



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA
FACULDADE DE ITAITUBA – FAI
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

RIVANILCY DE SOUZA VARJÃO

O PERFIL DO PACIENTE COM DEPRESSÃO:
Centro de Atenção Psicossocial de Itaituba, Pará

Itaituba
2016

RIVANILCY DE SOUZA VARJÃO

**O PERFIL DO PACIENTE COM DEPRESSÃO: Centro de Atenção
Psicossocial de Itaituba, Pará.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba, para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Enf. Esp. Cleidson Colares Batista

Itaituba
2016

Varjão, Rivanilcy Souza

O Perfil do paciente com depressão: Centro de Atenção Psicossocial de Itaituba, Pará / Rivanilcy de Souza Varjão. Itaituba: FAI, 2016.

f. : il.

Orientador: Cleidson Colares Batista

Trabalho de Conclusão do Curso de Bacharelado em Enfermagem – Faculdade de Itaituba, 2016.

1. Saúde. 2. Depressão. I. Batista, Cleidson Colares. II. Faculdade de Itaituba. Itaituba, BR – PA, 2016.

RIVANILCY DE SOUZA VARJÃO

O PERFIL DO PACIENTE COM DEPRESSÃO:
Centro de Atenção Psicossocial de Itaituba, Pará.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba, para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Enf. Esp. Cleidson Colares Batista

BANCA EXAMINADORA

Presidente: _____ Nota: _____

Avaliador: _____ Nota: _____

Avaliador: _____ Nota: _____

Resultado: _____ Média: _____

Data de Aprovação: ____ / ____ / 2016.

Primeiramente dedico este trabalho de conclusão de curso a Deus, as minhas filhas Ryane Varjão e Rayssa Varjão, as minhas duas princesinhas, razão do meu viver minha inspiração.

A minha família que esteve sempre do meu lado, me ajudando e amparando nos momentos mais difíceis, não deixando eu fraquejar e nem desistir, durante esses cinco anos de trajetória, acreditando e confiando sempre na minha força de vontade de crescer profissionalmente.

Dedico minha vitória a todos vocês meus amores.

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho de conclusão primeiramente a Deus, por senti-lo sempre comigo e por ter me concedido a oportunidade de realizar este sonho.

Aos meus pais, Rivaldo José Varjão e Genilda de Souza Varjão, por estarem sempre ao meu lado, me dando forças, apoiando sempre, sem medirem esforços.

As minhas irmãs, Genilce, Ronilce, Rivanildo e Rivanilda, por sempre terem me incentivado, ajudando sempre que preciso cuidando das minhas filhas e apoiando sempre no que for preciso.

Ao meu compadre Manoel Ferreira Lima, pelo apoio, por nunca ter medido esforços para me ajudar, esteve sempre do meu lado, e acreditando na minha capacidade de vencer.

As minhas amigas Maria de Jesus, Jocicléia Rodrigues e Leandra Sousa, minhas parceiras que durante todo o trajeto dessa longa caminhada, sempre estiveram comigo e me estenderam as mãos.

A meu orientador, Prof^o. Esp. Cleidson Colares Batista, pelo empenho e dedicação na elaboração e conclusão deste trabalho.

Aos professores que me acompanharam nessa longa trajetória de vida, pela paciência e dedicação e que com certeza serão inesquecíveis por mim.

E a todos que direto e indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Se um dia tiver que escolher entre o mundo e o amor lembre-se: se escolher o mundo ficará sem o amor, mas se escolher o amor com ele você conquistará o mundo.

“Albert Einstein”

RESUMO

A depressão se tornou um problema de saúde pública, e é caracterizada por humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades do cotidiano, causando prejuízo no relacionamento social, cultural, profissional, e outras áreas relevantes da vida da pessoa, e que se tornou uma preocupação constante para o serviço público, onde os agravos de depressão estão substituindo os casos de doenças comuns e tradicionais, e isso faz com que os profissionais de saúde e a sociedade em geral fiquem preocupados, pois nos dias atuais ainda existe a alienação social. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, qualitativa, de campo de caráter descritivo, o trabalho discorre quanto ao perfil do paciente com depressão no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Itaituba. Os dados foram coletados dos prontuários, formulários do arquivo no decorrer das várias visitas no CAPS e organizados no formulário de minha própria produção. A população alvo foi identificada através das iniciais dos seus nomes, os pacientes participantes do trabalho se constituíram de 49, corresponde a 20% dos pacientes cadastrados, sendo 8 do sexo masculino e 41 do sexo feminino, além dessa categoria identificam-se idade, vínculo familiar, local de morada, tempo de diagnóstico, ocupação, se faz uso de medicamento. O período de coleta dos dados ocorreu entre os meses de janeiro a março de 2016 e foram selecionados os paciente diagnosticados entre os anos de 2013 a 2015.. As dificuldades de assistência ao paciente com depressão estão relacionadas principalmente com o descaso da família ocasionado pela falta de preparo e conhecimento, os atendimentos aos pacientes são prejudicados devido às crenças e preconceitos que envolvem a depressão. A demanda dos atendimentos no CAPS de Itaituba são acolhidos adequadamente pela equipe multiprofissional, considerando os resultados encontrados se comprovou que as informações são fundamentais para garantir a assistência e melhorar a capacidade de intervir para evitar o sofrimento mental.

Palavras-chave: Depressão. Assistência. Equipe multiprofissional. Acolhimento.

ABSTRACT

Depression has become a public health problem, and is characterized by depressed mood or loss of interest or pleasure for nearly all activities of everyday life, causing prejudice to the social, cultural, professional, and other relevant areas of the person's life, and that has become a constant concern for the public service, where the aggravations of depression are replacing the traditional common diseases and cases, and this causes the health professionals and the society in general worry, because these days there's still the social alienation. It is a quantitative research, qualitative, descriptive character field, the work deals about the patient profile with depression in the center of psychosocial care (CAPS) of Itaituba's municipal district. The data were collected from medical records, file forms in the stems of several visits in CAPS and organized in the form of my own production. The target population was identified through the inic

Keywords: Depression. Assistance. Multidisciplinary team. Greeting.

Lista de Figuras

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 JUSTIFICATIVA.....	Erro! Indicador não definido.
2 PROBLEMATIZAÇÃO	Erro! Indicador não definido.
3 OBJETIVOS.....	Erro! Indicador não definido.
3.1 GERAL.....	Erro! Indicador não definido.
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	Erro! Indicador não definido.
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
4.1 DEPRESSÃO: CONCEITO.....	13
4.2 CLASSIFICAÇÃO	17
4.3 EPIDEMIOLOGIA.....	20
4.4 ETIOLOGIA.....	23
4.5 TRATAMENTO	25
5 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM RESGATE	28
5.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAPS NO BRASIL	29
5.2 AS LEIS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL	30
5.3 O PAPEL DOS CAPS NA ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NO BRASIL	34
6 METODOLOGIA	37
7 CRONOGRAMA	Erro! Indicador não definido.
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
APÊNDICE	51
APÊNDICE I.....	52
APÊNDICE II.....	55

1 INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos, a história dos quadros depressivos têm aumentado gradativamente e isso é uma preocupação constante para a saúde pública, onde os casos de depressão estão substituindo os casos de doenças comuns e tradicionais, como as infecciosas e os casos de má nutrição, que antes eram a causa da maioria dos atendimentos e hoje predominam os casos de saúde mental. (BAHLS, apud, INÁCIO (2008).

Para Guariente, apud, INÁCIO (2008) ele afirma que a depressão atinge diversas faixas etárias, incluindo crianças e adolescentes, jovens, adultos e os idosos, levando em consideração que o maior índice está no gênero feminino, e que também podem estar associados a outros fatores, como genéticos e ambientais.

Segundo Dougher e Hackbert, apud, SILVEIRA E MAGALHÃES (2010), a depressão vem crescendo de forma assustadora, principalmente entre a população mundial, e por esse motivo há a necessidade de se investigar ainda mais sobre a etiologia dessa doença, além disso, os referidos autores afirmam que alguns especialistas estão preocupados com o comportamento dessas pessoas deprimidas, principalmente com os fatores que as afetam, ressaltando ainda que o lado afetivo da depressão é o primeiro sintoma diagnosticado e neste caso é a principal causa por parte dos clientes quando se refere à questão do tratamento.

O trabalho discorre quanto o perfil do paciente com depressão no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Itaituba entre os anos de 2013 a 2015, observou-se os principais diagnósticos de depressão nos usuários, o protocolo de atendimentos da equipe de saúde, as atividades educativas e também fizemos uma revisão e análise das literaturas relacionadas com as patológicas e de política de saúde mental sobre a depressão.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS (RODRIGUES, 2011), em seu Relatório sobre a Saúde no Mundo, informou que, por ano, aproximadamente um milhão de indivíduos são vítimas de suicídio e que mais ou menos de dez a vinte milhões de pessoas tentam suicidar-se anualmente, porém, esta entidade ainda alerta que praticamente todas as famílias têm algum sujeito que sofre de transtornos depressivos e que de acordo com a divulgação de alguns índices, para cada quatro pessoas, uma certamente será acometida por esta doença durante a sua vida, no entanto, se todos os estudos estiverem corretos, até 2020, esta doença será

considerada a segunda causa mundial deste transtorno mental, levando em consideração que o sofrimento psíquico ainda se encontra na fronteira da vergonha e da exclusão, e por causa disso muitos sofrem em silêncio até a morte.

Neste sentido, o tema pesquisado é de grande relevância, pois sabe-se que a depressão se tornou um problema de saúde pública e que deve ser combatido, pois causa prejuízo no funcionamento social, profissional e até mesmo em outras áreas da vida do indivíduo, OMS (RODRIGUES, 2011).

Além disso, o tema em discussão certamente será um grande suporte para que os órgãos responsáveis pela saúde pública do município possam rever as ações que estão sendo implantadas por eles, no que se refere à questão desse transtorno mental que aflige a maioria da sociedade, bem como, permitirá aos mesmos reverem o seu papel social quando se trata da melhoria da vida humana.

Com base nisso, o referido trabalho está assim constituído:

No seu primeiro capítulo traz uma abordagem sobre a depressão a nível nacional, estadual e municipal, do ponto de vista de diversos autores.

No segundo capítulo, aborda-se sobre o perfil do paciente com depressão, bem como, tipos, sintomas, tratamento, alterações psicossociais.

E por fim, no terceiro capítulo discorreremos sobre a criação dos Centros de Atenção Psicossociais a nível de Brasil, bem como, as legislações pertinentes e um breve histórico sobre o CAPS do Município de Itaituba.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 DEPRESSÃO: CONCEITO

Para Corrêa, Canale e Furlan (2006), o termo depressão há muito tempo já vem sendo propagado tanto pelos estudos científicos como pela imprensa como uma doença da atualidade.

No entanto, desde a época da Antiguidade o povo grego já comentava que as doenças mentais poderiam estar relacionadas a alguma mudança corporal. Acredita-se que essa época foi o marco principal, pois através dela ocorreu a substituição da mitologia pela biologia tendo como base um paradigma de observação clínica, onde no mesmo descrevia-se o temperamento como sendo uma consequência dos quatro fluidos do corpo: fleuma, bile amarela, sangue e bile negra. (GONÇALVES; MACHADO, *apud*, PEREIRA; FILHO (2012).

Desde a Antiguidade a depressão já tinha registro, Hipócrates (400 a.C.) já tinha usado os vocábulos mania e melancolia para conceituar transtornos mentais, porém, no ano de 1899, Emil Kraepelin foi que realmente ofereceu a forma da ciência moderna para a descrição da psicose maníaco-depressiva, ressaltando que isto só foi possível devido os conhecimentos de psiquiatras franceses e alemães que vieram antes dele, fazendo prevalecer a maioria dos critérios que hoje são usados pela Psiquiatria Contemporânea (KAPLAN *et al.*, *apud*, OLIVEIRA (2010).

Segundo Sonenreich *et al.*, *apud*, Canele e Furlan (2006), inicialmente o termo depressão designava sintomas ou caracterizava estados da mente, sendo que este termo há mais de 25 séculos tratava essa doença como melancolia, que correspondia ao mesmo tempo a uma doença mental e a um tipo de temperamento.

Mas foi a partir do século XVII que a definição de melancolia, em conformidade com o discurso psiquiátrico, passou por algumas mudanças radicais. Porém, Pinel, no século XIX, considerou a palavra melancolia como sendo uma insanidade parcial. Outrossim, na 6ª edição do tratado de Kraepelin que o termo depressão foi propagado como título de doença, com o nome “psicose maníaco-depressiva”.

No decorrer do século XX, diversos termos foram estudados, principalmente a questão endógena ou exógena da depressão e os termos unipolar e bipolar.

No que se refere à psiquiatria, o vocábulo depressão designa uma síndrome onde o paciente é acometido durante o decorrer do dia de alterações de humor depressivo, neste caso, o mesmo sofre com uma lentidão psíquica e motor, bem como, ele perde a capacidade de atenção e concentração, além disso, o indivíduo sente pensamentos negativos, perde o prazer e o ânimo pelas atividades do dia a dia e o senso de planejamento futuro. (CORRÊA, ASSUNÇÃO *et al.*, *apud*, CANALE; FURLAN (2006).

Conforme Stahl, *apud*, Canale e Furlan (2006) a depressão nada mais é do que uma emoção, onde as pessoas passam por isso em algum período de suas vidas, vale ressaltar que o autor faz uma distinção da emoção dita “normal” da depressão, cujo o indivíduo necessita de tratamento médico. Assim, as pessoas que não têm conhecimento sobre a saúde mental acham que isso é um problema. Por outro lado, algumas pessoas criam ideias equivocadas e disseminam de que a depressão não é uma doença mental, mas sim uma deficiência que por intermédio do esforço pode ser superada, e isto ocorre porque a maioria da população é desinformada.

A depressão, assim como a ansiedade, atinge a maioria da população por ser uma síndrome que afeta as faculdades mentais, porém, entre 10% e 15% dos indivíduos sofrem de transtornos depressivos ocasionados por fatores sociais e pessoais, em função dos conflitos de mundo pelos quais os mesmos passam (NETO; BETARELLO *et al.*, *apud*, CANALE e FURLAN (2006).

Em contrapartida, a Organização Mundial da Saúde afirma que no mundo a depressão é uma das principais causas que afetam as pessoas, e engrossando esse quadro o suicídio em consonância com a depressão vitima em torno de 850.000 indivíduos por ano (WHO, *apud*, CANALE; FURLAN (2006).

De acordo com Teng e Yano, *apud*, Pereira e Filho (2012) a depressão já é considerada um grande problema no que se refere à questão da saúde pública no mundo, e tudo leva a crer que esses dados refletem da mesma forma aqui no Brasil, haja vista o alto índice de pessoas portadoras pela ação dessa doença.

Segundo Ustun *et al.*, *apud*, Pereira e Filho (2012) nos dias atuais, esse transtorno é considerado a quarta causa de incapacidade no mundo e, com base em estimativas, no ano de 2020 a depressão alcançará o topo da segunda maior causa mundial de incapacidade para o trabalho, no entanto, no território americano, o

Transtorno Depressivo Maior (TDM) já constitui a primeira causa dessa incapacidade.

Klerman *et al.*, *apud*, Rodrigues (2011) afirma que a depressão é simplesmente um transtorno que caracteriza no paciente um desarranjo psíquico, provocando alterações na forma e na valorização da vida deste paciente.

Mas para Sadock e Sadock, *apud*, Rodrigues (2011) e para Nestler *et al.*, *apud*, Rodrigues, (2011) esta doença prevalece durante a maior parte da vida das pessoas, e nos Estados Unidos ela afeta de 2% a 5% da população e 20% sofre de uma forma mais leve, mas mesmo assim representa um grave problema de saúde pública uma vez que 15% dos indivíduos depressivos têm tendência suicida.

A Organização Mundial de Saúde relata que em 2020 a depressão, no que se refere aos países desenvolvidos ocupará a segunda maior causa de incapacidade e a primeira causa nos países em desenvolvimento entre essas populações. (SU *et al.*, *apud*, RODIGUES, 2011).

Bear *et al.*, *apud*, Pereira e Filho (2012) afirma que a depressão é considerada um transtorno bastante grave, pois ele pode levar uma pessoa ao suicídio, ainda convém lembrar que todos os anos aproximadamente 20% da população terá algum quadro depressivo em suas vidas, e cerca de 5% será afetada.

Corroborando Ramos, Sapud, Canale e Furlan (2006) menciona que, para Freud, a lamentação pela perda de um ente querido, o ser em estado depressivo também lamenta a perda de seu próprio “eu”, dessa forma a pessoa que está deprimida valoriza e investe mais no seu “eu” do que em outro objeto, pois essa energia servia apenas para identificar o seu próprio “eu” como sendo um objeto abandonado, porém, o que sobrar dessa libido simplesmente é reduzida e dirigida contra o “eu”, assim, este sadismo primário seria dirigido para o objeto com o qual o “eu” está identificado.

Para finalizar Stahl, *apud*, Canale e Furlan (2006) descreve que muitos pacientes que têm depressão não recebem o tratamento adequado após essa doença ser diagnosticada, avaliada e descartada, porque são considerados como indivíduos que não possuem a doença real ou tratável, na verdade, esses pacientes apresentam simplesmente sintomas difusos e difíceis de serem explicados, mas na realidade, o que esses pacientes precisam é de atendimento por profissionais ligados à área de conhecimento.

Vale ressaltar que nos dias atuais, o Ministério da Saúde do Brasil não dispõe de nenhum programa social voltado ao atendimento e ao tratamento de pessoas portadoras de depressão ou de outros transtornos psiquiátricos. (BRASIL, *apud*, CANALE; FURLAN (2006).

Por outro lado, foi criado recentemente pela Organização Mundial de Saúde um programa para atender os indivíduos que sofrem de depressão, com a função de esclarecer à sociedade, bem como, treinar profissionais para acompanhar essas pessoas acometidas desta doença. (WHO, *apud*, CANALE; FURLAN (2006).

Para Cordás e Junior, *apud*, Canale e Furlan (2006) o vocábulo depressão, atualmente, é tratado como a patologia do humor, pois é através dela que o indivíduo é identificado e tratado, e isto não está relacionado apenas ao caráter do sujeito e nem com a vontade do mesmo.

Mas para a psiquiatria, este vocábulo designa apenas comunidades nosológicas, tais como: (psicose depressiva, depressão unipolar, transtorno depressivo maior, depressão pós-esquizofrênica), transtornos de humor ou sintomas (nos alcoólicos, esquizoafetivos, demenciados, parkinsonianos) segundo (SONENREICH *et al.*, *apud*, CANALE; FURLAN (2006).

Ressaltando que de acordo com o conceito clínico, a depressão não afeta apenas as pessoas com humor deprimido, mas sim abrange um campo sindrônico, onde são visualizadas alterações de humor, de psicomotricidade, bem como uma variedade de alterações somáticas e neurovegetativas. Assumpção e Junior, *apud*, Canale e Furlan (2006).

Dessa forma, Canale e Furlan (2006) define a depressão como sendo um processo lento que se associa à ansiedade e à angústia, ao desânimo, ao cansaço fácil, onde o indivíduo perde a capacidade de planejar o futuro, alterando a sua realidade.

Contudo, dentro desse emaranhado de características, há de se levar em consideração que as pessoas que sofrem dessa doença, a depressão, têm aproximadamente de 15% a 30% a tendência suicida.

Enfim, o panorama geral sobre os quadros depressivos fornecidos nesta revisão tem o objetivo de informar sobre as características da síndrome depressiva e alertar para a necessidade de cuidados específicos para os portadores de depressão.

2.2 CLASSIFICAÇÃO

De acordo com BRASIL, *apud*, Oliveira (2010) a 10ª revisão da Classificação Internacional das Doenças – CID 10, na parte que foi dedicada à Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento, conceitua o vocábulo depressão como sendo um transtorno onde o indivíduo é afetado com humor deprimido, perda de interesse, prazer e redução de energia, levando-o à fadiga. Além desses sintomas, outros também são comuns, como por exemplo, falta de concentração e atenção, redução da autoestima e da autoconfiança, inutilidade, ideias desoladas, pessimistas e de tentativa suicídio, bem como, a perda de sono e a diminuição da apetite.

Para Stahl, *apud*, Canele e Furlan (2006) até os dias atuais os medicamentos antidepressivos ainda não beneficiam todos os usuários com depressão. Para ele, apenas dois em cada três usuários usam esses antidepressivos. Mas foi nas décadas de 70 e 80, é que na verdade foram estabelecidos critérios para que esses pacientes tivessem um tratamento mais adequado. Ainda segundo o autor acima citado foi nesta época que surgiu a ideia de que poderia existir um subgrupo de indivíduos deprimidos, principalmente aqueles que não respondiam aos antidepressivos, e outro subgrupo que teria um outro comportamento. Segundo ele, o primeiro subgrupo era um sério portador melancólico de depressão, pois apresentava base biológica e alto índice de incidência familiar, ou seja, de natureza episódica e ele respondia aos antidepressivos tricíclicos e inibidores da monoamina oxidase.

Em oposição a esta natureza, poderia existir uma segunda forma de depressão, de cunho neurótico e com características menos grave, mais de estado crônico. Esta, porém, simplesmente não respondia a aplicabilidade dos antidepressivos, mas os indivíduos melhoraram devido o tratamento de psicoterapias.

Conforme Ramos, *apud*, Canele e Furlan (2006) existem dois tipos de depressão:

1º) Depressão inibida: esta depressão aborda aqueles doentes com desinteresse, que não dão importância ao seu estado, associando a doença apenas a sua vivência. Neste tipo são incluídas as pessoas que possuem alterações bioquímicas cerebrais mais acentuadas em relação às aminas adrenérgicas.

2º) Depressão ansiosa: neste tipo de depressão os pacientes se preocupam bastante com a sua doença, eles falam muito sobre os sintomas e em geral são agitados. Nesses pacientes a depressão se apresenta com alterações bioquímicas cerebrais ocorridas sobre os níveis de serotonina.

Contribuindo Corrêa, *apud*, Canale e Furlan (2006) dentro da tradução de Kraepelin relata que as escalas psiquiátricas da Europa, classificam as depressões em quatro grupos: genética ou endógena; depressão situacional ou sociógena, depressão psicógena ou neurótica, depressão somatógena ou sintomática.

A depressão endógena engloba as psicoses onde as causas são orgânicas, mas desconhecidas, nela aparecem sintomas depressivos e maníacos são chamados bipolares (NETO; BETARELLO, *apud*, CANALE; FURLAN (2006).

Em consonância com os autores acima citados Corrêa, *apud*, Canale e Furlan (2006) diz que a depressão endógena é proveniente de um gene autossômico, mas que o mesmo tem penetração irregular, e que geralmente ela ocorre em parentes de primeiro e segundo graus afetados de depressão bipolar e unipolar, devido uma forte sobrecarga depressão familiar.

No entanto, a depressão situacional, primeiramente é detectada pelo fato de os pacientes aparecem com conflitos e traumas, e dentre eles podemos citar o modo como a pessoa se relaciona com o seu ambiente e o mundo que o cerca, além disso, ela procura se isolar das demais pessoas devido a carga emocional que recai sobre a sua vida. Corrêa, *apud*, Canale e Furlan (2006).

Corroborando com os tipos de depressão, Neto e Betarello, *apud*, Canale e Furlan (2006) ressalta que a depressão neurótica é ocasionada em decorrência do limite de capacidade, dos fracassos e das dificuldades de lidar com o seu próprio mundo.

Complementando ainda Corrêa, *apud*, Canale e Furlan (2006) diz que o alicerce da depressão neurótica está basicamente ligada a personalidade premórbida.

Conforme Vilela, *apud*, Canale e Furlan (2006) tem-se ainda a depressão sintomática, que é produzida por elementos orgânicos ou físicos, ou simplesmente ingestão de algum medicamento.

Vale ressaltar ainda que a forma mais comum de classificar os tipos de depressão é aquela que diferencia a depressão bipolar e a depressão unipolar. A primeira que se caracteriza por longos períodos intercalados com situações de

euforia, e a segunda atribuída a um estado contínuo ou periódico (CARLSON, *apud*, CANALE; FURLAN (2006).

De acordo com Neto *et al*, *apud*, Canale e Furlan (2006) as depressões podem ser divididas também em subtipos depressivos, por exemplo:

- 1º) Distímia: depressão leve, onde o sujeito passa por situações depressivas rápidas ou contínuas, variando ao decorrer do dia, durante anos.
- 2º) Ciclotímia: depressão onde o sujeito fica instável com alternância de diversos períodos distímicos.
- 3º) Depressão endógena ou melancólica: o sujeito possui um genes biológico, mas não se importa com a existência do fator psicogênico desencadeante.
- 4º) Depressão atípica: o sujeito reage a estímulos e inverte os sintomas vegetativos da depressão endógena, ou seja, tem hipersonia e ganha apetite e peso.
- 5º) Depressão sazonal: o sujeito é acometido por situações episódicas no que se refere a permanência do outono e do inverno, e a ausência da primavera e do verão.
- 6º) Depressão psicótica: o sujeito sofre de complicações graves, ocasionadas pela presença de delírios e alucinações.
- 7º) Depressão recorrente breve: o sujeito apresenta sintomas por menos de duas semanas, uma a duas vezes por mês, durante um ano.

Além do mais, segundo Neto e Betarello, *apud*, Canale e Furlan (2006) existe ainda a depressão existencial, onde o indivíduo faz uma interrogação ao mundo que o cerca e a si mesmo, pois o fato de ele existir já é uma causa de indagação e uma busca incansável para dar sentido a tudo que o rodeia, principalmente a vida e a morte, por isso é que o indivíduo que sofre desta depressão tem que estar preparado, pois nem sempre ele encontrará todas as respostas para as suas indagações, e o mesmo se torna um ser fracassado.

Além dos critérios acima mencionados no que tange a diagnósticos Assunção *et al.*, *apud*, Canele e Furlan (2006) ressalta que existe ainda o diagnóstico diferencial, o qual trata dos tipos de doenças clínicas e debilitantes que podem causar no indivíduo a falta de ânimo e ânimo, podendo ser confundida com a depressão, onde o paciente recebe tratamento médico, porém quando isso ocorre tem-se o diagnóstico de depressão secundária, então se faz necessário o uso de medicamentos antidepressivos.

Para Vilela, *apud*, Canale e Furlan (2006) a deficiência nos sistemas gastrointestinal, cardiovascular, geniturinário, locomotor e nervoso podem causar sintomas de depressão.

Corroborando com o autor acima citado Cordás e Junior, *apud*, Canale e Furlan (2006) afirmam que os sintomas de estresse ou essas mudanças que ocorrem frequentemente na vida do indivíduo desencadeiam transtornos e ajustamentos, essas situações surgem como reação a um evento importante, por exemplo, a perda de pessoas queridas, e dessa forma as atividades do dia a dia ficam prejudicadas e interferem no funcionamento e no desempenho social do mesmo.

4.3 EPIDEMIOLOGIA

Tendo por base fatores epidemiológicos, existem diversos índices no tocante da prevalência do transtorno depressivo, nos dias atuais, essa prevalência existente durante a vida de um indivíduo, é aproximadamente de 15% e 25%, sendo que os maiores índices ocorrem no gênero feminino, porém, a representação epidemiológica apresentada a seguir é baseada na 7ª edição do clássico Manual de Psiquiatria, tendo como responsável (KAPLAN et al., *apud*, OLIVEIRA (2010).

Conforme Kaplan et al., *apud*, Oliveira (2010) as situações encontradas mostram que um fator depressivo não tratado, tem a duração de seis a treze meses, enquanto que na maioria dos que são tratados demora em média três meses, vale ressaltar, que em geral, a idade das pessoas portadoras é de 40 anos, porém, 50% dos portadores têm idade entre 20 e 50 anos, podendo haver, no começo da infância ou em idade mais avançada este quadro depressivo.

Complementando os autores acima citados Ramos, *apud*, Canele e Furlan (2006) diz que a primeira ocorrência de depressão ocorre geralmente durante a primeira metade da vida do indivíduo, ou seja, entre 30 e 50 anos.

Para Schneider, *apud*, Canale e Furlan (2006) relata que ainda há muita discordância no que se refere aos fatos vitais que influenciam o aparecimento da depressão, pois, segundo ele, a investigação clínica apresenta dados inconclusivos quando se trata da importância e da lógica de atuação dos sintomas psicossociais, o autor ainda ressalta que a perda de um dos pais, quando a criança tem menos de 11

anos, e a perda de um cônjuge, quando a pessoa já é adulta, são elementos primários na depressão.

De acordo com Winokur, *apud*, Canale e Furlan (2006) o fator depressivo unipolar é mais acentuado nas mulheres, e o risco deste fator varia com o grau de parentesco: de primeiro grau entre 5,9% a 18,4% nos parentes de gênero masculino e de 7,1% a 31,9% nos parentes de gênero feminino, segundo ele, metade dos indivíduos que sofrem de depressão bipolar e dos maníacos geralmente tem um pai que foi acometido por uma depressão bipolar ou unipolar, porém, o risco de ser afetado por essa doença serve para os pais, irmãos e filhos.

Segundo o texto de Miguel *et al.*, *apud*, Oliveira (2010) a teoria que está sendo bastante usada, é a Teoria Unitária, pois de acordo com os pressupostos que nela são relatados, a ansiedade e a depressão são consideradas modalidades sintomáticas de um espectro depressivo. Pois, para o autor, o conceito de spectrum em psicopatologia é contrária às classes nosológicas, que são autônomas e independentes com variedades psicopatológicas contínuas de sintomas, bem como, fatores causais e padrões evolutivos. Em contrapartida, em anos atrás, esta perspectiva desafiava os principais grupos nosológicos, englobando os conhecidos transtornos psicóticos. No entanto, na maioria das vezes, usa-se a definição de spectrum para falar de comunidades nosológicas distintas, com identidades sintomatológicas, recorrentes à família.

É bom lembrar que a depressão é um transtorno bastante presente na vida das pessoas, por isso, tendo como base algumas estimativas, 9% das mulheres e 5% dos homens adultos durante a sua vida sofrem com esta forma de transtorno, na realidade, este é um dos fatores principais pelo qual as pessoas são internadas em clínicas médicas em busca de tratamento. (ASSUNÇÃO *et al.*, *apud*, CANALE; FURLAN (2006).

Contribuindo Carlson, *apud*, Canale e Furlan (2006) dentre as pessoas que podem ser afetadas pela depressão, as mulheres são as que experimentam aproximadamente duas vezes mais que os homens, principalmente quando se trata da depressão bipolar.

Na realidade, são muitos os fatores que contribuem para que as mulheres sejam afetadas por essa doença, tais como: mudanças do ciclo menstrual, gravidez, aborto, período pós-parto, pré-menopausa e menopausa, além disso, muitas mulheres enfrentam situações adicionais, como por exemplo, responsabilidades no

trabalho e em casa, maternidade, cuidado com crianças e pais idosos. (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, *apud*, CANALE; FURLAN (2006).

Embora a depressão no gênero masculino seja mascarada pela presença do álcool ou da droga, ou pelas constantes horas prolongadas de trabalho, no homem o transtorno depressivo surge não como forma de ampará-lo, mas vem na forma de irritação, raiva e falta de coragem. No entanto, quando o indivíduo masculino percebe que está sofrendo de depressão ele, em geral, não procura ajuda. Porém, as pessoas que de uma forma ou de outra são ligadas a ele é que procuram ajudá-lo. Por outro lado, quando isto ocorre no local de trabalho são os profissionais de assistência aos empregados ou programas de saúde no trabalho é que são responsáveis por este tratamento, ajudando-o a aceitar e a compreender que a depressão é uma doença real e que precisa de cuidados (NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, *apud*, CANALE; FURLAN (2006).

Vale ressaltar que os sintomas depressivos nas pessoas idosas são mais visíveis do que em todos os outros períodos da vida, sendo considerada a principal causa na terceira idade (CORRÊA; SCALCO, *apud*, CANALE; FURLAN (2006).

Corroborando com os autores acima mencionados o NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, *apud*, CANALE; FURLAN (2006) ressalta que algumas pessoas têm o pensamento equivocado de que é normal que os indivíduos idosos serem afetados pela depressão. Segundo dados deste Instituto, a maioria das pessoas idosas sentem-se felizes e satisfeitas com a vida que tem. E quando o transtorno depressivo as afeta, é simplesmente entendido como sendo um fator normal da velhice.

Ainda se tratando da questão da depressão no idoso, o Instituto relata que sem diagnóstico e tratamento, causa sofrimento que é desnecessário para a família e para a pessoa que pode ter uma vida bastante proveitosa sem se preocupar com esses fatos. Por outro lado, em geral, quando a pessoa idosa vai ao médico não é para falar de doenças, mas sim para falar de sentimentos de desesperança, de tristeza e de perdas que para ela são simplesmente prazerosas.

De acordo com Chabrol *et al.*, *apud*, Canale e Furlan (2006) até algumas décadas atrás, o fator depressivo em crianças era considerado raro. Porém, levando em consideração algumas pesquisas recentes que falam de uma realidade totalmente diferente. A pesquisa relata que a depressão que idade infantil é uma doença freqüente e que na maioria das vezes seus sintomas são semelhantes com

os da pessoa na fase adulta. No entanto, tanto a psiquiatria como a psicanálise tiveram uma enorme contribuição no que diz respeito aos novos estudos de diagnóstico e tratamento da depressão infantil, pois, muitas vezes, as causas depressivas poderiam ser confundidas com outros problemas, principalmente o crescimento.

Para Ramos, *apud*, Canale e Furlan (2006) levando em consideração os dias atuais, a depressão está sendo propagada a “doença do século”, devido o seu grande alcance, isto é, atinge aproximadamente 4% da população, e sua maior incidência acontece no sexo feminino e nas camadas sociais mais elevadas. A autora afirma ainda que é no período do outono e do inverno que se detecta o maior número casos. Complementando a autora acima citada, Junior, *apud*, Canale e Furlan (2006) expõe que diversas taxas de dominação têm sido estabelecidas para a depressão, e isto é ocasionado devido os diferentes ambientes onde as pesquisas foram realizadas, ou seja, na comunidade, em espaços psiquiátricos ou em hospitais, levando em consideração populações diferentes.

4.4 ETIOLOGIA

Segundo Charney e Manji, *apud*, Rodrigues (2011) quando se trata da etiologia, a depressão é bastante complexa e isso ocorre por causa da integração entre os fatores genéticos e ambientes. Mas, para Mazure *et al.*, *apud*, Rodrigues (2011) o que mais se destaca é o estresse pelo qual o sujeito é submetido no seu cotidiano.

Com relação aos fatores determinantes, até o presente momento ainda não existem dados que comprovem esses resultados. Porém, algumas pesquisas que levam em consideração o elemento fator-causa, mencionam os fatores biológicos como sendo os responsáveis pelas mudanças das aminas biogênicas, pois são discriminados em estudos feitos com gêmeos dizigóticos, bem como, os psicossociais, que são provenientes dos estilos de vida e das estruturas familiares. Além disso, segundo os autores, estes estudos relatam que os indivíduos em primeiro grau de parentesco com sintomas depressivos podem de duas ou três serem afetados por esta doença, do que os de primeiro grau de sujeitos-controles. No entanto, os especialistas dizem que as causas ainda são bastante desconhecidas, e muitas teorias tentam explicar a depressão, usando até os

diferentes fatores biológicos, sociais e psicológicos (KAPLAN, *apud*, RODRIGUES (2011). Corroborando, Ramos, *apud*, Rodrigues (2011) menciona que são os fatores hereditários é que estariam dependendo de um gene único e dominante, com penetração incompleta. Porém, outras teorias já apontam como explicação da depressão a origem multifuncional.

Por outro lado, em estudos recentes, Weitkamp *et al.*, *apud*, Rodrigues (2011) distribuíram os haplóides HLA (antígeno leucocitário humano) entre famílias com indivíduos depressivos e constaram que pode existir uma relação entre os genes ligados à estrutura HLA no cromossomo 6, que são suscetíveis à depressão. Já Carlson, *apud*, Rodrigues (2011) relata que estas pesquisas sobre o fato depressivo bipolar apontam para um gene, cujo local foi atribuído a um dos cromossomos: 4, 18, 21 ou X. Por isso que Janicak *et al.*, *apud*, Rodrigues (2011) sugere diversas hipóteses biológicas para justificar a depressão:

1ª) Hipótese das catecolaminas: esta hipótese alerta para uma abertura funcional que existe no setor aminérgico, em particular, nas estruturas catecolaminas e da indolamina. Ocasionalmente uma diminuição na tarefa das catecolaminas, envolve a norepinefrina, que pode uma patogênese que esteja abaixo da depressão.

2ª) Hipótese permissiva: esta hipótese diz que ocorre a diminuição da serotoninérgica, o que permite a norepinefrina e determina a introdução clínica.

3ª) Hipótese neuroendócrina: nesta hipótese ocorre a secreção do cortisol, a tirosina (TRH), a redução do luteinizante e a secreção de vasopressina e calcitonina se associam à depressão.

4ª) Hipótese colinérgica: esta hipótese menciona um equilíbrio das estruturas de neurotransmissores noradrenérgicos e colinérgicos, alterando os estados do humor. Ocorrendo isto, aumenta a colinérgica em relação à adrenérgica, fator este que pode estar subjacente à depressão.

5ª) Hipótese de hiporregulação: diminui-se os receptores da membrana pós-sináptica, mas o receptor continua estável. Explica-se assim, porque os tratamentos com antidepressivos não aparecem antes de quatro a seis semanas, pois o contínuo uso deles diminui a norepinefrina acoplada ao adenilato ciclase. Neste caso, tudo leva a crer que possa haver uma relação de alguns tipos de depressão com a hiperatividade funcional da estrutura neuronal da norepinefrina.

6ª) Hipótese do sono: os EEGs de sono de indivíduos em estado depressivo diagnosticam a depressão maior, e isto provém de algumas complicações do sono que acontecem na depressão.

7ª) Hipótese da membrana: existência de uma deficiência em várias funções da membrana, e que esta deficiência é determinada pela genética e que o resultado do lítio em estado estabilizado, em indivíduos que ingerem esta droga, evidencia, em sua maioria, esta hipótese.

8ª) Hipótese genética: esta hipótese aborda distúrbios unipolar e bipolar claros em parentes em primeiro grau de pessoas bipolares, enquanto os parentes de pessoas com distúrbio unipolar têm uma ocorrência maior apenas de doença unipolar.

De acordo com Silva e Carlson, *apud*, Rodrigues (2011) existem duas eventualidades biológicas para a depressão:

1ª) Hipótese monoaminérgica: os antidepressivos tricíclicos impedem a não captação de noradrenalina e da serotonina, bem como o aparecimento da monoaminaoxidase impedem a enzima MAO, ambos os fatores aumentam a disponibilidade sináptica dessas monoaminas, que ficam normais em algumas partes cerebrais, colaborando para a diminuição das sinapses em áreas específicas do cérebro no decorrer uma ação depressiva.

2ª) Hipótese de alterações de receptores: ocorre a distorção no tempo entre o impedimento da não captação dos neurotransmissores (horas) e a eficácia antidepressiva dessas drogas (semanas) o que torna o estudo monoaminérgico uma explicação não suficiente.

Desta forma, Silva, *apud*, Rodrigues (2011) afirma que a falta das monoaminas, neste caso, cabe a hipersensibilidade dos receptores monoaminérgicos, que devido um processo de feedback, reduziria a síntese e a liberação dos neurotransmissores. Assim, a depressão resultaria de uma alteração do número e da sensibilidade dos receptores, determinando-a geneticamente. Corroborando, Stahl, *apud*, Rodrigues (2011) compartilha com o autor acima mencionado, essas duas hipóteses.

4.5 TRATAMENTO

Para Paproch, Louzã-Neto *et al.*, *apud*, Rodrigues (2011) atualmente as mudanças de humor são relativamente fáceis de tratar, mas a maioria dos indivíduos

deprimidos procura sequer atendimento médico e, apenas a metade desses pacientes buscam tratamento inicial com clínicos gerais e de outras especialidades; a outra metade é dividida entre os que fazem psicoterapia e os que são atendidos pelos psiquiatras para tratamento adequado.

No entanto, o tratamento da depressão tem que passar, antes de tudo, por um diagnóstico qualificado e por uma avaliação médica, conjuntamente com uma aliança terapêutica sadia, (HIRSCHFELD; GOODWIN, *apud*, RODRIGUES (2011).

De acordo com Louzã-Neto e Betarello, *apud*, Rodrigues (2011) o médico responsável pelo tratamento do paciente primeiramente tem que avaliá-lo para detectar os fatores que estão ocasionando a depressão antes de indicar o tratamento adequado, porque para o autor, essa patologia requer muitas vezes o tratamento associado a medicamentos. Porém, nos pacientes que têm a depressão endógena já é indicado outro tipo de tratamento, o farmacológico, mais não desperdiçando a necessidade da psicoterapia. Por outro lado, nos quadros reativos, neuróticos e existenciais o tratamento recomendado é o da psicoterapia, mais pode também ser indicado o tratamento com antidepressivo, dependendo da gravidade da depressão. Ressalta-se, porém, que para o tratamento farmacológico das pessoas com fatores depressivos, é necessário se fazer primeiro o diagnóstico do tipo da depressão.

Ainda segundo os autores acima citados, com pacientes depressivos cíclicos, quando há alternância com a mania, o tratamento deve ser feito a base de lítio ou de outros medicamentos. Além disso, quando a depressão é considerada severa e pode levar o paciente ao suicídio, o tratamento indicado é o eletroconvulsoterapia.

Corroborando, Elhwuegi, *apud*, Rodrigues (2011) diz que para as pessoas que possuem transtornos depressivos, o tratamento farmacológico é feito com o uso de antidepressivos. Para Carlson e Duman, *apud*, Rodrigues (2011), os fatores neuroquímicos dos antidepressivos, bem como a sua beneficidade sobre a plasticidade neural, que é comprometida pelo transtorno depressivo, já foram demonstrados. Mas, Assunção *et al.*, *apud*, Rodrigues (2011) relata que o tratamento com antidepressivos depende de uma série de fatores, pois o médico deve levar em consideração a história de vida do paciente, tanto na parte clínica como na psiquiátrica, que deve colhida por meio de uma boa anamnese e, a escolha do antidepressivo deve ser feita em função do perfil terapêutico do indivíduo, bem como, devem ser considerados os efeitos colaterais, pois eles podem ser sedativos

ou desinibidores. Por isso, é de suma importância que o paciente realize exames físicos bem detalhados e exames subsidiários, antes de começar o tratamento.

Dessa forma, os autores acima citados recomendam que o tratamento com antidepressivos deve ser de forma gradativa, com doses baixas e aumentando de acordo com a reação do paciente. Vale ressaltar que para a ação terapêutica, os antidepressivos apresentam uma latência de dias a semanas e, que depois que ocorrer a melhora do quadro depressivo, o medicamento deve ser mantido por alguns meses, para que haja uma recaída da doença.

De acordo com Scalco, *apud*, Rodrigues (2011) quando se trata do tratamento farmacológico da depressão, há mais de 30 anos, os antidepressivos tricíclicos já eram usados com eficácia em indivíduos com transtornos depressivos de todas as faixas etárias. Para Carlson e Duman, *apud*, Rodrigues (2011), o efeito desse antidepressivo ocorre em decorrência ao bloqueio de norepinefrina (NE) como de serotonina (5-HT) pelos terminais pré-sinápticos. Segundo ele, os tricíclicos bloqueiam também os receptores colinérgicos muscarínicos, adrenoceptores alfa 1 e alfa 2, e receptores histaminérgicos H1 e H2, além de inibirem a ATPase de Na⁺ K⁺, o que estabiliza a membrana. Em corrolaboração a este fato, Stahl afirma que clinicamente os primeiros antidepressivos eficazes a serem descobertos foram os inibidores provenientes da enzima MAO.

Mas, para Assunção, Cordás e Sassi-Junior, *apud*, Rodrigues (2011) as enzimas MAO não são utilizadas como drogas de primeira escolha no tratamento da depressão, devido a enorme mistura de medicamentos e até mesmo alimentos. Assim, Scalco, Carlson e Elhwuegi afirmam que os antidepressivos de segunda geração são intitulados como bloqueadores seletivos da recaptação de serotonina pelos terminais pré-sinápticos. Segundo Carlson, no que se refere as crises de depressão endógena e os fatores de mania, o objetivo principal da utilização do lítio é alongar os intervalos intercrises, pois, para o autor, o lítio estabiliza os receptores neurotransmissores de serotonina.

Para Silva, o uso da carbamazepina é recomendado para crises convulsivas tônicoclônicas generalizadas, crises parciais simples e complexas. Já Carlson diz que esta substância é utilizada em pacientes com depressão bipolares, em particular, aqueles refratários ao lítio. Porém, Stahl, relata que assim como a carbamazepina, o ácido valpróico também é eficaz no tratamento da desordem maníaco-depressiva e, em geral, nos pacientes refratários ao lítio. Corrolaborando

com o pensamento do autor acima citado, Flaherty *et al.*, *apud*, Rodrigues (2011) afirma que o tratamento por eletroconvulsoterapia (ECT) foi aplicado em meados da década de 30 e tem causado muita controvérsia por parte dos especialistas, mas mesmo assim, este tratamento tem tido efeitos positivos. Para Carlson, a ECT nada mais é do que um choque elétrico que causa uma convulsão e a mesma simplesmente libera várias substâncias químicas no cérebro, os chamados neurotransmissores.

Por outro lado, Canale e Furlan, *apud*, Rodrigues (2011) afirmam que outros fatores fisiológicos incluem: alterações na permeabilidade do obstáculo hematoencefálico, aumento de hormônios trópicos hipotalâmicos e estimulação direta das formas diencefálicas. Quanto à sua aplicação, Costa cita ainda outros fatores que devem ser considerados, tais como: diagnóstico, natureza e severidade da sintomatologia, história de tratamentos prévios, riscos e benefícios das possíveis opções de tratamento, e por fim, a própria preferência do paciente. Hernandez, no que se refere às indicações da ECT menciona as seguintes situações: depressão maior e transtorno bipolar, esquizofrenia e outras psicoses de origem orgânica.

Para Tabbott *et al.*, *apud*, Rodrigues (2011) a terapia eletroconvulsiva, devido a sua grande importância deveria ser estendida no tratamento inicial para as demais condições médicas, como transtornos convulsivos que resistem ao tratamento convencional, a síndrome neuroléptica maligna e a enfermidade de Parkinson. Porém, ao se falar da estrutura psicoterápica, percebe-se que ela é um dos elementos principais no que tange ao tratamento da pessoa deprimida, pois para Hirschfeld e Goodwin este tratamento tem haver com o afeto, a cognição e o comportamento, e serve para apenas para aliviar o transtorno e não para mudar o caráter do paciente.

Enfim, as ações psicoterápicas aplicadas de forma adequada, permitem ao paciente um alívio sintomatológico, aumentam a capacidade ao tratamento em geral e auxiliam na mudança de reorganização psíquica do paciente. No entanto, quando o mesmo sofrer de depressão mais complexa ou tiver a necessidade de aprofundar o tratamento psicológico, se faz necessário pedir a intervenção do psiquiatra, (LOUZÃ-NETO; BETARELLO, *apud*, RODRIGUES (2011).

5 OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM RESGATE

5.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E A CONTEXTUALIZAÇÃO DO CAPS NO BRASIL

Para Fernandes e Moura, *apud*, Moura (2011), a definição de loucura foi construída por meios históricos, pois antes do século XIX não existia a definição deste transtorno mental, bem como, uma separação entre razão e loucura. Porém, o percurso histórico do período Renascentista até os dias atuais faz esta separação e exclui a loucura do meio das experiências sociais.

As pessoas que possui alguma confusão mental são as mais excluídas da sociedade, e isto ocorre porque elas têm redes sociais menores do que as outras pessoas. De acordo com Fernandes e Moura, *apud*, Moura (2011) a exclusão não é acontece apenas fisicamente, como também social, como se fosse um obstáculo invisível que impede que antigos modelos sejam quebrados.

Conforme Mangiua e Muramoto, *apud*, Moura (2011) diversas pesquisas relatam que os indivíduos que sofrem de desordem mental severo e persistente, quando são colocados em grupos fortes de troca e suporte conseguem se sobressair de forma positiva no que tange ao tratamento.

No entanto, este trabalho resgata historicamente as políticas públicas em saúde mental no Brasil, mostra as transformações nas leis e nas formas de atendimento, e trazem novas perspectivas de tratamento a loucura, dando condições ao atendimento psicossocial em centro comunitário, fazendo restrição aos manicômios e hospitais psiquiátricos como sendo as únicas formas de tratamento. Com relação a consolidação dessas políticas são relatadas as dificuldades enfrentadas pelas quais os indivíduos ainda passam para alcançar o tratamento ofertado.

Vale ressaltar que o dispositivo de atenção à saúde mental do Brasil faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS), que é uma rede organizada de ações e serviços públicos de saúde. Esta rede foi instituída no Brasil através das Leis Federais 8080/1990 e 8142/90. Assim, são as Leis, as Portarias e as Resoluções do Ministério da Saúde é que dão prioridades de atendimento ao indivíduo de transtorno mental em sistema comunitário.

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira ocorreu nos anos 70, e foi um processo totalmente favorável às transformações dos paradigmas de atenção e gestão, levando em consideração as práticas de saúde, em defesa da saúde coletiva

e da oferta dos serviços, ofertando aos trabalhadores e aos usuários dos serviços de saúde processos de gestão e tecnologias. BRASIL, apud, MOURA (2011).

Para BRASIL, apud, MOURA (2011) o ano de 1978 foi uma época marcante para o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil. Neste ano, surgiu o MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, entidade esta formada por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com um extenso histórico de internações psiquiátricas. Por outro lado, é por meio deste Movimento que começa ser denunciada a violência dos manicômios, a comercialização da loucura, a prioridade de uma rede particular de assistência e a construção coletiva de ideias críticas em relação ao saber psiquiátrico e ao paradigma hospitalocêntrico no atendimento aos indivíduos com confusões mentais.

Conforme BRASIL, apud, MOURA (2011) precisamente no mês de março do ano de 1986 foi inaugurado na cidade de São Paulo, o primeiro CAPS do Brasil. Este CAPS ficou conhecido como CAPS da Rua Itapeva. Já no ano de 1987, em razão da inauguração deste CAPS ocorreu na cidade de Bauru, no estado de São Paulo, o II Congresso Nacional do MTSM que teve como lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Porém, neste mesmo ano, é realizada também a I Conferência Nacional de Saúde Mental no estado do Rio de Janeiro.

Além disso, no ano de 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) iniciou uma ação que veio a fechar um hospital psiquiátrico – a Casa de Saúde Anchieta, onde aconteciam maus tratos e mortes de pacientes. E foi com este processo de intervenção, que repercutiu nacionalmente é que se chegou ao fato de que era necessária criar uma rede de cuidados que substituísse os hospitais psiquiátricos. No entanto, nesta época são instalados no município de Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que ficavam abertos 24 horas, bem como, neste mesmo período também são criadas cooperativas, residências para as pessoas que saíram do hospital e associações, BRASIL, apud, MOURA (2011).

5.2 AS LEIS EM SAÚDE MENTAL NO BRASIL

No decorrer da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ocorreram várias etapas em diferentes situações o que demonstram os avanços. Aos poucos, nota-se que o

movimento ganha força e visibilidade, principalmente no que se refere ao campo legal.

Por isso que o deputado Paulo Delgado (PT/MG), preocupado com a regulamentação da atenção psicossocial em saúde mental no Brasil, no ano de 1989, deu entrada no Congresso Nacional a um Projeto de Lei. O referido Projeto propunha a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país.

Porém, mais foi a partir do ano de 1992, apoiados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado, é que os movimentos sociais, conseguem aprovar e pôr em prática em diversos estados do Brasil as primeiras leis que determinam a troca aos poucos dos leitos psiquiátricos por um sistema integrado de atenção à saúde mental. E foi a partir deste período é que começa a funcionar e se definir a política do Ministério da Saúde para a saúde mental. BRASIL, apud, MOURA (2011) relata que em meados dos anos 90 foi realizada a II Conferência Nacional de Saúde Mental e com ela entram em vigência no Brasil os primeiros preceitos federais regulamentando a gerência de serviços de atenção diária, e isto foi possível devido as experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-Dia, bem como, as primeiras regras para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Na verdade, os NAPS/CAPS oficialmente foram criados a partir da Portaria GM 224/92 que regulamentou o funcionamento de todos os serviços de saúde mental em consonância com as diretrizes de descentralização e hierarquização das Leis Orgânicas do Sistema Único de Saúde. Vale ressaltar que essa Portaria define os NAPS/CAPS como unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população definida pelo nível local, oferecendo aos pacientes atendimento intermediário entre o ambulatório de a internação no hospital. Além disso, são uma porta de entrada para as ações relativas à saúde mental, atendendo dessa forma indivíduos provenientes de outros campos da saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou de internação hospitalar.

Ressalta-se, porém, que a Portaria GM 224/92 proíbe a existência de locais restritivos, exigindo o resguardo da inviolabilidade da correspondência das pessoas internadas e o registro adequado das ações diagnósticas e terapêuticas efetuadas nas mesmas.

Embora regulamentassem as novas ações de atenção diária, as novas normas do Ministério da Saúde do ano de 1992, não instituíam uma linha específica

de financiamento para os CAPS e NAPS, como também, as regras para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam instrumentos sistemáticos para a diminuição de leitos. O processo de diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos e a não institucionalização de indivíduos com longo período de internação ganha força no ano de 2002 com uma série de normas do Ministério da Saúde, instituindo etapas para a redução de leitos psiquiátricos a partir dos macro-hospitais. (BRASIL, apud, MOURA, 2011).

Por outro lado, com base na Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000 prevê a institucionalização dos Serviços Residenciais Terapêuticos definidos como moradias ou casas incluídas, de preferência, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de doenças mentais e internações psiquiátricas de longa duração, que não tenham apoio social e laços de famílias e, que viabilizem sua inclusão na sociedade.

Dessa forma, a Portaria 106 propõe as Residências Terapêuticas como sendo um mecanismo de assistência que substitui a internação psiquiátrica duradoura, levando em conta que cada paciente transferido do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica será diminuído ou descredenciado do SUS, igual seja o número de leitos naquela unidade hospitalar. No entanto, é apenas no ano de 2001 que a Lei 10.216, do deputado Paulo Delgado é sancionada no Brasil. E isto só aconteceu graças a um substitutivo do Projeto de Lei original, que trouxe importantes mudanças no texto normativo.

Já a Lei Federal de nº 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, oferece tratamento em serviços de base comunitária, mas não institui instrumentos claros para a progressiva extinção dos manicômios.

Por isso, que no final do ano de 2001, na capital federal, após a promulgação da Lei nº 10.216 é convocada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, elemento fundamental de participação de controle social.

Esta Lei trouxe à tona novas mudanças para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, pois foi com a existência desta Lei e da realização da Conferência acima mencionada que o Governo Federal, em conjunto com as normas da Reforma Psiquiátrica se consolida e ganha novo ânimo e sustentabilidade. Então, o Ministério da Saúde cria linhas específicas de financiamento para os serviços abertos em substituição ao hospital psiquiátrico, e assim, são criadas também novas

formas de fiscalização, gestão e diminuição programada de leitos psiquiátricos no país. (BRASIL, apud, MOURA (2011).

De acordo com o Relatório Final da III Conferência houve um pacto em relação às propostas da Reforma Psiquiátrica, bem como, os princípios, diretrizes e metodologias para a mudança da atenção em saúde mental no país. Em virtude disso, a Reforma Psiquiátrica serviu apenas como política de governo, onde os CAPS são considerados modelos assistencialistas, que defende uma política de saúde mental para os dependentes de álcool e outras drogas, estabelecendo o controle social para que a Reforma Psiquiátrica avance no Brasil.

Servindo-se da Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002 o governo estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPSi, definindo-os por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Já a Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002 estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS, bem como, estabelece ainda que os hospitais psiquiátricos integrantes do SUS deverão ser avaliados por meio do PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria.

No dia 31 de Julho de 2003, foi instituída a Lei Nº 10.708, que trata do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social fora de unidade hospitalar de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas. Este auxílio faz parte de um programa que socializa pessoas internadas em hospitais ou unidades psiquiátricas, intitulado "De Volta Para Casa", tendo como entidade responsável o Ministério da Saúde.

A Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004 institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. Propõe também que o processo de mudança do modelo assistencial deve ser conduzido de modo que garanta uma transição segura, onde a diminuição dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário.

Porém, houve uma grande diminuição de leitos psiquiátricos no Brasil e o fechamento de diversos hospitais psiquiátricos, e isso se deu graças a aplicabilidade do Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria

(PNASH/Psiquiatria); do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH); da instituição do Programa de Volta para Casa e da expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas

Aconteceu em São Paulo, no ano de 2004, o primeiro Congresso Brasileiro de Centros de Atenção Psicossocial, onde do mesmo participaram dois mil trabalhadores e pacientes de CAPS. BRASIL, apud, MOURA (2011). Ressalta-se que no mês de fevereiro de 2005, a Portaria nº 245 destina incentivo financeiro para fixação de Centros de Atenção Psicossocial e a Portaria nº 246 destina incentivo financeiro para implantação de Serviços Residenciais Terapêuticos.

Complementando, a Portaria nº 1.876 de 14 de Agosto de 2006 designa Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem fixadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. E a Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006 institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinclusão socialmente os usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas, bem como, define crimes e dá outras providências.

5.3 O PAPEL DOS CAPS NA ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Na política atual de saúde mental do Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial são mecanismos estratégicos para se organizar a rede de atenção em saúde mental, no entanto, com a fundação desses espaços, fica mais fácil criar uma rede que substitua os hospitais psiquiátricos no país, esses mecanismos foram simplesmente criados para organizar a rede municipal de atenção a indivíduos com mudanças mentais severas e persistentes. BRASIL (2007).

Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos e comunitários com atendimento no dia a dia, eles devem estar ligados ao convívio social (família, escola, trabalho, igreja) daquelas pessoas que os frequentam, a inclusão social das pessoas tem que ser estruturado a partir do CAPS, mas sem perder de vista a comunidade, o principal objetivo dos Centros de Atenção Psicossocial é de atender a população, realizando o acompanhamento clínico e a inclusão social dos

indivíduos no que se refere ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis, bem como fortalecer os laços familiares e comunitários. BRASIL (2007).

Como o CAPS assume um papel estratégico importante na organização da rede comunitária de cuidado, ele é o responsável por direcionar o local das políticas e programas de Saúde Mental no que tange ao desenvolvimento dos projetos terapêuticos e comunitários, bem como, dispensa medicação e acompanha pessoas que moram em residências terapêuticas, sendo apoio para os Agentes Comunitários de Saúde – ACS – e para a Estratégia Saúde da Família – ESF. BRASIL (2004).

Por outro lado, cada pessoa que é atendida no CAPS tem um projeto terapêutico individual, o qual respeita a sua particularidade, personaliza o seu atendimento fora ou dentro da unidade, propondo-lhe ações durante o período em que a mesma estiver no serviço, no decorrer deste serviço, o CAPS pode oferecer ao usuário: atendimento Intensivo, atendimento Semi-Intensivo e atendimento Não-Intensivo, de acordo com a Portaria GM 336/02.

É bom lembrar que os serviços de atenção psicossocial têm mostrado outras realidades, como por exemplo, as teorias e os modelos prontos de atendimento cada vez mais vão se tornando insuficientes devido às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. BRASIL (2004).

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia – CFP (2009) e através do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) foi feito um relatório onde expuseram sobre a atuação dos psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial, no qual foi abordada as principais dificuldades encontradas no trabalho nos CAPS, entre elas podemos destacar: a ausência de políticas locais (municipais e estaduais) e de investimentos nos CAPS e nos equipamentos de saúde mental, dificuldades na articulação com o Ministério da Saúde, a não implantação dos Centros em alguns municípios, a falta de recursos, a permanência de um modelo de atenção centrado na figura do médico, e resistência por parte de alguns psiquiatras que são contrários à Reforma Psiquiátrica.

Conforme o CFP (2009) em alguns CAPS falta espaço físico adequado, recursos materiais e humanos, além disso, a falta de acessibilidade em alguns Centros prejudica os indivíduos que são portadores de alguma necessidade especial, como também, há ambientes que não garantem as pessoas um atendimento de qualidade.

De acordo com PRAZERES e MIRANDA, apud, MOURA (2011) as pessoas que trabalham na saúde e que estão inseridas nas funções substitutivas ainda trazem consigo os mesmos modelos das entidades psiquiátricas, pois, segundo os autores, esse fato demonstra os diversos entraves apresentados em encaminhar os indivíduos para o serviço substitutivo, o que significa dizer que o hospital psiquiátrico tende a permanecer com o usuário como se fosse o detentor do mesmo.

No entanto, é necessário que se pense numa reforma psiquiátrica de forma mais ampla e abrangente, onde se realize ações voltadas ao acesso do indivíduo à sociedade, emancipando-o ao meio pessoal e cultural, permitindo ao mesmo um olhar de igualdade e de liberdade. ALVARENGA e DIMENSTEIN, apud, MOURA (2011).

Convém lembrar ainda, que os autores acima citados alertam que para que ocorra uma real reforma psiquiátrica, é preciso que o especialista abandone seu lugar, colocando-se no lugar dos outros elementos inseridos com a reforma, no entanto, para eles, esta trajetória deve ser analisada com bastante atenção, pois deve se levar em consideração a reprodução de valores, a identidade e os preconceitos que estão atrelados às ideias de controle. ALVARENGA e DIMENSTEIN, apud, MOURA (2011).

6 METODOLOGIA

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo é do tipo quantitativo e qualitativo, de caráter descritivo que analisa os pacientes atendidos no CAPS da cidade de Itaituba no estado do Pará com o diagnóstico de depressão, o assunto em questão foi analisado, depois de uma vasta pesquisa em fonte de literaturas publicadas de forma escrita, livros, manuais, artigos e trabalhos científicos de diferentes autores, publicados e pesquisados na internet e disponibilizados pelos sites.

A metodologia quantitativa descritiva, segundo TEIXEIRA (2006), que definiu este tipo de pesquisa como um método dedutivo, baseados nos preceitos de igualdade entre verdade e evidência, da divisão de um problema em etapas para sua análise e do uso da lógica para a obtenção de conclusões, assim, pela lógica dedutiva, as conclusões são baseadas em princípios e leis e, com base no raciocínio lógico, procura-se observar as consequências específicas de uma teoria formulada.

As pesquisas qualitativas compreendem um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e codificar os componentes de um sistema complexo de significados, tem por objetivo traduzir o sentido dos fenômenos do mundo social, são estudos desenvolvidos no próprio local onde os dados são produzidos e não se propõem a quantificar nem medir, mas sim interpretar e compreender. (TRIVIÑOS, 2006, p.34).

6.2 LOCAL DA PESQUISA

Vale ressaltar, porém, que todos os textos foram publicados entre os anos de 2006 a 2016, além disso, para melhor esclarecer o assunto realizamos várias visitas ao CAPS do município de Itaituba, onde na ocasião selecionamos os prontuários conjuntamente com a enfermeira coordenadora que nos oportunizou o acesso nos arquivos, possibilitando o preenchimento de um formulário que identifica o perfil do paciente que sofre deste transtorno mental, dentre esses foram destacados 20% dos pacientes diagnosticados de depressão de onde extraímos informações para subsidiar nossa pesquisa.

O presente estudo desenvolverá uma pesquisa de campo através de um questionário, onde segundo VERGARA (2009), relata que esse método irá interagir

com o campo por uma série de questões a respeito de várias situações que o pesquisador deseja investigar e obter o resultado esperado.

Foi feita uma condensação das informações do formulário e utilizado para o desenvolvimento da pesquisa, ressalta-se que não consta a identificação do pesquisado, quanto ao tipo o questionário empregado para essa pesquisa é classificado na maioria em questões fechadas dicotômicas.

Para VERGARA (2009), afirma que questões abertas são perguntas que provocam respostas diversas, tanto no que diz respeito ao conteúdo, quanto à linguagem, já as questões fechadas dicotômicas são aquelas nas quais as respostas diferem entre duas alternativas proposta pelo pesquisador.

6.3 AMOSTRAGEM DO ESTUDO

A amostragem do referido estudo é correspondente a 20% (por cento) dos pacientes que apresentam algum tipo de depressão e são atendidos no Centro de Atenção Psicossocial de Itaituba, e foram extraídos os dados dos seus prontuários e, nos meses de fevereiro e março de 2016.

A amostra deste estudo foi composta de todos os pacientes com diagnóstico de depressão atendido no CAPS e cadastrado no período de Janeiro de 2013 a Dezembro de 2015. Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: serem usuários do CAPS e ter o diagnóstico de depressão, feito pelo clínico e/ou psiquiatra, conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID 10. Foram excluídos os que tinham seus prontuários preenchidos inadequadamente, com falta de informações relevantes para o presente estudo.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de pacientes com diagnóstico de depressão atendidos no CAPS Itaituba/PA era de 291 pacientes, sendo que destes foram excluídos 46, pela ausência de informações em seus prontuários, também constatamos que em relação ao Código de Doenças Internacional (CID), todos eram CID: F-32.

A análise estatística foi do tipo quantitativo de caráter descritivo, de 20% do total de 245 pacientes que corresponde a 100% dos usuários com depressão atendidos no CAPS no período delimitado de coleta.

Assim, a amostra foi de 49 usuários, que corresponde aos 20% (por cento), as variáveis pré-estabelecidas são baseadas nas informações registradas nos prontuários e formulários anexos de onde extraímos os dados. As variáveis estão apresentadas da seguinte forma:

Quanto à idade que as pessoas, conforme a análise dos dados coletados, prevaleceu à faixa etária dos 31 a 40 anos. (Tabela 1).

Idade			
Faixa etária	Frequência (%)	Faixa etária	Frequência (%)
10 a 20 anos	2,01% (1)	41 a 50 anos	24,50% (12)
21 a 30 anos	8,16% (4)	51 a 60 anos	18,38% (9)
31 a 40 anos	28,57% (14)	Acima de 60 anos	18,38% (9)

Tabela 1 – Frequência de idade.

Em relação ao sexo houve um predomínio do sexo feminino, com 83,68%. Quanto à moradia a maioria reside na zona urbana, com 93,88%. A grande maioria 95,92% mora com seus familiares e somente 4,08% residem sozinho. Em relação à ocupação 42,85% trabalham e 57,15% não trabalham e no que se refere à regularidade de adesão ao plano terapêutico 81,63% fazem acompanhamento regulamente e 18,37% não comparecem regulamente.

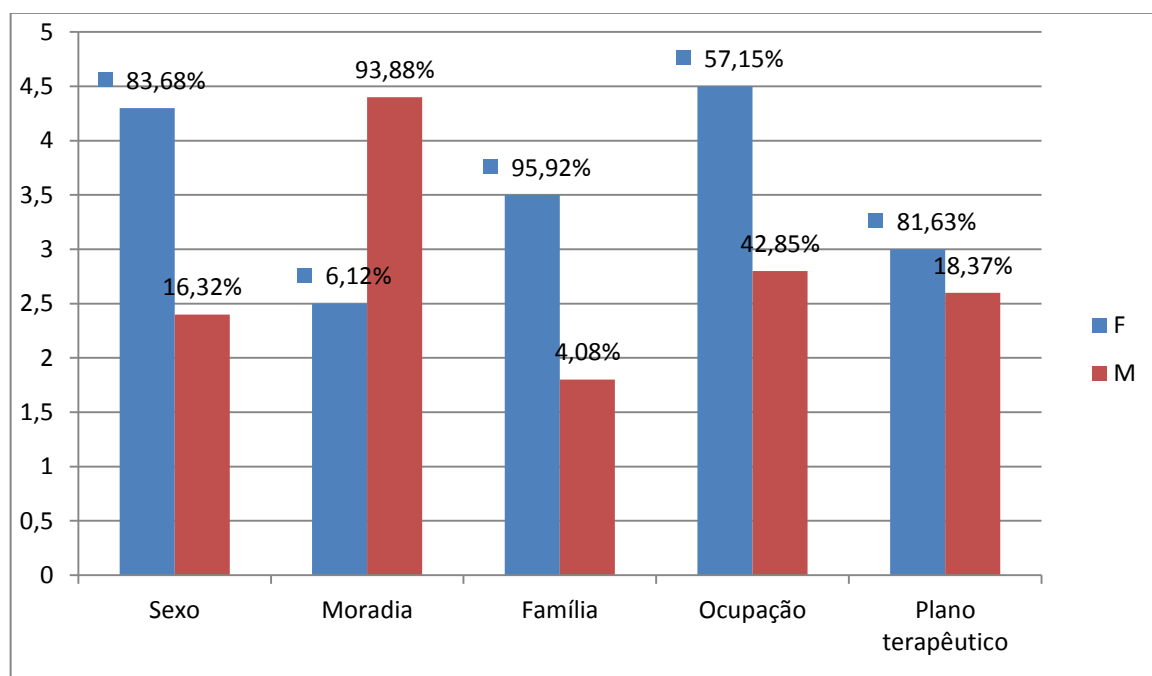
Sexo			
Masculino	16,32% (8)	Feminino	83,68 % (41)

Local de morada			
Zona urbana	93,88% (46)	Zona rural	6,12% (3)

Convivência familiar			
Família	95,92% (47)	Sozinho	4,08% (2)

Ocupação			
Trabalham	42,85% (21)	Não trabalham	57,15% (28)

Comparecimento/Plano terapêutico			
Regular	81,63% (40)	Não regular	18,37% (8)
Somente 1 abandonou o tratamento			

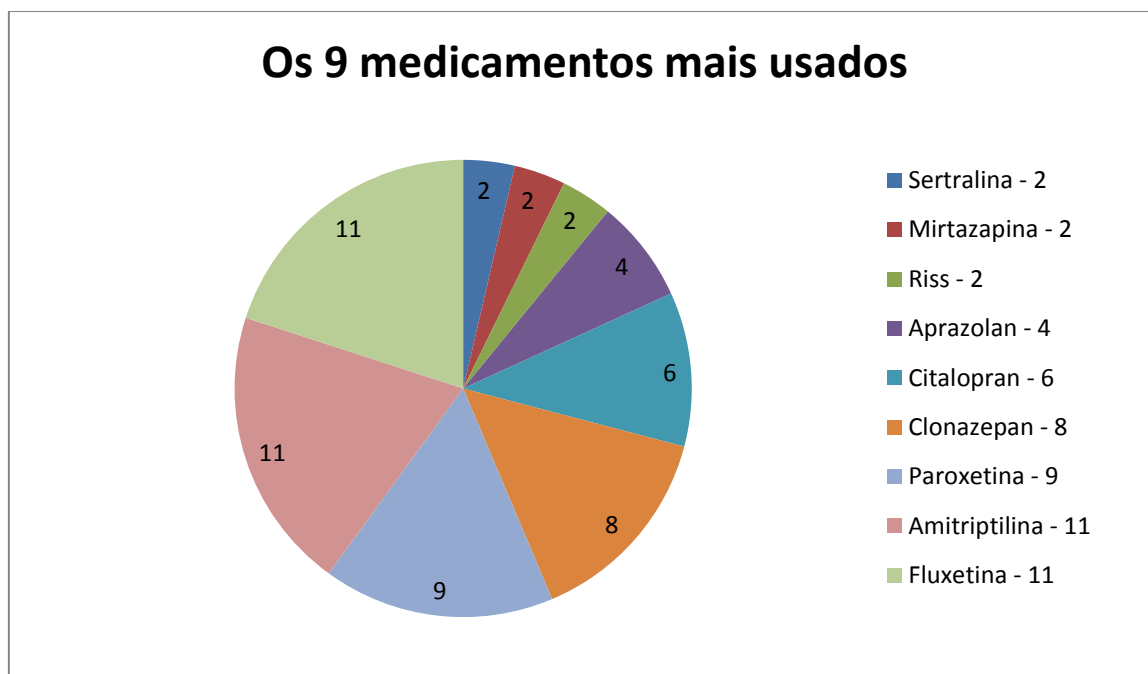


Quanto à idade que os pacientes estão desencadearam a depressão, conforme a análise dos dados coletados, prevaleceu à faixa etária dos 31 a 40 anos. (Tabela 2).

Idade x Diagnóstico			
10 a 20 anos	2,04% (1)	41 a 50 anos	22,44 (11)
21 a 30 anos	12,24% (6)	51 a 60 anos	18,36 (9)
31 a 40 anos	32,65 (16)	Acima de 60 anos	12,24 (6)

Tabela 2 – Frequência da idade de início da depressão.

Dentre os tipos de depressão que foram diagnosticados, o episódio depressivo não especificado (F. 32.9 conforme o CID –10) apresentou a maior porcentagem (22,12%) do total dos pacientes com transtorno depressivo, seguido pelos casos de episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos, que acometeu 19 pacientes da amostra, e da depressão leve (10,62%). Os dados na Tabela 2 apresentam os 09 medicamentos mais usados pelos pacientes pesquisados



Silva & Sá (2006) ainda sugerem que os esteroides sexuais influenciam no humor e na cognição, e afirmam que existem evidências de que haja diferenças marcantes dessas ações entre homens e mulheres. Essas diferenças podem ser causadas

pelas alterações hormonais, que tornam as mulheres mais vulneráveis (especialmente no parto e menopausa) ao acometimento da depressão (JUSTO; CALIL, 2006). Yukizaki et al (2007) fortalecem tal teoria, quando avaliaram mulheres acometidas por endometriose, que ao fazer tratamento com supressor hormonal, apresentavam sintomas depressivos.

Verificamos que a população mais acometida está na faixa dos 51 aos 60 anos. Este resultado está de acordo com o estudo realizado por Chellappa e Araújo (CHELLAPPA; ARAUJO, 2006a).

Estes autores observaram na amostra de 70 pacientes com o diagnóstico de depressão, atendidos no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário. Onofre Lopes, em Natal, o predomínio de mulheres (44 pacientes) de meia-idade.

Em nosso estudo verificou-se que um predomínio da amostra não apresentava vínculo empregatício. Segundo Gazalle et al (2004) tanto a ausência de trabalho quanto o excesso podem levar à depressão, o autor demonstrou em seu estudo que a prevalência dos sintomas depressivos em idosos residentes no Sul do Brasil, foi exacerbada naqueles que não apresentavam trabalho remunerado.

Dos pacientes depressivos avaliados neste estudo percebeu-se que 59,30% eram casados, o que não coincide com os estudos de Gazalle et al (2004) e Ramos (2007), que relatavam que os indivíduos sem companheiro ou que não moravam com cônjuge eram os mais acometidos pelos sintomas depressivos.

Com relação ao grau de instrução nosso estudo coincide como o de Oliveira e Freitas (2008), em análise do perfil socioeconômico de 40 pacientes atendidos no CAPS de Queixeramobin/Ceará, que observaram que 55% dos pacientes apresentavam apenas o ensino fundamental, enquanto a nossa pesquisa que avaliou apenas os pacientes depressivos, verificou que 62,84%, tinham este mesmo nível de escolaridade. Além disso, Chellappa e Araújo (2006a)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.876**, de 14 de agosto de 2006. Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2006.

BRASIL. **Portaria n 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Delibera sobre a reorientação do novo modelo de saúde mental no país e redefine as modalidades nos CAPS brasileiros. Brasília, 2002.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2010.

ALVERGA, Alex Reinecke de; DIMENSTEIN, Magda. **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura**. Interface (Botucatu) , Botucatu, v. 10, n. 20, 2006 .

Assunção SSM, Guimarães DBS, Scivoletto S. Depressão. Revista Brasileira de Medicina. 1998;55(7):459-69.

Assumpção-Junior FB. Tristeza e depressão: diagnóstico diferencial. *Pediatria Moderna*. 1998; 34(3):126-30.

BRASIL. **Portaria GM nº 224 de 29 de janeiro de 1992**. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília: Poder Executivo, 1992.

BRASIL. **Portaria/GM nº 106 de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. *Diário Oficial da União*. Brasília: Poder Executivo, 2000.

BRASIL. **Portaria/GM nº 251 de 31 de janeiro de 2002**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília: Poder Executivo, 2002.

BRASIL. **Lei Nº 10.708 de 31 de Julho de 2003**. Institui o auxílio reabilitação psicossocial - Projeto de Volta para casa. *Diário Oficial da União*. Brasília: Poder Executivo, 2003.

BRASIL. **Portaria nº 52, de 20 de janeiro de 2004**. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004. *Diário Oficial da União*. Brasília: Poder Executivo, 2004.

BRASIL. **Portaria nº 1.876 de 14 de Agosto de 2006**. Instituiu Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. *Diário Oficial da União*. Brasília: Poder Executivo, 2006.

BRASIL. Lei 11343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Um Outro Olhar:** Manual Audiovisual sobre Centros de Atenção Psicossocial e Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS:** Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria/GM 336 de 19 de fevereiro de 2002.** Estabeleceu as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD E CAPS i . Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

BAHLS, F. R. C. Depressão na adolescência: características clínicas. **Interação em Psicologia**, Universidade Federal do Paraná, v. 6, nº 1, p. 49-57, jan/ jun 2002.

BEAR, M. F., CONNORS, B. W., PARADISO, M. A. Atenção. In: BEAR, M. F., CONNORS, B. W., PARADISO, M. A. **Neurociências: desvendando o sistema nervoso** 3 ed. Porto Alegre: Artemed, 2008, cap 21, p 663 – 658.

Carlson NR. Fisiologia do comportamento. 7.ed. Barueri: Manole; 2002. p.544-55.

CARLSON, S. E. Docosahexaenoic acid and arachidonic acid in infant development. **Seminars in Neonatology**, 6:437-449, 2001.

CEP- Conselho Federal de Psicologia. Prática profissionais dos (as) psicólogos (as) nos centros de atenção psicossocial/ Conselho Federal de Psicologia- Brasília: CEP, 2009.

Chabrol H. A depressão do adolescente. São Paulo: Papirus Editora; 1990. 127p.

CHELLAPPA, S.L.; ARAÚJO, J.F. Transtornos do sono em pacientes ambulatoriais com depressão. **Revista de Psiquiatria Clínica**. v. 35 n.5, p. 233-238, 2006a.

CHARNEY, D. S.; MANJI, H. K. Life stress, genes and depression: multiple pathways lead to increased risk and new opportunities for intervention. **Sci. STKE**.;5:.225, 2004.

DOUGHER, M. J.; HACKBERT, L. Uma Explicação Analítico-Comportamental da Depressão e o Relato de um Caso utilizando Procedimentos Baseados na Aceitação. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 5, n. 2, dez. 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 06 jul. 2008.

DUMAN, R. S.; HENINGER, O. R.; NESTLER, E. L. A molecular and cellular theory of depression. **Arch Gen Psychiatry**. 54:597-606, 1997.

FERNANDES, Flora e MOURA, Joviane A. A Institucionalização da Loucura: enquadramento nosológico e políticas públicas no contexto da saúde mental (parte II) in: <http://artigos.psicologado.com/psiquiatria/> 2009

GONÇALVES, C.A.V. , MACHADO, A. L. Depressão, o mal do século: de que século? *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 298-304, abr/jun, 2007.

GUARIENTE, J. C. A. **Depressão: dos sintomas ao tratamento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 65p.

Corrêa ACO. **A fenomenologia das depressões: da nosologia psiquiátrica clássica aos conceitos atuais**. **Psiquiatria Biológica**. 1995;3(3):61-72.

Cordás TA, Sassi-Junior E. Depressão: Como diagnosticar e tratar. Revista Brasileira de Medicina. 1998;54(edição especial):61-8.

GAZALLE, F.K.; LIMA, M.S., TAVARES, B.F., HALLAL, P.C. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 38 n.3, p.365-371, 2004.

Stahl SM. Psicofarmacologia – Bases neurocientíficas e aplicações clínicas. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda; 1998. p.111-88.

JUSTO, L.P.; CALIL, H.M. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Revista de Psiquiatria Clínica**. v.33 n. 2, p. 74-79, 2006.

Louzã-Neto MR, Betarello SV. Depressão: como diagnosticar e tratar. Revista Brasileira de Medicina. 1994;50(edição especial):41-9.

BRASIL. **Lei 10216 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. Antigo Projeto de Lei Paulo Delgado. Diário Oficial da União. Brasília: Poder Executivo, 2001.

KLERMAN, G.; WEISSMAN, M.M.; FRANK, E.; KOCSIS, J.H.; MARKOWITZ, J.C.; MONTGOMERY, S. Evaluating Drug Treatments of Depressive Disorders in: **Clinical evaluation of psychotropic drugs: principles and guidelines**. Ed R.F. Prien and D.S. Robinson. Raven Press, Ltd. New York, 1994.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria**. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

MANGUIA, E. F.; MURAMOTO, M. Redes sociais e construção de projetos terapêuticos: um estudo em serviço substitutivo emsaúdemental. Ver. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. V. 18, n. 2,p. 54-62, maio/ago.,2007.

MAZURE, C. M., MACIEJEWSKI, P. K. The interplay of stress, gender and cognitive

style in depressive onset. **Arch. Womens Ment. Health.** 6:5-8, 2003.

National Institute of Mental Health. Depression traced do overactive brain circuit. 2004a. Disponível em:

www.nih.gov/news/pr/aug/2004/nimh-03htm. Acesso: 20.08.2004.

OLIVEIRA, C.P.A.; FREITAS, R.M. Aspectos da atenção farmacêutica no Centro de Atenção Psicossocial do município de Queixeramobim. **Infarma.** v.20 n.11/12, p. 24-26, 2008.

World Health Organization. WHO initiative on depression in public health. 2006b.

Disponível: http://www.who.int/mental_health/management/depression/depressionine n. Acesso em 01/05/2006.

RAMOS, M. Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. Revista do Departamento de Psicologia– UFF. v. 19 n. 2, p. 397-410, 2007.

Ramos HL. Depressão endógena. Programa Nacional de Atualização Médica Fontoura –Wyeth,0103,1984.

Scalco MZ. Terapêutica antidepressiva nos idosos. Revista Psiquiátrica Clínica. 1995;22(1):19-23.

SILVA, A.C.J.S.R.; SÁ, M.F.S. Efeitos dos esteroides sexuais sobre o humor e a cognição. **Revista de Psiquiatria Clínica.** v. 33 n. 2, p. 60-67, 2006.

Sonenreich CI, Estevão G, Friedrich S, Filho LMSAS. A evolução histórica do conceito de depressão. Revista ABP-APAL. 1995;17(1):29-40.

SADOCK, B.J.; SADOCK, V.A. Kaplan, Compêndio de psiquiatria. Ciência do comportamento e psiquiatria clínica. **ARTMED**, 9ª ed Porto Alegre: 2007.

SILVIA, C.P.; HADJICONSTANTINO, M. and NEFF, N.H.. Distribution of aromatic L-amino acid decarboxylase mRNA in mouse brain by in situ hybridization histology. **J Com Neurol** 336:1-15,1993.

SU, K.P. Omega-3 fatty acids in major depressive disorder. A preliminary double-blind, placebo-controlled trial. **European Neuropsychopharmacology**, v. 13, 267-271, 2003.

TENG, C. T., YANO, Y. Cognição e depressão: conceitos fundamentais. In: TENG, C. T., et al. **Depressão e Cognição**. São Paulo: Atheneu, 2009, Cap. 1, p 1-23.

USTUN, T. B. et al. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004; (184): 386-92.

YUKIZAKI, L.M.G.; et all. Depressão maior e supressão hormonal: resposta com a nortriptilina. **Revista de Psiquiatria Clínica**. V.34 n.5, p. 243-245, 2007.

Vilela JEM. Sintomas somáticos das depressões: *Psiquiatria Biológica*. 1996;4(2):95-9.

NESTLER, E. L. A molecular and cellular theory of depression. **Arch Gen Psychiatry**. 54:597-606, 1997.

Corrêa ACO. A fenomenologia das depressões: da nosologia psiquiátrica clássica aos conceitos atuais. *Psiquiatria Biológica*. 1995;3(3):61-72. In: CANALE, A.; FURLAN, M. M. D. P. **Depressão**. Maringá, UEPR, 2006. ok

Ramos HL. Depressão endógena. Programa Nacional de Atualização Médica Fontoura – Wyeth, 01-03, 1984. In: CANALE, A.; FURLAN, M. M. D. P. **Depressão**. Maringá, UEPR, 2006. ok

DOUGHER, M. J.; HACKBERT, L. Uma Explicação Analítico-Comportamental da Depressão e o Relato de um Caso utilizando Procedimentos Baseados na Aceitação. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, São Paulo, v. 5, n. 2, dez. 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br>> Acesso em: 06 jul. 2008. In: SILVEIRA,

F. A. S.; MAGALHÃES, K. A. **O papel dos estilos parentais na depressão infantil.** Apucarana-PR, 2010. ok

FILHO, José Waldo Saraiva Câmara. **Atividade Atencional no Indivíduo Portador de depressão.** Recife: UFPE, 2012.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica.** Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MIGUEL, E. C. et al. **Espectros psicopatológicos em psiquiatria:** implicações para o tratamento. Higianópolis, SP: Solvay Farma, 2003. In: OLIVEIRA, M. A. **O Suicídio no Estado do Ceará: Estudo de Epidemiologia Ecológica.** Fortaleza- CE, 2010. ok

MOURA, J. A. **História da Assistência à Saúde Mental no Brasil: da Reforma Psiquiátrica à construção dos mecanismos de Atenção Psicossocial.** Psicologia. Com / 2011. Disponível em: <http://www.psicologado.com/psicologia-geral.htm>. Acesso em: 11 fev 2016.

KAPLAN, H. I.; OLIVEIRA, M. A. **O Suicídio no Estado do Ceará: estudo de Epidemiologia Ecológica.** Dissertação para o Curso de Mestrado Acadêmico de Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programas da Saúde.** 2006.

OLIVEIRA, Jorge Leite de. **Manual de Psiquiatria, 7ª edição.** 2010.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. K.; KLERMAM, G.; RODRIGUES, Lais Soares. **Efeito do Inibidor da síntese de Serotonina, p-clorofenilalanina HCl (PCPA), Sobre o Comportamento de Ratos Wistar submetidos à Suplementação com Ácidos graxos Poliinsaturados da Família ômega 3 durante as Fases de Gestação e Lactação.** Curitiba: UFPR, 2011.

SILVEIRA, F. A. S.; MAGALHÃES, K. A. **O Papel dos Estilos Parentais na depressão Infantil.** 2010

TENG, C. T.; YANO, Y.; USTUN, T. B. et al. PEREIRA, Viviane da Paz Cavalcante; FILHO, José Waldo Saraiva Câmara. **Atividade Atencional no Indivíduo Portador de depressão**. Recife: UFPE, 2012.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2006.

APÊNDICE

APÊNDICE I



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA
FACULDADE DE ITAITUBA
CURSO DE BACHAELADO EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO

Este questionário tem o objetivo conhecer O Perfil do Paciente com Depressão Atendido no CAPS entre os anos de 2013 a 2015. O questionário é anônimo, será realizada pesquisa de dados nos prontuários dos pacientes atendidos neste centro.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Sexo: Masculino () Feminino ()

2. Idade: 10 a 20 anos _____. 41 a 50 anos _____.
 21 a 30 anos _____. 51 a 60 anos _____.
 31 a 40 anos _____. Acima de 60 anos _____.

3. Mora na zona urbana () rural ()

4. Quantos anos tinham quando foi diagnosticado com depressão?

10 a 20 anos _____. 41 a 50 anos _____.
 21 a 30 anos _____. 51 a 60 anos _____.
 31 a 40 anos _____. Acima de 60 anos _____.

5. Qual foi a causa ? CID : F 32

6. Mora com quem ?

Pai () mãe () avós () marido () filhos ()

7. Possui alguma ocupação?

SIM () NÃO ()

8. Faz acompanhamento regularmente?

SIM () NÃO ()

9. Quais são as drogas utilizadas no tratamento.

10. Aceita bem o tratamento?

SIM () NÃO ()

11. Participa das terapias de grupo ofertadas pelo CAPS?

SIM () NÃO ()

12. Realiza as consultas de rotina.

SIM () NÃO ()

APÊNDICE II



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA
FACULDADE DE ITAITUBA
CURSO DE BACHAELADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente estudo denominado O Perfil do Paciente com Depressão Atendido no CAPS entre os anos de 2013 a 2015, no município de Itaituba-PA, tem por objetivo Identificar o perfil do paciente com depressão atendido no CAPS do Município de Itaituba entre os anos de 2013 a 2015, na perspectiva da dimensão coletiva, como elemento indicador de sofrimento psíquico no mundo atual. Considerando que o CAPS, constitui-se com uma porta de entrada ao SUS, faz-se necessário que a equipe de Enfermagem esteja capacitada para essa clientela tão especial. Nesta ótica, levando em consideração o ponto de interrogação arraigado acerca dos questionamentos, considero relevante responder as perguntas que surgem, e do mesmo modo reconhecer a postura, as dificuldade existente no atendimento dos pacientes diagnosticados com depressão.

A sua participação nesse estudo consiste em responder a um questionário cujo objetivo Identificar o perfil do paciente com depressão atendido no CAPS do Município de Itaituba entre os anos de 2013 a 2015, na perspectiva da dimensão coletiva, como elemento indicador de sofrimento psíquico no mundo atual, estes dados serão guardados por um período de 5 anos.

Não fora identificado risco ou desconforto decorrente de sua participação neste estudo.

No caso de quaisquer dúvidas ou questionamentos você poderá contatar a pesquisadora principal dessa pesquisa, RIVANILCY DE SOUZA VARJÃO, pelo telefone 991553231, assim como seu orientador ADRIANO COUTINHO, pelo telefone 991826334 ou ainda com a Secretaria do comitê de Ética em Pesquisa da UEPA pelo telefone (93) 3512-8013.

Sua participação neste estudo é voluntária, tendo você o direito de a qualquer momento recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação neste estudo, sua recusa não implicará em qualquer prejuízo. Será garantido a manutenção de sua privacidade e confidencialidade. Os resultados desta pesquisa serão utilizados para fins de pesquisa sobre a temática e serão publicados ou apresentados em eventos científicos, sendo que você poderá ser informado sobre os resultados da pesquisa se assim o desejar.

Este termo de consentimento possui duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e a outra será arquivada com a pesquisadora.

PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA

Eu, _____, declaro que fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e que pude esclarecer minhas dúvidas. Tenho conhecimento de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e de interromper minha participação se assim o desejar.

Em caso de dúvida poderei contatar a qualquer momento a pesquisadora RIVANILCY DE SOUZA VARJÃO, pelo telefone 93 991553231, assim como seu orientador -----, pelo telefone 991826334, ou ainda coma a Secretária do comitê de Ética em Pesquisa da UEPA pelo telefone (93) 3512-8013.

Declaro que concordo em participar desse estudo e que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

ITAITUBA, ____ de _____ de 2016.

Participante

Pesquisador(a)