

Anais



Seminário Regional de Saúde

CEM/FACENE/FAMENE

**“Saúde Mental no Século XXI:
Novos Desafios, Novas Perspectivas”**



Organizadores

Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal
Carolina da Cunha Lima de Mendonça Pedrosa
Edielson Jean Silva Nascimento

Arte

Cláudio Érik Nascimento de Souza



ISSN: 2175-3660

João Pessoa

De olho no futuro

Expediente

Diretora-presidente da Entidade Mantenedora

Kátia Maria Santiago Silveira

Diretor Vice-presidente

João Fernando Pessoa Silveira

Diretor da FACENE

Eitel Santiago Silveira

Diretora da FAMENE

Kátia Maria Santiago Silveira

Secretária Geral

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

Tesouraria

Alexandre Henrique Santiago Silveira

Biblioteca

Janaína Nascimento de Araújo – CRB15/103

Coordenadora do Curso de Enfermagem - FACENE

Nereide de Andrade Virgínio

Coordenadora do Curso de Medicina - FAMENE

Gladys Moreira Cordeiro da Fonseca

Comissão Organizadora do Evento

Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal

Carolina da Cunha Lima de Mendonça Pedrosa

Eitel Santiago Silveira

Carolina Santiago Silveira Polaro Araújo

Frederico Augusto Polaro Araújo

Nereide de Andrade Virgínio

Gladys Moreira Cordeiro da Fonseca

Cláudia Germana Virgínio de Souto

Adalberto Alves de Souto

Marlene Ramalho Rosas

Ana Amélia Aureliano da Silva

Cláudio Érik Nascimento de Souza

Alex Sandro Bernardo Vieira

Monik Maria da Silva Rodrigues

Alanna Nóbrega Macêdo de Oliveira

Luiz de Souza Soares

Jaciara Oliveira de Andrade Virgínio

Waiwell Jonathan da Silva Vicente

Janaína Nascimento de Araújo

Geane Ferreira da Silva

Sérgio Luiz dos Santos Júnior

Daniela Marinho de Benévolo

Kátia Michaele Fernandes Conserva
Maria de Fátima Fernandes Lira
Gina Lorena Duarte
Antônio Pedro da Costa Neto
Pricila Mariano Cavalcante Gonçalves
Fábio de Lucena Fernandes Braga de Araújo
Glefeston Pinto de Araújo

Arte

Cláudio Érik Nascimento de Souza

Monitores

Alex Sandro Bernardo Vieira
Monik Maria da Silva Rodrigues
Rafaela Figueiredo Fernandes Soares
Augusto César Guimarães
Andressa Moreira Santos
Maria das Graças Nogueira Ferreira
Marcella Mayra Gervázio França
Amanda Coely Pereira Silva
Aline da Silva Moraes
Aparecida Lopes de Luna
Elizabeth Gomes de Oliveira
Evelyn Rocha dos Santos
Leide Néria Carvalho R. de Moraes

Comissão de Temas

Vilma Felipe Costa
Kay Francys Leal Vieira
Kkívia Kiss da Silva Barbosa
Kátia Michaele Fernandes Conserva
Alfredo José Minervino
Sandra Aparecida de Almeida

Comissão Científica

Oriana Deyze Correia Paiva Leabebal
Carolina da Cunha Lima de Mendonça Pedrosa
Nereide de Andrade Virgínio
Gladys Moreira Cordeiro da Fonseca
Cláudia Germana Virgínio de Souto
Márcia Virgínia Andrade Virgínio de Oliveira
Rosa Rita da Conceição Marques
Marlene Ramalho Rosas
Emanuel Nildivan Rodrigues Fonseca
Ednice Fidelis Cavalcante Anízio
Maria Sueli Menezes
Déa Sílvia Moura da Cruz
Maria do Socorro Gadelha da Nóbrega
Edson Peixoto de Vasconcelos Neto

Sérgio Ricardo de Andrade
Vanessa Serrano
Adriana Lira Rufino de Lucena
Salmana Rianne Pereira de Alves
Fábia Barbosa de Andrade
Kay Francis Leal Vieira
Khívia Kiss da Silva Barbosa

Editores dos Anais

Oriana Deyze Correia Paiva Ledebal
Carolina da Cunha Lima de Mendonça Pedrosa
Edielson Jean da Silva Nascimento
Cyelle Carmem Vasconcelos Pereira

Sumário

Artigos Originais

A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO HUMANIZADO EM SAÚDE MENTAL: DESCOBRINDO AS POSSIBILIDADES PARA A CONCRETIZAÇÃO DESSA PRÁTICA EM ENFERMAGEM

SOUSA, Cássia Maria Guerra (relator)

ALCOOLISMO: CONCEPÇÕES DE FAMILIARES ACERCA DO PROBLEMA - NOTA PRÉVIA

SILVA, Raquel Firmino da (relator)

ANOREXIA NERVOSA: UMA ABORDAGEM SOBRE OS FATORES DE RISCO E CUIDADO DE ENFERMAGEM

ALVES, Samuel Ronney Pereira (relator)

A SAÚDE MENTAL DO PACIENTE PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

FÉLIX, Débora Fernanda da Silva (relator)

ASPECTOS DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM NEUROCYSTICERCOSIS HUMANA

FERNANDES, Eguimara de Souza Borges (relator)

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

MARTINS, Patrícia Helena de Moraes Cruz (relator)

ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO: PERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO CONTEXTO ATUAL DA SAÚDE MENTAL

COSTA, Kêsseda Chrystiane Leite (relator)

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO DE UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO NORTE

CARVALHO, Francisca Patrícia Barreto de (relator)

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA INTERAÇÃO EQUIPE DE ENFERMAGEM, PACIENTE E FAMÍLIA

SILVA, Milécio de Lima (relator)

**DOENÇA MENTAL E ALCOOLISMO ENTRE UNIVERSITÁRIOS DE SAÚDE:
CONVIVENDO COM O MAL CONHECIDO**
ALMEIDA, Emanuel de Oliveira (relator)

ELETROCONVULSOTERAPIA NA DEPRESSÃO MAIOR: REVISÃO LITERÁRIA
ROBERTO, Marcela Furtado (relator)

**EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS: UMA DISCUSSÃO DA PRAXIS DO ENFERMEIRO
NA ABORDAGEM PRÉ E INTRA HOSPITALAR**
ALMEIDA, Emanuel de Oliveira (relator)

LUTA CONTRA O MAL DO SÉCULO: FATORES DE RISCO PARA A DEPRESSÃO
SILVA, Milécyo de Lima (relator)

**NECESSIDADES DE FAMILIARES DE ALCOOLISTAS RELACIONADAS AO
COTIDIANO DA FAMÍLIA**
VIEIRA, Alex Sandro Bernardo (relator)

**PARTICIPAÇÃO DO CAPS NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM
ESQUIZOFRENIA SOB A ÓTICA DOS FAMILIARES**
NÓBREGA, Pâmela Alves da (relator)

[RE] VELENADO OS DEPENDENTES QUÍMICOS
VERDE, Raísa da Oliveira Lima (relator)

**SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA LEITURA A PARTIR
DA ATUAÇÃO DO NASF**
SILVA, João Paulo Lopes da (relator)

**SÍNDROME DE BURNOUT E SEUS FATORES DE RISCO: UMA DISCUSSÃO DA
SISTEMATIZAÇÃO NA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO POR PARTE DA
ENFERMAGEM**
CARVALHO, Francisca Patrícia Barreto de (relator)

**SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO: INDICADORES DE PREVENÇÃO DA
DOENÇA MENTAL**
ALVES, Samuel Ronney Pereira (relator)

**SUPORTE FAMILIAR NO TRATAMENTO AO PORTADOR DE DISTÚRBIOS MENTAIS:
UM ENFOQUE HISTÓRICO SOCIAL**

SILVA, João Paulo Lopes da (relator)

TRANSPORTE BIPOLAR: PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDAR COM FOCO NA INTEGRALIDADE

NETO, Neemias Raulino da Silva (relator)

TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

DANTAS, Camila de Souza (relator)

TRANSTORNO MENTAL E O PAPEL DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO AO PACIENTE: REVISÃO SISTEMÁTICA

LUCENA, Débora de Paiva (relator)

A IMPORTÂNCIA DO CUIDADO HUMANIZADO EM SAÚDE MENTAL: DESCOBRINDO AS POSSIBILIDADES PARA A CONCRETIZAÇÃO DESSA PRÁTICA EM ENFERMAGEM¹.

SOUSA, Cássia Maria Guerra²; QUEIROZ, Johny Carlos de³; OLIVEIRA, Lucidio Clebeson de⁴; MEDEIROS, Maria Neucivânia de⁵; SILVA, Raquel Mirtes Pereira da⁶.

¹ Projeto de Pesquisa, vinculado a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN).

² Relator. Acadêmica de Enfermagem do 7º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN); Mossoró/RN; cassissimaguerra@hotmail.com;

³ Enfermeiro, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), docente da Universidade do Estado do Rio grande do Norte (UERN) e Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN); Mossoró/RN;

⁴ Enfermeiro, Especialista em Enfermagem em Saúde do Trabalhador, Docente da Universidade do Estado

do Rio grande do Norte (UERN) e Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN); Mossoró/RN;

⁵ Enfermeira, Especialista em Saúde Mental;

⁶ Enfermeira, Especialista em Urgência e Emergência em Enfermagem; Docente da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN); Mossoró/RN.

RESUMO

A filosofia da Humanização da assistência aparece como estratégia alternativa para que o profissional de enfermagem passe a lidar adequadamente com as diversidades das situações psicoemocionais nas quais os usuários estão submetidos. O estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa sobre o Cuidado Humanizado de enfermagem em saúde mental desenvolvida com enfermeiros de um hospital que atende indivíduos com distúrbios mentais no município de Mossoró-RN e teve como objetivo identificar o cuidado humanizado como instrumento da reorganização da enfermagem em saúde mental. Os participantes entendem como humanização cuidar dos usuários coletivamente, com compromisso e ética, ajudando-os a enfrentar limitações. É necessário assumir desafios no trabalho em enfermagem para lidar com o cuidado humanizado em saúde mental, devido aos problemas, que vão desde fragilidades nas competências e habilidades dos enfermeiros para lidar com o novo enfoque da assistência em saúde mental até a falta de recursos e superposição de atividades decorrentes das demandas.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Reforma Psiquiátrica. Saúde Mental. Cuidado Humanizado.

INTRODUÇÃO

São novos os modos de se conceber a saúde e a assistência e novas são as formas de organização dos serviços. No que tange a área de saúde mental, as mudanças estão atreladas aos propósitos da Reforma Psiquiátrica, em que o modelo asilar dá lugar às unidades de atenção básica e a prática assistencial passa a ser de caráter coletivo e preventivo. Portanto, a qualificação profissional e a maneira de atuação dos sujeitos participantes das situações concretas desenvolvidas nos serviços de saúde são condições essenciais para que os princípios da Reforma Psiquiátrica sejam concretizados no cotidiano dos serviços e contribuam para a humanização do ambiente hospitalar.

Dessa forma, a presença de medidas coercitivas durante a internação, o isolamento da família e a terapêutica alopática são apenas alguns exemplos que caracterizam os procedimentos invasivos adotados durante a internação.

Deste cenário decorrem as indagações problematizantes: Qual a concepção que têm os enfermeiros sobre o cuidado humanizado na prática hospitalar em saúde mental? Quais os desafios enfrentados pela enfermagem para adotar no cotidiano do trabalho em saúde mental os princípios da Reforma Psiquiátrica?

O pressuposto defendido é que o cuidar em saúde mental necessita se pautar na valorização da pessoa humana em sua integralidade, na fraternidade, em que os princípios filosóficos da humanização sejam as bases para o descobrimento de caminhos para o entendimento do comportamento do usuário e das práticas assistenciais em saúde mental.

Dessa forma, este trabalho objetiva analisar a percepção dos enfermeiros sobre o cuidado humanizado no cotidiano da assistência de enfermagem em uma unidade hospitalar de saúde mental, assim como refletir sobre o enfrentamento do trabalho em enfermagem para lidar com o cuidado humanizado a esses clientes.

METODOLOGIA

A pesquisa trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, realizada no Hospital Municipal de Saúde Mental São Camilo de Lellis, no município de Mossoró-RN. A população foi constituída por todos os enfermeiros que trabalham no referido hospital e que, na época da coleta dos dados, lidavam com a assistência direta aos usuários e concordaram em assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E). O instrumento da coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturada. Os procedimentos utilizados para coleta foram as entrevistas gravadas, com os cinco enfermeiros que, na época, atuavam na unidade de internação do Hospital.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Na percepção dos enfermeiros, ficou evidente que humanizar em saúde mental significa

acolher, ouvir e, com isso, dar respostas positivas às necessidades individuais e coletivas das pessoas cuidadas. Significa cuidar das pessoas com responsabilidade, compromisso e ética, ajudando-as a vencer suas limitações. É saber ouvir as queixas, sentir o que o outro sente, inteirar-se dos problemas do ambiente de trabalho e das outras pessoas, mas não se deixar abater por esses problemas e trabalhar com espírito de equipe e encantamento. É estar aberto às críticas e poder fazer o trabalho em equipe com equilíbrio.

Eles reconhecem que vários são os desafios a serem enfrentados no trabalho em enfermagem para lidar com o cuidado humanizado em saúde mental. Tais desafios decorrem dos problemas na sua prática, que vão desde às fragilidades nas competências e habilidades dos enfermeiros para lidar com o novo enfoque da assistência em saúde mental até à falta de recursos materiais e a superposição de atividades decorrentes das demandas dos serviços.

Sendo assim, dos resultados obtidos, é possível afirmar que esta pesquisa traz significativas contribuições para a saúde mental e a humanização como instrumento de avanço nos cuidados da enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da proposta deste trabalho, foi possível compreender as possibilidades de inserção do cuidado humanizado na prática da enfermagem em saúde mental, inclusive desvendar como os enfermeiros expressam as condições de um ambiente favorável a tal cuidado e suas próprias possibilidades, em termos de competências e habilidades para enfrentamento da realidade.

Para isso, faz necessário incrementar uma prática nos serviços de saúde mental que privilegia a 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. Há a garantia do acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade, cuja assistência vai além dos muros institucionais, ou seja, a radical mudança no modelo de intervenção. Abrem-se os espaços de intervenção em nível de atenção básica, hospitalar e comunitária, com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais e Centros de Convivência, principalmente.

Em consequência, a prática de enfermagem sai de uma prática do cuidado hospitalar que visava à contenção do comportamento dos "doentes mentais" para incorporar princípios novos e desconhecidos.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciências e Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-554, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: grupo de trabalho de humanização: GTH / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 16 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <www.saude.gov.br/humanizasus>. Acesso em: 25 fev. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teorias, método e criatividade. 7ª ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1997, 90 p.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1993, 259 p.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. Rio de Janeiro, V.9, n.1 jan./abr. 2002.

ALCOOLISMO: CONCEPÇÕES DE FAMILIARES ACERCA DO PROBLEMA – NOTA PRÉVIA¹

SILVA, Raquel Firmino da²; BARBOSA, Khívia Kiss da Silva³; OLIVEIRA, Geórgia Dantas de⁴; PEGADO, Ytala Maria Gomes⁵; NÓBREGA, Pâmela Alves da⁶.

¹Projeto de pesquisa construído por acadêmicas de enfermagem da FACENE.

²Relatora. Acadêmica de Enfermagem do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Email: raquelflor2011@hotmail.com.

³Orientadora. Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Docente da FACENE/FAMENE e UFCG. João Pessoa. khiviakiss@yahoo.com.br.

⁴Acadêmica de Enfermagem do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

⁵Acadêmica de Enfermagem do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

⁶Enfermeira. Graduada na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

RESUMO

Alcoolismo é um conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo de álcool que afeta o indivíduo insidiosamente acarretando problemas físico, mental e social, e, quando não tratado, progride sem parar até a deterioração e morte. Afeta a família como um todo, causando o adoecimento psicológico emocional e espiritual, e desagregação no sistema familiar. Esse estudo objetiva avaliar o significado do alcoolismo para a família; identificar a aceitação do alcoolismo como doença na família; investigar os fatores que levaram o alcoolista a beber segundo a ótica da família; identificar as dificuldades que os familiares apresentam na convivência com o alcoolista. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. Muito mais que um problema individual, o alcoolismo atinge a família em seu conjunto, podendo ser considerada uma doença familiar, uma vez que o sofrimento é de todos e não só do dependente.

PALAVRAS-CHAVE: Alcoolismo. Família. Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

Alcoolismo é um conjunto de problemas relacionados ao consumo excessivo de álcool, que afeta o indivíduo insidiosamente acarretando problemas físico, mental e social, e quando não tratado progride sem parar até a deterioração e morte. Afeta a família como um todo, causando o adoecimento psicológico emocional e espiritual, e desagregação no sistema familiar. A Organização Mundial de Saúde afirma que o uso de drogas é um problema que vem crescendo em termos de saúde pública no mundo, repercutindo em uma gama de problemas que envolve a família e a sociedade (OMS, 2004).

No caso do álcool, constitui-se como importante causa de mortalidade e incapacidade nos países desenvolvidos. Os vários efeitos ocasionados pelo uso abusivo do álcool são: cirrose hepática, transtornos mentais, pancreatite, câncer, acidentes no trânsito e outros problemas relacionados ao seu uso indevido, como o aumento do índice de violência, conflitos familiares e prejuízos no trabalho. O álcool é responsável por internações devido à dependência e psicoses induzidas por essa droga. Estima-se que cada três leitos hospitalares no Brasil são ocupados em decorrência direta ou indireta do consumo abusivo do álcool, no entanto, de 11% de brasileiros alcoólatras que necessitam de internação, somente 1% consegue vaga pelo sistema público de saúde, os demais vão para a rua ou morrem por falta de assistência. As estatísticas são, no entanto, animadoras para quem leva o tratamento a sério: 90% dos dependentes de álcool que seguem o tratamento melhoram e 60% se recuperam (GALDURÓZ; CAETANO, 2004).

O vício por este tipo de droga desencadeia uma experiência negativa e ameaçadora, tanto para o indivíduo que dela faz uso abusivo quanto para a família e a sociedade, por promover um processo gradativo de desintegração social, familiar e pessoal, trazendo consequências desastrosas no convívio familiar, envolvendo todas as pessoas diretamente vinculadas ao processo evolutivo do alcoolismo. A presente pesquisa tem como objetivo avaliar o significado do alcoolismo para a família; identificar a aceitação do alcoolismo como doença na família; investigar os fatores que levaram o alcoolista a beber segundo a ótica da família; identificar as dificuldades que os familiares apresentam na convivência com o alcoolista. O motivo da realização da pesquisa nasceu por ter convivência com um irmão alcoolista. A relevância da pesquisa justifica-se pelo fato de que as bebidas alcoólicas estão cada vez mais presentes nas famílias, em que o desenvolvimento progressivo do alcoolismo torna, em cada membro da família, o adoecer da alma, corpo e mente, ocasionando problemas como a angústia, ansiedade e depressão.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa. A população será composta por todos os familiares de pessoas acometidas pelo alcoolismo, cadastrados na Unidade Básica de Saúde – UBS Antônia Firmino de Rio Tinto - PB. A amostra será composta por 10 daqueles que tenham acima de 18 anos, que sejam familiares de pessoas acometidas pelo alcoolismo, que aceitem participar livremente do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento será um formulário de entrevista estruturado em duas partes: dados para caracterização socioeconômica da amostra e questões norteadoras acerca do tema em estudo. A coleta de dados será formalizada mediante a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE/FAMENE, além do encaminhamento de ofício da Coordenação do Curso para a Instituição, local da pesquisa, comunicando a pretensão da mesma. A pesquisa será realizada em dias úteis, nos turnos manhã e tarde, durante os meses de março e abril de 2011. O material coletado será analisado com base no enfoque do método quantitativo a partir de dados primários coletados de informações contidas no instrumento de coleta. Posteriormente, os dados serão agrupados através de software estatísticos, para posterior apresentação em gráficos e tabelas, servindo assim para discussão dos resultados à luz da literatura pertinente. Os dados qualitativos serão analisados à luz do referencial de Levrefe. A fonte coletada será disposta de acordo à técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, sendo este um procedimento que retrata as expressões das falas dos pesquisados, o que viabiliza o pensamento em forma de síntese e possibilita interpretações para fundamentar os resultados (LEFEVRE; LEFEVRE 2005).

A pesquisa será realizada levando em consideração os aspectos éticos em pesquisas que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução 196/96 CNS/MS, assim como a Resolução 311/2007 COFEN, que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2009).

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As primeiras informações sobre o seu uso datam de 6.000 a.C. e a propagação generalizada permite a formulação e hipótese sobre o motivo pelo qual ele é ainda a droga de eleição para consumo, sobrepondo-se a outros psicotrópicos. Para essa autora, quatro fatores parecem justificar tal afirmação: a sua fácil disponibilidade, o fornecimento de energia, a eficiência no alívio da dor, a manutenção da euforia, além de ser a droga de mais baixo custo. O álcool produz inicialmente no ser humano um efeito euforizante, que se traduz por uma desinibição comportamental. O alcoolismo é precipitado por predisposições genéticas, influências familiares, influências culturais e por problemas psicológicos, como baixa auto-estima, timidez e dificuldades afetivas. O alcoolismo é uma síndrome que compreende duas fases: o beber problemático e o vício do álcool. O beber problemático é o uso constante de bebidas alcoólicas, geralmente com o objetivo de aliviar a ansiedade ou resolver outros problemas emocionais. O uso do álcool na sociedade atual possui conotação diferenciada em relação às outras drogas. Seu caráter lícito, de baixo custo e fácil acesso lhe conferem aceitação social ampla e propagada através da cultura religiosa, regional e rituais sociais, dificultando seu enfrentamento.

A indústria do álcool reforça a propagação por meio de campanhas que estimulam o uso e dificulta a visibilidade social do álcool como problema de saúde que representa o maior índice de utilização mundial entre as substâncias psicoativas. O alcoolismo é um conjunto de diagnósticos que caracterizam a dependência, a abstinência, o abuso e a intoxicação por álcool, síndromes amnésicas, demência alucinatória delirante, alteração de humor, distúrbios de ansiedade, sexuais, do sono e distúrbios inespecíficos e, por fim, o Delirium Tremens, que pode levar ao óbito. O alcoolismo é responsável por 50% das internações psiquiátricas masculinas, 20% em unidade de gastroenterologia e 90% das internações por dependência de drogas em hospitais psiquiátricos brasileiros. Pessoas com problemas relacionados ao álcool são hospitalizados quatro vezes mais que a população em geral. O uso crônico do álcool leva a complicações em todos os sistemas do corpo, no entanto, as complicações mais comuns do sistema nervoso central são: Polineuropatia, Psicose de Korsakoff, Encefalopatia e Enfermidade de Marchiafava-Bignani. O alcoolismo tem uma etiologia multifatorial, envolvendo fatores ambientais e genéticos. O hábito de beber pode ser

convencionado pela sociedade, por hábitos familiares, em certas profissões ou associações ou ainda por modismo. Os danos do álcool à família podem vir de diversas formas, seja pela saúde física e mental de seus membros, seja pela saúde financeira do lar. O dinheiro gasto com álcool pode desfalcar o orçamento doméstico de um lar carente de recursos financeiros, deixando seus membros à mercê de intercorrências e suscetibilidades. Vale salientar também o surgimento de violência no lar e os acidentes domésticos em decorrência do uso de álcool no contexto familiar. O tratamento do alcoolista dá-se através de internação, uso de medicamentos, consultas periódicas ao psiquiatra e psicólogo e a presença e o apoio dos familiares, ao qual propicia melhor adesão ao tratamento (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

REFERÊNCIAS

ÁLCOOL: o que você precisa saber. 5ª ed. Brasília: Secretaria Nacional Anti-drogas, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996:** diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

CAMPOS, Shirley de. **Estudo revela que o alcoolismo já é a terceira maior no país:** Disponível em: < <http://www.drashirleydecampos.com.br> > Acesso em: 16 de outubro de 2010.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de Ética dos profissionais de Enfermagem.** Disponível em: www.cofen.com.br. Acesso em: 13 de maio de 2009.

EDWARDS, Griffith; MARSHALL, E. Jane; COOK, Chistopher C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde.** 4ª ed. Tradução: Amarillis Eugênia Fernandez Miazzi; Consultoria, supervisão e revisão técnica: Ronaldo Laranjeira, Marcelo Ribeiro. Porto Alegre: Artmed, 2005, 344 p.

GALDURÓZ, José Carlos F.; CAETANO, Raul. **Epidemiologia do uso de álcool no Brasil.** In: Revista Brasileira de Psiquiatria, 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a02v26s1.pdf> > Acesso em: 12 de outubro de 2010.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREEB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** 7ª Ed. Porto alegre: Artmed, 2003.

LARANJEIRA, R; PINSKY, I. **Alcoolismo.** São Paulo: Contexto, 1998.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo:** Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos) 2ª Ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005.

MACIEL, Cláudia; KERR-CORRÊA, Florence. **Complicações psiquiátricas do uso crônico do álcool.** Publicado por Shirley de Campos. Disponível em: <<http://drashirleydecampos.com.br/noticias/15532>>. Acesso em: 17 de outubro de 2010.

MINAYO A. R.; CARLINI, E. A. **Intervenções hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos.** In: Rev. ABP-APAL, São Paulo, v.17, p. 133-137, 1995.

Organização Mundial da Saúde (OMS), Global Status Report on Alcohol 2004. Disponível em: <www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol/en/>. Acesso em: 10 de outubro de 2010.

ANOREXIA NERVOSA: UMA ABORDAGEM SOBRE OS FATORES DE RISCO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM¹

ALVES, Samuel Ronney Pereira²; ALVES, Salmana Rianne Pereira³, ANDRADE, Fábila Barbosa de² (Orientadora); FERREIRA, Dandara Cristina da Silva²; SOUTO, Claudia Germana Virginia².

¹Trata-se de um trabalho curricular realizado na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE).

² Relator. Aluno do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) - João Pessoa/PB. E-mail:sam_ronney@yahoo.com.br. dandara_cris@hotmail.com. E-mail: claudiagermana1@hotmail.com.

³Professoras da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)-João Pessoa/PB. E-mail: sal_riane@yahoo.com.br; fabiabarbosabr@yahoo.com.br.

RESUMO

A anorexia nervosa é considerada uma forma de doença da glândula pituitária, sendo depois descrita como uma variante não específica de muitas outras doenças psiquiátricas. O presente estudo tem o objetivo de realizar um levantamento sobre os fatores de risco que acarretam uma anorexia nervosa, bem como a assistência de Enfermagem nessa temática. Trata-se de um estudo do tipo bibliográfico, realizado no período de fevereiro de 2011, junto ao acervo bibliográfico da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), bem como em periódico *on line*. Os resultados revelaram que a anorexia é caracterizada pelo medo mórbido da obesidade, onde os sintomas incluem uma grande distorção da imagem corporal, recusa em comer e preocupação com o alimento. Desenvolve-se principalmente em meninas adolescentes e mulheres jovens. Assim, isso exige do enfermeiro a sensibilidade na identificação do comportamento alimentar, busca incessante pela magreza, distorção da imagem corporal e amenorréia.

PALAVRAS-CHAVE: Alimentação. Doença. Transtorno.

INTRODUÇÃO

Os transtornos da alimentação constituem uma série de alterações, que vão desde as formas subclínicas mais leves, até as formas mais graves. Ao longo dos anos, sugeriram-se vários critérios de classificação para anorexia nervosa, como comportamento dirigido para grande perda de peso, características psicopatológicas do medo mórbido de se tornar gordo, evidência de uma desordem endócrina cursando com amenorréia nas mulheres, e impotência nos homens (AMARAL, 2002). O hipotálamo regula a capacidade do corpo em reconhecer quando está com fome e quando está saciado. As pessoas que sofrem de anorexia têm afetividade às dores da fome e com uma ingestão de 200 calorias por dia, as sensações de fome cessam (TOWNSEND, 2002). Nesse contexto, merece destaque um conjunto de fatores de risco e qual a conduta de enfermagem no cuidado aos usuários com o quadro de anorexia. O estudo dos transtornos alimentares é de grande importância, pois estes podem contribuir para uma melhor prevenção e intervenção no público-alvo, que se encontra dentro do grupo de risco (SANTOS; GONÇALVES; STRACIERI, 2010). Apesar de ainda desconhecida, sabe-se que a etiologia dos transtornos alimentares traz em sua gênese uma associação de fatores sociais, psicológicos e biológicos (VILELA et al, 2004). Assim, o objetivo é realizar um levantamento sobre os fatores de risco que acarretam uma anorexia nervosa, bem como a assistência de Enfermagem nessa temática.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório do tipo bibliográfico realizado no período de fevereiro de 2011, junto ao acervo bibliográfico da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), bem como junto aos periódicos indexados na base do bireme, medline, scielo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A anorexia nervosa deve-se a recusa do paciente a manter um peso corporal na faixa normal mínima associada a um temor intenso de ganhar peso, sendo uma autopercepção da forma e/ou do tamanho do corpo (BALLONE, 2005). Não se conhecem as causas fundamentais da anorexia nervosa. Os aspectos biológicos incluem as alterações hormonais durante a puberdade, disfunções de neurotransmissores cerebrais, aspectos genéticos, padrões de funcionamento familiar alterado, acontecimento vital estressante etc. As anorexias são do tipo restrito: o paciente consegue a perda de peso por meio de jejuns, dietas e exercícios excessivos e do tipo compulsão: pacientes que comem compulsivamente e fazem induções do vômito ou uso de laxantes, diuréticos e enemas (GARBUGLIO, 2000-2004). Os sintomas são depressivos, como: humor deprimido, retraimento social, irritabilidade, insônia e interesse diminuído por sexo (BALLONE, 2005). As principais complicações são desnutrição e desidratação, hipotensão, anemia, redução da massa muscular, intolerância ao frio (GALVÃO, 2001). Para diagnosticar a anorexia nervosa deve atentar para perda de peso e recusa em manter o peso dentro da faixa normal, medo mórbido de engordar mesmo estando abaixo do peso, perturbação na forma de vivenciar o baixo peso (CLAUDINO, 2002). O tratamento inclui terapia acompanhada ou não de anti-depressivos, estímulo à participação em grupos sociais, hospitalização para ganho de peso (NEVES, 2003). Segundo Grando (2005), a enfermeira frequentemente lida não apenas com o indivíduo, mas também com sua família. A enfermeira terá necessidade de um preparo profissional que inclua a educação sobre o transtorno para si mesma, também como ajudar a

família a criar habilidades para assistir, dar apoio e impor limites ao cliente, se necessário. O tratamento inclui avaliar a família como sistema e o impacto do transtorno alimentar e de iniciar terapia de grupo para mobilizar o apoio social e reforçar respostas adaptadas. As intervenções de enfermagem seriam: ajudar o paciente a desenvolver habilidades na resolução de problemas e proporcionar condições para que teste os resultados; restabelecer uma ingesta nutricional adequada/ apropriada; corrigir o desequilíbrio hidroeletrólítico (GRANDO, 2005). Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento dos transtornos alimentares, a faixa etária e o sexo estão claramente envolvidos. A idade mais comum para o início dos transtornos é a adolescência. Os estudos demonstram que, dos indivíduos atingidos, cerca de 90% são do sexo feminino e somente 5-10% são do sexo masculino (ALVES; VASCONCELOS, 2010). A anorexia costuma ter como fator desencadeante algum evento significativo como perdas, separações, mudanças, doenças orgânicas, distúrbios da imagem corporal, depressão, ansiedade e, até mesmo, traumas de infância, como abuso sexual. No entanto, a forma como estes fatores vão atuar como causa do distúrbio ainda não está esclarecida (FIATES; SALES, 2001). A manutenção de um padrão alimentar adequado reflete-se na saúde física e mental do jovem, proporcionando subsídios para o total aproveitamento de sua potencialidade (FLEITLICH, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos aspectos acima abordados, pode-se revelar que os fatores de risco podem ser classificados de modo que envolvem em prejuízo na vida dos acometidos, concorrendo em ônus econômico na vida dos usuários. Isso exige dos enfermeiros uma atuação baseada na prevenção e controle de anorexia nervosa.

REFERÊNCIAS

ALVES, Emilaura; VASCONCELOS, Francisco de A. Guedes. **Fatores de risco para o desenvolvimento de bulimia e anorexia nervosas em adolescentes de instituições de ensino médio de Florianópolis, sc.** 2010. Disponível em: http://www.sepex.ufsc.br/anais_4/trabalhos/517.html. Acesso em: 2 Mar 2010.

AMARAL, C.F, et al. **Enciclopédia da saúde: obesidade e outros distúrbios alimentares.** Vol 2. rio de Janeiro: Medsi, 2002.

ASSUMPÇÃO, C.L CABRAL, M.D. Complicações clínicas da anorexia nervosa e bulimia nervosa. Disponível em: **Rev. Brás. Psiquiats.** Vol. 24 suppl. 3, São Paulo, dez. 2002. Acesso em: 07/04/07.

BALLONE, G.J. **Anorexia nervosa.** Disponível em: <http://www.psiqweb.med.br>, 2005. Acesso em: 05/04/07.

CLAUDINO, A.M; BORGES, M.B.F. Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. Disponível em: **Rev. Bras. Psiquiatr.** V. 24 supl 3, São Paulo, dez. 2002. Acesso em: 07/04/07.

DOENGES, M.C; MOORHOUSE, M.F; GEISLER, A.C. **Planos de cuidados de enfermagem: orientações para o cuidado individualizado do paciente.** 5ªed. Rio de Janeiro: Koogan, 2003.

FLEITLICH, Bacy W et al. **Anorexia nervosa na adolescência.** 2000. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-S323/port.pdf>. Acesso em: 2 Mar 2011.

FIATES, Giovanna Medeiros Rataichesk; SALLES, Raquel Kuerten de. Fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios alimentares: um estudo em universitárias. **Rev. Nutr.**, Campinas, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732001000400001&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 Mar. 2011.

GALVÃO, A.L. **Anorexia nervosa.** Disponível em: ABC da saúde, 2001. Acesso em: 07/04/07.

GARBUGLIO, H.H. **Anorexia nervosa**: a tentativa de negar a fome. Disponível em: Virtual Books Online-sua biblioteca de livros eletrônicos, 2000-2004. Acesso em: 07/04/07.

GRANDO, L.H; ROLIM, M.A. Família e transtornos alimentares: as representações dos profissionais de enfermagem de uma instituição universitária de atenção à saúde mental. Disponível em: **Rev. Latino-am Enfermagem**, 2005. Acesso em: 02/04/07.

NEVES, M. B. **Distúrbios do apetite**: anorexia e bulimia nervosa o caminho histórico para o abortamento biopsicossocial. Disponível em: <http://www.edumed.org.br/cursos/neurociencia/01/monografias/disturbios>, 2003. Acesso em: 07/04/07.

PINZON, V; NOGUEIRA, F.C. Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. Disponível em: **Rev. Psiquiatria Clínica.**, v. 2.n. 43 Acesso em: 07/04/07.

SANTOS, Renata C. E; GONÇALVES, Mônica A; STRACIERI, Adriana P M. **Fatores de risco para anorexia e bulimia nervosas em universitárias dos cursos de nutrição e educação física do centro universitário do leste de Minas Gerais**. 2010. Disponível em: http://www.unilestemg.br/nutrirgerais/downloads/artigos/volume4/edicao_06/fatores_riscos_anorexia.pdf. Acesso em: 2 Mar 2010.

TOWNSEND, M.C. **Enfermagem Psiquiátrica**: conceitos de cuidados. 3° ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2002.

VILELA, João E. M et al . Transtornos alimentares em escolares. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 1, Feb. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Mar. 2011.

WEINBERG, C; CORDÁS, T.A; MUNOZ, P.A. Santa Rosa de Lima: uma santa anorexia na América Latina? Disponível em: **Rev. Psiquiatr.** Rio Gd. Sul V. 27 no. 1, Porto Alegre, Jan/Abr. 2005. Acesso em: 05/04/07.

A SAÚDE MENTAL DO PACIENTE PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

FÉLIX, Débora Fernanda da Silva¹; MONTEIRO, Juliana Aquino²; VIEIRA, Maria Luciene Soares Ferreira³; NUNES, Márcia da Silva⁴; MACEDO, Jogilmira Silva⁵

¹ Relator. Discente do quinto período de Graduação em Enfermagem da FACENE. João Pessoa. deboraferranda19@hotmail.com.

² Discente do quinto período de Graduação em Enfermagem da FACENE.

³ Discente do quinto período de Graduação em Enfermagem da FACENE.

⁴ Discente do quinto período de Graduação em Enfermagem da FACENE.

⁵ Enfermeira. Docente da FACENE/FAMENE. João Pessoa. mira__hotmail.com.

RESUMO

É um procedimento cirúrgico que tem por objetivo proporcionar e manter uma perda importante de peso, ou seja, vislumbra a cura da obesidade mórbida e suas consequências. A revisão destaca aspectos psicológicos em pacientes pós-operatório bariátrico, sua visão em relação a encarar a vida pós-cirurgia, destacando critérios de conduta em abordagem em situações em que o indivíduo passa por um momento de saúde-mental em adaptação à pós-cirurgia bariátrica.

PALAVRAS-CHAVE: Cirurgia Bariátrica. Obesidade Mórbida. Aspectos psicológicos. Gastroplastia.

INTRODUÇÃO

A obesidade é uma doença crônica mais comum no mundo ocidental, a causa, normalmente, é genética, psíquica e comportamental. Indica-se Cirurgia Bariátrica para indivíduos

que preenchem os seguintes critérios, de acordo com SOBRINHO (2003), Índice de Massa Corporal (IMC) superior a 40 kg/m² ou IMC entre 30 e 40 kg/m². Também são necessárias avaliações psicológicas ou psiquiátricas, avaliação de risco cirúrgico, cardiológico e anestésico, avaliação nutricional, avaliação fisioterápica e ter consentimento informado previamente assinado. (COMPAGNOLO, 2005) Os objetivos principais são comodidades e melhora na qualidade de vida dos pacientes. Saúde mental é um aspecto importante do estado de saúde total, sendo o fator básico que contribui para a manutenção da saúde física e da eficácia social. Significa que existe a capacidade de equilibrar sentimentos, desejos, ambições e ideias no dia a dia do indivíduo. (ANTIHIKAD, 2005).

REVISÃO DE LITERATURA

A Cirurgia Bariátrica é um procedimento cirúrgico que tem por objetivo proporcionar e manter uma perda importante de peso, ou seja, vislumbra a cura da obesidade mórbida e suas consequências. As cirurgias realizadas, e que são reconhecidas pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e pelo Conselho Federal de Medicina, são as seguintes: Cirurgias restritivas; Cirurgias restritivas com desvio do trânsito intestinal (Capella / Wittgrove; e Derivações bílio-pancreáticas (Scopinaro/Duodenal Switch). (SOCIEDADE BRASILEIRA CIRURGIA BARIÁTRICA E METABOLICA, 2009). Segundo o Consenso Latino-americano de Obesidade (Coutinho, 1999), a pessoa portadora de obesidade apresenta um sofrimento psicológico resultante do preconceito social com a obesidade e também com as características do seu comportamento alimentar. Pessoas obesas apresentam maiores níveis de sintomas depressivos, ansiosos, alimentares e de transtornos de personalidade. (OLIVEIRA, 2004).

A Cirurgia Bariátrica promove o emagrecimento através da restrição alimentar ou da disabsorção intestinal. O alimento ingerido percorre um caminho menor no intestino delgado, o que diminui a absorção. Os obesos não apresentam perturbações psicopatológicas e de personalidade com significado clínico, mas revelam, contudo, algumas alterações de personalidade sugestivas de instabilidade psicológica, entre as quais se salienta a personalidade compulsiva dos alimentos. (NUNES, 2006)

Segundo Elias, os pacientes apresentarão alterações psiquiátricas com a perda de peso, aumento da autoestima, melhora do relacionamento social, diminuição da ansiedade e da depressão.

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura referente à produção do conhecimento em Enfermagem no campo educação em saúde mental do paciente pós-bariátrico. Para Silveira e Zago (2006), este tipo de estudo corresponde a um método de pesquisa que viabiliza análise de pesquisas científicas de modo sistemático e amplo, favorecendo a caracterização e divulgação do conhecimento produzido.

3.1 Questões da pesquisa

A presente revisão teve como propósito responder as seguintes questões: Quais as temáticas abordadas em publicações de enfermagem disseminadas em periódicos on-line no período de 2007 a 2010, no campo estratégias de educação em saúde mental do paciente pós-bariátrico? Quais as contribuições dos estudos realizados no campo educação em saúde mental do paciente pós-bariátrico?

3.2 Procedimentos para a seleção da amostra

Para identificar os estudos publicados acerca da educação em saúde mental do paciente pós-bariátrico foi utilizada uma busca *on-line* em periódicos na área de Enfermagem, por meio das bases de dados e da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), google acadêmico. Para a seleção da amostra das publicações inseridas no estudo para a revisão integrativa, foram formulados critérios de inclusão e de exclusão de estudos, de modo a orientar a busca nos bancos de dados descritos, bem como definir a amostra dentro dos propósitos desta revisão integrativa.

APRESENTAÇÃO DA REVISÃO INTEGRATIVA

Este capítulo refere-se à análise e discussão dos resultados encontrados mediante a síntese dos estudos selecionados. Ressalta-se ainda que se constitui a amostra desta revisão integrativa um total de 06 estudos, os quais corresponderam ao material empírico utilizado para a referida revisão. Logo, os dados precisaram ser processados e analisados de forma ordenada e coerente, para que as relações e os padrões pudessem ser discernidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber que neste estudo, frequentemente, as orientações acerca do pós-cirurgia bariátrica são voltadas à redução dos fatores de risco, a educação em saúde permanente abrangendo todas as áreas que circunscrevem o indivíduo, ou seja, que vão além do setor saúde.

Portanto, a partir dos dados levantados, foi visto que a atenção psicológica é de fundamental importância ao paciente como forma de otimizar o tratamento, com melhor controle metabólico e qualidade de vida desses indivíduos. Também foi observado que as dinâmicas de grupo, associadas ao lazer e cultura, proporcionam um maior crescimento intelectual e pessoal dos participantes, resultando em mais segurança e melhor aceitação da situação pelos participantes, repercutindo para uma melhor integração social e aceitação do quadro pelos indivíduos.

REFERÊNCIAS

Oliveira VM; Linardes RC; Azevedo AP; **Cirurgia Bariátrica- Aspectos psicológicos e psiquiátricos**; Rev. de psiquiatria clínica, 31(4): 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400014> Acesso em: 20/02/2011.

Campagnolo,CQ Beatriz K., Prateado LM, R Lascio RGD, Heller DCL; **A influência do acompanhamento Psicológico na visão dos cirurgiões bariátricos na cidade Curitiba**. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0247.pdf>. Acesso em: 22/02/2011.

Junior RM; Chaim EA; Turato ER. **Características psicológicas de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a13.pdf> > Acesso em: 22/02/2011.

Nunes CS; Rolim ESSE; Medeiros MD; Biensfeld E; Palmeiro NMS; Duarte MMM. **Alterações Fisiológicas e Psicológicas na cirurgia Bariátrica**. Disponível em:< <http://www.ulbra.br/santamaria/eventos/jornada/2009/JPE2009/Psi1257962916.pdf>> Acesso em: 27/02/2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA CIRURGIA BARIÁTRICA E METABOLICA, Disponível em: http://www.sbc.org.br/pacientes_duvidas_frequentes.php> Acesso em: 25/02/2011.

ILIAS EJ; **Consequências fisiológicas, psicológicas e metabólicas da cirurgia bariátrica**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0104-42302007000200004&script=sci_arttext> Acesso em: 27/02/2011.

ASPECTOS DA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM NEUROCISTICERCOSE HUMANA¹

FERNANDES, Eguimara de Souza Borges²; SILVA, Flávia Sonária²; MACIEL, Michelline do Vale³; CASTELO, Thibério de Souza⁴; COELHO, Wesley Adson Costa⁴

¹ Trabalho acadêmico vinculado a disciplina de Parasitologia.

² Relator. Discente do Curso de Enfermagem da FACENE, Mossoró – RN, Email:

³ Professora Doutora do Curso de Enfermagem da FACENE, Mossoró – RN.

⁴ Professor Mestre do Curso de Enfermagem da FACENE, Mossoró – RN.

RESUMO

Neurocisticercose é a infecção parasitária mais comum do sistema nervoso central, causada pela larva da *Taenia solium*, o *Cysticercus cellulosae*. É considerada endêmica principalmente na América Latina e Central, na Ásia e na África. Este trabalho propõe-se a descrever aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com a presente enfermidade. Sendo assim, foi efetuado um levantamento bibliográfico por meio de artigos científicos “on line” sobre os aspectos psicológicos e comportamentais dos pacientes afetados com neurocisticercose, no intuito de elaborar uma revisão bibliográfica acerca do assunto. Foi evidenciado que os pacientes tendem a apresentar maiores transtornos afetivos do que quadros psicóticos, e que a epilepsia e a depressão estão frequentemente associadas, sendo consideradas como principais causas de transtornos à qualidade de vida destes pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Cisticercos. Epilepsia. Depressão.

INTRODUÇÃO

Encontrada em 60% a 90% dos pacientes com cisticercose, a Neurocisticercose (NCC), infecção do Sistema Nervoso Central (SNC) pela larva da *Taenia solium*, é vista como uma importante causa de transtornos neurológicos e mortalidade, principalmente nos países em desenvolvimento, na qual se estima que aproximadamente 50 milhões de indivíduos estejam infectados com o complexo teníase/cisticercose e, destes, 50 mil falecem a cada ano (TAVARES; MARINHO, 2005; HAWK et al. 2005). É considerada uma epidemia mundial e sua maior casuística apresenta-se na forma assintomática (BRANDÃO et al., 2010).

Uma vez estabelecidos no tecido nervoso, os cisticercos sofrem degeneração, desencadeada pelo sistema imune do hospedeiro, e atingem graus de desenvolvimento que são caracterizados como etapa vesicular (EV), vesicular coloidal (EVC), granular-nodular (EGN) e etapa nodular calcificado (ENC). Independente da localização, ocorre intenso processo inflamatório nos tecidos atingidos (NEVES, 2003). Em geral o tratamento é clínico, mas, em alguns casos selecionados, a intervenção cirúrgica é uma boa opção de tratamento (BRANDÃO et al., 2010). Em áreas endêmicas de NCC, grande parte da população apresenta epilepsia tardia

decorrente desta enfermidade. Alterações mentais são frequentes no decurso da doença, tendo sido descritas síndromes esquizofreniformes, transtornos do humor e deterioração cognitiva (FORLENZA et al., 1998). O objetivo deste trabalho foi descrever, através de trabalhos científicos, a relação entre a Neurocisticercose humana e qualidade de vida nos pacientes portadores desta patologia.

METODOLOGIA

Pesquisa feita através da revisão de literatura, por meio de revistas eletrônicas, através de seleção de artigos e de leituras na íntegra. Foram ainda consultados livros pertinentes com o intuito de fazer complementação sobre os vários aspectos da qualidade de vida relacionada à saúde dos pacientes com Neurocisticercose humana.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Qualidade de vida, termo de difícil conceituação, que durante as últimas décadas, apesar dos debates, não se chegou a um consenso (SEIDL; ZANNON, 2004). Conceitos de qualidade de vida tiveram interesse inicialmente por cientistas sociais, filósofos e políticos (FLECK et al., 1999). Neste contexto, um novo termo, qualidade de vida relacionada à saúde, tradução da expressão inglesa Health-related Quality of Life, de variada aplicação e significado impreciso, tem sido utilizado por diversos pesquisadores (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007). A Neurocisticercose humana ocorre quando o indivíduo ingere os ovos da *Taenia solium* e a oncosfera se instala no SNC (NEVES, 2003). É a mais grave das infecções parasitárias ocorridas no sistema nervoso humano, uma vez fazendo parte de sua sintomatologia, estão presentes manifestações clínicas do tipo convulsões, cefaléia, hipertensão intracraniana (HIC), hidrocefalia, demência, meningite, síndrome medular e alterações psíquicas (LINO – JÚNIOR et al., 2002), além de náuseas, vômitos, doença cerebrovascular (PFUETZENREITER; ÁVILA – PIRES, 1999).

Após diagnóstico clínico e análises psicológicas para a patologia em questão, manifestações de sentimentos do tipo raiva, negação, depressão e aceitação têm sido descritos. O paciente infectado tem a sua autoestima rebaixada, além de inúmeras consequências psicológicas, médicas e sociais. A NCC afeta diretamente o ego do indivíduo, debilitando-o em sua estrutura, fragilizando de maneira contundente o exercício de suas funções sociais (CAPITÃO et al., 2008). Mesmo quando tratados, recuperados, aptos para seguir uma rotina de vida e afazeres, os indivíduos que foram acometidos pela presente patologia acham-se incapazes, inaptos para assumir qualquer tarefa, como se fossem contaminar objetos e/ou pessoas. O impacto da doença pode imobilizar e congelar sua existência tanto física quanto social, que, conseqüentemente, afetará sua total relação com o mundo exterior (CAPITÃO et al., 2008). Forlenza et al., (1998) descreveram várias manifestações psiquiátricas associadas a NCC, incluindo desordens afetivas, psicose crônica, alterações neuróticas, alterações de personalidade, depressão e declínio cognitivo, déficits neurológicos focais e meningite crônica.

Epilepsia é outro sintoma bastante comum ligado a NCC (COSTA et al., 2007). Segundo Scott et al., 2001 citado por Neto e Marchetti, 2005, altas taxas de epilepsia nos países em desenvolvimento são, em grande medida, atribuíveis a causas parasitárias (principalmente Neurocisticercose), infecções intracranianas virais ou bacterianas, toco-traumatismo, traumatismo crânio encefálico (TCE) e doenças cerebrovasculares. A depressão é o transtorno mental mais frequente nos pacientes com epilepsia. Esta, por sua vez, é uma das variáveis de maior influência no que diz respeito à qualidade de vida dos pacientes, atingindo níveis de maior impacto do que a frequência e gravidade das crises epiléticas nos pacientes epiléticos (NETO; MARCHETTI, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A patologia em questão afeta tanto a saúde física quanto psicológica dos indivíduos. Cabe aos profissionais de saúde o diagnóstico rápido e preciso, auxiliando na amenização dos sintomas e acolhimento ao paciente, evitando estados depressivos que interferem de forma contundente na sua inserção social.

REFERÊNCIAS

- BRANDÃO, R.A.C.S.; NUNES, T.W.; FILHO, M.A.D.; TÓTOLA, P.V.F.; FONSECA, V.S.; SOUZA, W.C. Neurocisticercose Gigante: Diagnóstico e Tratamento. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, p. 394-6, 2010.
- CAPITÃO, C.G.; BARRA, L.A.C.; BEDAQUE, E.A.; MARTINELLI, F.L.B. Neurocisticercose: Aspectos neurológicos e psicológicos. **Revista Panamericana de Infectologia**. v.10, p. 30-38, 2008.
- COSTA, F.A.O.; FABIÃO, O.M.; SCHMIDT, F.O.; FONTES, A.T. Neurocisticercose do lobo temporal esquerdo com manifestações epiléticas e psiquiátricas: relato de caso. **Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology**. v. 13, p. 183-185, 2007.
- FLECK, M.P.A.; LEAL, O.F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 21, p. 19-28, 1999.
- FORLENZA, O.V.; VIEIRA-FILHO, A.H.G.; MACHADO, L.R.; NÓBREGA, J.P.S.; BARROS, N.G. Transtornos depressivos associados à Neurocisticercose. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 56, p. 45-52, 1998.
- GALLUCCI NETO, J.; MARCHETTI, R.L. Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 27, p. 323-8, 2005.
- HAWK, M. W.; SHAHLAIE, K.; KIM, K.D.; THEIS, J.H.; Surgical Neurocysticercosis: a review. **Neurology**, v. 63, p. 123– 132, 2005.
- KLUTHCOVSKY, A.C.G.C.; TAKAYANAGUI, A.M.M. QUALIDADE DE VIDA – ASPECTOS CONCEITUAIS. **Revista Salus-Guarapuava**. v. 1, p. 13-15, 2007.
- LINO-JÚNIOR, R.S.; RIBEIRO, P.M.; ANTONELLI, E.J.; FALEIROS, A.C.G.; TERRA, S.A.; REIS, M.A.; TEIXEIRA, V.P.A. Características evolutivas do *Cysticercus cellulosae* no encéfalo e no coração humanos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 35, p.617-22, 2002.
- NEVES, D.P. **Parasitologia Dinâmica**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.
- NETO, J.G.; MARCHETTI, R.L. Aspectos epidemiológicos e relevância dos transtornos mentais associados à epilepsia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v. 27, p. 323-8, 2005.
- PFUETZENREITER, M.R.; ÁVILA-PIRES, F.D. Manifestações clínicas de pacientes com diagnóstico de neurocisticercose por tomografia computadorizada. **Arquivos de Neuropsiquiatria**. v. 57, p. 653-658, 1999.
- SEIDL, E.M.F.; ZANNON C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 580-8, 2004.
- TAVARES, W.; MARINHO, L. A. C. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias**. São Paulo: Ateneu, 2005.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA¹.

VILAR, Jussara Formiga²; MENEZES, Leonardo³; CRUZ, Lorrainy da Cruz⁴; SOUSA, Luana⁵; MARTINS, Patrícia Helena de Moraes Cruz⁶

¹ Artigo de revisão sistemática, resultado de atividade interdisciplinar de estímulo à pesquisa na FACENE/RN.

² Enfermeira. Mestre em enfermagem. Docente da FACENE/RN

³ Psicólogo. Docente da FACENE/RN.

⁴ Enfermeira. Mestre em enfermagem pela UFRN. Docente da FACENE/RN.

⁵ Acadêmica do 7º período do curso de enfermagem na FACENE/RN.

⁶ Relatora. Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Docente da FACENE/RN.

RESUMO

A violência sexual é praticada sob forma de abuso (ato sexual entre um adulto uma criança), estupro (conjunção carnal forçada por meio de violência), ou do atentado violento ao pudor (prática de ato libidinoso diverso da conjugação carnal mediante coerção), ocorre em todos os tipos de sociedade, e afeta pessoas de qualquer idade, classe social e etnia. O presente estudo teve como objetivo discutir a assistência de enfermagem a mulheres vítimas de abuso sexual a partir de uma revisão sistemática. As bases de dados pesquisadas foram BVS e SCIELO através dos descritores violência, violência contra a mulher e enfermagem. A assistência de enfermagem voltada para as mulheres tem um importante papel na detecção da violência, porém a literatura evidencia a limitação desse processo de trabalho que pode ser caracterizada por uma impotência relacionada em parte à falta de preparo do profissional enfermeiro e da organização dos serviços de saúde.

PALAVRAS- CHAVES: Violência. Violência contra a mulher. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A violência sexual é compreendida como qualquer conduta que constranja a presenciar, manter ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso de força, que induza a comercializar ou utilizar sua sexualidade, impeça a utilização do método contraceptivo ou que force ao matrimônio, gravidez, aborto ou prostituição, mediante chantagem, suborno ou manipulação (LABRONICI et al, 2010).

O abuso praticado contra a mulher é um crime subnotificado e constitui um grave problema de saúde pública diante dos altos índices de morbidade e mortalidade feminina. Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, a vítima violentada sexualmente necessita de assistência humanizada na interação com o profissional nos serviços de saúde (REIS, 2010).

A mulher violentada sexualmente necessita de acolhimento, fator fundamental para a humanização da assistência à saúde e essencial para que se estabeleça um relacionamento de forma adequada entre o profissional e a cliente. Os(as) enfermeiros(as), por atuarem mais próximos às mulheres vitimizadas, foram considerados os profissionais adequados para realizar o acolhimento. Contudo, era preciso adquirir conhecimento sobre os aspectos assistenciais e legais que envolvem a violência sexual.

Desse modo, o presente estudo objetivou realizar uma revisão sistemática da produção científica da enfermagem sobre a assistência de enfermagem voltada para as mulheres vítimas de abuso sexual.

METODOLOGIA

Essa investigação foi desenvolvida ao longo de uma série de etapas que incluiu a escolha do tema, o levantamento bibliográfico preliminar, a elaboração do plano de trabalho, identificação, localização e obtenção das fontes, leitura do material, fichamento, análise, interpretação e redação do texto.

Foram encontrados 18 artigos a partir dos descritores: violência, violência contra a mulher e enfermagem. Essas publicações encontradas foram submetidas à leitura dos títulos ou resumos, sendo desconsideradas aquelas que não se relacionavam com os critérios de inclusão deste estudo. Para analisar os artigos selecionados, foi realizada uma leitura sistemática dos textos. Em seguida, foram catalogados para esse estudo somente as publicações que enfocavam a assistência de enfermagem junto à mulher vítima de abuso sexual, sendo esse nosso critério de inclusão.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Quanto à distribuição dos artigos incluídos no estudo de acordo com o critério de inclusão, foi identificado um artigo em cada volume dos anos de 2006, 2007, 2009, 2010 e dois artigos no ano de 2008, totalizando 6 publicações.

O relacionamento entre homem e mulher é marcado por assimetria de poder, em que o homem, ao se sentir ameaçado, usa da força física para restabelecer o poder que acredita ter sobre a mulher. Pesquisas realizadas em serviços de saúde nos mostram que a prevalência de violência contra a mulher é gerada pelo parceiro íntimo (GOMES et al, 2008; LETTIERE et al, 2006).

Os profissionais de saúde têm um importante papel na detecção da violência, principalmente, porque muitas vezes o serviço de saúde é o único lugar procurado pelas mulheres nessa situação. Daí a necessidade dos profissionais de saúde, em especial a enfermagem, aprimorar seus conhecimentos sobre a violência sexual. A fim de identificar a mulher violada, tratá-la de forma humanizada e elaborar estratégias que garantam maior simetria nas relações homem-mulher.

É possível afirmar que o profissional enfermeiro é um dos principais profissionais a lidar com essa situação, seja na Unidade Básica de Saúde, Pronto Atendimento e até mesmo leito hospitalar. O enfermeiro que assume qualquer setor deve estar capacitado para lidar com situações de violência sexual, com o objetivo de acolher a vítima dentro dos princípios de integralidade, visando um vínculo de segurança entre profissional e cliente, para que a vítima sinta-se bem recebida e confiante durante o atendimento e acompanhamento, sendo estes de forma humanizada para buscar a dignidade e força de se recuperar fisicamente e psicologicamente após um ato ou suspeita de violência sexual (HIGA et al, 2008).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência contra a mulher é um problema de saúde pública, entretanto, a literatura científica levantada mostrou a deficiência na formação dos profissionais enfermeiros. A enfermagem deve renovar e superar a maneira curativista focada somente na medicação. Assim, uma vez sensibilizados, os profissionais de saúde podem vir a ser um elemento importante no processo de quebra do ciclo da violência.

A mulher violentada necessita de uma educação ampliada que inclui políticas públicas para além dos tratamentos clínicos e curativos. A equipe deve promover ações de solidariedade, cidadania, cuja essência está na melhoria da qualidade de vida e na promoção da saúde da mulher.

A enfermagem não pode perder de vista o princípio da integralidade, o acolhimento como elemento fundamental numa assistência humanizada direcionada para a mulher e suas singularidades. A assistência de enfermagem pensada a partir dessas premissas certamente garantirá à mulher exercer seus direitos sexuais e reprodutivos e conseqüentemente sua cidadania plena.

REFERÊNCIAS

GOMES, N. P. et al. **Homens desvelando as formas da violência conjugal**. Acta Paul Enferm [online] 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a05v21n2.pdf> Acesso

em: 21 out. 2010

HIGA, R. et al. **Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem.** Rev. Esc. Enferm. [online] 2008, vol. 42, nº 2. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342008000200023&script=sci_arttext> Acesso em: 05 nov. 2010

LABRONICI, L. M. et al. **Perfil da violência contra mulheres atendidas na Pousada de Maria.** Rev. Esc. Enferm. USP [online] 2010, vol. 44, nº1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100018> Acesso em: 25 out. 2010.

LETTIERE, A. et al. **Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde.** RevEscEnferm USO[online]2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a07.pdf>> Acesso em: 30 out. 2010.

REIS, M. J. et al. **Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual.** Rev. Saúde Pública [online] 2010, vol 44, nº 2. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n2/13.pdf>> Acesso em: 03 nov. 2010.

ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO: PERCEPÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO CONTEXTO ATUAL DA SAÚDE MENTAL

ARAÚJO, Ingrid de Sousa²; BARAÚNA, Isaac de Almeida³; COSTA, Kêседа Chrystiane Leite⁴; SILVA SANTOS, Khátia Regina⁵; ALMEIDA, Sandra Aparecida⁶.

²Acadêmica de Enfermagem – FACENE, João Pessoa – PB, indyjp@hotmail.com.

³Graduado em Enfermagem – FACENE, João Pessoa – PB, isaacxtz@bol.com.br.

⁴Relatora Acadêmica de Enfermagem – FACENE, João Pessoa – PB, kesedac@hotmail.com.

⁵Acadêmica de Enfermagem – FACENE, João Pessoa – PB, khatia_regina@yahoo.com.br.

⁶Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Docente da FACENE, João Pessoa – PB – sandra_almeida09@yahoo.com.br.

RESUMO

O ato de cuidar sempre esteve presente na história da Enfermagem e quando reportado para o âmbito da assistência a pacientes portadores de transtorno mental, o contexto se torna representativo de uma realidade que no passado figurava o tratamento psiquiátrico “hospitalocêntrico”, e com a Reforma Psiquiátrica brasileira possibilitou o resgate da cidadania destes clientes de forma humanizada e sem preconceitos. Objetivou-se analisar a concepção dos enfermeiros sobre sua atuação enquanto profissional no contexto da saúde mental. A pesquisa foi realizada com os profissionais de enfermagem que compõem o quadro funcional da instituição especializada em transtornos psíquicos, Casa de Saúde São Pedro, no município de João Pessoa-PB, no mês de março de 2010. Foi utilizada uma metodologia do tipo descritiva, com abordagem qualitativa, através da aplicação de um questionário. Os resultados revelam que 100% das entrevistadas afirmaram que o doente mental era tratado com negligência no surgimento da saúde mental. 50% realizaram cursos na área da saúde mental, facilitando o trabalho na instituição. A faixa etária mais evidente entre as entrevistadas foi entre 31 e 41 anos. 75% das entrevistadas responderam ter realizado especialização em diferentes áreas de conhecimento, destacando a importância do profissional enfermeiro no processo de ressocialização deste tipo de clientes que necessita de uma atenção minuciosa.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Assistência de Enfermagem. Reforma Psiquiátrica.

INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem em saúde mental iniciou sua melhoria através da história, passando por importantes transformações nas últimas décadas e com isso novas práticas estão sendo assimiladas por esse novo profissional, na tentativa de aperfeiçoar a assistência integral ao doente mental em face das novas diretrizes da política nacional de saúde mental. O Brasil, no entanto, iniciou um processo de reestruturação da aprendizagem e da prática psiquiátrica conhecida como Reforma Psiquiátrica, que busca programar uma rede integrada de serviços centrada na convivência com as diferenças e no respeito e reconhecimento dos portadores de sofrimento psíquico como cidadãos (AMARANTE, 1998). Tendo este como objetivo a mudança de conceito e atitude quanto à doença mental. Para que isto ocorra, é necessário que os enfermeiros se adaptem às novas concepções e assim possam efetivar a assistência pautada em uma ideologia de cidadania, ética, humanização e uma assistência integral GONÇALVES (2001). O enfermeiro, em conjunto com outros profissionais, usuários, familiares e a sociedade, contribuem para a identificação e valorização do portador de sofrimento psíquico em sua individualidade, responsabilizando-se por suas atitudes e instruindo-o de maneira correta para que assuma independência, além de exercer a função de informar a sociedade, favorecendo a inclusão social desse indivíduo. O enfermeiro deve ter um papel importante em todo o processo de reabilitação do paciente com transtorno mental, adaptando-se as novas diretrizes preconizadas pelos órgãos de saúde e realizar o processo de assistência social com competência atribuindo valores ao paciente e contribuindo de forma geral para sua ressocialização. Portanto, o objetivo do estudo é analisar a concepção e percepção dos enfermeiros sobre a atuação da enfermagem no contexto da saúde mental, para que se construa uma postura reflexiva frente aos procedimentos profissionais desvelados a estes pacientes, significativos no modo de viver e ver a vida.

METODOLOGIA

Pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, realizada por meio de um questionário estruturado contendo oito questões, que verificam: faixa etária, sexo, estado civil, tempo de formação profissional, realização de curso *latu sensu*, cursos de capacitação na área de saúde mental e principal atividade desenvolvida pelo enfermeiro na unidade de saúde mental em estudo; decorrente no período do mês de março de 2010. A amostra foi composta por todos os enfermeiros que compõem o quadro funcional da referida instituição e teve como critérios de inclusão: exercer suas atividades na instituição há minimamente seis meses, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e como critérios de exclusão, estar impossibilitado de participar da pesquisa por motivos de afastamento para tratamento de saúde. A análise ocorreu na função

da quantidade de respostas já definidas no tipo de pesquisa, e os resultados apresentados sob a forma de tabelas e/ou gráficos contendo números e seus respectivos percentuais, obedecendo à técnica de análise de estatística simples. O estudo foi realizado em consenso com a Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos no Brasil, e a Resolução nº. 311/2007, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e de acordo com seus princípios fundamentais.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diante dos dados coletados, observa-se que 25% dos indivíduos participantes da pesquisa tinham idade média entre 20-30 anos, seguido de 50% com idade entre 31-41 anos e 25% com idade compreendida na faixa etária de 41-51 anos, e que 75% dos profissionais participantes da pesquisa eram solteiras e 25% eram casadas, sendo 100% dos entrevistados do sexo feminino. Sequencialmente, destaca-se que, dos indivíduos participantes da pesquisa, 50% encontravam-se entre 10-15 anos de formação, seguido de 25 % entre 1-09 anos de término da graduação e 25% acima de 16 anos de formação acadêmica em nível de graduação.

No entanto, enveredando sobre questões de especialização na área de atuação, notou-se que 75% responderam ter a qualificação questionada e 25% afirmaram ter apenas o nível de graduação; 50% dos enfermeiros entrevistados afirmaram ter cursos na área de saúde mental, 25% disseram estar realizando a capacitação no presente ano e 25% destacaram nunca ter realizado cursos na área de formação em saúde mental. A não formação específica ou ausência de atualizações na área de Saúde Mental pode tornar-se um complicador, bem como dificultar o acompanhamento de mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica em nível federal, estadual e municipal.

Contudo, quando questionadas a respeito do surgimento da Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental, 100% das entrevistadas afirmaram que no processo inicial, os métodos eram de cunho a isolar o paciente da própria sociedade, tratando com estigma e não aplicando o processo da humanização tão preconizado hoje em dia, verdadeiramente ausente naquela época, destacando as internações hospitalares como a única saída para o portador de doença mental. Embora o Ministério da Saúde venha tentando mudar a realidade quanto ao tratamento da Saúde Mental, haja vista existência de leis que incluam os portadores em diversos programas como os CAPS, esse tipo de atendimento, ou seja, o hospitalar, ainda desponta no rol de especificidades, mostrando que a maioria dos resultados em pesquisas que envolvam a saúde mental revela que a saída final são os Hospitais Psiquiátricos, que constituem a maior referência quanto ao serviço nesse sentido. Quando perguntadas a respeito do papel do enfermeiro na área da saúde mental, 50% afirmaram que o profissional desempenha sua função com caráter cuidador e educador, observando o paciente como um todo. 25% responderam que o enfermeiro tem um papel importante na reabilitação do paciente e competência para assumir toda a responsabilidade do tratamento. Já 25% afirmaram que o papel do Enfermeiro é muito importante no cuidado ao paciente, porém em ação com a equipe multiprofissional tudo se torna mais fácil.

Para tanto, quando questionados sobre as atividades desempenhadas, nota-se que 50% das respostas dirigiam-se ao processo de assistência clínica no cotidiano, refletindo a maior atividade do profissional da enfermagem na unidade de saúde mental; dados seguidos de 25% possuírem como atividades a assistência psicológica e 25% responderam ter como rotina a prática dos cuidados da enfermagem no dia a dia. Assim, a unidade de recuperação em saúde mental aponta como um de seus objetivos humanizarem as práticas de saúde, buscando a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade e estimulando-a ao reconhecimento da saúde como um direito de cidadania e, portanto, expressão de qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se reavaliar a prática de Enfermagem, deve-se fazê-lo numa perspectiva humanista, criativa e reflexiva, considerando como categoria central da profissão o *cuidar*, compreendido como processo dinâmico, mutável e inovador. De maneira unânime, as entrevistadas afirmaram que, no surgimento da saúde mental, os métodos aplicados tinham fins preconceituosos com métodos de isolamento do paciente da sociedade e da própria família. Conforme o referencial

levantado, as ações de enfermagem devem adquirir uma postura que coadune com os objetivos da reforma psiquiátrica na inserção da comunidade na assistência ao portador de transtornos mentais. No enfoque da mudança de paradigma, fica evidente a modificação de postura do enfermeiro para uma abordagem holística, considerando a individualidade do ser humano, o contexto de saúde e doença em que ele está inserido, o relacionamento interpessoal, permeando a co-participação no processo da reabilitação e a promoção do auto-cuidado como forma de responsabilizar o sujeito pela sua saúde.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

BRASIL. **Lei nº 10216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 2001.

CAMPOS, C.M.S, Barros S. Reflexões sobre o processo de cuidar da enfermagem em saúde mental. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, vol. 34, n. 3, p. 271-76, 2000.

OLIVEIRA, E. M.; ISRAEL, F. C.; PEREIRA, M. A. O. **Ainda em cena o hospital psiquiátrico: o enfermeiro, suas dificuldades e representações de mudanças na assistência**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 56, 2005, Gramado. *Anais eletrônicos...* Gramado: ABEn, 2005. Disponível em: <<http://bstorm.com.br/enfermagem/index-p2.php?cod=61463&popup=1>>. Acesso em: 15 jan. 2009.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO DE UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO NORTE¹

CARVALHO, Francisca Patrícia Barreto de²; SOLANO, Lorrainy da Cruz³; GURGEL, Suely Veras⁴

¹Trabalho de conclusão de curso apresentado à FACENE/RN;

²Relatora. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFRN. Docente da FACENE-RN;

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFRN. Docente da FACENE-RN;

⁴Graduada em enfermagem pela FACENE/RN.

RESUMO

O suicídio é visto como algo que causa admiração, transtorno, angústia. Esta pesquisa ocorreu em um município do RN que se destaca na ocorrência do mesmo. O objetivo foi caracterizar os casos de suicídio, focalizando a verificação da frequência destes por variáveis, além de procurarmos uma relação entre estes e a presença de patologia que acarreta sofrimento psíquico. Utilizamos dois momentos na coleta de dados: coleta de informações nos registros do ITEP e visitas aos familiares das vítimas. Os resultados apontam a depressão como fator de risco mais comum. Homens cometem mais suicídios; casados mais que os solteiros; dentre as profissões das vítimas destaca-se a de comerciantes; ocorre equilíbrio na distribuição de suicídios por grau de instrução. O enforcamento se destaca como método utilizado. Há a necessidade de políticas públicas de saúde mental efetivas e uma maior discussão sobre a temática que ainda é

considerada como tabu.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio. Saúde Mental. Depressão. Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um dos atos humanos que, emocionalmente, é visto como algo estarrecedor, pois se configura com a consumação do fim da vida ocasionado pela ação da própria pessoa. É, portanto, um ato que, por muitas vezes, suscita admiração, transtorno, angústia aos familiares e pessoas que preservam sentimentos interiores. Casos de suicídio sempre deixam sequelas emocionais a toda a família, pois muitas vezes causam pensamentos confusos relacionados à causa do ato.

É sabido que os casos de suicídio em uma casa afetam toda a dinâmica familiar, interferindo no processo saúde/doença destes. A morte não é bem aceita na sociedade moderna, a morte violenta, ainda mais a morte infligida por um ser humano a ele próprio, acrescenta mais horror. A verdade é que, para a consumação de um ato de suicídio, há sempre um fator relacionado com o autocontrole pessoal inserido no contexto. Uma pessoa, quando ataca a sua vida e chega ao óbito por esse motivo, certamente encontra-se em estado anormal, isso é o que é mostrado pela literatura psicológica, pois é impossível a explicação por parte de quem praticou. Angerami-Calmon *et al* (2006) faz uma afirmação de que o suicídio nada mais é do que a última percepção do indivíduo de que não pode mais viver.

O despertar para a temática veio da admiração com relação à quantidade de casos ocorridos em um determinado município. Outro fator que nos determinou a essa investigação foi ter percebido, durante o estágio supervisionado em um hospital psiquiátrico, que a maioria dos casos que davam entrada naquele hospital eram oriundos da cidade palco deste estudo. Este fato aguçou a curiosidade em saber o motivo, dispomo-nos então a pesquisar se estes fatos têm relação com patologias psiquiátricas, em especial a depressão.

Há também uma relevância especial que se relaciona com a Atenção Básica em Saúde. Com a Reforma Psiquiátrica, ocorre a desinstitucionalização e a criação dos Centros de Atenção Psicossocial que oferecem os serviços públicos de saúde mental, destinados a atender indivíduos em sofrimento psíquico. Tem como maior objetivo tratar a saúde mental de forma adequada, oferecendo atendimento à população, realizando o acompanhamento clínico e promovendo a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho e ao lazer, a fim de fortalecer os laços familiares e comunitários, sendo, portanto, de grande valia para a prevenção do suicídio.

No entanto, mesmo admitindo a importância desses centros, há de se convir que não houve a preocupação de subsidiar os profissionais da ESF (Estratégia de Saúde da Família) no atendimento desta demanda. Esta pesquisa acaba por trazer à tona a discussão para os profissionais de saúde que atuam na área, em especial para a enfermagem. O problema abordado focaliza o tema a partir das seguintes questões: Qual o perfil de gênero, idade e grau de escolaridade dos casos de suicídio? Em que contexto ocorrem os casos de suicídio? Quais os possíveis fatores que podem estar envolvidos? São fatores psicológicos, sociais, culturais? Com que frequência esses casos acontecem? Qual o método de suicídio mais comum? Porém, a questão principal da nossa pesquisa é: Que relação existe entre os casos de suicídio ocorridos nesse município e a sua causa *mortis*?

Nesse enfoque, o objetivo geral é caracterizar os casos de suicídio de um município do Rio Grande do Norte nos anos de 2007 a 2009.

METODOLOGIA

Nosso estudo se insere numa abordagem descritiva e exploratória de caráter quantitativa, acrescentando-se ainda elementos da pesquisa documental retrospectiva (LAKATOS, 2008). O primeiro cenário da pesquisa foi o Instituto Técnico e Científico de Polícia (ITEP). O segundo cenário de pesquisa foi constituído por residências de familiares de vítimas de suicídio do referido município.

A primeira população da pesquisa foi verificada nos registros de suicídio do Instituto Técnico e Científico de Polícia (ITEP); a segunda população envolvida foram os familiares das vítimas de suicídio. A amostra foi de 100% dos casos ocorridos entre o mês de janeiro de 2007 e dezembro de 2009.

Os critérios de inclusão para a seleção desses familiares foram os casos de suicídio ocorridos entre os anos de 2007 e 2009 e, entre estes, os casos mais antigos, pois a intenção foi trabalhar apenas com aquelas que possivelmente já superaram a perda; familiares maiores de 18 anos e menores de 70 anos que estivessem de posse plena de suas faculdades mentais; não estivessem hospitalizados, presos ou internos em alguma instituição corretiva ou para tratamento ou para qualquer outro fim; tivesse um grau de parentesco aproximado e disponibilizar-se a participar da pesquisa. A coleta foi iniciada após a aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/FACENE sob protocolo N°: 212/10.

A análise dos dados foi feita de forma quanti-qualitativa, confrontando-os com os objetivos propostos. Os dados qualitativos são representados por gráficos e/ou tabelas. A análise qualitativa catalogou os resultados conforme as categorias estabelecidas para a análise, que se realizou a luz da literatura estudada e referenciada no trabalho monográfico (Minayo et al, 1994).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados mostram que 70% das vítimas são do sexo masculino e 60% deles são solteiros, 40% eram comerciantes e a causa *mortis* dos mesmos foi enforcamento. Considerando todos os tipos de suicídio apresentados por Durkheim (2004) e verificando que há um tipo comum a todos os casos, os estudos desse autor identificam as crises econômicas como fator que influencia diretamente no ato suicida.

A pesquisa mostrou uma estreita relação entre patologias que provocam sofrimento psíquico, em especial a depressão:

“Tinha, já fazia alguns anos que a gente tratava porque ele tinha problema de depressão”. (Caso 2)

Observamos também problemas familiares que indicam relacionamentos frouxos entre a vítima e seus familiares a ponto de, muitas vezes, os mesmos não observarem mudanças comportamentais, já que impera ainda, na sociedade, a exclusão do paciente com sofrimento psíquico no cotidiano, deixando solitário e cada vez mais isolado. *“Quanto mais os grupos a que pertence se enfraquecem, menos o indivíduo depende deles e, por conseguinte, mais depende apenas de si mesmo para não reconhecer outras regras de conduta que não as que se baseiam em seus interesses privados” (Durkheim, 2004, p. 258).*

“Depois que a gente soube que o pastor (da igreja que a vítima frequentava) tava há mais de uma semana pedindo orações porque ela estava depressiva, disse que tinha perdido o gosto de viver, aquela coisa, mas tudo depois do acontecido” (Caso 4)

Um fator comum é a desconsideração de outras tentativas e de avisos e despedidas feitas pelas vítimas antes do suicídio:

“Ela, ela sempre tentava, ela tomou um monte de remédio, aí fez lavagem. Ela já tinha tentado outras vezes [...] Umas três vezes...” (caso 7)

“(...) ele fazia ameaça, eu vou me matar. Até nos últimos meses antes, sempre ele tinha essa tendência, mas ninguém acreditava (caso 8)

“Ele já tinha tentado outras vezes. Tinha sido com veneno. Ele tinha dito que não ia fazer mais, tínhamos esperança que não ia acontecer, mas, infelizmente...” (caso 10)

As patologias psíquicas são medicalizadas ou institucionalizadas e isto nem sempre é suficiente enquanto tratamento. A utilização de medicamentos em dosagens sempre iguais, que desconsideram fatos do cotidiano do doente e o padroniza em uma fôrma que, sabemos, não serve aos seres humanos que tem um complexo sistema psíquico e que respondem de formas diversas a tratamentos iguais. A institucionalização é vista como uma forma de livrar a sociedade destas pessoas e não como um tratamento em situações de urgência/emergência psiquiátrica.

Os familiares se sentem impotentes diante de uma patologia tão complexa que fisicamente

não se mostra como tal e sim, manifesta-se em forma de sentimentos que são incompreensíveis para os que rodeiam o doente. Apenas ele, fechado em seu mundo, sabe o que sente, mesmo sem motivo, que seja proporcional à resposta psíquica que apresenta. Deste modo, a família se contenta em administrar os medicamentos prescritos e se vê diante de um dilema quando da recusa do paciente em utilizá-los. As interrupções de tratamento são muito comuns:

“Foram dois anos de tratamento. Em um primeiro momento o tratamento respondeu muito bem, chegou a viver assim uns oito meses muito bem. Mas depois num foi dando certo não”. (caso 8)

“Ele estava com depressão. Foi assim, ele teve depressão aí eu levei pra o hospital, ele tomou a medicação sabe, aí ficou como bom, aí ingeriu álcool e cortou o efeito, se tratando ainda, cortou o efeito aí ele passou uns quinze dias bebendo aí foi o período que aconteceu.” (caso 8)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os altos índices aqui constatados revelam a necessidade de se investir na prevenção. Familiares, profissionais de saúde e a sociedade precisam lidar eticamente com as pessoas em sofrimento psíquico. Um tratamento apenas à base de medicamentos não tem mostrado eficácia para aliviar o sofrimento destes pacientes, levando-os ao ato extremo de tirar a própria vida.

REFERÊNCIAS

DURKHEIM, E. . **O Suicídio**. São Paulo: Martin Claret, 2004.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MINAYO, M.C. de S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Rio de janeiro: Vozes, 1994.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: UMA INTERAÇÃO EQUIPE DE ENFERMAGEM, PACIENTE E FAMÍLIA¹

MEDEIROS, kássio Henrique Correia de²; OLIVEIRA, Larissa Miranda³; PAIVA, Thaise Hemmily Santos de⁴; ROCHA, Fátima Daniela Lúcio Dange⁵; SILVA, Milécyo de Lima⁶

¹ Pesquisa de Iniciação Científica.

²Graduando em Enfermagem. UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. khenrique_medeiros@hotmail.com.

³Graduanda em Enfermagem. UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. anjo_lara05@hotmail.com.

⁴Graduanda em Enfermagem. UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. thaisehemmily@hotmail.com.

⁵Mestre em Fisiologia. Professora da UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. tcc.enfermagem.unesc@gmail.com.

⁶Relator. Graduando em Enfermagem. UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. milecyo_lima@hotmail.com.

RESUMO

A depressão pós-parto é uma doença mental caracterizada por afetar o estado de humor, sendo causada por vários fatores psicossociais, podendo também afetar o pai, o bebê, outros filhos, se existirem, e parentes que estejam no ambiente e que tenham convivência com a puérpera. O estudo objetivou realizar uma revisão de literatura sobre a importância do profissional de enfermagem junto à família no acompanhamento da mulher durante a gestação e no desenvolvimento da depressão pós-parto com ênfase nas possíveis causas e nos efeitos patológicos no cônjuge e filhos da puérpera. Tratou-se de um estudo bibliográfico, através de livros, texto e levantamento de artigos científicos. Constatou-se que fatores econômicos e principalmente psicossociais contribuem para o desenvolvimento da depressão pós-parto. Portanto, os profissionais de enfermagem precisam traçar estratégias efetivas na educação durante a assistência, que propiciem integrar a família, paciente e equipe de enfermagem, a fim de prevenir esse e outros transtornos.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez. Depressão. Pós-parto. Assistência.

INTRODUÇÃO

A depressão é uma doença que se caracteriza por afetar o estado de humor da pessoa, como insônia, ansiedade, tristeza severa e desesperança, entre outros sintomas. As mulheres são mais afetadas pela depressão que homens. Estas ao passar por uma gestação, um momento emocional sensível para a gestante, podem desenvolver alguns transtornos como a depressão pós-parto (SILVA, 2003).

Entre os fatores psicossociais mais comuns aparecem o baixo suporte social, história de doença psiquiátrica, tristeza pós-parto, depressão pré-natal, baixa autoestima, ansiedade pré-natal, stress na vida, gravidez não planejada, tentativa de interromper a gravidez, transtorno disfórico pré-menstrual e sentimentos negativos em relação à criança, que agravarão a estabilidade da família (SMELTZER; BARE, 2005).

A participação ativa do profissional de enfermagem no acompanhamento da gestação, seja no Programa Saúde da Família – PSF seja em maternidades hospitalares, é de suma importância para que esta gestação ocorra de forma saudável, o que evitará transtornos familiares, garantindo melhor formação social e psicológica do indivíduo gerado (FALCONE, 2005).

Assim, a evidência das conseqüências adversas da depressão pós-parto quer para a mãe, quer para o bebê e a família, será consistente e justificará o grande valor deste projeto, que se esforçará para expor fatores de risco para a depressão pós-parto e desenvolver medidas de prevenção, o que tornará possível proporcionar informações verídicas aos profissionais de saúde, para que estejam atentos às características que possam constituir um risco para a psicopatologia materna.

Portanto, o estudo será dirigido com o objetivo de apresentar a importância do profissional de enfermagem junto à família no acompanhamento da mulher durante a gestação e no desenvolvimento da depressão pós-parto, o que tornará viável prevenir e tratar este agravo à saúde.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo bibliográfico, através de livro-texto e levantamento de artigos em revistas científicas. Para a localização dos artigos foram usadas as seguintes palavras-chaves: depressão, depressão pós-parto, sintomas depressivos gravídicos, enfermagem na depressão pós-parto. Foram incluídos os artigos dos últimos treze anos. A técnica utilizada para análise foi a leitura seletiva, seguida por um fichamento e arquivo dos tópicos de interesse para a pesquisa em pauta. Foram encontrados artigos que enfocam evolução histórica do conceito da depressão pós-parto, curso e prognóstico, atuação da enfermagem e tipos de intervenções que foram apresentados no trabalho, na forma de revisão teórica.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A depressão pós-parto possui duas vertentes, uma mais leve e mais comum chamada de "*Blues Postpartum*" e a "depressão pós-parto" propriamente dita. O *Blues* é uma condição benigna que se inicia nos primeiros dias após o parto (dois a cinco dias), dura de alguns dias a poucas semanas, é de intensidade leve não requerendo em geral uso de medicações, pois é auto-limitada e cede espontaneamente. Caracteriza-se basicamente pelo sentimento de tristeza e o choro fácil que não impedem a realização das tarefas de mãe, atingindo metade das mulheres, seguido de insegurança (LUIS; OLIVEIRA, 1998).

A depressão pós-parto atinge cerca de 10 a 20% das gestantes. Poderão ser consideradas como possíveis causas da depressão puerperal mulheres com sintomas depressivos durante ou antes da gestação, com histórico de transtornos afetivos, mulheres que sofrem de tensão pré-menstrual (TPM), que passaram por problemas de infertilidade, que sofreram dificuldades na gestação, submetidas à cesariana, primigestas, vítimas de carência social, mães solteiras, mulheres que perderam pessoas importantes, que perderam um filho anterior, cujo bebê apresenta anomalias, que vivem em desarmonia conjugal, que se casaram em decorrência da gravidez (CRUZ; SIMÕES; CURY, 2005). O profissional de enfermagem terá como função junto ao médico e à equipe psicológica dar assistência e orientação, auxiliando a gestante a enfrentar as diversas situações de maneira mais adaptativa, realista e confiante (LUIS; OLIVEIRA, 1998).

Uma característica da depressão pós-parto, propriamente dita, é a necessidade do uso de medicamentos antidepressivos como uma forma de tratamento. A automedicação pela gestante ou puérpera ao se sentir depressiva poderá também prejudicar o feto (SILVA, 2006). Caberá então ao profissional da enfermagem orientar a cliente sobre os possíveis danos causados por esse ato, e quando a medicação for pré-escrita pelo médico, ministrá-la de forma adequada.

É válido ressaltar também que os homens poderão apresentar esse quadro clínico, embora com menos intensidade. A depressão masculina terá origem nos sentimentos de exclusão diante do binômio mãe/bebê. É como se ele se percebesse apenas como uma pessoa provedora, que deverá trabalhar e satisfazer as exigências impostas pelo puerpério da mulher. Daí poderá surgir o aumento das atividades e carga horária no trabalho, relações extraconjugais ou mesmo somatizações com ocorrências de doenças ou acidentes com fraturas, para poder também chamar atenção sobre si (FALCONE, 2005; MORAES et al., 2006). Cabe à enfermagem, o esclarecimento da devida atenção que o recém nascido requer sem que esta afete o relacionamento do casal junto à tentativa de conscientizar que ambos os pais precisarão de atenção recíproca.

O bebê também poderá entrar em depressão, quando a mãe desenvolve aversão a ele, como se fosse um inimigo em potencial (FRIZZO; PICCININI, 2005). Se existirem outros filhos, estes também poderão sofrer impactos emocionais, com a ausência da mãe e o medo de perder seu amor em prol do novo membro da família, é quando solicitarão novamente o uso da chupeta, apresentarão transtornos do sono, inapetência, enurese noturna, e até mesmo a negação da própria mãe, como se não precisassem mais de seu amor e cuidados (RUSCHIL, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A literatura revisada revela que a depressão materna afeta não só a mãe, mas também o bebê e até mesmo o próprio pai, mas esse pode amenizar os possíveis efeitos da depressão materna para seus filhos, ao prover um modelo de interação sensível e responsivo às necessidades das crianças, quando sua esposa pode não estar conseguindo fazê-lo, tendo em vista a influência deste quadro no contexto familiar. Contudo, a extensão do impacto da depressão materna para o bebê depende de vários fatores como idade da criança, temperamento infantil, cronicidade do episódio depressivo materno e do próprio estilo interativo da mãe deprimida, apático ou intrusivo.

A enfermagem, como grande espectador por assistir diretamente a mães durante a gestação, acompanhando e detectando muitas vezes essa depressão e seus fatores de risco, deve integrar a família e as equipes de saúde e de enfermagem, a fim de combater os transtornos da gravidez cuidando do início da gestação à expulsão do bebê, tentando estabelecer uma boa gestação.

Por último, salienta-se a importância de se realizar mais estudos no sentido de identificar e prevenir fatores de risco da depressão pós-parto e permitir a elaboração de programas preventivos que visem não apenas a melhoria da qualidade de interação e dos cuidados da mãe com o bebê, mas também o desenvolvimento de estratégias e de competências que visam implementar um contexto de vida mais favorável para a mãe e o bebê.

REFERÊNCIAS

CRUZ, E. B. S.; SIMÕES, G. L.; CURY, A. F. Rastreamento da depressão pós-parto em mulheres atendidas pelo Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2000, v.27, n.4: 181-8.

FALCONE, V. M. et. al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de Gestantes. **Ver. Saúde pública**, 2005, v.39, n.4, 612-8.

FRIZZO, G. B.; PICCININI, C. A. Interação mãe-bebê em contexto de depressão materna: aspectos teóricos e empíricos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 47-55, jan./abr. 2005.

LUIS, M.A.V.; OLIVEIRA, E.R. Transtornos mentais na gravidez, parto e puerpério, na região de Ribeirão Preto-SP-Brasil. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.32, n.4, p. 314-24, dez: 1998.

MORAES, I. G. S. et. al. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. **Ver. Saúde pública**, 2006; v.40, n.1, 65-70.

RUSCHIL, G. E. C. et. al. Aspectos epidemiológicos da depressão pós-parto em amostra brasileira. **Rev Psiquiatr RS**. 2007, v.29, n.3, 274-280.

SILVA, P. V. Et. al. Questões críticas para o tratamento farmacológico da depressão pós-parto. **Rev. Psiq. Clín**. V.33, n.5, p.245-248, 2006.

SILVA, D. G. Depressão pós-parto: prevenção e consequências. **Revista mal-estar e subjetividade**, fortaleza, v.3, n. 2, p. 439 - 450 set. 2003.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2005.

DOENÇA MENTAL E ALCOOLISMO ENTRE UNIVERSITÁRIOS DE SAÚDE: CONVIVENDO COM O MAL CONHECIDO¹

ALMEIDA, Emanuel de Oliveira²; ALVES, Salmana Rianne Pereira³, ANDRADE, Fábila Barbosa de³ (Orientadora); MAXIMINO, Danielle Aurília Ferreira Macêdo³

¹Trata-se de um trabalho curricular realizado na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)

²Aluno do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)-João Pessoa/PB. E-mail: almeidanack@hotmail.com.

³Professoras da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)-João Pessoa/PB. E-mails: sal_rianne@yahoo.com.br; fabiabarbosabr@yahoo.com.br; dannyaurilia@hotmail.com

RESUMO

O álcool é a principal substância lícita responsável por abuso ou dependência. O trabalho objetiva conhecer os fatores que desencadeiam o uso do álcool entre universitários de saúde e a sua correlação com o adoecimento mental. Trata-se de um estudo bibliográfico do qual a pesquisa foi realizada no mês de fevereiro de 2011, junto aos livros da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), bem como em revistas eletrônicas. Os dados analisados revelaram que o álcool é uma bebida rica em significado simbólico quando usada conforme os hábitos e rituais sociais, culturais e religiosos, contudo ele também é uma droga com importantes efeitos farmacológicos e tóxicos. Desse modo, o consumo de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, transformou-se em preocupação mundial nas últimas décadas, em função de sua alta incidência e dos riscos à saúde derivados de seu uso.

PALAVRAS-CHAVE: Doença Mental. Alcoolismo. Saúde.

INTRODUÇÃO

O álcool é a principal substância lícita responsável por abuso ou dependência. Em geral seus efeitos são devastadores sobre o organismo como um todo, pois, além de sua ação sobre o sistema nervoso central (SNC), age sobre os sistemas nervoso periférico, cardiovascular e outros. O álcool é metabolizado principalmente pelo fígado em duas etapas: na primeira, a ação da álcool desidrogenase converte o álcool em acetaldeído; na segunda, esse acetaldeído é convertido a acetato pela aldeído desidrogenase. A taxa de metabolização do álcool é de 7 g por hora (LOUZÃ NETO; ELKIS, 2010).

O álcool é uma bebida rica em significado simbólico quando usada conforme os hábitos e rituais sociais, culturais e religiosos, suas propriedades são conhecidas por milhões de pessoas em todo mundo há milhares de anos, contudo ele também é uma droga com importantes efeitos farmacológicos e tóxicos, é absorvido rapidamente na circulação a partir do estômago, intestino delgado e cólon, e o tempo para atingir a concentração máxima no sangue varia de 30 a 90 minutos (EDWARDS, MARSHALL, COOK, 2008).

O uso de substâncias psicoativas tem sido objeto de diversos estudos no Brasil, devido à crescente preocupação com os hábitos de consumo de drogas lícitas e ilícitas e seus impactos sociais, econômicos e, sobretudo, suas implicações na saúde da população (BOTTI; LIMA; SIMÕES, 2009). Assim, o objetivo do estudo é conhecer os fatores que desencadeiam o uso do álcool entre universitários de saúde e a sua correlação com o adoecimento mental.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem bibliográfica realizada no período de janeiro a fevereiro de 2011, cuja coleta de dados envolve o arsenal bibliográfico das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, periódicos online, utilizando as bases de dados: Scielo e Medline, para direcionar a busca foram usados os descritores: doença mental, alcoolismo e saúde.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O alcoolismo, ou a dependência ao álcool, possui um forte estigma social, assim como a maioria dos diagnósticos de transtornos mentais. E os usuários, como mecanismo de fuga desse estigma, geralmente não assumem sua condição de alcoolistas, negando o transtorno apresentado, o que dificulta a recuperação. Exigir que a pessoa reconheça seu quadro patológico

implica um enfraquecimento da autoestima e, conseqüentemente, uma condição insatisfatória para o êxito da terapêutica, sendo necessário contemplar a singularidade de cada indivíduo e suas implicações sociais por meio de estratégias que visem garantir a segurança dos envolvidos (MIRANDA et al, 2007).

As causas do “beber excessivo” e dos problemas relacionados à bebida surgem a partir da definição do que se entende por “beber normal” na população. Isto acontece porque não existem limites claros entre o beber normal e o beber excessivo, e porque os problemas relacionados à bebida afligem tanto quem bebe normalmente quanto quem exagera na bebida. Várias pesquisas indicam que quanto maior o consumo de álcool em uma população, maior a incidência de problemas relacionados ao mesmo. Isto se aplica a quase todos os tipos de problemas com bebida: violações das leis de trânsito, mortalidade por cirrose de fígado, crimes violentos etc. Há inúmeras razões para que uma pessoa ingira qualquer tipo de bebida alcoólica: em momentos de alegria, tristeza, festas, estresse emocional, relaxamento físico e mental, ou qualquer outra razão que seja suficiente para justificar consumo dessa substância, considerada acessível a quem quer que seja principalmente no que diz respeito ao seu baixo custo. Dessa maneira, um dos argumentos que tem sido utilizado contra a determinação social do alcoolismo consiste em apontar o conhecido fato de o alcoolismo atingir todas as classes sociais, não discriminando pobres ou ricos (BALAN; CAMPOS, 2006).

A fixação de uma pessoa no comportamento de busca do álcool obedece a dois mecanismos não patológicos, conhecidos como comportamento de repetição: o reforço positivo e o reforço negativo. O reforço positivo refere-se ao comportamento de busca de prazer quando algo é agradável. O reforço negativo refere-se ao comportamento de evitação de dor ou desprazer, ou seja, quando algo é desagradável, a pessoa procura os mesmos meios para evitar a dor ou o desprazer, causado em uma dada circunstância. No começo, a busca é pelo prazer que a bebida proporciona, depois de certo período, quando a pessoa não alcança mais o prazer anteriormente obtido, não consegue mais parar porque sempre que isso é tentado surgem os sintomas desagradáveis da abstinência, a pessoa continua mantendo o uso do álcool. Os reforços positivos e negativos são mecanismos ou recursos normais que permite as pessoas se adaptarem ao seu ambiente (MARÇAL; ASSIS; LOPES, 2005).

O uso cada vez maior e os danos provocados, direta ou indiretamente, pelo consumo do álcool resulta na presença cada vez maior de comorbidades. Assim, “a ocorrência de uma patologia qualquer em um indivíduo já portador de outra doença, com potencialização entre essas, é conhecida como comorbidade”. Os problemas relacionados ao uso de álcool e a sua associação com transtornos psiquiátricos são comuns. Os transtornos do humor, como a depressão, os transtornos de ansiedade, os transtornos de conduta, o déficit de atenção e hiperatividade, a esquizofrenia e o tabagismo são as comorbidades mais comuns associadas ao abuso de substâncias psicoativas. Além dos danos físicos e psíquicos, observa-se crescimento do consumo de álcool paralelo ao aumento dos problemas sociais (PORTUGAL; CORRÊA; SIQUEIRA, 2010).

A escolha da carreira universitária, geralmente, ocorre no auge da adolescência, sendo talvez esses momentos em suas vidas em que os indivíduos tendem a descobrir prazeres, sensações como poder, liberdade, segurança ou fuga. A ingestão de bebida alcoólica pode surgir como uma espécie de “muleta química” para o enfrentamento de situações ou circunstâncias adversas que possam ocorrer nessa fase de suas vidas. Pressupõe-se também, que os universitários utilizam bebidas alcoólicas indiscriminadamente devido ao excesso de cobranças impostas pela universidade, principalmente na área de saúde já que tais profissões são voltadas especialmente à vida de outras pessoas, sendo a responsabilidade um dos fatores mais importantes dessa área (BALAN; CAMPOS, 2006).

Segundo os autores acima citados, as situações de entrada na universidade, afastamento da família, novos vínculos de amizade, participação em festas com uso de bebidas alcoólicas, entre outros, fazem parte de uma fase de mudança que pode provocar maior risco para o uso de substâncias, seja pela pressão dos amigos ou pelo sentimento de independência. Além disso, gera-se um ambiente favorável à ocorrência de comportamentos inesperados, como dirigir embriagado, fazer sexo sem proteção. De uma maneira geral e peculiar, algumas características são observáveis cotidianamente no favorecimento do consumo de álcool, quer ocasional, quer problemático ou abusivo, especialmente se considerarmos a cultura local e regional nordestina, com grandes festejos populares (juninos, religiosos), o carnaval fora de época, e a cultura do forró eletrônico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, transformou-se em preocupação mundial nas últimas décadas, em função de sua alta incidência e dos riscos à saúde derivados de seu uso. O uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas constituem problema relevante nas sociedades contemporâneas. A vida universitária é período que possibilita a vivência de sentimentos positivos e conquista de uma profissão, mas, também, pode se tornar período crítico, de maior vulnerabilidade para o início e a manutenção do uso dessas substâncias.

REFERÊNCIAS

BALAN, T, G; CAMPOS, C, J, G. Padrão de Consumo de Bebidas Alcoólicas entre Graduandas de Enfermagem de uma Universidade Estadual Paulista. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. v.2, nº.2, art.2, 2006. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80320202>. Acesso em: 23 Fev. 2011.

BOTTI, N, C, L; LIMA, A, F, D, de L; SIMÕES, W, M, B. Uso de Substâncias Psicoativas entre Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Católica de Minas Gerais. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. v.6, nº1, art.12, 2010. Disponível em: <http://pepsic.homolog.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/13.pdf>. Acesso em: 22 Fev. 2011.

EDWARDS, G; MARSHALL, J, E; COOK, C, C, H. **O tratamento do Alcoolismo: Um Guia para Profissionais da Saúde**. 4ª Ed, Porto Alegre, Ed. Artmed, 2005.

MIRANDA, F, A, N de; AZEVEDO, D, M de; SANTOS, R, C, de A; MACEDO, I, P de; MEDEIROS, T, G, B. Predisposição ao uso e abuso de álcool entre estudantes de graduação em enfermagem da UFRN. **Esc Anna Nery Rev Enferm** v.11, nº 4, p. 663 – 9, dez, 2007. Disponível: em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a17.pdf>. Acesso em: 18 Fev. 2011.

MARÇAL, C, L de A; ASSIS, F de; LOPES, G, T. O Uso de Bebidas Alcoólicas Pelos Estudantes de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ). **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. v. 1, nº. 2, art. 03, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v1n2/v1n2a04.pdf>. Acesso em: 27 Fev. 2011.

NETO LOUZÃ, M, R; ELKIS, H. **Psiquiatria Básica**. 2ª Ed, Porto Alegre, Ed. Artmed, 2007, reimpressão 2010.

PORTUGAL, F, B; CORRÊA, A, P, M; SIQUEIRA, M, M, de. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. v. 6, nº. 1, art. 05, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/06.pdf> Acesso em: 25 Fev. 2011.

ELETROCONVULSOTERAPIA NA DEPRESSÃO MAIOR: REVISÃO LITERÁRIA

ALVES, Katianne Rafaelle Azevêdo¹; LEITE, Gabriella Sancho¹; LIMA, Gabriella Araújo Cunha¹; MAIA, Catarina Maria Andrade Figueiredo²; OLIVEIRA, Marianna Nogueira Gadelha¹; ROBERTO, Marcela Furtado³;

¹Acadêmicos do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança.

²Professora do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança.

³Relatora. Acadêmica do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina Nova Esperança.

RESUMO

Eletroconvulsoterapia é um tratamento psiquiátrico que consiste na indução de crises convulsivas por meio da passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro. Sendo indicado comumente para o transtorno depressivo maior, principalmente aqueles com características psicóticas. A resistência à medicação antidepressiva constitui a principal indicação da eletroconvulsoterapia. O que ocorre nos episódios com manifestação psicótica, pois estes respondem mal à farmacoterapia antidepressiva sozinha. Além disto, a eletroconvulsoterapia possui maior rapidez de resposta em relação aos anti-depressivos. Foi realizada uma revisão literária de estudos baseados na aplicação da eletroconvulsoterapia na depressão maior. Os principais resultados encontrados foram: a eletroconvulsoterapia melhora a qualidade de vida do paciente, previne contra novos surtos depressivos, atua mais rápido do que qualquer medicação antidepressiva. Mesmo com o advento de inúmeros tratamentos para a depressão maior, a eletroconvulsoterapia continua sendo utilizada por ser um tratamento eficaz, principalmente para a fase aguda.

PALAVRAS-CHAVE: Eletroconvulsoterapia. Tratamento. Transtorno Depressivo Maior.

INTRODUÇÃO

A depressão maior costuma ser um transtorno crônico, recorrente e debilitante que traz muito prejuízo no funcionamento e na qualidade de vida (QV) dos pacientes acometidos. Embora o tratamento com medicações antidepressivas seja bastante efetivo para uma grande parte dos pacientes, muitos deles não respondem adequadamente ao tratamento antidepressivo ou não toleram os efeitos colaterais das medicações. Os pacientes que não alcançam a remissão completa dos sintomas apresentam maior risco de recorrência, possuem pior funcionamento psicossocial, pior QV e maior nível de sintomas durante o seguimento. A eletroconvulsoterapia (ECT) é um procedimento que consiste na indução de crises convulsivas por meio da passagem de uma corrente elétrica pelo cérebro para fins terapêuticos. A resistência à medicação antidepressiva constitui a principal indicação da ECT. Além disso, a ECT possui maior rapidez de resposta em relação à medicação, o que é necessário em situações graves que necessitam de abordagem de urgência, como a catatonia e o risco de suicídio. A Associação Americana de Psiquiatria já inclui estas situações como indicação de primeira escolha da ECT. A eficácia da ECT em tratar sintomas depressivos está estabelecida por meio de inúmeros estudos desenvolvidos durante as últimas décadas. A ECT é o tratamento biológico mais efetivo para depressão atualmente disponível, já que nenhum outro tratamento até então tenha se mostrado superior à ECT no tratamento da depressão maior em estudos controlados. O objetivo desta revisão é apresentar o papel da ECT no tratamento da depressão e destacar aspectos atuais relativos à sua prática.

METODOLOGIA

Foram revisados na literatura estudos de eficácia, redução de sintomas, fatores preditores de resposta, assim como sua atuação acerca da qualidade de vida.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os principais resultados obtidos desta revisão foram que a eficácia da ECT na depressão está estabelecida através de uma extensa literatura, sendo mais efetiva do que qualquer outra medicação antidepressiva. Os estudos mostram que os benefícios vão além da melhora sintomática, abrangendo também a melhora na qualidade de vida e bem-estar do paciente. Contudo, ainda não estão bem estabelecidos na literatura quais os fatores preditores de resposta

à ECT em pacientes deprimidos, contudo presença de sintomas psicóticos num quadro de depressão é um fator preditor de melhor resposta à ECT, pois estes respondem melhor do que os sem sintomas psicóticos. Quanto à duração do episódio, alguns estudos demonstraram que a maior duração está associada com pior resposta. Além disso, estudos mostram que a ECT, além de melhorar os sintomas dos pacientes, melhora também a qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A eficácia da eletroconvulsoterapia na depressão está bastante estabelecida através de uma extensa literatura. Os estudos mostram que o benefício vai além da melhora sintomática, pois melhora também a qualidade de vida, funcionamento e bem-estar dos pacientes. Além disso, os pacientes que passam por essa experiência são, na maioria deles, favoráveis e apresentam atitudes positivas em relação à eletroconvulsoterapia.

REFERÊNCIAS

KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. Compêndio de Psiquiatria. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

EMERGÊNCIAS PSIQUIÁTRICAS: UMA DISCUSSÃO DA PRÁXIS DO ENFERMEIRO NA ABORDAGEM PRÉ E INTRA-HOSPITALAR¹

ALMEIDA, Emanuel de Oliveira²; ALVES, Salmana Rianne Pereira³, ANDRADE, Fábila Barbosa de³ (Orientadora); MAXIMINO, Danielle Aurília Ferreira Macêdo³

¹Trata-se de um trabalho curricular realizado na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)

²Relator. Aluno do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)-João Pessoa/PB. E-mail: almeidanack@hotmail.com.

³Professoras da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)-João Pessoa/PB. E-mail: sal_rianne@yahoo.com.br; fabiabarbosabr@yahoo.com.br; dannyaurilia@hotmail.com

RESUMO

Emergência Psiquiátrica é um fato imprevisto que necessita de uma intervenção imediata. O presente estudo objetiva discorrer sobre a atuação do enfermeiro nas emergências psiquiátricas pré e intra hospitalares. Trata-se de um estudo bibliográfico do qual a pesquisa foi realizada no mês de fevereiro de 2011, junto aos livros da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), bem como em revistas eletrônicas. Os dados analisados revelaram que os serviços de emergências psiquiátricas surgem como um dos pilares assistenciais deste contexto de atenção ao doente mental, provido de uma rede de atenção diversificada, descentralizada e integrada à rede de serviços de saúde. Desse modo, é fundamental que se preste assistência ao paciente, visualizando-o por um prisma holístico, na concepção moderna da enfermagem, o paciente é percebido como ser integral, cujas necessidades podem manifestar-se em diferentes dimensões. A enfermagem é, portanto, prática historicamente estruturada, porém constituída por diferentes maneiras de cuidar.

PALAVRAS-CHAVE: Psiquiatria. Enfermeiro. Emergência.

INTRODUÇÃO

Emergência Psiquiátrica é um distúrbio urgente e grande do comportamento, afeta o pensamento que torna o paciente incapaz de lidar com as situações da vida. É um fato imprevisto que necessita de uma intervenção imediata. A Emergência Psiquiátrica é um conjunto de interesses afetivos e práticos constantes, em que o paciente e sua crise são uma totalidade e não uma parte. É importante determinar se o paciente está, atualmente, sobre tratamento psiquiátrico, de modo que possa ser feito o contato com o terapeuta ou médico que atenda o paciente (MATSUMOTO, 2008).

Apesar dos serviços de emergências psiquiátricas terem surgido na época da II Guerra Mundial, para tratar e devolver rapidamente os soldados aos campos de batalha, foi com a reforma psiquiátrica e suas propostas que esses serviços se destacaram. Com o processo de desinstitucionalização e o fechamento de vários hospitais psiquiátricos do tipo “manicomiais”, as indicações de internação psiquiátrica passaram a ser mais criteriosas, e a internação integral mais uma, e não a única, opção de tratamento do doente mental em crise, dividindo essa tarefa com serviços extra-hospitalares como hospitais-dia, pensões protegidas e ambulatórios. Essa ênfase no tratamento extra-hospitalar levou a um aumento do número de pacientes sujeitos a descompensações na comunidade. Nesse contexto, inserem-se os serviços de emergências psiquiátricas, fazendo a interface entre a comunidade e as instituições de tratamento de saúde mental, oferecendo um atendimento rápido e ágil, buscando caracterizar diagnósticos clínicos e psicossociais do quadro apresentado pelo paciente, viabilizando uma intervenção imediata, e procurando orientar o tipo de tratamento com maior indicação para o caso em médio e longo prazo (KAPCZINSKI et al, 2001).

Os serviços de emergências psiquiátricas surgem como um dos pilares assistenciais deste contexto de atenção ao doente mental, provido de uma rede de atenção diversificada, descentralizada e integrada à rede de serviços de saúde. Estes serviços visam à redução do número e do tempo de internações e devem racionalizar os critérios de hospitalização, tratando de transtornos mentais agudos que tenham condições de remissão ou estabilização num prazo de 72 horas. O tratamento de emergência deve reconduzir o paciente à comunidade, a não ser em casos especiais que necessitem de comprovada internação hospitalar (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001). De posse dessa discussão, o presente estudo objetiva discorrer sobre a atuação do enfermeiro nas emergências psiquiátricas pré e intra-hospitalares.

METODOLOGIA

A metodologia é o tipo exploratória descritiva com abordagem bibliográfica, realizada no período de janeiro a fevereiro de 2011, cuja coleta de dados envolveram o arsenal bibliográfico das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, periódicos *on line*, utilizando as bases de dados: scielo, e medline; para direcionar a busca foram usados os descritores psiquiatria, enfermagem e assistência.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O termo emergência, originado do latim (*emergere*), refere à ação de emergir, sair de onde estava mergulhado, mostrar-se, situação crítica, acontecimento perigoso ou fortuito. A emergência é, portanto, aquilo que emerge, que dá tempo, que deverá ser tratado adequadamente para que não se transforme em urgência. A angústia que nos mostra um paciente ou um familiar diante de uma situação que ultrapassou seu limiar de contenção demanda nossa intervenção de forma iminente. Todo profissional deve atender a quem o procura da melhor forma possível, levando em conta suas limitações e as do paciente. (STERIAN, 2001).

As exigências não se manifestam de forma diferente: é fundamental que se preste assistência ao paciente, visualizando-o por um prisma holístico, na concepção moderna da enfermagem, paciente é percebido como ser integral, cujas necessidades podem manifestar-se em diferentes dimensões: biológicas, psicológica, social e espiritual. No contexto brasileiro, o apoio legal à assistência de enfermagem encontra-se na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, onde se definem as funções de cada elemento da equipe, assim especificadas, para o enfermeiro prestar assistência de enfermagem ao indivíduo, à família e à comunidade, em situações que requerem medidas relacionadas com a promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças, reabilitação de incapacitados, alívio do sofrimento e promoção de ambiente terapêutico, levando em consideração os diagnósticos e os planos de tratamento médico e de enfermagem (FIGUEIREDO, 2005).

Numa situação de emergência, muitas vezes não é só o corpo físico que se encontra doente, debilitado. Há também que se considerar o estado mental e espiritual do doente, a emergência ao se instalar pode ser de ordem interna ou externa ao corpo, advinda de um ambiente real e subjetivo. Todos que trabalham no território do cuidado, no ambiente extra, intra ou pré-hospitalar, devem saber que, em determinados momentos, a ação do cuidar assume dupla função, isto é, a emergência do cuidado e o cuidado da emergência. (FIGUEIREDO; VIEIRA, 2006).

No senso comum, há a crença de que o trabalhador de enfermagem - TRE que atua em psiquiatria está mais propenso ao risco de adoecer mentalmente, "enlouquecer", risco esse maior do que daqueles profissionais que estão inseridos em outras especialidades. Essa crença revela a maior possibilidade desses trabalhadores desenvolverem sofrimento psíquico em função do trabalho que realizam. Essa realidade vem se construindo historicamente pautada na forma como o indivíduo, com problemas mentais, vem sendo cuidado pela sociedade, passando a ser excluído e recluso. Isso repercute até os dias atuais, implicando sobre o trabalhador que os cuida (CARVALHO; FELLI, 2006).

A enfermagem profissional moderna surgiu no contexto de emergência do sistema capitalista europeu, particularmente na Inglaterra, subseguindo a decadência dos sistemas monástico-caritativos de assistência à saúde das populações, que ocorreu entre os séculos XVI a XIX. Desde as suas origens, a enfermagem profissional presenciou modos de divisão social e técnica do seu trabalho e esteve submetida a relações de compra e venda de força de trabalho, tais como conhecemos contemporaneamente. A enfermagem é, portanto, prática historicamente estruturada, ou seja, existe ao longo da história da humanidade, porém constituída por diferentes maneiras de cuidar que, por sua vez, são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico. Atualmente, o trabalho de enfermagem é integrante do trabalho coletivo em saúde, é especializado, dividido e hierarquizado entre auxiliares, técnicos e enfermeiros de acordo com a complexidade de concepção e execução. A enfermagem, embora detenha autonomia relativa em relação aos demais profissionais, subordina-se ao gerenciamento do ato assistencial em saúde executado pelos médicos (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

A atuação do pessoal de enfermagem junto ao doente mental, em emergências

psiquiátricas, é de extrema importância, não só pelo fato de ser este o local onde, na maioria das vezes, o paciente toma pela primeira vez contato com a instituição, mas também por ser, teoricamente, o pessoal de enfermagem quem mantém, na maior parte do tempo, contato com o doente (CAMPOS; TEIXEIRA, 2001).

Desse modo, pode perceber a necessidade de inserção do cuidador enfermeiro diante das urgências e emergências entendida no ambiente pré e intra hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental que se preste assistência ao paciente, visualizando-o por um prisma holístico, na concepção moderna da enfermagem, paciente é percebido como ser integral, cujas necessidades podem manifestar-se em diferentes dimensões. A enfermagem é, portanto, prática historicamente estruturada, ou seja, existe ao longo da história da humanidade, porém constituída por diferentes maneiras de cuidar que, por sua vez, são determinadas pelas relações sociais de cada momento histórico.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, C, J, G; TEIXEIRA, M, B. O atendimento do Doente Mental em Pronto Socorro Geral: Sentimentos e Ações dos Membros da Equipe de Enfermagem. **Rev. Esc Enf USP**, v.35, n.2, p.141-9, jun. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n2/v35n2a07.pdf>. Acesso em: 15 Fev. 2011.

CARVALHO MB, FELLI VEA. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev. Latino-am Enfermagem** 2006 janeiro-fevereiro; 14(1): 61-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a09.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2011.

FIGUEIREDO, N, M, A de. **Enfermagem: Cuidando em Emergência edição especial**. São Caetano do Sul, Ed. Yendis, 2005.

FIGUEIREDO, N, M, A de; VIEIRA, A, A, de B. **Emergência Atendimento e Cuidados de Enfermagem**. São Caetano do Sul, Ed. Yendis, 2006.

KAPCZINSKI, F; QUEVEDO, J; SCHMITT,R; CHACHAMOVICH, E. Emergências Psiquiátricas **Rev Bras Psiquiatr**, v.23, n.1 p. 55-6, 2001. Disponível em: <http://www.rbpbrasil.org.br/portal/edicoes-anteriores/2001/rev-bras-psiquiatr-vol-23-no-1-sao-paulo-mar-2001>. Acesso em: 10 Fev. 2011.

MATSUMOTO, I. **A Enfermagem e as Emergências Psiquiátricas**. Teresópolis, 2008. Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/16200/1/O-OLHAR-DA-ENFERMAGEM-FRENTE-AS-EMERGENCIAS-PSIQUIATRICAS/pagina1.html>. Acesso em: 22 Fev. 2011.

OLIVEIRA A, G, B; ALESSI N, P. O trabalho de Enfermagem em Saúde Mental: Contradições e Potencialidades Atuais. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2003 maio-junho; 11(3): 333-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16543.pdf>. Acesso em: 22 Fev. 2011.

STERIAN, A. **Emergências Psiquiátricas: Uma Abordagem Psicanalítica**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2001. Disponível em: http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=lang_pt&id=VzXwuW2k2WAC&oi=fnd&pg=PA7&dq=emergencias+psiquiaticas&ots=iLp7vfWTRs&sig=U48Pnq_UblsxOG7PTcJwCzrU3g#v=onepage&q&f=false. Acesso em: 10 Fev 2011.

LUTA CONTRA O MAL DO SÉCULO: FATORES DE RISCO PARA A DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE¹

ARAÚJO, Maria Zélia²; MEDEIROS, kássio Henrique Correia de³; MOURA, Tássia Lais de Almeida Nunes⁴; OLIVEIRA, Larissa Miranda⁵; SILVA, Milécyo de Lima⁶

¹ Pesquisa de Iniciação Científica

² Mestre em Sociologia. Professora da UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. zelinha_araujo@hotmail.com.

³ Graduando em Enfermagem. UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. khenrique_medeiros@hotmail.com

⁴ Graduanda em Enfermagem. UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. anjo_lara05@hotmail.com

⁵ Graduanda em Enfermagem. UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. tassia_rosanunes@hotmail.com

⁶ Relator. Graduando em Enfermagem. UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. milecyo_lima@hotmail.com

RESUMO

A depressão pode atingir qualquer pessoa, caracterizando-se por distúrbio de humor. O idoso é mais suscetível por alguns fatores psicossociais que interferem na sua qualidade de vida. A prevenção desses através da identificação precoce e de atividades físicas auxilia um bom prognóstico. O estudo objetivou realizar uma revisão de literatura sobre os principais fatores de riscos que levam os idosos à depressão com ênfase nas principais causas e nas mudanças no estilo de vida para o tratamento não-medicamentoso. Tratou-se de um estudo bibliográfico, através de livros, texto e levantamento de artigos científicos. Constatou-se que o idoso ao vê-se impossibilitado de realizar tarefas que antes era comum em sua vida, desencadeia um sentimento de inferioridade, perdendo sua autoestima, assim chegando a um estado de depressão. Portanto, o incentivo ao tratamento não medicamentoso e a detecção de fatores de risco fazem-se necessários em todo local de convivência com idosos.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Depressão. Fatores de risco. Tratamento.

INTRODUÇÃO

A depressão é o distúrbio mais comum do afeto ou humor do idoso, considerado talvez a maior causa de sofrimento emocional e piora da qualidade de vida. A depressão e os transtornos depressivos são alterações que acontecem com bastante frequência na população como um todo e, especialmente, entre os idosos, constituindo um problema de grande magnitude para a saúde pública (POTTER; PERRY, 2009).

A depressão é uma morbidade de difícil mensuração. Isso se deve ao fato de que o quadro depressivo é composto de sintomas que traduzem estados de sentimentos que diferem acentuadamente. Esses sinais incluem os sentimentos de tristeza, fadiga, memória e concentração diminuídos, sentimentos de culpa e inutilidade, distúrbios do sono, distúrbios do apetite com perda ou ganho de peso excessivo, agitação, diminuição do espectro de atenção e ideação suicida (SMELTZER; BARE, 2005).

Segundo Brasil (2000) *apud* Ramos *et. al.* (2002), estima que em 2025 o Brasil seja o sexto país mais velho do planeta com cerca de 32 milhões de pessoas com mais de 60 anos. E sendo a depressão no idoso uma condição clínica frequente, com taxas de prevalência que variam de 1 a 16% entre idosos vivendo na comunidade, preocupa médicos e governantes, sem esquecer que, em indivíduos portadores de doenças clínicas, essas taxas são ainda mais elevadas.

Com base no contexto, vê-se a relevância de identificar e enfatizar os fatores de risco que levam os idosos à depressão, que permitem aos profissionais de saúde orientação para elaboração de planos estratégicos eficazes dentro da política da saúde pública.

Portanto, o estudo será dirigido tendo como objetivo identificar os principais fatores de riscos que levam os idosos à depressão no Brasil, o que tornará viável prevenir e tratar este transtorno a saúde.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo bibliográfico, através de livro-texto e levantamento de artigos em revistas científicas. Para a localização dos artigos, foram usadas as seguintes palavras-chave: depressão, depressão em idoso, sintomas depressivos na terceira idade, tratamento da depressão

não medicamentoso. Foram incluídos os artigos dos últimos onze anos. A técnica utilizada para análise foi a leitura seletiva, seguida por um fichamento e arquivo dos tópicos de interesse para a pesquisa em pauta. Foram encontrados artigos que enfocam o conceito da depressão, curso e prognóstico da doença, e tipos de intervenções na aplicação de tratamento não medicamentoso que foram apresentados no trabalho na forma de fundamentação teórica.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A depressão consiste em enfermidade mental frequente no idoso, associada a elevado grau de sofrimento psíquico. No idoso, a depressão tem sido caracterizada como uma síndrome que envolve inúmeros aspectos clínicos, etiopatogênicos e de tratamento. Quando de início tardio, frequentemente associa-se a doenças clínicas gerais e a anormalidades estruturais e funcionais do cérebro. Se não tratada, a depressão aumenta o risco de morbidade clínica e de mortalidade, principalmente em idosos hospitalizados com enfermidades gerais (LEITE, *et. al* 2006).

As causas de depressão no idoso configuram-se dentro de um conjunto amplo de componentes em que atuam fatores genéticos, eventos vitais, como luto e abandono, e doenças incapacitantes, entre outros (RAMOS, *et. al* 2002).

Segundo Epps (2001) *apud* Andrade, Pereira e Souza (2006), a depressão está associada ao aumento da frequência e intensidade das queixas de dor e é identificada como uma variável dependente ou resultante dela. Considerando a estreita associação entre depressão, ansiedade e dor, aponta-se a importância da avaliação rotineira do impacto dessas experiências na habilidade do indivíduo em realizar atividade física, em relacionar-se com outras pessoas, em alcançar um padrão de sono adequado, alimentar-se e manter atividade sexual.

Enfermidades crônicas e incapacitantes constituem fatores de risco para depressão. Sentimentos de frustração perante os anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito marcada por perdas progressivas do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade de trabalho, como também o abandono, o isolamento social, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social do investimento escolar, a aposentadoria que mina os recursos mínimos de sobrevivência, são fatores que comprometem a qualidade de vida e predisõem o idoso ao desenvolvimento de depressão (IRIGARAY; SCHNEIDER, 2007).

Para Potter e Perry (2009) ainda existe uma grande variedade de doenças que tem relação etiológica direta com a depressão na velhice, nas quais as principais são o infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença de Parkinson.

As relações sociais podem ter um papel essencial para manter ou promover a saúde física e mental. Segundo Carneiro *et. al.* (2007), os efeitos positivos do suporte social estão associados com a utilidade de diferentes tipos de suporte fornecidos pela família emocional ou funcional.

Um efeito negativo importante é a falta de autoestima que acontece devido ao reconhecimento, por parte das pessoas idosas, de sua dependência, e causa a percepção de uma falta de autonomia e a inabilidade para retribuir ajudas recebidas. De acordo com Gazalle *et. al.* (2004), isto pode levar a insatisfação, estresse, e depressão das pessoas idosas.

O tratamento tem por finalidade reduzir o sofrimento psíquico causado por esta enfermidade, diminuir o risco de suicídio, melhorar o estado geral do paciente e garantir uma melhor qualidade de vida. Para Almeida (1999), no início do tratamento, convém investigar aspectos de natureza psicológica e psicossocial, como lutos, isolamento social, abandono e outros fatores que tendem a desencadear sintomas depressivos.

Para Moraes *et. al.* (2007) a atividade física regular deve ser considerada como uma alternativa não-farmacológica do tratamento do transtorno depressivo. O exercício físico apresenta, em relação ao tratamento medicamentoso, a vantagem de não apresentar efeitos colaterais indesejáveis, além de sua prática demandar, ao contrário da atitude relativamente passiva de tomar uma pílula, um maior comprometimento ativo por parte do paciente que pode resultar na melhoria da autoestima e autoconfiança.

Do ponto de vista da saúde mental, no idoso, a lentificação psicomotora e a não mobilidade física provocam baixa autoestima, diminuição da sua participação na comunidade e a redução do círculo das relações sociais. Como consequência, são agravados o sofrimento psíquico, a sensação de incapacidade funcional e os sentimentos de isolamento e de solidão. A atividade física, sobretudo quando praticada em grupo, eleva a autoestima do idoso, contribui para

a implementação das relações psicossociais e para o reequilíbrio emocional (SCALCO,2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão pode atingir qualquer pessoa de qualquer faixa etária, porém o idoso é mais suscetível por alguns fatores psicossociais que interferem na sua qualidade de vida.

Idosos com histórico de depressão tem sido cada dia mais constantes, sentindo-se inferiorizados, inúteis e dependentes, consideram-se um peso para sua família e acabam se isolando do convívio com outras pessoas, podendo evoluir para uma maior dependência, física e/ou psicossocial.

A atividade física tem sido associada a vários fatores favoráveis a melhor qualidade de vida no idoso, implementando melhor perfusão sanguínea sistêmica e, particularmente, cerebral, e ainda considerada como uma alternativa não-farmacológica do tratamento do transtorno depressivo. Portanto, deve-se recomendar a prática física combatendo esse transtorno mental, além de outros agravos a saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Rev Bras Psiquiatr**, 21 (1), 1999.

ANDRADE, F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 março-abril; 14(2):271-6.

CARNEIRO, R. S. *et. al.* Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 2007, 20 (2), 229-237.

GAZALLE, F. K. *et. al.* Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2004,38(3),365-71.

IRIGARAY, T. Q.; SCHNEIDER, R. H. Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. **Rev Psiquiatr RS**. 2007;29(1):19-27

LEITE, V. M. M. *et. al.* Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 6 (1): 31-38, jan. / mar., 2006.

MORAES, H. *et. al.* O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Rev Psiquiatr RS**. 2007;29(1):70-79.

RAMOS, M. P. *et. al.* Apoio social e saúde entre idosos. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 4, nº 7, jan/jun 2002, p. 156-175.

SCALCO, M. Z. Tratamento de idosos com depressão utilizando tricíclicos, IMAO, ISRS e outros antidepressivos. **Rev Bras Psiquiatr** 2002, 24(Supl I):55-63.

SMELTEZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Editora: Guanabara. 10. ed. 2005. Pág. 105 a 111.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Fundamentos de enfermagem. Rio de Janeiro, Elsevier, 2009.

NECESSIDADES DE FAMILIARES DE ALCOOLISTAS RELACIONADAS AO COTIDIANO DA FAMÍLIA

VIEIRA, Alex Sandro Bernardo¹; BARBOSA, Khivia Kiss da Silva²; GOES, Luanna Mayara Ferraz de³; QUEIROGA, Fabiana Ferraz⁴; MACEDO, Jogilmira Silva⁵

¹Discente do sétimo período de graduação em Enfermagem da FACENE. alexcsandro@hotmail.com

²Enfermeira. Docente da FACENE/FAMENE e UFCG. Orientadora. João Pessoa. khiviakiss@yahoo.com.br

³Enfermeira. Graduada pela FACENE. João Pessoa. luannamayara17@hotmail.com

⁴Enfermeira. Docente da FACENE/FAMENE. João Pessoa. fabianafqf@hotmail.com

⁵Enfermeira. Docente da FACENE/FAMENE. João Pessoa. mira__hotmail.com

RESUMO

Pesquisa de caráter descritivo e abordagem quantitativa. Objetivou investigar as principais necessidades apontadas por familiares de alcoolistas relacionadas ao cotidiano da família. Foi desenvolvida em João Pessoa, na Casa de Saúde São Pedro. A amostra foi composta por onze familiares que se encontravam devidamente esclarecidos sobre a condição clínica do paciente. Os dados mostraram que: 73% eram do sexo feminino, 55% casados, 45% com ensino médio completo; 60% dos envolvidos não receberam qualquer tipo de orientação para o desenvolvimento do cuidado ao paciente, 100% dos entrevistados concordam com a importância da assistência espiritual e social. 100% afirmam que os desentendimentos na família representam uma grande preocupação. Os resultados demonstraram que a família e o paciente constituem um binômio que demanda abordagens capazes de melhorar a vida dos pacientes e seus familiares, através da prevenção e alívio do sofrimento, da dor, através da abordagem não somente física, mas espiritual e social.

PALAVRAS-CHAVE: Alcoolismo. Afetividade. Família.

INTRODUÇÃO

O alcoolismo é um dos mais graves problemas de saúde pública existente no país, pois, trata-se de uma doença incurável, de determinação fatal e progressiva até mesmo em período de abstinência, entretanto, tem tratamento. Atinge a saúde física, o bem estar emocional e a conduta do indivíduo. O alcoolismo é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma doença de natureza complexa (SOUZA et al, 2005).

Constitui-se a terceira maior doença no país, perdendo para os males do coração e os tumores. Os resultados do levantamento feito no ano 2000 indicam também que 5,6% de todas as mortes de homens ocorridas no planeta e 0,6% de mulheres são atribuídas ao consumo de álcool segundo a OMS. Em 1990, a estimativa de mortalidade dos dois sexos em consequência da bebida era de 1,5%, o que indica uma preocupante tendência de ascensão. Toda a história da humanidade está permeada pelo consumo de álcool.

A partir da destilação, iniciada na Europa pelos árabes na Idade Média, surgiram novos tipos de bebidas alcoólicas, que passaram a ser utilizadas na sua forma destilada. Nesta época, este tipo de bebida passou a ser considerado como um remédio para todas as doenças, pois “dissipavam as preocupações mais rapidamente do que o vinho e a cerveja, além de produzirem um alívio mais eficiente da dor”. A partir da Revolução Industrial, registrou-se um grande aumento na oferta deste tipo de bebida, contribuindo para um maior consumo e, conseqüentemente, gerando um aumento no número de pessoas que passaram a apresentar algum tipo de problema devido ao uso excessivo de álcool (CEBRID, 2004).

O uso de álcool constitui a terceira causa de mortalidade que poderia ser prevenida. Ao contrário do que acontece com outras drogas, nem todo consumo de álcool causa danos ao organismo, a ingestão de baixas doses, especialmente na forma de vinho, parece diminuir o risco de doenças cardiovasculares, sendo que 80% da população consomem alguma quantidade de álcool, mas nem todas essas pessoas são dependentes (TOWNSEND, 2002).

O mesmo autor afirma que o abuso e a dependência de álcool potencialmente acarretam problemas sociais, legais, financeiros, no trabalho, na escola e nas relações interpessoais, além de estarem relacionados com doenças gastrintestinais, cardiovasculares, endócrinas, imunológicas e neurológicas. Além disso, esses pacientes apresentam risco maior para acidentes, violência e suicídio.

A família do alcoolista é extremamente afetada pelos males do álcool, já que é ela que convive com esse sujeito dependente. O uso de álcool interfere nos papéis dos membros do grupo familiar, fazendo com que necessitem modificar sua dinâmica. O sofrimento que pode ser causado na família é evidente, quando um de seus membros está acometido pelo alcoolismo. A patologia não recai apenas sobre o indivíduo etilista, mas sobre todo o meio familiar, de forma a prejudicar as relações interpessoais, que geralmente estão permeadas por sentimentos de raiva, culpa, violência, ressentimento e medo, frequentemente associados ao abandono e negligência por parte do alcoolista (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005).

Este estudo teve como objetivo investigar as principais necessidades apontadas por familiares de alcoolistas relacionadas ao cotidiano da família.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório com abordagem quantitativa. Foi desenvolvida na Casa de Saúde São Pedro no município de João Pessoa-PB, onde habitualmente se abrigam pacientes debilitados por causa do uso de álcool e outras drogas. A escolha do local deu-se por ser uma clínica de tratamento para dependentes de álcool e outras drogas.

A população nesta pesquisa foi composta por todos os familiares que de forma contínua ou intermitente, institucionalizados ou domiciliados, acompanhassem pacientes alcoolista. Foram considerados de interesse para esta pesquisa os acompanhantes que mantiverem algum grau de afetividade com o paciente.

A amostra foi composta por 11 familiares que se encontravam devidamente esclarecidos sobre a condição clínica do paciente e que, contemplando os interesses da pesquisa, aceitaram participar voluntariamente, após terem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido - TCLE (Apêndice A). A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto e setembro de 2010, após a aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE/FAMENE.

O presente estudo foi analisado com foco na abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde que dispõe sobre o envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa (BRASIL, 1996), como também o que rege a Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que trata do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Evidenciou-se que 73% da amostra eram do gênero feminino, enquanto 27% do sexo masculino. Neste sentido, Neder (2004) refere que os papéis familiares pouco mudaram no transcorrer da história, visto que à mulher ainda outorga-se o papel de boa mãe dentro e fora dos limites domésticos. Na nossa prática, este pressuposto evidencia que, aparentemente, as mulheres são mais requisitadas pelas instituições e pela própria família para permanecerem como acompanhantes nas dependências hospitalares.

Em relação à idade, 18% situavam-se numa faixa etária entre 37 e 45 anos, 55% entre 46 e 54 anos, 18% entre 54 e 62 anos, enquanto 9% situavam-se entre 62 e 70 anos. Dentre os participantes, 45% eram solteiros e 55% casados. Para este último dado, pressupõe-se alguma forma de prejuízo ou descontinuidade das rotinas e obrigações domésticas, a que aferimos certo risco para o desenvolvimento de desconforto emocional.

Com relação à religião, 100% dos entrevistados disseram-se cristãos. A nosso ver, a fé em Deus é tão necessária quantas outras formas de enfrentamento. Marques (2004) acena para a religiosidade como uma estratégia para a superação da angústia e sofrimento, visto que através desta fé crê-se possível o alcance de uma proteção superior.

Em relação ao grau de instrução, 36% dos entrevistados tinham o ensino fundamental; 45% concluíram o ensino médio e 18% tinham curso superior completo. Inferimos, mesmo sem condicionar à educação formal, a habilidade para expressar-se ou expressar o seu mundo com as necessidades que a ele pertencem, o que de certa forma instrumentaliza a tomada de decisões.

A respeito da ocupação dos entrevistados, 45% desempenham algum tipo de trabalho, o

que pressupõe uma indisponibilidade de dedicação integral além de acarretar sobrecarga física e emocional para este cuidador; já 55% declararam-se inativos.

Evidenciaram-se vínculos consanguíneos entre o cuidador e o paciente, numa relação que variou entre genitores 36%, irmãos 28%, tia 9%, cônjuge 18%, enquanto ex-esposa 9%. De acordo com Elsen (2002), a família também representa um sistema de saúde para seus membros. Neste modelo, inclui-se a constituição do cuidador a quem se delega a tomada de decisões, a supervisão do estado de saúde e a requisição de auxílio aos seus significantes quando necessário. Segundo Brito (2002), as pessoas que prestam cuidados a familiares em condições exaustivas, podem desenvolver alterações adversas em várias esferas da sua vida, quer sejam na social, econômica, laboral, psíquica e física.

Com relação às necessidades evidenciadas no cotidiano com o familiar alcoolista, foram apontadas as seguintes queixas: dúvidas com relação ao tratamento e prognóstico; dúvidas relacionadas à forma de cuidar e lidar com as manifestações da doença como: delírios, alucinações, tremores, fadiga, irritação, inquietação e dificuldades para higienização corporal; inquietações voltadas para as relações familiares e com amigos como: desentendimentos constantes advindos de comportamento agressivo ou apático, afastamento dos amigos, falta de uma religião ou apoio espiritual; preconceito da sociedade e dificuldades financeiras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência do álcool não é um evento específico do paciente, mas de toda a família que a vivencia de forma não orgânica, mas culturalmente legítima e diversificada. A nosso ver, portanto, essas experiências outorgam à família um papel de destaque nas decisões e percursos que enredam o cuidado na dependência, posto que tal instituição represente um sistema próprio de saúde dos seus membros, com valores, crenças e práticas adaptáveis e originárias de cada universo. Compreendemos assim que as opiniões que emanam da família podem representar uma fonte de informações para a construção do cuidado especializado e acima de tudo, individualizado.

A atenção centrada a partir da percepção da família possibilita aos profissionais de saúde uma visão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Embora leigamente, as preocupações e cuidados descritos pela família, corroboram os já cientificamente adotados nas situações semelhantes.

O familiar cuidador, apesar de ter o seu papel reconhecido na hospitalização, não recebe o acolhimento e o apoio especializado para que possa lidar com os sentimentos e as dificuldades durante o processo de adoecimento. As evidências de um conhecimento insuficiente sobre a condição prognóstica do paciente, do despreparo para atuar como colaborador nos seus cuidados, e o conseqüente desgaste imposto por essas condições, talvez constituam novo objeto de estudo, onde se buscam caminhos para o real cumprimento dos princípios do cuidado paliativo que visam à promoção na qualidade de vida do paciente alcoolista e seus familiares com olhares voltados para as necessidades físicas, espirituais e sociais de ambos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196, de 10 de outubro de 1996** – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRITO, L. A Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. 2002. Disponível em: < http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_61-71.pdf >. Acesso em: 17 maio. 2010.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre as Drogas. **Bebidas alcoólicas**. São Paulo: UNIFESP, 2004.

CAMPOS, Shirley de. **Estudo revela que o alcoolismo já é a terceira maior no país**: Disponível em: < <http://www.drashirleydecampos.com.br> > Acesso em: 24 ago. 2006.

COFEN – CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Resolução 311 em 13 de fevereiro de 2007.

EDWARDS, G. MARSHALL, E. J. COOK, C.C. H.; **Tratamento de alcoolismo: Um Guia para profissionais da Saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

NEDER, G. **Ajustando o foco das lentes**: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: KALOUSTIAN, S. M. (org.). *Família brasileira: a base de tudo*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SOUZA, Delma P Oliveira de; ARECO, Kelsy N; SILVEIRA FILHO, Dartiu Xavier da. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, Aug. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 de maio 2009.

PARTICIPAÇÃO DO CAPS NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA SOB A ÓTICA DOS FAMILIARES¹

NÓBREGA, Pamela Alves da²; ALMEIDA, Sandra Aparecida de³; OLIVEIRA, Georgia Dantas de⁴; SILVA, Raquel Firmino da⁵; DANTAS, Maria da Conceição Batista Azevedo⁶.

¹ Pesquisa realizada por acadêmicas de Enfermagem da FACENE.

² Relatora. Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança – FACENE.

³ Orientadora. Enfermeira. Mestre. Docente da FACENE/FAMENE. João Pessoa. sandra_almeida09@yahoo.com.br

⁴ Acadêmica de enfermagem do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

⁵ Acadêmica de enfermagem do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança.

⁶ Enfermeira. Graduada pela Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE.

RESUMO

A esquizofrenia é uma das mais intrigantes doenças psiquiátricas existentes e que desperta atenção e interesse por parte dos profissionais de saúde mental, na qual os sujeitos são acometidos já na adolescência ou no início da idade adulta, necessitando de atenção especializada em decorrência das limitações que a doença acarreta. Dessa forma, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tentam proporcionar o resgate do indivíduo portador de transtorno mental num

contexto bio-psico-social Esse estudo objetiva conhecer sob a ótica da família a participação do CAPS no tratamento de pacientes com esquizofrenia e verificar como o processo terapêutico oferecido pelo CAPS colabora na vida social desses pacientes na opinião dos familiares entrevistados. Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. Dessa forma, é notório que a inclusão dos esquizofrênicos no CAPS é eficiente, pois, proporcionam atendimento digno, multiprofissional, de qualidade e capacidade de reabilitar usuário e família.

PALAVRAS CHAVE: Esquizofrenia. Terapêutica. Família.

INTRODUÇÃO

A Esquizofrenia é uma das mais intrigantes doenças psiquiátricas existentes, igualmente prevalentes em ambos os sexos, que se inicia, comumente, antes dos 25 anos de idade em homens e entre 25 e 35 anos em mulheres. Persiste por toda a vida e afeta pessoas de todas as classes sociais, despertando a atenção e interesse por parte dos profissionais que atuam na área da saúde mental. De acordo com Kaplan e Sadock (2007), a doença acomete aproximadamente 1% da população mundial, os cuidados insuficientes dispensados para essa psicopatologia tanto para o doente quanto para a família, podem afastá-lo do convívio social.

Após a instituição da reforma psiquiátrica e a reelaboração de novos conceitos e práticas, criaram-se espaços para a convivência com a diferença, a diversidade e a divergência, buscando-se cada vez mais a inclusão social, a solidariedade e a cidadania das pessoas que necessitam de atenção e cuidados. Cabe ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) preservar e fortalecer os laços sociais das pessoas através de serviços de saúde municipais abertos, comunitários, oferecendo atendimento diário com acompanhamento clínico, visando à reinserção social destas pessoas através do acesso ao trabalho, lazer e exercício dos direitos civis, bem como, o fortalecimento dos laços familiares e comunitários (CARDOSO; SEMINOTTI, 2006).

Nesse contexto, a presente pesquisa tem por objetivo analisar a percepção dos familiares entrevistados a inserção do CAPS no tratamento de pacientes com esquizofrenia; e verificar na opinião dos familiares entrevistados como o processo terapêutico oferecido pelo CAPS colabora na vida social de pacientes com esquizofrenia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada no CAPS II na cidade de Bayeux – PB. A população foi composta de todas as famílias de portadores de esquizofrenia do município de Bayeux e a amostra por 10 pessoas após aquiescência dos sujeitos, onde assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro de entrevista semi-estruturado, constituído por questões norteadoras voltadas a atender os objetivos propostos pelo estudo. A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2010. Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo Modalidade Temática de Bardin (1979). O estudo foi realizado em consenso com a Resolução nº. 196/96 (BRASIL, 1996), do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa em seres humanos no Brasil, assim como a Resolução 311/2007 COFEN que institui o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2009), aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança e aprovado sob o protocolo número 217/2010.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra deste estudo constituiu-se pelo grau de parentesco com doente, tivemos que 01 das participantes (10%) era vizinha, apenas 01 (10%) foi o pai, também com 10% foi a cunhada, já 03 (30%) eram irmãs, 03 (30%) eram as mães e apenas 01 (10%) era a esposa.

Conforme evidenciado pelos discursos a agitação, agressividade e falta de orientação eram expostas e expressas pela maioria dos doentes, pelos relatos dos familiares, antes de iniciarem o tratamento no CAPS: “*ele era muito brabo, quebrava tudo dentro de casa e não falava com ninguém (E1)*”. “*Muito agressiva, tentou diversas vezes matar a avó (E2)*”. “*Era muito agitado (E3)*”. “*Era muito agitada. Era muito sofrimento para mim e para os filhos da gente [...] (E7)*”. “*No início era muito agitada. Gritava muito quando estava em crise [...] (E8)*”.

Os participantes do estudo expressaram em suas falas, a satisfação e melhora para seus

familiares (doentes), depois do surgimento dos CAPS: “*Aí de mim se não fosse o CAPS. Ele está mais independente, mas continua com certas manias [...] (E4)*”. “*Tem melhorado muito, tanto com a família quanto com o pessoal de fora, aos poucos ela está resgatando a afetividade perdida após a descoberta da doença (E5)*”. “*O CAPS aos poucos está conseguindo trazer de volta o meu irmão não mais o monstro de antes [...] (E6)*”. “*Tem sim moça! Meu filho é outra pessoa hoje [...] (E9)*”. “*Sim minha sobrinha hoje é outra pessoa, chega dá gosto de andar com ela [...] (E10)*”.

A desinstitucionalização e a efetiva reintegração das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na comunidade são tarefas às quais o SUS vem se dedicando com especial empenho nos últimos anos. A implementação e o financiamento de Serviços Residenciais Terapêuticos surgem neste contexto como componentes decisivos da política de saúde mental do Ministério da Saúde para a concretização das diretrizes de superação do modelo de atenção centrado no hospital psiquiátrico.

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. 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 sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. As pessoas atendidas nos CAPS são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, que lhes impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes.

Todo o trabalho desenvolvido no CAPS deverá ser realizado em um “meio terapêutico”, isto é, tanto as sessões individuais ou grupais como a convivência no serviço têm finalidade terapêutica. Isso é obtido através da construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento. Ao iniciar o acompanhamento no CAPS, traça-se um projeto terapêutico com o usuário e, em geral, o profissional que o acolheu no serviço passará a ser uma referência para ele. É preciso levar em conta o vínculo que o usuário estabelece com o terapeuta, pois isso é fundamental em seu processo de tratamento.

O CAPS tem a estratégia de melhorar o quadro do cliente mental, pois é um tratamento substitutivo dos manicômios, ou hospitais psiquiátricos, não sendo preciso ficar internado. É um hospital-dia onde se buscam a inclusão social e a cidadania. Logo aparecem os primeiros sinais de melhora, o que nos evidencia que o tratamento está ocorrendo de forma certa e eficaz (BRASIL, 2009).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos desta pesquisa foram conhecer sob a ótica da família a participação do CAPS no tratamento de pacientes com Esquizofrenia, descrever as características socioeconômicas dos familiares entrevistados, analisar a percepção dos mesmos sobre a inserção deste serviço substitutivo no tratamento a estes pacientes, além de verificar, na opinião dos familiares, como o processo terapêutico oferecido pelo CAPS colabora na vida social de pessoas com este tipo de transtorno.

Assim, após todos os dados coletados nesta pesquisa, concluiu-se que o tratamento desenvolvido no modelo assistencial do CAPS, para evitar a interação e reinseri-los na sociedade, está sendo eficaz.

Sendo assim, a inclusão do mesmo em serviços substitutivos, mostrou-se resolutive na diminuição dos sintomas e na possibilidade de reinserção social com produtividade, resgatando a dignidade da pessoa humana.

Considera-se que os objetivos propostos foram alcançados e verificou-se que houve melhora de qualidade de vida e de socialização após entrada nos CAPS, segundo o depoimento dos familiares.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 196 de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacientes de saúde mental se recuperam melhor em convívio social.** Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24128>. Acesso em: 25 mai. 2010.

CARDOSO, C.; SEMINOTTI, N. **O grupo psicoterapêutico no Caps.** Ciênc. saúde coletiva, vol.11, n.3, p. 775-783, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Disponível em: www.cofen.com.br. Acesso em: 13 maio 2009.

KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

MINAYO, M.C.de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1999.

(RE)VELANDO OS DEPENDENTES QUÍMICOS

ARAÚJO, Ingrid de Sousa¹; SILVA SANTOS, Khátia Regina²; VERDE, Raísa de Oliveira Lima³; ALMEIDA, Sandra Aparecida⁴; CRUZ, Valentina Guimarães⁵.

¹Acadêmica de Enfermagem – FACENE, João Pessoa – PB, indyjp@hotmail.com

²Acadêmica de Enfermagem – FACENE, João Pessoa – PB, khatia_regina@yahoo.com.br

³Acadêmica de enfermagem- FACENE, João Pessoa- PB, raisaverde@hotmail.com

⁴ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Docente da FACENE, João Pessoa – PB Sandra_almeida09@yahoo.com.br

⁵ Graduado em Enfermagem – FACENE, João Pessoa – PB, valentina-guimaraes@hotmail.com.

RESUMO

A dependência química é um transtorno crônico que traz grandes problemas e consequências ao indivíduo, tanto físicas quanto psíquicas. Objetivou-se caracterizar os usuários de drogas em uma unidade de internação no ano de 2009. Trata-se de uma pesquisa do tipo documental retrospectiva com abordagem quantitativa, realizada em uma unidade de internação para usuários de álcool/drogas e transtornos mentais na cidade de João Pessoa – PB, no mês de fevereiro de 2010, no qual mostramos que o sistema de cada cliente tem sua forma de reação diferenciada, apresentando diversas sintomatologias durante processo do tratamento. Conclui-se que hoje ainda existe uma grande quantidade de leitos psiquiátricos, e, conseqüentemente, várias internações, havendo assim um ciclo crise/internação/crise, onde estes pacientes não têm acesso aos serviços substitutivos ou não aderem a esse tipo de tratamento, sendo internados e reinternados em hospitais psiquiátricos desnecessariamente.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Mental. Processo do cuida. Evidências sintomatológicas.

INTRODUÇÃO

A dependência química é um transtorno que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diversas razões, em distintos contextos e circunstâncias. Muitos dos consumidores de álcool e drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os tratamentos. A verdade é que a maioria não chega nem a procurar tais serviços, por não se sentirem acolhidos em suas diferenças. Os consumidores de cocaína são os que mais procuram tratamento para tentar se livrar da dependência, o qual é feito por meio de psicoterapias que promovem a abstinência às drogas e do uso de antidepressivos em 60% dos casos. Atualmente, cerca de 5% dos brasileiros são dependentes químicos de alguma droga. O uso de

drogas é crime previsto no Código Penal Brasileiro, e os infratores estão sujeitos a penas que variam de seis meses a dois anos (COMUNIDADE, 2009). De acordo com dados referentes ao ano de 2001 (DATASUS, 2001), houve no Brasil 84.467 internações para o tratamento de problemas relacionados ao uso do álcool, mais de quatro vezes o número de internações ocorridas por uso de outras drogas. Reconhecer quem é o consumidor, as suas características e necessidades, assim como as vias de administração e o(s) tipo(s) de drogas consumidas, exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com o dependente e seus familiares, para que se possa criar e implantar programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adequada às diferentes necessidades.

METODOLOGIA

A pesquisa é documental retrospectiva com abordagem quantitativa, realizada na Casa de Saúde São Pedro, João Pessoa/PB. Foi escolhido este local por ele ser uma unidade de referência para pessoas em tratamento de dependência química, o que vem a favorecer o campo de investigação a que se propõe o estudo. O universo dessa pesquisa foi composto por todos os prontuários disponíveis na instituição, no ano de 2009. De acordo com Informações da Casa de Saúde São Pedro (CSSP), encontravam-se no arquivo até o dia 20/11/2009, 602 prontuários de pacientes dependentes químicos. Desse modo, a amostra desta pesquisa foi composta por prontuários de pacientes que se internaram no ano de 2009 para tratamento da dependência química, a qual foi obtida por meio de corte seccional, partindo da enumeração de todos os prontuários, obtendo assim uma lista numérica e a partir desse ponto, fazer um sorteio, excluindo todas as reinternações no mesmo ano. Considerando-se a duplicidade de reinternações estimada em torno de 30% (dados fornecidos pela CSSP), tem-se que o n do estudo ficou de 150 prontuários, evitando-se assim o viés metodológico. A análise ocorreu em função da quantidade de respostas, já definidas no tipo de pesquisa e os resultados apresentados sob a forma de tabelas e/ou gráficos contendo números e seus respectivos percentuais, obedecendo à técnica de análise de estatística simples.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza critérios para elaborar suas diretrizes diagnósticas para a síndrome de dependência de substâncias. Um diagnóstico definitivo de dependência deve usualmente ser feito somente se três ou mais dos seguintes requisitos tenham sido experienciados ou exibidos em algum momento do ano anterior:

- forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término e níveis de consumo;
- estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
- evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicotrópica são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância psicotrópica, aumento da quantidade de tempo necessária para se recuperar de seus efeitos;
- persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas. Devem-se fazer esforços claros para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano (MARQUES; RIBEIRO, 2010).

Dentre os sintomas apresentados no momento da internação, destacam-se: depressão (81), agitação psicomotora (67), insônia (49), calmo (32), alucinações e delírios (29), embriaguês (26), higiene precária (21), higiene preservada (15), escoriações, hematomas, queimaduras e prurido (14), tremores (12), humor estável (12), síndrome da abstinência (11), desorientado (11), querendo ajuda (08), rapport prejudicado (08), inapetência (08), sedado (08), rapport satisfatório (07), mau humor (07), vômitos, náuseas e dor no estômago (06), astenia (06), hálito etílico (05),

logorréico (05), ideia suicida (05), pouco comunicativo (04), triste (03), não aceitando o tratamento (02), ideia homicida (2), apragmatismo (2), deambulando com dificuldade (02), ideia de fuga (02), sob efeito da droga (01), pico hipertensivo (01).

O início do uso das drogas pode ocorrer em qualquer fase da vida, porém a etapa mais propícia é a adolescência; período de transição da infância para vida adulta, em que transformações físicas, emocionais e subjetivas estão acontecendo. Características dessa população são observadas quanto ao desprendimento da família, maior proximidade com o grupo de iguais, perda do corpo infantil e escolhas a serem feitas para a vida adulta, o que pode gerar crise de identidade. Entretanto, o adolescente que obtém amparo social e emocional para enfrentar esses momentos sofre menos, observa-se que (51) 34% encontram-se na faixa etária entre 18 a 29 anos; (38) 25,3% entre 30 a 39 anos; (37) 24,7% de 40 a 59 anos; (15) 10% entre 50 a 59 anos; (7) 5% entre 60 a 69 anos e (2) 1% possui 70 anos ou mais.

De acordo com a naturalidade dos pacientes, 52% são provenientes da capital (João Pessoa - PB), a instituição atende prioritariamente a necessidade da cidade de João Pessoa, seguida das cidades do interior do estado e de Santa Rita, que faz parte da grande João Pessoa. Sobre a escolaridade dos internos, podemos ver que (70) 47% dos internos não informaram o seu grau de escolaridade; (23) 15% Nível médio completo; (18) 12% Nível médio incompleto; (17) 11% analfabetos; (15) 10% Ensino fundamental incompleto; (6) 4% Ensino Fundamental completo; (2) 1% Curso Superior completo.

A problemática relação entre o consumo de substâncias e prejuízo escolar tem sido abordada em vários estudos no Brasil. Na realidade, é sabido que o consumo de drogas pode provocar prejuízos no funcionamento ocupacional e social. Sua conjugalidade indica que (98) 65,3% da amostra são solteiros; (47) 31,30% são casados; (04) 2,70% são divorciados; e (01) 0,70% é separado. Aproximadamente um em cada três dependentes de álcool tem um histórico familiar de alcoolismo, e a probabilidade de separação e divórcio entre casais é aumentada em três vezes quando essa união se dá com um dependente de álcool. Fatores como falta de disciplina, falta de intimidade no relacionamento dos pais e filhos e baixa expectativa dos pais em relação à educação e aspirações dos filhos também contribuem para o desenvolvimento de problemas emocionais, bem como o consumo de substâncias psicoativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dependência química é um problema de âmbito mundial, acarretando grandes problemas e consequências tanto ao indivíduo como a população. Ela causa consequências tanto físicas quanto psíquicas, que na maioria das vezes, causa prejuízos no trabalho, aposentadorias por invalidez, desorganização familiar, comportamento agressivo, acidentes de trânsito, exclusão social, entre outros. Na atualidade, viabilizam-se novas propostas assistenciais, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), e a implementação de novas ações para dar continuidade ao tratamento, evitando, dessa forma, internações desnecessárias. De modo geral, a maioria dos internos encontra-se em média com 18 a 29 anos, porém, os internos têm idade entre 18 anos e 70 anos de idade, ou seja, o vício perdura por toda a vida. Quase a metade dos internos não informou o grau de escolaridade, o que nos impossibilita saber se são alfabetizados ou não. Um grande número dentre eles apresentou nível escolar baixo. Durante o tempo em que consumiram drogas, os internos estudados usaram principalmente o álcool, *crack*, maconha, cola, rupinol, artane, *tinner* e cocaína. Considerando ainda que um dos objetivos da prevenção ao abuso de drogas é a detecção e o tratamento precoce do problema. De maneira geral, este estudo proporcionou ampliação de novos conhecimentos acerca da temática abordada, contribuindo para uma discussão sobre a percepção da Dependência Química, podendo também servir de auxílio para novas pesquisas.

REFERÊNCIAS

COMUNIDADE **terapêutica** **Projeto** **Vida.** Disponível em:
<http://www.ctprojetovidanova.com.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=62:drogas&catid=38:artigos&Itemid=55> Acesso em: 12 nov. 2009.

POLIT, D.F.; TATANO, B.C; Hungler, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POSSA, T.; DURMAN, S. Processo de ressocialização de usuários de substâncias lícitas e ilícitas. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, 2007.

Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000200006&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 14 out. 2009.

RIBEIRO, M. **Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool**, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a15v26s1.pdf>> Acesso em: 03 fev. 2010

SÍNDROME DE BURNOUT E SEUS FATORES DE RISCO: UMA DISCUSSÃO DA SISTEMATIZAÇÃO NA ABORDAGEM DO INDIVÍDUO POR PARTE DA ENFERMAGEM¹

FERNANDES, Amélia Carolina Lopes²; CARVALHO, Francisca Patrícia Barreto de³

¹ Trabalho de Conclusão de Curso de Pós Graduação, Especialização em Enfermagem, Saúde e Segurança do Trabalho pelas Faculdades Nova Esperança

² Enfermeira, Especialista em Saúde e segurança do trabalho pela FACENE RN

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFRN. Docente da FACENE-RN.

RESUMO

A Síndrome do Esgotamento Profissional ou Síndrome de Burnout se configura como conjunto de sinais e sintomas resultantes da somatização das relações produtivas problemáticas, resultado da não-adaptação à pós-modernidade. Busca-se com a pesquisa conhecer a Síndrome de Burnout - SB e fatores predisponentes ao trabalho docente do(a) enfermeiro(a); discutir a assistência de Enfermagem ao enfermeiro docente com SB, arguindo sobre a problemática dos cuidados paliativos e o diagnóstico efetivo da SB, acompanhado da adequada sistematização da assistência de Enfermagem, individualizada e condizente com a condição holística do ser humano.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Enfermagem. Educação em Enfermagem. Esgotamento Profissional.

INTRODUÇÃO

A Síndrome do Esgotamento Profissional ou Síndrome de Burnout se configura como conjunto de sinais e sintomas resultantes da somatização das relações produtivas problemáticas, resultado da não-adaptação à pós-modernidade. Não se busca diagnóstico da síndrome de Burnout por parte da classe médica, ou a sistematização desse reconhecimento por parte da enfermagem que é, na maioria dos casos, quem tem contato direto com o paciente, sendo também o enfermeiro da docência que se submete a fatores de risco diversos, propenso ao desenvolvimento da síndrome.

No ensino de enfermagem, essa responsabilização se mostra mais preocupante, no sentido de que, ao se resguardar do saber puramente empírico, imbuir-se do preparo sócio-técnico-científico e se dispor a ser flexibilizador de teoria e prática em favor de uma educação complexa, recaem sobre si as questões que já cerceiam as práticas assistenciais atreladas às questões inerentes ao processo ensino-aprendizagem.

Questiona-se, portanto, como se manifesta a SB em enfermeiros que atuam no Ensino Superior e de que modo se pode sistematizar a abordagem pela Enfermagem. A isso se alia a carência da criação de políticas públicas que compreendam as necessidades básicas humanas e preconizem práticas assistenciais universalizadoras, menos funcionais e mais humanistas e por que não dizer, subjetivistas. Práticas essas que se sobreponham aos interesses individuais de aquisição de *status* social, ou de manutenção do *status quo* das majorias na perspectiva da contemplação dos direitos humanos – quebra de paradigmas que se mostram dicotomizadores do pensamento. Repensa-se qual o sentido de práticas integralizadoras se ainda se preza pelo modelo medicalocêntrico de fazer saúde, tratando sinais e sintomas caracterizadores de um quadro representativo de problemas mais conjunturais e menos estritamente orgânicos, de modo

paliativo. Desse modo, tratam-se as manifestações pura e simplesmente, alimentando indústrias farmacêuticas, iniciativas mercadológicas sem, contudo, enxergar a continuidade indivíduo-meio.

Os objetivos da pesquisa consistem em conhecer a Síndrome de Burnout - SB e fatores predisponentes ao trabalho docente do(a) enfermeiro(a); discutir a assistência de Enfermagem ao enfermeiro docente com a síndrome.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa quanti-qualitativa de caráter exploratório, realizada na cidade de Mossoró-RN, tendo como público-alvo enfermeiros que atuam no Ensino Superior a fim de exemplificar uma das classes mais propensas ao desenvolvimento da SEP e os aspectos que devem e/ou podem ser identificados pela enfermagem com vistas a uma abordagem integral do indivíduo. O universo de entrevistados resultou do levantamento do público-alvo de duas Instituições de Ensino Superior de Enfermagem, uma privada e outra pública da referida cidade. O processo de coleta de dados se iniciou mediante liberação do Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança Facene/Famene de João Pessoa – PB. Como amostragem, adotou-se 20% do total de docentes enfermeiros de cada instituição, o que correspondeu a um universo de 27 indivíduos, mediante apresentação do TCLE, resguardando os princípios éticos da pesquisa.

A pesquisa se realizou através de entrevistas semi-estruturadas fornecidas e respondidas via e-mail, pois os participantes possuem ritmos de trabalho diferenciados, o que inviabilizaria a realização de grupos focais e propiciaria comodidade e liberdade de expressão. Nessa perspectiva, a coleta de dados foi feita com questionário, com perguntas norteadoras, de modo a obter da população da pesquisa uma variabilidade de respostas maior, bem como maior possibilidade de observação subjetiva da percepção dos indivíduos acerca de seu trabalho e fatores de risco à SB para se traçar um paralelo e estabelecer a assistência de enfermagem humanizada e integral ao indivíduo em sua singularidade e caráter universal. Foram encaminhados instrumentos de pesquisa a 25 participantes, tendo a pesquisadora responsável recebido 10 respostas, o que corresponde a 40% do total do grupo a ser pesquisado e aproximadamente 20% de cada instituição, conforme proposto anteriormente. O terceiro momento se constitui como teorização filosófica, social, educacional e reflexiva acerca dos fatores de risco à SEP, frutos também das necessidades do professor/educador, tão quanto seus causadores, formando, assim, o círculo vicioso. O quarto momento, ou as considerações finais, consiste na aplicação, propriamente dita, do que se obteve da pesquisa realizada, apresentação de possíveis diagnósticos de enfermagem para uma posterior provável sistematização da assistência de enfermagem ao professor/educador com SEP/SB ou em vias de se encontrar nesse quadro.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Uma vez que ele (o Enfermeiro docente) tende a ter jornadas de trabalho extenuantes, a associação de, por exemplo, três empregos, sendo dois em Ensino Superior e um na assistência, na modalidade de escalas de plantões não se mostram raros. O estabelecimento de prazos para entrega de diários, avaliação de trabalhos monográficos, projetos de pesquisa, acompanhamento de discentes em práticas e estágios, plantões seguidos de dias de sala de aula de forma intensa, aliando às responsabilidades de ordem pessoal e familiar, levam o indivíduo ao questionamento de sua produtividade comparada à satisfação no trabalho e avaliação de metas atingidas na sua vida, sem mencionar a qualidade do trabalho exercido de forma tão exaustiva.

Fala-se hoje em uma educação voltada ao mercado do trabalho, sucumbe-se à sedução do neoliberalismo: a livre oferta, a competitividade exacerbada, a produção em série de profissionais centrados no tecnicismo e no esvaziamento das demandas, no acúmulo de funções e no trabalho em pelo menos três expedientes diários, nas relações interpessoais volúveis que nem chegam a designar interações entre pessoas, mas entre detalhes funcionais da sociedade - os profissionais vazios criticamente -. 10 entrevistas foram respondidas e analisadas conforme prevalência das respostas objetivas e declarações subjetivas dos participantes.

Os participantes são graduados por diferentes Instituições de Ensino Superior, oriundos de diferentes propostas pedagógicas e, possivelmente, formas de pensar o processo de enfermagem, embora seguramente de mesmas preocupações quanto ao modo de pensar

pedagogicamente em favor do aluno e da construção de conhecimento. Todos avaliaram a responsabilidade do trabalho como alta. O conhecimento acerca da SB pela comunidade docente ainda é tímido, apesar de ser tão presente em queixas e fatores de risco, recorrentes na classe. Dos participantes, 60% são do sexo feminino; 40% do total são casados(as); 10% separados(as); e 50% são solteiros(as). 20% possuem especialização; 10% estão no mestrado; 60% tem o mestrado consolidado; 10% estão com doutorado em andamento e 10% tem o doutorado concluído. Quando indagados se trabalham em outra Instituição de Ensino Superior ou outro serviço, 07 afirmaram trabalhar em mais de uma instituição, 03 trabalham em apenas uma das Instituições pesquisadas. Todos relataram apresentar sinais e sintomas de cansaço em momentos do dia e épocas específicas do ano e se queixam quanto à carga de trabalho.

O conhecimento acerca da SEP de modo formal pela comunidade docente ainda é deveras tímido, apesar de se fazer tão presente em termos de queixas e fatores de risco tão recorrentes na classe. Perguntou-se se o(a) professor(a) tem conhecimento acerca da SEP/Burnout. Das 10 respostas obtidas, apenas 04 indicaram ter conhecimento sobre a síndrome, tentando uma conceituação da mesma. Caracterizaram a natureza do cansaço como mental e físico, afastando-se de atividades de descanso qualitativo com família, cônjuges e amigos.

Não raro o quadro depressivo se constitui como eixo central à identificação da SEP, dada a condição de despersonalização, desânimo quanto aos planos, quanto à sua condição profissional e afastamento das relações interpessoais, adendo ao absenteísmo, dentre outros sinais e sintomas orgânica e socialmente apresentáveis investigados na pesquisa. Não se expurga, portanto, a maior propensão ao desenvolvimento de esgotamento, quiçá a SB e a má abordagem dos serviços de saúde os quais esse professor/educador busca, oriundas de um sistema fragmentador e valorizador de elementos segregacionistas e positivistas na aproximação com o paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Faz-se necessário o conhecimento acerca da SB no sentido de identificar os fatores de risco a que as comunidades ou indivíduos estão expostos de modo a melhor adequar a assistência de saúde e, mais especificamente, de enfermagem a ser prestada. Contudo, além do sentimento de impotência frente aos problemas de saúde de base socioeconômico-cultural, há também questões conjunturais, questões ético-profissionais às quais esse trabalhador não pode dar resposta, da mesma forma, o fato de carregar junto as responsabilidades, o sentimento capenga das relações de poder trabalhador-usuário e profissional-profissional que potencializam o real sentimento de impotência concomitante à crescente sensação de cobrança sobre si mesmo, auto-superação.

Assomem-se a isso as questões tão presentes no comportamento humano atualmente, como a existência tímida do sentimento de alteridade dos indivíduos, pouca consideração da subjetividade nos processos de trabalho, a complexidade das relações e das formas de fazer e pensar, encharcadas da essência humana, em se tratando de contextos, como o da presente pesquisa, em que predominam as tecnologias leves na prestação do serviço e no processo ensinar/aprender, o que culmina em situações de assédio moral e conseqüente desgaste do profissional.

Há que se buscar a abordagem integral, vendo o homem/mulher de forma holística revisitando a Síndrome de Burnout como: multicausal, multifatorial, como processo saúde-doença complexo e de diferenciadas nuances, envolvendo prevenção, tratamento e reabilitação. O docente enfermeiro, de articulador de teorias e práticas, passa a ser paciente, cuja segurança e singularidade se deve priorizar. Repensar-se-á práticas que pressupõem o desgaste físico e mental do professor quanto ao acúmulo de funções, carga de trabalho extenuante em mais de um serviço, seja educacional ou assistencial e buscar remodelar os modos de produzir trabalho integrado, multiprofissional e humanizado.

REFERÊNCIAS

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. Trad. Regina Machado Garcez. 11 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MASLACH, Christina. Stress, burnout, and workaholism. In. R. Kilburg, P. E. Nathan & R. W. Thoreson (Orgs.), **Professionals in distress: Issues, syndromes, and solutions in psychology** (pp. 53-75). Washington: American Psychological Association, 1994.

PEREIRA, Ana Maria. **Burnout: Quando o Trabalho Ameaça o Bem-Estar do Trabalhador**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

SUICÍDIO E TENTATIVA DE SUICÍDIO: INDICADORES DE PREVENÇÃO DA DOENÇA MENTAL₁

ALVES, Samuel Ronney Pereira²; ALVES, Salmana Rianne Pereira³; ANDRADE, Fábila Barbosa de³ (Orientadora), CAMPOS, Deividy Ferreira da Nobrega⁴; SILVA NETO, Neemias Raulino².

¹Trata-se de um trabalho curricular realizado na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)

²Alunos do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)-João Pessoa/PB. E-mail: sam_ronney@yahoo.com.br; neemiascne@hotmail.com

³Professoras da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE)-João Pessoa/PB. E-mail: sal_rianne@yahoo.com.br; fabiabarbosabr@yahoo.com.br.

⁴Aluno do 9º período da Faculdade Integrada de Patos (FIP) – João Pessoa/PB. E-mail: campos.deividy@yahoo.com.br

RESUMO

A palavra suicídio significa morte intencional autoinfligida, isto é, quando a pessoa, por desejo de escapar do sofrimento intenso, decide tirar sua própria vida. O estudo tem como objetivo de discorrer os fatores que induzem a um comportamento suicida. Trata-se de estudo bibliográfico, realizado junto às fontes da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), no mês de fevereiro de 2011. Os resultados revelaram que cerca de 100 milhões de pessoas no mundo tenham contato direto anualmente com comportamento suicida, o que reforça a necessidade de estratégias de conscientização sobre o tema. Assim, o suicídio, geralmente, aparece associado a doenças mentais, estando atualmente associado à depressão, responsável por 30% dos casos relatados em todo o mundo, o que sensibiliza a Enfermagem no tocante à identificação dos fatores que levam ao adoecimento e quais as estratégias de prevenção desses danos que a mais comum.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio. Comportamento. Depressão.

INTRODUÇÃO

O suicídio é uma problemática tanto entre os pacientes sabidamente psiquiátricos quanto na população geral. Estima-se que cerca de 100 milhões de pessoas no mundo tenham contato direto anualmente com comportamento suicida (Timbó, 2006), o que reforça a necessidade de estratégias de conscientização sobre o tema. Sabe-se que a maioria dos suicidas procura auxílio dos profissionais da saúde nos meses que antecedem a tentativa e que o fazem com maior frequência do que a média da população. O Brasil foi o primeiro país da América Latina a elaborar e apresentar Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio. Essas diretrizes são, certamente, o primeiro passo em uma jornada que busca intervir sobre um complexo fenômeno humano, destacando as possibilidades inestimáveis de um olhar preventivo sobre o que afeta a saúde de nossa sociedade (BOTEGA et al, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, em 2020, aproximadamente 1,53 milhões de pessoas morrerão por suicídio no mundo. O suicídio é atualmente uma das três principais causas de morte entre os jovens e adultos de 15 a 34 anos, embora a maioria dos casos aconteça entre pessoas de mais de 60 anos (ABREU et al, 2006). A tentativa de suicídio é uma das causas mais frequentes de atendimento em urgências psiquiátricas. O serviço de urgência desempenha papel importante na intervenção e prevenção do suicídio, pois o paciente que tentou é vulnerável a novas tentativas. Assim, é importante o estabelecimento de vínculos interpessoais com o paciente, através da relação profissional de ajuda e de seus vínculos familiares e sociais (AVANCI et al, 2009). Para Buratto (2009), o suicídio não é, portanto, um ato casual ou sem finalidade, ao contrário, trata-se da resolução de um problema ou crise que está causando intenso sofrimento.

A depressão é responsável por 30% dos casos de suicídio; outras doenças como o alcoolismo, a esquizofrenia e transtornos de personalidade também são citados como fatores predisponentes (VOMERO, 2003). O estudo objetiva analisar ou discorrer os fatores que induzem a um comportamento suicida.

METODOLOGIA

A metodologia é baseada em um estudo bibliográfico que é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e monografia da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) e artigos científicos, no mês de fevereiro de 2011, junto à scielo e medline.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O suicídio encontra-se entre as dez principais causas de morte no mundo, sendo uma das três primeiras causas de morte na faixa etária entre 15 e 35 anos. Segundo dados da OMS (2000), esta estatística cresce vertiginosamente, caracterizando-se como problema de saúde pública. A prevalência mundial em 2000 estimada pela WHO/OMS (2000) é de que 815.000 pessoas morrem por suicídio contra 520.000 óbitos por homicídio. É um fenômeno complexo e universal que atinge todas as culturas, classes sociais e idades, e possui uma etiologia multivariada, englobando elementos biológicos (neurológicos), genéticos, sociais, psicológicos (conscientes e inconscientes), culturais e ambientais (BOTEGA, 2000). Freud (1953), citado por Oliveira e Neto (2002), declarou sua crença de que o suicídio representaria essa agressão voltada para o íntimo, contra um objeto de amor introjetado e investido, com um desejo reprimido de matar outra pessoa. As mulheres tentam o suicídio 4 vezes mais que os homens, mas os homens o cometem (isto é, morrem devido a tentativa) 3 vezes mais do que as mulheres. Isso se explica pelo fato de os homens utilizarem métodos mais agressivos e potencialmente letais nas tentativas, tais como armas de fogo ou enforcamento, ao passo que as mulheres tentam suicídio com métodos menos agressivos e assim com maior chance de serem ineficazes, como tomar remédios ou venenos (MELLO, 2000).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2006) alerta para o fato de existirem alguns sinais na história de vida e no comportamento das pessoas que indicam que um determinado indivíduo possui um maior risco para o comportamento suicida. Os fatores de risco mais frequentemente estudados são: história de tentativas anteriores, transtornos mentais, isolamento social, dependência de álcool, de drogas ilícitas, história de suicídios e tentativas de suicídio na família, doenças físicas crônicas (SOARES, 2006). A tentativa de suicídio geralmente está associada às fantasias que cada pessoa tem com relação à morte: busca de uma outra vida, desejo de ressurreição, reencontro com mortos, volta ao seio materno e retorno à vida intrauterina, agressão e punição ao ambiente (SILVA; BOEMER, 2004). Segundo Avanci et al (2009), tentativa de suicídio é qualquer ação auto-dirigida, empreendida pela própria pessoa e que poderá culminar em morte, caso não seja interrompida. Para Cassorla (2004), o suicídio constitui-se como o máximo da manifestação auto-destrutiva do sujeito, que, por sua vez, confirma o nosso fracasso na vida pós-moderna, onde não conseguimos aceitar o nosso lugar na sociedade, desistindo literalmente de viver. Para a psicanálise, o suicídio é uma situação psicótica, o ato suicida tem como característica ser clandestino, ou seja, sem testemunhos, dissimulado, ocorrendo como se estivesse transgredindo regras expressas por nossa sociedade capitalista, na qual a morte é banida, não enfrentada e evitada, portanto podemos dizer que o suicídio é a efetivação da intenção suicida.

O enfermeiro atuará prestando os cuidados básicos com os seres humanos em risco de suicídio que incluem: utilizar a relação pessoa-pessoa; não julgar; adquirir confiança pela empatia; respeitar a privacidade; dar atenção; procurar fazer aliança com a família; oferecer apoio e encaminhar para assistência competente. A família pode apresentar sentimentos de negação, raiva, vergonha, culpa e medo de seus impulsos auto-destrutivos. Portanto, é necessário: auxiliar a lidar com o sentimento de culpa, apoiar no reconhecimento e superação de atitudes distorcidas, ajudar a contemplar o futuro, encorajar o extravasamento do sentimento de raiva, explorar o sentimento de abandono (PEREIRA, 2010). Silva e Boemer (2004) ressaltam que há certa agressividade, desprezo, preconceito e incompreensão dos profissionais em torno da pessoa que tenta por fim à sua existência. Para Avanci et al (2009), o enfermeiro, comprometido com o paciente sob seus cuidados, estabelece uma aliança terapêutica, mantendo a capacidade de relacionar-se com o paciente para ajudá-lo a sair amadurecido desse episódio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem dos casos de comportamento suicida deve ser individualizada, tendo em vista aspectos de doenças psiquiátricas que o paciente possa ter, bem como aspectos inerentes à sua personalidade. Portanto, a oferta para o tratamento não deve ser descartada tanto nos pacientes com ideação suicida como naqueles com história de tentativas prévias e mesmo com sequelas decorrentes destas. Isso leva o enfermeiro a uma práxis sensível na identificação dos sinais e sintomas dos fatores que levam à tentativa de suicídio e ao suicídio.

REFERÊNCIAS

ABREU, C. N., et al. **Síndromes psiquiátricas: diagnóstico e entrevistas para profissionais de saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AVANCI, Rita de C et al. **Relação de ajuda enfermeiro-paciente pós-tentativa de suicídio**. 2009. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/803/80313061005.pdf>. Acesso em: 3 Mar 2009.

BOTEGA, N. J. et al. **Estudo multicêntrico de intervenção no comportamento suicida** – Supremiss – Organização Mundial de Saúde. In: Werlang, B. & Botega, N. J, (orgs.). **Comportamento Suicida** (pp 123-140). Porto Alegre: Artmed, 2004.

BOTEGA, N. J. **Suicídio e tentativa de suicídio**. In B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fráguas Jr. & E. C. Miguel (Eds.), **Depressão no ciclo da vida** (pp. 156-165). Porto Alegre: Artes Médica, 2000.

BURATTO, J. **Suicídio**, 2009. Disponível em <http://www.bemdesaude.com/content/suicidio.html>. Acesso em: 23/ 04/ 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio**. Portaria n 1.876 de 14 de agosto de 2006.

CARSSOLA, R. M. S. **Comportamento suicida**. In B. G. Werlang, & N. J. Botega. **Suicídio e autodestruição humana**. (pp. 21-33). Porto Alegre: Artmed, 2004

MELLO, F. M. O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. **Cad. Saúde Pública vol.16 n.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2000**.

OLIVEIRA, C. S; NETO, F. L. Suicídio entre povos indígenas: um panorama estatístico brasileiro. **Rev. Psiq. Clín.** 30 (1), 4-10, 2002.

OMS. **Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais**. Genebra. 2000

PEREIRA, Silvana M. **Depressão e suicídio na adolescência**. 2010. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/revista/cap4.4.html>. Acesso em: 3 Mar 2010.

SOARES, G.A.D. **As Vítimas ocultas da violência na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira, 2006.

SILVA, Viviane P; BOEMER, Magali R. **O suicídio em seu mostrar-se a profissionais de saúde**. 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/suicidio.html. Acesso em: 03 Mar 2011.

SOLOMO, A. **O Demônio do Meio Dia**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

TIMBÓ, F. G. M. (2006). **Por que os adolescentes tentam suicídio? Explicações a partir de dois casos em Impueiras – CE**. Recuperado em 20 mai. 2007: Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia/downloads/monografia/mental/goncalina/suicidio.pdf>

SUPORTE FAMILIAR NO TRATAMENTO AO PORTADOR DE DISTÚRBIOS MENTAIS: UM ENFOQUE HISTÓRICO SOCIAL

ALMEIDA, Maria Marcicléia Viera¹; ARAÚJO, Maria Zélia²; ROCHA, Germana Bezerra de Lima³; SANTOS, Laís Alves de Lima⁴; SILVA, João Paulo Lopes⁵.

¹ Acadêmica de Enfermagem da UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. Email: cleia-vieira@hotmail.com

² Mestra em Sociologia e docente do curso de Enfermagem da UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. Email: zelinha_araujo@hotmail.com

³ Acadêmica de Enfermagem da UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. Email: germanarocha25@hotmail.com

⁴ Acadêmica de Enfermagem da UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. Email: laisals@hotmail.com

⁵ Relator. Acadêmico de Enfermagem da UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. Email: euamigo_pb@hotmail.com

RESUMO

O artigo em questão tem como objetivo abordar a importância da família no tratamento ao portador de distúrbios psiquiátricos, destacando a família como elemento essencial na recuperação do doente mental, assim como fazendo uma abordagem sistemática no contexto histórico social dos elementos que norteiam a história da saúde mental e dos tratamentos oferecidos aos usuários desde a antiguidade, dando enfoque à relação família paciente como essencial no tratamento dos portadores de transtornos mentais.

PALAVRAS-CHAVE: Família. Doente mental. Cuidado.

INTRODUÇÃO

A história da doença mental é relatada desde os primórdios da civilização. As sociedades, por não terem recursos que explicassem as doenças de forma racional, visualizavam a doença mental como uma possessão demoníaca ou a manifestação do descontentamento dos deuses, em que os doentes eram vítimas do castigo divino. A estigmatização das pessoas portadoras de transtornos mentais fazia com que o doente perdesse a sua cidadania e sofresse preconceitos. A assistência prestada a esses usuários restringia-se a internação e medicalização dos sintomas apresentados, muitas vezes a mesma era prestada de forma cruel e desumana a base de torturas, como os eletrochoques e as contenções por períodos indiscriminados.

A família era excluída do acompanhamento ao doente mental, esse papel cabia apenas ao hospital psiquiátrico e ao poder médico, de tratar aqueles que apresentavam qualquer tipo de comportamento inadequado para o convívio em sociedade. A família só podia visitá-los quando a Instituição permitia, normalmente, isso ocorria um mês após a internação ou quando o paciente já se encontrava melhor. Segundo os médicos, havia piora da sintomatologia quando o paciente era visitado por seus familiares.

Com o advento da reforma psiquiátrica, vê-se que o novo modelo proposto requer uma revisão do saber psiquiátrico tradicional, criando possibilidades para um novo olhar ao doente mental. A política assistencial atual preconiza a diminuição dos leitos hospitalares e a criação de novos serviços que permitiam a inclusão dos portadores de transtornos mentais no meio social. Nesse contexto, surge a criação de novos serviços, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que tem como objetivo humanizar e reintegrar o ser no contexto social.

Esse novo serviço abre possibilidades para os direitos sociais das pessoas envolvidas, sejam os profissionais, o doente ou mesmo a família. Percebe-se também que se faz necessário o preparo da família para lidar como o usuário, pois a família é a principal envolvida na prestação dos cuidados. Neste novo cenário que surge a internação de um portador de distúrbios mentais, fica cada vez mais escassa, o tratamento passa a ser prestado nos centros de atenção psicossocial (CAPS), nos hospitais-dias ou hospitais-noites e até mesmo nos ambulatórios. Portanto, faz-se cada vez mais necessário o preparo familiar, afinal o usuário ficará cada vez mais em casa, necessitando assim de uma assistência de qualidade.

Diante do exposto, objetivamos identificar a importância da família no tratamento ao doente mental, pois ela se constitui como um parceiro necessário e essencial no cuidado ao portador de distúrbios psiquiátricos.

METODOLOGIA

Este estudo teve por finalidade realizar uma revisão da literatura em artigos publicados em banco de dados nacionais, relativo à importância do suporte familiar no tratamento ao doente mental, a partir de um enfoque histórico-social. O levantamento de dados deu-se a partir de uma busca exploratória realizada em bancos de dados na internet, utilizando descritores como: suporte familiar e saúde mental. Para construção do texto, consideraram-se apenas artigos que enfocavam o objetivo definido para esse estudo. Após o levantamento bibliográfico e da leitura exploratória, pôde-se obter uma visão geral do material encontrado, considerando os artigos de interesse, que embasou a fundamentação desse estudo.

DISCUSSÃO TEÓRICA

Até pouco tempo atrás, a assistência ao doente mental encontrava-se restrita aos hospitais psiquiátricos. Atualmente, com o avanço da ciência e o melhor entendimento das causas das doenças mentais, explicadas por causas biológicas, psicológicas e sociais, assim como pela nova visão proposta pela reforma psiquiátrica, o doente mental passa a conviver mais de perto com seus familiares, diferentemente do que acontecia na antiguidade, os quais eram afastados do doente devido ao entendimento, que poderiam dificultar o tratamento. Esse novo modelo de assistência proporciona à família a possibilidade de vivenciar junto ao seu familiar doente, uma maior convivência durante o tratamento, e a buscar, assim, junto a essas familiares, formas de

facilitar o processo adaptativo de interação na família.

Atualmente, após todos os avanços obtidos em relação à saúde mental, percebe-se que o portador de distúrbios mentais necessita de um tratamento amplo e que a participação da família é fundamental para sua recuperação. Reconhece-se o valor da participação da família na assistência ao doente mental, tendo em vista que o familiar é um parceiro fundamental para o cuidado dispensado ao doente mental, para o alcance de melhor qualidade de vida dele e da família. O doente mental deve contar com pessoas capazes de auxiliar nas dificuldades relativas ao seu sofrimento psíquico, pois, muitas vezes a família não sabe com lidar com o paciente, principalmente nos momentos de crises, isso dificultava ainda mais a relação família-paciente.

Segundo Colvero, Ide e Rolim (2004), as ações que são dirigidas aos familiares dos portadores de transtornos mentais devem favorecer e potencializar a relação entre família, profissional e serviço, compreendendo a família como parceira singular e fundamental para os cuidados oferecidos ao doente.

A família cabe o cuidado centrado na acolhida, na escuta, atendendo às necessidades básicas dos pacientes, coordenando suas atividades diárias, administrando suas medicações, acompanhando aos serviços de saúde, lidando com seus comportamentos problemáticos e episódios de crise, fornecendo-lhes suporte social, arcando com gastos e superando as dificuldades dessas tarefas. A mesma deve procurar meios para se ter um convívio saudável com o paciente, tentando evitar um relacionamento difícil para ambas às partes, que acarretem novas internações para o paciente.

Entretanto, deve ser levada em conta a sobrecarga que a maioria dos cuidadores apresenta devido à quantidade de tarefas cotidianas e a elevada sobrecarga de atividades referentes às preocupações com os pacientes, além do elevado grau de incômodo ao supervisionar seus comportamentos problemáticos, em muitos casos, o cuidador necessita mudar sua rotina de vida, afastar-se do trabalho, ficar muito mais tempo em casa e todos esses fatores podem contribuir para o surgimento de transtornos psicopatológicos, sendo o transtorno depressivo o mais frequente nos cuidadores de doentes mentais. Por isso, os familiares também necessitam receber maior apoio dos profissionais de saúde, sendo informados e orientados em relação aos transtornos mentais e sobre como lidar com pacientes em crise, pois quase sempre a relação família-paciente é difícil, por não apresentarem o mesmo nível de interação e essas incompreensões estão relacionadas ao comportamento, ao agir, aos pensamentos, entre outros. É preciso trabalhar junto ao doente e seus familiares na compreensão da doença, para que a partir disso, aconteça realmente a melhoria na qualidade de vida de todos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família se constitui como a base, o alicerce para o desenvolvimento do ser humano. O paciente psiquiátrico necessita ser inserido nesse contexto familiar, e a reforma psiquiátrica propõe essa inserção na família, assim como no meio social. Entretanto, a família necessita ser orientada e preparada para lidar com esse paciente. O CAPS, os hospitais-dias e hospitais-noites surgem como novas opções de tratamento, tentando oferecer aos pacientes um tratamento mais humano, assim como prestar apoio aos familiares.

REFERÊNCIAS:

COLVERO, L.A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. Escola de Enfermagem da USP**, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2011.

KOGA, M.; FUREGATO, A.R. Convivência com a pessoa esquizofrênica: Sobrecarga familiar. **Revista ciência, cuidado e saúde**. V.1, n.1, 2002. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5656/3596>>. Acesso em: 02. Mar. 2011.

PEREIRA, M.A.O. Representação da doença mental pela família do paciente. **Interface comunicação, saúde, educação**. V. 7, n.12, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a05.pdf>>. Acesso em: 02 Mar. 2011.

SOUZA, R.C.; SCATENA, M.C.M.; Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. **Revista latino am-enfermagem**. V. 13, n.02, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a07.pdf>> Acessado em 03. Mar. 2011.

SAÚDE MENTAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA LEITURA A PARTIR DA ATUAÇÃO DO NASF

ALMEIDA, Maria Marcicléia Viera¹; ARAÚJO, Maria Zélia²; COSTA, Olga Benária³; PORCINO, Gislane Ozório⁴; SILVA, João Paulo Lopes⁵.

¹ Acadêmica de Enfermagem da UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. E-mail: cleia-vieira@hotmail.com

² Mestra em Sociologia e docente do curso de Enfermagem da UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. Email: zelinha_araujo@hotmail.com

³ Acadêmica de Enfermagem da UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. E-mail: olgabeniariacosta@hotmail.com

⁴ Acadêmica de Enfermagem da UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. E-mail: giszinha@hotmail.com

⁵ Relator. Acadêmico de Enfermagem da UNESC Faculdades. Campina Grande-PB. E-mail: euamigo_pb@hotmail.com

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo discorrer sobre a integração da saúde mental na atenção primária a partir da implantação do NASF. A atenção à saúde mental é um tema bastante relevante no cenário brasileiro. Tendo em vista a necessidade de uma melhor assistência voltada ao portador de transtorno psíquico, criou-se o Núcleo de Apoio a Saúde da Família- NASF, composto por uma equipe multiprofissional que visa dar subsídios a Estratégia Saúde da Família, integrando as ações da atenção básica à saúde mental. Ressalta-se que a falta do NASF em pequenos municípios limita a assistência integral à comunidade e especificamente ao doente mental. No entanto, destaca-se que sua integração à atenção básica permite um reconhecimento precoce de distúrbios mentais e, deste modo, intervenções no curso da doença e até mesmo no tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção básica. Saúde mental. Integração.

INTRODUÇÃO

A saúde mental na atenção primária é um tema que tem levantado discussões em nosso país, baseado em outros países que reformaram seus modelos sanitários tendo como base cuidados primários universais. Após a constituição de 1988, na qual a saúde foi declarada como direito de todos e dever do estado, houve um redirecionamento dessa visão que trouxe a necessidade da criação de políticas de saúde que atendessem a população de modo integral e resolutivo. Sendo assim, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família que atualmente denomina-se Estratégia Saúde da Família.

A criação dessa estratégia veio reorientar as práticas dos profissionais de saúde da atenção básica e direcionar seu modo de atuação para a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos usuários atendidos. Embora tenha como objetivo atender todas as necessidades dos seus usuários, ela tem suas limitações, pois, na maioria das vezes, ela é composta somente por uma equipe básica: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários e equipe de saúde bucal, não possuindo, portanto, uma equipe multidisciplinar capaz de atender a comunidade como um todo. Nesse contexto, vale ressaltar a falta de assistência ao portador de doença mental, uma vez que nem sempre essa equipe está capacitada a atender esse indivíduo.

Para subsidiar a Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde aprovou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família no ano de 2007, composto por uma equipe multiprofissional. Considerando a escassez de publicações e, conseqüentemente, de dados sobre a ação da saúde mental na atenção primária, esse estudo tem como objetivo discorrer sobre a integração da saúde mental na atenção primária a partir da implantação do NASF, levando em consideração que o primeiro contato do paciente com a equipe de saúde se dá na atenção básica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, cuja fonte de informação foi constituída por artigos científicos publicados na base de dados SCIELO, assim como em teses e dissertações

que abordam a temática em questão. Segundo Fachin (2006), a pesquisa bibliográfica diz respeito ao conjunto de conhecimentos humanos reunidos nas obras e tem como base fundamental conduzir o leitor a determinado assunto e à produção, coleção, armazenamento, reprodução, utilização e comunicação das informações coletadas para o desempenho da pesquisa.

O levantamento de dados se deu a partir de artigos publicados entre 2008 a 2010, considerando que 2007 foi o ano de criação e implantação das equipes do NASF, e que após essa data, publicações oriundas dessa temática estariam disponíveis para ampliações de novos estudos. Depois de selecionados os dados, foi realizada uma leitura crítica e seletiva, na qual se realizou recortes dos segmentos que abordavam a temática e que deu base na construção desse estudo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A saúde mental no Brasil tem seu marco histórico baseado no modelo manicomial, todavia, com o advento da Lei 10.216, a saúde mental passa a ser direcionada de maneira diferente, dando ao doente mental direito a uma assistência mais humanizada, proporcionando-o ser visto holisticamente, levando em consideração as particularidades de cada ser.

A partir do ano de 1992, os movimentos sociais, inspirados pelo Projeto de Lei de Paulo Delgado, conseguem aprovar em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. É a partir deste período que a política do Ministério da Saúde para a saúde mental, acompanhando as diretrizes em construção da Reforma Psiquiátrica, começa a ganhar contornos mais definidos.

A Lei Orgânica da Saúde, através da portaria 224/1992, determinou que o atendimento ao portador de doença mental deveria ser oferecido também em nível ambulatorial (unidade básica de saúde, centro de saúde, ambulatório, núcleo e centro de atenção psicossocial), a partir de então a atenção básica ficou credenciada para atender esses indivíduos. No entanto, para que esse atendimento aconteça, é preciso ter uma equipe multidisciplinar com profissionais especializados.

A partir da criação do NASF (Portaria Nº154, de 24 de janeiro de 2008), as ações e serviços da atenção básica foram complementados e enriquecidos através das equipes multiprofissionais, compostas por fonoaudiólogos, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, educadores físicos, farmacêuticos, fisioterapeutas e médicos: ginecologistas, pediatras, psiquiatras, acupunturistas e homeopatas, entre outros. Ele tem como objetivo atender o usuário de modo integral, levando em consideração suas especificidades, pois muitas vezes, o usuário é julgado pela manifestação clínica da doença, deixando de lado as questões sociais, econômicas, psicológicas e afins que o cercam.

Tendo em vista que nos últimos anos a saúde mental vem ganhando destaque no cenário brasileiro, estudos epidemiológicos demonstram a alta prevalência dos distúrbios mentais e estes em sua maioria são apontados como Transtornos Mentais Não-Psicóticos (TMNP), seja depressão, somatização, abuso de álcool e outras substâncias ou mesmo ansiedade. Esses problemas afetam uma grande parcela da população e tende a se tornar um problema de saúde pública, deste modo vem sendo planejada a inserção da saúde mental na estratégia saúde da família, visando abranger maior número de pessoas.

Sabe-se que a prevalência mundial e nacional de transtornos mentais na atenção primária é relevante, chegando a um terço da demanda. Se considerarmos a presença de sofrimento difuso com sintomas psiquiátricos subsindrômicos, este número alcança e até ultrapassa os 50% (FORTES, 2004). Ao longo do tempo, os estudiosos do tema têm defendido que a demanda de saúde mental na atenção primária tem características particulares, e que por isso merece um olhar específico que somente as visões clássicas da Psiquiatria ou Psicologia não dão conta de abarcar, e nem de cuidar.

Contudo, a porta de entrada para os usuários continua sendo a estratégia saúde da família que através do NASF auxilia no tratamento dos usuários portadores de distúrbios mentais. Porém, a saúde mental na atenção básica ainda progride a passos lentos, e talvez um dos determinantes para essa lentidão seja a falta de NASF nos pequenos municípios, sendo assim, as estratégias de saúde não tem como ofertar um atendimento adequado aos portadores de doença mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a saúde mental no nosso país tenha como base o modelo hospitalocêntrico, a partir da reforma psiquiátrica ele vem ganhando novas dimensões. A atenção básica deve ser a porta de entrada preferencial para assistência a todos os indivíduos. Desse modo, a saúde mental conquistou destaque no paradigma dos estudos epidemiológicos e por sua grande prevalência vem sendo planejada para ser inserida dentro do nível básico da atenção em saúde. Todavia, as equipes nem sempre estão capacitadas para prestarem essa assistência. Através da criação do NASF, a saúde mental passou a ser integrada à saúde básica e, deste modo, à estratégia saúde da família, uma vez que esses subsidiam a estratégia por possuírem uma equipe de profissionais capacitados e especializados para atenderem o usuário como um todo.

Como na atenção básica, objetiva-se a prevenção de agravos e a promoção da saúde. A implantação do Núcleo de Atenção a Saúde da Família permite um reconhecimento precoce de distúrbios mentais e, deste modo, intervenções no curso da doença e até mesmo no tratamento.

REFERÊNCIAS

BATISTA, C.J. **A relevância da atuação do núcleo de apoio a saúde da família – NASF como parte das equipes de Saúde da Família.** Disponível em: <http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/a-relevancia-da-atuacao-do-nucleo-de-apoio-a-saude-da-familia-nasf-como-parte-das-equipes-de-saude-da-familia/49389/>. Acesso em: 27 Fev. 2011

CLEMENTE, A. *et al.* Residência multiprofissional em saúde da família e a formação de psicólogos para a atuação na atenção básica. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1, Mar. 2008.

DALLA VECCHIA, M.; MARTINS, S.T.F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 28, Mar. 2009 .

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia.** São Paulo: Atlas, 2006.

FORTES, S. **Transtornos mentais na atenção primária: suas formas de apresentação, perfil nosológico e fatores associados em unidades do programa de saúde da família do município de Petrópolis/Rio de Janeiro, Brasil.** 154 p. Tese (Doutorado). Instituto de Medicina Social , UERJ, Rio de Janeiro. 2004.

GONCALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, Set. 2008.

TRANSTORNO BIPOLAR: PARTICIPAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDAR COM FOCO NA INTEGRALIDADE₁

SILVA NETO, Neemias Raulino da²; ALMEIDA, Emanuel de Oliveira²; ALVES, Samuel Ronney Pereira²; ALVES, Salmana Rianne Pereira³; ANDRADE, Fábيا Barbosa de³ (Orientadora).

¹Trata-se de um trabalho curricular realizado na Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE).

²Alunos do 8º período da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) - João Pessoa/PB. E-mail: neemiascnec@hotmail.com; sam_ronney@yahoo.com.br; almeidanack@hotmail.com

³Professoras da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE) - João Pessoa/PB. E-mail: sal_rienne@yahoo.com.br; fabiabarbosabr@yahoo.com.br

RESUMO

O Transtorno Bipolar é uma doença que se caracteriza pela alternância de humor, em que ora a pessoa fica eufórica e ora deprimida, intercalando com períodos de normalidade. O trabalho objetiva explicar conceitos e informações acerca do Transtorno Bipolar e assistência do enfermeiro com foco na integralidade. Trata-se de um estudo do tipo bibliográfico, com pesquisa realizada em sites e revistas eletrônicas no mês de fevereiro, utilizando os livros e periódicos da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE). Os resultados mostraram que existem evidências de que fatores genéticos possam influenciar o aparecimento da doença. É uma doença de grande impacto na vida do paciente, de sua família e sociedade, causando prejuízos frequentemente irreparáveis em vários setores da vida do indivíduo, como nas finanças, saúde, reputação, além do sofrimento psicológico. Assim, faz-se necessária a participação do enfermeiro no cuidar com foco na integralidade a fim de inserir na equipe multidisciplinar todos os profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno. Alternância de humor. Depressão. Psicologia.

INTRODUÇÃO

Um transtorno de personalidade aparece quando os traços emocionais e de comportamento de um indivíduo (“jeito de ser”) são muito inflexíveis e mal-ajustados, ou seja, prejudicam a adaptação do indivíduo às situações que enfrenta, causando a ele próprio, ou mais comumente aos que lhe estão próximos, sofrimento e incômodo. As causas destes transtornos geralmente são múltiplas, mas relacionadas com as vivências infantis e as da adolescência do indivíduo (GALVÃO et al, 2010). O Transtorno Bipolar (TB) é uma doença que se caracteriza pela alternância de humor, em que ora a pessoa fica eufórica (episódios de mania) ora deprimida, intercalando com períodos de normalidade. Apesar do transtorno bipolar do humor nem sempre ser facilmente identificado, existem evidências de que fatores genéticos possam influenciar o aparecimento da doença.

A mudança do comportamento de euforia para depressão ou vice-versa é súbita, mas o indivíduo não percebe esta alteração ou a atribui a algum fator do momento, pois o senso crítico e a capacidade de avaliação objetiva das situações ficam prejudicados ou ausentes (PEREIRA, 2007). O TB foi considerado a sexta principal contribuinte para o gasto em doenças em 1990. Os custos do transtorno bipolar, considerando apenas a forma mais grave, que acomete 1% da população geral, foram calculados entre 12 mil e 18 mil dólares ao ano por paciente. Desses, 80% representam custos indiretos e somente 20% estão relacionados ao tratamento. Ainda há poucos estudos computando a real dimensão do problema, pois a prevalência mais que quintuplicou (MORENO, MORENO, 2007). O objetivo do trabalho é explicar conceitos e informações acerca do Transtorno Bipolar e qual a participação do enfermeiro no cuidar integral.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo bibliográfico desenvolvido no mês de fevereiro de 2011, cuja coleta de dados envolveu o arsenal bibliográfico da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE), utilizando os livros e periódicos *on line*.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Transtorno Bipolar é caracterizado por oscilações ou mudanças cíclicas de humor que vão desde oscilações normais, como nos estados de alegria e tristeza, até mudanças patológicas acentuadas e diferentes do normal, como episódios de mania, hipomania e depressão. É uma doença de grande impacto na vida do paciente, de sua família e sociedade, causando prejuízos frequentemente irreparáveis em vários setores da vida do indivíduo, como nas finanças, saúde, reputação, além do sofrimento psicológico (GALVÃO et al, 2010). Estudos epidemiológicos (como o "National Comorbidity Survey", nos Estados Unidos) indicam que o transtorno bipolar é relativamente frequente (prevalência de 1,6% para o tipo I, e de 0,5% para o tipo II). Para algumas mulheres, o primeiro episódio maníaco pode acontecer no período puerperal (PORTO, 2011). O início desse transtorno geralmente se dá em torno dos 20 a 30 anos de idade, mas pode começar mesmo após os 70 anos. Na primeira vez, ele tanto pode se manifestar pela fase depressiva como pela fase maníaca, iniciando gradualmente ao longo de semanas, meses ou abruptamente em poucos dias, já com sintomas psicóticos, o que muitas vezes se confundem com síndromes psicóticas (SOUZA, 2009).

O transtorno bipolar está subdividido em dois tipos: o tipo I e o tipo II. O tipo I é a forma clássica em que o paciente apresenta os episódios de mania alternados com os depressivos. O tipo II caracteriza-se por não apresentar episódios de mania, mas de hipomania com depressão (BENAZZI, 2004). Um paciente em estado de euforia pode apresentar: humor eufórico, irritabilidade, impaciência, exaltação, tagarelice, insônia, falta de senso crítico, delírios e alucinações. Já em episódio de depressão pode apresentar: cansaço mental, dificuldade de concentração, esquecimento, isolamento social e familiar, sentimento de medo, insegurança, desespero, ideias de culpa, redução da libido e idéias suicidas (PEREIRA, 2007). O seu tratamento tem mudado consideravelmente com o uso regular de anticonvulsivantes em associação ou em substituição ao lítio e antipsicóticos atípicos e da combinação de tratamentos. Antipsicóticos típicos ainda são usados na mania aguda, mas faltam estudos sobre profilaxia (MORENO et al, 2004). A base da causa para a doença bipolar do humor não é inteiramente conhecida, sabe-se que os fatores biológicos, genéticos, sociais e psicológicos somam-se no desencadeamento da doença. O transtorno bipolar do humor tem uma importante característica genética, de modo que a tendência familiar à doença pode ser observada (GALVÃO et al, 2010). O conhecimento sobre a biologia e a genética do TBP avançou muito. O TBP é uma das condições psiquiátricas na qual a identificação de genes parece ser mais provável. Um dos pontos essenciais é definir adequadamente o fenótipo.

O diagnóstico clínico, estabelecido através de critérios diagnósticos, é confiável, mas sua validade ainda não foi determinada. Um fenótipo mais próximo à condição genética da doença seria mais adequado para a análise genética (ALDA, 1999). Ao relacionar-se com o paciente portador de transtorno bipolar, o enfermeiro deve aceitar o paciente, chamando-o pelo nome, compreendendo seus direitos, não se afastando por causa de seu diagnóstico, deve estimular o paciente a expressar seus sentimentos, entendendo também o significado de seus atos, deve ter uma atitude não crítica, ou seja, os comportamentos do paciente não devem ser julgados, condenados e nem aceitos totalmente; deve ter firmeza no modo de agir, sendo sempre firme e coerente; deve ouvir o paciente reflexivamente, permanecendo em silêncio, verbalizando aceitação e interesse; utilizar frases incompletas, repetir comentários feitos pelo paciente ou repetir suas últimas palavras, proporcionando-lhe estímulos para falar e exprimir seus sentimentos; deve permitir ao paciente que escolha o assunto, colocando em foco a ideia principal; deve estimular comparações e descrever os eventos em sequência lógica, deve repetir a mensagem do paciente, resumizando o que foi dito durante a interação. O apoio é muito importante: ficar ao lado do paciente quando este está passando por momentos de tensão emocional ou confusão; saber ouvir e ajudá-lo a tomar decisões e a reconhecer suas próprias limitações; ressaltar suas características sadias, valorizando seus sucessos e progressos. O enfermeiro deve estar atento ao auto-cuidado com a higiene e aparência do paciente, verificando seu grau de dependência; verificar e estimular alimentação, hidratação, eliminações; observar sono e verificar problemas somáticos (MARTINS, 1999).

O enfermeiro deve prestar atividades de educação e assistência, e ajudar nos problemas e dificuldades apresentados, deve ajudar o paciente a identificar e a explorar aspectos de sua saúde, fornecer conhecimentos sobre o funcionamento orgânico do corpo, discutir higiene,

estabelecer conceitos errôneos ligados a tabus e preconceitos, incentivar o auto-cuidado, mostrando-os que são capazes e compreendidos, e, desta forma, procurar prevenir a depressão. Deve ainda prestar atenção à família, esclarecendo dúvidas e explicando sobre comportamentos específicos da doença (SILVA, ALBRECHT, 2000). O mais importante é continuar investindo cada vez mais em cuidados mais humanizados e mais dignos para esses clientes. E uma boa forma de fazer isso é sempre traçando um plano de cuidados individualizado, voltado para as necessidades do usuário, e que tenha por objetivos ajudá-lo a se conhecer, se comunicar, se relacionar, integrar-se e lidar com os problemas e dificuldades do dia-a-dia de modo mais eficaz. O processo de relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente mostrou-se como um importante instrumental do cuidado de enfermagem em saúde mental (SOUTO, BRAGA, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi explanado, o Transtorno Bipolar é uma doença de caráter crônico e sem tratamento único eficaz, que tem sua incidência cada vez maior e está atingindo grande parte da população mundial, por isso deve ser tratada com a devida atenção. Suas subdivisões tornam-na ainda mais complexa e com diagnóstico muito demorado. É uma patologia que não só ataca o humor do paciente, podendo até levá-lo ao suicídio, mas também o seu caráter, transformando-o em uma pessoa totalmente retraída e incapaz de viver em sociedade. Assim, faz-se necessário a inserção do cuidador enfermeiro na equipe multidisciplinar no tocante a assistência integral.

REFERENCIAS

ALDA, Martin. 1999. **Transtorno Bipolar**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000600005. Acesso em: 4 mar 2011.

BENAZZI, Franco. 2004. **Bipolar**. Disponível em: <http://www.psicosite.com.br/tra/hum/bipolar.htm>. Acesso em: 26 fev 2011.

GALVÃO, Ana Luiza et al. 2010. **Transtornos de Personalidade**. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?422>. Acesso em: 25 fev 2011.

MORENO, Ricardo Alberto et al. 2004. **Anticonvulsivantes e antipsicóticos no tratamento do transtorno bipolar**. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000700009&script=sci_arttext&tIng=p. Acesso em: 25 fev 2011.

MORENO, Doris Hupfeld; MORENO, Ricardo Alberto. 2007. **Depressão e Transtorno Bipolar**. Disponível em: <http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Revista&id=319>. Acesso em: 26 fev 2011.

MARTINS, Luciana Monteiro Mendes. 1999. **Assistência de enfermagem a pacientes com desordem bipolar e sentimentos da estudante de enfermagem: estudo de caso**. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/478.pdf>. Acesso em: 28 fev 2011.

PEREIRA, Ana Lúcia. 2007. **Transtorno Bipolar**. Disponível em: http://www.portaldomarketing.com.br/Artigos_Psicologia/Transtorno_Bipolar.htm. Acesso em: 25 fev 2011.

PORTO, José Alberto Del. 2011. **Transtorno Bipolar do Humor**. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/atu3_07.htm. Acesso em: 3 mar 2011.

SILVA, Lisandra da; ALBRECHT, Luciano Vilmar. 2000. **Depressão na adolescência**. Disponível em: <http://w3.ufsm.br/mat-inf/trabalho.html>. Acesso em: 3 mar 2011.

SOUTO, Natasha Firmino; BRAGA, Violante Augusta Batista. 2011. **Assistência de enfermagem em saúde mental: relato de experiência**. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01052.pdf. Acesso em: 3 mar 2011.

TRANSTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE¹

DANTAS, C. S.²; SILVA JR, E.A⁴; BARBOSA, G. F³; CARVALHO, T. S. C³; FERREIRA, T. G. A³

¹ Revisão Bibliográfica

² Relatora. Discente da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE

³ Discentes da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE

⁴ Orientador. Docente da Faculdade de Medicina Nova Esperança - FAMENE

RESUMO

O Transtorno Explosivo Intermitente (TEI) se manifesta como episódios circunscritos de perda do controle dos impulsos agressivos, que podem resultar em agressões sérias ou destruição de objetos, muitas vezes incapacitante, que afeta não só a vida dos pacientes, mas também a de seus familiares e pessoas de seu convívio. Sendo assim, é de relevante importância saber como diagnosticar e tratar este transtorno. O diagnóstico de transtorno explosivo intermitente deve ser o resultado da obtenção de uma história que revele diversos episódios de perda de controle associados a explosões de agressividade. O tratamento é uma abordagem que combina farmacologia e psicoterapia, tendo, assim, possibilidade de melhores resultados, com maior chance de sucesso.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno explosivo intermitente. Comportamento impulsivo agressivo. Descontrole dos impulsos. Agressividade.

INTRODUÇÃO

Os estudos sobre Transtorno Explosivo Intermitente (TEI) são ínfimos, se comparados com a literatura que descreve transtornos de humor ou transtornos de pensamento, e a maioria concentra-se nas intervenções farmacológicas e nas especulações neurológicas como elementos etiológicos (CABALLO, 2003).

De acordo com o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-IV-TR), o Transtorno Explosivo Intermitente encontra-se na categoria de transtornos do controle dos impulsos não classificados em outro local, sendo estes caracterizados pela incapacidade do paciente de resistir ao ímpeto ou à atração de fazer algo prejudicial para si ou para outras pessoas (SADOCK, 2007). Na CID-10 corresponde ao código F63.8 (APA, 2002).

O Transtorno Explosivo Intermitente é caracterizado por manifestações de episódios circunscritos de perda do controle dos impulsos agressivos, que podem resultar em agressões sérias ou destruição de objetos (frangofilia). Os sintomas, que podem ser representados por ataques ou acessos, aparecem dentro de minutos ou horas e, seja qual for a duração, desaparecem de forma espontânea e rápida.

A agressão é a característica predominante no TEI (KAPLAN; SADOCK, 1999). Qualquer conjunto de condições que produza maiores impulsos agressivos no contexto de um controle diminuído pode ocasionar atos violentos. Situações nas quais este conjunto de fatores pode ser observado incluem estados tóxicos e orgânicos, deficiências do desenvolvimento, psicose, transtorno de conduta e estresse psicológico e ambiental maciço (KAPLAN; SADOCK; GREBB, 1997).

O diagnóstico de TEI deve ser o resultado da obtenção de uma história que revele diversos episódios de perda de controle associados a explosões de agressividade. Os exemplos de atos agressivos sérios incluem bater, ferir ou ameaçar verbalmente uma pessoa. Esse transtorno pode ter como consequência o divórcio, perda do emprego, dificuldades com relacionamentos interpessoais e problemas com a lei.

O diagnóstico é feito somente depois de excluir outros transtornos mentais associados à perda ocasional de impulsos agressivos, como é o caso dos transtornos de personalidade anti-social e *borderline*, transtorno psicótico, fase maníaca do transtorno bipolar, transtorno de conduta, doenças degenerativas e distúrbios endócrinos (SADOCK, 2007). A abordagem terapêutica de mais sucesso é a que combina a farmacologia e psicoterapia. Esta abordagem será descrita com mais detalhes posteriormente.

O objetivo desta revisão bibliográfica é descrever o diagnóstico e tratamento do transtorno explosivo intermitente, na tentativa de expor novas fontes sobre o tema, que ainda se encontram escassas de estudos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica na tentativa de elucidar o diagnóstico e tratamento do transtorno explosivo intermitente.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Diagnóstico e características clínicas

O diagnóstico do TEI deve ser o resultado da obtenção de uma história que revele diversos episódios de perda de controle associados a explosões de agressividade. Um único episódio não justifica o diagnóstico. A história é, tipicamente, de uma infância passada em meio a alcoolismo, violência e instabilidade emocional.

A história profissional dos pacientes é pobre, eles relatam sérias consequências sociais e familiares, tais como a perda do emprego, suspensão escolar, divórcio, dificuldades com relacionamentos interpessoais, acidentes variados e em especial os de trânsito, hospitalizações e problemas judiciais. A grande maioria já buscou ajuda psiquiátrica no passado, mas sem resultados desejados. Ansiedade, culpa e depressão geralmente estão presente após um episódio.

O exame neurológico, às vezes, revela sinais neurológicos leves, como ambivalência

esquerdo-direita e inversão perceptiva. Os achados eletroencefalográficos tendem a ser normais ou demonstram alterações inespecíficas, como por exemplo, lentificação da atividade. Sinais de alterações do metabolismo da serotonina têm sido encontrados no líquor de alguns indivíduos impulsivos e sujeitos a ataques coléricos, mas o relacionamento específico desses achados com o Transtorno Explosivo Intermitente ainda não foi possível de estabelecer (BALLONE; ORTOLANI, 2005).

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico de transtorno explosivo intermitente pode ser feito somente depois que transtornos associados à perda ocasional do controle de impulsos agressivos forem excluídos como causa primária, os quais incluem transtornos psicóticos, alteração da personalidade devido a uma condição médica geral, transtornos de personalidade anti-social e *borderline*, intoxicação por substâncias (como álcool, barbitúricos, alucinógenos e anfetaminas), epilepsia, tumores cerebrais, doenças degenerativas e distúrbios endócrinos.

O transtorno de conduta se distingue do Transtorno Explosivo Intermitente por seu padrão repetitivo e resistente de comportamento, oposto ao padrão episódico. Diferindo dos transtornos de personalidade anti-social e *borderline* porque nestes a agressividade e a impulsividade fazem parte do caráter do indivíduo, estando presentes entre as explosões. Na esquizofrenia, os pacientes podem exibir comportamento violento em resposta a delírios e alucinações e demonstram comprometimento acentuado do juízo da realidade. Indivíduos hostis com mania podem ser impulsivos e agressivos, mas o diagnóstico subjacente fica aparente com o exame do estado mental e a apresentação clínica.

O *amok* é um episódio violento agudo para o qual a pessoa diz ter amnésia. Costuma ser observado no sudeste da Ásia, entretanto já foi relatado na América do Norte. Esta condição se distingue do transtorno explosivo intermitente por apresentar um único episódio e características dissociativas proeminentes (SADOCK, 2007).

Tratamento

Uma abordagem que combine farmacologia e psicoterapia tem maior probabilidade de sucesso. A psicoterapia com pacientes com transtorno explosivo intermitente é difícil, devido a suas explosões de raiva. Os terapeutas podem ter problemas contratransferenciais e de estabelecimento de limites. A psicoterapia de grupo pode ser útil, assim como a terapia familiar, em particular quando o paciente explosivo é um adolescente ou um jovem adulto. Uma das metas da abordagem é fazer com que o paciente reconheça e verbalize os pensamentos ou sentimentos que precedem as explosões, em vez de agir segundo eles (SADOCK, 2007).

O lítio (Carbolitium) foi considerado útil para diminuir o comportamento agressivo de modo geral. A carbamazepina, o ácido valpróico (Depakene) ou o divalproato de sódio (Depakote) e a fenitoína (Dilantin) também são agentes benéficos. Portanto, há muito tempo, os anticonvulsivantes são usados para esta condição, mas com resultados mistos. Alguns clínicos usaram outros anticonvulsivantes, como por exemplo, a gabapentina (Neurotrin). Os benzodiazepínicos são usados ocasionalmente, porém em alguns casos há relatos de que produzem uma reação paradoxal de descontrole.

Drogas antipsicóticas (p. ex., fenotiazinas e antagonistas da serotonina-dopamina) e antidepressivos tricíclicos foram considerados eficazes, mas os clínicos devem se perguntar se nessas situações o diagnóstico verdadeiro não deveria ser esquizofrenia ou transtorno do humor. Quando há probabilidade de atividade do tipo convulsivo subcortical, medicamentos que diminuem o limiar de convulsões podem agravar a situação. Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs), a trazodona (Desyrel) e a bupiriona (BuSpar) podem reduzir a impulsividade e a agressividade.

O propranolol (Inderal), outros antagonistas do receptor beta-adrenérgico e inibidores do canal de cálcio também foram considerados eficazes em certos casos. Alguns neurocirurgiões realizaram tratamentos operatórios para violência e agressividade intratáveis, mas nenhuma evidência indica que estes sejam eficazes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido à mínima relação de fontes sobre o tema, o transtorno explosivo intermitente é visto atualmente apenas como um tipo de personalidade, o que leva aos portadores desta patologia a serem tratados simplesmente como uma pessoa de “pavio curto”. Entretanto, estes indivíduos devem ser diagnosticados e tratados como qualquer outro portador de transtorno mental, podendo assim, evitar todas as consequências já citadas anteriormente, aumentando a qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. **DSM-IV TR TM, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Tradução: Claudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BALLONE, G. J.; ORTOLANI, I. V. **PsigWeb**. Comportamento Violento. 2005. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=34&sec=99>>. Acesso em: 03 mar. 2011.

CABALLO, V. E. **Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos**. São Paulo: Livraria Santos, 2003.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Tratado de psiquiatria**. 6. ed. v. 1. Porto Alegre: Artmed, 1999.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TRANSTORNO MENTAL E O PAPEL DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO AO PACIENTE: REVISÃO SISTEMÁTICA¹

**SILVA, Alessandro de Oliveira²; LUCENA, Débora de Paiva³; ARAUJO, Iara Medeiros⁴;
RABELO, Jéssyka Emília Ferreira⁵; SILVA, Marília Clara Barbosa⁵.**

¹ Trabalho de revisão sistemática.

² Graduado em Medicina pela UFPB. João Pessoa, Paraíba. e-mail: sandro_raje@hotmail.com

³ Relatora. Graduanda em Medicina pela FAMENE. João Pessoa, Paraíba. e-mail: debylucena@hotmail.com

⁴ Professora da FACENE/FAMENE e doutoranda em Saúde Coletiva pela UFRN. João Pessoa, Paraíba. e-mail: imedeiros.araujo@gmail.com

⁵ Graduandas do curso de Medicina da FAMENE. João Pessoa, Paraíba. e-mail: jessyk.rabelo@gmail.com, e-mail: marília_clara10@hotmail.com

RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, transtornos mentais são alterações mórbidas do pensamento ou emoções associadas à angústia expressiva ou deterioração do funcionamento psíquico global, tendo a família papel importantíssimo no tratamento dos pacientes. Avaliaram-se estudos referentes à pacientes com transtornos mentais e o papel familiar no tratamento. Realizou-se uma revisão sistemática na base de dados LILACS de artigos em português, de acordo com os termos "transtornos mentais", "família" e "tratamento". Foram encontrados 25 artigos sobre a temática sugerida, sendo 11 específicos ao estudo, ficando os demais distribuídos em interações psiquiátricas; psicoterapia; PSF; CAPS; esquizofrenia; diagnóstico para pacientes com transtornos mentais; tabagismo, consequências do uso de agrotóxicos e idosos com transtornos mentais. No tocante ao estudo, foi concluído que o número de trabalhos específicos sobre família e transtornos mentais ainda requer atenção e divulgação, tanto para classe profissional, como para população no Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Transtornos mentais. Família. Tratamento.

INTRODUÇÃO

Milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais, especialmente nos países subdesenvolvidos. Casos de ansiedade e depressão, apesar de não satisfazerem os critérios de doença mental, são muito recorrentes na população adulta.

Baseado na Organização Mundial de Saúde – OMS, entendem-se como Transtornos Mentais as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou do humor, e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global.

Segundo Santos (2002), transtorno mental comum (TMC) se refere à situação de saúde de uma população com indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e ansiedade, segundo as classificações CID-10 E DSM-IV, mas que apresenta sintomas que trazem uma incapacitação igual ou pior do que quadros crônicos já estabelecidos. A necessidade de buscar tais pacientes com esta problemática e sensibilizar a família torna-se uma estratégia essencial para a evolução da qualidade de vida desta pessoa.

Os temas, família e doença mental decorrem do interesse de compreender o dia-dia do familiar de portadores de TMC, a convivência com a doença e o doente mental. Até bem pouco tempo, o doente mental recebia uma assistência centrada em hospitais psiquiátricos, cujo modelo de atenção era restrito à internação e medicação dos sintomas demonstrados pelo paciente, excluindo-o dos vínculos, interações e de tudo o que se configura como produto de seu conhecimento (SANTOS, 2002).

Muito embora exista na literatura informações sobre a reforma psiquiátrica e os programas para saúde mental existente no Brasil, a família deve ser foco essencial para o desenvolvimento dessas práticas existentes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática de trabalhos científicos que estudaram a relação

transtorno mental e o papel da família no tratamento. A identificação dos artigos foi feita através da busca bibliográfica na base de dados do LILACS. A estratégia de busca foi “transtornos mentais”, “família” e “tratamento”. A seleção dos artigos baseou-se na conformidade dos limites do assunto. Foram considerados critérios de inclusão, os artigos em português, para viabilizarmos o material para desenvolvimento de pesquisas na comunidade de Cabedelo-PB, a partir do projeto de extensão intitulado “Educação Popular: uma Construção Mútua do Conhecimento, onde o número de pacientes com essas características clínicas apresentam elevadas neste local.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Seguindo a estratégia definida, a busca bibliográfica no LILACS, resultou 25 artigos referentes a tal tema, desses, após análise do conteúdo, apenas 11 aprofundaram a temática família e tratamento, ficando os demais distribuídos em internações psiquiátricas; psicoterapia; PSF; CAPS; esquizofrenia; diagnóstico para pacientes com transtornos mentais; tabagismo, consequências do uso de agrotóxicos e idosos com transtornos mentais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou a necessidade de uma maior ampliação na abordagem do tema, relacionando os pacientes com transtornos mentais e a influência da família como suporte emocional e prático, já que é no seio familiar que o indivíduo tem a possibilidade de sentir-se amado, protegido, cuidado, valorizado e seguro. A família gera a sensação de coerência da vida e controle sobre a mesma. Sendo assim, é urgente a necessidade de uma maior divulgação através do meio científico sobre a importância da família no acompanhamento de pacientes com transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

BALLONE, G.J. **O que são transtornos mentais.** In. Psiqweb, Internet. Disponível em: www.psiqweb.med.br, 2008.

COLVERO, Luciana de Almeida et al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. Esc. Enfer.** USP [online]. 2004, vol.38, n.2, p.197-205.

MARAGNO, Luciana et al. **Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa de saúde da família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2006, vol.22, n.8, p.1639-1648. ISSN 0102-311X.

SANTOS, M.E.S.B. **Transtornos mentais comuns em pacientes com AIDS que fazem uso de anti-retrovirais no Estado de São Paulo, Brasil.** [Dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.