

CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

LAISLA MIKAELE ALENCAR SILVA

**AS IMAGENS ACERCA DA DEPRESSÃO ELABORADAS POR USUÁRIOS DO
CAPS III DO CRATO-CE**

Juazeiro do Norte – CE

2018

LAISLA MIKAELE ALENCAR SILVA

**AS IMAGENS ACERCA DA DEPRESSÃO ELABORADAS POR USUÁRIOS DO
CAPS III DO CRATO-CE**

Trabalho de conclusão de curso – Artigo Científico, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio como requisito para a obtenção de grau de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Prof. Me. Joel Lima Júnior.

Juazeiro do Norte – CE

2018

AS IMAGENS ACERCA DA DEPRESSÃO ELABORADAS POR USUÁRIOS DO CAPS III EM CRATO-CE

Laisla Mikaele Alencar Silva¹
Joel Lima Junior²

RESUMO

Nota-se que a depressão é um tipo de transtorno mental que alcança altos índices da população mundial. Entretanto, a depressão é uma temática pouco discutida o que pode vir a acarretar estigmas, uma vez que, o processo de conscientização pode vir a possibilitar uma maior compreensão acerca do transtorno mental, como também pode contribuir para a manutenção de redes de apoio mais eficazes. Por essa razão, o presente estudo objetivou compreender, sob a ótica de pessoas diagnosticadas com depressão, qual o significado do transtorno mental para elas; assim como as principais dificuldades após o diagnóstico e qual o papel da família no enfrentamento dessa patologia. Trata-se de uma pesquisa de método descritivo e de abordagem qualitativa, onde foi desenvolvida no CAPS III, localizado no Município de Crato, Ceará. Participaram da pesquisa usuários de ambos os sexos e de faixa etária entre 18 e 51 anos. Para coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, gravada e transcrita. Para a análise de conteúdo, os relatos verbais foram categorizados de acordo com os conteúdos que apareceram com maior frequência e que fez aproximação direta com o objetivo da pesquisa. Os resultados apontaram para uma negação após o diagnóstico de depressão, seguida de resistência ao tratamento, falta de conhecimento sobre a depressão, isolamento social e familiar, ideação e/ou tentativa de suicídio e baixa autoestima. Outro resultado obtido, foi que os estigmas são fortemente vivenciados pelos sujeitos acometidos. Corroborando com estudos já realizados, os resultados indicam que quando o vínculo familiar é positivo, há uma redução da sintomatologia depressiva, já o vínculo familiar negativo, dificulta o processo de adesão do tratamento e potencializa os efeitos dos sintomas depressivos. Em relação a importância do CAPS no tratamento, todos os entrevistados demonstram valorizar e compreender papel do equipamento no seu tratamento. Diante do que foi explorado, pode-se perceber que o adoecimento psíquico teve diversas interpretações ao longo da história, sendo preciso atentar para o processo de estigmatização destes indivíduos e compreender a importância da sensibilização em torno da socialização dos mesmos.

Palavras-chave: Depressão; Cuidados; Enfrentamento; Família; CAPS III.

ABSTRACT

It is noted that depression is a type of mental disorder that reaches high rates in the world population. However, depression is a little discussed subject, which can cause to stigma. The awareness process enables a greater understanding of mental disorder and can contribute to the maintenance of more effective support centers. For this reason, the present study aims to understand, from the perspective of people diagnosed with depression, the meaning of the mental disorder for them, the main difficulties after diagnosis and the family's role in coping with this pathology. This is a descriptive method research and a qualitative approach, developed in CAPS III, located in the Municipality of Crato, Ceará. Users of both sexes and between the ages of 18 and 51 participated in the research. For the data collection, the semi-

¹ Discente do curso de Psicologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO),
Email: laislam81@gmail.com

² Professor Orientador Mestre em Ciências da Saúde (UFRN),
Email: joellima@leaosampaio.edu.br

structured interview was used, recorded and transcribed. For content analysis, verbal reports were categorized according to the content that appeared most frequently and made direct approximation with the objective of the research. The results pointed to a denial after the diagnosis of depression, followed by treatment resistance, lack of knowledge about depression, social and family isolation, idealization and/or suicide attempt and low self esteem. Another result obtained was that the stigmas are strongly experienced by the affected individuals. Corroborating with the studies carried out, the results indicate that when the family bond is positive, there is a reduction of the depressive symptomatology. The negative family bond complicates the treatment adherence process, and potentiates the effects of depressive symptoms. Regarding the importance of CAPS in the treatment, all the interviewees demonstrated to appreciate and to understand the role of the equipment in their treatment. Given this, it is possible to perceive that the psychic sickness had several interpretations throughout the history, being necessary to observe the stigmas that the individuals carry and understand the importance of sensitivity around their socialization.

Key words: Depression; care; coping; family; CAPS III.

1 INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno mental determinado por uma contínua tristeza e pela ausência de interesse por atividades que anteriormente eram consideradas atrativas, somada a inaptidão na execução de tarefas durante 14 dias ou mais. Além disso, os indivíduos acometidos por este transtorno, geralmente manifestam diversas das seguintes sintomatologias: alterações no apetite; variações sono; perda de concentração; desassossego; perda de energia; ansiedade; sentimentos de inutilidade; culpa; desesperança; pensamentos de autolesão ou suicídio (APA, 2014).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS (2017), a depressão é a doença que causa maior índice de prejuízos a saúde e incapacidade mental, sendo também um fator de risco significativo para o suicídio que resulta no fim de milhares de vidas todos os anos. Gonçalves e Machado (2007), afirmam que até 2020 a depressão será um dos principais motivos para o afastamento de trabalhadores, ficando em segundo lugar dentre todas as patologias. Na população mundial, apenas doenças cardiovasculares a superará. Cremasco e Baptista (2017) ainda salientam que atualmente existem mais de 300 milhões de pessoas acometidas pela depressão, e, em 2030 este transtorno será determinante para a inabilidade mental mundial.

Os estigmas relacionados ao transtorno mental e o aumento considerável de indivíduos com depressão, está entre as razões pela qual foi decidido trazer a luz a presente discussão. Uma vez que, no Brasil, a discussão sobre a academia ainda é pouco evidenciado estudos acerca dessa temática, pois, existem pesquisas sobre estigma

e esquizofrenia e ainda são escassos os estudos sobre estigma e depressão (HIRATA, 2015). A falta de apoio somado ao temor por carregar o rótulo sofrido pelo fato ser portador de um transtorno, impossibilita a busca pelo tratamento adequado, que pode ser um agente facilitador para um olhar integral e singular do ser humano, considerando-o como um ser Bio-Psíquico-Sócio-Espiritual, pois, esta compreensão permite um olhar mais humanizado, o que possibilita uma melhor qualidade de vida para os indivíduos acometidos pela patologia (MOREIRA; TELLES, 2008).

Ainda de acordo com Hirata (2015) e a OMS (2017), em média 50% das pessoas com o diagnóstico de depressão não estão em tratamento. O que se faz necessário refletir acerca da importância de abrir espaço para discutir abertamente sobre tal temática, que embora seja considerado um assunto bastante recorrente, ainda é notório a resistência por parte da população em falar sobre o assunto, e isso acarreta um olhar reducionista. Dentre os elementos que colaboram para que o indivíduo não seja tratado da maneira adequada, podem ser mencionadas as políticas públicas e os programas de saúde mental, somado a escassez de profissionais capacitados, problemas de acessibilidade, falta de equipamentos de saúde, estigma e a ausência de conhecimento acerca da doença. Sendo fundamental se pensar sobre a possibilidade de expandir os serviços voltados a saúde mental de modo a dar assistência a toda a população.

No tocante ao tratamento da depressão, é imprescindível que a pessoa acometida pelo transtorno disponha de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico e é preferível que a equipe de saúde esteja em contato regularmente. A assistência familiar também é imprescindível durante o processo de enfrentamento da depressão, pois este apoio pode significar a permanência do indivíduo no tratamento (LEMOS; BAPTISTA; CARNEIRO, 2011).

O presente estudo foi desenvolvido com usuários diagnosticados com depressão do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III). O CAPS III é um serviço público de saúde vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) cujo local serve como referência e tratamento para usuários acometidos por sofrimento psíquico resultante de transtornos mentais e outras ocorrências de teor clínico das quais a severidade e ocorrência fundamente sua continuidade no tratamento (BRASIL, 2015).

Os CAPS III têm como objetivo acolher o indivíduo em sofrimento psíquico realizando o acompanhamento clínico e a intervenção social, sendo também uma forma substitutiva de tratamento e internação em hospitais psiquiátricos. Este

equipamento tem funcionamento de vinte e quatro horas, sete dias por semana, incluindo finais de semanas e feriados (BRASIL, 2004). Desse modo, propõe-se colaborar para o progresso da compreensão sobre a depressão, além de compreender as principais dificuldades desses indivíduos após a confirmação do diagnóstico e qual o papel da família no enfrentamento desta patologia. Assim, o presente estudo tem como objetivo geral identificar as imagens acerca da depressão elaboradas por usuários do CAPS III do Crato-CE, e como objetivos específicos investigar o significado da depressão; avaliar as principais dificuldades advindas após a depressão; e verificar o papel da família no enfrentamento da depressão.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 HISTÓRICO DA DEPRESSÃO

Na pré-história o adoecimento psíquico possuía um caráter místico, sendo atribuído a castigo da natureza, possessões de espíritos malignos e feitiçarias, cuja terapêutica dava-se por meio da trepanação, que consiste na abertura do crânio do paciente para liberação do mal. Muito parecido com esta concepção, no Egito Antigo acreditava-se que as causas das psicopatologias eram advindas de demônios e punições dos deuses e os tratamentos se baseavam em magia, formas primitivas de cirurgia e higiene (DE SOUZA; DE LACERDA, s.d.; STRAUB, 2014).

Na Antiguidade, os gregos acreditavam que as enfermidades da mente estão ligadas as disfunções corpóreas. O conhecimento médico era advindo da teoria dos quatro humores de Hipócrates e/ou Galeno, julgando assim o temperamento como causador dos quatro fluidos corporais, sendo eles: fleuma, bile amarela, sangue e bile negra. Sendo a depressão durante um longo período de tempo associada a uma grande quantidade de bile negra, por esta ser fria e seca. Mesmo não havendo comprovação de tal substancia no ser humano, a teoria dos humores teve fundamental importância para a história, pois esta representa a transferência da mitologia para a biologia, além de ser responsável pela adesão de modelo de observação clínica (AMARAL, 2006; GONÇALES; MACHADO, 2007).

No século I A.C., já se descrevia a depressão semelhante aos critérios atuais, sendo caracterizado por Areteus da Capadócia como desanimo e tristeza contínua. No entanto, este era denominado melancolia (AMARAL, 2006; CORRÊA apud CANALE; FURLAN, 2006). Já no período do Renascimento a depressão com uma designação melancólica, onde era caracterizada pelas seguintes sintomatologias:

insônia, falta de apetite e pensamentos suicidas, além de acreditar que quando a bÍlis negra adentra o organismo humano, é responsável por gerar tristeza e cansaço no indivíduo. Para tratar a patologia, passou a ser indicado reeducação alimentar, exercícios físicos, hidroterapia e medicamentos orais com a finalidade de expelir a bÍlis negra (GONÇALES; MACHADO, 2007).

Na Idade Média a igreja cristã representava a base filosófica e científica de praticamente todos os eventos da vida. Assim, a igreja cristã medieval e as interpretações religiosas dominavam as explicações causais no que tange a saúde mental atribuindo suas disfunções a punições advindas da ira de Deus. O tratamento era realizado através da busca pelo perdão divino ou a expulsão de espÍritos malignos do corpo (STRAUB, 2014).

Segundo o autor supracitado, com o avanço tecnol3gico durante os s3culos XVII e XVIII, na modernidade houve uma significativa mudançã no que se refere ci4ncia e a medicina, jã que a teoria de Hip3crates foi superada pela teoria anat4mica da doençã, onde se acredita que a g4nese de algumas doençãs mentais era encontrada nos 3rgãos internos, ou seja, no c3rebro. Compreendendo como uma disfunção parcial, Pinel utilizou a terminologia melancolia pela primeira vez no s3culo XIX. Ap3s o encontro de Kraepelin, foi definido que a depressão se tratava de a uma designação de uma doençã sendo nomeada de “psicose manÍaco-depressiva” (AMARAL, 2006; CANALE; FURLAN, 2006).

Objetivando uma compreensão mais aprofundada acerca da saúde e da doençã, a medicina se enveredou por caminhos mais pr3ximos da fisiologia e da anatomia, descartando assim o estudo de pensamentos e emoç3es como um dos fatores causadores de adoecimento psÍquico. Percebendo a inconsist4ncia de um embasamento t3cnico e prático, surgiram tr3s grandes crÍticas direcionadas ao modelo biom3dico: a primeira refere-se a sua conduta reducionista de investigação, atribuindo a causa de processos complexos, como saúde-doençã, 3 advinda apenas de fatores biol3gicos; a segunda diz respeito a um pensamento jã superado de base cartesiana onde se segrega de forma explÍcita a mente e o corpo trabalhando de forma aut4noma; a terceira relaciona-se à concepção míope e simplista de conceituação de saúde, acreditando-se que saúde corresponde à aus4ncia de doençãs (DALGALARRONDO, 2008; STRAUB, 2014).

2.2 TIPOS DE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

De acordo com a APA (2014), os transtornos depressivos abrangem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (que abarca o episódio depressivo maior), distímia, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. Sendo caracterizada pela presença de irritabilidade, tristeza, vazio, disfunções somáticas e cognitivas que prejudicam as relações interpessoais do indivíduo acometido pela patologia, lhe impossibilitando de realizar atividades que anteriormente ao transtorno mental eram consideradas satisfatórias. O que indica qual o tipo de transtorno depressivo é a duração, a origem e o momento do evento.

Sendo verificado o excessivo diagnóstico e tratamento para o transtorno bipolar em crianças, surgiu a necessidade de rever questões relacionadas ao presente diagnóstico. Feito isto, o transtorno disruptivo da desregulação do humor foi incluso aos transtornos depressivos para crianças de até 12 anos de idade que apresentem as seguintes características: irritabilidade, mau humor, insônia, aumento da libido sexual e contínuos e extremos episódios de descontrole (DE FARIAS; CORDEIRO, 2011). Tal extensão se deu pelo fato da compreensão de que crianças que apresentam frequentemente estas sintomatologias, ao invés de manifestar o transtorno bipolar, na idade adulta pode vir a desenvolver transtornos depressivos (ZAPPITELLI, 2010).

O transtorno depressivo maior corresponde a situação mais comum desse conjunto de transtornos. Ele é marcado por diferentes eventos com durabilidade de pelo menos duas semanas, onde é verificado um comprometimento físico e psicológico do indivíduo, causando inaptidão laboral (MACHADO et al., 2009).

Mesmo que o transtorno depressivo maior seja considerado rotineiro, na maioria dos casos, é possível obter o diagnóstico com apenas um episódio (APA, 2014). É necessário perceber quando se trata de tristeza e luto normais, pois, tais condições podem ser geradoras de muito sofrimento, no entanto, não podem ser consideradas um transtorno depressivo maior, pois no luto normal o indivíduo mantém certos interesses e consegue reagir a estímulos positivos, além de manter a praxia no seu estado normal. Já no transtorno depressivo maior ocorre desinteresse em quase todas as atividades cotidianas. O indivíduo não consegue reagir a

estímulos positivos e há um comprometimento prático, chamado hipopraxia (ARANTES, 2007).

Sendo classificada como um tipo mais crônico de depressão, o Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) apresenta sintomas menos acentuados que nas depressões maiores. O perfil de pacientes acometidos pela distímia é identificado pela presença de poucos sintomas, que surgem de modo insidioso e comumente apresentam-se antes do indivíduo completar 25 anos de idade. O diagnóstico pode ser realizado quando os sintomas persistem durante dois anos em adultos e um ano em crianças (SPANEMBERG; JURUENA, 2004; CANALE; FURLAN, 2006; APA, 2014). Pesquisas comprovam que aproximadamente 4% da população mundial apresentam o transtorno distímico ao longo da vida (HIRATA, 2015).

Transtorno Disfórico Pré-Menstrual (TDPM) ocorre em mulheres de 25 à 35 anos e é caracterizado por expressões de instabilidade humoral, nervosismo, indisposição e sintomatologia ansiosa que dá-se frequentemente durante o período pré-menstrual e retorna no início da menstruação ou algum tempo após. Os sintomas persistem entre 5 e 15 dias, ocorrendo o aumento destes durante o período menstrual e uma redução com o início do fluxo. Esses sintomas impactam de forma significativa a vida social, afetiva e profissional da mulher acometida pelo TDPM (ABDOI, 2014; APA, 2014).

Transtorno depressivo induzido por substância/medicamento apresenta os mesmos sintomas existentes no transtorno depressivo maior, porém, geralmente está associado com a abstinência de ingestão, injeção ou inalação de uma substância mantendo-se além dos efeitos fisiológicos esperados (APA, 2014).

Segundo a APA (2014) existem duas características que marcam o Transtorno Depressivo Devido a Outra Condição Médica: a primeira corresponde a persistência de humor deprimido ou redução de interesse em atividades cotidianas; a segunda é associada aos efeitos de outra condição médica.

2.3 ESTIGMAS A RESPEITO DA DEPRESSÃO

A palavra estigma tem origem na prática de marcas permanentes cravadas com ferro aquecido introduzidas nos escravos a fim de discernir a sua condição social na sociedade. Nesse sentido, o estigma social ou público refere-se à ideias, convicções e comportamentos lançados no corpo social direcionado a pessoa estigmatizada (HIRATA, 2015).

O estigma é concebido por três elementos: o primeiro refere-se aos estereótipos, que correspondem a crenças negativas empregadas por um grupo sobre pessoas, acontecimentos, raça ou classe social, resultante de desinformação; a segunda diz respeito ao preconceito, equivale a atitude emocional realizado a partir de concepções negativas formadas antes de um conhecimento congruente; por fim, considera-se a discriminação como a alteração no comportamento motivado pelo preconceito. Em linhas gerais, verifica-se que esses três elementos estão interligados, pois, é notório que o estereótipo potencializa o surgimento do preconceito, que por sua vez, gera a discriminação (MONTEIRO; VILLELA, 2013; HIRATA, 2015).

Ao longo dos séculos notam-se múltiplos olhares acerca do adoecimento psíquico, uma vez que, o portador de transtornos mentais ora era visto de forma endeusada e ora de forma pejorativa. Nesse sentido, Moreira e Telles (2008) dão um enfoque a raça, cultura e crenças religiosas relacionadas ao estigma vivenciado por portadores de transtornos depressivos, além de salientar que cerca de dois terços da população não procuram tratamento em razão dos estigmas, sendo este causador de grande sofrimento aos acometidos pela depressão e seus familiares.

Da Silva (2006) disserta sobre o avanço da tecnologia que influencia diretamente a cultura imediatista, ou seja, o excesso de informações faz com que o indivíduo realize atividades cotidianas de modo mecanicista, sem pensar criticamente sobre o porquê de suas ações. Nesse sentido, a sociedade demanda cada vez mais do indivíduo, e conseqüentemente, ele vivencia um conflito de valores, onde de um lado permanece o que é socialmente aceito e do lado oposto o que o indivíduo deseja. Com a pressão sofrida, em diversas situações, o indivíduo passa a tentar ajustar-se à sociedade objetivando a sua aceitação. Entretanto, esse ajustamento dá-se pela incompreensão de que o indivíduo é um ser livre e autônomo com capacidade de alcançar seus objetivos pessoais independente do que lhe é demandado.

Sendo o estigma um dos motivos para a banalização indevida da depressão, este configura-se como um dos principais obstáculos a serem rompidos. O estigma e o preconceito tornaram-se comum na depressão e estão relacionados à baixa autoestima, ao isolamento social, e a baixa procura e adesão ao tratamento (HIRATA, 2015).

Juazeiro do Norte – CE

Sabido que as circunstâncias a qual o homem está inserido é determinada pelas vivências adquiridas (KLEINMAN, 1995 apud MOREIRA; TELLES, 2008) nota-se que em uma pesquisa realizada com mulheres abandonadas pelos maridos na cidade de Tianguá-CE constatou-se que na maioria dos seus relatos evidenciavam-se falas com sintomatologia depressiva. Assim o estereótipo é muito presente nessa pesquisa, pois a mulher é culpabilizada e impedida de forma indireta de manter vínculos sociais (MOREIRA; GUEDES, 2007).

2.4 O PAPEL DOS VÍNCULOS SOCIAIS E FAMILIARES PARA O ENFRENTAMENTO DA DEPRESSÃO

A família representa um ciclo onde ocorre a formação do aspecto psicológico do indivíduo, partindo de uma união para uma independência cada vez maior. Essas mudanças explicam-se por fatores biológicos, psicológicos e por interações dentro do âmbito familiar. Nesse sentido, o sistema familiar influencia diretamente a forma que o indivíduo lida com as diversas situações, no entanto, não é sempre que a família desempenha o papel de facilitar o processo de desenvolvimento, principalmente durante a passagem da infância para a adolescência (LEMOS; BAPTISTA; CARNEIRO, 2011).

Dentre os fatores de prevalência da depressão apontados pela OMS, os fatores estressantes são ligeiramente eminentes, uma vez que, indivíduos que estão inseridos em um ambiente familiar conflituoso possuem uma maior probabilidade de desenvolver sintomatologias depressivas (BAPTISTA; OLIVEIRA, 2004).

Em uma pesquisa realizada por Baptista e Oliveira no ano de 2004 com adolescentes de uma escola de ensino médio da rede estadual de ensino da cidade de Mogi Guaçu, evidenciou-se de acordo com o relato colhido que 27% dos entrevistados relataram como fator estressante brigas e desavenças com a família, ficando atrás apenas de brigas com o namorado ou termino de namoro (32%).

Ainda de acordo com Baptista e Oliveira (2004), as interações familiares e os sintomas depressivos estão diretamente interligados, onde a família colabora com a função de ampliar a formação dos vínculos saudáveis do indivíduo, em que, durante o surgimento de sintomas da depressão ocorrem significativas mudanças na forma de perceber e se relacionar com a família.

Entende-se que a estrutura familiar norte-cearense possui as características basilares da família, ou seja, como ela é constituída, quantas pessoas a compõe e se ela é

fragmentada ou não; já o suporte familiar, diz respeito às características psicológicas envolvidas, isto é, diálogo, atenção e manifestação de carinho entre os componentes do sistema familiar. Sabido disso, o suporte familiar torna-se fundamental, pois esse facilita a superação de crises e dos efeitos ocasionados por elas (SOUZA; BAPTISTA; ALVES, 2008).

Desse modo, Lemos, Baptista e Carneiro (2011), afirmam que um bom relacionamento familiar pode funcionar como agente preventivo de transtornos mentais, salientando que quanto mais positivo o vínculo familiar, menor a sintomatologia depressiva.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de método descritivo e de abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva dedica-se a descrever a realidade. Não se dispõe a explicá-la ou nela intervir (ARAGÃO, 2011). Tem como objetivo principal descrever peculiaridades da população em estudo, fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2008).

Segundo Godoy (1995) a abordagem qualitativa consiste no aprofundamento de um tema específico, levando em consideração a qualidade da informação coletada e não sua quantificação. Tem como característica a análise de dados empíricos no ambiente natural. Esta abordagem considera o contato prolongado entre o pesquisador e o contexto investigado. Frequentemente o pesquisador utilizará blocos de anotações ou gravadores como aliados, mas este terá que aprender a fazer de si mesmo um instrumento de observação, seleção e análise dos dados estudados.

3.1 UNIVERSO DA PESQUISA

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS foi fundado em junho de 2002, na gestão de Francisco Walter Peixoto e sob coordenação da Dra. Fernanda Maria Coelho de Sá.

O CAPS II do Crato – CE atendia somente de segunda a sexta-feira, no entanto, foi percebido que o mesmo não estava abarcando a demanda da população, sendo necessário a passagem por mudanças e, desde o início de novembro de 2017, o CAPS II tornou-se um CAPS III, que funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana, inclusive em sábados, domingos e feriados. A mudança

fortaleceu a rede de atenção psicossocial, que é composta ainda por um CAPS álcool e drogas (AD), voltado para pessoas com dependência do uso de álcool, crack e outras drogas.

O equipamento possui aproximadamente 3.320 prontuários. Desses, 1.982 estão ativos. Diariamente são efetuados no período da manhã de segunda à quinta, trinta e cinco consultas psiquiátricas, sendo que cinco com caráter de urgência; sessenta participantes de grupo terapêuticos; oito atendimentos em psicoterapia individual e dez triagens. Na sexta feira ocorrem os atendimentos internos.

A equipe do CAPS III do Crato – CE é composta por quatro porteiros, dois cozinheiros, um auxiliar de serviços gerais, um professor de artesanato, um professor de teatro, um professor de música, um agente administrativo, uma terapeuta ocupacional, um farmacêutico, um psicólogo, um assistente social, um auxiliar de enfermagem, cinco técnicos de enfermagem, quatro enfermeiros, um médico clínico geral e três psiquiatras.

Assim, o presente estudo foi realizado com dez usuários do CAPS III, localizado na região metropolitana do Cariri cearense. O CAPS III foi intencionalmente escolhido por possuir uma quantidade suficiente de usuários com possibilidade de atender aos critérios de inclusão da pesquisa.

3.2 SUJEITOS

No presente estudo foram abordados 10 sujeitos, sendo dois (2) do sexo masculino e oito (8) do sexo feminino; com idade compreendida entre 18 e 51 anos, com diagnóstico confirmado de depressão, que tenham encaminhamento médico para o tratamento psicológico e que aceitaram participar do estudo voluntariamente. Quanto a escolaridade, um (1) usuário possui ensino superior completo, um (1) possui ensino superior incompleto, três (3) com ensino médio incompleto, um (1) com ensino fundamental completo e quatro (4) com ensino fundamental incompleto. Em relação ao estado civil, cinco (5) usuários se declaram solteiros, três (3) casados, um (1) divorciado e um (1) em união estável. Ressalta-se que foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com intuito de assegurar os pesquisados e para promover uma maior segurança e anonimato das informações.

3.3 PROCEDIMENTOS

3.3.1 Coleta de dados

Foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, devido à possibilidade de adaptação que esta proporciona ao entrevistador em conduzir a entrevista enfatizando os aspectos qualitativos equivalentes ao sofrimento psíquico enfrentado por cada indivíduo a partir do início da patologia, assim como, levantar dados referentes às alterações que a depressão causou no cotidiano de cada um deles, considerando assim, como eram as experiências relacionadas à rotina antes do transtorno mental e como é atualmente, após o surgimento das sintomatologias (GIL, 2002).

3.3.2 Análise dos dados

Os dados foram analisados através da proposta de análise de conteúdo desenvolvida por Demartini (1988) que propõe uma redução nos dados colhidos, e para isto, foi fundamental seguir algumas etapas: (1) foram selecionados os principais pontos das entrevistas; (2) foram analisados os aspectos relacionados à situação de coleta de dados, ou seja, esta etapa consistiu em descrever minuciosamente o momento da entrevista, levando em consideração, por exemplo, se o paciente estava ou não acompanhado. (3) foi realizada a caracterização do material, ou seja, neste momento de análise foi necessário considerar se houve protocolo para a entrevista ou se ela foi gravada com a autorização do usuário, além de outros fatores. (4) sendo enfatizado questões sobre o que iria ser interpretado a partir do levantamento de dados. Por fim, durante a análise foi (5) levado em consideração teóricos que possibilitam o desenvolvimento do presente estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O referido tópico abordará os resultados comuns obtidos através das sequências discursivas apresentadas. Essas, foram subdivididas em cinco categorias, sendo elas: Imagens acerca da depressão; Estigmas; Principais dificuldades advindas após o diagnóstico; Depressão e suporte familiar e A importância do CAPS no tratamento da depressão. Nesse sentido, considerando as categorias apresentadas, continuamente sucederá as discussões a respeito das mesmas.

4.1 IMAGENS ACERCA DA DEPRESSÃO

O presente tópico objetivou compreender qual o significado da depressão para os entrevistados. Dessa forma, verificou-se nas sequências discursivas abaixo que os mesmos apresentaram os seguintes conteúdos:

Sei que até hoje eu fico me perguntando o que aconteceu, o que ocasionou [a depressão], mas até hoje eu não sei o motivo, o motivo exato [ênfatisou]. Eu tento entender, mas até hoje eu não sei explicar o que é (a depressão) (E05 - F - 18a.)³

Mulher, até agora eu num sei de nada [risos]. Assim, aqui eles falam, né?! mas eu num sou dessas de decorar. Toda vez que eu vou no médico eu esqueço de perguntar a ele (o que é depressão) (E07 - F - 36a.).

Como se pode perceber nas sequências discursivas acima, ambas as entrevistadas sentem dificuldade em atribuir um significado a depressão.

Segundo Santos, Nakamura e Martin (2007) a compreensão acerca da depressão é considerada insuficiente se for analisar somente os sintomas referidos pelos pacientes, pois, o caminho para a real aproximação dos significados sobre a depressão se dá após a consideração dos fatores culturais e interações sociais envolvidos no processo da pessoa acometida.

Barroso (2012) discorre que a falta de conhecimento acerca da saúde mental pode vir a ser um agente potencializador para relações familiares conflituosas e o aumento dos problemas vivenciados pelo usuário. Dessa forma, o indivíduo acometido pela depressão tende a desenvolver concepções equivocadas a respeito do transtorno mental. Como pode-se perceber nos relatos supracitados, ambas as entrevistadas demonstram total incompreensão no que se refere a patologia. Todavia, diferentemente da entrevistada 05 que apresenta curiosidade ao se questionar sobre a sua condição clínica, a entrevistada 07 demonstra desinteresse no que se diz respeito a compreensão sobre a patologia, podendo também ser compreendida como uma negação, possivelmente pelos mesmo não desejarem carregar um rótulo, podendo significar até mesmo um obstáculo para a adesão ao tratamento.

³Visando manter o anonimato das informações, criou-se a seguinte legenda:

E = Entrevistado(a)
F = Sexo Feminino
M = Sexo Masculino
a = anos

Souza et al. (2013) elencam três elementos que podem dificultar a adesão ao tratamento e seu prognóstico, são eles: (1) baixo nível de escolaridade, verificado em 5 dos sujeitos entrevistados; (2) a divergência entre a linguagem utilizada pelos profissionais, que podem acarretar na incompreensão da condição clínica do usuário, como aponta Costa (2018) que a clarificação e a simplificação da linguagem, podem ser agentes fomentadores do entendimento da informação; (3) vergonha dos profissionais, onde apresenta-se como hipótese que a resistência dos entrevistados 05 e 07 em esclarecerem suas dúvidas acerca da transtorno mental, pode estar associada a vergonha da figura dos profissionais.

Nesse sentido, a resistência ao tratamento pode significar um fator desencadeante para o suicídio. Assim, as sequências discursivas abaixo revelam as tentativas de suicídio realizadas pelos entrevistados:

Que nem eu fiz semana passada aqui, tentei [suicídio] trouxe uma faca escondida aqui [por baixo da roupa], só não me furei mais porque [pausa] avuaram em cima de mim, as enfermeiras me amarraram e eu fiquei aqui (E03 – F – 43a.).

Tentei me matar e depois parei o acompanhamento, estou voltando agora atrás de um acompanhamento novamente (E04 - F – 25a.).

Hoje tá com 22 dias que eu tentei suicídio! Eu tomei 48 comprimidos (E06 – F – 51a.).

Eu pensei em tirar minha própria vida por conta que eu não aguentava a dor (E09 - M - 35a.).

Segundo o Senado Federal (BRASIL, 2017), o coordenador geral de saúde mental do ministério da saúde Quirino Cordeiro Júnior, relatou que a grande maioria dos casos de suicídio no Brasil estão associados a transtornos mentais. Para ele, um dos primeiros passos a dar na política de prevenção ao suicídio é atentar-se para a vulnerabilidade desse público. Corroborando com os dados supracitados, em um estudo realizado por Bertolote e Fleischmann (2002), percebeu-se que em 90% dos casos de suicídio poderia estar relacionado com transtornos mentais, diagnosticados ou não. Assim, nota-se que houve uma permanência relacional no que diz respeito a associação entre transtornos mentais e suicídio.

Na referente pesquisa, foi verificado que todos os entrevistados apresentaram ideação suicida e seis participantes chegaram a tentar suicídio, dados esses que reforçam os elementos obtidos nos estudos realizados pelo Senado Federal e Bertolote e Fleischmann (op. cit).

O entrevistado 09 revelou que em um momento em que sentia muita dor, chegou a questionar o sentido da sua vida e pensou na interrupção da mesma como uma possível solução para o seu sofrimento, fato esse que levou a entrevistadora a se questionar sobre as motivações que levam o indivíduo a cometer suicídio. Dessa forma, foi encontrado um estudo onde os autores Daolio e Silva (2009), ao se questionarem sobre as motivações mencionadas anteriormente, realizaram uma pesquisa onde verificaram que para os participantes, o suicídio não representa a descontinuidade da vida, e sim o término de um sofrimento.

Outro elemento observado nas sequências discursivas do referido estudo foi a baixa autoestima, que pode ter relação com a percepção da autoimagem, podendo também potencializar o risco de suicídio. O que se evidencia adiante:

Eu cheguei a pesar 15 kg, porque? Porque eu não me alimentava, eu não tomava banho [pausa] pra mim o mundo não existia! [...] Porque no outro relacionamento que eu tive, meu esposo também era agressivo! Quando ele vinha pra me bater, a cachorra que eu tenho avançava nele (E06 – F – 51a.).

Tem dia que eu num [pausa] tem dias que eu não quero tomar banho, tem dias que eu não quero nem pentear os cabelos (E08 – F - 44a.).

Como se pode observar nas sequências discursivas acima, ambas as entrevistadas apresentam dificuldade correspondente aos cuidados diários com o corpo, no entanto, a sequência discursiva da entrevistada 06 destaca-se através da ênfase expressiva utilizada pela mesma que resulta na hiperbolização ao afirmar que chegou a pesar 15kg, pois dificilmente um adulto com faixa etária de cinquenta e um anos teria suas necessidades básicas satisfeitas com essa condição.

De acordo com Ballone (2003), a sintomatologia depressiva que apresenta maior relação com o suicídio refere-se a perda da autoestima, sentimento de inaptidão na resolução de conflitos e perda de esperança. Vale ressaltar que os sintomas citados podem não estar presentes no início do transtorno, no entanto, conforme o quadro vai se agravando, a baixa autoestima vai se tornando mais presente, podendo deixar o indivíduo acometido pelo transtorno mental com sentimento de incapacidade, passando a não encontrar recursos de enfrentamento e entrando em estado de desespero.

Em um estudo realizado por Azeiteiro Neto et al. (2005) obteve como resultado que aproximadamente 72% das mulheres vítimas de violência doméstica

apresentam sintomatologia compatível com depressão e que dessas apenas 8% procuraram ajuda psicológica, em razão da baixa autoestima e apatia como consequência de um ambiente conflituoso. Como se pode perceber na sequência discursiva da entrevistada 06, o presente estudo corrobora com a pesquisa dos autores supracitados, comprovando a estreita relação entre a baixa autoestima, violência doméstica e sintomas depressivos.

Outro elemento importante a ser discutido é o isolamento social que se destaca no relato da entrevistada 06 no momento em que ela claramente separa o mundo externo do interno, dessa forma, o isolamento social apresenta-se como um ciclo vicioso, ocorrendo um agravo gradativo no seu quadro, tornando-se um fator de risco para o suicídio. Sendo também um elemento destacado nas seguintes sequências discursivas:

Eu só sei que a gente fica triste, se isola que nem eu fiz, tenta se matar várias vezes (E03 - F - 43a.).

Depressão pra mim é tipo [pausa] a pessoa se isolar das pessoas, não querer conversa, não sair, não ter vontade de fazer nada, nem de conversar com ninguém (E06 - F - 51a.).

Acima, mais uma vez a tríade: sentimento de tristeza; isolamento social e tentativa de suicídio, apresentam-se indicando estarem interligados, representando assim a fonte para o agravo da condição dos entrevistados.

Teixeira et al. (2016) destacam que a baixa autoestima é um fator que predispõe o isolamento, ou seja, o indivíduo com baixa autoestima tende a evitar contato social. O autor ainda disserta sobre a importância de uma autoestima elevada, pois essa impulsiona o indivíduo a atribuir sentido à vida, desenvolvendo a autoconfiança e conseqüentemente, melhorando suas relações interpessoais.

Em um estudo realizado por Diogo (2013) com a finalidade de compreender a relação entre isolamento social e depressão, obteve como resultado que o isolamento social pode influenciar os sintomas depressivos, assim como a depressão pode levar ao isolamento social do indivíduo.

Foram percebidos nos recortes supracitados, que os entrevistados 03 e 06 atribuem o significado da depressão aos sentimentos de solidão decorrentes das alterações cognitivas provindas da depressão, uma vez que há mudanças na percepção e no pensamento dos indivíduos.

Juazeiro do Norte – CE

4.2 ESTIGMAS

As sequências discursivas abaixo apresentam alguns dos estigmas a respeito da depressão:

Eu imaginava que era uma doença incurável! Que não tinha cura! [...] Eu me senti [pausa] fraca. Eu achava que eu não tinha capacidade de realizar o tratamento (E06 - F - 51a.).

Isso não é doença não, isso é besteira; Vai sair que tu melhora (pausa) muita gente, muita gente diz isso pra mim (ênfase); Levanta essa cabeça!, fazer o quê, né?! (E08 - F - 44a.).

Dizer que tá se fazendo de doido, que tá se fazendo [ênfatisa] aí eu só pedia a Deus pra ter misericórdia. Aí dizia que era porque eu desejava mal aos outro, sabe?![...] Eu achei que depressão era pra rico né?! [...] Aí eu fiquei assim, meio em choque (E09 – M - 35a.).

Quem tem os estudos, sabe o que eu tenho e o que eu tô passando, mas quem não sabe: É preguiça, é porque não quer trabalhar... (E10 – F - 45a.).

Nas sequências discursivas dos entrevistados 08, 09 e 10, verifica-se a ocorrência de uma culpabilização da pessoa acometida pelo transtorno mental. Outra crença enraizada pela cultura, é de que essas pessoas apresentam uma ameaça à sociedade. No relato do entrevistado 09, percebe-se que o mesmo é responsabilizado no momento em que é realizada a associação da sua sintomatologia ao fato de desejar o mal ao próximo. O discurso do sujeito 06, ilustra um dos inúmeros estigmas acerca dos transtornos mentais, a crença de que se trata de uma doença incurável.

O entrevistado 09, acreditava que a depressão se tratava de uma doença direcionada a pessoas com nível socioeconômico elevado, crença partilhada durante um longo período. Entretanto, mesmo que essa ideia venha sendo desconstruída nas últimas décadas, ainda é notório resquícios desse pensamento.

Outro elemento presente nos relatos supracitados refere-se ao distanciamento da pessoa acometida pelos transtornos mentais da sua identidade, sendo vista apenas como o corpo adoecido se mostrando aquém do que foi construído ao longo da sua existência.

Nesse sentido, no tocante a incapacidade de lidar com pessoas com padrões distintos de comportamento, a sociedade tende a marginalizá-las, atribuindo-lhes preceitos externos, dessa forma, o sujeito se vê obrigado a atender as demandas solicitadas. Contudo, nem sempre o sujeito consegue elaborar estratégias para

atender determinadas demandas, adentrando em um processo de estigmatização, que pode ser compreendido como um rótulo, e este, possibilita a distinção do indivíduo rotulado dos demais. Assim, a pessoa rotulada vivencia um processo de despersonalização, passando a ser reconhecida apenas pelo rótulo adquirido, perdendo a sua autonomia frente às situações cotidianas (DA SILVA, 2006).

Já Loureiro et al. (2014) não faz qualquer associação entre rótulos, estigma e discriminação, pelo contrário, compreende a rotulagem como fator importante para o processo de procura de ajuda. Dessa forma, o sujeito através de uma compreensão sobre a gravidade e a natureza do seu problema tende a se mobilizar na busca pelo tratamento adequado. Somado a isso, percebe-se que nas sequências discursivas supracitada evidencia-se que os entrevistados passaram a aceitar a rotulagem afim de obter uma maior compreensão social sobre sua condição de saúde.

De Sousa (2017) evidencia que ainda é bastante presente a relação entre estigma e transtornos mentais, uma vez que, embora seja notório a aproximação do indivíduo ao acesso a informação, verifica-se a recorrência de crenças de que a situação em que se encontra a pessoa acometida pelos transtornos mentais é de responsabilidade da mesma, como é ilustrado nas sequências discursivas dos entrevistados 08, 09 e 10.

4.3 PRINCIPAS DIFICULDADES ADVINDAS APÓS O DIAGNÓSTICO

No que tange o momento em que os entrevistados receberam o diagnóstico de depressão, salienta-se os sentimentos e reações nas sequências discursivas abaixo:

Não entendia o porquê dessas coisas [sintomas]. Eu não queria vim [para o CAPS], eu não queria aceitar [o diagnóstico de depressão]. (E03 - F - 43a.).

Quando a gente sentia esse tipo [sintomas] [pausa] o que é que eles faziam? Jogavam a gente no Santa Tereza, ir pro médico? Não! É Santa Tereza, é louca! Aí eu [pausa] no começo fiquei assim, eu não queria aceitar o tratamento. É tanto que eu me tratei uma época, aí parei (E06 – F - 51a.).

Assim, eu já venho muito tempo, desde que eu me separei, né?! a muitos anos atrás. Mas eu achava que eu não precisava de profissionais (E10 - F - 45a.).

Nas sequências discursivas acima a negação do diagnóstico apresenta-se de forma bastante intensa para todos os entrevistados, cabendo como hipótese

destacar que a negação pode ter relação com o medo de carregar um rótulo, por exemplo, de louca, como é expresso pela entrevistada 06. Nas sequências discursivas das entrevistadas 06 e 10, verifica-se de forma muito clara o sentimento de autossuficiência, este é constatado no momento em que a entrevistada 06 menciona ter parado o tratamento por conta própria, e quando a entrevistada 10 revelou ter imaginado não precisar de profissionais para conduzir seu tratamento.

Segundo McIntyre, Barroso e Lourenço (2002) mesmo com a adesão ao tratamento e um prognóstico positivo, onde as pessoas acometidas apresentam uma maior interação social, redução na sintomatologia e maior disposição para execução de atividades, os transtornos mentais ainda afetam de forma negativa a qualidade de vida dos indivíduos acometidos.

Numa pesquisa realizada no Hospital de Medicina Alternativa (HMA) e em clínicas que, assim como no hospital, também ofertam essas terapêuticas na cidade de Goiânia – Goiás, foi evidenciado na fala dos usuários acometidos pela depressão uma resistência no que se refere as terapêuticas tradicionais medicamentosas, o que lhes mobilizou a buscar terapias alternativas (OLIVEIRA, 2015).

Nesse sentido, nos relatos dos entrevistados 03, 06 e 10, verifica-se a existência da resistência, todavia, acredita-se que o obstáculo para a busca do tratamento pode estar relacionado as terapias tradicionais medicamentosas, como é claramente evidenciado pelo entrevistada 06 no momento em que relatou ter sido “Jogada no Santa Tereza”, e não ao tratamento propriamente dito, pois observa-se nos relatos ilustrados, que os sujeitos não compreendem o motivo pelo qual se deu a escolha do seu tratamento, sendo observado a ausência do protagonismo dos usuários e da mobilização dos profissionais no processo de conscientização dos acometidos.

Outras sequências discursivas foram destacadas com o objetivo de aprofundar ainda mais os diversos sentimentos desencadeados após o diagnóstico de depressão:

Eu fiquei mal! Foi o presente que eu recebi no dia do meu aniversário! Uma sacola de remédio da depressão, quando eu pegava na sacola que eu olhava assim me dava um desgosto tão grande. (E01 – F - 40a.).

Num sabia nem o que dizer! [após o diagnóstico de depressão] Eu nem me importo também. Tanto faz como tanto fez! Pra mim tanto faz! Num vejo modificação nenhuma! (E02 - M - 21a.).

Aí, eu chorei bastante [pausa] porque pra mim, aí [pausa] o povo falava bastante. O povo falava que depressão era uma coisona grande, a pessoa tem várias coisas [...] fiquei muito abalada! (E03 - F - 43a.).

Eu fiquei mais nervosa quando recebi o diagnóstico, eu fiquei mais angustiada... (E07 - F - 36a.).

Eu achei que depressão era pra quem [pausa] pra é rico né?! [...] Aí eu fiquei assim, meio em choque (E09 - M - 35a.).

No discurso da entrevistada 01, foi verificado que a mesma se encontra irritada por ter recebido o diagnóstico acompanhado dos psicofármacos em um dia onde culturalmente é o dia definido para celebrar a vida; já a entrevistada 02, demonstra estar cansada, pois de acordo com sua sequência discursiva nota-se a inexistência de investimento positivo quando a mesma afirma: “tanto faz como tanto fez!”, para Ramos (2017), no momento em que a pessoa em sofrimento demonstra não reagir a estímulos, essa condição pode representar um fator de risco para o suicídio.

Na perspectiva de Clemente, Loyola Filho e Firmo (2011) a negação é caracterizada pela ausência de *insight*, consistindo em um fator relativamente presente em indivíduos que recebem o diagnóstico de algum transtorno mental e que elementos de ordem cultural influenciam diretamente na leitura de mundo do indivíduo acometido e na compreensão de si mesmo. Dessa forma, através dos relatos dos entrevistados 03, 07 e 09, observa-se que os mesmos se encontram em negação do transtorno mental, que é caracterizado pelo momento em que o sujeito se surpreende por estar suscetível a depressão.

É sabido que a partir do momento em que o indivíduo recebe o diagnóstico de um transtorno mental, ocorrem significativas mudanças tanto na vida pessoal da pessoa em sofrimento psíquico quanto na sua rotina familiar, em razão da necessidade do uso de medicação, de acompanhamento de profissionais de saúde e do suporte familiar, demandando assim de uma mudança na rotina familiar (LIMA; FERREIRA, 2018).

4.4 DEPRESSÃO E SUPORTE FAMILIAR

No tocante ao suporte familiar, destacam-se as sequências discursivas abaixo:

Ela [neta] limpa as minhas lágrimas quando eu to chorando [pausa] ela diz: “mamãe, tá doente? O que é que mamãe quer? Mamãe num tem fé não?” e eu digo “Eu tenho!” [se emocionou] (E03 – F - 43a.).

Minha mãe, né?! que ela sempre cuida de mim, que me dá suporte (E05 - F - 18a.).

A única pessoa que tá me fortalecendo é o meu neto que nasceu faz 5 meses, é a razão! é a razão do meu viver! [ênfase] (E08 - F - 44a.).

A gente precisa que a mãe, a família da gente, seja amiga da gente. Mas eu vou conversar com a minha e ela me discrimina! (E10 - F - 45a.).

Os entrevistados 03, 05, 08 refletem o suporte familiar através do suporte emocional, do diálogo e da expressão de sentimentos direcionados aos mesmos. Em contraponto, verifica-se que a entrevistada 10 menciona a incompreensão e a ausência de um auxílio advindos das pessoas inseridas no seu ciclo, todavia, não se pode negar a possibilidade da mesma dificultar ou até mesmo inviabilizar a aproximação das pessoas já que se sabe que na depressão ocorre uma série de alterações de ordem cognitiva.

Nesse sentido, Thiengo et al. (2011) afirmam que a ausência de um suporte social somado ao isolamento são considerados fatores que influenciam diretamente o diagnóstico da depressão. Mas, vale ressaltar que a interpretação dada ao apoio social pode ser compreendida de forma distorcida pela pessoa acometida por transtornos mentais, uma vez que, o transtorno pode afetar de modo significativo a percepção do mesmo.

Baptista M., Baptista A. e Dias (2001) apresentam uma discussão acerca do suporte familiar, onde inicialmente mencionam que o suporte familiar engloba uma série de fatores que vai muito além de como é composto o núcleo familiar. Os mesmos ainda discorrem sobre a interpretação de vários autores acerca da temática, onde, em linhas gerais, pode-se compreender que o suporte familiar se caracteriza pelo vínculo positivo estabelecido entre a família, nesse sentido, os componentes do grupo familiar vivenciam o afeto, compreensão e diálogo. Em contrapartida, os mesmos autores afirmam que a falta de suporte familiar e social contribui de forma significativa para a predisposição e desenvolvimento de transtornos psicológicos e psiquiátricos.

De Grandi e Waidman (2011) ressaltam que a convivência com a pessoa acometida por transtornos mentais é uma tarefa difícil e requer muita atenção, flexibilidade e compreensão. No entanto, acredita-se que devido a família ter sido

por muito tempo isenta dos cuidados do seu familiar em sofrimento psíquico, acabou gerando um afastamento dos vínculos familiares e um despreparo da família em relação ao cuidado. Assim, esse processo pode acarretar em uma série de sentimentos na família, tais como: preconceito, vergonha, medo e incompreensão, podendo vir a ocasionar a exclusão desse membro do círculo familiar.

Por fim, retomando à sequência discursiva da entrevistada 10, outra hipótese que pode ser levantada é que a família está sentindo dificuldade para lidar com o complexo processo que envolve exercer o papel de cuidador de uma pessoa acometida por transtornos mentais.

4.5 A IMPORTÂNCIA DO CAPS NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

Sobre a importância do CAPS para o tratamento da pessoa acometida pela depressão, destacam-se as seguintes sequências discursivas:

Então eu procurei ajuda no CAPS e tô fazendo o tratamento mais correto, e assim, tá surgindo mais efeito porque antes eu tomava só medicamento e agora tem a psicóloga que dá suporte (E05 - F - 18a.).

Foi importante também porque [pausa] me receberam de braços abertos, desde o porteiro, até o último funcionário. Me impressionei pelo trabalho deles [pausa] que eles trabalham com amor (E09 - M - 35a.).

As sequências discursivas acima, parecem sugerir que ambos os entrevistados valorizam e compreendem a importância do CAPS no seu tratamento. Dessa maneira, tal compreensão pode lhes permitir vivenciar o sentimento de pertencimento ao local, que pode ocorrer tanto pelo acolhimento oferecido pelos profissionais, quanto pelo fato de no equipamento ter pessoas em condições clínicas semelhante a suas, desencadeando o sentimento de compreensão. Além disso, a entrevistada 05 mencionou que o tratamento também lhe possibilitou um maior envolvimento no seu tratamento, destacando a transição entre o momento em que não fazia tratamento no CAPS e apenas tomava a medicação, sem nenhuma orientação sobre sua condição clínica, seguido pelo momento em que passou a ser assistida pela equipe de profissionais do CAPS, onde além do acesso ao tratamento medicamentoso, possui um acompanhamento com outros profissionais, como por exemplo, um profissional de psicologia.

Freire (2018) em seus estudos compreende que quando o sujeito deixa de ser um mero receptáculo e passa a ser autor de sua própria história, desempenhando o protagonismo social, desenvolvendo sua criticidade e fortalecendo o seu processo de conscientiz(ação), o mesmo passa a perceber as consequências de suas ações tornando-o mais responsáveis. Nesse sentido, é imprescindível que a equipe multiprofissional do CAPS trabalhe a fim de facilitar o processo de conscientização e empoderamento dos usuários na operacionalização do processo de desinstitucionalização (LEAL; DELGADO, 2007).

Para Leal e Delgado (2007), na consideração das pessoas acometidas pelos transtornos mentais, a melhora do quadro sintomatológico, não está necessariamente associado a dependência do rompimento, por exemplo, das alucinações, mas sim, na diminuição dos sintomas que possivelmente foram vivenciados de forma traumática em outros contextos. De modo geral, essas pessoas podem ter se sentido pertencente ao CAPS por ser um ambiente especializado em acolher e facilitar o processo de ressignificação.

Somado a isso, Gomes et al. (2012) ressaltam a importância da comunicação entre o profissional da saúde e o paciente, pois, partindo de entrevistas realizadas com pacientes de duas unidades de Saúde da Família localizadas em Fortaleza, Ceará, conclui-se que profissionais que se dispõem a ouvir e examinar o usuário, tendem a ser valorizados. Além disso, os autores consideram que além da capacidade de escuta da demanda implícita e explícita do usuário, é necessário que o profissional adote uma postura empática para que o usuário se sinta acolhido, construindo uma relação de confiança com o profissional, e conseqüentemente, um vínculo. Esse vínculo acaba gerando efeitos positivos diante do tratamento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As imagens acerca da depressão remetem-se a pensar sobre as percepções atribuídas por usuários do CAPS III do Crato – CE sobre o transtorno depressivo. Nesse sentido, percebe-se que nas últimas décadas houve um aumento significativo dos estudos no que tange a relação entre estigma e depressão e os papéis dos vínculos sociais e familiares para o enfrentamento da depressão, o que tem apontado para indicadores de correlação entre as variáveis mencionadas.

Juazeiro do Norte – CE

Os resultados obtidos no presente estudo demonstram que mesmo com o avanço da compreensão acerca da depressão, o rótulo ainda é presente no cotidiano das pessoas acometidas por transtornos mentais, especificamente as que frequentam o CAPS, o que aponta para a necessidade de refletir acerca da importância de abrir espaços para facilitar a desmistificação da referida temática.

Desse modo, são imprescindíveis o auxílio e a integração da família nesse cuidado, além de oferecer à pessoa em sofrimento psíquico uma relação horizontalizada com os profissionais, facilitando o desenvolvimento da autonomia, a ressignificação e a ressocialização dos usuários dos serviços de saúde. Assim, o usuário não deve ser reduzido a sua patologia, pelo contrário, deve ser visto como uma pessoa que tem uma história e merece ter seus direitos resguardados.

Diante do que foi explorado, pode-se perceber que o adoecimento psíquico teve diversas interpretações ao longo da história, porém nem sempre o foco foi o bem-estar do sujeito portador de patologias. É preciso atentar para o processo de estigmatização destes indivíduos e compreender a importância da sensibilização em torno da socialização dos mesmos. A interdisciplinaridade dos profissionais CAPS se caracteriza como um passo para diferenciar as patologias e evitar o peso do estigma. Nesse sentido, o presente estudo possibilita uma contribuição no que se refere ao caráter informativo servindo de aliado para a (des)construção de saberes a respeito da temática.

REFERÊNCIAS

ABDOI, C. H. N.. Transtorno disfórico pré-menstrual. **Revista Diagnóstico e Tratamento**, v. 19, ed. 4, p. 182-186, 2014.

ADEODATO, V. G. et al.. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 108-113, 2005.

AMARAL, J. G. P. D.. **Os destinos da tristeza na contemporaneidade: uma discussão sobre depressão e melancolia**. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado, PUC-RJ, 2006.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

ARAGÃO, J.. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, ano III, N.6, agosto, 2011.

ARANTES, D. V.. Depressão na atenção primária a saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 2, n. 8, p. 261-270, 2007.

BALLONE, G. J. **Suicídio na Adolescência**. [citado em 30 Jan 2011] In: PsiqWeb: 2003.

BAPTISTA, M. N.; BAPTISTA, A. S. D.; DIAS, R. R.. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco na depressão de adolescentes. **Psicologia ciência e profissão**. Brasília, v. 21, n. 2, p. 52-61, 2001.

BAPTISTA, M. N.; OLIVEIRA, A. A.. Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. **Journal of Human Growth and Development**, v. 14, n. 3, 2004.

BARROSO, A. G. C. et al.. Transtornos mentais: o significado para os familiares. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 99-108, 2012.

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.

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

_____. Senado Federal. Senado notícias. **A cada 45 minutos, uma pessoa se suicida no Brasil, dizem especialistas na CAS**. 2017. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/05/25/a-cada-45-minutos-uma-pessoa-se-suicida-no-brasil-dizem-especialistas-na-cas>> Acesso em: 16 nov. 2018.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A.. Suicídio e diagnóstico psiquiátrico: uma perspectiva mundial. **World Psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181, 2002.

CANALE, A.; FURLAN, M. M. D. P.. Depressão. **Arquivos do Museu Dinâmico Interdisciplinar**, v. 10, n. 2, p. 23-31, 2006.

CLEMENTE, A. S.; LOYOLA FILHO, A. I.; FIRMO, J. O. A.. Concepções sobre transtornos mentais e seu tratamento entre idosos atendidos em um serviço público de saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 555-564, 2011.

COSTA, J. H. R.. **Para além da redução de danos: a alteridade como paradigma na relação profissional-paciente em casos de uso problemático de drogas**. 2018.

CREMASCO, G. S.; BAPTISTA, M. N.. Depressão, motivos para viver e o significado do suicídio em graduandos do curso de psicologia. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 22-37, 2017.

DA SILVA, L. M. O estranhamento causado pela deficiência: preconceito e experiência. **Revista brasileira de educação**, v. 11, n. 33, p. 424-434, 2006.

DALGALARRONDO, P.. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Artmed Editora, 2008.

DAOLIO, E. R.; SILVA, J. V.. Os significados e os motivos do suicídio: As representações sociais de pessoas residentes em Bragança Paulista, SP. **Centro Universitário São Camilo**, v. 3, n. 1, p. 68-79, 2009.

DE FARIAS, A. C.; CORDEIRO, M. L. **Transtornos do humor em crianças e adolescentes: atualização para pediatras**, 2011.

DE GRANDI, A. L.; WAIDMAN, M. A. P.. Convivência e rotina da família atendida em CAPS. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 4, p. 763-772, 2011.

DE SOUSA, J. F.. **O Estigma da Saúde Mental**. 2017.

DE SOUZA, T. R.; DE LACERDA, A. L. T.. **Depressão ao longo da história**, s.d.

DEMARTINI, Z. B. F.. Histórias de vida na abordagem de problemas educacionais. Experimentos com história de vida. São Paulo: **Vértice/Revista dos Tribunais**, p. 44-105, 1988.

DIOGO, C. S. P.. **O isolamento social e a depressão na adolescência**. Dissertação (Mestrado em Psicologia clínica) – ISPA. Lisboa, 2013.

FREIRE, P.. **Conscientização**. Cortez Editora, 2018.

GIL, C. A.. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GODOY, A. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GOMES, A. M. A. et al.. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1101-1119, 2012.

GONÇALES, C. A. V.; MACHADO, A. L.. Depressão, o mal do século: de que século?. **Rev. enferm. UERJ**, v. 15, n. 2, p. 298-304, 2007.

HIRATA, E. S.. Estigma e depressão. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 32, p. 19-30, 2015.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G.. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. **Desinstitucionalização na Saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: Cepesc, p. 137-154, 2007.

LEMOS, V. A.; BAPTISTA, M. N.; CARNEIRO, A. M.. Suporte familiar, crenças irracionais e sintomatologia depressiva em estudantes universitários. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 2011.

LIMA, M. F.; FERREIRA, C. B.. Estratégias de enfrentamento de pacientes com transtornos mentais. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 2, p. 1-15, 2018.

LOUREIRO, L. et al.. Rótulos psiquiátricos: bem-me-quer, mal-me-quer, muito, pouco e nada. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. SPE1, p. 40-46, 2014.

MACHADO, N. et al.. Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. **J Bras Psiquiatr**, v. 58, n. 3, p. 175-80, 2009.

MCINTYRE, T.; BARROSO, R.; LOURENÇO, M.. Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. **Saúde Mental**, v. 4, n. 5, p. 1-12, 2002.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W.. **Estigma e Saúde**. SciELO - Editora FIOCRUZ, 2013.

MOREIRA, V.; GUEDES, D.. Largada pelo marido! O estigma vivido por mulheres em Tianguá-CE. **Psicologia em Estudo**, v. 12, n. 1, p. 71-79, 2007.

MOREIRA, V.; TELLES, T. C. B.. Experiências do estigma na depressão: um estudo transcultural. **Psico-USF**, v. 13, n. 2, p. 233-241, 2008.

OLIVEIRA, V. M.. **Curar a própria história: uma análise sociológica da terapêutica da depressão**. 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar”**. 2017. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839>, Acesso em: 30 mar. 2018.

RAMOS, V. A. B.. Como prevenir o suicídio. **Temas em psicologia–2017**. Disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos> A, v. 1068, 2017.

SANTOS, J. F. Q.; NAKAMURA, E.; MARTIN, D.. A compreensão da depressão na população pobre, uma ocorrência mais (fortemente) social, do que uma doença (fracamente) clínica. **Mediações-Revista de Ciências Sociais**, v. 12, n. 1, p. 313-322, 2007.

SOUZA, M. S.; BAPTISTA, M. N.; ALVES, G. A. S.. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. **Aletheia**, n. 28, p. 32-44, 2008.

SOUZA E. B. et al.. Percepções da doença e do tratamento pelos pacientes tratados de hanseníase residentes em Palmas-Tocantins. **Hansen Int.** 38 (1-2): p. 56-60, 2013.

SPANEMBERG, L.; JURUENA, M. F.. Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 26, n. 3, p. 300-311, 2004.

STRAUB, R. O.. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial**. Artmed Editora, 2014.

TEIXEIRA, C. M. et al.. Atividade física, autoestima e depressão em idosos. **CPD**, Murcia , v. 16, n. 3, p. 55-66, 2016.

THIENGO, D. L. et al.. Associação entre apoio social e depressão durante a gestação: uma revisão sistemática. **Caderno saúde coletiva**, v. 19, n. 2, p. 129-38, 2011.

ZAPPITELLI, M. C.. **Transtornos de humor na infância e adolescência: sintomas precoces em filhos de bipolares e traços de temperamento e caráter como endofenótipos na depressão maior**, 2010.