FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ALÉM PARAÍBA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DANNYELE ARAUJO GENOVEZ

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DEPRESSIVO RELACIONADO AO USO ABUSIVO DE NARCÓTICOS

Além Paraíba

2020

DANNYELE ARAUJO GENOVEZ

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DEPRESSIVO RELACIONADO AO USO ABUSIVO DE NARCÓTICOS

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (TCC)

BACHAREL - CURSO DE ENFERMAGEM

COORDENADOR PROF: GLEIDSON ROBERTO SANTOS COSTA

ORIENTADOR - PROF. ANTÔNIO CARLOS DE SOUZA RIBEIRO

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO

ALÉM PARAÍBA, DEZEMBRO/2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Dannyele Araújo Genovez.

Assistência de enfermagem ao paciente depressivo relacionado ao uso abusivo de narcóticos

Assistência humanizada no CAPS

Nº de folhas: 36

Bacharel em Enfermagem - Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro – FAC-SAÚDE ARTHE, mantida pela Fundação Educacional de Além Paraíba - FEAP.

Coordenador do Curso: Gleidson Roberto Santos Costa

Professor Titular – Douglas Pereira Senra

Prof. Orientador – Antônio Carlos de Souza Ribeiro

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE DEPRESSIVO RELACIONADO AO USO ABUSIVO DE NARCÓTICOS

DANNYELE ARAUJO GENOVEZ

MONOGRAFIA APRESENTADA A FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE ARCHIMEDES THEODORO MANTIDA PELA A FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE ALÉM PARAÍBA – FEAP, COMO REQUISITO PARCIAL À OBTENÇÃO DO TÍTULO EM BACHAREL EM ENFERMAGEM.

BANCA EXAMINADORA:

_____
Douglas Pereira Senra
Prof. Titular

_____
Antônio Carlos de Souza Ribeiro
Prof. Orientador

_____
Gleidson Roberto Santos Costa
Prof. convidado Coordenador

_____
NOTA

APROVADA ☐ **APROVADA COM RESTRIÇÕES** ☐ **REPROVADA** ☐

_____

Gleidson Roberto Santos Costa
Prof. Coordenador do Curso de Enfermagem

Além Paraíba,_____ de _____2020

Agradeço primeiramente a Deus por ter me dado um amadurecimento e com ele força para chegar aonde nem eu mesma imaginei que seria capaz de chegar. A minha família por toda dedicação, minha mãe Miriam por todo zelo de ter escutado minhas explicações sobre a matéria tantas vezes, meu pai Valtencir por todas as noites em claro trabalhando para me ajudar a realizar esse sonho, minha irmã Dannia por ser sempre compreensiva e me acalmar nos dias mais exaustivos, meu irmão Dênner por ter sido o inicio desse sonho me levando pra fazer o vestibular, meus padrinhos Amauri e Neusa por serem meus segundos pais e me apoiarem em todos os projetos, minha eterna gratidão a vocês que estiveram ao meu lado durante esses cinco anos me apoiando e não permitindo que eu desistisse mesmo quando eu não tinha mais forças, vocês são o alicerce dessa realização.

Aos amigos verdadeiros, Larissa, Kahê, Raissa, Raphael, Suyanne e Fabricio, vocês que são a segunda família, alguns perto e outros longe, mas ainda assim presentes e participativos, sempre torcendo por mim e comemorando cada período concluído junto comigo.

Aos amigos que fiz na faculdade e foram companheiros dessa jornada, seguimos nos apoiando e os levarei comigo pro resto da vida.

Só gratidão por todo esse esforço não ter sido em vão, por cada vitoria conquistada uma a uma, é com coração cheio de orgulho de mim mesma que hoje eu olho pra trás e vejo que meus esforços valerão apena. Obrigada Deus, pela vida, pela saúde, pela inteligência e por todas as portas que se abriram.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Antônio Carlos de Souza Ribeiro, pela orientação e enriquecimento acadêmico, contribuindo para o desenvolvimento deste trabalho.

Aos Professores do Curso de Enfermagem da Fac-Saúde ArTHe - Além Paraíba pelas contribuições para enriquecer minha formação profissional.

Se a doença é colocada entre parênteses, o olhar deixa de ser exclusivamente técnico, exclusivamente clínico. Então, é o doente, é a pessoa o objetivo do trabalho e não a doença. Desta forma, a ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas no processo de invenção da saúde e de reprodução social do usuário.

(AMARANTE, 2007).

RESUMO

GENOVEZ, Dannyele Araujo. **Assistência de enfermagem ao paciente depressivo relacionado ao uso abusivo de narcóticos.** Além Paraíba. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, 2020.

A presente pesquisa tem como tema a depressão relacionada ao uso abusivo de narcóticos e os impactos causados devido à doença. Devido a esta situação que acomete muitos indivíduos, assistência humanizada de enfermagem nos centros de atenção psicossocial (CAPS) aos pacientes portadores de algum tipo de sofrimento psíquico, oferece atendimento aos usuários, através de acompanhamento clínico e das atividades terapêuticas. Foi proposto como questão de pesquisa: qual a importância da participação dos Enfermeiros, através das consultas de enfermagem, na inserção e na assistência individualizada dos usuários no CAPS, dentro das temáticas das ações coletivas desenvolvidas no tratamento do transtorno mental? A hipótese sustentada é que a atuação do enfermeiro, inserido no dispositivo de atenção e cuidados dos pacientes portadores de transtorno mental (CAPS), é um importante instrumento na promoção da reinserção social e familiar do paciente com sofrimento e necessidades de cuidados e acolhimento que lhes são particulares. A pesquisa teve como objetivos discutir sobre a participação do Enfermeiro nas ações coletivas de terapias ao pacientes do CAPS e refletir sobre o processo de acolhimento envolvendo a humanização como um saber fazer do Enfermeiro. Como procedimento metodológico, utilizou-se de uma pesquisa teórica, dividida em três capítulos. No primeiro, enfatiza a Saúde Mental e a criação do CAPS. O segundo capítulo aborda depressão e no terceiro capítulo destaca a assistência humanizada de enfermagem nos CAPS. Assim, é importante a assistência de enfermagem reconhecendo as necessidades do paciente e família, com suporte emocional, além de terapêutico.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Assistência humanizada. Centro de atenção psicossocial. Depressão.

ABSTRACT

GENOVEZ, Dannyele Araujo. **Assistência de enfermagem ao paciente depressivo relacionado ao uso abusivo de narcóticos.** Além Paraíba. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, 2020.
da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, 2020.

This research has as its theme the depression related to the abuse of narcotics and the impacts caused due to the disease. Due to this situation that affects many individuals, humanized nursing assistance in psychosocial care centers (CAPS) for patients with some type of psychological distress, offers care to users, through clinical monitoring and therapeutic activities. It was proposed as a research question: what is the importance of Nurses' participation, through nursing consultations, in the insertion and individualized assistance of users in CAPS, within the themes of collective actions developed in the treatment of mental disorder? The sustained hypothesis is that the role of the nurse, inserted in the care and care device of patients with mental disorders (CAPS), is an important instrument in promoting the social and family reintegration of patients with suffering and the needs of care and reception that they receive. are private. The research had as objectives to discuss about the participation of the Nurse in the collective actions of therapies to the patients of the CAPS and to reflect on the welcoming process involving the humanization as a know-how of the Nurse. As a methodological procedure, a theoretical research was used, divided into three chapters. In the first, it emphasizes Mental Health and the creation of CAPS. The second chapter addresses depression and the third chapter highlights humanized nursing care at CAPS. Thus, nursing care is important, recognizing the needs of the patient and family, with emotional support, in addition to therapeutic support.

KEYWORDS: Nursing. Humanized assistance. Psychosocial care center. Depression.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO……..…….....10

1 SAÚDE MENTAL E ADOECER PSÍQUICO.....13

1.1 Breve histórico sobre a saúde mental no Brasil.....14

1.2 Política nacional de saúde mental.....16

1.3 Centros de atenção psicossocial – CAPS.....17

2 DEPRESSÃO.....21

2.1 Sintomas.....22

2.2 Causas.....25

2.3 Diagnóstico.....26

3 ASSISTÊNCIA HUMANIZADA.....29

3.1 Acolhimento no CAPS.....30

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....33

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....34

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como tema a depressão relacionada ao uso abusivo de narcóticos e os impactos causados devido à doença. O interesse pelo tema surgiu por uma necessidade pessoal, de conscientizar as pessoas a se atentarem para a importância do cuidado e o apoio emocional de pessoas com dependência química, que ao longo dos anos de uso abusivo, desencadearam a depressão.

Por questões pessoais, por já ter convivido com uma pessoa nessa situação, é importante que alguém próximo possa perceber e estar atento a esta patologia, que não veja a dependência química como uma escolha de vida, tratando-o o indivíduo de forma preconceituosa, sem respeito e sim, como indivíduo que necessita de ajuda.

Devido a esta situação que acomete muitos indivíduos, independente de gênero, acarreta sofrimento não só para ele, mas para toda a família, o desejo de pesquisar sobre o assunto, vem ao longo da graduação, em busca de formas de amenizar as consequências que esta doença causa.

Conforme descreve o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2003), dependência química é caracterizada como uma doença crônica , com comportamentos impulsivos e recorrentes, com presença de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando o uso continuo de substancias entorpecentes, mesmo quando o mesmo pode reconhecer as conseqüências negativas que ela traz.

Devido a um crescimento avançado do consumo de drogas no Brasil, consequentemente seus impactos também crescem desordenadamente, sendo comum que o uso de substâncias entorpecentes induza à depressão.

Estudos apresentados por Tavares, Béria e Lima (2004) indicam que a adolescência é uma época de vulnerabilidade e o consumo de substâncias ocorre justamente pele desejo dos jovens de serem aceitos no grupo, o que impulsiona experimentar. Muitos adolescentes experimentam e não dão continuidade ao uso, porém, outros permanecem e, no processo de desenvolvimento, com o uso de drogas ilícitas, acaba trazendo interferências negativas, o que interfere em seu processo de desenvolvimento e que pode trazer consequências sérias para a vida desses indivíduos.

O tema tem sua relevância, uma vez que o indivíduo que sofre, quanto sua família necessitam de atendimentos em suas reais necessidades e os profissionais de enfermagem pode e deve reconhecer e fazer com que sejam respeitados, com uma assistência humanizada.

E a assistência humanizada de enfermagem nos centros de atenção psicossocial (CAPS) aos pacientes portadores de algum tipo de sofrimento psíquico, oferece atendimento aos usuários, através de acompanhamento clínico e das atividades terapêuticas efetuadas por equipes multidisciplinares. A preocupação básica da política de saúde mental, representada pelos CAPS é a reinserção social destes pacientes pelo acesso à vida em comunidade, ao lazer, com o exercício de seus direitos civis e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Ou seja, uma política que visa a ressocialização, a não segregação e não discriminação, numa tentativa de minimizar o preconceito.

A enfermagem tem um papel fundamental, por ser uma profissão que busca promover o bem-estar do ser humano, considerando sua liberdade, sua unicidade e dignidade. Para tal, a humanização do atendimento em saúde mostra-se relevante e consoante com a política atual, não só de saúde mental, mas de saúde como um todo, uma vez que a constituição de um atendimento de qualidade é calcada em princípios como a integralidade da assistência, considerando o sujeito dentro da sua totalidade.

A pesquisa se mostrou de fundamental importância, uma vez que os transtornos mentais estão dimensionados dentro da esfera da saúde pública, com mais ênfase a partir da Lei Federal nº 10.216 de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), que trata dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e do redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental. Portanto, torna-se importante, então, para a assistência de enfermagem dar orientações durante as visitas domiciliares, informações à família sobre os fatores e riscos relacionados, bem como vivenciar, junto ao paciente, todas as questões relacionadas à garantia desses direitos.

Frente a isto, foi proposto como questão de pesquisa: qual a importância da participação dos Enfermeiros, através das consultas de enfermagem, na inserção e na assistência individualizada dos usuários no CAPS, dentro das temáticas das ações coletivas desenvolvidas no tratamento do transtorno mental? A hipótese sustentada foi que a atuação do enfermeiro, inserido no dispositivo de atenção e cuidados dos pacientes portadores de transtorno mental (CAPS), é um importante instrumento na promoção da reinserção social e familiar do paciente com tal tipo de sofrimento e necessidades de cuidados e acolhimento que lhes são particulares. Além disso, o enfermeiro, junto à equipe multidisciplinar, participa ativamente na busca da construção de caminhos diminutos ao sofrimento dos estigmatizados.

A pesquisa teve como objetivos discutir sobre a participação do Enfermeiro nas ações coletivas de terapias ao pacientes do CAPS e refletir sobre o processo de acolhimento envolvendo a humanização como um saber fazer do Enfermeiro.

Como procedimento metodológico, utilizou-se de uma pesquisa teórica, onde as fontes de investigação foram livros, revistas científicas, artigos, sites da internet, argumentando a respeito do tema.

E, para exposição e argumentação do tema proposto, a pesquisa foi dividida em três capítulos. No primeiro, enfatiza a Saúde Mental e a criação do CAPS, sua legislação pertinente à Política Nacional de Saúde Mental, para um melhor entendimento da reestruturação da assistência psiquiátrica. O segundo capítulo aborda depressão e no terceiro capítulo destaca a assistência humanizada de enfermagem nos CAPS.

1 SAÚDE MENTAL E ADOECER PSÍQUICO

A saúde é uma condição não só física como também psíquica. Segundo Ávila (2002), a medicina não pode limitar-se basicamente ao estudo do organismo, mas sim, deve considerar as características psicológicas e, portanto, subjetivas, do paciente. É importante se pensar não em uma dualidade cartesiana corpo e mente, separados, mas em uma unidade que envolve, além do corpo físico, o equilíbrio psicológico, a carga emocional, além da qualidade das relações afetivas.

A medicina, ainda referenciando Ávila (2002), em uma visão mais ampla sobre o sujeito que adoece, deveria levar em conta, ao lado dos fatores propriamente físicos, bioquímicos ou infecciosos, uma sintonia com a subjetividade própria de cada um, buscando, então, uma qualidade no tratamento, que possa estabelecer uma maior confiança na relação entre médico e paciente.

De acordo com Iwasso (2005), cada sujeito tem uma história que merece, em todos os casos, ser considerada. Essa história constitui um todo e possui uma sequência de eventos que marcam o sujeito e constituem sua singularidade. Tal história não pode ser desprezada e é ela organiza um estilo de vida próprio a cada um. Também as relações afetivas particulares são determinantes, podendo interferir significativamente do adoecimento e no restabelecimento de um paciente.

Segundo Spadini e Souza (2006), o adoecer psíquico, do lado da psicose extraordinária e das grandes neuroses, além dos excessos da perversão, é facilmente percebido, pois em geral, seus sintomas são apresentados pelos indivíduos que adoecem como comportamentos fora daqueles normalmente aceitos pela sociedade.

Não sendo entendida, conforme Ávila (2002), pela comunidade comum como uma doença de causa já bem conhecida, tem sua definição pela determinação cultural e de valores, e não apenas por fatores biológicos. Existindo assim, o paradigma da exclusão social que se resume em isolamento dos doentes que não são aceitos dentro dos padrões habituais.

Para as autoras Spadini e Souza (2006), a doença mental permanece até hoje obscura perante a medicina, ou seja, não há uma causa que realmente explique esta doença tão estigmatizante.

Segundo Ávila (2002), ser doente não é somente sentir dor física, mas experenciar um conflito do indivíduo em sua totalidade, corpo e mente. Nesse sentido, a doença interfere no exercício normal da vida do indivíduo, implicando num obstáculo, numa dependência física e moral frente ao grupo social ao qual pertence.

Para os autores Jeammet, Reynald e Consoli (1982, p.277),

> O adoecimento do ser humano é uma das formas de expressão quando ele se encontra no limiar do sofrimento. Cabe ao profissional da área da Saúde, buscar compreender essa forma de linguagem. Foi a única maneira que o paciente encontrou para dizer que ele não está, absolutamente, conseguindo lidar, com um certo equilíbrio, com as situações difíceis da sua vida.

A doença, então, não é apenas algo que vem de fora, como um patógeno que afeta o sujeito por uma infecção, mas também um modo de o indivíduo expressar suas emoções e seus conflitos através da dor física, exteriorizando suas emoções, sua angústia, além do incômodo interior do seu ser.

Ávila (2002, p.106) comenta que,

> A doença é o modo da pessoa se expressar em circunstâncias adversas. É, pois, como suas outras manifestações, um modo de existir, ou de coexistir, já que o homem não existe, coexiste. E como o ser humano não é um sistema fechado, todo o seu ser se comunica com o ambiente, com o mundo, e mesmo quando, aparentemente não existe comunicação, isto já é uma forma de comunicação, como o silêncio, às vezes, é mais eloquente do que a palavra.

Seguindo este pensamento, a manifestação do indivíduo é um modo único, pessoal, que se apresenta na forma como sente a dor, o desamparo, o sofrimento, a angústia, o medo, que se manifesta em forma de doença, quer neurose, quer psicose.

No entendimento de Straub (2005), a saúde é um processo a ser adquirido e conquistado em todos os momentos da vida, assim como as potencialidades para as realizações. Ser saudável é uma conquista contínua e não algo definitivo e eterno. Logo, a saúde mental é inerente ao ser humano.

1.1 Breve histórico sobre a saúde mental no Brasil

A internação de pessoas portadoras de transtornos mentais no Brasil remonta à metade do Século XIX. Desde então, a atenção aos portadores de transtornos mentais foi quase sinônimo de internação em hospitais psiquiátricos especializados (AMARANTE, 2007).

Chamma e Forcella (2001, p.45) reforçam que, “os recursos que se dispunham para cuidar dos problemas mentais eram poucos e ineficazes e o tratamento continuava sendo inadequado. A internação era em manicômios e asilos”, onde permaneciam por longos períodos ou mesmo até o fim da vida. Utilizava-se nessa época, métodos cruentos e

arriscados, como algumas cirurgias altamente incapacitantes e também diversas tipos de choques.

> A partir dos anos 70, tem início experiências de transformação da assistência, pautadas no começo pela reforma intramuros das instituições psiquiátricas (comunidades terapêuticas) e mais tarde pela proposição de um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo do hospital especializado (AYRES, 2001, p.64).

Ayres (2001, p.64) ressalta que os hospitais psiquiátricos especializados, "concentrou-se nos centros de maior desenvolvimento econômico do país, deixando vastas regiões carentes de qualquer recurso de assistência em saúde mental".

Com a proclamação da Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988) em 1988, cria-se o Sistema Único de Saúde (SUS) e são estabelecidas as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre as quais a de saúde mental. O Ministério da Saúde, a partir da década de 90, define uma nova política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária (BRASIL, 2004).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil teve inicio no final dos anos 70. É um processo que visa mudança de valores e praticas sociais para uma melhor condição de vida dos pacientes psiquiátricos. A desinstitucionalização tem como objetivo a reinserção social dos pacientes. Para tanto foram criados Serviços Terapêuticos Substitutivos, em especial, as Residências Terapêuticas (BRASIL, 2005).

Consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental, e as recomendações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2001) contida na Carta de Caracas (1990), o Ministério da Saúde, a partir de então, define uma nova política de saúde mental que redireciona paulatinamente os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo de base comunitária. Incentiva-se a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública, de base territorial, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde, pela portaria n° 106/2000 (BRASIL, 2004) introduziu o Serviço de Residência Terapêutica no âmbito do SUS. A implantação da residência terapêutica exige laços entre gestor, comunidade, usuários, profissionais de saúde, rede social de apoio e o trabalho clínico com os moradores.

Da mesma forma, a Residência Terapêutica deve estar vinculada ao CAPS ou outro dispositivo ambulatorial especializado em saúde mental. Portanto, o suporte interdisciplinar deve considerar a singularidade de cada morador, e não apenas os projetos e ações baseados no coletivo (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na lei 10.216/01, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isso é que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. A Reforma psiquiátrica tem como princípio básico o respeito aos direitos das pessoas com transtornos mentais, buscando sua reintegração na vida familiar e comunitária (BRASIL, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), cerca de 400 milhões de pessoas, em todo o mundo, sofrem de perturbações mentais ou neurológicas, ou de problemas psicossociais, como o uso abusivo de álcool e drogas.

Amarante (2007) comenta que a exclusão social que a doença provoca resultado dos estigmas e preconceitos contra a doença mental, são barreiras que impedem os indivíduos e suas famílias de buscar ajuda, pelo medo de serem excluídos.

A Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2004) declarou o dia 07 de abril de 2001, o Dia Mundial de Saúde Mental, com o sentido de sensibilizar o público em geral e provocar uma mudança positiva na posição pública acerca da doença mental. A ideia é despertar a atenção para a questão da saúde mental e para a melhoria dos cuidados de saúde mental.

1.2 Política nacional de saúde mental

A Reforma Psiquiátrica Brasileira é um movimento sociopolítico ocorrendo no âmbito da saúde pública que, do ponto de vista da gestão de políticas públicas, consubstancia-se em uma legislação em saúde mental iniciada em 1990, com a Declaração de Caracas, aprovada por aclamação pela Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde (BALLONE, 2008).

A Política Nacional de Saúde Mental tem como uma das suas principais diretrizes a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica, objetivando uma redução gradual, pactuada e programada dos leitos psiquiátricos de baixa qualidade assistencial (BRASIL, 2004).

Apoiada na lei 10.216/02, a Política Nacional de Saúde Mental busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária, com uma rede de serviços e

equipamentos variados. Exemplos disso são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa, que oferece uma bolsa para egressos de longas internações em hospitais Psiquiátricos, também integra esta Política (BRASIL, 2004).

A rede de saúde mental pode ser constituída por vários dispositivos assistenciais que possibilitem a atenção psicossocial aos pacientes com transtornos mentais, segundo critérios populacionais e demandas dos municípios. Esta rede pode contar com ações de saúde mental na atenção básica, CAPS, serviços residenciais terapêuticos (SRT), leitos em hospitais gerais, ambulatórios, bem como com o Programa de Volta para Casa. Ela deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos na organização de sua porta de entrada e de sua regulação. Esta reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica implementou uma rede aberta e diversificada de atenção à saúde mental, o CAPS (BRASIL, 2004).

Segundo Ballone (2008), as ações de saúde mental devem ser organizadas a partir da constituição de núcleos de atenção integral na saúde da família e deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos para reforma psiquiátrica brasileira.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira precisa, também, criar um dispositivo para que tais vivências se transformem em experiências, ou seja, em saberes socialmente compartilhados, desenvolvendo capacidades de pesquisa em saúde mental. Para que isso ocorra é necessário que as vivências eminentemente práticas dos trabalhadores de saúde mental sejam narradas e registradas constituindo, dessa forma, um arquivo, parte fundamental da memória das práticas promovidas pela Reforma. Em outras palavras, é necessária a realização de um trabalho de autoria, junto aos trabalhadores de saúde mental, que implique um processo de transformação das vivências em experiências, passando pela narrativa escrita, pelo registro narrativo da prática (BALLONE, 2008).

Assim, procurou-se conduzir o processo de mudança do modelo assistencial de modo a garantir uma transição segura, onde a redução dos leitos hospitalares possa ser planificada e acompanhada da construção simultânea de alternativas de atenção no modelo comunitário.

1.3 Centros de atenção psicossocial - CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de acordo com a Portaria nº 336/GM (BRASIL, 2002), são estruturas terapêuticas e substitutivas à hospitalização integral, posicionando-se pelo acompanhamento ambulatorial e pela responsabilidade em atender

indivíduos com transtornos psiquiátricos graves, desenvolvendo programas de reabilitação e acolhimento psicossocial submetido à Lei 10.216/01 (BRASIL, 2001), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

Com a aprovação da referida lei supracitada, há uma preocupação constante em acolher e tratar essas pessoas, visando à melhoria, a cidadania e a proteção da pessoa acometida por tais transtornos. Com a ação das políticas públicas oficiais do Governo Federal, a municipalização das ações em saúde mental passa a ser estimulada nesse campo com vistas à criação e implantação de dispositivos de atenção extra-hospitalares de base comunitária que incluam os ambulatórios de psicologia nos Serviços de Saúde Pública (BRASIL, 2004).

Os CAPS, segundo Ayres (2001, p.65) 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 função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção 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 (AYRES, 2001, p.65).

É o surgimento destes serviços que passa a demonstrar a possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. 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 (AYRES, 2001).

Amarantes (2007, p.13) acrescenta, "Estes serviços devem ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico". Cabe aos CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território. O CAPS pretende ser o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2002).

São serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário às pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da

rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a singularidade, sua história e sua cultura (AYRES, 2001).

A posição estratégica dos CAPS como articuladores da rede de atenção de saúde mental em seu território é, por excelência, promotora de autonomia, já que articula os recursos existentes em variadas redes: sócio-sanitárias, jurídicas, sociais e educacionais, entre outras. A tarefa de promover a reinserção social exige uma articulação ampla, desenhada com variados componentes ou recursos da assistência, para a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários dos serviços. Os CAPS, no processo de construção de uma lógica comunitária de atenção à saúde mental, oferecem então os recursos fundamentais para a reinserção social de pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2004).

É função dos CAPS prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção 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 (BRASIL, 2002).

Cada usuário de CAPS deve ter um projeto terapêutico individual, isto é, um conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade, que personalize o atendimento de cada pessoa na unidade e fora dela e proponha atividades durante a permanência diária no serviço, segundo suas necessidades. Conforme o projeto terapêutico do usuário do serviço, o CAPS poderá oferecer seguindo as determinações da Portaria GM 336/02:

- Atendimento intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- Atendimento semi-intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;
- Atendimento não intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar.

Por isso, cada CAPS, por sua vez, deve ter um projeto terapêutico do serviço, que leve em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais dos CAPS, as iniciativas de familiares e usuários e o território onde se situa, com sua identidade, sua cultura local e regional (BRASIL, 2002).

2 DEPRESSÃO

Depressão é uma doença que se caracteriza por afetar o estado de humor da pessoa, deixando-a com um predomínio anormal de tristeza. Todas as pessoas, homens e mulheres, de qualquer faixa etária, podem ser atingidos. É uma doença marcada por mudanças extremas no comportamento, energia e ânimo de uma pessoa.

A depressão, de acordo com os Zanotti et al., (2003, p.36), "É uma doença do organismo como um todo, que compromete o físico, o humor e, em consequência, o pensamento".

A Depressão altera a maneira como a pessoa vê o mundo e sente a realidade, entende as coisas, manifesta emoções, sente a disposição e o prazer com a vida. Ela afeta a forma como a pessoa se alimenta e dorme, como se sente em relação a si próprio e como pensa sobre as coisas (BERNIK, 2002).

As pessoas com doença depressiva não podem, simplesmente, melhorar por conta própria e através dos pensamentos positivos, conhecendo pessoas novas, viajando, passeando ou tirando férias. Sem tratamento, os sintomas podem durar semanas, meses ou anos.

> A Depressão, de um modo geral, resulta numa inibição global da pessoa, afeta a parte psíquica, as funções mais nobres da mente humana, como a memória, o raciocínio, a criatividade, a vontade, o amor e o sexo, e também a parte física. Enfim, tudo parece ser difícil, problemático e cansativo para o deprimido (SILVA, 2001, p.1).

Os sentimentos depressivos, segundo Silva (2001), vêm do interior da pessoa e não de fora dela e é por isso que as coisas do mundo, as quais normalmente são agradáveis para quem não está deprimido, parecem aborrecedoras e sem sentido para o deprimido.

A Depressão é considerada, segundo Bernik (2002, p.1) é considerado como um mal funcionamento cerebral, pois: "A pessoa deprimida sabe e tem consciência das coisas boas de sua vida, pode até saber que os motivos para seu estado não são tão importantes assim, mas, apesar disso, mesmo sem desejar, continua deprimido".

O quadro da depressão é o mais variável possível, de acordo com a personalidade da pessoa deprimida. Da mesma forma, como cada um de nós reage diferente aos sentimentos, cada um terá uma maneira pessoal de manifestar sua depressão. Há pessoas que ficam caladas diante das suas preocupações, outras choram, outras contam suas dificuldades para todo mundo, outras sentem dor de estômago, alguns têm aumento da pressão arterial, enfim, cada um reagirá diferentemente diante de suas emoções (SILVA, 2001).

Para alguns acontece da depressão se manifestar através da Síndrome do Pânico, por exemplo, sem tristeza, sem desânimo e sem choro, enquanto, para outros, ela se apresenta sob a forma Típica, com tristeza, choro e apatia. Outros ainda podem apresentar sintomas físicos e assim por diante. Embora em todos os casos haja depressão, não se pode comparar sintomas (BERNIK, 2002).

A depressão proporciona ao paciente um estado que pode ser chamado de Inibição Psíquica Global, uma espécie de lentificação de todos os processos mentais, como uma preguiça cerebral geral. Isso acomete, por exemplo, o desempenho sexual, o apetite, que pode estar aumentado ou diminuído, a disposição e ânimo gerais, a capacidade de concentração e memória, a qualidade do sono. Essa baixa performance psíquica resulta em dificuldades para resolução dos afazeres do cotidiano e para tomar decisões (ZANOTTI et al., 2003).

A depressão, enquanto evento psiquiátrico, no entendimento de Silva (2001), é uma doença como outra qualquer que exige tratamento. Ninguém sabe o que um deprimido sente, só ele mesmo e talvez quem tenha passado por isso. Nem o psiquiatra sabe: ele reconhece os sintomas e sabe tratar, mas isso não faz com que ele conheça os sentimentos e o sofrimento do seu paciente.

Tanto os pensamentos quanto os movimentos parecem estar mais lentos. Para a pessoa deprimida tudo parece mais difícil e problemático. Parece não haver energia suficiente para a vida e até a vontade se compromete.

2.1 Sintomas

Os sintomas da depressão são muito variados, indo desde as sensações de tristeza, passando pelos pensamentos negativos até as alterações da sensação corporal como dores e enjôos. Segundo Bernik (2002, p.240), para se fazer o diagnóstico é necessário um grupo de sintomas centrais:

- Perda de energia ou interesse;
- Humor deprimido;
- Dificuldade de concentração;
- Alterações do apetite e do sono;
- Lentificação das atividades físicas e mentais;
- Sentimento de pesar ou fracasso.

Silva (2001); Bernik (2002) e Zanotti et al., (2003), apontam outros sintomas que podem vir associados aos sintomas centrais: pessimismo; dificuldade de tomar decisões; dificuldade para começar a fazer suas tarefas; irritabilidade ou impaciência; inquietação; achar que não vale a pena viver; desejo de morrer; chorar à-toa; dificuldade para chorar; sensação de que nunca vai melhorar; dificuldade de terminar as coisas que começou; sentimento de pena de si mesmo; persistência de pensamentos negativos; queixas freqüentes; sentimentos de culpa injustificáveis; boca ressecada, constipação, perda de peso e apetite, insônia e perda do desejo sexual.

Os sintomas depressivos, apesar de muito comuns, são pouco detectados nos pacientes de atendimento em outras especialidades, que não seja da área de psicologia e psiquiatria, o que permite o desenvolvimento e prolongamento desse problema comprometendo a qualidade de vida do indivíduo e sua recuperação (ZANOTTI et al., 2003).

Os sintomas corporais mais comuns, apontados por Silva (2001) e Bernardi (2007) são: sensação de desconforto no batimento cardíaco, constipação, dores de cabeça, dificuldades digestivas. Há também, os períodos de melhoria e piora, o que cria a falsa impressão de que se está melhorando sozinho, quando alguns dias, o paciente sente-se bem. Geralmente tudo se passa gradualmente, não necessariamente com todos os sintomas simultâneos.

De acordo com Bernardi (2007, p.259), “É difícil ver todos os sintomas juntos. Até que se faça o diagnóstico praticamente todas as pessoas possuem explicações para o que está acontecendo com elas, julgando sempre ser um problema passageiro”. Cuidar das tarefas habituais, trabalhar, dedicar-se a uma outra pessoa, cuidar de filhos, entre outros afazeres podem tornar-se apenas obrigações penosas, ou mesmo impraticáveis, dependendo da gravidade dos sintomas.

Os sintomas da Depressão são muito variados e muito diferente entre as diferentes pessoas. Por isso, é didático e válido considerar a existência de três sintomas depressivos básicos e suficientes para sua detecção, no entanto, estes sintomas básicos darão origem à infinitas manifestações desta alteração afetiva. Trata-se, esta tríade, de: Inibição Psíquica; e Estreitamento do Campo Vivencial (interesses) e, sofrimento Mora (BERNARDI, 2007).

Compete à sensibilidade do observador, relacionar um sentimento, um comportamento, um pensamento ou um determinado sintoma como sendo a apresentação pessoal e individual de um desses três sintomas básicos, dependendo da personalidade de cada um (KOCH, 2002, p.2).

> O Sofrimento Moral, ou sentimento de menos-valia, é um fenômeno marcante e desagradável na trajetória depressiva. Trata-se de um sentimento de autodepreciação, auto-acusação, inferioridade, incompetência, pecaminosidade, culpa, rejeição, feiúra, fraqueza, fragilidade e mais um sem-número de adjetivos pejorativos. A autoestima é a imagem valorativa que a pessoa tem de si mesma e na Depressão esta imagem está depreciada no aspecto que mais incomoda o paciente.

Dependendo do grau da depressão, de acordo com Koch (2002), o Sofrimento Moral aparece em graus variados, desde uma sutil sensação de inferioridade até profundos sentimentos depreciativos.

Outro fator que complica o diagnóstico é o fato do Sofrimento Moral nem sempre ser consciente. Muitas vezes a pessoa com baixa autoestima recorre a mecanismos de defesa que ofuscam seus verdadeiros sentimentos (KOCH, 2002).

Para Lopes, Faerstein e Chor (2003, p.1714), nas pessoas com importante traço de irritabilidade e agressividade na personalidade, o sentimento de baixa autoestima se manifesta com irritabilidade e agressividade, com comportamentos de superioridade ostensiva, tipicamente defensivas, com dificuldades gritantes em lidar com as frustrações, por exemplo: o cotidiano normal passa a irritar a pessoa com esses traços, seja com as filas, com palavras dirigidas à ela enfim. São pessoas que manifestam a sensação de estarem sendo agredidas de alguma forma, portanto, revidam com mais agressividade.

> Em pessoas naturalmente retraídas e introvertidas, a baixa autoestima se faz sentir com mais retraimento ainda, com mutismo e quietude preocupantes, com isolamento e extrema dificuldade em expor sentimentos. Por isso, muitas vezes, "preferem" a manifestação somática dessas emoções, transferindo para o orgânico os sentimentos não manifestados (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003, p.1714).

Em pessoas de personalidade ansiosa, a baixa autoestima faz com que os outros pareçam inimigos em potencial, capazes de depreciar, de julgar, de avaliar. Normalmente essa depreciação nasce na pessoa deprimida e é projetada nos outros, como se originassem dos outros. Portanto, nada mais sensato que apresentarem, esses pacientes, quadros fóbicos sociais, evitação, sintomas autossômicos, do Sistema Nervoso Autônomo, quando diante de outras pessoas, e assim por diante (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

Quando a Depressão adquire características muito graves e psicóticas, o Sofrimento Moral pode aparecer sob a forma de delírio. O prejuízo da autoestima proporcionado pela Depressão Grave ou Psicótica, pode ainda determinar uma ideação, onde a culpa adquire uma posição destacada (KOCH, 2002).

Para fins de diagnóstico, deve-se ter em mente que nas psicoses esquizofrênicas, onde freqüentemente aparece a ideação, a autoestima não se encontra perturbada como nos estados depressivos psicóticos. Esta observação pode auxiliar o diagnóstico diferencial entre uma Depressão com sintomatologia psicótica (ideação deliróide) e uma Psicose Esquizofrênica, com delírios (BERNARDI, 2007).

O Sofrimento Moral é considerado ainda o maior responsável pelo desfecho suicida das depressões severas. Aparece como uma prova doentia da incompetência do ser, de seu fracasso diante da vida e de sua falência existencial. Enquanto na Euforia a autoestima se encontra patologicamente elevada e as idéias de grandeza proporcionam uma aprazível sensação de bem-estar, na Depressão a pessoa se coloca numa das posições mais inferiores entre seus semelhantes (LOPES; FAERSTEIN; CHOR, 2003).

> A Inibição Global do organismo é um dos sintomas básicos da Depressão e se manifesta como uma espécie de freio ou lentificação dos processos físicos e psíquicos em sua globalidade, uma lassidão e lerdeza generalizada de toda a atividade corpórea, uma preguiça e fadiga difíceis de serem explicadas pelos exames médicos. Em graus variáveis, esta inibição geral torna o indivíduo apático, desinteressado, lerdo, desmotivado, com dificuldade em suportar tarefas elementares do cotidiano e com grande perda na capacidade em tomar iniciativas (KOCH, 2002, p.2).

Os campos da consciência e da motivação conforme Koch (2001) estão seriamente comprometidos, advindo daí a dificuldade em manter um bom nível de memória, de rendimento intelectual, de atividade sexual e até da agressividade necessária para tocar adiante o dia-a-dia, e a primeira idéia que os pacientes deprimidos têm, estimulados também pela família, é que seu mal estar pode resultar de alguma anemia, fraqueza, problema circulatório, justificando sua aparência de abatimento e de desinteresse.

Dessa forma, o relacionamento com outras pessoas pode tornar-se prejudicado, devido ao desinteresse por amizades e por convívio social, tendendo ao isolamento, dificultando, inclusive, a busca de ajuda médica.

2.2 Causas

As causas de depressão são múltiplas, de maneira que somadas podem iniciar a doença. Deve-se a questões constitucionais da pessoa, com fatores genéticos e neuroquímicos (neurotransmissores cerebrais) somados a fatores ambientais, sociais e psicológicos, como:

estresse, estilo de vida, acontecimentos vitais, tais como crises e separações conjugais, morte na família, climatério, crise da meia-idade, entre outros (KOCH, 2002).

A explicação mais provavelmente, de acordo com Silva (2001), Koch (2002) e Lopes, Faerstein e Chor (2003), é o desequilíbrio bioquímico dos neurônios responsáveis pelo controle do estado de humor. Esta afirmação baseia-se na comprovada eficácia dos antidepressivos.

Entretanto, Bernardi (2007, p.260) aponta que eventos desencadeantes são muito estudados e de fato encontra-se relação entre certos acontecimentos estressantes na vida das pessoas e o início de um episódio depressivo. “Na prática, a maioria das pessoas que sofre um revés se recupera com o tempo. Se os reveses da vida causassem depressão todas as pessoas a eles submetidos estariam deprimidas e não é isto o que se observa”. Contudo, tais eventos não podem ser responsabilizados pela manutenção da depressão.

Lopes, Faerstein e Chor (2003), esclarecem que os eventos estressantes provavelmente disparam a depressão nas pessoas predispostas, vulneráveis. Exemplos de eventos estressantes são: perda de pessoa querida, perda de emprego, mudança de habitação contra vontade, doença grave e pequenas contrariedades.

A influência genética e o ambiente durante a infância, são elementos que podem predispor mais as pessoas, conforme afirma Koch (2002, p.12), “O fator genético é fundamental, uma vez que os gêmeos idênticos ficam mais deprimidos do que os gêmeos não idênticos”. Assim, o que torna as pessoas vulneráveis ainda é objeto de estudos e a causa exata da depressão permanece desconhecida.

2.3 Diagnóstico

Na depressão, a intensidade do sofrimento é intensa, durando a maior parte do dia, por pelo menos duas semanas, nem sempre sendo possível saber o motivo do indivíduo apresentar profunda tristeza. O mais importante é saber como a pessoa sente-se, como ela continua organizando a sua vida: trabalho, cuidados domésticos, cuidados pessoais com higiene, alimentação, vestuário e como ela está se relacionando com outras pessoas, a fim de se diagnosticar a doença e se iniciar um tratamento médico eficaz (KOCH, 2002).

Segundo Bernardi (2007), as pessoas vivenciam episódios de tristeza, que são uma parte normal da vida. Porém, a severidade dos episódios depressivos e o seu poder de incapacitação do indivíduo é o que os distingue de um simples sentimento de tristeza.

Segundo Bernik (2002), a depressão é causada por um desequilíbrio químico no cérebro. O que não se sabe ao certo é o que causa esse desequilíbrio. Vários fatores: biológicos, sociais e psicológicos podem contribuir para isso.

> Algumas pessoas podem ter uma predisposição genética. Por isso é importante saber se alguém na sua família tem ou teve a doença. Caso a resposta seja positiva, não significa, necessariamente, que esse seja o motivo conclusivo da sua doença. Existem pessoas com histórico de depressão na família que não chegam a desenvolvê-la (BERNARDI, 2007, p.260).

Para Bernardi (2007), indivíduos com padrão negativo de pensamento: pessimismo, baixa auto-estima, preocupação em excesso, ansiedade em excesso, têm mais chance de desenvolver depressão. Algumas doenças, como câncer, mal de Parkinson e mal de Alzheimer, entre outras, podem desencadear a depressão. Situações extremas, como a morte de alguém querido, separação, problemas financeiros, mudança, podem contribuir para uma crise da doença, além de alguns medicamentos, que podem causar a depressão.

O diagnóstico de depressão, segundo os Critérios Diagnósticos do DSM-IV (1995) pode ser definido da seguinte forma: cinco ou mais dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o período de duas semanas e representando uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas sendo humor deprimido ou perda de interesse ou prazer.

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias;
- Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias;
- Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, ou diminuição ou aumento do apetite, quase todos os dias;
- Insônia ou hipersônica, quase todos os dias;
- Agitação ou retardo psicomotor, quase todos os dias;
- Fadiga ou perda de energia, quase todos os dias;
- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, quase todos os dias;
- Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias;
- Pensamentos de mortes recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico de cometer suicídio.

Nenhum desses fatores é conclusivo. Para algumas pessoas, a depressão é causada por uma série deles, para outras, basta um. No entanto, independentemente dos fatores de causa, a depressão é uma doença que precisa ser diagnosticada e tratada.

3 ASSISTÊNCIA HUMANIZADA

Primeiramente torna-se necessário definir a palavra humanizar. Vasconcelos e Pasche (2006, p.532) definem humanizar como: “Um processo vivencial que permeia toda a atividade das pessoas que trabalham com o paciente, procurando realizar e oferecer o tratamento que merecem enquanto pessoas humanas”, ou seja, um tratamento respeitoso e, dentro das circunstâncias peculiares que se encontram o paciente e os familiares.

Para Oliveira (2007, p.694), “Humanizar a prática em saúde implica em aproximações críticas que permitem compreender a temática, além de seus componentes técnicos, instrumentais, envolvendo as dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido”. Neste sentido, a humanização é, em sua essência, tornar humano, benévolo, sensível e caridoso. É promover, num estabelecimento, uma relação de colaboração, de orientação e de prevenção. Humanizar caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvido, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e ter a escuta, com ciência e paciência as palavras e os silêncios.

A partir de suas experiências cotidianas com o ser humano, Wanda Horta difundiu um modelo de atendimento de enfermagem que disponibilizou aos clientes um tratamento que permite o autocuidado sem se desvincular do acompanhamento da enfermagem. Essa visão, segundo Oliveira (2007, p.695) pode ser entendida como, “Uma busca da humanização no atendimento de enfermagem, uma vez que tenta colocar o Enfermeiro a par do potencial do próprio paciente/cliente e, holisticamente, compreendê-lo como um todo”.

De acordo com a Declaração Universal dos Direitos Humanos (2003, p.2):

> Art.1º todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos. Dotados de razão e de consciência, devem agir uns para com os outros em espírito de fraternidade, não sendo necessárias ações individualizadas, mas sim, ações coletivas que tenham como objetivo promover o bem estar do outro.

Complementando, Ribeiro e Araújo (2006), consideram que o atendimento humanizado de enfermagem é perceber o outro, com uma atitude profundamente humana. É reconhecer e promover a humanização, à luz de considerações éticas, é isso demanda a necessidade de todo o profissional ter atitudes e comportamentos, direta ou indiretamente, no cuidado do paciente, na sai dignidade, tratá-lo com respeito, como um ser humano.

Para Selli et al., (2007), humanizar no setor saúde, é ir além da competência técnico-científica-política dos profissionais, compreende o desenvolvimento da competência nas

relações interpessoais que precisam estar pautadas no respeito ao ser humano, no respeito à vida, na solidariedade, na sensibilidade de percepção das necessidades singulares dos sujeitos envolvidos. Ou seja, humanizar é responsabilidade de todos, individual e coletivamente.

Ayres (2001) aponta a importância de agregar à competência técnica e científica uma ética que considere e respeite a singularidade das necessidades do usuário e do profissional, que aceite os limites de cada um na situação que requer a produção de atos em saúde. Implica em uma harmonia pelo conhecimento acadêmico aliado a um olhar sobre a pessoa, sua singularidade, sobre os dados relevantes que surgem do contato cotidiano, da relação, da proximidade e não apenas do saber médico que determina um diagnóstico.

No mesmo sentido, Selli, et. al. (2007) defendem que no âmbito de qualquer modalidade de atenção em saúde, o cuidado acolhedor configura-se como aspecto primordial para uma atenção de qualidade às pessoas. O acolhimento, no cotidiano dos serviços de saúde deve ser entendido como uma possibilidade de construir uma nova prática, compreendendo-a como ação integralizadora da humanização.

Assim, o trabalho em saúde estará ligado a uma face humanitária, que para Merhy (2007) implica no sentido à produção do acolhimento, da responsabilização e do vínculo, ou seja, na construção de uma nova postura dos profissionais ante os usuários e intensificando o trabalho, as relações, tão fundamentais para o trabalho em saúde.

3.1 Acolhimento no CAPS

Amarante (2007) informa que o CAPS deve acolher e atender as pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território, bem como promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais por meio de ações intersetoriais.

Segundo Oliveira (2007), os transtornos mentais e comportamentais são considerados como as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor (emoções), e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global. Estes não constituem apenas variações dentro da escala considerada normal, sendo antes, fenômenos claramente anormais ou patológicos. Caracterizando-se também por sintomas e sinais específicos e, geralmente, seguem um curso natural mais ou menos previsível, a menos que ocorram intervenções.

No que concerne à humanização do atendimento disponibilizado aos usuários, Pinheiro e Guizardi (2006, p.22) afirmam que, “[...] faz parte das reflexões dos gestores e dos

trabalhadores de saúde da Rede de atenção Psicossocial". Deslandes (2007, p.385), conceitua cuidado como "[...] um conjunto ampliado e sinérgico entre atitudes, conhecimentos e procedimentos operativos numa determinada relação terapêutica".

Nesta perspectiva, tendo como base os autores Pinheiro e Guizardi (2006), Deslandes (2007), faz-se necessário considerar as pessoas em sua totalidade, pois as pessoas somente são pessoas e, portanto, humanas. É norteado por este entendimento que os serviços e os trabalhadores de saúde compromissados com a produção de cuidados humanizados devem orientar seu trabalho.

A equipe de saúde mental do CAPS, segundo Kunkel (2002), deve favorecer uma maior aproximação para o entendimento de como os usuários levam suas vidas e dispõem de um recurso resolutivo, a visita domiciliar, que deve configurar como reveladora para identificar aspectos relevantes da dinâmica familiar e do estado de saúde da pessoa com transtorno mental, possibilitando assim uma atenção mais humanizada, de qualidade e integral para os usuários e seus familiares.

Para Pinheiro e Guizardi (2006), a constatação de que, quando uma pessoa está no meio dos seus semelhantes, ela sente-se mais à vontade para falar da sua dor e dos problemas que está vivendo.

> O transtorno mental ocasiona prejuízos tanto para a pessoa mentalmente enferma como para os seus familiares/cuidadores, alterando o cotidiano desses últimos com o surgimento de cansaço, alterações do sono e apetite, revolta, temor, irritação, angústia, ansiedade (PINHEIRO; GUIZARD, 2006, p.24).

Diante desse contexto, para os autores acima mencionados, a equipe do CAPS deve entender que os familiares são personagens fundamentais na atenção às pessoas com transtornos mentais e, assim, os cuidadores devem receber um suporte terapêutico para lidar com as diversas situações apresentadas no universo do transtorno mental.

O acolhimento, no cotidiano dos serviços de saúde, segundo Pinheiro e Guizardi (2006, p. 24) deve ser entendido "[...] como uma possibilidade de construir uma nova prática, compreendendo-se como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir, dando respostas adequadas a cada demanda em todo o percurso da busca", ou seja, desde a recepção e o atendimento individual ou coletivo até o encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta.

Colaborando, Lacerda e Valla (2006) informam que é necessário trabalhar mais intensivamente com as famílias, buscando prevenir recidivas, contribuindo assim para a construção de uma convivência o mais saudável possível entre a pessoa com transtorno

mental e o familiar, por exemplo, grupos de apoio para os familiares/cuidadores, atenção domiciliar, atendimento individual são alguns dos procedimentos que devem ser desenvolvidos na atenção às famílias.

Com a valorização do papel relevante da família no tratamento de seus parentes com transtornos mentais, ainda referenciando Lacerda e Valla (2006), a pessoa com transtorno mental não deve ser vista como inválida, caso seja encarada dessa maneira, há um prejuízo na relação terapêutica, levando-a à acomodação, à rotina e à impotência. A família deve ser orientada no sentido de reeducar o usuário a realizar tarefas simples ou mais complexas, considerando-se a aceitação e as possibilidades dessa pessoa, sejam essas tarefas domésticas ou relacionadas ao universo do trabalho.

De acordo com Pinheiro e Guizardi (2006, p.26), as necessidades das famílias são, "[...] conhecer, serem respeitadas, conforto, serem confortadas e ter confiança". Os profissionais de enfermagem devem estar mais atentos para ouvir o que os familiares têm para dizer, o que lhes permite expressar suas dúvidas, medos, anseios e obter mais informações sobre o tratamento de seu enfermo.

A enfermagem deve ainda, segundo Kunkel (2002), trabalhar as dificuldades de cada família, além de lembrar que as orientações e informações devem ser de fácil compreensão. Por isso é necessário um perfeito alinhamento de fluxo de informações que vão da enfermagem para os familiares, a fim de eliminar o fator confusão como elemento de estresse.

Para Oliveira (2007), para uma atenção desenvolvida no CAPS deve estar fundamentada na humanização do cuidado, com a predominância de acolhimento e inserção familiar no cuidado familiar como uma estratégia relevante quando a intenção maior é a obtenção de um tratamento de qualidade, resolutivo e eficaz.

Assim, a humanização de enfermagem fundamenta-se no conceito de integridade do ser, de modo que a família seja acolhida em todos seus aspectos., uma vez que só pode haver humanização se houver uma postura de respeito ao ser humano, de cordialidade e constante diálogo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise feita embasada na revisão de literatura possibilitou reflexão acerca da assistência humanizada de enfermagem nos CAPS. Neste espaço de trabalho, as equipes de saúde mental devem ter a perspectiva de que os serviços de saúde se comprometem política, ética e clinicamente com o cuidado integral em saúde mental. Compreendendo que, no âmbito de qualquer modalidade de atenção em saúde, o cuidado humanizado se configura como um aspecto primordial para uma atenção de qualidade às pessoas.

Sendo importante apontar a importância da humanização no CAPS, uma vez que deve buscar valorizar as falas, as experiências dos usuários e familiares e, a partir disso, estimular a desempenhar um papel ativo, rompendo com a postura de paciente e assumindo uma conduta ativa nos seus contatos interpessoais e na condução de sua própria vida. Para tal, o acolhimento, no cotidiano dos serviços de saúde, deve ser entendido como uma possibilidade de construir uma nova prática, compreendendo-se como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir, dando respostas adequadas a cada demanda.

Há a necessidade de se levar em consideração a participação da família, sendo uma estratégia relevante quando a intenção maior é a obtenção de um tratamento de qualidade, resolutivo e eficaz. Diante desse contexto, a equipe multiprofissional do CAPS deve entender que os familiares são personagens fundamentais na atenção às pessoas com depressão relacionada ao uso abusivo de narcóticos e entenderem os impactos causados devido à doença.

Grupos de apoio para os familiares/cuidadores, atenção domiciliar, atendimento individual são alguns dos procedimentos que devem ser desenvolvidos na atenção às famílias.

O presente estudo permitiu inferir a cerca da humanização e da assistência, reconhecendo a necessidade de conhecer a realidade dos familiares, compreendendo suas percepções e representações a partir de suas vivências e oferecer apoio emocional, além de suporte terapêutico e possíveis dificuldades enfrentadas no dia-a-dia.

Espera-se que com este trabalho, possa provocar reflexões sobre a importância da assistência humanizada de enfermagem nos CAPS ofertadas aos usuários e familiares, ratificando que tais ações devam estar fundamentadas em aspectos ético-humanísticos, os quais devem ser entendidos como princípios norteadores da prática dos trabalhadores de saúde que atuam no universo da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ÁVILA, L. A. **Doenças do Corpo e Doenças da Alma**, 3. ed. São Paulo: Escuta, 2002.

AYRES, J.R.C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. 6(1), 2001, p. 63-72.

BALLONE, G.J. **O que são transtornos mentais.** 2008. Disponível em: <htpp://www.psiqweb.med.br>. Acesso em: 26 ago. 2020.

BERNARDI, R. Transtornos de humor bipolar: uma visão integradora. **Revista Psiquiatria Clínica.** v.29, n.3, 2007, p.259-261.

BERNIK, M.A **Relevância dos quadros ansiosos na prática médica**. 2002. Disponível em: <http://www.amban.org.br/profissionais/artigos>. Acesso em: 27 ago. 2020.

BRASIL**. Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: <htpp://www,planalto.gov.br>. Acesso em: 10 ago. 2020.

_____. **Lei Federal n. 10216**, de 06 de abril de 2001. Disponível em: <htpp://www,planalto.gov.br>. Acesso em: 10 ago. 2020.

_____,Ministério da Saúde. **Portaria/ GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <htpp://www,planalto.gov.br>. Acesso em: 10 ago. 2020.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Brasília, 2004. Disponível em: <htpp://www.saude,gov.br>. Acesso em 10 ago. 2020.

_____, Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Brasília, DF, 2005. Disponível em: Disponível em: <htpp://www.saude,gov.br>. Acesso em 10 ago. 2020.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. São Paulo: UNIFESP, 2003.

CHAMMA, R. C.; FORCELLA, H. T. O cidadão com transtorno psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos do paciente. **Revista Escola de Enfermagem. USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, jun. 2001, p. 45-48.

DESLANDES, S.F. O cuidado humanizado como valor e ethos da prática em saúde. *In*: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. **Razões públicas para a integralidade em saúde**: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco; 2007.

DSM-IV. **Critérios Diagnósticos**: referência rápida. 4 ed, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

IWASSO, S. **Quando a doença vem da emoção.** São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.psicossomatica-sp.org.br/artigosl>. Acesso em: 26 ago 2020.

JEAMMET, P.; REYNALD, M.; CONSOLI, S. O doente e sua doença. In: **Manual de Psicologia Médica**. Rio de Janeiro: Masson do Brasil LTDA, 1982.

KOCH, A. **Depressão**: da emoção à lesão. 2002. Disponível em: <htpp://www.abcdasaude.com.br/artigo>. Acesso em: 30 ago. 2020.

KUNKEL, M.B. Humanização na saúde e cidadania: o caminho para o SUS. *In*: Ferla, A.A.; Fagundes, S.M. **Tempo de inovações**: a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. *In*: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, 2006.

LOPES, C.; FAERSTEIN, E.; CHOR, D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. **Caderno Saúde Pública**. v.19, n.6, 2003, p.1713-1720.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

OLIVEIRA, A.G.B. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Escola Anna Nery**. a.10, n.4, p.694-702, 2007.

ONU. **Declaração dos Direitos Humanos**. 1948. 2003. Disponível em: <htpp://www.onu-brasil.org.br/documentos_diretiso humanos.php>. Acesso em: 18 out.. 2020.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes práticas no cotidiano. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc/Uerj/Abrasco, 2006.

RIBEIRO, M.M.; ARAÚJO, M.R. Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. *In*: SILVEIRA, D.X.; MOREIRA, F.G. (org*).* **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu; 2006.

SELLI, L.; GUIMARÃES, C. F.; GOSENHEIMER, E; KRAHL, F.; PAIVA, F. O entendimento dos profissionais da saúde das unidades de saúde da família de Charqueadas, RS acerca do acolhimento. *In*: MEDEIROS, J. E; GUIMARÃES, C. F. (orgs). **Sementes do SUS**: Sapucaia do Sul. 2007. Disponível em: <htpp://www.ibsaude.org.br>. Acesso em 28 out. 2020.

SILVA, M.C. **Depressão:** pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde. 2001. Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br/sexo/posparto.html>. Acesso em: 27 ago. 2009.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. M. **A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares.2006.**Disponível em: <htpp://www.scielo.br>. Acesso em: 26 ago. 2020.

STRAUB, R.O. **Psicologia da Saúde**. São Paulo: Artmed, 2005.

TAVARES, B.F.; BÉRIA, J.U.; LIMA, M.S. de. **Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares.** 2004. Disponível em: <htpp://www.scielo.br>. Acesso em: 26 ago. 2020.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. *In*: CAMPOS, G.W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ZANOTTI, D. V.; SAITO, K. C.; RODRIGUES, M. D.; OTANI, M. A. P. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associadas ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiatra. **Revista Nursing.** v. 61, n. 6, p. 36-42, 2003.