúde da Família. Realizou-se uma revisão de literatura científica, na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde, com os descritores: “Saúde Mental”; “Saúde da Família”; “Atenção Primária à Saúde”. Os critérios de inclusão foram estudos brasileiros de 2015 a 2019 que contribuíssem para a compreensão da seguinte pergunta: “Como se insere os cuidados em Saúde Mental no rol das ações da Atenção Básica?”. Foram encontrados 11 artigos, em que se identificaram as potencialidades e fragilidades como o excesso de demanda na USF, e a escassez de qualificação em saúde mental. Foi evidenciado ainda o Apoio Matricial como uma estratégia utilizadas pelos profissionais das equipes que permite novas abordagens em Saúde Mental no contexto da Atenção Básica.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental, Saúde da Família.

Introdução

A Atenção Básica (AB) se constitui como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS) e caracteriza-se por um conjunto de ações de Saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos na perspectiva de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos indivíduos, assim como, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL,2017).

Um dos princípios da AB é a garantia do primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, inclusive daquelas que demandam um cuidado em saúde mental. Neste “ponto de atenção”, as ações são desenvolvidas em uma área geograficamente definida, possibilitando aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade onde residem, assim como com outros elementos dos seus contextos de vida (BRASIL,2013).

A superação do modelo manicomial no Brasil, foi efetivado a partir da Reforma Psiquiátrica que buscou a superação à lógica da medicalização e do modelo de exclusividade biomédica, direcionando o foco da doença para a pessoa em sofrimento, em seu território, junto a sua comunidade, na tentativa de garantir a integralidade das ações. Desse modo, um dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica tem sido alinhar o cuidado em saúde mental ao escopo de ações e serviços da Atenção Básica (AB).

¹ Psicólogo, Especialista em Saúde Pública – Centro Universitário de Patos - UNIFIP, Residência Multiprofissional em Atenção Materno Infantil - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE - UFRN. Mestrando em Saúde Coletiva – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN.

O processo de reforma psiquiátrica no Brasil também tem possibilitado o surgimento de experiências inovadoras e bem-sucedidas oriundas da interação entre saúde mental e atenção básica. As experiências de capilarização e a interiorização das ações de saúde pública, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), são significativas no sentido de demonstrar a potencialidade da conquista de políticas especiais neste cenário, como é o caso da inclusão de ações de saúde mental na ESF, assim como o fortalecimento do processo de mudança do modelo hospitalocentrico-asilar, ampliação do controle social, resgate do vínculo entre profissionais de saúde e os usuários dos dispositivos substitutivos e redução do uso indiscriminado de alta tecnologia na atenção à saúde.

Segundo Moreno e Moriana (2012), vários países têm se preocupado em integrar os cuidados em saúde mental à Atenção Básica, contemplando o fortalecimento dos cuidados nesse nível de atenção, como preconizados pelos pressupostos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Porém, apesar dos esforços no plano das intenções das políticas públicas, observam-se limitações na inserção desse cuidado, por motivos que vão desde a insegurança dos profissionais para lidarem com a demanda da saúde mental até a fragmentação da assistência, passando pela redução das ações, pelos encaminhamentos e pela medicalização simplesmente.

As ações de saúde mental devem ser realizadas no contexto do território nas equipes da Estratégia saúde da família (ESF), respeitando as formas de organização, dinamicidade, cultura, contexto econômico e social da população adscrita. Espera-se, sobretudo, que os profissionais dos dispositivos de saúde ampliem o cuidado em saúde na sua prática diária à população que necessita de cuidado na área de saúde mental, considerando a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo dos sujeitos envolvidos com o cuidado (BRASIL, 2013).

A aproximação da ESF com cada usuário que demanda atenção em saúde mental torna visíveis os diversos problemas de saúde enfrentados por essas pessoas, além de favorecer um cuidado de forma contínua e contextualizada. Pela característica multidisciplinar de equipe e pelos múltiplos recursos existentes no território as intervenções podem ser direcionadas conforme uma visão integral do sujeito. (JORGE et al., 2013).

O referido estudo justifica-se pela relevância das discussões acerca do cuidado integral às pessoas em sofrimento psíquico, pois, mesmo com o desenvolvimento científico e com novas propostas de atenção, não existe a garantia de uma prática de saúde capaz de contemplar as necessidades dessa população, não atendendo ao princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), referente à integralidade.

Portanto, investigar a realização das ações de Saúde Mental na AB demanda refletir sobre o modo como a atenção à saúde de pessoas portadoras de sofrimento psíquico tem se constituído por meio da inserção da saúde mental na Atenção Básica. Objetivou-se com esse estudo, verificar na literatura as possibilidades e limites para o desenvolvimento de ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura científica, com pesquisa na Biblioteca Virtual de Saúde, que reúne as principais bases de dados em Ciências da Saúde, como Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online), no período entre os meses de outubro a dezembro de 2019, com os seguintes descritores combinados: Saúde Mental; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

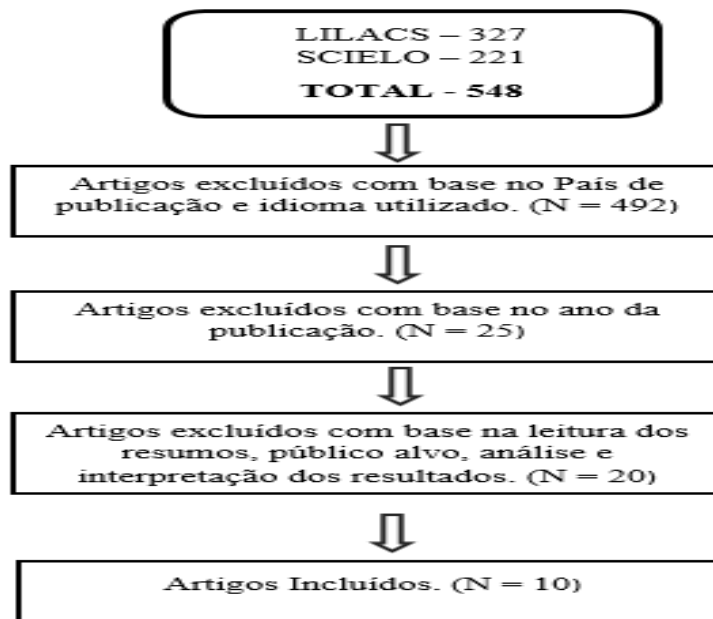
A seleção dos artigos encontrados com a busca nas diferentes bases de dados foi realizado em cinco etapas: I – Identificação do tema e seleção dos artigos de pesquisa, II – Estabelecimento dos critérios de Inclusão e Exclusão, III- Identificação dos estudos pré-selecionados, a partir de uma leitura criteriosa dos títulos, resumos, palavras chave de todas as publicações, IV – Análise e interpretação dos resultados, e a última parte V- Apresentação da síntese do conhecimento para elaboração do artigo.

Utilizaram-se como critérios de Inclusão: estudos disponíveis em meio eletrônico, publicados no Brasil nos últimos 5 anos no idioma português, de modo a contemplar a literatura científica mais recente sobre o assunto. Foram selecionados os artigos que, após sua leitura, pudessem dar contribuições à pergunta de pesquisa: “Como se insere os cuidados em saúde mental no rol das ações da Atenção Básica?”.

Encontrou-se inicialmente 548 artigos. Ao se aplicar o critério de inclusão relativo ao país de publicação e ao idioma chegou-se a 56 artigos e aplicando o critério de inclusão de publicações referentes aos últimos 5 anos resultaram em 31 artigos. Após leitura criteriosa dos artigos na íntegra sobre as possíveis contribuições de cada artigo à pergunta de estudo, selecionou-se 10 artigos que traziam achados e discussões que tratavam da atenção de Saúde Mental na Atenção Básica, publicados entre 2015 e 2019.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a busca nas diferentes bases de dados, foram encontrados 548 artigos. Após a observação do País da publicação e do idioma utilizado, foram excluídos 492, restando 56 artigos. Quanto ao ano da publicação foram excluídos 25, ficando 31 artigos. Em seguida foi realizada a leitura dos resumos, análise e interpretação dos resultados, na qual foram excluídos mais 20, permanecendo 11 artigos e após a leitura completa resultou no uso de (10) dez artigos, que tratavam potencialmente sobre o assunto conforme ilustra a figura 1.

Figura 1. Fluxograma da busca nas bases de dados.

Fonte: Elaborado pelo Autor (2019)

Os dados foram processados, organizados e tabulados em uma planilha eletrônica no programa Excel® (Office 2010®), separados por ano, autor, título, objetivo, base e periódico apresentada na Tabela 1.

Tabela 1. Artigos incluídos na revisão.

AUTOR/ANO	TÍTULO	OBJETIVO	BASE DE DADOS	PERIÓDICO
SANTANA, 2019	O cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia	cartografar o cotidiano do cuidado ao portador de transtorno psíquico, tendo como sujeitos os profissionais de uma unidade de saúde da família, bem como os de um núcleo de apoio à saúde da família.	LILACS	Rev. enferm. UERJ
MENEZES, 2018	Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global	Apresentar uma análise teórica sobre a integração da saúde mental na atenção primária sob a perspectiva dos objetivos e estratégias	LILACS	INTERFACE comunicação, saúde e educação

		da Saúde Mental Global		
GURGEL, 2017	Cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: a experiência do apoio matricial	Analisar o cuidado em saúde mental promovido pela equipe de saúde da família na atenção básica e a prática do apoio matricial.	LILACS	Rev. enferm. UERJ
GARCIA, 2017	Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde Paraná /Brasil	Analisar os limites e possibilidades do apoio matricial em saúde mental na Atenção Básica, segundo a percepção de gestores e profissionais de saúde em uma regional de saúde, Paraná, Brasil.	LILACS	Revista Saúde e Pesquisa
BARBOSA, 2017	O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental	Caracterizar as práticas e estratégias de Cuidado à Saúde Mental desenvolvidas pelas equipes de atenção primária na área urbana de Pesqueira/PE.	LILACS	Revista online de pesquisa Cuidado é fundamental
ROCHA, 2018	Saúde mental na atenção básica: uma Avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item	Determinar os itens do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica que melhor avaliam a capacidade de oferta de cuidados em saúde mental.	SCIELO	Rev. Saúde Pública
VIEIRA, 2017	Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de Saúde Família.	Problematizar os processos e práticas de produção de cuidado no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família.	SCIELO	Fractal: Revista de Psicologia
		Discutir os desafios para a		

PRATA, 2017	Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais.	implementação das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família na perspectiva da desinstitucionalização e territorialização do cuidado	SCIELO	Rev. Trab. Educ. Saúde.
GRYSCHKEK, 2015	Saúde Mental: como as equipes de saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?	Compreender como a Saúde Mental se insere na prática da Estratégia de Saúde da Família.	SCIELO	Ciência & Saúde Coletiva.

Fonte: Elaborado pelo Autor (2019)

Santana e Pereira (2018), realizou uma cartografia do cotidiano da assistência ao portador de transtorno psíquico, tendo como sujeitos os profissionais da saúde de uma ESF, bem como os de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), a referida pesquisa aponta que a criação de vínculos entre cada usuário e uma equipe ou um profissional, representa uma possibilidade de espaços de trocas necessárias ao cuidado. As ações em saúde mental são assumidas no cotidiano, emergindo com sensibilidade, responsabilidade, acolhimento e escuta qualificada e devem valorizar como esses sentidos influenciam no cuidado prestado e no lugar que cada um, profissional e usuário, ocupam na relação.

O estudo ainda revelou a fragilidade da assistência a partir dos sentimentos de impotência, angústia, sofrimento e tensão que os profissionais manifestavam frente à execução de cuidados em nível de saúde mental, bem como ao se eximir do cuidado, delegando-o a outras esferas, negando sua responsabilização. Não é raro deparar-se com profissionais que se julgam despreparados para lidar com os indivíduos em sofrimento psíquico. Neste nível de complexidade, as intervenções em saúde mental precisam ter visibilidade, ou seja, ser reconhecida por quem a pratica e serem construídas no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários.

Garcia et al. (2017), analisou os limites e possibilidades do apoio matricial em Saúde Mental na Atenção Básica, segundo a percepção de gestores e profissionais de saúde em uma regional de saúde, no estado do Paraná. O estudo enfatizou que uma das principais estratégias que deveria ser desenvolvida pelos CAPS para articular a rede de cuidados é a realização do apoio matricial. O matriciamento deve ocorrer nos casos em que a equipe de referência sente necessidade de apoio especializado em saúde mental para abordar e conduzir um caso que exige, por exemplo, esclarecimento diagnóstico, estruturação de um projeto

terapêutico e abordagem da família; quando se necessita de suporte para realizar intervenções psicossociais específicas nesse nível de atenção.

O estudo enfatizou ainda que as equipes de referência e de apoio matricial devem interagir, traçando em conjunto um projeto terapêutico, e assim trazer novas possibilidades de intervenções reunindo seus conhecimentos a respeito daquele usuário, discutindo seus hábitos, de sua família, da comunidade, da rede de apoio social e/ou pessoal. A equipe de matriciadores transfere seu conhecimento sobre a saúde mental e analisa o impacto do transtorno na vida do usuário.

Meneses (2018), realizou uma revisão organizando as questões envolvidas com Atenção Básica e Saúde Mental, afirmando que a integração é a principal estratégia global de ampliação do acesso à saúde mental, apontando diversas evidências que demonstram as vantagens e viabilidade deste modelo.

Por outro lado, a análise realizada reconhece que a Atenção Básica tem um papel fundamental na atenção à Saúde Mental, todavia, não ficam estabelecidos os limites de competência entre a Atenção Básica e os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), havendo uma dupla porta de entrada no sistema para este perfil de demanda. Além disso, o apoio matricial em Saúde Mental por intermédio dos NASF's é o principal mecanismo, melhor fundamentado em portarias, para qualificar a ESF para este atendimento. Este fato, porém, provoca a dúvida se esta deveria ser a única, ou, mesmo, se é a melhor forma de promover esta qualificação.

Barbosa et al. (2017), em seu estudo objetivou caracterizar as práticas e estratégias de Cuidado à Saúde Mental desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica na área urbana de Pesqueira/PE. O estudo constatou que os usuários portadores de transtorno mental e/ou sofrimento psíquico são atendidos, principalmente, nas unidades de básicas de saúde da família, sendo, então, referenciados para o CAPS. As estratégias e práticas de cuidado em Saúde Mental variaram de acordo com a experiência de cada profissional e são centradas na consulta médica, prescrição e controle da medicação.

Devido à recente implantação do CAPS no município de em que foi realizada a pesquisa, a Rede de Atenção Psicossocial apresenta problemas de estruturação e coligação entre os diferentes pontos de atenção, a exemplo da dificuldade de estabelecimento de fluxo de referência e contra referência.

Por sua vez, Rocha et al. (2018), determinaram os itens do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ -AB) que melhor avaliam a capacidade de oferta de cuidados em saúde mental. Os itens com maior capacidade de discriminação foram manter registro dos casos mais graves de usuários em sofrimento psíquico e a oferta de algum atendimento em grupo. Ofertar alguma modalidade de atendimento em grupo e ofertar ações educativas e de promoção de saúde mental foram os itens que requereram maior nível de oferta de cuidados em saúde mental no parâmetro de locação.

Identificaram ainda que as práticas de grupo são mecanismos que podem favorecer o acompanhamento de portadores de sofrimento mental na ABS, baseadas no estabelecimento de vínculos e participação ativa dos usuários. Por fim, os autores concluíram que os grupos apresentam grande potencial para serem utilizados como ferramenta terapêutica e como estratégia de promoção de saúde. Aliar a oferta de práticas grupais à promoção em Saúde Mental na Atenção Básica pode favorecer o estabelecimento e a manutenção da longitudinalidade no tratamento dos portadores de transtorno mental, com estreitamento da relação usuário-profissional de saúde e obtenção de melhores resultados.

Vieira et al. (2017), buscou em seu estudo problematizar os processos e práticas de produção de cuidado no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de Saúde da Família. Os autores apontaram que a intercessão entre Saúde Mental e Atenção Básica, tem potencializado não somente a produção de saúde e construção de redes de cuidado integral, mas também, um processo de diferenciação no interior das próprias práticas de saúde. Trabalhar, pois com esta interface torna-se fundamental para a reorganização da atenção à saúde quando, também se faz urgente a ruptura com dicotomias tais como saúde/saúde mental, exigindo uma operação de transversalização das práticas profissionais.

Este desafio implica-se, necessariamente, em ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da vida fomentando no cotidiano um processo contínuo de contratação e pactuação que só pode se efetivar a partir do fortalecimento das Redes de Atenção consolidando-se como rede de base comunitária e territorial, implementando uma política de atenção integral e promotora de cidadania.

Prata et al.(2017), objetivou discutir os desafios para a implementação das ações de Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família na perspectiva da desinstitucionalização e territorialização do cuidado. Os dados coletados apontaram tendências específicas como expansão acelerada da Estratégia Saúde da Família com impactos no processo de trabalho a relação com o território passou a representar importante indicador de qualidade da Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais rede e do tipo de transformação na lógica do cuidado que efetivamente se consegue operar.

Corroborando com os estudos acima citados os autores identificaram ainda narrativas dos trabalhadores explicitando sensação de despreparo e baixa percepção do potencial terapêutico da atenção básica; como a ocorrência de violência nos territórios causando tensões e ambivalências em relação aos poderes locais; associação direta entre saúde mental e cotidiano violento.

Nos estudos de Gryscek et al. (2015), foi evidenciado que o encaminhamento e a medicalização são práticas comuns nas equipes da ESF no tocante a atenção à Saúde Mental, mantendo a lógica assistencialista e medicalizada. Nessa relação, fica desqualificada qualquer percepção ou conhecimento que o sujeito (usuário) possa ter a respeito de seu corpo, de suas percepções internas. Inibindo assim iniciativas do sujeito no sentido de poder responsabilizar-se pelo seu tratamento.

Foi evidenciado também que para efetivo funcionamento e resolução em Saúde Mental pela Atenção Básica é necessária, além do apoio matricial, a existência de Redes de atenção em Saúde Mental, formada por diversos dispositivos substitutivos à lógica manicomial (CAPS, ambulatórios especializados e residências terapêuticas, por exemplo), bem como a articulação com dispositivos de diversas áreas, como justiça, cultura, entre outros, contemplando ações intersetoriais.

CONCLUSÃO

Durante o percurso de construção deste estudo foi possível compreender a Atenção Básica como sendo um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de Saúde Mental e, por conseguinte, um lugar de produção de um cuidado integral. A partir da análise dos pesquisadores na base de dados investigada, constatou-se que a Saúde Mental e a Atenção Básica são campos que convergem entre si, a proximidade com a realidade das famílias, com a comunidade e com o território fortalecem o caráter estratégico desse nível de complexidade, que tem a função de contribuir para a superação do modelo manicomial, sensibilizando e provocando mudanças no processo de trabalho das práticas profissionais.

A ESF tem demonstrado um enorme potencial para o cuidado em Saúde Mental, devido a maior possibilidade de construção do vínculo com os usuários, ao trabalho realizado nos territórios, além de configurarem em sua prática estratégias de cuidado que priorizam a autonomia das pessoas. Os resultados dessa pesquisa evidenciaram que há diversas estratégias que podem dar conta das questões relacionadas à saúde mental dos usuários, como: a realização de uma escuta qualificada, o investimento no vínculo construído diariamente com a população, o trabalho realizado de forma compartilhada e em equipe, a articulação entre os dispositivos da RAPS, o matriciamento, e discussões de caso.

Os dados coletados e as pesquisas citadas no decorrer do trabalho apontaram que quando o acolhimento do usuário é realizado em seu território, através de um trabalho que inclui a família, os vínculos sociais, o apoio comunitário, a ESF demonstra sua efetividade ao considerar a rede de apoio das pessoas na realização do cuidado em saúde mental. Porém, os dados empíricos apontaram diversas fragilidades na consolidação dessa rede, caracterizado através da dificuldade da equipe em se articular com outros dispositivos, o que reforça a manutenção da lógica fragmentada do cuidado e aponta limitações para além das possibilidades de alcance dos profissionais da Atenção Básica.

Diante do exposto, destaca-se a relevância da efetivação de instrumentos de articulação na rede de assistência como o apoio matricial que devem direcionar o fazer profissional para novas possibilidades de cuidado e facilitar a inserção dos usuários na Rede de Atenção. Constatou-se que o apoio matricial, realizado pelas equipes do NASF, tem entre suas funções romper com a fragmentação do cuidado superando a lógica da especialização e dos encaminhamentos desnecessários.

Portanto, para a efetivação do modelo psicossocial se faz necessário promover a construção de práticas inovadoras em saúde, não aquelas que se utilizam de números de atendimento, metas e resultados cobrados por um poder institucional. É preciso “reinventar as instituições”, buscando se (re)inventar a partir de práticas inovadoras de cuidado e de novas formas de relacionar-se com as pessoas em sofrimento psíquico.

Como também a formação teórico-crítica como essencial para a consolidação dessas práticas, uma vez que o processo formativo contínuo é uma importante ferramenta impulsionadora de um trabalho reflexivo, problematizador e transformador na construção do cuidado, reconhecendo a ESF como um espaço permanente de formação que pensa a própria prática e possibilita aos profissionais a construção de novas estratégias de cuidado.

Referências

BARBOSA, B.V.F; CAVALCANTI, A.; ALCÂNTARA, M.C.A.; et al. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. **Rev Fund Care Online**; 2017; 9(3):659-668. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i3.659-668>. Acesso em: 15 de outubro de 2019.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 20 de outubro de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. –Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf. Acesso em 20 de outubro de 2019.

GARCIA, D.V.G; SILVA, I. F.; CAVALCANTE,M.; CERVO, M. R.; ZAMBENEDETTI, G.; Apoio matricial na atenção à saúde mental em uma regional de saúde, Paraná, Brasil. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 3, p. 423-432. 2017.Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5854/3125> Acesso em:15 de Novembro de 2019.

GRYSCHKEK, G., PINTO, A. A. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica?. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2015, vol.20, n.10, pp.3255-3262. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.13572014>. Acesso em: 24 de Novembro de 2019.

GURGEL, A.; LIMA G. et al. Cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família: a experiência do apoio matricial. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 25, p. e7101, abr. 2017. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7101>> . Acesso em: 10 de Novembro de 2019.

JORGE, M. S. B.; SOUSA, F. S. P.; FRANCO, T. B. Apoio matricial: dispositivo para resolução de casos clínicos de saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 66(5), 738-744, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/15.pdf>. Acesso em: 29 de outubro de 2019.

MENEZES, A. L. A. Saúde Mental na Atenção Primária: um estudo local sobre sofrimento emocional e acesso ao cuidado em tempos de saúde mental global. 211f. **Tese de Doutorado em Saúde Coletiva**

– Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.btdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=14515. Acesso em: 15 de Dezembro de 2019.

MORENO, E.; MORIANA, J. A. The treatment of mental health and psychological problems in primary care. **Salud Mental**.35(4), 315-322, 2012.

PRATA, N. I. S. et al. Saúde mental e atenção básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trab. educ. saúde [online]**. 2017, vol.15, n.1, pp.33-53. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00046>. Acesso em: 25 de Novembro de 2019.

ROCHA, H. A.; SANTOS, A.F.; REIS, I.A.; SANTOS M.A.C; CHERCHIGLIA M.L. Saúde mental na atenção básica: uma avaliação por meio da Teoria da Resposta ao Item. **Rev Saude Publica**. 2018; 10 (4)52:17. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v52/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872018052000051.pdf. Acesso em: 20 de dezembro de 2019.

SANTANA, T. F. M. C.; PEREIRA, M. A. O. O cuidado em saúde mental na atenção básica: uma cartografia. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 26, p. e32305, nov. 2018. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/32305/28139>. Acesso em: 16 de dezembro de 2019.

VIEIRA, S. S.; NEVES, C. A, B. Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de da Saúde Família. **Fractal, Rev. Psicol.** [online]., 2017; vol.29, n.1, pp.24-33, Disponível em :. <http://dx.doi.org/10.22409/1984-0292/v29i1/1375>. Acesso em: 21 de novembro de 2019.

Capítulo 18

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE AO PORTADOR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO

Francisca Bruna Arruda Aragão¹
Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão²
Regina Célia Fiorati³

RESUMO

O estudo tem o objetivo de descrever as ações da Atenção Primária a Saúde frente ao sofrimento psíquico. A atuação das equipes que atenção básica são dentro do território com um nível de atenção complexo e marcante, enfatizando a capacidade de estar apta a dar resolutividade às questões ora apresentadas. Nesse sentido, as ações da atenção primária são modelos orientadores à diversas experiências implementadas no país, tendo o apoio matricial como um cuidado colaborativo. Desta forma consistindo como uma organizacional de suporte técnico-pedagógico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde Mental. Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

The study aims to describe the actions of Primary Health Care in the face of psychic suffering. The action of the teams that basic attention are within the territory with a complex and remarkable level of attention, emphasizing the ability to be able to give resolution to the issues presented here. In this sense, primary care actions are guiding models to the diverse experiences implemented in the country, having the matrix support as a collaborative care. In this way they consist as an organization of technical-pedagogical support in specific areas to the teams responsible for the development of basic health actions for the population.

Keywords: Primary Health Care. Mental Health. Health Personnel.

1 INTRODUÇÃO

O sofrimento psíquico é considerado um dos maiores desafios da saúde pública pela sua magnitude, sendo capaz de afetar o emocional tanto do indivíduo que sofre de transtornos mentais quanto da família, pois é uma situação que implica numa imersão de sofrimento individual e social.

Os tipos de sofrimentos mentais mais comum que se conhece e que são mais citados por usuários que buscam atendimento nas Atenção Básica (AB) são: desânimo, tristeza, perda no prazer de viver, irritabilidade, dificuldade de concentração, irritabilidade, ansiedade e medo – que poderá vim acompanhado, às vezes, em forma de crises. Ainda, mudança no sono, falta de apetite, dores crônicas e difusas, cansaço, palpitações, tonturas ou até mesmo alterações gástricas e intestinais são queixas comuns mencionadas (BRASIL, 2013).

¹ Mestre em Saúde do Adulto (UFMA, E-mail: aragao_bruna@hotmail.com).

² Mestre em Saúde em ambiente (UFMA) E-mail: apfcoelho@gmail.com

³ Doutorado em Ciências (USP) E-mail: reginacf@fmrp.usp.br

Algumas dessas queixas são bastante associadas aos sintomas de depressão, ansiedade e somatização, que são consideradas doenças físicas sem explicação médica e as que mais são relatadas por usuários na AB.

As mulheres são as que mais estão vulneráveis a apresentar essa forma de sofrimento em relação aos homens. A hipótese mais aceita é em relação à diferença de gênero (papéis sociais da mulher e do homem). Há também que se considerar que as diferenças de gênero influenciam não apenas a vulnerabilidade ao sofrimento como também suas formas de expressão (BRASIL, 2013). Isto é, pode haver formas socialmente mais bem aceitas de sofrimento para cada gênero, considerando que os homens, por exemplo, são mais propícios a desenvolverem mais problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas do que mulheres. Pobreza, falta de oportunidade de emprego, renda baixa, além do desgaste excessivo e pouco reconhecimento no trabalho são considerados também outros importantes fatores de risco para os citados sofrimentos mentais comuns (STANSFELD, 2006).

Alguns estudos trazem evidências concretas quanto ao sofrimento mental comum e seu impacto significativo em alguns dos mais prevalentes agravos à saúde. Pode-se citar a relação de sintomas depressivos e ansiosos às doenças cardíacas e cerebrovasculares, assim como o diabetes. Da mesma forma ocorre com dependência de substâncias psicoativas e sua associação também se revelou associada ao curso de doenças infecciosas, principalmente no que se refere à aderência ao tratamento. Tal relação pode ser demonstrada conforme o quadro a seguir:

Quadro 1 – Associação entre problemas de saúde mental e outros agravos à saúde

	T. Mental é fator de risco	T. Mental piora aderência ao tratamento	T. Mental piora prognóstico
Doenças não infecciosas			
Depressão/ansiedade e doença coronariana	4	2	3
Depressão e AVC	3	0	3
Depressão/ansiedade e diabetes	1	3	3
Doenças infecciosas			
Dependência química e HIV/aids	2	3	3
Alcoolismo e tuberculose	2	3	3
Depressão/ansiedade e tuberculose	0	3	0
Saúde materno-infantil			
Depressão puerperal e déficit no desenvolvimento do bebê	3	0	0
Psicose puerperal e mortalidade infantil	4	ND	ND
Legenda: 4= associação forte confirmada por meta-análise ou revisão sistemática; 3= associação consistente confirmada por diversos estudos; 2= associação confirmada por um estudo; 1= associação inconsistente; 0= nenhuma associação confirmada; ND= dados inexistentes			

Fonte: Adaptada de Prince et al. (2007).

As relações atribuídas no quadro acima indicam que é preciso haver uma abordagem integral clínica, haja vista já fora constatado nas discussões acerca da saúde mental e a saúde do corpo estarem intrinsecamente relacionadas, na realidade das pessoas que sofrem com elas.

Nesse sentido, o sofrimento é visto como uma vivência da ameaça de ruptura da unidade/identidade da pessoa. Tal modelagem nos permite que a abordagem do sofrimento psíquico – seja ele enquadrado nas situações descritas como sofrimento mental comum ou nos casos de transtornos graves e persistentes, como as psicoses – possa adquirir maior inteligibilidade e estratégias de ação mais racionais, abrangentes, e menos iatrogênicas (BRASIL, 2013). Com isso, as intenções, os objetivos e as metas por trás das condutas do profissional de saúde se modelam, uma vez que é fundamental que o profissional, em especial aquele que atua na atenção básica, se manter atento às diversas dimensões do sujeito que se apresenta a sua frente.

A atenção voltada para a saúde mental no Brasil deu início com o processo de reforma psiquiátrica brasileira, sob influência da reforma democrática ocorrida em Gorizia na década de 1960, na Itália, quando foi decretada a proibição de internações em hospitais psiquiátricos, bem como a organização de uma rede de serviços extra-hospitalares, para que o cuidado à pessoa com transtornos mentais fosse oferecido (ANGELINE, 2007).

No âmbito da Reforma Psiquiátrica vigente no Brasil salienta-se que, recentemente, tem-se acompanhado mudanças significativas nos métodos de atenção em saúde mental, buscando priorizar ações de inclusão social, cidadania e autonomia de pessoas que sofrem de transtornos mentais (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011). Essas transformações estiveram sob a égide do dos movimentos sociais compostos por profissionais de saúde, usuários e familiares, contribuindo para que houvesse mudanças na legislação, bem como o desenvolvimento de propostas de novos modelos de atenção em saúde mental.

O Ministério da Saúde propôs um avanço no ramo dos investimentos da avaliação de serviços e da assistência em saúde, a exemplo do Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta iniciativa considera a presença ativa de gestores e profissionais de saúde, o usuário e a família, o acesso às ações e serviços em todos os níveis da atenção, destacando-se os serviços de atenção à saúde mental (BRASIL, 2011).

Em relação à implementação de estratégias de atenção à saúde mental da população brasileira, menciona-se a Atenção Básica, que se fundamenta nos princípios do SUS, expressos na Constituição Federal de 1988 e que define a saúde como direito; integralidade da assistência; universalidade; equidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento e participação social.

A Atenção Básica consiste em um nível de atenção complexo e que requer atuação marcante quanto à responsabilidade sanitária no território, além da capacidade de estar apta a dar resolutividade às questões ora apresentadas. É, portanto, um ponto estratégico para a transformação e adoção de outras práticas na área da

saúde, sendo sua organização primordial para se avançar na direção de um sistema de saúde que objetiva a qualidade de vida das pessoas (MENDES, 2002 *apud* SOUZA; RIVERA, 2010).

Na esfera da atenção básica encontra-se o serviço de Atenção Primária à Saúde (APS), compreendida como um instrumento do sistema de saúde responsável pela oferta de cuidados essenciais para os problemas de saúde de alta prevalência na população, inclusive com iniciativas de prevenção, cura, de reabilitação e promoção de saúde, capaz de resolver até 80% dos problemas (WENCESLAU; ORTEGA, 2015). Assim, o serviço de APS é considerado o primeiro contato na rede assistencial de saúde, caracterizado, sobretudo, pela atenção continuada e integrada. Sendo, portanto, a diretriz da assistência dentro do sistema de saúde pautada na atenção da família como elemento central, participativa e orientadora, e de competência dos profissionais.

A Política Nacional de Atenção Básica apresenta a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como um padrão de APS revelando-se, assim, um nível de sistema de saúde designado nas políticas de saúde existentes Brasil. Quanto sua estrutura, a ESF é composta de uma equipe formada por: Médico, Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Agentes comunitários de saúde, sendo que o contingente seja proporcionalmente ao número de usuários atendidos (WENCESLAU; ORTEGA, 2015).

É importante salientar que a ESF, na sua função de conduzir a reorganização da Atenção Básica dentro do SUS, se tornou imprescindível no que cerne a atenção das pessoas com transtornos mentais e seus familiares. Ela tem como pilar o trabalho organizado conforme o modelo da atenção básica e através de ações comunitárias que fomentam inclusão social dessas pessoas no ambiente onde vivem e trabalham (CORREIA; BARROS; COLVEIRO, 2011).

No intuito de oferecer um ambiente que pudesse atender de forma mais particular pessoas com transtornos mentais, foi criado em 1987, em São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), considerado um dispositivo estratégico para organizar a rede de atenção psicossocial, desde sua responsabilidade em articular todos os níveis de atenção e supervisão da atenção à saúde mental na saúde básica, sendo, assim, capaz de promover integralidade na ação da aflição psicológica, aumentando a habilidade do fluxo e dos cuidados (BARBOSA et al., 2017, tradução nossa).

O CAPS figura como um serviço estratégico para promover a desospitalização, em observância aos princípios da Reforma Psiquiátrica e com as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Cita-se que uma das principais estratégias desenvolvidas pelos CAPS para articular a rede de cuidados é a realização do apoio matricial ou matriciamento, compreendido como um novo modelo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógica-terapêutica (CHIAVERINI et al., 2011).

Vale mencionar que, no âmbito da saúde, o termo “matricial” implica na possibilidade de sugerir que profissionais de referência e especialistas mantenham uma relação horizontal, em observância às recomendações da tradição dos sistemas de saúde.

No modo de integração da saúde mental à atenção primária na realidade brasileira. Esse modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios brasileiros, nos últimos anos. O apoio matricial, que foi proposto por Gastão Wagner Campos em 1999 (CHIAVERINI et al., 2011), tem estruturado no Brasil um tipo de cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária.

Desse modo, o matriciamento em saúde mental surgiu como importante estratégia para fazer a integração da saúde mental ao cotidiano nas práticas de atenção básica, efetivando o cuidado em saúde, de modo a garantir um cuidado ampliado à saúde, por meio da interação dialógica entre os diversos saberes indispensáveis à produção de saúde (BRASIL, 2003). Assim, consiste em uma ferramenta organizacional que visa consentir suporte técnico-pedagógico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população.

Nessa perspectiva, a proposta de matriciamento em saúde mental aplicada à ESF implica na interação entre equipes especializadas (CAPS) e equipes de saúde da família, haja vista esta ser uma estratégia oficial eleita pelo Ministério da Saúde para conduzir ações de saúde mental na atenção primária (TOLUI, FORTES, 2007; PEGORARO, 2014).

Em síntese, o matriciamento é encaminhamento ao especialista, atendimento individual pelo profissional de saúde mental e intervenção psicossocial coletiva realizado apenas pelo profissional de saúde mental. Para isso, esse modelo conta com uma equipe de profissionais matriciadores em saúde mental na APS, que são Psiquiatras, Psicólogos, Terapeutas ocupacionais, Fonoaudiólogos, Assistentes sociais e Enfermeiros de saúde mental.

Ressalta-se, portanto, o apoio matricial como importante dispositivo articulador de um conjunto de estratégias fundamentais no processo de construção e de transformação da assistência em saúde mental, com resultados positivos no tocante à adesão dos usuários e familiares, bem como a redução do preconceito e estigma por parte dos profissionais, redução de surtos e envolvimento dos usuários nas atividades lúdicas realizadas pela equipe.

Na promoção dos cuidados em saúde mental destaca-se outra ferramenta considerada como grande aliada no manejo de pessoas com transtornos mentais, que é a incorporação das Medicinas Alternativas e Complementares/ Tradicionais, denominada pelo governo brasileiro de “Práticas Integrativas e Complementares (PIC)” na rede pública de saúde, que configura uma ferramenta em crescimento nas redes de atenção básica no Brasil.

As discussões sobre esse tema no Brasil se iniciaram na década de 1980, em que simultaneamente fora criado o Sistema Único de Saúde (SUS), durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que deliberou a introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde (BRASIL, 2006). Entretanto, a concretização das PIC ocorreu no ano de 2006, com a edição da Política Nacional de PIC (PNPIC), aprovada por meio de Portaria GM/MS no 971, de 3 de maio de 2006, a qual

ênfata a inserção das PIC na atenção primária à saúde (APS), contribuindo para o aumento da resolubilidade do sistema, com um cuidado continuado, humanizado e integral.

A PNPIC contempla diretrizes e responsabilidades institucionais para oferta de serviços e produtos de homeopatia, medicina tradicional chinesa/acupuntura, plantas medicinais e fitoterapia, além de constituir observatórios de medicina antroposófica e termalismo social/crenoterapia. Em março de 2017, a mesma passou a integrar 14 outras práticas a partir da publicação da Portaria GM nº 849/2017, tais como: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular, meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga, somando 19 práticas no total. Tais práticas abrangem as abordagens de cuidado e as possibilidades terapêuticas para os usuários, garantindo maiores integralidade e resolutividade da atenção à saúde (BRASIL, 2018).

Desse modo, pode-se considerar que as PIC visam ampliar as ofertas dos recursos terapêuticos supracitados no âmbito do SUS, a fim de promover a qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso, na perspectiva da prevenção de agravos, bem como na promoção e recuperação da saúde, com ênfase no cuidado contínuo, humanizado e integral em saúde.

As PIC condizem com o que a Organização Mundial de Saúde (OMS) denomina de medicina tradicional e medicina complementar/alternativa (MT/MAC) e, nesse contexto, a entidade recomenda que seja de responsabilidade dos Estados a elaboração de políticas nacionais que agregam essas práticas ao sistema oficial de saúde, com ênfase na atenção básica (CARVALHO; NÓBREGA, 2017).

Alguns dos fatores que culminaram com o crescimento da procura social pelas PIC são o reposicionamento do paciente como centro do paradigma médico; consideração na relação curador-paciente como elemento fundamental da terapêutica; busca de meios terapêuticos simples, menos dependentes de tecnologia científica dura, menos caros e, sobretudo, com igual ou maior eficácia nas situações comuns de adoecimento; e estimulação da construção de uma medicina que busca acentuar a autonomia do paciente, sendo a saúde categoria

Central, ao invés da (SANTOS; TESSER, 2012).

As PIC contemplam sistemas e recursos que buscam valorizar o acolhimento, a construção de um vínculo terapêutico, e a integração do ser humano no meio social. A relação saúde-doença é observada de maneira ampla e visa a promoção global do cuidado, estimulando, especialmente, autocuidado (SANTOS, TESSER, 2012; CARVALHO, NÓBREGA, 2017). Sob esse ponto de vista, pode-se afirmar que a inserção das PIC na atenção básica, e sua consolidação como recurso terapêutico de promoção de saúde, contribui para uma atenção à saúde mais integral.

Convém mencionar, também, que as PIC vêm crescendo com ampla expectativa de fortalecimento e consolidação, uma vez que agregam inúmeros benefícios aliados a custos relativamente baixos, somados a

promoção da saúde e da qualidade de vida, integração social, busca da autonomia, de modo a responsabilizar o indivíduo por seu tratamento, tornando-se o sujeito ativo em seu processo de saúde doença (DEUS, 2016).

As estratégias e práticas de cuidado em saúde mental variam conforme a experiência do profissional e são centradas na consulta médica, prescrição e controle da medicação. Vale reforçar o valor do cuidado contínuo, por ser elemento central para que haja uma atenção primária efetiva. Isto ocorre mediante a construção de uma relação contínua entre o profissional de saúde e o paciente, de modo que a qualidade do serviço de saúde mental na APS tem uma boa expectativa de aumentar.

Todavia é importante salientar que, embora se tem empenhado para haver uma integração dos cuidados em saúde mental à APS, isso constitui, entretanto, um desafio e representa um processo em curso que atua na contramão da lógica de segregação da loucura que perdurou por séculos (FRATESCHI; CARDOSO, 2016). As mudanças nos serviços de atenção e cuidados psicossociais têm encontrado obstáculos para superar o modelo biomédico e hospitalocêntrico no campo da saúde mental (AZEVEDO; SALVETTI; TORRES, 2017).

Apesar de haver esforços por mudanças efetivas das práticas em saúde na área da saúde mental, antigos e novos obstáculos emergem no território brasileiro. O cenário ainda reflete, entre outros fatores, a reprodução e apego às práticas manicomiais nos serviços substitutivos, ausência de diálogo eficaz entre atenção básica e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços insuficientes de Urgência/Emergência Psiquiátrica, aumento no uso e dependência de drogas, formação inadequada de profissionais, ausência de ações/programas voltados ao indivíduo com transtornos mentais enquanto infrator.

Embora as PIC sejam utilizadas por um número crescente de pessoas em todo mundo, a sua institucionalização APS cresceu em menor proporção. Possivelmente, porque a efetiva implantação de novos procedimentos técnicos nos serviços públicos está vinculada a uma política de evidências científicas restritiva, que privilegia evidências quantitativas em detrimento das qualitativas.

REFERÊNCIAS

ANGELINI, C. F. R. **O sentido construído acerca do cuidado ao portador de transtorno mental grave por uma Equipe de Saúde da Família de Araraquara-SP**. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Departamento de Medicina Social. Ribeirão Preto, SP: USP, 2007.

AZEVEDO, Dulcian M.; SALVETTI, Marina G.; TORRES, Gilson V. Qualidade da assistência em saúde mental: desenvolvimento de um instrumento de avaliação. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7, p.1685, 2017.

BARBOSA, Valquiria Farias et al. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. **J. res.: fundam. Care. Online**, v. 9, n. 3, p. 659-668, jul./set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários.** In: _____. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Portaria 971 – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006.

_____. **Programa de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.

_____. **Saúde mental: cadernos de atenção básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. **Manual de implantação de serviços de práticas integrativas e complementares no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CARVALHO, Jessica L. S.; NÓBREGA, Maria P. S. S. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 4, p. 1-9, 2017.

CHIAVERINI, Dulce H. et al. (org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CORREIA, Valmir Anchieta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 6, p.1501-1506, 2011.

DEUS, Raquel L. **Trabalhadores da atenção primária à saúde e práticas integrativas e complementares: do uso à indicação.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva; Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora: UFJF, 2016.

FRATESCHI, Mara S.; CARDOSO, Cármen L. Práticas em saúde mental na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Psico**, Porto Alegre, v. 47, n. 2, p.159-168, 2016.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

PEGORARO, Renata F. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da Estratégia da Saúde da Família. **Psicologia em Estudo** Maringá, v. 19, n. 4, p. 621-631, out. /dez., 2014.

PRINCE M. et al. No health without mental health. **Lancet**, v. 370, n. 9590, p.859-77, 2007.

SANTOS, Melissa C.; TESSER, Charles D. Um método para a implantação e promoção de acesso às Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n.11, p. 3011-3024, 2012.

SOUZA, Ândrea C.; RIVERA, Francisco Javier U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev Tempus Actas Saúde Colet**, v. 4, n. 1, p. 105-114, 2010.

STANSFELD, S.; CANDY, B. Psychosocial Work Environment and Mental Health - a Meta-Analytic Review. **Scandinavian Journal of Work Environment & Health**, v. 32, n. 6, p. 443-462, 2006.

WENCESLAU, Leandro D.; ORTEGA, Francisco. Mental health within primary health care and Global Mental Health: international perspectives and Brazilian context. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, 2015.

Capítulo 19

ASPECTOS DA SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES COM RELAÇÃO AO ENEM EM ESCOLA DA REDE PRIVADA DE ENSINO EM CUIABÁ-MT

Gabriela Cristina Silva Campos¹
Ana Cynthia dos Andrade²
Jakeline Capelli de Almeida²
Emanoelle Aparecida Souza Santos Lang²
Sabrina Ketrin Targanski³
Victor Hugo de Oliveira Henrique⁴
Edna Lopes Hardoim⁵

RESUMO

No presente estudo é abordada a questão da saúde mental em estudantes do terceiro ano do Ensino Médio em uma escola da rede privada de ensino na cidade de Cuiabá- MT. O trabalho tem como objetivo observar como e quais fatores relacionados ao Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) podem interferir na saúde mental dos discentes, além de investigar quais são as concepções desses jovens quanto aos aspectos de saúde e doença mental. O ENEM é a principal forma de avaliação que abrange todo o sistema educacional brasileiro, em decorrência deste, muitos adolescentes acabam desencadeando diversos transtornos psicológicos devido ao estresse, ansiedade e tensão gerados durante o preparo para a realização das provas. Com base nos resultados obtidos nesta pesquisa, é possível afirmar que há a necessidade de criar mecanismos que possibilitem a eliminação dos fatores que originam estes problemas durante esta etapa da vida destes jovens, possibilitando que desta maneira os danos sejam os menores possíveis, e não prevaleçam durante a vida adulta dos mesmos.

Palavras-chave: Saúde mental, estudantes, ENEM.

INTRODUÇÃO

O Ensino Médio se configura, como a etapa final de uma educação geral, afinada com a atualidade e com a conquista de competências básicas que permitam ao indivíduo inserir-se no mundo do trabalho e no locus social (MESSIAS et al., 2007).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) é extremamente aberta e trata, tanto a educação pública como a privada, com igualdade. Ambas possuem liberdade para definir seus projetos pedagógicos (BRASIL, 1996).

O papel da escola particular no ensino básico é servir de modelo, oferecendo uma melhor educação, para formar o melhor aluno, preparando-o para entrar no Ensino Superior. Enquanto seus alunos podem

¹Graduada em Ciências Biológicas (UFMT), professora da rede estadual de educação (SEDUC-MT). E-mail: gabriela.silva.campos@hotmail.com.

²Graduada em Ciências Biológicas (UFMT).

³Graduada em Ciências Biológicas (UFMT), Mestranda em Ecologia e Conservação da Biodiversidade (UFMT).

⁴Graduado em Ciências Biológicas (UFMT), Mestre em Educação (UNESP), Doutorando em Ciências Ambientais (UNEMAT), professor no Departamento de Pedagogia – UNEMAT *campus* Cáceres-MT. E-mail: hugo31_oh@hotmail.com.

⁵Professora orientadora do trabalho. Graduada em Ciências Biológicas (Universidade Gama Filho), Doutora em Ecologia e Recursos Naturais (UFSCAR), Atualmente é professora aposentada do Departamento de Ecologia e Botânica da UFMT *campus* Cuiabá – MT.

usufruir de computadores para pesquisas, salas de laboratórios para pesquisas e estudos científicos e professores qualificados. O resultado disso pode ser observado na grande desigualdade comprovada nos últimos Exames Nacionais do Ensino Médio (ENEM) realizados. A maioria dos alunos com média alta na prova estudaram ou estudam em escolas privadas, e apenas 10% dos alunos com média boa no Enem são de escolas públicas ou passaram por ela (MORENO e SOARES, 2015).

O Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) foi criado em 1998 com o objetivo de avaliar o desempenho do estudante ao fim da educação básica, buscando contribuir para a melhoria da qualidade desse nível de escolaridade. A partir de 2009 passou a ser utilizado também como mecanismo de seleção para o ingresso no ensino superior. As provas são realizadas em dois dias, tendo em torno de 5 horas de duração e 180 questões das Áreas de Conhecimento e seus Componentes Curriculares, Ciências Humanas e suas Tecnologias, Ciências da Natureza e suas Tecnologias, Linguagens, Códigos e suas Tecnologias e Redação, Tecnologias da Informação, Comunicação Matemática e suas Tecnologias (BRASIL, 2019).

A realização de avaliações desencadeia sintomas de ansiedade que comprometem negativamente o comportamento acadêmico e a autoestima. Esses sintomas podem afetar de forma significativa o desempenho intelectual e cognitivo do estudante, interferindo também no momento do vestibular. (OLIVEIRA e SANTOS, 2005; PAGGIARO e CALLAIS, 2009).

A adolescência é um período de alterações físicas e psicológicas. O jovem se depara com responsabilidades anteriormente desconhecidas, um exemplo disso é a busca por uma ocupação profissional. Nesse estágio existe a ideia de que o vestibular está diretamente relacionado com um projeto de vida e de realização profissional. (PERUZZO et al., 2008).

Em um estudo sobre alunos em transição do primeiro ao segundo ciclo do ensino básico, Pereira et al. (2005) concluiu que, em períodos de adaptação emocional e acadêmica, os jovens estão mais sujeitos a níveis elevados de estresse, sendo um fator decisivo no desempenho escolar e diretamente associado a problemas emocionais e comportamentais, avaliados pelos pais e professores.

Segundo Arnett (1999 *apud* CALAIS et al. 2003) nem todo adolescente possui sintomas de estresse, mas as chances de desenvolver são muito maiores nessa faixa etária do que em quaisquer outra, sendo que a cultura e as diferenças individuais interferem diretamente nisso. O mesmo autor salienta que a escola com suas expectativas e exigências pode também contribuir como uma fonte estressora. Nesta fase também é comum ocorrer associações dos transtornos alimentares com outros quadros psiquiátricos, tais como depressão, transtorno de humor, transtorno de ansiedade/personalidade, mesclando seus sintomas com os da condição básica e complicando ainda mais a evolução clínica do indivíduo afetado. (APPOLINÁRIO e CLAUDINO, 2000).

De acordo com Benetti e colaboradores (2007), cerca de trinta e cinco milhões de adolescentes com idade entre 10 e 19 anos foram identificados no Censo Demográfico brasileiro em 2000, realizado pelo Instituto

Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Este número dimensiona a magnitude e a importância da necessidade de maior atenção à saúde mental desta faixa etária, principalmente considerando as estimativas que mostram cerca de 20% de prevalência de transtornos mentais neste grupo.

Tendo como ponto de partida os aspectos da saúde mental de adolescentes que cursam o 3º ensino médio em uma escola da rede privada de educação em Cuiabá, procurou-se avaliar as condições da saúde mental dos discentes e verificar se o ENEM interfere nestes problemas psicossociais.

DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Esta é uma pesquisa de caráter qualitativa. A pesquisa qualitativa é traduzida por aquilo que não pode ser mensurável, pois a realidade e o sujeito são elementos indissociáveis. Assim sendo, quando se trata do sujeito, levam-se em consideração seus traços subjetivos e suas particularidades. Tais pormenores não podem ser traduzidos em números quantificáveis (LÜDKE e ANDRÉ, 1986).

A investigação ocorreu com a realização de uma entrevista com alunos do terceiro ano do ensino médio de turno integral (matutino e vespertino) de uma escola privada no município de Cuiabá – MT. Foram entrevistados ao total quatorze alunos, sendo nove do sexo feminino e cinco do sexo masculino, com faixa etária variando de 16 a 18 anos.

REULTADOS E DISCUSSÃO

Quando questionados a respeito do curso pretendido, os mais citados foram os cursos Medicina (7), Medicina Veterinária (2), Engenharia Civil (1) e Direito (1). Dois disseram estar indecisos entre dois ou mais cursos e um afirmou não saber para qual curso irá prestar vestibular.

É possível perceber que os cursos pretendidos por estes são considerados os mais concorridos Tanto nas universidades públicas que aderem ao ENEM como forma de entrada quanto as universidades particulares, este resultado é observado entre a maioria dos jovens. E de acordo com o trabalho de Anjos e Silva (2013), pode-se perceber que os resultados coincidem quando questionado a possibilidade de entrada em um curso menos concorrido, onde a nota de corte fosse inferior, garantindo a classificação, caso o desempenho não fosse suficiente para a primeira opção. A maior parte dos jovens não deseja trocar de opção de curso, afirmaram que seria melhor continuar a estudar mais um ano para depois fazer o ENEM novamente. Muitos desses jovens mantêm uma rotina rigorosa e estressante de estudos durante anos, mesmo após ter concluído o ensino médio, até que atinjam o objetivo desejado, curso tão sonhado.

Em relação a prática de exercícios físico ou atividades esportivas, nove dos entrevistados afirmaram não praticar nenhum esporte ou atividade física, ou ter parado de praticar nesse ano devido à demanda e

plano de estudos. Os demais afirmaram praticar esportes como futsal, basquete, corrida, caminhada e futebol americano.

De acordo com o trabalho de Barros (2015), a aulas de Educação Física e a realização de exercícios em escolas do ensino médio possibilitam a diminuição significativa nos níveis agudos de ansiedade e aumento dos níveis não patológicos de ansiedade. Através disso, temos que ao reservar um tempo diário para a realização de atividades físicas aos estudantes, pode-se resultar em um melhor desempenho intelectual, assim como também diminuir o estresse e ansiedade gerados nesse período.

Quanto a opinião dos estudantes a respeito do ENEM afetar sua saúde mental e emocional, doze deles afirmaram se sentir mental e emocionalmente afetados e dois afirmaram não sentir esse efeito.

O fato da maioria dos estudantes afirmarem que o ENEM afeta a saúde mental, já havia sido observado em estudos anteriores. Para D'Ávila e Soares (2003), o Exame Vestibular ou Processo Seletivo, como também é conhecido, gera conflitos, dúvidas, medo e ansiedade. Soares (2002) salienta que no ano antecedente a sua realização, o vestibulando pode sofrer vários distúrbios psicofisiológicos e até mesmo a depressão. Alves (1995) salienta que o terror psicológico contagia e vai aumentando à medida que o exame se aproxima.

No que se refere a importância e significado do ENEM para os entrevistados, as respostas foram desde uma oportunidade de fazer um curso que desejam, dar orgulho para os pais, ser uma porta de entrada para faculdades públicas renomadas, e entre outros.

Essa visão se repete no trabalho sobre as relações estabelecidas entre o ENEM e a construção do futuro, é possível notar que os estudantes reafirmaram a necessidade do exame para a consolidação do projeto de vida. Portanto, o ENEM é visto como um desafio a ser superado para que seus objetivos possam sejam alcançados. Pela possibilidade de acesso ao sistema público de educação superior, o ENEM também tem interferência nas relações econômicas, pois muito dos estudantes das escolas públicas e privadas, não tem condições financeiras de pagar os estudos numa universidade particular. Por isso, geralmente ocorre um investimento alto durante o ensino básico, como forma de facilitar a entrada em uma universidade preferencialmente pública (ANJOS & SILVA, 2013).

Os entrevistados relataram que a escola aborda o ENEM diariamente e de forma franca, muitas vezes facilitando os estudos com exercícios que são aplicados no dia da prova. Afirmam ainda que a pressão é extrema durante todo o ano letivo pois tratam dessa avaliação como etapa fundamental e definitiva da vida dos alunos.

A escola é uma instituição social e, não pode ser considerada de forma autônoma e independente da realidade histórico-social, pois "ela é parte integrante e inseparável dos demais fenômenos que compõe a totalidade social" (FRANCO, 1991 *apud* MARCELINO et al. 2009 p.547). Partindo deste pressuposto é importante analisarmos os fatores presentes no ambiente escolar que podem influenciar de maneira direta, ou

indiretamente o desempenho dos alunos durante o preparo para as provas. A pressão psicológica feita pelos professores e colegas de turma, podem ser vistas como benéficas por uns, como também malélicas por outros, podendo desta maneira influenciar de diversas formas a saúde mental destes alunos durante a preparação para o ENEM, deixando-os mais seguros e preparados ou mais nervosos e ansiosos (ANJOS & SILVA, 2013).

De acordo com este contexto de discussões, quando pensamos em graduação, logo pensamos em vestibulares, avaliações, universidades, carreiras e nessa perspectiva podemos destacar o ENEM como precursor destas possibilidades. Nos últimos anos esta avaliação ganhou grande valorização dentro do sistema educacional, ao ponto de se tornar a avaliação externa com mais representatividade tanto pelo fato de ser uma ferramenta de verificação da qualidade do ensino, mas principalmente pelo fato de possibilitar a entrada dos estudantes as universidades públicas (ANJOS & SILVA, 2013).

Quanto a cobrança com relação ao ENEM, os alunos afirmaram que esta parte deles mesmos, da família, da escola e até mesmo dos amigos. Apenas um entrevistado afirmou não se sentir cobrado.

Segundo Soares e Barros (2008), tanto pais, quanto professores e vestibulandos sofrem com a ideia do vestibular, que gera impacto em todos que com ele se envolvem. Os estudantes recebem pressão/cobrança de seus pais e professores, por desejarem que seus filhos e alunos tenham um futuro melhor, pois com um diploma de ensino superior, eles terão mais opções no mercado de trabalho.

Quando questionados sobre o uso de drogas ilícitas, apenas um afirmou o uso de substância psicoativa, dois alunos relataram o uso da medicação Ritalina e Fluorexitina e um o uso de álcool, enquanto o restante dos alunos afirmaram não utilizar nenhum tipo de substância. Segundo Pratta e Santos (2007), afirmam que um dos fatores que levam ao uso de substâncias psicoativas como o Álcool as Drogas lícitas ou Ilícitas é a falta de relacionamento familiar de qualidade muito comum nessa fase da vida, já que a pressão relatada pelos alunos anteriormente pode alterar suas relações sociais.

Dentre entrevistados apenas dois alunos não realizaram a prova do ENEM, enquanto os outros doze declararam sintomas de estresse, ansiedade, aflição, tristeza e desespero durante a realização do exame, sendo que um deles afirmou ter alergia nesse período. Esses dados confirmam os estudos de Peruzzo e colaboradores (2008), que constatou uma alta taxa de pré-vestibulandos com sintomas de esgotamento. A maioria dos entrevistados apresentaram manifestações psicológicas de estresse, evidenciando que essa etapa tem como consequência maior desconforto emocional do que físico. Quando questionados sobre o sentimento em relação a essa fase, as respostas foram: “ansiedade”, “medo”, “insegurança” e “aflição”. Aqueles que expressaram sintomas físicos relataram dores de cabeça e no corpo, problemas digestivos, aumento de peso e problemas relacionados à pele.

Em relação ao que pode ser feito para minimizar os efeitos do ENEM na saúde mental dos estudantes, foi possível perceber que a maioria sente falta de momentos de lazer, como esporte, oficinas de recreações,

palestras, dia de chinelo na escola até concurso de piadas, sendo que, três alunos propuseram acompanhamento psicológico nesse período.

É interessante correlacionar esses dados com as respostas dos alunos quando perguntados sobre o que entendiam por “bem-estar”, os entrevistados citaram palavras como tranquilidade, conforto, ouvir música, prazer e felicidade, sendo que quando questionados sobre o que seria “saúde mental” mencionaram paz, tranquilidade, paciência, descanso, despreocupação, entre outras que remetem aos possíveis efeitos do momento de lazer solicitados por eles.

Podemos comparar esse resultado ao de Silva e colaboradores (2012), que associa a prática de atividades físicas a regulações motivacionais em jovens brasileiros e a Rocha et al. (2006), que aconselha acompanhamento psicológico ao aluno em períodos pré-vestibular, visando o bem-estar do ser humano.

Quanto ao que acreditavam ser características de alguma doença ou transtorno mental os entrevistados elencaram diversos sintomas listados de acordo com o número de citações no Quadro 1. As palavras mais citadas corroboram com Marchetti et al. (2005), que estuda os transtornos psicológicos que mais acometem a fase da adolescência, a depressão e o transtorno de ansiedade são os mais comuns nesse período crítico de desenvolvimento do indivíduo, assim como sentimentos recorrentes de tristeza, irritabilidade e agressividade injustificada.

Quadro 1: Características de doença ou transtorno mental de acordo com os entrevistados

Características de doença ou transtorno mental de acordo com os entrevistados	Nº de citações
Ansiedade	3
Depressão	3
Nervosismo	3
Estresse	2
Loucura	2
Medo	2
Ouvir vozes	2
Alucinações	1
Bipolaridade	1
Brincar sozinho	1

Chorar muito	1
Conversar sozinho	1
Desespero	1
Dificuldade em assimilar as coisas	1
Esquizofrenia	1
Estar sempre infeliz	1
Estudar toda hora	1
Falta de apetite	1
Falta de concentração	1
Falta de foco	1
Ficar louco	1
Infelicidade	1
Insônia	1
Não conseguir se relacionar com as pessoas	1
Obsessão por algo	1
Sentir-se mal	1
Sequelas de acidentes	1
Ter pesadelos	1
Tique nervoso	1
Transtorno alimentar	1
Trauma	1
Tremores no corpo	1
Ver coisas	1

Fonte: Elaborado pelos autores

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ENEM é a principal forma de avaliação que abrange todo o sistema educacional brasileiro, em decorrência deste, muitos adolescentes acabam desencadeando diversos transtornos psicológicos devido ao estresse, ansiedade e tensão gerados durante o preparo para a realização das provas. Em virtude do que foi apresentado neste trabalho, percebemos que o ENEM tem grande importância para a vida dos entrevistados, tamanha importância por vezes tem desencadeado problemas a saúde mental dos jovens brasileiros.

Tendo em vista que a cada ano o número de participação de estudantes no ENEM vem aumentando consideravelmente, pode-se presumir que os possíveis impactos nas escolas e na saúde dos estudantes sejam cada vez maiores e que por esse motivo é imprescindível trabalhos que tenham como objetivo amenizar esses impactos. Deve-se destacar também, a necessidade da produção de pesquisas científicas voltadas a saúde mental de jovens e adolescentes, uma vez que é nesta fase do desenvolvimento que surgem os diversos transtornos psicossociais citados neste trabalho. Há a necessidade de criar mecanismos que possibilitem a eliminação dos fatores que originam estes problemas durante esta etapa da vida destes jovens, possibilitando que desta maneira os danos sejam os menores possíveis, e não prevaleçam durante a vida adulta dos mesmos. É necessário refletir, analisar e buscar informações sobre as melhores abordagens educacionais, políticas e sociais que possam ser desenvolvidas para atingir o equilíbrio entre saúde, educação e bem-estar. Portanto, compreender e analisar o impacto que o ENEM causa neste percurso entre a saída do ensino médio e a realização do exame que é considerado por muitos como o seu “futuro”, torna-se de extrema importância.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. O fim dos vestibulares. Folha de São Paulo, 1995.

ANJOS, T. R.; SILVA, D. V. C. Influências do ENEM na construção do projeto de vida de jovens de cursinho pré-universitário: reflexões preliminares. In: Anais...VII Colóquio Internacional Educação e Contemporaneidade São Cristovam – SE, 19 a 21 de Setembro de 2013.

BARROS, J. A. O. Conhecimento sobre o corpo e treinamento intervalado de alta intensidade: possibilidade de intervenção pedagógica para redução dos níveis de ansiedade em escolares do ensino médio. Monografia. Universidade Federal de Rio Grande do Norte, Natal – RN, 2015.

BENETTI, S. P da C.; RAMIRES, V. R. R.; SCHNEIDER, A. C.; RODRIGUES, A. P. G.; TREMARIN, D. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. Cad. Saúde Pública. vol.23 nº.6 Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Histórico do ENEM. Disponível em: < <http://inep.gov.br/enem/historico>> Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

BRASIL. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, Lei Nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Disponível em: < <http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

CALAIS, S. L.; ANDRADE, L. M. B.; LIPP, M. E. N. Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de Stress em adultos jovens. *Psicol. Reflex. Crit.* vol.16, n.2, pp.257-263. 2003.

D 'AVILA, G. T.; SOARES D. H. P. Vestibular: fatores geradores de ansiedade na “cena da prova”. *Rev. bras. orientac. prof* v.4 n.1-2 São Paulo dez. 2003.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. A. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MARCELINO, M. Q. S; CATAO, M. F. F. M.; LIMA, C. M. P. Representações sociais do projeto de vida entre adolescentes no ensino médio. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 29, n. 3, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000300009&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

MARCHETTI, R. L. CASTRO, A. P. W.; KURCGANT, D.; CREMONESE, E.; NETO, J. G. Transtornos mentais associados à epilepsia. *Rev. psiquiatr. clín.* vol. 32 n.3 São Paulo May/June 2005.

MESSIAS, T. H; ANJOS, M. F. e ROSITO, M. M. B. Bioética e educação no ensino médio. *Revista Bioethikos.* 1(2):96-102, 2007. Disponível em: < https://saocamilosp.br/assets/artigo/bioethikos/57/bioetica_e_educacao_no_ensino_medio.pdf>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

MORENO, A. C.; SOARES, W. Escolas públicas são menos de 10% entre as mil com maior nota no Enem. G1, São Paulo, 05/08/2015 14h22 - Atualizado em 05/08/2015 18h05. Disponível em: < <http://g1.globo.com/educacao/noticia/2015/08/escolas-publicas-sao-menos-de-10-entre-mil-com-maior-nota-no-enem.html>>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

OLIVEIRA, K. L.; SANTOS, A. A. A. Compreensão em leitura e avaliação da aprendizagem em universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 18(1), 118-124, 2005.

PAGGIARO, P. B. S.; CALAIS, S. L. Estresse e escolha profissional: um difícil problema para alunos de curso pré-vestibular. *Contextos clínicos*, 2(2), 97-105. 2009.

PEREIRA, A. I. F.; PEREIRA, P. P.; CANAVARRO, J. M.; CANAVARRO, M. C.; MENDONÇA, D. Stress escolar e ajustamento emocional e acadêmico na transição de escolas do 1º para o 2º ciclo. In: *Anais...VIII Congresso Galaico Português de PsicoPedagogia.* Universidade do Minho. 2005.

PERUZZO, A. S.; CATTANI, B. C.; GUIMARÃES, E. R.; BOECHAT, L. C.; ARGIMON, I. I. L.; SCARPARO, H. B. K. Estresse e vestibular como desencadeadores de somatizações em adolescentes e adultos jovens. *Psicol.Argum.* 26(55), 319-327. 2008.

ROCHA, R. H. T., RIBEIRO, C. E. J., PEREIRA, A. G., AVEIRO, C. C., SILVA, A. C. L. Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. *PsicoUSF.* Itatiba, v. 11, n. 1, p. 95-102, jun. 2006.

SILVA R. B.; MATIAS T. S.; VIANA, M. S.; ANDRADE, A. Relação da prática de exercícios físicos e fatores associados às regulações motivacionais de adolescentes brasileiros. *Motricidade.* vol. 8, n. 2, pp. 8-21. 2012.

SOARES, D. H. P. Como trabalhar a ansiedade e o estresse frente ao vestibular. Porto Alegre, RS: ArtMed. 2002.

SOARES, N. M. e BARROS, T. C. Assinale a alternativa correta: o discurso sobre o vestibular – expectativas e desafios em múltiplas perspectivas. Revista Eletrônica de Letras. V. 1, nº. 1. 2008. Disponível em: < <http://periodicos.unifacef.com.br/index.php/rel/article/view/371> > Acesso em: 10 de fevereiro de 2020.

Capítulo 20

FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS: ENTRE CUIDADOS E SOBRECARGAS

Sara Cristina Prates da Cruz¹
Perpétua Albuquerque Dutra²

RESUMO

O trabalho apresentado aborda o tema família e participação junto ao tratamento de pacientes psiquiátrico atendidos pelo Centro de Atenção Psicossocial- CAPS-II: entre cuidados e sobrecargas. Configura-se como objeto deste estudo as dificuldades das famílias em aderir o tratamento, como parte complementar da recuperação de pacientes com esquizofrenia. Para tanto a metodologia constitui em pesquisa qualitativa, que implicou a elaboração de roteiro de entrevista semi-estruturada, aplicado aos familiares dos esquizofrênicos que fazem tratamento no CAPS-II. Os resultados apontam para as dificuldades enfrentadas pelos (as) cuidador (as) de pessoas acometidas de esquizofrenia tais como: sentimento de culpa, vergonha, tristeza, angustia dentre outros. Concluímos que apesar das dificuldades enfrentadas pela família os resultados finais apontam para um avanço significativo, vista a disponibilidade de serviços substitutivos como o CAPS. Entre os maiores avanços pontuados pelos entrevistados está à diminuição das internações. Entretanto, essas famílias demonstraram uma sobrecarga decorrente do cuidado e das mudanças ocorridas no cotidiano. Assim considera-se que a maior dificuldade para a adesão ao tratamento está relacionada à sobrecarga de trabalho e responsabilidade do cuidador (a).

Palavras-Chave: Família. Sobrecarga. Reforma Psiquiátrica. CAPS II.

01- INTRODUÇÃO

Após o processo de reforma psiquiátrica, viu-se a necessidade de integrar a família ao tratamento da pessoa com transtornos mentais sendo importante ressaltar que a inserção da família como parte do tratamento aos pacientes psiquiátricos, é recente, tendo em vista que a implantação de serviços substitutivos só foi possível a partir da década de 1970 com o movimento de Reforma Psiquiátrica, momento em que observou-se as primeiras iniciativas para que o tratamento passasse a ser realizado fora do ambiente hospitalar (Pereira,Pereira 2010).

Já que até o século XIX o cuidado direcionado a pessoa acometida de transtornos mentais era realizado apenas pelos manicômios e não havia uma preocupação em integrar a família e usuário no tratamento, sendo a partir do processo de reforma psiquiátrica que se tem subsídios para inserir a família no contexto do tratamento. (PEREIRA, 2010).

Neste sentido o autor tem uma percepção de que a forma como o tratamento era realizado anteriormente ao processo de Reforma Psiquiátrica era extremamente desumano, já que as pessoas com

¹ Graduada em Bacharel em Serviço Social pela UEPR. E-mail: sarassocial2011@hotmail.com.

² Prof^o. Mestra em Educação Perpétua Albuquerque Dutra. Instituição de ensino Libera Limes/ UNIASSELVI.

transtornos mentais eram internadas em manicômios e ficavam expostas a maus tratos e a família e a sociedade ficavam as margem do tratamento (PEREIRA, 2010).

Sendo assim ainda de acordo com Pereira (2010) o processo de Reforma Psiquiátrica representou um grande avanço na reformulação do atual modelo de assistência em saúde mental em regime aberto, ou seja, fora os hospitais psiquiátricos preconizando um ganho terapêutico a pessoa com transtorno mental, pois direciona sua prática a atender as necessidades de relacionamento dessa parcela da população que convive com o sofrimento psíquico, levando em consideração a importância de estar inserindo a família no tratamento e fornecendo subsídios para essa inserção social. (PEREIRA, *apud* EVARISTO 2000).

Reforçando essa idéia de que a implantação de novos equipamentos de atendimento vinculados à inserção da família no tratamento é primordial para a recuperação de pessoas acometidas de transtornos mentais. As autoras Schrank; Kantorski (2010) assim descrevem:

A família do portador de transtorno psíquico é um elemento fundamental no cuidado, podendo colaborar positivamente para o crescimento e/ou interferir negativamente na saúde de todos. Para garantir a manutenção do portador de transtorno psíquico no domicílio, recebendo cuidados familiares, os profissionais devem trabalhar com a família buscando desenvolver uma relação de ensino/ educação, para que a mesma possa compartilhar seus anseios, suas dúvidas quanto à medicação, quanto ao manejo, e sentir-se segura para receber e cuidar, novamente, do seu familiar. (SCHRANK, KANTORSKI 2010).

Sendo assim, as novas práticas terapêuticas devem desenvolver ações que envolvam a família no tratamento, pois existe a necessidade de conhecimento por parte da família a respeito do que seja o transtorno mental, para que assim possam lidar com as mudanças ocasionadas pelos sintomas da doença, facilitando o enfrentamento dessa realidade, já que a família se sente mais segurança e tem seu sofrimento reduzido (NAVARINE; HIRDES, 2008, p, 681).

Neste aspecto é possível evidenciarmos que a implantação dos serviços substitutivos como CAPS, NAPS e hospitais dias visam possibilitar a família um convívio mais saudável com seu familiar adoecido, pois os grupos terapêuticos possibilitam uma troca de experiências que contribui para o aprendizado da família em como lidar com seu familiar com transtornos mentais ensinando as mesmas a respeitarem e aceitarem as limitações físicas e mentais de cada um. (SCHRANK E KANTORSKI, 2010).

Concomitantemente as autoras Navarini; Hirdes (2008) descrevem que frente a esse cenário de transformações na atenção em saúde mental, que vem cada vez mais buscando mecanismos de inserir a família no tratamento, é necessário abordar a importância da família no tratamento da pessoa acometida de transtornos mentais, levando em consideração que há uma série de encargos que dificultam essa inclusão no tratamento.

Sendo assim, a presença de uma pessoa acometida de transtornos mentais produz rebatimento em toda a família como escassez de tempo livre, dificuldades econômicas, sentimento de culpa, de vergonha, há

desorientação por parte da família em relação a como lidar com seu familiar acometido de transtornos mentais. O que acaba por dificultar a inserção da família no tratamento, já que a presença de um familiar adoecido em casa produz uma sobrecarga (NAVARINE, 2008).

Diante do contexto apresentado foi despertado o interesse de estar realizando um estudo a respeito desses usuários e suas respectivas famílias. Sendo esta a família o primeiro núcleo social de convívio, onde o indivíduo começa a desenvolver seu potencial e sua saúde mental. Porém, quando um familiar já está acometido pelo transtorno mental, ela deve ajudá-lo a sentir-se responsável pelo tratamento, pois a família é o elo fundamental entre o usuário, o serviço de saúde e a comunidade.

Frente ao exposto realizamos um levantamento sobre os principais encargos enfrentados por familiares cuidadores de pessoas acometidas de transtorno mental e as possibilidades de avanço nos serviços substitutivos, visando identificar os fatores que dificultam o cuidado a pessoa com transtorno mental. .

Para tanto o presente trabalho se constitui de metodologia semi-estruturada com aplicação de questionário. O universo da pesquisa foi composto de aproximadamente 268 usuários com transtornos mentais. Entretanto o número elevado de usuários levou a utilização de alguns critérios que envolveram: famílias de pacientes esquizofrênicos, por ser a maioria entre os usuários do CAPS-II e por serem os usuários que frequentam assiduamente as atividades terapêuticas, o que facilitou o contato e aproximação com os sujeitos aqui pesquisados.

Em um primeiro momento foi feito contato prévio com as famílias para agendar as entrevistas. Entre os 50 cadastros atualmente existentes no CAPS, referente à pessoa com esquizofrenia, delimitou-se uma amostra de 30 famílias, pois por falta de atualização nos prontuários não foi possível entrar em contato com todas as famílias. Apesar de terem sido realizados 30 contatos telefônicos para agendar as entrevistas, apenas 07 famílias compareceram, os demais alegaram não terem disponibilidade, além dos que agendaram e não compareceram no dia marcado para entrevista.

Trata-se de um estudo exploratório descrito através das entrevistas realizadas com os cuidadores dos usuários dos serviços do CAPS-II no interior do estado do Paraná, como um conjunto de referências bibliográficas relacionadas às principais falas dos entrevistados (as) onde evidenciou a existência de uma sobrecarga familiar a partir da inserção no tratamento.

A etapa seguinte constituiu-se na classificação dos dados mais relevantes para a pesquisa a partir da fala dos sujeitos envolvidos. A análise final permitiu o levantamento de propostas para avançar o atendimento nos serviços alternativos.

Ressalta-se que nas falas selecionadas os familiares encontram-se identificados apenas pela inicial, assegurando, assim, o anonimato de cada sujeito entrevistado. Os entrevistados estão devidamente cientes da finalidade desta pesquisa e consentiram a elaboração deste trabalho que respeitou os aspectos éticos de cada usuário.

02- A FAMÍLIA FRENTE AO ATENDIMENTO NOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS.

O atendimento as pessoas com transtorno psiquiátrico no Brasil a partir do século XIX é demarcado pela presença de hospícios, que associado a uma perspectiva higienistas utilizava se de um tratamento excludente, em que a pessoa com transtornos mentais sofriam maus tratos como: isolamento, choque elétrico, alta dosagem de medicamentos. Contrapondo a esse modelo tratamento se têm a Reforma Psiquiátrica que pauta um novo tipo de tratamento as pessoas com transtorno mental. (ROSA, 2003).

Entretanto ressalta-se que os hospitais psiquiátricos continuam a existir, de modo a integrar o histórico do paciente psiquiátrico ao longo do desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, como a esquizofrenia. Embora a Reforma Psiquiátrica tenha sua emergência no final dos anos 70, os serviços alternativos como o CAPS foram sendo implantadas gradativamente, ou seja, ainda nos dias atuais as internações fazem parte do contexto de tratamento da pessoa acometida de transtornos mentais, porém de forma mais humanizadas.

Porém por ser tratar de algo recente as entrevistas demonstram que parte do publico atendido pelos serviços alternativos já passaram por internações o que gerou um sofrimento em toda a família que acredita que a implantação dos CAPS possibilita uma melhora significativa no tratamento, visto que o familiar pode realizar o tratamento durante o dia e retornar para casa a noite. Nas falas a seguir fica claro o sentimento de tristeza, desgosto, inconformismo ao depararem com a situação de internação de pessoas próximas como esposo, filho e cunhados.

Ah! foi assim um distúrbio até pra nós, porque é, a gente fica muito chocada né, a filha internada lá, naquele lugar lá né [...]Ah! Tristeza, desgosto. (Mãe 66 nos- E).

A gente fica meio constrangida assim ao mesmo tempo em que você vê que ta ajudando você se sente também triste por saber o lugar que a pessoa tá né [...] E a pessoa achar que a culpa é sua dela ta ali. (Cunhada45 anos-F).

Ah foi muito triste né, ficar isolado num lugar assim [Hospital psiquiátrico] [grifo das autoras]. (esposa 45 anos-G).

Eu senti muita tristeza, muita dor por dentro porque eu amo muito meus filhos. (Mãe 53 anos-C).

Ah! Deus me livre... no começo né, é um pesadelo, um transtorno pra família. Como foi ruim meu Deus do céu eu não aceitava, eu brigava até com Deus. (Mãe 59 anos- D).

[...] Eu não aceitava que meu filho tivesse esse problema como ele tem porque é horrível saber isso e ter que aceitar hoje eu aceito, mas no começo foi muito difícil quando eu tirei ele do hospital eu não aceitei. Agora não a gente vai aprendendo a conviver com a pessoa e com o problema (mãe 39 anos- A).

As falas acima possibilitam identificar os sentimentos de tristeza, angústia, culpa medo, desespero e constrangimento que as famílias demonstraram frente à experiência de conviver com seu familiar internado. Existe um pensamento central em todas as narrativas: a ideia de que o transtorno mental e a internação em si

é um processo penoso para quem vivência a doença, e não menos difícil para a família que convive no cotidiano com essa situação.

Neste sentido as autoras Navarine; Hirdes (2008) ressaltam em sua obra que a família se sente sobrecarregada ao ter que acompanhar seu familiar adoecido no tratamento ou até mesmo por ter que desempenhar o papel de cuidador dessa família nos momentos de crise o que acaba comprometendo tanto a saúde física como psicológica dos demais membros da família. Sendo assim apesar da família considerar a internação como processo penoso nesse período o que se tem é uma diminuição da sobrecarga familiar

No entanto apenas uma das entrevistadas relatou que o período de internação era o único momento em que ela podia descansar, porém a mesma acredita que essa fase é muito difícil para a família.

Era a época que eu descansei eu ficava assim eu tinha que ir lá em Jandaia toda semana visitar ele, que eu ia levar as coisas pra ele, assim ter que viajar, que nem eu pegava a amarelinha seis horas e chegava oito horas da noite em casa, o dia todo pra ir e voltar. Então, mais daí assim eu dormia tranquila, descansava porque se eu ficasse com ele daquele jeito que ele tava em casa porque eu também ia ter que vim pra cá é difícil, não é fácil não. Só quem passa é que sabe como é complicado a situação quem tem um filho com esse problema (Mãe 56 anos- B).

De acordo com as falas analisadas o fato de apenas uma das entrevistadas ter relatado que o período de internação era o único momento em que ela se sentia aliviada pode associa-se a um dever moral da mulher, que é apresentada com a figura materna, tendo como um dos principais papéis o cuidado, principalmente em relação aos filhos, sendo evidente que as mulheres são as principais responsáveis pelo cuidado do familiar adoecido.

Rosa (2002) descreve em sua obra que é importante levar em consideração que majoritariamente os cuidados direcionados a pessoa com transtornos mentais são realizados por mulheres, pois geralmente é a mãe, irmã, cunhada que assume a responsabilidade de cuidar da pessoa com transtornos mentais. Sendo assim essas mulheres abrem mão de seus próprios interesses para desempenhar o papel de cuidadora do familiar adoecido.

A partir das falas dos familiares de pacientes com transtorno psiquiátrico, constata-se que a convivência junto à pessoa com esquizofrenia é bastante penosa, principalmente em momentos de surtos. Com a emergência dos CAPS, associado ao processo da Reforma Psiquiátrica constata-se que uma dos principais avanços mencionados pelos familiares destina-se a diminuição do número de internações. Entretanto muitos são os desafios quanto aos esclarecimentos sobre a doença e viabilização de estratégias para mobilização da família, em grande parte a mulher no cuidado com o paciente.

2.1- CAPS E A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO.

Em todos os depoimentos coletados as famílias relataram que a implantação do CAPS-II foi algo positivo que possibilitou um acompanhamento sistemático de seu familiar, entretanto com o novo modelo de atendimento pós reforma psiquiátrica foi possível identificar nas falas as seguir o quanto é desgastante para a família conviver com o sofrimento psíquico de seu familiar acometido de esquizofrenia.

Fato que implica uma série de encargos entre outros, o financeiro, pois os pacientes psiquiátricos quando recebem algum recurso é oriundo do Benefício de Prestação Continuada BPC, considerado um ganho insuficiente frente às necessidades da pessoa cuidada. Aliado a essa dificuldade, a mulher que muitas vezes trabalhava fora do ambiente doméstico, obtendo recursos que auxiliavam nas despesas da casa, em grande parte deixam suas atividades profissionais para se dedicarem ao cuidado junto a filhos, maridos ou companheiros.

Destaca-se ainda que os rebatimentos, associados às mudanças no ambiente familiar e na vida da mulher não relaciona não são reconhecidas ainda como medidas de políticas públicas. No momento atual a política de previdência social paga aos segurados em situação de auxílio doença o equivalente a 25% do salário de origem ao cuidador.

No entanto trata-se de um benefício restritos aqueles que pagam à previdência social. Realidade distante dos pacientes atendidos no CAPS, que devido à baixa remuneração e a informalidade dos contratos de trabalho se veem limitados a contribuir de modo regular com a previdência social. Frente as dificuldade de subsistência da família, aliada a fragmentação e pontualidade das políticas públicas, muitas vezes a expectativa que resta é a ajuda e compaixão de instituições de caridade de pessoas próximas caridosas e de parentes. É o que pode ser observado na fala abaixo:

Mudou praticamente tudo a nossa rotina mudou porque ele trabalhava antes, hoje ele já não trabalha e ele não consegue mais trabalhar, e eu também sempre trabalhei e agora não posso trabalha [...] Ninguém da família ajuda quando a gente passa alguma necessidade à igreja ajuda (Mãe 39 anos- A).

Tiramos às vezes da boca pra dar pra ela, pra ela compra remédio, pra ajudar eles na casa. Porque o que ela ganha é muito pouco né. (Mãe 66 anos G).

É difícil pra gente não sobra dinheiro nem pra compra uma roupa, ainda bem que a gente sempre ganha. Ah! a não vejo à hora de volta a trabalha, mas não posso deixa ele sozinho (Mãe, 39 anos-A).

Quando analisamos a questão dos encargos acarretados pela presença de uma pessoa com transtorno mental na família isso acaba produzindo um impacto em toda a família, pois os familiares ficam sobrecarregados, pois além da preocupação em suprir as necessidades financeiras do lar e do tratamento, os demais integrantes da família acabam sofrendo privações, em decorrência do orçamento rígido e controlado.

Navarini; Hirdes (2008) relatam que os familiares ficam sobrecarregados por diferentes funções que executam ao cuidar de seu familiar com transtorno mental. Sobrecarga essa sentida não somente nos aspectos emocional e físico, mais que também se pode ver refletida economicamente, já que ocasionam uma dependência da família. Além de limitar o acesso do cuidador no mercado de trabalho, devido às restrições de horários disponíveis, esse tempo também tem que ser dividido em alguns casos entre levar e buscar o familiar para o tratamento.

Outro fator analisado durante as entrevistas foi que um dos motivos que dificultam a inserção dos usuários do CAPS-II no mercado de trabalho se dá devido ao uso contínuo de medicamentos que causam efeitos colaterais como a sonolência em conjunto com alterações do comportamento comprometendo assim o seu desempenho. Como percebe na fala a seguir:

Ele dorme todo dia até as três horas da tarde né, ele dorme a noite, ele toma remédio né, bastante. Então ele não faz nada, é assim come e dorme. Tem hora que ele fala umas bobagens, fala que não é feliz que não queria vive, porque não morre (Mãe 56-B).

Quanto ao sofrimento psíquico o cuidar acaba se tornando muitas vezes difícil, seja por falta de apoio dos demais membros da família, seja pela dificuldade que essa pessoa com transtorno acarreta para o cuidador, pois a família se constitui num sistema informal de cuidado, zelo, preocupação, que muitas vezes é repassado para apenas um familiar. Sendo este familiar constituído basicamente por mulheres (mãe, esposas, cunhada). Sobrecargas essas visíveis nas falas a seguir:

O que mudou foi que [...] eu não posso sair assim num período meio longo, principalmente à noite pra deixar ele sozinho. (Mãe 56 anos- C). Na minha casa a mudança que teve foi da gente né, antes eu e meu marido saia, agora já não da mais né, porque a gente não pode deixa ela sozinha. [...] Eu não saio né, não saio com meu marido, nós não tem aquele lazer mais que tinha antes. (Cunhada 45 anos-F).

Também foi possível constatar na fala de uma das mães a dificuldade de relacionamento existente no ciclo de convivência social, já que os usuários do CAPS-II possuem certa dificuldade em se relacionar com outras pessoas fora do convívio familiar o que proporciona um sentimento de angústia na família que muitas vezes gostaria de ver seu familiar casado, mas como a própria mãe relata ninguém tem paciência em lidar com um esquizofrênico como fica claro na fala a seguir:

Ele fala que quer casar, nunca namorou, nem nada, mais eu sei que ninguém agüenta. Só eu aguento por que sou obrigada, se não fosse. Por que é mãe, se não for, não aguenta não vai embora, deixa tudo aí e parti no mundo. (Mãe 56 anos-B).

Essa sobrecarga acaba levando o familiar a um desgaste físico e emocional ocasionado pela convivência com a pessoa com transtorno mental, ou seja, o familiar acaba se privando de sua própria vida para prestar um cuidado adequado (NAVARINE; HIRDES, 2008).

Cuidado esse que implica em tomar para si a responsabilidade do tratamento, tendo que deixar o seu próprio local de origem e mudar-se para outra cidade em que se tenha um serviço substitutivo para que seu familiar com transtorno mental possa se tratar. A família, portanto, desenvolve estratégias peculiares para cuidar do seu familiar mesmo não sendo fácil lidar com a esquizofrenia.

Há foi difícil né pra família toda, não fui só eu que sofri a mãe dele, tudo mundo né. A gente morava no Mato-Grosso veio pra cá, larguei tudo o que tinha lá pra acompanhar ele, tinha casa, até as minhas coisas, tudo, tudo, tudo. (Esposa 45 anos-G).

Portanto frente a esse contexto de inserção da família no tratamento de seu familiar adoecido, inserção essa que trás consigo uma série de encargos, é necessário que a família encontre na instituição o apoio necessário para lidar com essa situação. No entanto, muito ainda tem que se fazer para que haja essa integração entre a família e a equipe do CAPS-II, fazendo-se necessárias propostas para avançar esse atendimento prestado do CAPS-II como será abordada no eixo a seguir.

2.2- PROPOSTAS PARA AVANÇAR O ATENDIMENTO NO CAPS-II.

De acordo com as falas foi possível constatar o reconhecimento do CAPS como uma instituição de tratamento e de alívio do sofrimento do paciente, uma vez que há o acompanhamento sistemático o que diminui os surtos. Durante as entrevistas a maioria dos entrevistados acreditam que não haja a necessidade de mudar nada no atendimento ofertado no CAPS visto que os serviços substitutivos vão de encontro com o que propõe a reforma psiquiátrica ofertando um atendimento de qualidade.

Pra mim ta bom assim. (Mãe 56 anos B).

Olha pelo que eu pude observar pra mim ta bom. (Mãe 56 anos C).

Acho que não precisa melhora porque ele também fala que é bom e que gosta de fica aqui. (Mãe 59 anos D).

Eu acho que tá até sobrando, tão tratando demais, ta muito bom mesmo. Não tem nada pra fala, ixi ta muito bom foi uma sorte, foi Deus que mandou isso aqui. (Mãe 66 anos E).

Não! Aqui pra mim, não sei pros outros, mais foi ótimo o medicamento, ele faz as coisinhas aqui e leva [artesanatos]. (Esposa 45 anos G).

Apenas uma das entrevistadas fez uma sugestão para melhorar o atendimento, cuja preocupação associa-se com a dificuldade em garantir direitos à saúde a uma paciente psiquiátrica, em que ações simples como tomar vacina, ou a Unidade Básica de Saúde apresenta-se como atividades de grande dificuldade. Há assim a necessidade de um trabalho em rede dos CAPS-II com as UBS Unidades Básicas de Saúde a fim de facilitar o encaminhamento dos usuários ao tratamento dentário. Segue fala da entrevistada:

Uma coisa que eu acho dificuldade é de tá levando ela no dentista. Aí eu até pensei poxa podia ter um consultório dentário dentro do CAPS-II pelo menos ela já tava aqui no tratamento, já fazia pra ela tomar vacina foi o maior caus pra levar ela no postinho. Ela nunca tomou vacina na vida dela, ela veio tomar agora todas, e a anti gripal também, agora tem mais duas pra aplicar. (Cunhada 45 anos F).

A fala acima evidencia a falta de repasse de informação da equipe técnica do CAPS-II em relação ao serviço oferecido para seu familiar adoecido. Sendo assim as famílias não tem conhecimento de que os CAPS são serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos não tendo como proposta proporcionar um atendimento ofertado nas Unidades Básicas de Saúde, já que trata de um serviço especializado no atendimento a saúde mental.

Nesse sentido para melhoria do tratamento é necessário uma capacitação por partes da equipe técnica do CAPS-II a fim de que os mesmos possam desenvolver um trabalho de publicização do que seja o CAPS-II e de mecanismos que possam mobilizar as famílias para propor estratégias de viabilizar acessos condizentes com as necessidades das cuidadoras como aquelas associadas ao desonerar de sobrecargas no cuidado com o paciente psiquiátrico.

O que aponta para a necessidade de que os CAPS-II desempenhem um papel estratégico de articulação com a rede não só de saúde como assistência, desenvolvendo assim um trabalho em conjunto com as Unidades Básicas de saúde e demais instituições públicas, visando assim garantir um tratamento de qualidade aos usuários do CAPS-II bem como possibilitar a criação de mecanismos que favoreçam o acesso a consultas tanto com dentistas como demais profissionais que não compõe a equipe técnica do CAPS-II.

É necessário uma pratica institucional que busque junto ao município e a comunidade a viabilização ao acesso a determinados direitos, como o passe livre que facilita o usuário participar do tratamento no CAPS-II. A instituição deve ter compromisso com a garantia do acesso ao serviço de qualidade buscando meios de consolidação dos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica conforme impresso na Lei nº 8.080 que garante a saúde como um direito de todos visando a Integralidade da assistência desenvolvendo um trabalho articulado com a rede, Universalidade do acesso para toda a população, Equidade no tratamento garantido a toda a população atendimento sem distinção de classe social levando em consideração a complexidade de cada caso e realizando Participação popular por meio da democratização do conhecimento no processo saúde doença.

Sendo assim ainda há muito a ser feito para a garantia de um serviço de atendimento de alta qualidade, que dê um aparato maior às famílias e possibilite a esse usuário dos serviços de saúde mental o acesso à vida social para que ele possa ser inserido na sociedade como cidadão comum que trabalha e paga seus impostos.

03- CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O presente trabalho ao ter se proposto a estudar as dificuldades de inserção da família como parte do tratamento de pacientes psiquiátricos apontou que o CAPS II de Paranavaí é reconhecido e valorizado como um espaço de tratamento destinado aos pacientes. Uma vez que possibilita equipe técnica qualificada como médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais que ao exercer um trabalho junto ao paciente em muito contribui para melhoras sucessivas e assim evitar possíveis surtos e internações.

Foi possível evidenciar na análise realizada que as famílias dos pacientes do CAPS-II sempre recorriam às internações por não terem outra opção de tratamento no momento de crise. E com o novo modelo, relacionado aos serviços substitutivos de atendimento, essa internação não deixou de acontecer, mais se pode verificar uma diminuição do número de reincidência hospitalar.

A partir do surgimento dos serviços do CAPS, fica evidente uma melhora na vida do usuário em se tratando de sua medicação, que atua controlando os estados de crises. Entretanto no que se refere à família como parte desse novo modelo de atendimento, ainda a muito a avançar.

Fato que relaciona-se as dificuldades financeiras advindas com a saída da mulher do mercado de trabalho, a não inserção do paciente psiquiátrico como força de trabalho produtiva, baixos valores pagos pelo BPC, insuficientes frente as necessidades do paciente esquizofrênico, exclusão de um grande número de pacientes como beneficiários do BPC, por não se enquadrarem nos critérios do benefício, seja renda familiar, seja pelo laudo da perícia médica. A mulher inserida como o principal responsável por esse tratamento, na maioria dos casos não tem seu trabalho valorizado, seja em termos de remuneração salarial, ou por parte dos membros da família na qual se inclui.

Nesse sentido a simples frequência nas reuniões ofertadas pelo CAPS II, acaba comprometida pela dificuldade de acesso ao transporte, inclusão de mais uma atividade cotidiana, diante de tantas já delegadas a mulher, desinteresse diante da pouca capacidade de intervenção junto a necessidades colocadas como fundamentais no cotidiano das cuidadoras entrevistadas.

Diante dos resultados apontados verificamos a necessidade de resgatar o CAPS como uma proposta localizada junto ao movimento da Reforma Psiquiátrica e de legalização do SUS. O que implica maior discussão democrática, com fins de disponibilizar informação e instrumentalizar essas mulheres para a reivindicação e cobranças quanto à concretização e ampliação de direitos. Destaca-se ainda a necessidade de uma maior interação da política de saúde e do CAPS junto a outras políticas como previdência e assistência social, assim como instituições como Centro de Referência da Assistência Social, Unidade Básica de Saúde e Instituto Nacional da Seguridade Social com vistas a pensar as especificidades dos pacientes psiquiátricos.

REFERENCIAS BIBIOGRAFICAS

MATERIAL DA INTERNET.

BORBA; Letícia de Oliveira; SCHWARTZ, Edna; KARTORKIS, Luciane Prado; **A Sobrecarga da Família que convive com a realidade do transtorno mental**> disponível em www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf. Acesso em: 20/07/2010

PEREIRA, Omelas Maria Alice, PEREIRA, Alfredo Junior. **Transtorno Mental: dificuldades enfrentadas pela família**. Disponível em >:www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/158.pdf - Similares acesso em>. 21/06/2010.

NAVARINI, Vanessa; HIRDES, Alice. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto & Contexto Enfermagem**, Vol. 17, Núm. 4, outubro-diciembre, 2008, pp. 680-688 Universidade Federal de Santa Catarina Brasil acesso em 21/06/2010.

LIVROS.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. A assistência psiquiátrica no Brasil e no Piauí. *In*: ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, Lúcia Cristiana dos Santos. **Saúde Mental e Serviço Social O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2° ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e da outras providências.

SOBRE A ORGANIZADORA

Ana Patrícia Fonseca Coelho Galvão

Graduada em Enfermagem. Possui Mestrado em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Especialista nas áreas: Saúde da Família: Clínica na Atenção Primária e Saúde Mental: Atenção Psicossocial pela Universidade Estácio de Sá-RJ, MBA em Auditoria Hospitalar e Geriatria e Gerontologia pela Universidade Pitágoras Unopar. Atua como Docente da Universidade Ceuma (2019) e Docente da Faculdade Pitágoras (2013), coordenando a Liga Acadêmica de Enfermagem (LAENF) e o Núcleo de Pesquisas em Enfermagem (NUPENF). É revisora de manuscritos do Journal of Management & Primary Health Care (JMPHC), Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research (RBPS), Revista Funec Científica -Enfermagem, Revista Dimensão- Revista de Extensão (REDIM), Revista de Saúde Pública (RESP), Revista Eletrônica Científica da UERGS, Revista Enfermagem Atual in Derme e Agência de fomento Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul.

ISBN 978-65-86212-11-2



9 786586 212112 >