

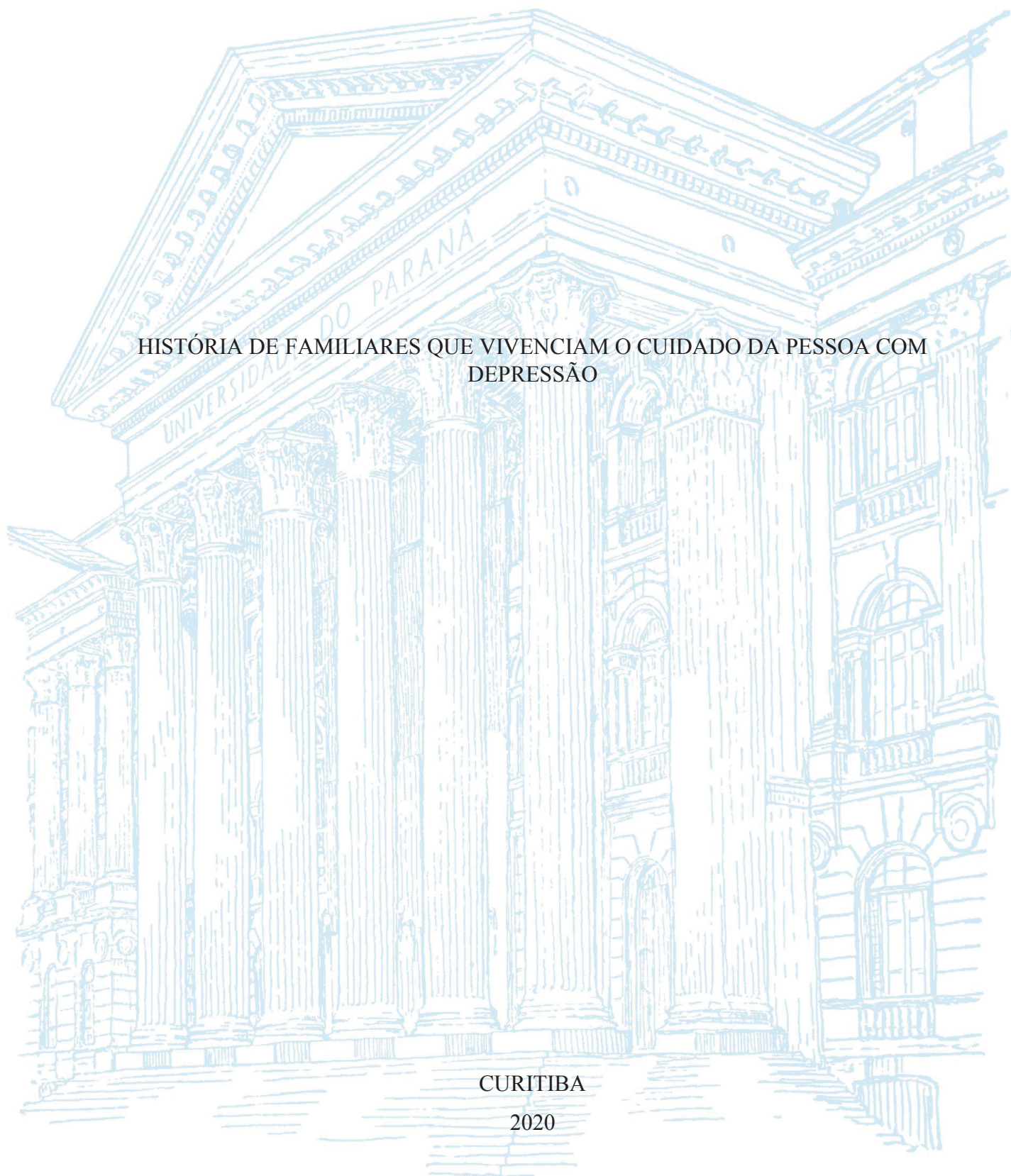
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NAIANE RIBEIRO PRANDINI

HISTÓRIA DE FAMILIARES QUE VIVENCIAM O CUIDADO DA PESSOA COM
DEPRESSÃO

CURITIBA

2020



NAIANE RIBEIRO PRANDINI

HISTÓRIA DE FAMILIARES QUE VIVENCIAM O CUIDADO DA PESSOA COM
DEPRESSÃO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Professora Doutora Miriam Aparecida Nitz

CURITIBA

2020

Prandini, Naiane Ribeiro

História de familiares que vivenciam o cuidado da pessoa com depressão
[recurso eletrônico] / Naiane Ribeiro Prandini – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor
de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2020.

Orientadora: Professora Dra. Miriam Aparecida Nimtz

1. Depressão. 2. Enfermagem. 3. Família. 4. Saúde mental. I. Nimtz, Miriam
Aparecida. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.8527



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **NAIANE RIBEIRO PRANDINI**, intitulada: **HISTÓRIA DE FAMILIARES QUE VIVENCIAM O CUIDADO DA PESSOA COM DEPRESSÃO**, sob orientação da Profa. Dra. MIRIAM APARECIDA NIMTZ, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa. A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 10 de Dezembro de 2019.


MIRIAM APARECIDA NIMTZ
Presidente da Banca Examinadora


MARCIO ROBERTO PAES
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)


MÔNICA MELLO DE MACEDO IGNÁCIO
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

AGRADECIMENTOS

A Jesus, fonte de misericórdia, amor, perdão e coragem, que direcionou meus passos e cuidou de minha saúde a fim de realizar este sonho.

À Professora Doutora Miriam A. Nimtz, pessoa de luz, afeto, sabedoria e discernimento, que me orientou no mestrado — e na vida —, minha gratidão, apreço e admiração.

A minha amada família consanguínea, razão da minha vida!

Ao meu esposo, Jonatas, especialmente por sonhar comigo os meus sonhos.

À Mayara M. A. Chiamulera, amiga fiel de todas as horas e enfermeira a ser espelhada.

Imensamente agradecida às amigas Dafne D. Bonni, Vivian B. Leite, Josiane de Oliveira, Priscilla F. Lima, Olivia S. A. Figueira e Andressa W. F. de Oliveira, que foram meu presente durante o trabalho desempenhado na saúde mental em Curitiba. Agradeço-lhes por terem sido luz, calor e fortaleza para que eu me mantivesse firme e saudável.

Às amigas de quem o mestrado me aproximou, Manuela Kaled e Victoria B. M. T. N. Ruthes, que me sustentaram em todas as provações durante o curso, que foram carinho, empatia, apoio e alegria em todo esse processo. Sem vocês não teria sido possível!

Aos Colaboradores desta pesquisa, por terem confiado a mim as particularidades de sua vivência. No chá durante a entrevista, meu coração é que foi aquecido. Eternamente grata!

Agradeço aos multiprofissionais de saúde mental de certo CAPS de Curitiba, especialmente aos profissionais de enfermagem, por instigarem em mim interesse, amor e respeito por esta área de atuação tão espetacular.

Agradeço a todas as pessoas que cuidaram de mim, me incentivaram e contribuíram para que esse momento pudesse se concretizar.

Agradeço pela vida de cada um de vocês, agradeço pela história que compartilham comigo, agradeço por, nessa experiência, nossas vidas terem se tocado.

“Não temas, porque Eu sou contigo; não te assombres, porque Eu sou teu Deus; Eu te fortaleço, e te ajudo, e te sustento com a destra da minha justiça.” (Isaiás, 41:10)

“ Sim, ela iria adiante. Um dia, agora ela sabia qual seria a sua ferramenta, a escrita. Um dia ela haveria de narrar, de fazer soar, de soltar vozes, os murmúrios, os silêncios, o grito abafado que existia, que era de cada um e de todos. Maria-Nova um dia escreveria a fala de seu povo.” (Becos da Memória, Conceição Evaristo).

RESUMO

A depressão é considerada o transtorno mental mais prevalente na atualidade. Afeta pessoas de diferentes faixas etárias, gera perda da qualidade de vida e relaciona-se ao suicídio. Afeta a dinâmica da família, gerando impacto na vida do familiar que cuida daquele que tem depressão. Este estudo objetivou conhecer como o familiar vivencia o cuidado da pessoa com depressão. Desenvolveu-se estudo qualitativo, seguindo o método História Oral Temática Híbrida. O local da pesquisa foi um CAPS III da cidade de Curitiba-PR. Os colaboradores foram quatro familiares que cuidavam e acompanhavam seu familiar em tratamento para depressão no referido local. A coleta de dados foi orientada por entrevista semiestruturada com audiogravação dos relatos, tendo ocorrido entre os meses de fevereiro e julho de 2019. A análise das entrevistas seguiu as orientações da História Oral, proposta por Meihy e Holanda (2017), que compreende as etapas de transcrição absoluta, textualização e transcrição, com a elaboração da versão final dos textos. Nesta análise, revelaram-se quatro Temas Relevantes. No tema 1 — O entendimento sobre a doença e a trajetória nos serviços de saúde — os familiares revelaram que seu entendimento sobre a origem da doença perpassa pelas questões empíricas e orgânicas, além de trazerem questionamentos e incertezas sobre o quadro de seu familiar. Nesse tema, trouxeram que a trajetória pelos serviços de saúde até o atendimento no CAPS III transitou entre a atenção básica e, na maioria dos casos, pelo serviço de urgência. Denotaram que a contribuição do CAPS III para recuperação de seu familiar não lhes é clara, tendo sido tecidas críticas a respeito do funcionamento deste serviço, do PTS, do papel do TR e da rotatividade de profissionais. O tema 2 — O impacto da depressão na saúde física e na questão financeira dos familiares — revelou a influência da depressão na saúde física com a diminuição das atividades de lazer e a descontinuação de tratamentos de saúde em virtude do cuidado; esse tema mostrou, ainda, a carga financeira a que os colaboradores estão sujeitos visto a maioria dos familiares adoecidos não receber auxílio financeiro e não apresentar condições de trabalho remunerado. O tema 3 — O impacto emocional da depressão nas relações familiares — evidenciou a interferência na saúde emocional dos colaboradores, que se apresentou heterogênea entre os participantes, revelando os que têm intenso sofrimento e tristeza e os que se encontram em um estado resiliente, de dor, contudo, de enfrentamento. O tema 4 — A religiosidade e a espiritualidade como elementos para o enfrentamento da doença — demonstrou que esse aspecto contribui positivamente na vida dos colaboradores, trazendo-lhes força, segurança, auxiliando na busca de compreensão pela realidade atual que vivem e servindo como apoio comunitário a seu familiar adoecido. O desenvolvimento deste estudo permitiu conhecer, em profundidade, a vivência dos familiares de pessoas que têm depressão, ao revelar os impactos que sofrem em virtude do surgimento dessa doença que ocasiona reorganização da dinâmica familiar, gera sofrimento e/ou frustração por parte dos familiares e desvela a importância da atuação dos serviços de saúde mental no acolhimento e cuidado a esses familiares.

Palavras-chave: Depressão. Enfermagem. Família. Saúde mental.

ABSTRACT

Depression is considered as the most prevalent mental disorder nowadays. It affects people of different age groups, generates loss of quality of life and is related to suicide. It also affects the family dynamics, impacting the life of the family member who takes care of the one who has depression. This study aimed to know how the family member experiences the care of the person with depression. A qualitative study was developed according to the Hybrid Thematic Oral History method. The research location was a CAPS III in Curitiba-PR. The collaborators were four family members who cared for and accompanied their family member undergoing treatment for depression at that location. Data collection was guided by semi-structured interviews with audio recording of the reports, that occurred between February and July 2019. The analysis of the interviews followed the guidelines of Oral History proposed by Meihy and Holanda (2017), which comprises the steps of absolute transcription, textualization and transcreation with the elaboration of the final version of the texts. In this analysis, four Relevant Themes were revealed. In theme one was approached the understanding about the disease and the path on the health services, in which the family members revealed that their understanding of the origin of the disease, passing through the empirical and organic issues, besides bringing questions and uncertainties about their family members. In this theme, they also brought that the path for the health services until the attendance in the CAPS III service transited between the primary care and, in most of the cases, the emergency service. They denoted that the contribution of CAPS III to the recovery of their relatives is not clear to them and criticism has been raised about the operation of this service, the STP, the role of the RT and the rotation of professionals. The theme two revealed the impact of depression on the physical health and financial issues of the family members, through the decrease of leisure activities and the discontinuation of health treatments due to care; This theme also brought the financial burden to which collaborators are subjected since most of the sick family members didn't receive financial assistance and did not have paid working conditions. The theme three externalized the emotional impact of depression on family relationships brought the interference in the emotional health of employees, which was heterogeneous between them, revealing those who have intense suffering and sadness and those who are in a resilient state of pain. however, coping. The theme four difused the religiosity and spirituality as elements for coping with the disease demonstrating aspects that contribute positively in the life of the collaborators, bringing them strength and security, that helps in the search for the understanding of the current reality they live and serving as community support to his unwell family member. Therefore the development of this study allowed to understand, in depth, the experience of family members of people who have depression, revealing the impacts they suffer due to the emergence of this disease that causes reorganization of family dynamics, generates suffering and / or frustration in part of the family members, besides unveiling the importance of the performance of mental health services in refuging and caring for these family members.

Keywords: Depression. Nursing. Family. Mental Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – PONTOS DE ATENÇÃO DA RAPS.....	25
QUADRO 2 – CARACTERÍSTICAS DOS CAPS.....	29
QUADRO 3 – CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA DA DEPRESSÃO.....	37
QUADRO 4 – COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA.....	55
QUADRO 5 – CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	55
QUADRO 6 – CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.....	56
QUADRO 7 – CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES.....	58
FIGURA 1 – DELINEAMENTO DOS COLABORADORES EM HISTÓRIA ORAL.....	52
FIGURA 2 – CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CURITIBA E DISTRITOS SANITÁRIOS ADSTRITOS.....	54

LISTA DE SIGLAS

CAPS	-	Centro de Atenção Psicossocial
CID 10	-	Classificação Internacional de Doenças
CEBES	-	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DINSAM	-	Divisão Nacional de Saúde Mental
DSM-V	-	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
EUA	-	Estados Unidos da América
FEAES	-	Fundação Especializada em Atenção à Saúde de Curitiba
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	-	Instituto Nacional do Seguro Social
MNLA	-	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MNTSM	-	Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	-	Núcleo de Atenção Psicossocial
NEPECHE	-	Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PTS	-	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	-	Rede de Atenção Psicossocial
REME	-	Movimento de Renovação Médica
SAMU	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAC	-	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	-	Técnico de Referência
UAI	-	Unidade de Acolhimento Institucional
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UFPR	-	Universidade Federal do Paraná

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	15
1.1 QUESTÃO NORTEADORA	18
1.2 OBJETIVO	18
2 REVISÃO DA LITERATURA: CAMINHOS DO PENSAMENTO	19
2.1 CONCEPÇÕES HISTÓRICAS DA LOUCURA E O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	19
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS	27
2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRANSTORNO MENTAL: DEPRESSÃO	37
2.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS FAMILIARES QUE VIVENCIAM O CUIDADO DA PESSOA COM DEPRESSÃO	43
3 REFERENCIAL METODOLÓGICO	50
4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO	56
4.1 LOCAL	56
4.2 COLABORADORES	60
4.3 COLETA DE DADOS	61
4.4 ASPECTOS ÉTICOS	62
4.5 ANÁLISE DE DADOS	64
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES	67
5.2 TEMAS RELEVANTES	69
5.2.1 O entendimento sobre a doença e a trajetória nos serviços de saúde	69
5.2.2 O impacto da depressão na saúde física e na questão financeira dos familiares	82
5.2.3 O impacto emocional da depressão nas relações familiares	86
5.2.4 A religiosidade e a espiritualidade como elementos para o enfrentamento da doença	93
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	110
APÊNDICE B - CONVITE AOS COLABORADORES	111

APÊNDICE C – VERSÃO FINAL DAS ENTREVISTAS.....	112
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	140
ANEXO B - CARTA DE CESSÃO DOS DIREITOS	143
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP UFPR - ADAPTADO ...	144
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP SMS – INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE – ADAPTADO	147

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha atuação como enfermeira no ano de 2012, em um hospital geral do Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade de Joaçaba, no meio-oeste de Santa Catarina, em que desenvolvia a supervisão de enfermagem para um número — variável — de quarenta e dois pacientes semicríticos, contando com uma equipe formada por seis técnicos de enfermagem. No segundo ano de trabalho, fui lotada no ambulatório da Universidade Do Oeste de Santa Catarina, no *campus* Joaçaba, em parceria com esse mesmo hospital. Nesse ambulatório desenvolvi atividades administrativas, de supervisão de enfermagem, atividades relativas à esterilização de materiais e pré-atendimento aos pacientes para consultas médicas. Após algum tempo trabalhando no ambulatório, concomitantemente, iniciei um trabalho como orientadora de um curso técnico em enfermagem na disciplina de Saúde da Mulher, da Criança e Saúde Hospitalar; e também de cursos livres de formação inicial, atualização, aperfeiçoamento, como Cuidador de Idosos e o curso de Recepcionista dos Serviços de Saúde, vinculados ao Sistema Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) de Santa Catarina, também em Joaçaba, local onde trabalhei durante um ano.

Motivada por questões familiares e profissionais prestei um processo seletivo no Paraná, em setembro de 2013, promovido pela Fundação Estatal de Atenção Especializada em Saúde de Curitiba (FEAES), cujo edital previa lotação em unidades como Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital do Idoso, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Por volta de um ano após a prova, recebi a convocação para assumir o cargo. Foi então que, subitamente, ingressei na área de saúde mental, uma vez que escolhi a vaga oferecida para atuação em Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) em Curitiba, onde atuo há quatro anos, compondo a equipe multiprofissional, desenvolvendo cuidado a pessoas com transtorno mental por meio de atendimentos individuais e grupais ao indivíduo e família, visitas domiciliares, atenção à crise, dentre outros.

Ao deparar-me com a magnitude do cuidado de enfermagem na saúde mental, até então pouco conhecida e apreciada por mim, afeiçoei-me à área, pela cientificidade e sensibilidade que abarca esse cuidado, muitas vezes subjetivo; trabalho profissional envolto por sofrimentos e necessidades vivenciados tanto por profissionais no seu trabalho diário e usuários do serviço — a pessoa com transtorno mental — quanto pelos cuidadores, sejam esses familiares, amigos, vizinhos que destinam sua vida a melhorar a condição e a qualidade de vida de outrem.

No decorrer dessa experiência, muito foi enfrentado, desde questões de infraestrutura, quantitativo de profissionais, o trabalho multiprofissional, as características de organização do serviço, as fragilidades e demandas da rede e de usuários, a indisponibilidade de recursos e a construção da atuação de enfermagem da equipe que eu integrava na saúde mental.

Impulsionada pela vivência na saúde mental e pelo interesse em divulgar as ações de enfermagem dessa área, socializar experiências, aprender e unir academia com a prática profissional, no intuito de contribuir positivamente para a profissão, busquei apresentar relatos de experiências do CAPS III em eventos possíveis, alguns dos quais: o III Congresso Internacional de Saúde Mental, em Irati-PR, em 2016; o III Fórum Internacional de Novas Abordagens em Saúde Mental, no Rio de Janeiro-RJ, em 2017; o 2º Congresso Sul-Brasileiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem, em Chapecó-SC, também em 2017.

Assim, continuei minha trajetória motivada a buscar o Mestrado Acadêmico em Enfermagem — objetivo que cultivava desde a graduação e que foi amadurecendo por ocasião da mudança de vida com a vinda de Santa Catarina para o Paraná — ofertado pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), também atraída pela história da referida instituição. Dessa forma, participei novamente do processo seletivo em 2017 — visto ter tentado processo seletivo no ano de 2016 sem sucesso — tendo sido aprovada; surgiu assim a oportunidade, aqui apresentada, da pesquisa em saúde mental, na linha de pesquisa “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem”, bem como de minha participação em grupo de pesquisa do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem (NEPECHE).

1 INTRODUÇÃO

A busca pelo entendimento dos transtornos mentais movimenta a humanidade desde há muito (JORGE, 2014), tendo as concepções e modos de tratamento sido transformadas ao longo do tempo. No Brasil, a forma de tratamento na área de saúde mental também se modificou. Atualmente o modelo terapêutico delineado baseia-se numa rede de dispositivos de cuidado em vários níveis de atenção à saúde. Um destes dispositivos é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que atende a pessoas com sofrimento advindo de transtorno mental.

A atenção à saúde mental torna-se importante por razões várias. Os dados mundiais sobre os transtornos mentais revelam que o quantitativo de pessoas que sofrem com distúrbios mentais ou comportamentais aproxima-se de 450 milhões (DERAJEW et al, 2017); pessoas de todas as idades, níveis econômicos e educacionais e de diversas culturas podem ser afetadas por doenças mentais, que prejudicam o desempenho no trabalho e geram importante queda na qualidade de vida (RAZZOUK; LIMA; CORDEIRO, 2015).

Dentre os transtornos mentais que afetam a qualidade de vida do indivíduo e que são tratados nos CAPS, destaca-se a depressão (RAZZOUK; LIMA; CORDEIRO, 2015), um dos transtornos mais prevalentes da atualidade (IGREJA; PAIVA; MORATO, 2017) e considerada hoje um problema de saúde pública dada sua incidência crescente em homens e mulheres bem como pela influência na incapacidade para o trabalho (ALIC *et al.*, 2014).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 322 milhões de pessoas no mundo vivem com depressão; estima-se que em 10 anos (de 2005 a 2015) houve aumento de 18,4% no quantitativo de pessoas vivendo com esse transtorno. A taxa de prevalência é de 7,5% entre as mulheres e 5,5% entre os homens, sendo mais prevalente na idade entre 55 e 74 anos, podendo acometer ainda crianças e adolescentes menores de 15 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Quando estreitamos essas informações para âmbito nacional, temos que o Brasil figura em quinto lugar na América Latina com o maior número de pessoas deprimidas (IGREJA; PAIVA; MORATO, 2017) em uma estimativa de que 5,8% de nossa população tenha depressão (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Ao relacionar os dados sobre depressão em uma pesquisa com pessoas de idade entre 20 e 60 anos, usuários dos serviços de um ambulatório em Zenica – Bósnia e Herzegovina – Alic *et al.* (2014) destacam que esse transtorno é mais comum em pessoas na terceira década de vida, aumentando a prevalência em homens e em pessoas desempregadas. É uma doença que pode estar associada à etnia, ao estado civil, à presença de doenças crônicas, à ansiedade, a eventos de vida estressores, ao próprio estresse, à violência doméstica, à baixa autoestima, à

religiosidade, ao relacionamento infeliz com cônjuge e família e às restrições financeiras, segundo estudo realizado na Malásia por Maideen *et al.* (2014).

A depressão é considerada um transtorno de humor e pode se apresentar no indivíduo com rebaixamento do humor, da energia para o desenvolvimento de atividades, em alterações relacionadas à concentração, ao sentimento de prazer, ao sono e apetite, cansaço, baixa autoestima, sentimento de culpa, com variação do humor durante os dias (CID-10, 2008). Pode se manifestar em episódios únicos ou tornarem a acontecer em episódios repetidos no curso de vida do indivíduo, podendo mitigar espontaneamente ou evoluir de modo crônico. Os sintomas podem se apresentar de forma leve até incapacitantes, segundo os autores Louzã Neto e Helkis (2007), sendo que a quantidade e intensidade desses sintomas é que caracteriza os três estágios da depressão: leve, moderado e grave (CID-10, 2008). Quando a doença é diagnosticada e tratada de modo congruente, há enormes chances de recuperação com bom prognóstico (LOUZÃ NETO; HELKIS, 2007).

Embora tenha se tornado uma questão de saúde passível de tratamento (LOUZÃ NETO; HELKIS, 2007), ao considerarmos os aspectos afetados pela doença, a depressão prejudica o desempenho no trabalho e causa afastamentos e faltas, bem como queda na qualidade de vida; afeta a concentração, a memória, causa lentificação no desempenho de tarefas, gerando custos. No Brasil a depressão é a terceira causa de auxílio-doença no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) (RAZZOUK; LIMA; CORDEIRO, 2015).

Além da interferência laboral que pode ser ocasionada pela depressão, esse transtorno aumenta, potencialmente, o risco e a efetividade de tentativas de suicídio, sendo este, hoje, uma das principais causas de morte no mundo. Os casos de suicídio envolvem adolescentes, idosos e pessoas com doenças mentais, sendo que mais de 90% desses casos têm alguma ligação com doença mental (CÁCEDA, 2014); assim, entende-se que o estado mental dos indivíduos influencia neles ideias suicidas (KAWABE *et al.*, 2016). Acredita-se que nos Estados Unidos da América (EUA) a depressão seja causadora de mais da metade dos casos de autoextermínio (CÁCEDA, 2014).

Dentre outros, um dos fatores influentes de ideação suicida pode ser a presença de doença mental nos membros da família (KAWABE *et al.*, 2016). Por outro lado, como fatores protetivos para o suicídio incluem-se relações de amigos, religiosas e familiares (CÁCEDA, 2014). O suporte social positivo influencia positivamente na recuperação da depressão, em contrapartida o suporte social influencia negativamente (AHN; KIM; ZHANG, 2017).

A família está envolta no cuidado da pessoa que tem depressão, pois o surgimento da doença mental afeta a segurança da relação e da estrutura familiar sendo o parente mais próximo

o que mais sente dificuldade em conviver com a nova experiência do transtorno mental (MELMAN, 2008), uma vez que esse adoecimento fragiliza e reverbera negativamente no núcleo domiciliar (ROSA, 2003). Além disso, a própria família pode desenvolver depressão enquanto cuidadora (BELAYACHI *et al.*, 2014; ANDRÉ *et al.*, 2014).

Geralmente é no próprio núcleo familiar que a pessoa que adoece passa a ser cuidada e acompanhada, o que pode gerar sentimentos negativos nos familiares e fragilizar o ambiente (COSTA *et al.*, 2014). Nesse sentido, dadas as transformações e rearranjos porque a família passa diante desse novo evento (ROSA, 2003) é importante o cuidado voltado aos familiares para que possam se reestruturar com os recursos necessários às suas demandas (ROSELLÓ, 2009). Tal cuidado contribui não somente para a recuperação da pessoa adoecida, inclusive a longo prazo (ROSA, 2003), mas também propicia que a própria família seja observada, uma vez que a doença mental repercute em encargos emocionais, físicos e econômicos no familiar (MELMAN, 2008).

Nesse ângulo, ao cuidar dos familiares, se possibilita que suas questões sejam ouvidas por profissionais e que sejam auxiliados a perceber e buscar outras maneiras de lidar com os problemas que surgem com essa nova realidade, além de permitir que ressignifiquem sua vivência (COSTA *et al.*, 2014). A atenção à saúde dos familiares pode acontecer em alguns espaços terapêuticos, dentre eles o CAPS, que propicia interação entre as famílias e o indivíduo adoecido (BRASIL, 2002). O cuidado ímpar a cada família (MELMAN, 2001) que pode ser oferecido pela equipe multiprofissional desses serviços (ROCHA, 2014) auxilia no cotidiano familiar ao aliviar os encargos e estabelecer cooperação entre os membros (MELMAN, 2001).

No Ceará – Brasil, um estudo realizado por Costa *et al.* (2014) com familiares de pessoas com transtorno mental revelou que os participantes sentem tristeza, angústia e medo em relação ao cuidado que desempenham aos seus entes. Além disso, a família pode sentir-se isolada e não ter dificuldades para manejar dadas situações agudas, o que faz sofrer a todos (JORGE, 2014).

À luz do que foi descrito e considerando que a família é tida como alicerce das relações humanas e vivenciar a doença mental em um de seus entes tornar-se uma experiência impactante e desgastante (COSTA *et al.*, 2014), emerge a proposta deste estudo em conhecer como o familiar vivencia o cuidado da pessoa com depressão, devido à importância que esse familiar tem no acompanhamento da pessoa com depressão, considerando a perda funcional e o impacto no cotidiano causado por essa doença, importante quesito na política de saúde do país.

Com esta finalidade, delimitou-se como objeto de estudo desta pesquisa: o familiar que vivencia o cuidado do adulto com depressão.

1.1 QUESTÃO NORTEADORA

A questão norteadora deste estudo define-se em: como o familiar vivencia o cuidado da pessoa com depressão?

1.2 OBJETIVO

- Conhecer como o familiar vivencia o cuidado da pessoa com depressão.

2 REVISÃO DA LITERATURA: CAMINHOS DO PENSAMENTO

A seguir, será descrita a revisão de literatura sobre os conteúdos pertinentes para a fundamentação teórica, estruturando a construção desta dissertação.

2.1 CONCEPÇÕES HISTÓRICAS DA LOUCURA E O MOVIMENTO DA REFORMA PSQUIÁTRICA BRASILEIRA

A busca pela compreensão da “loucura” acontece desde a antiguidade, perpassando pelo viés religioso, filosófico e da medicina. Nessa busca, a forma de tratamento e entendimento da loucura transformou-se (JORGE, 2014).

Na Idade Média, até o século XV, na Europa, os loucos¹ viviam à solta nas cidades e nos campos; eram percebidos como vindos de outro mundo, relacionavam-nos ao sagrado e à pobreza, eram tidos como pessoas estranhas, entendidos como figuras romanescas e fascinantes. Os loucos estrangeiros — incluindo os avarentos, bêbados, delatores, adúlteros — eram capturados e encaminhados a peregrinos, barqueiros ou marinheiros e destinados a navios para sua remoção da cidade de origem; desses navios, ficou conhecida a figura da “Nau dos Loucos”; outras cidades trancavam os loucos na prisão. Nessa época, houve influência da Igreja na assistência à pobreza e à loucura (FOUCAULT, 1972). Explicava-se a loucura com base na teologia, acreditando que seria advinda da possessão demoníaca (SPOHR, 2011). Não se elaborava, nesse período, conhecimento acerca da loucura (AMARANTE, 1995).

Acreditava-se, à época, segundo Resende (2000), que não havia grande número de loucos, a população geral não era grande, a expectativa de vida era curta e as manifestações da loucura não interferiam, negativamente, nas condições e produção do trabalho, uma vez que as atividades laborais principais eram agricultura, artesanato e trabalho artístico.

No século XVII, por uma necessidade de organização do espaço público, antigos leprosários foram reordenados e transformados em hospitais gerais. Alguns desses hospitais eram geridos por ordens religiosas e mantidos pelo poder público, destinavam-se a acolher, principalmente, os pobres que os procuravam por sua vontade ou que eram encaminhados por ordem real (FOUCAULT, 1972). O hospital era tido como hospedaria (RESENDE, 2000), abrigava os que desobedeciam às ordens reais, as prostitutas, os portadores de doença venérea, os mendigos, os loucos (FOUCAULT, 1972). Esse caráter de albergue que tinha o hospital geral

¹ Aqui se utiliza a expressão “louco” tal qual trazida por Foucault (1972).

foi caracterizado pelo declínio dos trabalhos manuais e da agricultura, uma vez que emergindo a indústria era necessária mão de obra que suprisse a demanda; assim, com a mudança na lógica de trabalho, muitas pessoas ficaram desabrigadas e sem trabalho, o que aumentou exponencialmente o quantitativo de indivíduos vivendo nas ruas, segundo Resende (2000).

Em algumas localidades, como na Alemanha, houve a criação das casas de correção à razão para pobres e vagabundos, em período semelhante; já na Inglaterra essas casas de correção existiam há mais tempo, eram obrigatórias, sendo uma por condado, rodeadas de moinhos, tecelagens ou manufaturas, e outras atividades que permitissem aos pensionistas trabalharem nelas, para também ajudarem na manutenção financeira da casa de correção. Posteriormente, surgiram as *workhouses*² para onde os doentes contagiosos eram banidos (FOUCAULT, 1972).

Em meados do século XVIII, as pessoas enviadas aos hospitais permaneciam no internamento por meses e em condições insalubres de alojamento. Foucault (1972) cita o advento do Hospital Geral em Paris e o “Grande Enclausuramento” como marcos na história da loucura; não era um ambiente de tratamento, mas uma organização administrativa da cidade; o hospital ofereceu um lugar ao louco. Algumas instituições hospitalares religiosas foram reformadas para uma atuação à imagem dos hospitais gerais, com uma organização que incluía orações matinais, meditações, leituras espirituais (FOUCAULT, 1972).

Nesse momento, a loucura passa a ser relevada como um problema da cidade, pois foi “percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo” (FOUCAULT, 1972, p. 89), o desatino é concreto na sociedade, sendo o louco, então, julgado e condenado por ela; seu destino é a internação nos hospitais. Não que houvesse total diferenciação dos quadros de loucura nem singular atenção e evidenciação da loucura nesse período, embora houvesse, em algumas localidades, alas e hospitais destinados às pessoas “furiosas”, “lunáticas”, “fanáticos-frenéticos” (FOUCAULT, 1972).

A internação não buscava tratamento ou medicalização dos indivíduos por desordem patológica; não havia diferenciação da loucura para com os demais internados (leprosos, prostitutas, ladrões); o que se evidenciava era a exclusão baseada na desrazão (AMARANTE, 1995). A Igreja apoiou a grande internação, ao entender que a pobreza horrorizava o espírito; assim os pobres submissos, como trata Foucault (1972), aceitavam a internação, enquanto os

² *Workhouses* eram casas que recebiam as pessoas consideradas loucas para vigiar seu comportamento e costumes, com vistas ao ensino moral e religioso, bem como ao trabalho com manufaturas, retirando, assim, essas pessoas da rua, promovendo “descanso das cidades” (FOUCAULT, 1972).

pobres insubmissos que não a aceitavam eram sujeitos a ela, merecendo-a justamente por não a aceitarem.

No fim do século XVIII a loucura passa a ser percebida também pelo viés moral; retrata-se que nesse período, quando em momentos de crise econômica em Paris, o número de pessoas em situação de rua aumentava consideravelmente. Assim, os pobres, os loucos, os indigentes, os vagabundos, fossem homens, mulheres, crianças, gestantes, famílias, eram todos recolhidos das ruas e instalados em hospitais, em um movimento de organização administrativa da cidade. O mesmo aconteceu na Inglaterra, onde o destino dos desempregados e vagabundos eram as casas de correção. Posterior à sua inserção nos hospitais, a lógica era de forçar os internados ao trabalho (FOUCAULT, 1972).

Nesse mesmo período, final do século XVIII, ocorre a Revolução Francesa e, nesse contexto, tem expoente a figura do médico, na expressão de Philippe Pinel, que ao fazer visitação aos hospitais parisienses sugere uma nova forma de tratamento ao louco: o completo isolamento com intuito terapêutico como meio de observar a sucessão de sintomas e descrevê-los; ele estrutura nova forma de atenção à loucura, apropriada pelo médico, no ambiente hospitalar (AMARANTE, 1995).

Resgatando e transportando essa trajetória para o Brasil, o tratamento aos considerados loucos partia do pressuposto que a doença se originaria pelo desequilíbrio dos quatro humores corpóreos³. Assim, o tratamento acontecia nos porões das Santas Casas. Nesse momento, a rua era um lugar onde eles não poderiam estar (RESENDE, 2000). Posteriormente, verificou-se que esses ambientes eram segregadores, com condições de higiene precárias, onde o tratamento físico e moral dificultava a recuperação dos doentes (SPOHR, 2011).

Dessa forma, “organizando o ambiente asilar, a divisão objetiva a loucura e dá-lhe unidade, desmascarando-a ao avaliar suas dimensões médicas exatas, libertando as vítimas e denunciando suspeitos” (AMARANTE, 1995, p. 25). Segundo Resende (2000), os loucos, nesse período, têm distinção dos demais internados e passam a receber outro tipo de tratamento psiquiátrico sistemático; questiona-se a soltura das amarras do hospital e o estabelecimento de outras formas de detenção.

³ Segundo Hipócrates, a saúde e as doenças relacionar-se-iam ao equilíbrio dos quatro humores corpóreos essenciais: o sangue, a bÍlis, a fleuma (ou linfa) e a atrabÍlis (ou bÍlis negra). Cada um desses humores corresponderia a um órgão corporal: sangue - coração; bÍlis - fÍgado; fleuma - cérebro; atrabÍlis - baço. A eucrÁsis seria o equilíbrio dos quatro humores, promovendo a saúde. A discrÁsis, o desequilÍbrio entre os humores e originaria a doença. Os temperamentos básicos do homem estariam, portanto, relacionados aos quatro humores (DALGALARRONDO, 2008).

O marco institucional e do poder médico na assistência psiquiátrica no Brasil deu-se com a criação do primeiro hospício, nomeado Hospício Dom Pedro II, que foi fundado em 1852, no Rio de Janeiro, sendo administrado pelas irmãs de caridade da Santa Casa. Seguiu o modelo francês fundado por Pinel e Siquirol (SPOHR, 2011; JORGE, 2014; ROCHA, 2014) e, ao internar os loucos, os afastava das ruas das cidades e também das vistas dos demais cidadãos, desenvolvendo uma prática de tratamento à loucura de caráter exclusório (JORGE, 2014; ROCHA, 2014), uma vez que nessa época a loucura era tida como desordem social, empecilho ao crescimento econômico do país (RESENDE, 2000). Algumas características desse hospício são citadas por Spohr (2011), como a arquitetura, que foi pensada para facilitar a vigilância pelos enfermeiros, a separação dos internados conforme a classe e estágio da doença, o trabalho como ferramenta terapêutica e o longo tempo de permanência.

Com o advento da Proclamação da República, a assistência caritativa prestada pelo Hospício Dom Pedro II sofreu modificações: passou a ser denominado Hospício Nacional de Alienados; foi desanexado da Santa Casa; novo diretor foi nomeado, limitando, assim, a coordenação pelas irmãs de caridade; chegaram enfermeiras francesas com intuito de formar uma escola para enfermeiros em psiquiatria. Por se tratar da escola de enfermagem mais antiga do Brasil é que destacamos que, para suprir a carência de enfermeiros e profissionalizar a mão de obra feminina, foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, em 1890, pelas sete enfermeiras francesas do Hospital de La Salpêtrière, que permaneceram por quatro anos na instituição, contudo, foi uma proposta que não perdurou. Mais tarde, a mesma escola sofreu reformulações, foi ligada ao Ministério da Saúde e é atualmente a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (ROCHA, 2014).

As instituições psiquiátricas começaram a ficar lotadas de internos. As denúncias de violência contra os pacientes, a função social desenvolvida pelo hospital e a dificuldade no estabelecimento de critérios para definir sanidade e loucura ocasionaram descrédito à instituição psiquiátrica, propiciando o aparecimento de outras abordagens à loucura, como as “colônias de alienados” que buscavam restaurar o potencial terapêutico dos hospitais psiquiátricos (AMARANTE, 1995).

No Brasil houve, conforme Amarante (1995), a instalação de colônias psiquiátricas, por volta de 1890, que substituíram os hospícios onde os loucos eram deixados e, assim, excluídos do meio urbano, porém a ideia não perdurou, visto as colônias terem se revelado em ambientes asilares superlotados e pouco diferenciados dos hospitais psiquiátricos propostos por Pinel. Esse modelo perdurou até o período das grandes guerras mundiais, e foi difundido

especialmente nas décadas de 1930 e 1940 na gestão de Aduino Botelho frente à Assistência Médico-Legal de Alienados.

No período pós-Segunda Guerra Mundial, a sociedade fez importantes críticas às abordagens asilares sobre a loucura até o momento instauradas, sem recuperação ou cura dos pacientes, e às condições em que os pacientes psiquiátricos internados viviam; assim, era propícia uma reforma psiquiátrica; foi o que, então, sucedeu. Em vários países aconteceram diferentes experiências propostas por essa reforma psiquiátrica contemporânea. Citam-se a Comunidade Terapêutica, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva (AMARANTE, 1995, 2007).

A experiência de Comunidade Terapêutica, iniciada na Inglaterra por volta de 1959, termo cunhado a partir do acúmulo de experiências em hospitais psiquiátricos, caracterizava-se por mudanças no hospital psiquiátrico com a adoção de medidas horizontais de tratamento, coletivas, participativas, sem hierarquização das relações, com enfoque na comunicação livre entre pacientes e equipe, em que todos teriam função terapêutica, e no contato da equipe com o território em que o paciente vivia (AMARANTE, 1995, 2007).

Outro modelo desenvolvido na França em 1952, a Psicoterapia Institucional, enfocava a forma de gestão dos hospitais psiquiátricos como a causa das críticas contra eles, relevava que as características negativas dos hospitais precisariam, também, ser tratadas; assim, pensava-se que ao alterar a gestão e estrutura dos hospitais psiquiátricos, seria possível qualificar a assistência prestada e alcançar o objetivo proposto pelo hospital psiquiátrico, que era de cura e tratamento de doenças mentais (AMARANTE, 1995).

Na Psiquiatria de Setor, também experienciada na França a partir dos anos 1960, se contestava o modelo asilar, reivindicando uma transformação dos hospitais psiquiátricos, sugerindo o tratamento do paciente no meio social, evitando a segregação e isolamento, sendo o hospital uma etapa transitória do tratamento. Como o foco dessa experiência era o tratamento na comunidade, os territórios foram separados em setores geográficos com uma equipe de profissionais constituída para cada setor, a fim de assegurar a prevenção e o tratamento das doenças mentais, antes e depois do internamento (AMARANTE, 1995).

Já a Psiquiatria Preventiva, segundo Amarante (1995), nascida nos Estados Unidos da América por volta de 1955, buscava a prevenção e detecção precoce das doenças mentais e a promoção da saúde mental; buscou-se discutir sobre doença mental considerando as ciências sociais e não apenas a psiquiatria.

Esses modelos geraram campo para discussão da desinstitucionalização, na busca por um tempo mais curto de hospitalização, por menor número de internações e pela instituição de

serviços extra-hospitalares, contrapondo-se ao modelo asilar de isolamento, alienação e exclusão social (AMARANTE, 1995).

Como adepta da desinstitucionalização e buscando romper com a lógica de compreensão da loucura focada no saber médico, surge a Antipsiquiatria na década de 1960 na Inglaterra, que trouxe um novo entendimento sobre a loucura, considerando-a como “um fato social, político e até mesmo, uma experiência positiva de libertação, de uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento” (AMARANTE, 1995, p. 44), apontando outras abordagens de tratamento, como a grupal.

Na Itália, conforme Amarante (1995), ocorreram também alterações na forma de tratamento e de entendimento da loucura. O movimento da Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), como ficou conhecido, fundado em 1973, propôs um questionamento ao entendimento de periculosidade e ao tratamento de exclusão destinado à loucura; considerou atores sociais, território, humanização no atendimento, horizontalidade das relações entre técnicos e pacientes, articulou vários serviços comunitários de atenção, o que culminou na promulgação de uma lei que versava sobre esse novo modelo de atendimento em saúde mental, após experiências exitosas em algumas localidades italianas.

Especialmente as comunidades terapêuticas e a psiquiatria comunitária (TENÓRIO, 2002), inspiraram experiências também no Brasil, como a instituição de manuais e planos cujo objeto era a saúde mental, propondo outra concepção e entendimento da loucura. Essas experiências desenvolveram-se no período em que o Brasil vivia o enfraquecimento do regime militar, com abertura para a participação social; são, então, criados movimentos sociais que começam a problematizar questões e discutir a melhoria da qualidade de vida da população, e que culminariam no Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 1995).

Esse Movimento buscava transformar as práticas assistenciais e entendimentos clássicos acerca da loucura no Brasil. Desenvolveu-se ao longo do tempo, em vários espaços de construção, e se conformou no contexto de afrouxamento do regime militar e de questionamentos do modelo higienista de cuidado à saúde, motivado pelas experiências alternativas de tratamento da loucura em vários países (TENÓRIO, 2002).

Além disso, paralelo a esse Movimento, desenvolveu-se a Reforma Sanitária Brasileira, que buscava mudanças no sistema de saúde brasileiro, criticava as políticas de estado e o autoritarismo do governo (TENÓRIO, 2002). Suas propostas eram a democratização da saúde, no que se referia aos direitos dos cidadãos e sua conscientização a respeito desses direitos e sobre os determinantes em saúde; a democratização do Estado na transparência de atos e

cumprimento do pacto federativo; a democratização da sociedade para seu aperfeiçoamento (reforma moral, intelectual, participante); e a instituição de um novo modelo de atenção à saúde (PAIM, 2008). Criticava-se a assistência à saúde e a assistência psiquiátrica brasileiras.

Nesse contexto, processualmente, o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira desenvolveu-se, tendo como contribuinte importante para sua inicialização a crise da então Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), responsável pela criação das políticas de saúde mental do país e gerenciamento de instituições hospitalares psiquiátricas no Rio de Janeiro, cuja crise deu-se com a denúncia de irregularidades nessas instituições; essas denúncias tiveram reverberação nacional. Foram criados o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e o Movimento de Renovação Médica (REME), que favoreceram a organização do Movimento Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (MNTSM), o qual denunciou ações corruptas sobre o sistema nacional de assistência psiquiátrica e desempenhou importante papel no processo do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 1995).

O MNTSM era composto não apenas por trabalhadores, mas familiares, usuários e sindicalistas (AMARANTE, 1995; BRASIL, 2005), atuando em várias entidades, com participação popular (AMARANTE, 1995). Esses integrantes organizaram denúncias contra a precária assistência psiquiátrica e as fraudes no financiamento dos serviços de saúde (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002), questionaram a centralização da psiquiatria e propuseram mecanismos alternativos ao modelo asilar vigente (AMARANTE, 1995). Criticava-se o cenário brasileiro na saúde mental caracterizado por violência nos manicômios e lucratização da rede privada sobre o paciente psiquiátrico, bem como o modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

Para construção desse movimento, houve a contribuição de importantes eventos e movimentos de fomento e discussão sobre saúde mental. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi um desses movimentos cuja contribuição possibilitou que o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira se tornasse um projeto (TENÓRIO, 2002).

No desdobramento dessa conferência e coadunando com o buscado pelo MNTSM, em 1987 foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que debateu sobre a reforma nas formas de tratamento, de compreensão, de práticas e saberes sobre a loucura arraigadas na história do país, propondo novos atores ativos, como os próprios usuários dos serviços de saúde mental, familiares e sociedade (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002).

Nesse ínterim, o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira ampliou-se e originou o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que também propunha repensar o modelo de tratamento baseado no hospital psiquiátrico, centrado na psiquiatria, e pensar serviços de

cuidado e ferramentas de trabalho abertos, comunitários, territoriais; dimensionando, assim, para além da Reforma Psiquiátrica ao considerar, especialmente, a questão da loucura. Como importante marco do MLA, tem-se o Dia da Luta Antimanicomial, comemorado em 18 de maio (TENÓRIO, 2002).

Além dessas conferências, houve importantes contribuições práticas para o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como o fechamento e reorganização da Casa de Saúde Anchieta, em Santos-São Paulo em 1989, após denúncias e confirmação de violência, maus tratos, tratamentos punitivos aos pacientes e superlotação da casa. Além disso, nessa mesma cidade instituiu-se o Programa de Saúde Mental desenvolvido em uma rede de cuidados norteada pelos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS): unidades regionalizadas que prestavam cuidado 24 horas em todos os dias da semana, com média de seis leitos para internação (TENÓRIO, 2002).

Nesse sentido, outra experiência muito relevante foi a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo, também em 1989, que refletia uma maneira nova de cuidar e pensar o tratamento e cura do transtorno mental, tanto que funcionava diariamente e contava com equipe multiprofissional, considerando que o tratamento da gravidade do transtorno mental poderia ser desenvolvido ao buscar a singularidade e as várias dimensões que envolviam cada indivíduo. Essa experiência motivou a implantação de outros CAPS em outras regiões do país; esse dispositivo foi compreendido como um novo modelo de cuidados na psiquiatria (TENÓRIO, 2002).

Faz-se importante destacar que essencial foi a contribuição da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986 — que já no seu desenvolvimento contou com participação popular — culminando na aprovação da Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, em 1990, que versava sobre a promoção, proteção e recuperação da saúde, instituía e descrevia objetivos, princípios, organização, financiamento e gestão financeira do Sistema Único de Saúde (SUS) (PAIM, 2008), fato que contribuiu para o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira ao direcionar seus objetivos e ambos confluírem para um mesmo fim (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Além da criação do SUS, essencial engrenagem no processo do Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a discussão no âmbito político influenciou e conformou o reconhecimento das propostas da Reforma. Assim, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, consolidaram-se importantes normas federais que legalizaram e firmaram as novas terapêuticas propostas, regulamentando serviços de atenção diária, com base nas experiências dos CAPS, NAPS, dentre outros, bem como a fiscalização dos hospitais psiquiátricos (FONTE, 2012).

Segundo Tenório (2002), o decorrer da Reforma Psiquiátrica Brasileira possibilitou a construção de uma “nova hegemonia” na psiquiatria, voltada para o olhar social e desprendida de preconceitos, bem como a manutenção política das “diretrizes reformistas” e das experiências exitosas em vários estados brasileiros.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira que, em suma, buscava instituir um novo modelo de atenção à saúde mental no Brasil, teve outros importantes marcos políticos, implantação de novos serviços substitutivos à internação prolongada em hospital psiquiátrico integral e participação de familiares e usuários em associações e discussões sobre a saúde mental brasileira, trazendo um novo olhar sobre a loucura, qual seja de autonomia, de agente de modificação e construtor de possibilidades outras (AMARANTE, 1995), que buscasse superar o caráter exclusório e violento perpetuado nos manicômios, que considerasse a singularidade de cada pessoa com transtorno mental e que fomentasse a participação social (JORGE, 2014), permitindo a concepção da saúde mental e de atenção psicossocial⁴, com mudanças para além da reestruturação dos serviços (AMARANTE, 2007).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS): SERVIÇOS E EQUIPAMENTOS

O processo de transformação do modelo de atenção em saúde mental foi possibilitado pelo contexto político favorável na época, de abertura política após o governo militar, da promulgação da Constituição Federal de 1988, da discussão e posterior Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e de criação do SUS, sistema que, com princípios norteadores de universalização, descentralização, integralidade e participação popular propiciou e direcionou a reforma na saúde mental, propondo legislações a respeito, as quais contribuíram como alicerces para o novo modelo assistencial (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Um dos marcos legislativos na área de saúde mental foi a promulgação da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, concretizando politicamente a busca proposta por familiares, profissionais e pacientes pela defesa dos direitos dos pacientes com transtorno mental

⁴ Entende-se, nesse caso, saúde mental como um conceito criado para efetivar um modelo de tratamento que não se baseasse na assistência asilar, nem no isolamento dos pacientes ou na noção de higiene mental, mas que considerasse o indivíduo considerando fatores sociais, culturais e emocionais, que envolvesse outros setores do governo, para indivíduos com sofrimento mental, sem necessariamente terem um transtorno mental diagnosticado (AMARANTE, 2007; FARIA; HOLANDA, 2017). Como Psiquiatria entende-se um campo de conhecimento que se baseia no saber da psiquiatria, exercido pelo médico psiquiatra (AMARANTE, 2007).

corroborando o exposto e firmado na Declaração de Caracas⁵ em 1990 — marco desse processo nas Américas — e a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2004; FONTE, 2012). Essa lei reverberou em todos os estados brasileiros, propiciando a mudança nas condições de cuidado à pessoa com transtorno mental (ALMEIDA FILHO *et al.*, 2015).

A referida lei traz como direitos da pessoa com transtorno mental o tratamento menos invasivo possível, sendo desenvolvido em serviços comunitários de saúde mental e visando inserção na família, na comunidade e no trabalho (BRASIL, 2001).

Além da discussão de modelos de atendimento comunitários, a instituição do SUS promoveu discussões a respeito das redes assistenciais. Tais redes consideram a articulação entre serviços para desenvolver atenção à saúde, considerando a complexidade de cada questão de saúde e a importância da articulação entre os dispositivos de modo a buscar integralidade do cuidado (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

No sentido da essencialidade das redes assistenciais, a partir da Lei nº 10.216, de 2001, e com a instituição do SUS, foram facilitados os avanços na legislação pertinente à área de saúde mental. Assim, é promulgada a Portaria nº 3.088, do Ministério da Saúde, em 2011 (BRASIL, 2013a), que instituiu, no SUS, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), buscando ampliar e articular pontos de atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental ou necessidades oriundas do uso de *crack* e outras drogas. Além das diretrizes e objetivos trazidos por essa Portaria, que vão ao encontro das propostas do Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ela estabelece componentes dessa rede, em vários níveis de atenção, conforme descrito no Quadro 1.

QUADRO 1 – PONTOS DE ATENÇÃO DA RAPS (continua)

Ponto de Atenção da Rede	Componente	Características
Atenção básica	Unidade Básica de Saúde	Equipe multiprofissional. Desempenha ações integrais de saúde, individuais e coletivas de promoção e proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde e prevenção de agravos. Objetiva impactar nos determinantes e condicionantes de saúde.
	Centros de Convivência	Articulados às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial. Oferecem à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

⁵ A Declaração de Caracas, de 1990, foi marco nas Américas para a reestruturação da saúde mental, com foco em serviços comunitários, ligados à Atenção Primária à Saúde, descentralizados do hospital psiquiátrico, assegurando o respeito aos direitos humanos e civis de pessoas com transtorno mental conclamando diversos setores da sociedade para garantia do alcance desses objetivos (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 1990).

(continuação)

Atenção básica para população específica	Equipe de Consultório na Rua	Equipe itinerante. Oferta ações e cuidados de saúde para a população em situação de rua. No âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, oferta cuidados em saúde mental.
Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção residencial de caráter transitório	Unidade de Acolhimento Institucional (UAI)	Oferta cuidados contínuos de saúde, funcionamento 24h, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. Há modalidades de UAI. Tempo de permanência de até seis meses.
	Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas	Oferta cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove (9) meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas. Está articulada com a Atenção Básica e com o Centro de Atenção Psicossocial que busca para promover a reinserção do usuário na comunidade.
Atenção psicossocial especializada	Centros de Atenção Psicossocial em suas modalidades	Equipe multiprofissional, interdisciplinar. Realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regimes de tratamento. Atividades coletivas.
Atenção de urgência e emergência	SAMU 192 Sala de estabilização UPA 24h Pronto Socorro de hospitais UBS	Realizam acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas. Articulam-se com os CAPS que realizam atendimento em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas.
Atenção hospitalar	Enfermaria especializada em Hospital Geral	Tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, <i>crack</i> e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas. Internação de curta duração.
Estratégias de desinstitucionalização	Serviço Hospitalar de Referência	Oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais necessárias, considerando a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Permanência curta ou curtíssima. Regime de funcionamento integral, 24h/dia, sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos.
	Serviços Residenciais Terapêuticos	Moradias inseridas na comunidade. Acolhem egressos de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros. Busca sua progressiva inclusão social. A Portaria nº 3.588/2017 estabelece os modelos SRT I e II.
	Programa de Volta para Casa	Política pública de inclusão social. Busca contribuir e fortalecer o processo de desinstitucionalização, que provê auxílio reabilitação para pessoas com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

(conclusão)

	Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental	Estratégia para atenção integral à pessoa com transtornos mentais moderados mais prevalentes (como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade) encaminhada pela atenção básica, de todas as faixas etárias (adicionado pela Portaria nº 32).
--	---	--

FONTE: Adaptado de BRASIL (2013a).

Nota: A Portaria 3.088/2011 traz, ainda, como componente da RAPS, a Reabilitação Psicossocial, composta por ações voltadas à geração de renda.

Além desses dispositivos, a Portaria nº 32, de 14 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde, considera como pontos de atenção da RAPS o Hospital Dia e Hospitais Psiquiátricos Especializados, aprovando juntamente com a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, do mesmo Ministério, que se criassem as Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada em Saúde Mental, que prestam atendimento multiprofissional no nível secundário de saúde para pessoas com transtornos mentais moderados mais prevalentes, como transtornos de humor, dependência química e transtornos de ansiedade, identificados pela atenção básica (BRASIL, 2017a; 2017b).

A referida Portaria nº 32 traz ainda como objetivo a implantação de linhas de cuidado na RAPS, bem como a monitoração e avaliação de metas e indicadores desses serviços; veda o aumento do número de leitos em hospitais psiquiátricos especializados; auxilia na saída de pacientes que residem em hospitais psiquiátricos; aumenta o número de leitos hospitalares qualificados no atendimento de pessoas com necessidades provindas do uso de álcool e *crack*, além de outras drogas; subsidia pesquisas sobre programas de prevenção relacionados ao uso de álcool e outras drogas na população jovem; e fortalece intersetorialidade em relação às comunidades terapêuticas e ações de prevenção ao suicídio (BRASIL, 2017a; 2017b).

Uma política recente que começa a ser implantada é o conceito de CAPS Territorial. De fato, não existe ainda legislação que fale sobre essa nova forma de reorganização. Trata-se de uma reordenação do município de Curitiba, pensando na territorialização e no respectivo atendimento na área à qual o usuário pertence. Em virtude de a cidade de Curitiba estar dividida por distritos e a ideia de que cada um desses distritos possua um CAPS, infelizmente não sendo possível um CAPS AD (Álcool e outras drogas) e um TM (Transtorno Mental) por distrito, pensou-se na lógica territorial que facilita o acesso ao usuário, bem como articula o cuidado somente no território ao qual ele pertence. Hoje, há 6 CAPS Territoriais: CAPS II CIC, CAPS II Santa Felicidade, CAPS II Tatuquara, CAPS II Bairro Novo, CAPS III Boqueirão, CAPS III Cajuru. São CAPS, cada qual em sua modalidade, que atendem tanto a Clínica AD quanto TM adulta, porém de um único distrito, em uma estrutura com uma mesma equipe. No início de 2017, quando iniciaram as discussões sobre os CAPS Territoriais, a Secretaria Municipal de

Saúde consultou o Ministério Público do Estado do Paraná, o qual não demonstrou objeção alguma quanto à implantação desse modelo (NIMTZ, 2019).

Com todos esses diferentes dispositivos, a Rede de Atenção Psicossocial participa ativamente da atenção em Saúde Mental, não deixando, todavia, de enfrentar dificuldades e de tentar expandir, cada vez mais, de modo a atingir cobertura em todo o país. A RAPS tem sua importância pautada na comunicação e conexão entre os profissionais de diversos serviços que atendem a pessoa com transtorno mental, embasados nas necessidades dessa pessoa, possibilitando atenção a ela nos diversos níveis e mobilizando diversos atores, vencendo a hierarquização e rigidez do atendimento para articulação de cuidados, considerando a autonomia do usuário e sua participação nessa construção (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Dentre as experiências da Rede de Atenção Psicossocial, um estudo realizado em Sobral - Ceará mostrou que a rede de saúde mental, nesse município, possui arranjos diversos, desde uma forma mais burocrática de cuidado até formas mais fluidas produzidas no processo de trabalho pelos profissionais, com articulação entre múltiplos serviços e consequentes possibilidades de intervenção com movimentação dos profissionais entre os serviços (QUINDERÉ; JORGE; FRANCO, 2014).

Nesse processo de transformação das práticas de cuidado em saúde mental é que emergiu a proposta de criação de um equipamento substitutivo à internação hospitalar que buscasse autonomia e reinserção social do indivíduo, bem como um tratamento com facilidade de acesso, o qual privilegiasse o usuário do serviço como ponto central do cuidado (BRASIL, 2005).

Dentre propostas e experiências diversas, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) — dispositivos de tratamento para pessoas com sofrimento advindo do transtorno mental — de base comunitária, gratuitos e que ofertam atividades terapêuticas que objetivam a reintegração do indivíduo na sociedade, sua autonomia e qualidade de vida (BRASIL, 2002).

Dos pontos de atenção elencados na Portaria nº 3.088/2011, os CAPS têm singular importância, pois sendo unidades territorializadas, de modalidades específicas, tendo como diferencial a atuação de equipe multiprofissional, da qual é integrante a equipe de enfermagem, ofertam, nesse trabalho interdisciplinar, serviços com diferentes regimes de intensidade às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas (BRASIL, 2002; 2011), cujo modelo tende a ir ao encontro do buscado pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. De acordo

com Rocha (2014), a atuação da enfermagem no CAPS inclui os cuidados destinados à pessoa com depressão que, segundo Igreja, Paiva e Morato (2017), é hoje um dos transtornos mais prevalentes na população.

Nos CAPS são desenvolvidas atividades coletivas; essas unidades são também elementos de articulação com os demais pontos da rede de atenção à saúde: urgência e emergência, Unidade de Acolhimento Institucional (UAI), leito de enfermaria especializada em hospital geral (BRASIL, 2013a).

Devido a sua importância como componente substitutivo à internação psiquiátrica em hospital integral, esses serviços foram regulamentados pela Portaria nº 336, de 2002, do Ministério da Saúde, que os caracteriza como serviços que ofertam cuidado aos usuários adstritos a sua área de abrangência. Dentre essas atividades estão atendimentos individuais, atendimentos em grupo, visitas domiciliares e, dentre outros, o atendimento às famílias (BRASIL, 2002).

Os CAPS são definidos por modalidades, de acordo com porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2002), o que pode ser visualizado no Quadro 2. Recentemente, houve alteração no que se refere a essas modalidades, em consonância com as Portarias nº 32 e nº 3.588, já citadas, que aprovaram a criação do CAPS ad IV, modalidade de funcionamento 24 horas, incluindo fins de semana e feriados, que oferta assistência multiprofissional de urgência e emergência a crianças, adolescentes ou adultos com necessidades decorrentes do uso de *crack* e outras drogas (BRASIL, 2017a; 2017b).

QUADRO 2 – CARACTERÍSTICAS DOS CAPS

(continua)

Modalidade	Abrangência populacional	População-alvo	Horário de funcionamento	Recursos Humanos mínimos
CAPS I	De 20.000 e 70.000 habitantes	Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas, todas as faixas etárias.	Das 8h às 18h, em 2 turnos, durante os 5 dias úteis da semana.	1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 3 profissionais de nível superior; 4 profissionais de nível médio.
CAPS II	De 70.000 e 200.000 habitantes	Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, pessoas com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas.	Das 8h às 18h, em 2 turnos, durante os 5 dias úteis da semana, podendo haver um terceiro turno, funcionando até às 21h.	1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior; 6 profissionais de nível médio.

(continuação)

CAPS III	Acima de 200.000 habitantes	Pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad.	Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e fins de semana.	Diurno semanal: 2 médicos psiquiatras; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 5 profissionais de nível superior; 8 profissionais de nível médio. Para o período noturno de 12 horas de plantão, e 12 horas diurnas de plantão aos sábados, domingos e feriados: há mudança na equipe.
CAPS ad II	Acima de 70.000 habitantes	Atende pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.	Das 8h às 18h, em 2 turnos, durante os 5 dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno, funcionando até às 21h.	1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 1 médico clínico; 4 profissionais de nível superior; 6 profissionais de nível médio.
CAPS ad III	De 200.000 a 300.000 habitantes	Atende adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos.	Serviço contínuo, 24 horas de funcionamento, incluindo feriados e finais de semana. Máximo de doze leitos para observação e monitoramento,	Período diurno durante a semana: 1 médico clínico; 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com experiência ou formação em saúde mental; 5 profissionais de nível universitário (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo e educador físico); 3 técnicos de enfermagem; 4 profissionais de nível médio; 1 profissional de nível médio para atividades administrativas. Obs.: A equipe modifica-se para os plantões noturnos de 12 horas corridas e para os plantões de 12 horas diurnas aos sábados, domingos e feriados.

(conclusão)

CAPS ad IV	Acima de 500.000 habitantes e nas capitais estaduais.	Adultos e adolescentes com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, <i>crack</i> e outras drogas; de caráter aberto, que funcione segundo a lógica do território e de atenção contínua.	Funcionamento 24 horas e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.	Profissional de nível médio para ações administrativas, 24 horas por dia. 1 médico clínico (diarista); 2 médicos psiquiatras (um diarista e um plantonista 12h); 2 enfermeiros com experiência e/ou formação na área de saúde mental (plantonistas 12h); 6 profissionais de nível universitário pertencentes às categorias profissionais (diaristas) de psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e educador físico; 6 técnicos de enfermagem (plantonistas 12h) e 4 profissionais de nível médio. Obs.: A equipe modifica-se para turno noturno.
CAPSi II	200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local.	Atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário.	Das 8h às 18h, em 2 turnos, durante 5 dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até 21h.	1 médico psiquiatra ou neurologista com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de nível superior; 5 profissionais de nível médio.

FONTE: Adaptado de BRASIL (2002; 2012; 2013a; 2017a).

O cuidado ofertado às pessoas com transtorno mental nos CAPS torna-se distinto por evidenciar o protagonismo do sujeito, e não mais de sua doença, ao oportunizar a inclusão dos “usuários nas diversas esferas de trocas no cotidiano da vida” (RIBEIRO; MACHADO, 2014, p. 585).

Na atenção psicossocial, a crise é resultante de múltiplos fatores, envolvendo variados atores, o que requer que os serviços de atenção psicossocial possam acolher o indivíduo, ouvir sua demanda, envolvê-lo no seu próprio cuidado; o vínculo afetivo desenvolvido nesse processo é de importância para o tratamento, uma vez que se estabelece relação mútua entre os sujeitos. Considerando tal apontamento, os CAPS desenvolvem suas ações para além do seu local físico

de inserção, são de base territorial, próximos e articulados com os recursos da comunidade de modo a buscar a construção de apoios potenciais de cuidado, no sentido do estabelecimento de redes assistenciais que extrapolem os serviços de saúde, devendo ter estruturas flexíveis de modo a não perder o foco de tratamento na pessoa (AMARANTE, 2007).

Amarante (2007) comenta que o estabelecimento de “vínculos afetivos” entre profissionais que ofertam o cuidado e usuários que vivem o problema é essencial para a escuta e compromisso no cuidado, considerando o protagonismo de cada ator envolvido e, com isso, buscando flexibilidade no tratamento, o que é exemplificado através do CAPS, que acolhe a crise, inclusive em internamentos breves. De acordo com o autor, os serviços de atenção psicossocial, como o que foi local desta pesquisa, devem articular-se não apenas com os dispositivos da RAPS, mas com outros serviços da comunidade e intersetoriais no sentido de buscar integração entre eles para desenvolver o cuidado às pessoas com transtorno mental.

As experiências relacionadas aos CAPS são variadas. Em estudo realizado na cidade de Caicó-Rio Grande do Norte, em um CAPS III instituído na estrutura física de um hospital psiquiátrico fechado após intervenção do estado, foram identificadas dificuldades relacionadas a recursos financeiros, materiais e humanos embora a estrutura física fosse adequada, e dificuldades na estruturação do serviço e foco no modelo biomédico de atendimento, bem como necessidade de formação permanente para os trabalhadores (AZEVEDO *et al.*, 2014).

Outra pesquisa revela — por relatos dos profissionais — dificuldades relativas ao acolhimento dos usuários no que se refere às anotações de demandas no prontuário ao não abordar o contexto familiar e social do paciente; demanda de usuários além do preconizado; modelo de trabalho sem presença do Técnico de Referência (TR)⁶; dificuldade na oferta de oficinas com objetivos específicos e de espaço físico para desenvolver atividades; falta de apoio intersetorial; dificuldade em relação aos contratos de trabalho (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014), apontando para a necessidade de constantes aprimoramentos desse serviço.

Outra experiência denota as dificuldades relacionadas à articulação entre os serviços da rede assistencial de saúde mental e a centralização do cuidado no centro de atenção psicossocial, em um modelo de tratamento biomédico, com foco na medicalização, sem considerar as demandas singulares e de contexto de cada sujeito. E, ainda, dificuldade na apropriação dos objetos e objetivos de trabalho de cada Centro, com relativas precariedades do trabalho, a que

⁶ Técnico de Referência (TR): O profissional de referência é entendido como um gerenciador das particularidades do caso de sua referência; sua principal função pauta-se na elaboração do Projeto Terapêutico Individual desenvolvido, englobando diagnóstico, aproximação entre terapeuta, família, usuário no desenvolvimento de atividades individuais, coletivas e grupais (CAMPOS, 1999).

se atribui a dificuldade na realização de atividades terapêuticas (MIRANDA; OLIVEIRA; SANTOS, 2014).

No trabalho em CAPS, sendo ele o dispositivo central da RAPS, as atividades desenvolvidas perpassam o núcleo profissional e são permeadas pela multiprofissionalidade e interdisciplinaridade⁷ nas diversas práticas, como atendimentos individuais, grupos e oficinas, discussões de caso, reuniões de equipe e miniequipe (ANJOS FILHO; SOUZA, 2017).

Relacionado ao que acima foi exposto, a respeito dos objetivos do CAPS, Ribeiro (2013, p. 176) descreve que

Os CAPS são serviços integrados à rede SUS criados no bojo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e, portanto, de caráter substitutivo aos hospitais psiquiátricos. Abertos e comunitários, têm como objetivo atender pessoas com transtorno mental severo e persistente, oferecendo cuidados na perspectiva clínica e da reabilitação psicossocial, sob a lógica da territorialidade. O cuidado oferecido nesses espaços deve estar alinhado de forma integral e intensiva, ofertando respostas às diversas dificuldades apresentadas por seus usuários no desenrolar de suas vidas cotidianas. Para tanto, o CAPS trabalha com equipes multidisciplinares em ações interdisciplinares, oferecendo atendimentos individuais e grupais, oficinas terapêuticas, oficinas de geração de renda, atividades lúdicas, desportivas, tratamento medicamentoso, atendimento familiar, entre outras estratégias para garantir a construção de um lugar social aos seus usuários e estimular seu protagonismo frente à vida.

Segundo dados do Ministério da Saúde, desde fins da década de 1990, houve crescimento no número de CAPS no Brasil: em 1998 havia 148 desses serviços, já em 2014, o número aumentou para 2.209 unidades. As atividades desenvolvidas em cada um desses serviços, para serem executadas, necessitam de recurso financeiro, que podem provir do setor público (BRASIL, 2015).

O trabalho desenvolvido pelos CAPS propõe um cuidado diferenciado, ou seja, aberto e centrado na pessoa; cuidado esse construído com integração coletiva do trabalho em rede com a proposição máxima da desinstitucionalização como um gradativo e constante movimento que promova o entendimento da saúde mental baseado na singularidade e protagonismo da pessoa com transtorno mental (RIBEIRO, 2013).

O cuidado em saúde mental, como atualmente acontece, foi desenvolvido e construído ao longo dos anos. Logo, quando sua investigação parte dos relatos dos indivíduos principais que o vivenciam e que fazem parte dele, com base nos significados que atribuem a esse processo, bem como das interpretações e leituras que fazem dele, permite-nos que histórias passadas e histórias em edificação possam contribuir para enriquecer o conhecimento científico

⁷ A multiprofissionalidade pode ser entendida como uma equipe de profissionais de diversas áreas de formação (enfermagem, psicologia, terapia ocupacional, psiquiatria, assistência social). A interdisciplinaridade, por sua vez, seria o compartilhamento de saberes de cada profissional que compõe essa equipe (CAMPOS, 1999).

e para uma compreensão histórica e produção de sentido desta nova realidade de cuidado com foco no indivíduo, integralmente (RIBEIRO; MACHADO, 2014).

2.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRANSTORNO MENTAL: DEPRESSÃO

A classificação dos transtornos mentais e comportamentais pode ser realizada com o uso de dois instrumentos que categorizam as doenças em classes e descrevem critérios para o seu diagnóstico. Tais instrumentos são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)⁸ (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), que está em sua décima revisão (CID-10, 2008). Para esta pesquisa será utilizado como referência o CID-10, que é padrão internacional para definição dos transtornos e tem sua aplicação como referência nos serviços de saúde brasileiros (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

O manual do CID-10 caracteriza a depressão como pertencente à classe de transtornos de humor, em que a alteração principal é no humor ou no afeto, juntamente com alteração do nível de atividades realizadas pelo indivíduo, com episódios que podem melhorar e reaparecer, podendo sofrer influência de fatores desencadeantes (CID-10, 2008).

A história da depressão remonta a tempos antigos, com relatos procedentes de histórias narradas na Bíblia. Há escritos de Homero, Hipócrates e Celso, que usavam o termo melancolia (do grego *melan*: negra; *chole*: bile) para descrever transtornos mentais e a depressão causada pela bile negra. O termo melancolia foi cunhado por Hipócrates em 400 a. C. para descrever distúrbios mentais, estaria correlacionada às alterações que ocorrem no nível do sistema nervoso autônomo, bem como nas funções endócrinas. Por isso, dizia-se “depressão endógena” referindo-se àquela causada sem interferência de fatores estressores e/ou externos, sendo ainda usado para descrever a depressão com sintomas de “anedonia grave, despertar matinal precoce, perda de peso e sentimentos profundos de culpa (frequentemente por acontecimentos triviais)” (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017, p. 360). Tal entendimento evoluiu até a descrição do psiquiatra alemão Emil Kraepelin, em 1899, que caracterizou a depressão como um transtorno de humor iniciado na vida adulta (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

⁸ Atualmente em sua quinta edição. O DSM-V considera que os diagnósticos de transtornos mentais são importantes para orientação dimensional do tratamento, para identificar dados epidemiológicos em relação a dado agravo, e releva, além dos diagnósticos, fatores de risco e especificidades de cada agravo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O termo depressão pode ter diferentes significados: pode ser referido como um *sentimento*, considerado normal diante de algum evento da vida, por exemplo, quando se vivencia o luto, respeitando sua temporalidade (LOUZÃ NETO; HELKIS, 2007); como *sintoma* ou *queixa* (QUEVEDO; SILVA, 2013), quando se desenvolve em reação a dado evento estressor; como *episódio depressivo*, quando há comprometimento em nível cognitivo e da capacidade de sentir prazer (LOUZÃ NETO; HELKIS, 2007); pode representar uma *síndrome psiquiátrica*, ou seja, uma associação de sintomas e sinais, de origens variadas, podendo ocorrer em outras doenças e em decorrência do consumo de substâncias de abuso e vários medicamentos (LOUZÃ NETO; HELKIS, 2007; QUEVEDO; SILVA, 2013) ou, ainda, pode nomear um transtorno mental (QUEVEDO; SILVA, 2013).

Independentemente do significado atribuído, é importante conhecer as causas da doença. De acordo com Louzã Neto e Helkis (2007), a depressão pode ser efeito de fatores de diversas ordens: ambiental, psicológica, biológica, genética. Perturbações no sistema límbico — responsável pelo ajuste e expressão motora das emoções por intermédio de neurotransmissores como a norepinefrina, serotonina, dopamina — estão envolvidas na causalidade dessa doença, bem como os fatores genéticos (LOUZÃ NETO; HELKIS, 2007; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Louzã Neto e Helkis descreveram em 2007 que a depressão pode acontecer em qualquer tipo de personalidade. Em 2017, Sadock, Sadock e Ruiz descreveram as personalidades obsessivo-compulsiva, histriônica e *borderline* como contribuintes para o desenvolvimento da doença.

Os fatores psicossociais também interferem no desenvolvimento da depressão, tais como: a perda de pessoas queridas, divórcios/separações, desemprego, culpa (LOUZÃ NETO; HELKIS, 2007; SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017), haja vista que uma experiência estressora inicial pode acompanhar o primeiro evento depressivo, causando alterações biológicas no indivíduo e, assim, favorecer o aparecimento de episódios depressivos em outros momentos da vida (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Descritas as causas, observa-se a incidência da depressão, abalizada como duas vezes maior em mulheres do que em homens, podendo iniciar desde cedo na vida do indivíduo, na infância, ou mais tardiamente, quando adulto; é mais frequente em pessoas divorciadas ou separadas e que não têm vínculos interpessoais íntimos, e mais comum em pessoas que residem em áreas rurais (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Dessa forma, a depressão é uma doença que pode se desenvolver em diversas populações: em universitários, por exemplo, interferindo no desenvolvimento de habilidades sociais e interações sociais, afetando o relacionamento com familiares e parceiros, interferindo na expressão de sentimentos e na comunicação, bem como

no enfrentamento (BOLSONI-SILVA; GUERRA, 2014); pode afetar estudantes de educação profissionalizante (CAMARGO; CALAIS; SARTORI, 2015); pode estar presente em pacientes nefrológicos em tratamento para hemodiálise (COSTA; COUTINHO; SANTANA, 2014). Afeta de modo importante os cuidadores: cuidadores de pessoas com transtorno mental (DERAJEW *et al.*, 2015), de pessoas com doença renal crônica (COSTA; COUTINHO, 2016), e familiares de pessoas hospitalizadas (BELAYACHI *et al.*, 2013).

Devido a sua incidência, é importante reconhecer sinais e sintomas da depressão, que pode ser caracterizada por humor deprimido, alterações de pensamento, percepção, condição física e comportamento social, concentração, atenção, autoimagem e autoconfiança, ideias pessimistas e de suicídio (ALIC *et al.*, 2014). Ainda, segundo a OMS, a depressão manifesta-se por sintomas como “tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimento de culpa ou autoestima baixa, alteração do sono e apetite, sentimentos de cansaço, baixa concentração” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017, p. 7, tradução nossa).

A pessoa deprimida tem semblante e olhar tristonhos, enrugando a testa, porta-se com os ombros caídos e tem inclinação a chorar. Outros sinais que podem ser vistos em uma pessoa com depressão são: humor depressivo; desânimo; falta de interesse e prazer; isolamento; indecisão; lentidão; humor irritável, deixando a pessoa incomodada com facilidade, ou a pessoa retorna a sentir-se deprimida ainda que diante de uma fonte de distração. Pode haver apatia e ausência de tristeza (LOUZÃ NETO; HELKIS, 2007).

Os sintomas da depressão envolvem sentimento de tristeza, desesperança e intensa dor; as pessoas relatam não conseguirem chorar, dificuldades no sono, insônia no meio da noite; redução do apetite e perda de peso; contudo, há indivíduos que têm aumento da ingestão alimentar, ganho de peso e que passam a maior parte do tempo dormindo; apresentam, ainda, ansiedade e dificuldade na concentração e relatam piora dos sintomas durante a manhã (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Há dificuldade no raciocínio, na concentração, memorização, organização, planejamento; a pessoa com depressão acredita que todos os problemas têm o mesmo nível de dificuldade na sua resolução ou intensifica a gravidade dos mesmos; quando não existe um problema aparente, a pessoa cria algum problema. Aquele que tem depressão apresenta pensamentos negativos e sentimentos pessimistas, medo, ideias de menos-valia, baixa autoestima, inferioridade, desespero, sensação de vazio, pensamentos de morte. Quando a depressão se apresenta com sintomas psicóticos — em que a percepção da realidade é alterada — há presença de delírios coerentes com o humor, tais como delírio de culpa, de ruína, de perseguição (LOUZÃ NETO; HELKIS, 2007).

A depressão interfere na linguagem, pensamento, imaginação, aparência, atitude e pragmatismo do indivíduo, bem como na energia e na conclusão de tarefas (QUEVEDO; SILVA, 2013; LOUZÃ NETO; HELKIS, 2007), gerando incômodos físicos e modificações sexuais (LOUZÃ NETO; HELKIS, 2007). Com isso, piora o desempenho escolar e laboral, com conseqüente comprometimento dos âmbitos social, ocupacional e interpessoal de vida do indivíduo.

Ainda que algumas manifestações sintomáticas — tais como humor rebaixado, falta de energia e diminuição das atividades, perda de prazer e interesse, dificuldade na concentração, no sono e no apetite, diminuição da autoestima e autoconfiança, ideias de menos-valia e culpa — sejam comuns (CID-10, 2008), quando observadas a quantidade e a gravidade desses sintomas os episódios depressivos são categorizados em três graus: *leve*, *moderado* e *grave*, mencionados abaixo (JORGE, 2014).

Quando a pessoa está no estágio *leve*, há sofrimento devido aos sintomas, contudo ela mantém, com esforço, o desempenho de suas atividades diárias e de autocuidado (JORGE, 2014), estando presentes dois ou três dos sintomas citados acima (CID-10, 2008). No estágio *moderado*, há grande dificuldade para desempenhar tais atividades (JORGE, 2014), constando quatro dos sintomas anteriormente citados (CID-10, 2008). E, por fim, no estágio *grave* os sintomas se agravam, causando intenso sofrimento para a pessoa; nesse episódio há importante risco de suicídio (JORGE, 2014). No estágio mais grave da depressão, os sintomas são angustiantes, há perda da autoestima, presença de sentimentos culposos e de menos-valia, ideação e atos suicidas, intensa dificuldade em realizar atividades sociais e cotidianas, incluindo atividades humanas básicas, podendo ainda apresentar sintomas psicóticos — alucinações e delírios (CID-10, 2008). Conforme a referência de classificação de doenças adotada neste trabalho, os episódios depressivos e transtornos depressivos (F32 e F33, respectivamente)⁹ podem ser classificados conforme disposto no Quadro 3, logo a seguir (CID-10, 2008).

QUADRO 3 - CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA DA DEPRESSÃO SEGUNDO CID-10 (continua)

NOMENCLATURA	DESCRIÇÃO
F32.0	Episódio depressivo leve
F32.1	Episódio depressivo moderado
F32.2	Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos
F32.3	Episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
F32.8	Outros episódios depressivos
F32.9	Episódio depressivo não identificado
F33	Transtorno depressivo recorrente

⁹ O CID-10 estabelece um número de classificação para cada doença. Nesse caso, os eventos depressivos estão na classe F32 e os episódios depressivos em F33 (CID-10, 2008).

(conclusão)

F33.0	Transtorno depressivo recorrente episódio leve
F33.1	Transtorno depressivo recorrente episódio moderado
F33.2	Transtorno depressivo recorrente atual episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos
F33.3	Transtorno depressivo recorrente atual episódio depressivo grave com sintomas psicóticos
F33.4	Transtorno recorrente em remissão
F33.8	Outros transtornos depressivos recorrentes
F33.9	Transtorno recorrente sem especificação

FONTE: Adaptado de CID-10 (2008).

A depressão é uma doença que pode se apresentar em fases; assim, seu início pode ser repentino e espontâneo, bem como é capaz de durar meses ou anos havendo possibilidade de tornar-se crônica; há os indivíduos que têm depressão uma única vez e há aqueles que têm depressão repetidas vezes ao longo da vida. É uma doença que pode ser leve ou tão intensa que se torna incapacitante, prejudicando a capacidade laboral, escolar e de enfrentamento do indivíduo, tendo potencial de suicídio (LOUZÃ NETO; HELKIS, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017, tradução nossa).

A pessoa que sofre com depressão pode ter um desejo passivo de morte, uma crença de que aliviaria a carga das demais pessoas se ela estivesse morta, ou pensamentos recorrentes de morte. Os casos mais graves compreendem a ideia fixa de morte com o planejamento do suicídio. Nesses casos, a pessoa pode organizar suas finanças e estabelecer os meios, o local e o momento para realizar o ato. Como a depressão interfere em várias dimensões da vida do indivíduo, o disparador para o suicídio pode ser a ideia de findar o sofrimento, de desistir das dificuldades que julga insuperáveis, ou mesmo de diminuir o sofrimento das pessoas com quem convive (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014). Sadock, Sadock e Ruiz (2017) apontam que das pessoas deprimidas, 2/3 pensam em suicídio e 10% a 15% o cometem.

Das pessoas deprimidas que estão sem tratamento ou com tratamento desajustado, 15% consumam o suicídio, por isso é imperioso investigar ideação de morte, inquerindo se a pessoa deseja estar morta, mas não pensa em se matar, se ela imagina o suicídio, mas não o estrutura, ou em casos graves, se ela engendra os pormenores de como fazê-lo (LOUZÃ NETO; HELKIS, 2007).

Tendo em vista o impacto dos sintomas e a influência que a alteração de humor pode desenvolver na vida da pessoa com depressão, o tratamento dessa doença faz-se relevante e visa a segurança e o bem-estar bem como busca reduzir fatores estressores, eliminar sintomas e a restauração da funcionalidade da pessoa. As pessoas que têm depressão podem ter recaídas; quanto mais recaídas, menor é o espaçamento entre um episódio depressivo e outro e mais intensos eles são, por isso a importância de procurar ajuda, pois o tratamento da depressão acelera a recuperação do quadro, amenizando os sintomas (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

Algumas formas de tratamento para a depressão são descritas. O tratamento hospitalar somente é indicado para os casos mais graves em que há risco de suicídio ou homicídio, quando a pessoa apresenta importante incapacidade de se alimentar e se proteger, quando sua rede de apoio está rompida ou quando a evolução dos sintomas é rápida (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017). Os demais recursos terapêuticos incluem o uso de psicofármacos, psicoterapia e psicoeducação (QUEVEDO; SILVA, 2013).

Quando detectada em estágios leves, a depressão pode ser tratada com psicoterapia e reabilitação, entretanto a dificuldade das pessoas em procurar ajuda de profissionais de saúde está em não considerarem a depressão como problema de saúde que necessita tratamento (ALIC *et al.*, 2014). Habitualmente, o tratamento inclui a terapêutica medicamentosa, formas de psicoterapia individual (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017; JORGE, 2014), psicoterapia familiar (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017) e práticas grupais, como as desenvolvidas nos serviços comunitários de saúde mental, como os CAPS (JORGE, 2014).

As ofertas terapêuticas desenvolvidas nos CAPS envolvem o contexto do indivíduo adoecido e enfocam a sua inserção e integração social e familiar (BRASIL, 2002). Essa abordagem integral é interessante, pois essas pessoas apresentam dificuldades relacionadas ao apoio social, ao estigma social e situação econômica, importante perda de autonomia na realização de tarefas cotidianas e laborais, forte dependência de outras pessoas e sobrecarga familiar (JORGE, 2014). Ainda que a manifestação dos sintomas seja semelhante para as pessoas que sofrem com depressão, o cuidado ofertado a elas está em constante construção, pois a relação com cada pessoa cuidada é singular (ROCHA, 2014).

A pessoa com depressão tem consciência do momento que vive e do que a rodeia, consegue perceber seus problemas, mas tem dificuldade em resolvê-los e enfrentar esse momento sem auxílio. Nesse sentido, a atuação de enfermagem consiste nas conversas, na escuta, no acolhimento das demandas desse indivíduo, na proximidade, no estabelecimento de vínculo, no fortalecimento da autonomia e da cidadania, no fortalecimento de laços sociais e familiares e na oferta de cuidado a esses familiares. Ações como observação alimentar, estimulação da sociabilidade, observação do padrão de sono e uso regular da medicação, quando prescrita (ROCHA, 2014), são cuidados de enfermagem importantes para a pessoa com depressão.

Além do auxílio profissional e dos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem, devido aos impactos negativos ocasionados pela depressão em diversas áreas da vida (IGREJA; PAIVA; MORATO, 2017), é importante e requisitado o auxílio para a reabilitação, visto que fatores psicossociais auxiliam na recuperação da pessoa que tem

depressão, como a presença de amigos e a estabilidade familiar e social (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

A família tem importância central como rede de apoio e referência, que auxilia o indivíduo a se organizar e perceber o universo além do seio familiar (ACOSTA; VITALE, 2010), auxilia a pessoa adoecida no seu tratamento e a sensibiliza para a terapêutica medicamentosa, oferta cuidado em situações de crise, apoio financeiro e promoção e ações de lazer (COSTA *et al.*, 2014).

Pode-se perceber a importância do apoio social da família para pessoas adoecidas em estudo realizado por Ahn, Kim e Zhang (2017) ao mostrarem que quando é oferecido apoio positivo, há possibilidade de diminuição dos sintomas depressivos. Por outro lado, um ambiente familiar negativo, associado a outros fatores, pode predispor a pessoa que já tem depressão ao risco de suicídio (CÁCEDA, 2014).

Para Melman (2008), o envolvimento da família no tratamento de pessoas que apresentam transtorno mental tem efeito positivo na melhora e manutenção do quadro clínico.

2.4 O CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS FAMILIARES QUE VIVENCIAM O CUIDADO DA PESSOA COM DEPRESSÃO

A estrutura e a concepção de família sofreram alterações e interferências internas e externas ao longo das épocas, tais como o surgimento da pílula anticoncepcional, a fertilização *in vitro*, a Constituição Federal de 1988 no Brasil; desse modo, foi sendo reconstruído o que se concebia como núcleo familiar natural e ideal (ACOSTA; VITALE, 2010). Assim sendo, inicialmente será descrito, brevemente, um histórico sobre “família”, a fim de contextualizar o cuidado de enfermagem destinado às famílias e familiares que vivenciam o cuidado da pessoa com depressão, objeto de discurso desta seção.

A definição mais organizada sobre a estrutura e o conceito de família se deu a partir do século XVII e se mantém até a atualidade (MELMAN, 2001). Atualmente, “pode-se pensar a noção de família como uma ‘categoria nativa’, ou seja, de acordo com o sentido a ela atribuído por quem a vive”, delimitando-a conforme o que discursa sobre si própria (ACOSTA; VITALE, 2010, p. 26). Assim, é possível entender a família como sendo definida pela história que se conta aos indivíduos por falas, gestos, desde seu nascimento e ao longo dos anos. Cada família tem sua particularidade, dessa forma, cada uma estrutura, constrói e conta sua história à sua maneira, conforme a significância que dá a cada experiência vivida (ACOSTA; VITALE, 2010). Ainda, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a família é

entendida como um conjunto de pessoas que têm entre si ligação de parentesco, dependência doméstica — que é a relação que se estabelece entre a pessoa referência e trabalhadores domésticos e agregados da família — e regras de convivência para pessoas que moram juntas, ainda que não possuam laços de parentesco tampouco dependência doméstica, que residem na mesma unidade (IBGE, 2018).

Contudo, ao retomar essa história, observa-se que a família não tinha contornos ou privacidade; era constituída por várias pessoas, com vínculo consanguíneo ou não, não havia limitações quanto aos deveres diários ou lazer (MELMAN, 2001). Na Europa, as crianças até sete anos moravam com suas famílias de origem, depois dessa idade viviam com outras famílias, a quem ficava o encargo de lhes ensinarem os afazeres domésticos e a educação. Com o advento da escola, as crianças passaram a sair de casa para estudar, logo, a educação deixou de ser feita nas casas de famílias alheias para ser feita em um local específico e próprio para isso, contendo disciplina e rigorosidade. Além disso, propiciou o que Melman (2001) chama a moralização dos homens, apoiada pela Igreja, pelo Estado e pela medicina, conceituando a família com base no afeto entre pais e filhos e entre o casal.

Dessa maneira, era necessária nova organização na família de modo que houvesse separação dos jovens do contexto dos adultos, no sentido mesmo da moralização, o que permitiu maior privacidade na vida doméstica. Aos poucos, a família foi se constituindo em “família nuclear sentimental”, como apontado por Melman (2001, p. 44). É nesse núcleo familiar que o indivíduo pode se fortalecer, fragilizar-se, aprender a lidar com situações cotidianas, amadurecer e experienciar alegrias ou mesmo tristezas e sofrimento. Ainda, nesse lugar é que as necessidades humanas básicas são supridas. Assim, percebe-se a família como ambiente essencial à vivência do homem, de acordo com Costa *et al.* (2014).

No interior dessa família reorganizada começaram a ser mais evidentes algumas questões, entre elas a presença de pessoas com alguma alteração de ordem mental, que necessitavam de intervenção. Assim, houve interferência da Igreja e, posteriormente, da medicina no tratamento dessas pessoas. A medicina mantinha o discurso de afastamento das pessoas adoecidas do ambiente familiar, por entender que a família exercia influência negativa sobre o estado de saúde, propiciando o desequilíbrio mental. Acreditava-se, então, que a própria família era causadora da doença, havendo assim pouca participação familiar no tratamento (MELMAN, 2001). Por muito tempo, esse tratamento foi ofertado no ambiente hospitalar, cuja instalação ficava distante da casa do indivíduo, mantendo-o confinado, afastado de casa e de sua família por extenso período (MELMAN, 2001; ROCHA, 2014), geralmente sob cuidados

de médicos psiquiatras e da enfermagem, que tinham atuação mais autoritária e de segurança (ROCHA, 2014).

Esse cuidado de enfermagem em saúde mental sofreu alterações, simultaneamente às transformações da oferta de cuidado e às mudanças causadas pela globalização, no que se refere às necessidades de cuidado ao indivíduo, família e comunidade (MALVÁREZ, 2007; ROCHA, 2014). Desse modo, a Enfermagem transformou consideravelmente sua função de vigia autoritária dos internados em hospitais psiquiátricos, para agente ativa e fundamental na reabilitação psicossocial, proposta por esse novo modelo de tratamento, o que propiciou um campo de cuidado singular para a profissão. Destarte, a prática da enfermagem desenvolveu-se em um novo contexto na área de saúde mental, agora como integrante de uma equipe multiprofissional, desempenhando não apenas atividades objetivas e inerentes ao núcleo da enfermagem, como também as que são desenvolvidas no campo da saúde mental pelos demais profissionais, possuindo como ferramentas terapêuticas a escuta, o acolhimento, o incentivo à autonomia, a afetividade, a aproximação; ações que perpassam a subjetividade e requerem da enfermagem uma prática reflexiva, flexível, que se reinvente e acolha o que é novo e não habitual (ROCHA, 2014).

Tornou-se primordial a transição da prática de enfermagem em relação ao sofrimento psíquico da população devido aos processos sociais, aos determinantes e condicionantes de saúde que evidenciaram ou favoreceram o surgimento de agravos como a depressão (MALVÁREZ, 2007). Assim, emerge o cuidado de enfermagem às pessoas com depressão, bem como um cuidado aos familiares (BRASIL, 2005; MELMAN, 2001), visto que estão inseridos nessa vivência de cuidado à pessoa em sofrimento mental e que há dificuldades no convívio entre eles (JORGE, 2014).

É no grupo familiar que são ofertados cuidados à pessoa em sofrimento psíquico sendo importante haver na família sentimentos afetivos, respeito e apoio à pessoa adoecida, e suporte de outros indivíduos e instituições. Tal cuidado, muitas vezes, gera sentimentos de limitações para a família, especialmente devido às alterações ocorridas na própria dinâmica familiar, que precisa ser reorganizada em virtude das manifestações do transtorno mental (COSTA *et al.*, 2014), haja vista que o surgimento de uma doença fragiliza e desestrutura o indivíduo, tornando-o vulnerável. Nesse sentido, o cuidar reconstrói esse indivíduo em todas as dimensões, incluindo o seu entorno; podemos citar a reconstrução inclusive dos familiares com quem convive. Para essa reestruturação são necessários instrumentos precisos e adequados às necessidades multidimensionais desse indivíduo (ROSELLÓ, 2009).

O cuidado de enfermagem é considerado a essência e o norteador da prática dessa profissão. Fundamentalmente, a enfermagem busca compreender o processo saúde-doença e qual a resposta humana a esse processo, respeitando a dignidade do indivíduo no desempenho desse cuidar complexo, profundo, verdadeiro, primordial e fundamental. O processo do cuidar em enfermagem consiste em se colocar na posição que o outro ocupa naquele momento, buscando interesse, individualidade, pensando como esse cuidado será prestado, quais técnicas e saberes serão necessários conforme a demanda de cada indivíduo, em que lugar esse cuidado será prestado e quando ele acontecerá (ROSELLÓ, 2009).

Nessa perspectiva, as contribuições do cuidado para com as famílias permitem que elas se expressem, sejam ouvidas, compreendidas e cuidadas, que possam compreender as dificuldades que vivencia a pessoa adoecida e as fragilidades envolvidas no seu cuidado; colabora ainda para que a família descubra outras formas de enfrentamento dos problemas, permitindo que novos questionamentos e concepções sejam formulados, dando outro significado às suas experiências (COSTA *et al.*, 2014). O cuidado à família é importante visto que a convivência cotidiana e o cuidado à pessoa que tem transtorno mental interferem em vários âmbitos da vida do cuidador (MELMAN, 2001). No entanto, é preciso que essas famílias estejam dispostas a falar dos aspectos afetivos de seu núcleo, como a culpa, a vergonha, a rejeição, o preconceito (COSTA *et al.*, 2014).

As famílias são vistas como essenciais na retomada da autonomia e reinserção social de seus familiares em sofrimento, então, ao cuidar dessas famílias é possível auxiliá-las nesse processo de cuidado, o qual perpassa dificuldades de várias ordens. Esse apoio é ofertado no sentido não de resolver os problemas, mas de apoiá-las para diminuir ou aliviar a sobrecarga de cuidado (COSTA *et al.*, 2014). As incumbências relacionadas a essa sobrecarga envolvem a fragilidade financeira, a instabilidade emocional e a insegurança frente ao cuidado, os frequentes conflitos, o distanciamento desses familiares de seus amigos, de parentes mais próximos e de pessoas do seu círculo social, sentimentos de vergonha, cansaço e frustração (MELMAN, 2001).

A sobrecarga de cuidado do familiar é demonstrada por um estudo realizado no Paraná com familiares de pessoas com transtorno mental. Os participantes relataram vivenciar sentimentos de vergonha e medo; precisaram desfazer-se de bens materiais para suprir as necessidades de cuidado (BRUSAMARELLO *et al.*, 2017). Sentimento de tristeza, angústia, perda, limitação, aprisionamento e medo também foram relatados pelos familiares de pessoas com transtorno mental em estudo no Ceará. Em alguns casos, houve reorganização da dinâmica da família para prover o cuidado à pessoa adoecida (COSTA *et al.*, 2014).

Há, ainda, dificuldades relacionadas a convivência cotidiana, como a vergonha que a família sente e que culmina no isolamento da pessoa adoecida, inclusive dos espaços de socialização familiar e no encargo de cuidado restrito a um familiar (COSTA *et al.*, 2014). O desconhecimento da família sobre a doença e as particularidades que estão envolvidas com o diagnóstico médico, o medo e a falta de paciência são outros fatores que interferem e dificultam o cuidado, que acaba a cargo de apenas um familiar, gerando seu esgotamento ao longo dos anos de cuidado (BRUSAMARELLO *et al.*, 2017). A família pode, por vezes, sentir-se isolada e não ter conhecimento de quais atitudes tomar em relação a dados eventos gerados pela doença, o que pode causar sofrimento para todos. A qualidade do ambiente familiar interfere na dinâmica das crises de um indivíduo com transtorno mental, podendo acolher essa crise e abrandá-la, ou mesmo favorecer seu aparecimento e piora, quando se trata de um ambiente conturbado (JORGE, 2014).

Faz-se importante que os profissionais de saúde tenham percepção dessas singularidades de cada família, para que possam lhe ofertar cuidados que a auxiliem na convivência cotidiana com seus familiares, no reconhecimento de fatores desencadeantes de crises, no estabelecimento de cooperação da família, diminuindo os encargos relativos ao cuidado (MELMAN, 2001). Torna-se igualmente relevante instrumentalizar a família no manejo das crises agressivas, de agitação, de delírios e alucinações e de perda do sono, para manter um ambiente favorável nesse momento de agudização, como também para preveni-lo (COSTA *et al.*, 2014). As equipes multiprofissionais dos serviços de saúde, da qual faz parte a equipe de enfermagem, podem ofertar cuidados às famílias e familiares de pessoas em sofrimento mental (ROCHA, 2014). Esse cuidado à família é essencial, visto que a família pode ser considerada como alicerce das relações humanas; assim, torna-se uma experiência de forte impacto, de privações e desgastes quando há uma pessoa em sofrimento psíquico nesse núcleo (COSTA *et al.*, 2014).

Os familiares participantes do estudo de Costa *et al.* (2014) apontaram que no cuidado voltado às famílias seria imprescindível abordar questões de convivência, de entendimento da doença, de manejo dos eventos agudos, de estímulo da autonomia do familiar adoecido, de integração no cotidiano familiar. Tais objetivos poderiam ser alcançados com a participação em espaços de trocas de experiências entre as famílias e profissionais, em reuniões familiares e com a realização de visitas domiciliares, isso tudo com a participação de profissionais dos serviços especializados — nesse caso o CAPS. Tais intervenções têm como objetivo buscar maior qualidade de vida para a família.

A atenção às famílias envolve auxiliá-las na compreensão da doença do seu familiar: no reconhecimento de sintomas iniciais e de piora e quais as formas de tratamento, na oferta de grupos de apoio/educativos para elas, no reconhecimento de serviços de saúde disponíveis no território, nos efeitos colaterais de medicamentos e informações relacionadas. Essa necessária atenção se torna primordial uma vez que a depressão dificulta ao indivíduo assumir responsabilidades e desempenhar seus papéis, causando inclusive grande impacto no relacionamento familiar (VIDEBECK, 2012).

Integram-se a esse cuidado profissional¹⁰ olhares, gestos, fala, escuta, sendo o diálogo a chave essencial para que essa interação entre os sujeitos possa ser viável, o que requer esforço e dedicação para que se estabeleça (ROSELLÓ, 2009). Depreende-se, portanto, que o cuidado à família da pessoa com transtorno mental tem singular potencialidade na “escuta”. Ayres (2004) expõe que a qualidade na escuta, o querer ouvir, o interessar-se pela história que o outro nos conta é o que faz a diferença na oferta de cuidado de um profissional de saúde.

O profissional de enfermagem, ao tomar ciência da dor do outro e, assim, da importância que a vida desse indivíduo tem para si, propicia o surgimento de uma relação de cuidado, segundo Malvárez (2007); o que ratifica a compreensão de cuidado trazida por Roselló (2009) como sendo o ato de zelar pelo bem da pessoa, de modo que ela própria seja ativa e centro de sua vida. Essa escuta “atenta e empática” aos familiares de pessoas com transtorno mental, que promova acolhida das dúvidas, receios e dificuldades que esses familiares possam apresentar, considerando as singularidades de cada contexto, no sentido de auxiliá-los no cuidado que ofertam (COSTA *et al.*, 2014), é particular ferramenta no cuidado integral em saúde mental.

Nesse sentido, as ações de cuidado aos familiares de pessoas com transtorno mental podem ser desenvolvidas de algumas formas, incluindo atividades de psicologia em grupos, como o psicodrama, terapias familiares sistêmicas e intervenções psicoeducativas (MELMAN, 2001).

É fundamental ao profissional de saúde estar atento e apreender o significado envolto que nos traz um cliente; implica aproximar-se e considerar a totalidade do indivíduo, o que compreende sua história de vida e interpretações que faz sobre ela, suas condições de moradia e trabalho, segurança, preocupações, anseios, objetivos, questões familiares (AYRES, 2004). A

¹⁰ Importante esclarecer, à luz de Roselló (2009), os termos *vocação* e *profissão*. *Vocação* refere-se a um chamado interior de cada pessoa, uma possibilidade, uma inclinação íntima para desenvolver algo. *Profissão* refere-se ao desempenho de dada disciplina no âmbito social de modo externo ao indivíduo, e que requer conhecimentos de ordem técnica, psicológica, humanística, constantemente atualizados, desempenho este não desprovido de certa ligação inata desse indivíduo/profissional. Por isso mesmo, o autor escreve que na enfermagem é importante a relação entre ambas as expressões a fim de se desenvolver uma prática *profissional* que sofra influência da *vocação*, sendo importante que essa prática não seja reduzida a apenas um dos termos, mas que considere ambos.

integralidade do cuidado é característica muito importante no cuidado em saúde mental, e pode ser entendida como a articulação de ações de saúde nos diversos serviços, independentemente da sua finalidade e nível de atenção e que ao considerar a vivência de cada indivíduo proporcionam mudanças na vida deles, por estarem intimamente relacionadas à experiência genuína de seu cotidiano (PEREIRA, 2008).

Essa ideia é corroborada por Roselló (2009) quando descreve que conhecer a vida, a biografia, o valor subjetivo daquilo que é narrado, a história do indivíduo que é cuidado e que está vulnerável¹¹, auxilia na prestação do cuidado. O autor pressupõe, ainda, que a pessoa vulnerável precisa de um cuidado com ternura, delicadeza, sensibilidade, para que possa restaurar sua dignidade.

Percebe-se a estreita relação entre o cuidar e a atuação da enfermagem na saúde mental ao citarmos Roselló (2009) que nos diz que a ação de cuidar requer atenção holística, conforme a necessidade e inspirações do indivíduo no intuito de ajudá-lo a suportar o processo que enfrenta, visto que a vulnerabilidade é tanto a possibilidade quanto o limite do cuidado. Para o autor, o cuidar prescinde de base técnica, antropológica, ética e estética, é complexo, árduo, rico e singular; está intrínseco na condição humana e pode ser assumido por uma profissão, como a enfermagem. Na saúde mental, cuidar envolve a participação da comunidade, dos voluntários e familiares, pois, por mais que o cuidar seja interpessoal, isso não elimina que outros atores possam se fazer presentes nesse processo, por isso a importância da atuação dos profissionais de enfermagem junto às famílias de pessoas com depressão (ROSELLÓ, 2009).

Por fim, entende-se que o tratamento ofertado na comunidade para a pessoa com transtorno mental, figurando dentre esses a depressão, permite que, para além da pessoa que sofre em decorrência do transtorno mental, a atenção para os familiares possa ser construída (MELMAN, 2001), tornando-se fundamental desenvolver estratégias de cuidado à família, com vistas a evitar seu adoecimento e para fortalecer suas estratégias de manejo (BRUSAMARELLO *et al.*, 2017).

¹¹ A vulnerabilidade pode ser entendida como a “fragilidade ontológica” (ROSELLÓ, 2009, p. 129) do indivíduo, ou seja, a fraqueza que pode existir em relação a tudo que envolve essa pessoa em si mesma, considerando suas concepções de existência, de realidade e de essência de forma plena e substancial.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

Esta pesquisa segue a abordagem qualitativa, a qual busca conhecer o contexto do grupo pesquisado para desvelar suas características pouco conhecidas e propor novas concepções a partir dessa investigação. A pesquisa qualitativa estuda as relações, as histórias, as percepções e leituras que indivíduos ou grupos constroem; preocupa-se com o universo de significados que rodeia os entrevistados (MINAYO, 2014).

Adotou-se o referencial metodológico História Oral, cujas pesquisas disseminam e aumentam o conhecimento produzido ao registrar a história vivida pelos colaboradores, demonstrando como essas experiências foram interpretadas e compreendidas por eles, e se conforma em uma alternativa moderna para a “compreensão de comportamentos e sensibilidade humana” (MEIHY; HOLANDA, 2017, p. 9). Nesta pesquisa, a história oral foi utilizada como método por permitir, de forma organizada e rígida, uma investigação com resultados válidos, cujo foco central está nas entrevistas; é sobre elas que os resultados serão efetivados (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Pode-se definir a História Oral como

Um conjunto de procedimentos que se inicia com a elaboração de um projeto e que continua com o estabelecimento de um grupo de pessoas a serem entrevistadas. O projeto prevê: planejamento da condução das gravações com definição de locais, tempo de duração e demais fatores ambientais; transcrição e estabelecimento de textos; conferência do produto escrito; autorização para o uso; arquivamento e, sempre que possível, a publicação dos resultados que devem, em primeiro lugar, voltar ao grupo que gerou entrevistas. (MEIHY; HOLANDA, 2017, p. 15).

Para seu desenvolvimento, a história oral parte de um projeto norteador — considerado âmbito das pesquisas nesse método, por orientar e integrar cada etapa desenvolvida. Em todo o processo de execução desse projeto a colaboração é muito importante. A palavra colaboração é usada por Meihy e Holanda (2017) para descrever a relação entre entrevistado e entrevistador, como sendo de colaboradores da pesquisa, uma vez que tal palavra faz referência ao que é acordado, nunca imposto ou improvisado. Pode-se citar alguns poderes pessoais na elaboração de um projeto em história oral: iniciativa do autor ao entrevistado; poder de condução da entrevista nas mãos do entrevistador (que é quem possui o domínio e a aparelhagem, além da definição do tempo, direcionamento da fala e finalização); liberdade de expressão do entrevistado, podendo dizer o que quiser, selecionar fatos e situações; o entrevistador pode decidir sobre as formas de versão do oral para o escrito; o entrevistado tem o poder de autorizar ou não, excluir alguma parte ou toda sua entrevista, e, após autorização, o entrevistador pode

decidir sobre seu uso no que se refere à proposta do projeto. Tais particularidades o tornam elemento ativo no estudo.

O projeto de desenvolvimento da pesquisa em história oral comporta a entrevista, que é considerada a fonte oral de coleta de dados desse método. As entrevistas são realizadas no tempo atual e com “personagens vivas”, cujo relato é gravado por instrumentos eletrônicos; busca-se abarcar o universo do entrevistado, considerando, para além do conteúdo dito, as expressões faciais, emoções, interjeições produzidas por esse indivíduo para entender o “sentido do encontro”. Essas características nem sempre captadas pelo gravador são integradas à oralidade como componentes de uma sessão, oferecendo dimensão física ao conteúdo audiogravado, visto as narrativas serem o cerne das entrevistas (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Nas entrevistas, a participação do entrevistado e do entrevistador é imperiosa na história oral, haja vista que nesse momento há nuances envolvidas para além da captação do aparelho eletrônico, como dito, que necessitam do contato pessoal, embora a utilização de aparelhos eletrônicos para a gravação das entrevistas seja vista como um suporte recente nesse método, auxiliando no acondicionamento, conservação e uso do material coletado (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Para as gravações das entrevistas alguns cuidados prévios são descritos: a testagem dos aparelhos gravadores, o registro da matrícula da entrevista, do local, da data, do nome do projeto, do nome do colaborador entrevistado e da presença de outras pessoas com seus respectivos nomes. Sugere-se concluir as gravações com esses mesmos cuidados. São previamente organizados data e local de encontro para coleta das entrevistas. Tais cuidados são importantes, tendo em vista que esse momento é tido como crucial por ser a primeira concretização do projeto de pesquisa em história oral (MEIHY; HOLANDA, 2017).

A história oral protagoniza o indivíduo e sua fala no seu ambiente real, considerando seu saber e sua vivência em relação ao cotidiano de tudo aquilo que o rodeia; essa fala legitima sua experiência. A partir de pesquisas em história oral, há possibilidade de transformação da realidade ao propiciar maiores informações profundas sobre um tema ainda não conhecido totalmente (RIBEIRO; MACHADO, 2014). Ao investigar a experiência de um fenômeno, é permitido ao entrevistador desvelar essas histórias a partir da narrativa do indivíduo. Ao recordar e reorganizar fatos é possível ao colaborador responder questionamentos próprios, compreender e ressignificar o que lhe aconteceu (SANTOS JÚNIOR; GUALDA; SILVEIRA, 2013).

A ressignificação de uma vivência acontece ao retomá-la em diferentes instantes e por diferentes pessoas (SILVA, 2014). Além disso, ao narrar essa vivência, permite-se que o outro

acesse esse evento, visto que embora a experiência seja vivida e narrada no individual, faz parte de uma representação coletiva e vivenciada de forma compartilhada (SANTOS JÚNIOR; GUALDA; SILVEIRA, 2013). Para Meihy e Holanda (2017, p. 27), em história oral chama-se “social” o que resulta das experiências que vinculam as pessoas, ao construir uma identidade comum a partir da expressão de sua memória individual e verdadeira pela repetição dos fatos, que virá a configurar a memória coletiva. Pesquisas que se utilizam da história oral para o seu desenvolvimento permitem desvelar, analisar e investigar como as pessoas interpretam o que viveram a partir do momento atual (MINAYO, 2014).

A experiência relativa à doença desnor-teia o indivíduo, sendo necessário aprender outra maneira e outro entendimento para lidar com o acontecido; isso pode ser permitido a partir do momento em que esse indivíduo conta sua história para outro (SANTOS JÚNIOR; GUALDA; SILVEIRA, 2013), como ocorre no desenvolvimento da história oral. A narrativa estabelece relação temporal com eventos e ações vividas, assim, permite analisá-las e compreender as interpretações dadas; para além, a narrativa sobre uma experiência de adoecimento permite reflexão, e a partir disso, julgar, opinar e dar sentido a identidades existentes (SILVA, 2014)

Em todo esse processo, cabe ao pesquisador analisar o que foi gerado com as narrativas: acontecimentos, distinções, identidades, de modo que essas informações expliquem o processo pelo qual passou esse indivíduo e gerem conhecimento para a área de estudo (SANTOS JÚNIOR; GUALDA; SILVEIRA, 2013). Assim, após as narrativas é realizada sua transcrição, considerada o momento da confecção do documento escrito a partir da fonte primária, oral, cujo conteúdo retorna ao entrevistado para autorização, e então, divulgação (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Como método, adotou-se a História Oral Temática Híbrida (MEIHY; HOLANDA, 2017), por aproximar-se, centralizar e destacar as narrativas dos familiares de pessoas que têm depressão. Esse método considera a “objetividade temática”, o entrevistador e colaborador como atores importantes do processo, pois vivenciaram o que se pretende conhecer. Esse método tem ainda a presença de questionário relacionado ao tema como norteador para a condução das entrevistas e permite, ao relacionar os resultados da pesquisa com outros achados, promover debates com outras fontes para, nesse confronto, evidenciar singularidades do estudo em questão (MEIHY; HOLANDA, 2017). Contudo, além de metodologia, pode ser qualificada como ferramenta, técnica, forma de saber e disciplina. Além dessas qualificações, a história oral possui três gêneros, quais sejam a História Oral de Vida, a História Oral Temática e a Tradição Oral (MEIHY; HOLANDA, 2017).

A História Oral de Vida, de acordo com Meihy e Holanda (2017), compreende uma análise das histórias de vida de indivíduos ou da sociedade na sua totalidade, valorizando-os. Pode servir a projetos de história que necessitem a análise para além da recolha do material. Nesse gênero, o que é trazido nas narrativas — improváveis, contraditórias, imprecisas e sensoriais — incluindo irrealidades, supressões e quietudes, é seu conteúdo original. De acordo com Minayo (2014), a história de vida permite compreender como certo grupo reagiu a questões cotidianas ocorridas, bem como sua estrutura organizacional e o surgimento ou declive desse grupo.

Em História Oral Temática considera-se a discussão sobre um assunto central de uma pesquisa, permitindo elucidar circunstâncias opostas sobre dado tema; admite-se o uso de questionário, fundamental para o alcance dos detalhes e para nortear a condução das entrevistas que não se sustentam por si sós. Se a discussão ocorre apenas entre os resultados da própria pesquisa, entre as narrativas, ela é considerada História Oral Temática Pura. Se o confronto ocorre com outras fontes documentais, pode ser considerada como História Oral Temática Híbrida (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Nesse gênero o papel do entrevistador é de condutor da pesquisa, utilizando-se do questionário para clarificar o assunto proposto; assim, é importante a preparação deste previamente à coleta das entrevistas, instruindo-se sobre o assunto a ser investigado (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Ao desvelar as experiências vividas pelos colaboradores, nos é permitido conhecer suas histórias e que seus temas tenham o entendimento necessário e contribuam para a avaliação das políticas públicas. As pesquisas em história oral temática permitem esclarecer um evento, um fenômeno, possibilitam maior proximidade com a experiência vivida e assim apreender como se dá o desenvolvimento e estruturação da formação e dos processos de cuidado em enfermagem (MACEDO *et al.*, 2014).

Os estudos que utilizam a história oral temática, seja como método ou como técnica, na área da enfermagem, têm se desenvolvido em várias regiões do Brasil, especialmente no Nordeste. As áreas investigadas com base em história oral temática envolvem a saúde da mulher, abordando a assistência prestada no parto, as situações de violência e o atendimento a pessoas com doença imunodepressora infectocontagiosa; e na área da educação em enfermagem, investigando a formação da enfermagem e histórico das escolas de enfermagem no país (MACEDO *et al.*, 2014).

Na pesquisa realizada por Macedo *et al.*, (2014) na área de saúde mental, os estudos apresentam o direcionamento na história oral temática, abordando temas de saúde mental e

família, Estratégia Saúde da Família (ESF) e a atenção que desenvolvem nessa área e as práticas terapêuticas desenvolvidas em saúde mental, indicando, segundo os autores, que as pesquisas realizadas coadunam-se com as diretrizes da reforma psiquiátrica.

Em pesquisa bibliométrica realizada, os estudos na enfermagem que se utilizaram da história oral temática como método ou técnica foram desenvolvidos em espaços coletivos, com pessoas em situação de vulnerabilidade e puderam, com seus resultados, elucidar questões que buscaram aprimorar o cuidado de enfermagem além de permitir que os colaboradores refletissem e transformassem sua realidade, sendo atores ativos desse processo histórico (MACEDO *et al.*, 2014).

Segundo Meihy e Holanda (2017), a Tradição Oral não enfoca apenas as entrevistas, mas considera a apreensão de informações sobre fenômenos que rodeiam o grupo, numa descrição detalhada dessa realidade, a partir da participação constante e observação intensa ao longo do tempo, de modo a traduzir da melhor maneira possível o universo daquela cultura. É de execução morosa e demanda intenso entendimento sobre o que se pretende investigar. Aqui, o sujeito é coletivo e a matéria de investigação pode ser festas, rituais, eventos catastróficos, entendimento sobre viver e morrer, organização social, dentre outras.

A História Oral, já descrita conforme a entendem Meihy e Holanda (2017), é um conjunto de procedimentos; logo, a explicitação de como se fará a pesquisa tem destacada relevância, pois permite projetar a dimensão e complexidade do que será estudado. Assim, a harmonização dos conceitos de “comunidade de destino”, “colônia” e “rede”, de modo hierarquizado e do geral para o particular, orienta a adequada exequibilidade da pesquisa e facilita seu desenvolvimento, dando densidade ao projeto, visto que a partir de sua especificação são designadas as entrevistas. Tal caracterização nesta pesquisa pode ser verificada na Figura 1.

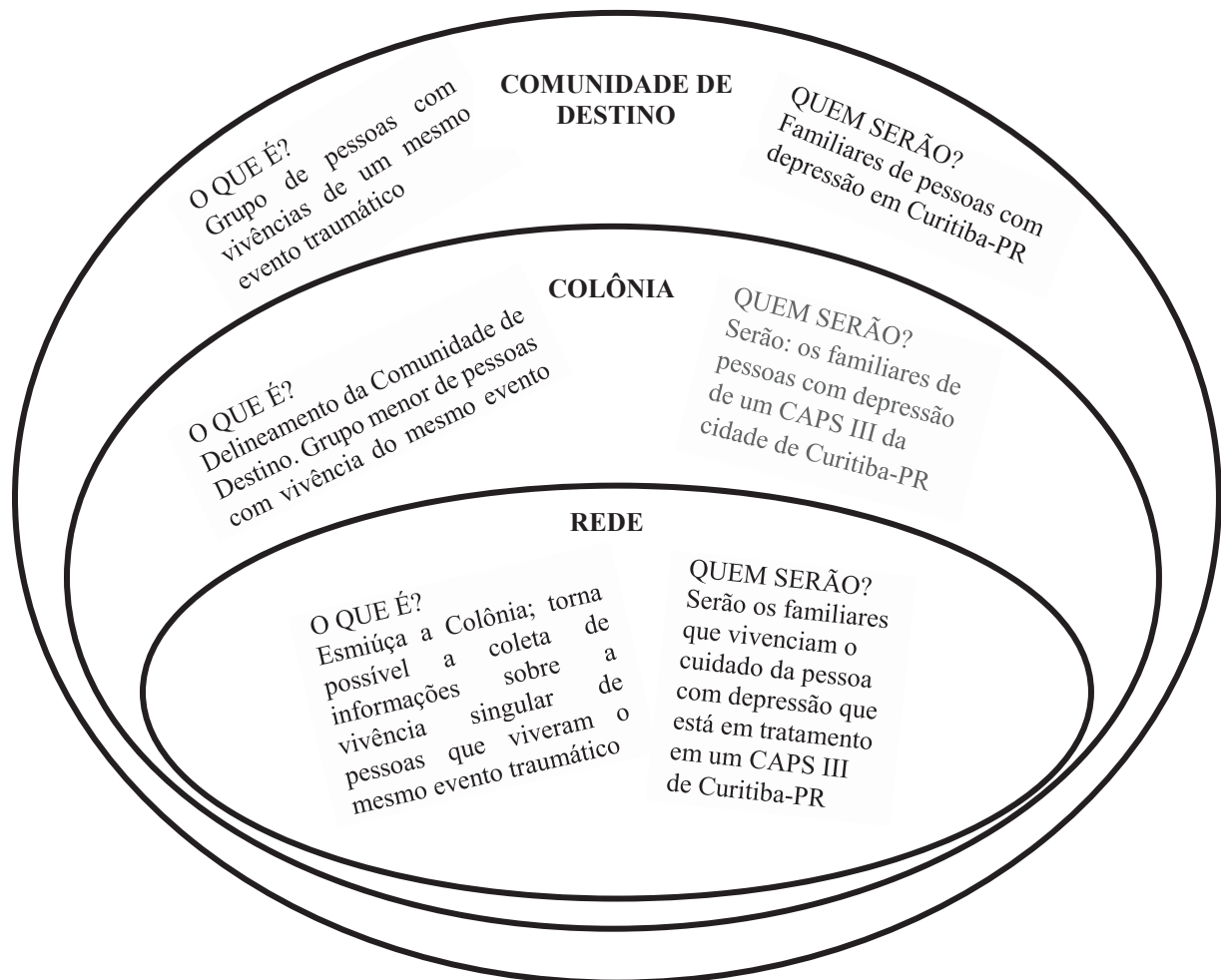
A comunidade de destino pode ser entendida como um grupo de pessoas, no todo, com vivências físicas ou subjetivas que lhes foram traumáticas ou dramáticas em comum que geraram consequências na sua vida, rotina, trajetória; ao lembrarem desses eventos afins comunitários, constitui-se a memória coletiva (MEIHY; HOLANDA, 2017). Essa memória coletiva provém da repetição e da tomada de consciência dessa vivência traumática comum que repercute em comportamentos determinados a partir do fixado na memória. No estudo aqui apresentado, a comunidade de destino são os familiares de pessoas que têm depressão.

Meihy e Holanda (2017) explicam que a colônia é uma parcela representativa da comunidade de destino, sendo a primeira divisão dela; é necessária para um afinamento do coletivo de modo a facilitar seu entendimento e a viabilidade do estudo; mantém as

características comuns e o elo com a comunidade de destino. Neste estudo, a colônia será representada pelos familiares de pessoas com depressão de um CAPS III da cidade de Curitiba-PR.

Para finalizar, tem-se a rede, considerada pelos autores uma subdivisão da colônia, sendo a menor representação da comunidade de destino. A rede propicia um entendimento minucioso e profundo da vivência diferente de cada entrevistado sobre uma mesma experiência (MEIHY; HOLANDA, 2017). Aqui, entende-se que a rede serão os familiares que vivenciam o tratamento da pessoa com depressão.

FIGURA 1 - DELINEAMENTO DOS COLABORADORES EM HISTÓRIA ORAL



FONTE: A autora (2019).

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

A seguir é descrito o percurso metodológico percorrido nesta pesquisa.

4.1 LOCAL

O local para realização da pesquisa foi um CAPS III, situado na cidade de Curitiba-Paraná. Sua gestão é realizada por uma fundação estatal em parceria com a Prefeitura Municipal de Curitiba. Segundo dados coletados diretamente com a coordenação do referido serviço, atualmente há 185 usuários inseridos em tratamento no CAPS em questão, cuja área de abrangência envolve os distritos sanitários Pinheirinho, com 161.164 habitantes; Matriz e Portão, com 175.594 habitantes. Compreende, assim, uma população total de 336.758 habitantes. Além disso, o referido CAPS possui 27 Unidades de Saúde adstritas. A identificação do CAPS local deste estudo foi preservada de maneira a assegurar seu anonimato, tomada como sugestão da coordenação geral dos CAPS quando da apresentação do projeto que delineou essa pesquisa.

O CAPS III em questão tem capacidade para 8 leitos de acolhimento noturno integral cadastrados no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do SUS, atendendo casos novos, encaminhados pelos serviços de saúde, tais como as unidades de saúde adstritas/de referência, hospitais gerais, hospitais psiquiátricos, UPAS ou demanda espontânea, e casos já em tratamento no serviço. Além de acolhimento noturno integral, incluindo fins de semana, feriados e período noturno, o serviço oferece atividades terapêuticas individuais, grupais, familiares, acolhimento de novos usuários, atenção à crise, articulação da rede de cuidados com demais dispositivos da RAPS, visitas domiciliares, discussões de casos e colegiados com demais serviços da rede, dentre outros, diariamente das 8 às 18 horas.

A Figura 2, logo abaixo, ilustra os CAPS existentes no município de Curitiba e permite aproximação com os distritos ligados ao serviço aqui apresentado. De outubro de 2018 até agosto de 2019 ocorreram reordenamentos de quatro destes dispositivos no município, que se tornaram territoriais, ou seja, há um CAPS por território que presta atendimento a pessoas com transtornos mentais severos e graves e às pessoas que sofrem em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, na mesma estrutura e com a mesma equipe. Essa reorganização não é abordada na Figura 1, visto não haver disponível mapa com o novo arranjo.

FIGURA 2 - CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE CURITIBA E DISTRITOS SANITÁRIOS ADSTRITOS



FONTE: IPPUC (2018).

Em relação à organização do trabalho, há no serviço o modelo de equipes de referência¹², cujas características estão dispostas no Quadro 4. Devido a essa organização gerencial, em todas as reuniões que ocorrem, semanalmente, discute-se o quadro clínico e as propostas de intervenção dos usuários que já estão em acompanhamento, dos novos usuários inseridos, dos usuários que realizaram atendimento no CAPS em outras ocasiões, cujo cuidado se dará em algum outro ponto da rede, e de assuntos e temáticas pertinentes ao trabalho no referido serviço.

A organização da escala de trabalho da equipe multiprofissional do referido serviço é apresentada no Quadro 5. A equipe de enfermagem tem escala singular, tendo em vista o trabalho em feriados e fins de semana, bem como o trabalho no terceiro turno. Esses dados são apresentados no Quadro 6.

QUADRO 4 – COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA

COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA CAPS III					
Miniequipe A*	Reunião de Miniequipe	US de referência	Miniequipe B*	Reunião de Miniequipe	US de referência
1 psiquiatra 1 enfermeiro - período diurno 1 enfermeiro responsável técnico 2 terapeutas ocupacionais 1 assistente social 2 psicólogas 4 técnicas de enfermagem	Quartas-feiras à tarde	13 unidades	1 psiquiatra 1 enfermeiro - período diurno 1 enfermeiro responsável técnico 1 terapeuta ocupacional 1 assistente social 2 psicólogas 4 técnicas de enfermagem	Quintas-feiras, pela manhã	14 unidades

FONTE: A autora (2019).

NOTA: *Miniequipe A e B: assim nomeadas para preservar local da pesquisa.

QUADRO 5 – CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL (continua)

Profissional	Quantitativo *	Turno de trabalho
Médico Psiquiatra	2	1 psiquiatra com horários alternados nos turnos matutino e vespertino (total de 120 horas mensais) 1 psiquiatra turno vespertino (total de 104 horas mensais)
Psicólogo**	4	2 matutino e 2 vespertino
Assistente Social	2	1 matutino e 1 vespertino
Terapeuta Ocupacional	2	1 matutino e 1 vespertino
Assistente Administrativo	2	8 horas/dia
Enfermeiros***	6	1 por turno diurno 1 em cada período noturno

¹² Equipes de referência são arranjos dos serviços de saúde para facilitar um vínculo específico entre um grupo de profissionais e dado número de usuários com poder de decisão no interior de cada equipe (BRASIL, 2007).

(conclusão)

Técnicos de Enfermagem****	16	4 no período matutino 5 no período vespertino 5 no período noturno 1 4 no período noturno 2
Coordenação	2	1 gerente assistencial 1 gerente administrativo 8 horas/dia
Higienização (de empresa prestadora de serviço terceirizada)	2	8 horas/dia

FONTE: A autora (2019).

NOTAS: *Apresenta-se aqui o total de profissionais cadastrados no serviço.

**Psicólogos têm carga horária de 36 horas/semanais; realizam um plantão de 12 horas na semana.

***A partir de julho/2019 a escala noturna passou a contar com enfermeiro folguista.

****A escala apresentada é desta forma devido procedência do setor de recursos humanos.

QUADRO 6 – CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

CONSTITUIÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM - CAPS III					
	Matutino	Vespertino	Noturno* (12x36h)	Fins de semana**	Feriado***
Enfermeiro	2	2	1 em cada noite	1 em cada turno	1 em cada turno
Técnico de Enfermagem	4	5	4 na noite 1 3 na noite 2	2 em cada turno	2 em cada turno

FONTE: A autora (2019).

NOTAS: * Equipes do noturno têm o mesmo quantitativo para trabalho na semana, fins de semana e feriado.

**Cada trio de profissionais trabalha um final de semana quinzenal, sendo um sábado e um domingo trabalhados ao mês.

*** Nos feriados o quantitativo de profissionais é 1 enfermeiro e 2 técnicos de enfermagem.

O referido CAPS III trabalha com a figura do TR, profissional que articula e acompanha o cuidado do usuário. Os profissionais de nível superior que atuam no período diurno contam com cerca de 20 usuários sob sua referência. Há a atuação do Enfermeiro Responsável Técnico diurno que atua mais diretamente na articulação de questões relacionadas aos usuários em acolhimento noturno integral, na liderança à frente da equipe de enfermagem e articulações clínicas necessárias no núcleo da miniequipe.

Semanalmente acontece uma reunião geral com os profissionais do serviço para repasse de informações administrativas por parte da gestão, organização de atividades alusivas a comemorações, discussão de casos mais prementes, apresentação de projetos de pesquisa, dentre outros. A presente pesquisa, quando de seu início, foi apresentada neste espaço para ciência de profissionais e coordenadoras sobre a presença da pesquisadora no local. Pretende-se apresentar devolutiva dos resultados aqui dispostos, quando do fechamento desta dissertação, nessa reunião geral, por entendê-la propícia para tais ações.

No que se refere à estrutura física, o local comporta salas de atendimento individual, sala de atendimento em grupo e reuniões de equipe, sala para passagem de plantão e armazenamento de prontuários ativos, sala de enfermagem, sala de observação, sala

administrativa com sacada; dois quartos com banheiro para os usuários em acolhimento noturno com sacada (separa-se usuários femininos e masculinos), um refeitório com churrasqueira e 2 salas, garagem, jardim com piscina concretada, cozinha, quarto para descanso dos profissionais com banheiro.

4.2 COLABORADORES

Os colaboradores deste estudo foram os familiares que cuidavam da pessoa com depressão ou acompanhavam seu tratamento no referido CAPS III. Pensou-se nessas pessoas (familiares) considerando a incidência, gravidade e interferência dos sintomas de depressão na atualidade, não apenas na vida do indivíduo adoecido, mas também do familiar que acompanha seu tratamento e lhe oferta cuidados necessários à reabilitação.

Para recrutar os colaboradores foram afixados cartazes (convites) nos murais do referido serviço (Apêndice B), convidando-os a participarem da pesquisa e, se quisessem participar, fazendo contato com a pesquisadora, conforme a indicação nos referidos cartazes. Quando a manifestação de interesse foi feita a algum profissional da equipe multiprofissional do referido CAPS, esse profissional orientava o colaborador a procurar diretamente a pesquisadora, assim como relatava à pesquisadora sobre a procura desse provável colaborador. Quando do primeiro contato com a pesquisadora, manifestando o interesse em participar da pesquisa, agendava-se a data e horário da entrevista, sendo entregue um lembrete desse agendamento para o colaborador.

Como critérios de inclusão foram definidos ser familiar da pessoa em tratamento para depressão no CAPS III; nesse caso considerou-se “familiar” a pessoa que cuidava e/ou acompanhava o tratamento, fosse ela pai, mãe, filho, avós ou outro membro da família, com ou sem vínculo consanguíneo; que a pessoa em tratamento apresentasse diagnóstico confirmado de depressão, desde os diagnósticos de CID F32.0 e suas categorizações, até F33 e suas categorizações, conforme já disposto no Quadro 3. Esse diagnóstico foi inicialmente coletado mediante constatação em documento administrativo do serviço, posteriormente foi confirmado no prontuário do paciente, por profissional do serviço. Como último critério de inclusão, o familiar que tivesse disponibilidade para responder as questões da pesquisa.

Como critérios de exclusão elencou-se o familiar que indicasse não disponibilizar tempo para responder as questões da pesquisa e familiar menor de idade.

Com isso, participaram desta pesquisa 4 colaboradores, conforme disposto no Quadro 7, abaixo. Dos participantes que se enquadraram nos critérios de exclusão, o delineamento dos

motivos encontra-se descrito a seguir: 5 familiares se recusaram a participar do estudo; com 5 familiares não foi possível contato; 1 familiar desistiu da participação; 7 pacientes tiveram alta melhorada ou abandonaram o tratamento no CAPS logo no início do recrutamento; 4 pacientes apresentavam diagnóstico que poderiam gerar conflitos de informação em relação aos cuidados ofertados à pessoa somente com diagnóstico de depressão; 1 paciente teve mudança do diagnóstico de depressão; 4 pacientes não tinham familiar que os acompanhava e/ou cuidava, 1 familiar era menor.

QUADRO 7 – CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES

Colaborador	Grau de Parentesco	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade ¹³	Ocupação	Nº de pessoas na casa	Religião
1 Vitória	Mãe	F	60	Divorciada	Ensino fundamental completo	Cuidadora de idosos	3	Evangélica
2 Eloísa	Esposa	F	58	Casada	Ensino médio incompleto	Cuidadora	3	Evangélica
3 Antonia	Irmã	F	58	União estável	Ensino fundamental incompleto	Diarista	4	Católica
4 Augusto	Irmão	M	42	Solteiro	Ensino médio profissionalizante completo	Entregador	3	Não tem

FONTE: A autora (2019).

4.3 COLETA DE DADOS

As entrevistas são caracterizadas como o cerne, o ponto fundamental das pesquisas em História Oral, requerendo atenção e cuidado por parte do pesquisador. Assim, de acordo com o método utilizado nesta pesquisa, a coleta de dados seguiu as recomendações de Meihy e Holanda (2017).

Tomou-se o cuidado de criar um ambiente acolhedor e seguro para a coleta de dados, buscando respeitar e acolher esse momento singular em que o colaborador revela sua história tão particular de cuidado, que poderia suscitar emoções. Foi explicitado, ainda, que a

¹³ Conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: pré-escola: para as crianças com idade de quatro a cinco anos; ensino fundamental: inicia-se para as crianças aos 6 anos e tem duração de nove anos, sendo obrigatório; ensino médio: duração mínima de três anos sendo a etapa final da educação básica (BRASIL, 1996).

participação na entrevista não interferiria no atual momento de tratamento do familiar. A pesquisadora apresentou-se como tal e como estudante desde o momento do contato inicial com cada colaborador, explicitando que naquele momento, embora sendo profissional do serviço, a postura e atuação era voltada à academia. Ainda que tenha sido o primeiro trabalho da pesquisadora com o método escolhido, as ponderações trazidas pelo método foram levadas em consideração para o bom desenvolvimento de toda a dissertação.

A coleta de dados — ou seja, as entrevistas propriamente ditas — foi realizada pela pesquisadora no contraturno ao horário de trabalho, em horário previamente agendado conforme a preferência do colaborador, durante o período diurno, entre as 7 e as 18 horas, de segunda a sexta-feira, em uma das salas do CAPS III proposto para este estudo. A duração média das entrevistas foi de 60 minutos e estavam presentes na sala apenas o colaborador e a pesquisadora.

A partir do momento em que, na sala reservada, o colaborador assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após sua leitura e explicação, prosseguia-se para a entrevista propriamente dita. Inicialmente, eram ligados os dois aparelhos audiogravadores, ao mesmo tempo, visando garantir o registro da narrativa, pois em caso de haver falha na gravação por um aparelho, o mesmo momento que foi deixado de gravar por ele seria memorizado pelo segundo dispositivo. Foram considerados os cuidados relativos ao procedimento de audiogravação de entrevistas, de acordo com Meihy e Holanda (2017). A seguir, eram coletadas as informações iniciais propostas e ao colaborador era perguntado sobre como era o dia a dia de cuidado de seu familiar com depressão, seguindo o roteiro de entrevista semidirigida (Apêndice A) utilizado pela pesquisadora.

Para as anotações relacionadas ao percurso do projeto de pesquisa, envolvendo desde os contatos com os colaboradores; considerações sobre as entrevistas desde seus agendamentos e conduções até questões a elas pertinentes como emoções, interjeições, interrupções; até reflexões, percepções, potencialidades, fragilidades e direcionamentos, foi utilizado o Caderno de Campo (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Após a coleta das entrevistas, que foram realizadas uma única vez com cada colaborador, e transcrição dos relatos para a escrita, a versão final do texto foi estabelecida e devolvida aos colaboradores para apreciação e autorização, dada com a assinatura na Carta de Cessão dos Direitos (Anexo B), conforme Meihy e Holanda (2017), com horário e data previamente agendados, conforme a disponibilidade de cada colaborador.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

No que tange aos aspectos éticos, esta pesquisa foi iniciada somente após sua aprovação pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba (Anexo C) sob parecer número 3.000.661 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, sob o parecer número 2.898.381 (Anexo D).

Todas as instituições e/ou organizações que desenvolvam pesquisas envolvendo seres humanos podem firmar um ou mais Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme for a necessidade dessa instituição desde que atenda a normas estabelecidas. Esses CEP foram criados de modo a resguardar os interesses, a integridade e a dignidade das pessoas que participam de pesquisas e também para assegurar que as pesquisas transcorram de acordo com padrões éticos; são descritos como colegiados compostos por multiprofissionais, atuam de forma independente, e têm significância pública; atuam de forma consultiva, também têm caráter deliberativo aprovando, reprovando, sugerindo adequações de projetos e pesquisas, e também de forma educativa (BRASIL, 2013b).

Em seu desenvolvimento, esta pesquisa respeitou o disposto na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Ministério da Saúde, que elenca normativas sobre as pesquisas que são realizadas envolvendo seres humanos “sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado” (BRASIL, 2013b, p. 1), tendo sido resguardados os preceitos éticos desta resolução com a assinatura do TCLE por parte do colaborador e da pesquisadora.

Para participar, os colaboradores receberam esclarecimentos a respeito dos objetivos e metodologia da pesquisa, da condução e audiogravação das entrevistas e divulgação dos resultados; aos colaboradores foi explicada a gratuidade de sua participação, o zelo no sigilo dos relatos e que lhes era assegurado o direito de desistir da pesquisa sem ônus. Após esses esclarecimentos, foi entregue o TCLE para leitura e assinatura, e esclarecidas as dúvidas.

Nos relatos, os nomes dos colaboradores foram substituídos de modo a manter a individualidade e a personalidade de cada colaborador. As iniciais de seus familiares, bem como dos profissionais e quaisquer outras pessoas que porventura foram mencionados, foram substituídas por letras relacionadas. Como exemplo, quando se nomeou o irmão, a inicial adotada para o nome desse irmão foi I (de irmão); quando se nomeou o psicólogo, a inicial foi P (de psicólogo ou profissional); quando se falou o nome de filho, a inicial adotada foi F (de filho).

Quando da devolutiva da versão final do texto para o colaborador, este concordou com o texto escrito para livre uso, assinando a Carta de Cessão de Direitos (Anexo B), visto esse documento ser essencial nas pesquisas em história oral por garantir a legalidade dos dados audiogravados e do que foi produzido ao final da pesquisa (MEIHY; HOLANDA, 2017).

O presente estudo faz parte da pesquisa intitulada “Histórias e experiências vividas por portadores de transtornos mentais e seus familiares” que tem como objetivo conhecer a história e as experiências vividas por pessoas com transtorno mental e seus familiares.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

A partir do método escolhido para a presente pesquisa, história oral temática híbrida, a análise dos dados obtidos nas entrevistas foi realizada à luz de orientações da obra de Meihy e Holanda (2017). Esses autores explicam que a etapa de análise da entrevista em história oral é parte integrante do projeto da pesquisa, cujo objetivo determina o direcionamento das entrevistas e a decisão de análise, ou não, dessas informações. Essa etapa acontece após a constituição dos dados das entrevistas e depois de elencados os aspectos de discussão com outras fontes documentais, e não se constitui na divisão ou no resumo da fala, mas na definição de seus temas relevantes, não tendo sido utilizados *softwares* para análise e/ou transcrição das entrevistas. Para Alberti (2013), a análise dos dados em história oral requer o cuidado que um documento exige, visto que é esse documento que aproxima o entrevistador do seu objeto de estudo.

Alguns aspectos são relevantes na análise dos dados, segundo Ferreira (2000, p. 33),

o oral nos revela o "indescritível", toda uma série de realidades que raramente aparecem nos documentos escritos, seja porque são consideradas "muito insignificantes" - é o mundo da cotidianidade - ou inconfessáveis, ou porque são impossíveis de transmitir pela escrita. É através do oral que se pode apreender com mais clareza as verdadeiras razões de uma decisão; que se descobre o valor de malhas tão eficientes quanto as estruturas oficialmente reconhecidas e visíveis; que se penetra no mundo do imaginário e do simbólico, que é tanto motor e criador da história quanto o universo racional.

O autor destaca ser necessário tratar de forma crítica a realidade vivenciada e trazida na fala do colaborador e interpretar não somente a fala, mas momentos de hesitação, de silêncio, de expressões.

Analisar os dados coletados em História Oral é importante, pois permite constatar as singularidades das narrativas, sustenta-as e dimensiona as experiências para o âmbito social; isso é possibilitado a partir da intercessão de pontos das entrevistas, mesmo porque, sozinhas,

não fazem história oral (MEIHY; HOLANDA, 2017). Alberti (2013) corrobora a afirmação de Meihy e Holanda ao afirmar que o relato de um indivíduo, embora peculiar, pode refletir perspectivas e características de determinado grupo, e como essas concepções afetam esse grupo.

Para a análise de dados, Alberti (2013) sinaliza a importância de conhecer a biografia da pessoa entrevistada, pois, ao se aproximar de seu contexto de vida, compreender-se-á, de modo mais profundo, sua trajetória e o relato apresentado no tempo real, bem como o porquê de essa pessoa ter sido selecionada para tal entrevista. A autora considera, ainda, que se conheça a biografia do entrevistador e o contexto em que se desenvolveram as entrevistas.

No decorrer da análise é relevante considerar que a transcrição — o processo de transformação do oral para o escrito — não se trata apenas de traduzir a palavra de uma forma à outra, mas de respeitar a intenção original da mensagem que o colaborador intencionou comunicar, envolvendo a dimensão subjetiva do indivíduo (MEIHY; HOLANDA, 2017).

De acordo com Meihy e Holanda (2017), a análise dos dados consiste em três fases. A primeira fase é chamada de transcrição absoluta, que pode ser entendida como o repasse das entrevistas para a forma textual, mantendo-se a escrita tal qual a narrativa, com as perguntas e respostas como foram feitas, considerando interjeições, erros de concordância, ruídos do ambiente, repetições, dentre outros. Assim, nesta pesquisa a primeira fase foi de transcrever fidedignamente, do áudio para a escrita, tudo que foi dito durante a entrevista, mantendo-se perguntas, respostas, interjeições, falas repetidas, ruídos, interferências. Após a finalização de cada transcrição, toda a entrevista era novamente ouvida e acompanhada no texto, a fim de conferir o que foi transcrito.

A textualização é a segunda fase e nela o texto se torna mais claro, de leitura mais uniforme e de melhor entendimento, pois são excluídas as interjeições, as repetições, as perguntas, os erros de concordância são corrigidos, mantendo a escrita da entrevista do colaborador em um texto contínuo. No momento da textualização, a pessoa que fez a entrevista elenca a frase-guia da narrativa, chamada de “tom vital”, que resgata a essência da entrevista e orienta exclusões ou não do texto, atentando-se para manter a singularidade do que foi narrado. Após releituras de cada texto, considerando também a vivência nas entrevistas, elencou-se o “tom vital” de cada uma delas:

Colaboradora 1: *A superação e a espiritualidade para enfrentar os desafios da doença.*

Colaboradora 2: *Aprender a lidar e acostumar-se com as nuances da doença.*

Colaboradora 3: *O desespero diante do cansaço e da impotência para lidar com a doença*

Colaborador 4: *O entendimento do adoecimento e a preocupação com o tratamento.*

Como última fase, tem-se a versão final do texto, uma escrita mais completa e elaborada, respeitando as normas gramaticais, e que é, então, devolvida ao colaborador para leitura e autorização para divulgação, juntamente com as demais entrevistas coletadas. Assim, após a textualização foi retomado o contato com cada colaborador em dia e horário de sua preferência, entre as 8 horas e as 18 horas, de segunda a sexta-feira, no mesmo local do estudo, para lhes apresentar, individualmente, o texto escrito e, após sua concordância e validação, coletar sua assinatura na Carta de Cessão dos Direitos, já descrita anteriormente.

Alberti (2013) sugere que os trechos das entrevistas não sejam subtraídos, mas considerados no todo, integralmente, e que o entrevistador observe como cada trecho se comunica e se relaciona com o todo, para constituir a história passada e presente. Considera, ainda, que a ordem das palavras do entrevistado seja respeitada, bem como seja evitada a substituição por sinônimos.

Em todo o processo exaustivo de análise dos dados em História Oral, Alberti (2013) sugere algumas perguntas norteadoras que podem auxiliar o entrevistador, algumas das quais envolvem questionar a quem o entrevistado dirige seu relato, se houve interrupções, se o relato é sequencial, se exprime uma opinião própria ou o que diferencia a entrevista de outras fontes, como livros.

É um desafio a transcrição respeitosa e responsável de tudo que o colaborador evidenciou nas entrevistas de modo a interferir no menor grau possível, a fim de respeitar ao máximo sua experiência, de desvelá-la e evidenciá-la (RIBEIRO; MACHADO, 2014). Alberti (2013) finaliza dizendo que, a despeito de não ser uma incumbência comum, compete ao entrevistador uma análise de tudo aquilo que foi comunicado, com seriedade e propriedade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No intuito de maior aproximação do leitor com os colaboradores, permitindo melhor imersão no contexto em que viviam quando da realização das entrevistas, descreve-se a seguir uma breve caracterização dos mesmos e os respectivos tons vitais de suas entrevistas com o objetivo de possibilitar melhor compreensão acerca das histórias vividas por eles. Reitera-se que os nomes apresentados como sendo dos colaboradores são nomes fictícios; optou-se por nomeá-los, considerando a valorização que o método de História Oral proporciona ao colaborador.

Na sequência, as narrativas coletadas nas entrevistas serão apresentadas conforme o tema relevante e discutidas com base na literatura condizente, uma vez que é importante alinhar as entrevistas de modo que seja possível sua análise (MEIHY; HOLANDA, 2017).

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES

Agrupadas as informações de caracterização, tem-se que 3 (três) dos 4 (quatro) colaboradores são do sexo feminino. Esse é um achado também visto no estudo desenvolvido por Santin e Klafke (2011) ao descreverem parte de sua experiência no Grupo de Familiares de um CAPS I de uma cidade do interior do estado do Rio Grande do Sul, e também por Rosa (2003), que descreve recair sobre a mulher o cuidado principal da pessoa com transtorno mental, mesmo que haja meios de cuidado providos pela esfera governamental. Segundo Rosa (2003), é a mulher que tem seus planos alterados e sua vida assenhorada pelas demandas impostas pela doença e pela pessoa adoecida, visto que as necessidades de cuidado são supremas. Em outro estudo, realizado por Silva *et al.* (2014) com 14 familiares de pessoas com transtorno mental em dois municípios do Alto Sertão Paraibano, 13 (treze) eram mulheres e 1 (um) homem. Logo abaixo, a caracterização dos colaboradores desta pesquisa.

Colaboradora 1: Entrevista realizada em 25 de fevereiro de 2019.

Tom vital: A superação e a espiritualidade para enfrentar os desafios da doença.

Vitória, mulher, 58 anos, divorciada, 4 filhos, evangélica, nascida em cidade do interior do Paraná, reside atualmente em Curitiba com a filha que foi diagnosticada com depressão com sintomas psicóticos; mora na casa em que trabalha cuidando de uma senhora idosa. Conta que a filha começou a apresentar sintomas de perda de autonomia e no trabalho em novembro/2018, com Vitória residindo em Curitiba e a filha na cidade do interior. Com as notas do caderno de campo dona Vitória conta que esse é o momento que ela tem para desabafar, contar de si. Em

casa, chora escondida, no banheiro, para não entristecer a filha. Veio para a entrevista com o cabelo penteado, arrumada, senti que valorizava aquele momento. Valorizei sua participação igualmente.

Colaboradora 2: Realizada entrevista em 26 de fevereiro de 2019.

Tom vital: Aprender a lidar e acostumar-se com as nuances da doença.

Eloísa, mulher, 58 anos, casada, evangélica, reside com a filha única e o esposo, trabalha como cuidadora de idosos, dorme na casa da senhora que cuida. Acompanha o tratamento do marido desde que se casaram. Nas notas do caderno de campo descreve-se que quando lhe foi feito o convite e agendada a entrevista, dona Eloísa aceitou prontamente participar da pesquisa; por seu esposo fazer acompanhamento na clínica-escola de TO, disse estar mais próxima da universidade e da importância dos estudantes. Demonstrou-se ativa, articuladora do tratamento do esposo. Contou-me ao fim da entrevista que realizaria seu casamento religioso no fim de semana seguinte à entrevista. Na devolutiva da entrevista, com assinatura da Carta de Cessão dos Direitos, comentou como havia sido a cerimônia; nesse momento, estava aparentemente mais cansada, disse estar também investigando suas questões de saúde.

Colaboradora 3: Entrevistada em 18 de junho de 2019.

Tom vital: O desespero diante do cansaço e da impotência para lidar com a doença.

Antônia, mulher, 58 anos, casada, tem um filho, reside com o esposo, um irmão que tem depressão e um sobrinho, filho desse, irmão; trabalha como diarista não tendo horário fixo, vai para casa assim que termina o expediente. Tem cuidado do irmão desde novembro de 2018 quando ele apresentou sinais de adoecimento e mais recentemente, desde janeiro quando da agudização dos sintomas, ele necessitou de internamento em hospital psiquiátrico integral. O irmão residia em outra cidade, no norte paranaense, e desde janeiro reside com Antônia. Nas notas do caderno de campo observa-se a dificuldade de Antônia de recordar datas, mas não eventos e momentos.

Colaborador 4: Entrevista coletada em 11 de julho de 2019.

Tom vital: O entendimento do adoecimento e a preocupação com o tratamento.

Augusto, homem, 42 anos, solteiro, reside com a irmã (de quem cuida e acompanha o tratamento) e o sobrinho de 20 anos. Atualmente trabalha com entregas não tendo horário regular. Residia na Ásia, tendo retornado ao Brasil devido ao adoecimento da irmã. Com base nas anotações do caderno de campo, Augusto teceu críticas quanto à condução do caso da irmã

desde seu primeiro atendimento na UBS. Citou as mudanças de profissionais do serviço, a grade de atividades, a ausência do PTS, a qualificação profissional como questões frágeis no CAPS em questão.

5.2 TEMAS RELEVANTES

Para serem consideradas fundamentalmente História Oral, as entrevistas devem ser analisadas a partir de um ponto comum, não isoladamente, como forma de preservar a memória coletiva e a identidade social do estudo em questão. Deve ser encontrada inter-relação nas entrevistas, chamada de Tema Relevante. Dessa forma, o procedimento de análise não é um resumo ou recorte de falas, mas um momento em que se resolve a proposta do projeto inicial, onde são apreendidos os objetivos (MEIHY; HOLANDA, 2017).

Destarte, durante as entrevistas e após a leitura exaustiva de seu produto escrito, foi possível extrair quatro tons vitais correspondentes a cada entrevista, já apresentados anteriormente, e quatro temas relevantes, sendo eles: 1. O entendimento sobre a doença e a trajetória nos serviços de saúde; 2. O impacto da depressão na saúde física e na questão financeira dos familiares; 3. O impacto emocional da depressão nas relações familiares; 4. A religiosidade e a espiritualidade como elementos para o enfrentamento da doença.

5.2.1 O entendimento sobre a doença e a trajetória nos serviços de saúde

No transcorrer das entrevistas, os familiares revelaram suas interpretações e a construção de concepções sobre a depressão, falaram sobre a trajetória de atendimento nos serviços de saúde até o momento atual e como têm percebido o tratamento recebido no CAPS. Assim, inicialmente será descrito o entendimento que os familiares desvelaram ter sobre a depressão; posteriormente, o caminho percorrido nos serviços de saúde para o atendimento ao familiar adoecido e, para finalizar este tema relevante, serão apresentadas as percepções de alguns familiares sobre o tratamento recebido no CAPS III, local da pesquisa.

O aparecimento da depressão pôde ser entendido como súbito, algo inédito e que surpreende, inicialmente, por parecer distante a chance de seu familiar adoecer de modo grave e desenvolver transtorno mental, e por, repentinamente, o colaborador deparar-se com uma situação nova, inesperada, e que interfere, na maioria das vezes, de modo negativo na vida do familiar adoecido, do próprio colaborador e da família. A *Colaboradora 1, Vitória*, acompanha e cuida da filha cujo quadro clínico agravou-se há cerca de 5 meses; essa percepção de

adoecimento abrupto foi trazida na fala seguinte: “*Que que é isso? Está difícil para a gente, porque [pausa], [chora] não pensava de acontecer isso!*”. Ainda que a colaboradora tenha revelado haver certa apreensão prévia de que sua filha poderia estar adoecida antes do episódio agudo que acarretou seu acompanhamento no CAPS, quando diz: “*Eu queria que ela fizesse tratamento, procurasse psiquiatra, um psicólogo, mas ela nunca aceitou*”, subentende-se que ela não presumia a gravidade do atual quadro clínico de seu familiar.

Para Borba *et al.* (2010), diante do diagnóstico de transtorno mental a família sente-se fragilizada, incapaz de alguma ação que possa causar mudança visto o adoecimento ser de ordem psicológica; os familiares sentem culpa pela doença e muitas vezes negam o diagnóstico. As autoras Navarini e Hirdes (2008, p. 684), utilizando a palavra “devastação”, descrevem o que causa o diagnóstico de uma doença mental na família, gerando sentimentos que não podem ser explicados e que passam a permear seu cotidiano.

Na pesquisa de Hidalgo de Almeida, Felipes e Del Pozzo (2011), os participantes relataram impacto e difícil aceitação quando do diagnóstico de transtorno mental de seu familiar. Tal achado desvelou-se, possivelmente, pela crença e convenção que as famílias têm, desde que o novo membro da família é gerado, de esperarem familiares saudáveis e que cumprirão as expectativas rotineiras de crescimento e desenvolvimento. Quando isso não acontece — e percebeu-se que o diagnóstico de transtorno mental altera a dinâmica familiar —, a família precisa se reorganizar e repensar a ideia de que a pessoa adoecida pode não desenvolver atividades tal qual ela, a família, esperaria. Isso tudo pode gerar relutância na aceitação do adoecimento. O inesperado agride, causando sofrimento aos familiares, percebido quando a *Colaboradora 1, Vitória*, diz, emocionada: “*Meu Pai! Que que é isso? Está difícil para a gente, porque [pausa], [chora] não pensava de acontecer isso!*”.

O adoecimento mental desnorteia as referências afetivas e as perspectivas habituais no grupo de pessoas. É um acontecimento não esperado (ROSA, 2003). A readequação inesperada a que os familiares precisam se submeter não é uma ação de fácil execução; contudo, pessoas com doença mental desenvolvem suas incumbências de vida normalmente (HIDALGO DE ALMEIDA; FELIPES; DEL POZZO, 2011), ou dentro de suas condições.

O entendimento de que o sofrimento do familiar é de gênese mental é, possivelmente, construído temporalmente, tendo como influência vários elementos. A *Colaboradora 3, Antonia*, denotou não concordar com o tratamento indicado em hospital psiquiátrico para o irmão, em virtude de ele ter vivido “um surto”, como a própria colaboradora relata; é possível depreender que há contrariedade em relacionar que o quadro de sofrimento mental apresentado pelo irmão poderia necessitar de tratamento psiquiátrico: “[...] *começaram a sedar ele. Ele foi*

para um hospital que não devia. Hospital de louco, como diz. Deu aquele surto, nunca tinha acontecido”.

Para Rosa (2003), a normalização é considerada um mecanismo de defesa da família, especialmente em neuroses e na depressão, pois esse grupo familiar partilha da ideia de normalidade da sociedade, pensando que “o transtorno mental é estigmatizado e estigmatizável e ele também é um agente no processo de estigmatização” (p. 244).

Devido às influências que contribuem para os entendimentos sobre sinais que sugestionam adoecimento mental, compreende-se que há diferenças nesse entendimento conforme cada familiar e cada família. A *Colaboradora 1, Vitória*, relata que em sua família “[...] os irmãos criticavam, diziam que era mentira, que ela estava com preguiça, que aquilo não era depressão, que não era doença, que era falta de serviço ou de ter ocupação na vida. Aquilo foi magoando ela e me magoava também, porque eu percebia que não era isso”. Por sua vez, a Colaboradora relatou algumas vezes hipóteses que ela aparenta ter em relação ao adoecimento da filha, permitindo a suposição de que está, ao longo do tempo e do tratamento, construindo seu entendimento sobre a doença e suas causas:

[...] Síndrome do Pânico? Alguma coisa assim que fala que é. Depressão? Essas coisas [...]. Agora não sei que tipo de doença é essa, que tipo de depressão. Fez tomografia, porque pode ser pelas vivências que não deram certo [...]. Ela tem essa endometriose. Tem muitos anos que ela toma injeção a cada 90 dias. Pensávamos que poderia ser porque o sangue não descia, talvez tivesse atacado. Os médicos disseram que não, que não tem nada a ver o problema dela com a endometriose [...]. Quando ela era criança ela era mais desenhada. E depois foi ficando assim. Mutilada¹⁴ eu noto mais, depois dos casamentos e depois das perdas de bens [...]. (Colaboradora 1, Vitória).

Enquanto para o *Colaborador 4, Augusto*, o diagnóstico era algo esperado e contribui, de certa forma, para o tratamento, pois sabendo que tem depressão, o tratamento pode se estabelecer buscando a recuperação da saúde. Referindo-se ao diagnóstico de depressão da irmã, ele afirma:

Não, para mim foi simplesmente usar o livro. Eles viram a pessoa chorando e falaram: você tem depressão. Eles viram a pessoa falar que não queria viver: você tem depressão. [referindo-se à irmã] –Ah eu sou triste, eu não me conformo até hoje com o falecimento dos meus pais. Então você tem depressão. Então toma um antidepressivo aqui. É isso. Para mim, não teve nenhuma surpresa. Foi nada mais que o óbvio ululante. Só que uma vez que você tem formalmente um diagnóstico, você

¹⁴ Quando essa Colaboradora diz “mutilada”, a nota do caderno de campo sinaliza o impacto que a palavra causou na entrevistadora, uma vez que “mutilação” denota algo que, por força externa, foi subtraído, retirado de alguém, o que foi tornado incompleto, que não será recomposto (MUTILAÇÃO, 2019) demonstrando o quão diferente sua filha veio a ser após relacionamentos conjugais e as perdas de bens que a família teve.

vai ter alguém que forneça receita para tomar o seu remédio, embora os antidepressivos que ela tenha tomado não sejam fortes o suficiente. (Colaborador 4, Augusto).

Nesse sentido, do entendimento da doença, em um estudo realizado com familiares de pessoas com transtorno mental, buscando conhecer, dentre outros, a percepção da família no que se referia aos termos “saúde mental” e “transtorno mental”, os participantes denotaram um entendimento substancial sobre tais conteúdos ao relatarem que ter saúde mental é possuir harmonia entre as ações de pensar e fazer no que se refere ao desenvolvimento de encargos e convivência, e delinearão transtorno mental como dificuldade para desenvolver o que acima precisaram como sendo saúde, bem como algo que interfere na vida da pessoa (BORBA *et al.*, 2010).

A família sente-se sem rumo, ansiosa, tensa quando da existência de um ente com transtorno mental, buscando muitas vezes explicações de ordem orgânica para explicar e concretizar o adoecimento mental (ROSA, 2003).

Habituar-se com o adoecimento de longa data e procurar conhecer mais sobre a doença auxilia no processo de aceitação; ao conferirem esse primeiro passo, os familiares podem auxiliar seu familiar adoecido a também aceitar sua alteração de saúde e passarem a buscar ajuda juntos (HIDALGO DE ALMEIDA, FELIPES; DEL POZZO, 2011).

Os colaboradores do presente estudo, por sua vez, entendem que o adoecimento pela depressão não tem fator causal único, mas relacionam o adoecimento a experiências de vida, vivência familiar e laboral e à questão biológica. Observa-se essa percepção nos relatos que seguem:

[...] eu creio que tudo começou com a morte, com um acidente em que ele perdeu dois irmãos. Isso influenciou bastante porque ele se dava muito [ênfase] bem com esse irmão [...]. Ele [referindo-se ao esposo, com ênfase] que precisou ir ao IML. E depois ele usava — caminhoneiro não falamos “droga”, mas é rebite, é considerado droga — para não dar sono, para viajar direto, com carga de horário e tudo o mais. Ele usou rebite por muito tempo para viagens de Curitiba a Mato Grosso, para cargas de horário. Depois, quando para, tudo aparece. Uma vez ele foi assaltado e agredido, e formou um coágulo na cabeça, depois disso, apresentou estranhas dores de cabeça. Essa depressão foi causada pela morte do irmão dele, há 20 e poucos anos atrás. Ele [esposo] teve meningite crônica. Tudo ajudou na parte da cabeça. (Colaboradora 2, Eloísa).

[...] conseguiu a aposentadoria durante 9 anos devido ao acidente de trabalho, mas nesse ano passado cortaram [o benefício] então, mexeu com ele: de não poder trabalhar, perder o ganho que era o sustento dele. A depressão pegou valendo. Ele já teve depressão por causa do filho que era sempre metido na droga. (Colaboradora 3, Antonia).

De acordo com Sadock, Sadock e Ruiz (2017), as causas da depressão podem estar associadas a anormalidades biológicas, além dos neurotransmissores monoaminérgicos (norepinefrina, dopamina, serotonina e histamina), sendo que agora os estudos têm se pautado nas alterações mais complexas. Além disso, descreve-se que as alterações em nível de hormônios podem interferir no desenvolvimento da depressão. Outro fator associado a essa doença é a perda do sono profundo e o despertar noturno aumentado, bem como há hipótese de que os transtornos de humor envolvem doença na própria estrutura do cérebro.

Tem-se a influência dos fatores genéticos no desenvolvimento da depressão, pois quanto mais membros da família tiverem um transtorno de humor, maior será o risco para que o filho de um casal apresente transtorno de humor, chegando entre 20% a 50% a chance de desenvolver um desses transtornos mentais (transtornos de humor) se ambos os pais tiverem uma dessas doenças. Os fatores sociais, vivências e acontecimentos de vida, bem como fatores ambientais e de personalidade, são tidos como contribuintes para predisposição à depressão (SADOCK; SADOCK; RUIZ, 2017).

As particularidades que cada colaborador demonstrou, mesmo todos vivenciando a mesma experiência — a de ter um familiar em tratamento para depressão —, podem ser entendidas quando se pensa que o contexto sociocultural e a individualidade de cada familiar são distintos, lançando sobre eles percepções diversas sobre o mesmo assunto. Segundo Rosa (2003), a intensidade e a forma de relação que cada família desenvolverá com seu familiar que tem sofrimento mental são construídas com base na história peculiar de cada um desses grupos familiares.

Sobre isso, escreve Spitz (1997), ao citar alguns autores, que o adoecimento mental é entendido como um processo que ocasiona mudanças em como o doente enxerga a si próprio, como se coloca no mundo e como os outros o enxergam, acarretando ressonâncias de ordem psicológica, e mudanças, também, nas atitudes das pessoas do entorno para com a pessoa adoecida. As respostas para uma questão de doença oferecidas pela pessoa adoecida, bem como pelos que estão implicados nesse processo, são formadas socialmente e se relacionam com a construção de práticas, concepções e princípios do contexto em que se desenvolveram e estão enredadas.

Além do entendimento sobre o adoecimento, foi possível apreender que cada colaborador se encontra em uma fase de resposta ao fato de seu familiar estar com depressão. Houve possível negação do adoecimento da filha quando a *Colaboradora 1, Vitória*, descreve que, embora a filha apresentasse sinais de desequilíbrio de seu estado habitual de saúde, o entendimento da família foi de que não era algo grave que necessitasse de intervenção naquele

momento. A colaboradora enfatiza: “*Não demos margens para isso, achamos que não era nada*”.

Por outro viés, a *Colaboradora 2, Eloísa*, por acompanhar o esposo com depressão há longa data, desenvolveu aceitação do adoecimento, notada quando relata: “*Aprendemos. Então todos que nos conhecem sabem que ele tem essa deficiência, mas que no íntimo ele é uma pessoa super legal e que nós aprendemos a viver com isso [a doença] [...]. Nos acostumamos*”.

Nesse sentido, o *Colaborador 4, Augusto*, demonstrou, como o próprio “tom vital” de sua entrevista revela, entendimento sobre o adoecimento da irmã, adaptando seu contexto atual a essa nova realidade, conforme sua fala transcrita abaixo:

Eu vou tirando proveito dessas coisas. Eu não vejo como um fardo, eu vejo como algo que eu tinha que fazer. Eu tinha que fazer, mas eu queria, eu não vejo um problema em fazer isso. Eu vejo um problema em ela não ter drive, em ela não ter feedback aqui, em ela não ter saído mais ainda da situação na qual ela se enfiou, mas como um fardo para mim, não. (Colaborador 4, Augusto).

As respostas psicológicas de cada indivíduo em relação à doença são ativadas no sentido de recuperar o equilíbrio, agora fragilizado pela doença, e podem ser transpostas para as respostas dos familiares. Algumas dessas defesas psicológicas são a **adaptação**, entendida como um processo dinâmico que se mantém, em que a pessoa adoecida, a seu modo, busca meios de superar esse evento, e a **negação**, que se traduz em negar que se está doente e a negar o universo envolvido com o adoecimento (SPITZ, 1997).

Momento importante descrito no relato e também no caderno de campo foi quando a *Colaboradora 3, Antonia*, evitou pronunciar palavra que se relacione ao adoecimento mental negando, de certa forma, que o adoecimento do irmão seja em virtude de doença mental: “[...] *o tratamento dele foi para pessoa, que fosse não é....? [faz gesto, coloca o dedo indicador suspenso ao lado da orelha direita e o move circularmente]*”.

Ao identificar a percepção que a família tem em relação à pessoa que tem transtorno mental, a pesquisa de Borba *et al.* (2010) revelou que os familiares que participaram daquela pesquisa, dentre outros sentimentos, sentiam-se culpabilizados e negavam a existência do transtorno mental.

As formas como as pessoas interpretam dada questão estão interligadas com as vivências de cada um e as concepções que têm sobre o adoecimento mental precisam os caminhos por onde cada familiar já passou (PEREIRA, 2003). Essa autora, ao investigar as representações sociais de familiares de pessoas com transtorno mental sobre a doença mental, desvelou três categorias: Organicidade, Hereditariedade, Subjetividade. Quando desvelaram a

percepção de causa orgânica da doença, as participantes relataram que a doença seria algo inexato da mente da pessoa, como um defeito, e que é penosa para todos: pessoa, família, profissionais da saúde, ligando o adoecimento à organicidade e perdas vividas. Quando entendida como algo hereditário, as participantes relacionaram o adoecimento à transmissão da doença mental entre familiares consanguíneos. Quando configurada à subjetividade, as representações estiveram relacionadas às dificuldades de cada pessoa adoecida para superar o que viveu.

Em relação ao curso do adoecimento, os colaboradores desta pesquisa estudo relataram sinais apresentados por seus familiares e percebidos por eles como questões que indicavam adoecimento, indicativo consoante ao trazido por Melman (2008): é no ambiente familiar que começam a ser percebidos traços de adoecimento mental. A família oferece proteção, apoio, ajuda, que explora o universo da doença (MORENO, 2008; BORBA *et al.*, 2010). As falas transcritas abaixo revelam alguns sinais iniciais percebidos pelos colaboradores que suscitaram assistência em saúde. Percebe-se a mudança que cada pessoa apresentou em seu comportamento e modo de viver, especialmente no que se refere à autonomia, afetividade e desempenho laboral:

Ela queria ficar trancada no quarto, não queria amizade, nem passear; era meio pacata, não gostava de participar de conversas da família, ficava mais distante [...]. Passou a não ter mais desempenho em sair sozinha, só se acompanhada. E às vezes ela era a motorista. Por vezes, eu falava para irmos para uma direção; quando via ela se dirigia para outro lado [...]. (Colaboradora 1, Vitória).

Então ele saía andar, ficava 2 ou 3 dias no mato. Ele não quer movimento, ele se isola, tem medo das pessoas, não come, não se alimenta com nada. [...]. Só que dizer que ele se lembra de fazer, não. Temos que ficar lembrando-o, como se fosse criança que tem seus deveres. É assim que funciona nosso dia a dia em casa. (Colaboradora 2, Eloísa).

[...] ela parou de fazer consulta esotérica, parou de procurar emprego e tinha parado de comer porque tudo que ela comia fazia passar mal, mas se percebia, também, que tinha um fundo de ideação de morte passiva mesmo, nesse negócio de parar de comer [...]. Continua muito triste [...]. Ela fica nervosa [...]. (Colaborador 4, Augusto).

Alguns familiares conhecem os sinais de crise e alteração aguda das pessoas a quem prestam cuidado, o que lhes permite executar estratégias de manejo tais como administração de medicação e conversação, buscando trazê-las para o momento atual. Outros familiares, por sua vez, ignoram o que fazer em momentos de crise, por isso a importância das orientações profissionais de saúde sobre quadro clínico, piora do quadro, sintomas agudos, manejo de crise. Nesses momentos de agudização é que os familiares buscam ajuda nos serviços de saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2016). Com a longitudinalidade de prestação de cuidado à pessoa com transtorno mental, que geralmente as mesmas pessoas do núcleo familiar vivenciam, torna-se

mais clara a apreensão de sinais que sugestionem uma crise, e a família, com a vivência, pode se instrumentalizar no manejo para esses momentos.

Nas narrativas dos colaboradores, após a percepção ou a evidenciação de sinais de alteração da pessoa adoecida, percebe-se que houve a busca pelos serviços de saúde. Nessa trajetória de acompanhamento da pessoa com depressão, eles relataram o percurso nos dispositivos de saúde em que seus familiares foram atendidos. Em suma, o primeiro atendimento aconteceu na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou na UPA 24h com encaminhamentos posteriores. Em alguns casos, esses serviços foram buscados mais de uma vez para, então, seguir-se o encaminhamento para hospital psiquiátrico ou para CAPS.

A *Colaboradora 1, Vitória*, relata que antes do tratamento realizado em Curitiba, sua filha foi atendida na UPA 24h da cidade de residência algumas vezes, levada por seus irmãos, e na última vez acompanhada pela mãe, que viajou de Curitiba, onde trabalha e reside. Do último atendimento na UPA 24h, deu-se sequência ao atendimento em Curitiba, inicialmente em hospital clínico, depois em clínica com encaminhamento para UPA 24h, e então para o CAPS III.

Até que ela entrou nessa crise, em C. [nome da cidade natal], em que ela arrancou o cabo de vela da meriva [automóvel], esvaziou os pneus, quebrou um monte de coisas. Um tanque de concreto ela deixou em pedacinhos pequenos. Quebrou escada, cadeira. Minha filha [A., de C., nome da cidade natal] foi falar com a M. [...]. Essa minha outra filha me ligou. Eu disse que iria para C. [nome da cidade natal]. Falei para levar a M. na UPA, procurar o Dr. N., ir na secretaria de saúde, ver o que que poderia fazer. Se não achasse ninguém, ir até a promotora que é muito amiga nossa. Ela não achou ninguém. Levou a M. na UPA. Lá, eles aplicavam diazepam, mas ela não dormia. Ela ficou assim [demonstra: estica os braços e arregala os olhos] uns 10 dias. Parada. [...]. Então, eu fui. Levamos ela na UPA, o médico internou ela, aplicaram mais uma vez a medicação dela na veia, mas nada de dormir! Tinha um médico que eu conhecia porque trabalhava no hospital cuidando de pessoas, e ele dava assistência lá. Ele me disse que minha filha tinha sido levada à UPA algumas vezes e sugeriu que eu a tratasse em outro lugar, em Curitiba, porque aqui teria meios para tratar dela mais do que em Maringá, que ficava longe e só tinha internação, sem eu visitar. Aqui em Curitiba eu estaria junto com ela. Sentamos no consultório dele, conversou bastante comigo [emocionou-se, voz embargada]. Decidi, então, trazê-la para Curitiba. [...]. A levei no C.V [nomeia um hospital]; o médico só receitou um calmante e mandou ela voltar [seca as lágrimas] para casa. Ela andava assim [demonstra: caminha de pé, arrastando as pernas, cabisbaixa], eu segurando ela... ela se arrastando [chorando]. Chamei o táxi. Disse ao taxista que iríamos na farmácia comprar medicação. Ele conversou comigo, disse que a M. não poderia voltar para casa daquele jeito. Falou que conhecia uma clínica boa e sugeriu levar minha filha nessa clínica. [...]. Quando chegamos na clínica, o doutor consultou ela e já encaminhou para UPA [nomeia uma das UPA de Curitiba], onde ficou internada. Na clínica ela não ficou internada porque a médica viu a condição que ela estava e na hora eu não tinha condições de pagar um cheque caução; pedi por tratamento pelo SUS, então, ela chamou o SAMU - numa chuva que Deus me livre!¹⁵ - E fomos

¹⁵A nota do caderno de campo sinaliza o detalhe trazido pela *Colaboradora 1, Vitória*: “numa chuva que Deus me livre”, e o tom de voz usado por ela ao contar os detalhes do itinerário para o cuidado com a filha; aparentemente não era somente o clima que estava chuvoso, como se chovesse na vida dessa família que agora passava por essa situação.

para a UPA onde ela internou [...]. Eles deram alta e o encaminhamento para ir no postinho e vir para cá [CAPS]. (Colaboradora 1, Vitória).

Parecido com esse trajeto foi a vivência da *Colaboradora 3, Antonia*, cujo familiar foi atendido na UPA 24h da cidade de residência dele, tendo de lá sido encaminhado para internação em hospital psiquiátrico integral. A abordagem inicial desse familiar deu-se com serviços de urgência e emergência, como SAMU, Corpo de Bombeiros, UPA 24h. Depois dessa abordagem e da internação psiquiátrica em hospital integral, o tratamento seguiu em Curitiba.

[...] quando ele estava em PG, eu conversava com a assistente social por telefone e pedi que ela me desse um encaminhamento para fazer tratamento aqui. Eu não conhecia o CAPS, foi essa assistente social que me falou que ele precisaria de tratamento no CAPS, com psicólogo e tal. Com encaminhamento ficou tudo mais fácil, eu fui no postinho de saúde eles ligaram e já marcaram para comparecer aqui o quanto antes. (Colaboradora 3, Antonia).

A *Colaboradora 2, Eloísa*, acompanha o esposo em tratamento há longa data, demonstra conhecer, entender e ter se acostumado (é a palavra que usa) com o cuidado. A inserção do esposo no CAPS III deu-se após ter buscado a UPA 24h: “Quando ele veio para cá [CAPS] foi porque ele foi encontrado no mato, perdido. O SAMU o levou para a UPA P. [nomeia]. Como não havia vaga, cuidei dele em casa até haver vaga de permanência dele aqui.” (Colaboradora 2, Eloísa).

Percebe-se que nesses três relatos a porta de entrada para o serviço de saúde mental especializado foi a UPA 24h, unidade de atendimento emergencial para casos de média complexidade e, geralmente, para a chegada até esse serviço, as famílias utilizaram-se do SAMU. Os serviços de urgência e emergência prestam assistência e classificação de risco nessas situações iminentes às pessoas que sofrem ou têm transtorno mental; tais serviços encadeiam atendimento com os CAPS (BRASIL, 2013a).

Ao investigar os serviços de saúde da rede na cidade de Sobral (Ceará), os autores Quinderé, Jorge e Franco (2014) desvelaram que o encaminhamento aos serviços de saúde mental do município acontecia por meio das unidades de saúde, por unidades sociais e também por unidades privadas. Em relação ao CAPS da cidade, o estudo apontou que sua demanda é considerada organizada e hierarquizada por meio dos encaminhamentos das unidades de saúde da família, feitos com o apoio matricial dos profissionais dos serviços de saúde mental do município. Para os atendimentos emergenciais em finais de semana no município, os pacientes com questões de saúde mental que necessitem desse atendimento têm assistência na Unidade de Internação Psiquiátrica em Hospital Geral.

Para o *Colaborador 4, Augusto*, o caminho de atendimento nos serviços de saúde compreendeu o atendimento na UBS com posterior encaminhamento ao CAPS III. No diário de campo, as anotações relacionadas à entrevista com esse colaborador revelam que quando de sua vinda para a capital do estado, para o acompanhamento da irmã, ele buscou a UBS porque o estado de saúde da irmã sugestionava auxílio do serviço de saúde. Após o atendimento com psicólogo do NASF, houve o encaminhamento para o CAPS.

A UBS oferece ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, reabilitação, manutenção da saúde e redução de danos, buscando influenciar a questão de saúde da pessoa e da coletividade. Em articulação com tal serviço está o trabalho dos multiprofissionais que compõem o NASF e que dão suporte aos profissionais da UBS por meio do matriciamento, atendimentos compartilhados e atendimento em contexto de sofrimento mental (BRASIL, 2013a).

Para Quinderé, Jorge e Franco (2014), cada equipamento da rede de saúde encadeia relação com os demais serviços do sistema de saúde, de modo a favorecer a horizontalidade do cuidado e o permeio dos profissionais entre esses dispositivos, permitindo a articulação intersetorial das necessidades de assistência dos pacientes. Segundo os autores, os próprios trabalhadores dos serviços de saúde são os interventores da articulação entre os serviços; esse “trabalho vivo” (p. 261) proporciona liberdade e autonomia para essa articulação singular e fomenta o papel dos trabalhadores que, tendo autonomia sobre seu processo de trabalho, produzem cuidado.

Concluindo essa seção, serão apresentadas as percepções que os colaboradores desvelaram sobre o tratamento recebido no CAPS local desta pesquisa, tanto nas suas falas quanto nas apreensões do diário de campo. É possível inferir nesta fala da *Colaboradora 1, Vitória*: “[...] agradece a Deus de ter esse lugarzinho aqui que acolheu ela [chorosa], que tratam tão bem ela e a gente [...] aqui [no CAPS] pelo menos ela anda um pouco, vê outras pessoas, passa a entender que precisa de cuidado e que tem que ter alguém para dar cuidado [pausa] [...] então, agradeço a Deus por ter essa oportunidade, estar aqui, conseguir pelo menos entender o que é isso. Tentar entender”. Ela se refere a entender algumas características positivas do tratamento no CAPS para com sua família, demonstrando que se sente acolhida e segura ao ter um ambiente que a acompanha. Ainda na entrevista com ela, é perceptível que estar nesta cidade propicia oportunidades e condições que não seriam possíveis em outros locais: “[...] graças a Deus aqui ela recebe tratamento ótimo, lá não vai ter isso, é tudo diferente”. (Colaboradora 1, Vitória).

No estudo de Moreno (2008) que teve como intuito investigar a convivência dos familiares de pessoas com transtorno mental em um serviço de saúde mental (CAPS), os participantes relataram que o atendimento em tal serviço os auxiliou na compreensão da doença e na elaboração de estratégias de cuidado, estimulando maior respeito ao familiar adoecido. Além disso, encontraram no CAPS facilidade de acesso e pronta escuta às suas demandas, bem como o cuidado compartilhado com o CAPS, ou seja, não apenas cuidam, mas recebem cuidado.

Os atendimentos profissionais proporcionam aos familiares instrumentalização sobre a doença para o manejo em momentos de crise e o aprimoramento de competências comunicacionais com o familiar adoecido. Ao proporcionar acolhimento e escuta para esses familiares, as atividades grupais que com eles são realizadas permitem que expressem suas dificuldades, ansiedade, dúvidas e experiências, vivenciadas de modo singular para cada familiar e em cada família, de modo que a sobrecarga no cuidado possa ser atenuada (NAVARINI; HIRDES, 2008). A construção e compartilhamento de informações sobre a doença para os familiares e para a pessoa que tem a doença é uma ação importante dos serviços de saúde (HIDALGO DE ALMEIDA; FELIPES; DEL POZZO, 2011).

Além de auxiliar a construir o entendimento sobre a doença, serviços de saúde como o CAPS tornam-se o único ponto de apoio que têm os familiares que cuidam, pois não há outras pessoas da família ou vizinhos que lhes auxiliem (SANTIN; KLAFKE, 2011; BRUSAMARELLO *et al.*, 2014; DUARTE; FERREIRA NETO, 2016), gerando sensação de solidão nesses familiares (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Outras narrativas denotam que o papel do CAPS no tratamento do familiar está em construção, possivelmente por ser um ambiente de cuidado novo, de contato recente com multiprofissionais e forma de cuidado oferecido no equipamento: “[...] é. Não sei. Como te explicar. Está ajudando ele [referindo-se ao tratamento no CAPS], ele tem participado das reuniões aqui.” (Colaboradora 3, Antonia). Para Navarini e Hirdes (2008), é importante que os serviços de saúde impliquem a família no acompanhamento para que suas reais necessidades sejam expostas e a assistência seja alinhavada. No estudo de Brusamarello *et al.* (2017) alguns participantes narraram melhorias com a participação da família no cuidado à pessoa com transtorno mental, e um dos familiares relatou que há famílias que não têm a contrapartida de se engajarem na instrumentalização sobre a doença.

O tratamento recebido no CAPS, para o *Colaborador 4, Augusto*, é tido como inexistente e ele o relaciona a questões não apenas desse serviço, mas de uma condição existente em outros locais do país: “Não tem [referindo-se ao tratamento no CAPS]. Não tem. É triste,

mas infelizmente era esperado. Infelizmente era esperado porque nossa situação cultural, social, sul-americana, latina, não sei o que é, faz com que eu, pessoalmente, o que puder fugir do serviço público eu vou fugir, sempre que eu puder não usar o serviço público, eu vou não usar o serviço público, porque eu sei que ele tem uma tendência, no Brasil, a ser ineficiente. Eu não tinha grandes esperanças de que aqui fosse acontecer alguma coisa diferente” (Colaborador 4, Augusto).

Para esse colaborador, a figura do TR, profissional que organiza, junto com o paciente e familiar, o plano de cuidados e atividades a serem desenvolvidas no serviço e também em outros serviços pertinentes aos objetivos de tratamento de cada paciente, é tida como autoritária: “[...] *Devido ao pequeno ditador que colocaram como suposto terapeuta de referência dela, supõe-se que ela venha só duas a três vezes por semana. Porque por ela, ela viria todos os dias da semana, mas agora, de acordo com esse suposto terapeuta, não é para vir todos os dias, é para vir só quando tiver alguma atividade do plano terapêutico singular, como se ele existisse realmente [referindo-se ao plano terapêutico singular]*” (Colaborador 4, Augusto). Para Quinderé, Jorge e Franco (2014), é imperioso que os profissionais possam ouvir as negativas dos usuários ou mesmo dos familiares diante de alguma questão que não concorde, para então articular outra ação e cuidado, reavaliando o PTS.

Durante a construção deste estudo detectou-se, com base em nota no caderno de campo, a intensa rotatividade de profissionais no serviço e a frequente mudança de TR da irmã do *Colaborador 4, Augusto*. O colaborador comentou a dificuldade diante das mudanças da equipe multiprofissional do CAPS, visto sua irmã ter sido referenciada a três TR diferentes no espaço de três meses, o que, segundo ele, interferiu no quadro da irmã e no andamento de sua recuperação. Amarante (2007) fala da importância do estabelecimento de “vínculos afetivos e profissionais” (p. 84) para que as pessoas adoecidas tenham suas demandas ouvidas.

No estudo de Navarini e Hirdes (2008, p. 687) alguns familiares demonstraram que não foram envolvidos no tratamento, não tendo recebido orientações nem informações sobre o acompanhamento. Para as autoras, o não engajamento das famílias na assistência à pessoa com transtorno mental mantém o cuidado prestado numa linha convencional de tratamento, em que há imposição de regras por parte dos profissionais, conforme o que cada um deles tem como “parte daquilo que ele considera ser o melhor para aquele que tem uma doença mental e sua família, desconsiderando o que as pessoas envolvidas compreendem como sendo o melhor e o necessário para si mesmas” (NAVARINI; HIRDES 2008, p. 687).

Em relação às atividades oferecidas no serviço, *a Colaboradora 1, Vitória*, relata que sua filha participou de uma atividade de bem-estar, referindo-se possivelmente ao grupo de

autocuidado e bem-estar desenvolvido pela equipe de enfermagem matutina, e que isso lhe fez bem: “[...] ela veio aqui um dia que fizeram a unha e maquiagem. Ela se sentiu melhor, pediu se estava bonita. Foi a enfermeira que fez”. O irmão de Antonia, Colaboradora 3, participou de algumas atividades grupais oferecidas no serviço: “[...] já hoje até ele veio, ele conversou com a P. [grupo de referência], esses dias que ele veio participou da reunião de família e com a T. [grupo de psicoterapia]”.

O Colaborador 4, Augusto, relata que o tratamento no CAPS tem ajudado a irmã em virtude do auxílio prestado pelo uso das medicações e pelo acompanhamento com psiquiatra. Ele expõe: “[...] pelo menos teve essa questão de controle medicamentoso, que dá uma limitada nas reações. Mas que faça com que ela tenha drive, que ela entenda, que ela tenha motivação, não. Inexiste [...] aqui é um grande grupo de improviso, é um juntado de profissionais; tem profissionais bons, tem profissionais não bons e se percebe que é mais proforma do que efetivo”.

É importante que a pessoa adoecida deseje melhorar e tenha crítica sobre seu adoecimento, além disso, é interessante que haja articulação de atividades para tratamento além do medicamentoso, não destituindo a importância do uso de medicação. Há intenso sofrimento quando da internação psiquiátrica hospitalar, e os serviços comunitários de saúde são percebidos como importantes para humanização do tratamento (BORBA *et al.*, 2010).

Nesse tema relevante apresentou-se, portanto, o entendimento sobre a depressão, a reação diante do diagnóstico, a trajetória nos serviços de saúde e o tratamento no CAPS III. Foram detectados diferentes entendimentos, por parte dos colaboradores, sobre as causas da depressão. Há quem acredite na causa biológica com contribuição das vivências traumáticas e quem acredite ser a doença gerada por questões subjetivas/empíricas. Revela-se, ainda, que alguns colaboradores sentiram o diagnóstico da depressão como algo súbito, inesperado, que ameaça romper as expectativas que alguns deles pudessem ter para com seus familiares, denotando que a depressão gera incertezas e questionamentos. Para outros colaboradores o diagnóstico de depressão era algo já percebido, o comportamento do familiar já indicava questões de sofrimento e alteração do estado habitual de saúde e comportamento.

A trajetória dos colaboradores e seus familiares nos serviços de saúde até o atendimento no CAPS III revelou um caminho, em sua totalidade, percorrido nos serviços de emergência, denotando que esses sítios de atenção à saúde foram a porta de acesso e primeiro atendimento de crises psiquiátricas por depressão. Em alguns casos, os familiares e colaboradores buscaram atendimento pela UBS. Atualmente, o tratamento conta com o ponto de apoio além do CAPS, as UBS, a clínica-escola da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e ações comunitárias

religiosas, indicando a interseção de cuidado em locais que não tratam apenas a saúde biológica. Ainda, é evidente o fato de que os colaboradores tiveram a iniciativa de buscar auxílio profissional.

A respeito do tratamento no CAPS, os colaboradores não souberam relatar quais as contribuições do serviço na recuperação da saúde de seu familiar, ou teceram críticas a algumas características do serviço, como a postura e as frequentes mudanças do TR, e a respeito do PTS.

5.2.2 O impacto da depressão na saúde física e na questão financeira dos familiares

No decorrer das entrevistas foi possível distinguir, na fala dos colaboradores, o impacto que a depressão causou na vida do indivíduo que tem a doença em diversos aspectos: na área social, familiar, laboral e nas questões financeiras. Tais interferências influenciam a vida dos familiares com quem convivem, gerando intenso sofrimento, muitas vezes, ante o comportamento que a pessoa passa a apresentar com o adoecimento, e frente às dificuldades que a doença produz.

No estudo de Silva *et al.* (2014) os participantes revelaram que, por conta da convivência com o familiar adoecido por transtorno mental, desenvolveram doenças crônicas, passaram a fazer uso de medicações indutoras do sono, vivenciaram a separação conjugal, tiveram lesões físicas, desenvolveram depressão, tiveram sua rotina e convívio familiar desarranjados.

Nesse sentido, um dos impactos sentidos pela *Colaboradora 3, Antonia*, no cuidado ao irmão é na própria saúde física. A nota do caderno de campo sinaliza que essa colaboradora, tendo dispendido tempo do dia de sua folga no trabalho para participar da pesquisa, relatou ser hipertensa e ter abandonado seu tratamento em virtude da nova organização de sua rotina e das demandas pelo cuidado dispendido ao irmão e também ao sobrinho.

Em outros estudos é possível perceber o adoecimento físico dos familiares que cuidam de pessoas com transtorno mental. Alguns participantes da pesquisa de Nascimento *et al.* (2016) se sentiam adoecidos e cansados, alguns apresentando problemas de saúde como hipertensão, diabetes, depressão e/ou questões osteomusculares; em contrapartida, outros participantes do mesmo estudo relataram não terem sua saúde afetada. No estudo de Dourado *et al.* (2018), que analisaram a relação entre sintomas de ansiedade e depressão no cuidador familiar de pessoas em tratamento psiquiátrico, 52,5% dos cuidadores entrevistados realizavam algum tratamento de saúde para questões mentais como ansiedade, depressão, estresse, e questões clínicas como problemas cardíacos e relacionados à pressão arterial elevada, diabetes, menopausa, questões ortopédicas e também de ordem neurológica.

A sobrecarga física do familiar de uma pessoa com transtorno mental acontece em virtude da convivência dificultada, da abdicação de sua individualidade, dos comportamentos não previsíveis da pessoa adoecida. O familiar que cuida muitas vezes tem sua vida tolhida em virtude desse cuidado (NAVARINI; HIRDES, 2008). Assim, o zelo aos familiares que acompanham pessoas com transtorno mental torna-se relevante quando se considera o sofrimento imbuído nessa assistência e todo o rearranjo pelo qual a família passa para desempenhar esse cuidado.

Para Kebbe *et al.* (2014), o cuidado fica a cargo de uma pessoa da família por não haver mais alguém que possa cuidar porque, por resistência ou por estigma sobre o transtorno mental, pode acontecer rejeição da pessoa doente e também de quem a cuida. Os familiares que cuidam sozinhos do ente adoecido por transtorno mental têm propensão a desenvolver cansaço e mesmo sobrecarga física com a assunção desse cuidado.

Além da queixa clínica verbalizada pela *Colaboradora 3, Antonia*, ela relata estar cansada e preocupada com os eventos relativos à saúde do irmão, que diminuiu suas atividades de lazer. Para Hidalgo de Almeida, Felipes e Dal Pozzo (2011), muitos familiares, quando no cuidado a pessoas com transtorno mental, circunscrevem atividades de vida social motivados pela vergonha devido às “atitudes diferentes” que a pessoa adoecida pode apresentar ou porque o cuidado precisa ser contínuo no domicílio, o que limita os familiares cuidadores em saírem de casa e/ou ter um trabalho fora do ambiente domiciliar. Do ponto de vista das pesquisadoras, as atividades de lazer para o cuidador são positivas no sentido de poderem aliviar a carga física sentida.

Apresentado o impacto físico sentido pela *Colaboradora Antonia*, versa-se agora sobre as mudanças físicas no ambiente familiar e o impacto financeiro na família, visto que há toda uma reorganização do núcleo familiar em virtude da nova realidade do adoecimento, presente e vivo no dia a dia. Por diversos ângulos a pesquisadora que fez a coleta de dados tem vivência com pessoas adoecidas por transtorno mental; por isso corrobora, pela experiência, a afirmativa que de fato ocorrem muitas modificações quando essa questão se instala no ambiente familiar.

Destaca-se, dentre as mudanças ocorridas no ambiente familiar/domiciliar a reestruturação da moradia, haja vista que todos os colaboradores deste estudo residem no mesmo ambiente que seu familiar, e que para três dos quatro colaboradores foi preciso readequar sua habitação em virtude do cuidado destinado à pessoa com transtorno mental. Para Duarte e Ferreira Neto (2016), cada família articula esse cuidado conforme suas possibilidades. Nessa perspectiva, dois dos colaboradores trouxeram o familiar adoecido para residir em Curitiba e um deles mudou-se para a cidade.

Aqui, tem-se o entrelaçamento do impacto na questão financeira e física, pois aumentando o número de pessoas na casa e precisando manter seus custos, muitas vezes sem contar com o auxílio financeiro por parte da pessoa adoecida, é possível que eleve o encargo financeiro do familiar que cuida. Na presente pesquisa, apenas uma das pessoas adoecidas recebia auxílio do INSS; as demais, segundo entendido, tinham poucas condições de desempenhar trabalho remunerado no momento da entrevista, e não recebiam nenhum tipo de apoio financeiro governamental. Assim, é previsível que haja repercussões na vida financeira dos familiares. Valida-se essa influência na questão financeira nas narrativas a seguir:

Ali moramos eu, a senhorinha, ela e agora minha neta, que veio dia 2 de fevereiro [...] Minha filha disse que se eu não tivesse como comprar batadeira, ela me mandava dinheiro, um liquidificador novo. (Colaboradora 1, Vitória).

Tem um tio nosso que na verdade foi quem deu um suporte para que ela estivesse aqui em Curitiba. Porque ela estava indo para essa situação em São Paulo, e esse tio nosso resgatou ela, praticamente [...] E estão me falando que ela não pode fazer uma perícia no INSS para conseguir um auxílio doença? Então ela está doente, desempregada, já contribuiu e agora vai tirar o dinheiro de onde para comprar os remédios? Os remédios que estão receitando para ela aqui não têm no posto de saúde. [...] E eu percebi da parte daqui também um “mas é isso, não tem o que fazer”. Então, paciência. Não tem ingresso nenhum, então eu tenho feito ingresso de maneira informal fazendo essas entregas [...] A situação da falta de dinheiro está fazendo com que eu me reinvente em outros aspectos. (Colaborador 4, Augusto).

O aumento dos custos e gastos, seja pelo desemprego ou mesmo pelo desperdício de dinheiro e recursos materiais por parte da pessoa adoecida, gera maior preocupação para quem cuida e, naturalmente, aumenta também sua sobrecarga (DUARTE; FERREIRA NETO, 2016). No estudo de Barroso, Bandeira e Nascimento (2007), embora 40% dos familiares não se sentissem sobrecarregados financeiramente, 34% dos participantes, um número expressivo, consideraram como “pesados” e “frequentes” os gastos financeiros com seus entes adoecidos.

O impacto financeiro que a doença mental gera na família pode ser percebido em outros estudos. Há registros de quem precisou se desfazer de terrenos para suprir o tratamento particular do ente adoecido (BRUSAMARELLO *et al.*, 2017). Familiar participante do estudo de Duarte e Ferreira Neto (2016) destacou que precisou assumir os débitos do filho por ele ter adoecido e ficado sem emprego. Para Brischiliari e Waidman (2012), a ausência de contribuição financeira em virtude do adoecimento mental — que causa influência no relacionamento interpessoal, retraimento social, além da interferência dos efeitos das medicações que contribuem para a dificuldade em conseguir emprego — modifica a rotina da família e é fator gerador de sofrimento para os familiares. Alguns familiares relatam que quando quem adocece

recebe algum tipo de benefício, ameniza esse sofrimento e ajuda financeiramente (SANTIN; KLAFKE, 2011).

O adoecimento mental, por muitas vezes, se desenvolve de forma crônica, pode levar à incapacidade efêmera ou mesmo imutável, resultando em envelhecimento funcional precoce. A depressão afeta a execução laboral, pois diminui as funções cognitivas do indivíduo, o raciocínio fica lentificado, a concentração e a memória ficam diminuídas e há dificuldade em delimitar o tempo para as atividades, sem contar que o relacionamento interpessoal fica, também, prejudicado. Isso tudo acaba gerando na pessoa adoecida menor produtividade, afastamento do trabalho, e também custos sociais, econômicos e pessoais que interferem, negativamente, na qualidade de vida, no bem-estar e no capital mental (RAZZOUK; LIMA CORDEIRO, 2015).

Essa perda laboral da pessoa adoecida por depressão gera impactos econômicos no núcleo familiar, o que preocupa alguns familiares na manutenção financeira do lar, visto que fica a encargo deles a provisão de alimentos e quitação de contas relativas à condução da casa.

[...] a gente não pode também ficar esperando [emocionada], porque já está desde outubro, novembro, dezembro, janeiro, fevereiro... 5 meses ela assim. Ainda estou trabalhando. E se fico desempregada? Se precisar, eu sei, sem dúvida, fazer qualquer outra coisa, mas se eu estiver trabalhando em outro lugar, ficará mais difícil, porque ela tem que ter alguém que a acompanhe. (Colaboradora 1, Vitória).

[...] ele diz que conseguindo essa aposentadoria de volta, ele fica mais tranquilo, mais calmo. Eu dou razão. Precisa. Trabalhar ele não consegue. A visão já não ajuda, de uma não enxerga nada, a outra tem problema; ele sai no sol um pouco começa a escorrer lágrima do olho, começa a piscar bastante. Por isso ele tem exames para fazer. Não chamavam ele para esse exame da visão e do crânio, desde janeiro esperando. Foi pedido, mas não sai! Está na fila. Eu não tenho condição de pagar [...]. (Colaboradora 3, Antonia).

Rosa (2003) descreve que os cuidadores mais jovens, por estarem em idade produtiva, têm uma cobrança maior para o trabalho remunerado, o que os leva a dispensar tempo para a geração de renda — geralmente oriunda de trabalhos informais que por serem flexíveis acabam sendo os mais procurados — e o tempo para o cuidado. Nesse sentido, a *Colaboradora 1, Vitória*, trabalha como cuidadora de idosos e reside com a filha na casa da pessoa que ela cuida; participou da entrevista no dia em que a filha tinha atividade no CAPS, já que precisava acompanhá-la. A *Colaboradora 2, Eloísa*, também trabalha como cuidadora de idosos em lar próximo de sua residência, trabalhando pela manhã e dormindo na casa da pessoa que cuida. A *Colaboradora 3, Antonia*, trabalha como diarista, geralmente vai todas as manhãs e permanece até concluir seus afazeres e participou da pesquisa na sexta-feira, dia de sua folga. O *Colaborador 4, Augusto*, trabalha com entregas, não tendo horário de trabalho regular/fixo,

tendo participado da entrevista logo cedo, pouco antes de iniciar seu expediente. Percebe-se que todos os colaboradores desenvolvem trabalhos informais, com cargas horárias de fato flexíveis, que lhes possibilita a via de mão dupla de, por um lado, angariar recurso financeiro, e por outro, desempenhar o cuidado à pessoa adoecida.

Um aspecto a ser destacado aqui, embora não tenha sido revelado com clareza, é o risco de adoecimento mental a que esses familiares estão expostos. Em estudo desenvolvido por Dourado *et al.* (2018) ao investigarem a prevalência de sintomas depressivos e ansiosos nos cuidadores de pessoas com transtorno mental em tratamento psiquiátrico em um CAPS, em Rondônia, revelou-se que a maioria dos participantes cuidadores apresentou sintomas leves e moderados para ansiedade e depressão. O cuidado da pessoa com transtorno mental é envolto em sentimentos como desespero, apreensão e aflição, o que pode gerar ansiedade. Os sintomas de depressão, por sua vez, podem ser gerados pela associação entre o tempo dispendido para o cuidado ao familiar adoecido e a privação de momentos de lazer e de vida social.

Nessa seção, ainda que breve, percebe-se que o cuidado gera influência na saúde física dos familiares, que por vezes deixam de ter espaços de trabalho e momentos de divertimento em função das novas demandas causadas pela doença; pela reorganização que passa a família, há impacto na questão financeira; isso tudo gera impacto nas relações interpessoais e no aspecto emocional dos familiares. Assim, considerando que o cuidado não se restringe a uma questão apenas, torna-se relevante o apoio a quem cuida (ROSA, 2003), já que vários aspectos da vida familiar são afetados pela depressão, dentre eles as relações pessoais, seara que será abordada na próxima seção.

5.2.3 O impacto emocional da depressão nas relações familiares

Embora o ato de cuidar se apresente com características semelhantes entre os cuidadores, algumas diferenças podem acontecer; isso porque cada colaborador é um ser singular, considerando que os sintomas da pessoa que tem depressão e a intensidade deles acontecem de maneira particular em cada pessoa, podendo algumas ficarem mais dependentes de cuidado do que outras. Somados a isso, o distanciamento que pode ser gerado no núcleo familiar, a falta de informação sobre a doença e a inaptidão em lidar com as emoções e sentimentos emanados nesse cuidado são aspectos que propiciam a rigidez nas relações familiares, e o convívio se torna dificultado (ROSA, 2003).

Quando se pensa no impacto que a depressão gera nos familiares é importante considerar que os colaboradores convivem diariamente com a pessoa adoecida, possuem vínculo afetivo,

familiar e consanguíneo, o que intensifica as relações. Têm proximidade e um histórico de vivências com a pessoa adoecida. Esse laço e experiência cotidianos asseguram a verdade e o fundamento nos seus relatos, ou seja, contam e ressignificam a experiência que vivem diariamente.

Desse modo, foi possível apreender que os colaboradores denotaram a interferência causada pela doença nas relações interpessoais, realçada pelo aspecto emocional com seu familiar que tem depressão, não apenas detectado pela dificuldade na demonstração de afeto e emoções, mas no diálogo, na presença, na vivência do dia a dia. Pode-se observar a manifestação dos sintomas e a interferência na relação afetiva da família nos relatos que seguem:

[...] chamo ela para conversar, ela fica assim [demonstra: mantém olhar fixo, sem expressão no rosto, parada]. O comportamento dela mudou total: ela fala baixinho, quase não conversa com a gente mais [emocionada], e fica mais deitada quando está em casa, se recua da gente [...]. (Colaboradora 1, Vitória, mãe).

[...] ele não quer movimento, ele se isola, tem medo das pessoas [...]. (Colaboradora 2, Eloísa, esposa).

[...] eu chego em casa, ele está deitado. Estimulo ele levantar, reagir [...]. (Colaboradora 3, Antonia, irmã).

Minha vivência é isso: chegar em casa e além de ter corrido atrás de qualquer coisa para a subsistência ter que arrumar a casa, porque a pessoa está lá, mas não tem drive para arrumar a casa, às vezes nem para arrumar o próprio quarto... mas tem um gato. Ter que limpar a casa porque está em estado de petição de miséria, lavar a louça que está acumulando na pia e, depois de fazer todas as correrias que tem que fazer, ainda chegar de noite e estar um pouco bagunçado de novo, ter louça na pia já de novo. Uma pessoa que está praticamente só esperando a morte chegar, que não quer fazer mais nada, que diz que não vê motivo em fazer nada. (Colaborador 4, Augusto).

É notável que tais colaboradores enunciaram características presentes em seus familiares que estão, intrinsecamente, relacionadas à diminuição de energia e ao retraimento social, sintomas gerados pela depressão e que muito interferem na relação entre as pessoas, tornando perceptível a interposição desse novo comportamento no ambiente familiar.

Percebe-se, na íntegra das entrevistas, que alguns colaboradores expressaram a mudança prévia e posterior ao adoecimento de seu familiar. Para Brischiliari e Waidman (2012), há diferença para a família quando a pessoa adoecida passa a não desempenhar as funções da casa que antes de adoecer executava. Os mesmos autores descrevem que as famílias precisam saber como se comporta a doença, os estágios, os sintomas que gera, de modo a evitar conflitos e permitir um relacionamento compreensivo na família; por outro lado, se a família não

compreender a singularidade e não respeitar as limitações, o convívio ficará penoso, o que irá afetar a recuperação de quem está doente.

Possivelmente com o passar do tempo, embora haja um amadurecimento dos familiares na compreensão ou mesmo no “acostumar-se” com a doença, além dos relatos, as notas de caderno de campo descrevem o impacto causado na relação interpessoal na realidade de três dos quatro colaboradores. Alguns deles sentem mais fortemente as mudanças na pessoa adoecida no sentido da interação social, de conversarem menos, de seus familiares ficarem mais reservados, introspectivos.

Para a *Colaboradora Vitória*, especialmente, essa mudança tem um impacto significativo no que antes aparentava ser uma forte relação de diálogo, carinho, cuidado e companheirismo entre ela e sua filha. A pesquisadora toma como peculiar o momento em que a colaboradora fala que sua filha não sabe mais cozinhar o prato de que tanto *Vitória* gosta: arroz, feijão e ovo: “[...] *A gente falava para ela fritar ovo para comer com arroz e feijão [pausa]. Ela diz que tem medo. Me dá um desgosto. Ela fazia isso [chorando]. Às vezes quando eu chegava do serviço, ela colocava o prato na mesa, já tinha feito uma comida. Ela sabe que gosto de ovo frito com arroz ou polenta. Ela pedia se eu queria um ovo frito na hora, e ela fazia. Agora dizer que não sabe fritar um ovo para mim? Que tem medo? [chorando] Que será isso?*”. A relação estabelecida na refeição partilhada entre mãe e filha se fragilizou e afeta substancialmente a mãe, que se indaga a respeito do que aconteceu à filha para que agora passe a agir dessa forma.

Em virtude desse cuidado diário e do comportamento do doente, da tensão, da sobrecarga e das preocupações com a recaída, o convívio familiar se deteriora (NAVARINI; HIRDES, 2008), aparentando um círculo vicioso de sobrecarga-desgaste-sobrecarga. O convívio com familiares que apresentam transtorno mental é tido como difícil e complicado, especialmente quando relacionado ao comportamento que a pessoa doente apresenta, a quem, muitas vezes, a família não consegue auxiliar (NASCIMENTO *et al.*, 2016). Há familiares que relatam sentir-se doentes e impacientes para o cuidado, trazendo impactos em várias questões de sua vida e que são provenientes desse papel de cuidador (NASCIMENTO *et al.*, 2016), o que contribui para a fragilização do vínculo e da relação interpessoal. Para Rosa (2003), se os familiares não forem ouvidos e instrumentalizados no cuidado, tende-se a gerar uma solidificação nas relações afetivas, produzida com base na vivência que a família tem dos quadros de agudização e do entendimento de que o doente não vai mudar e a cura não vai acontecer.

A despeito de revelarem aspectos de convívio e relações interpessoais tênues, os colaboradores demonstraram afeto, interesse e preocupação com seu familiar, desejando que recuperem a saúde; isso vai ao encontro do estudo de Nascimento *et al.* (2016) em que os participantes, embora tenham narrado sua sobrecarga emocional e os encargos no cuidado à pessoa com transtorno mental, demonstraram que a família continua sendo ambiente de cuidado, afeição e entendimento e que também, segundo Navarini e Hirdes (2008), presta auxílio e assevera piedade.

Essa ideia está aliada, igualmente, ao que alguns colaboradores revelaram. A *Colaboradora 2, Eloísa*, expôs que, em sua experiência no cuidado de longa data destinado ao esposo, passou por momentos difíceis quando do aparecimento de sintomas, contudo, com o passar do tempo aprendeu a lidar com as crises. Isso reforça justamente a questão de desenvolver maior entendimento ao longo do processo e da demonstração de afeto e piedade para com o familiar. Curiosamente, *Eloísa* é a *Colaboradora* cujo familiar é o único que tem diagnóstico de depressão e faz acompanhamento há mais tempo em relação aos demais. “*Para mim, não há dificuldade nenhuma. No começo foi difícil, hoje não vejo assim. Pelo contrário, ele me ajuda muito*” (*Colaboradora 2, Eloísa*). Para *Vitória, a Colaboradora 1*, há piedade em ver o que a doença tem causado em sua filha: “[...] *Não está fácil [emocionada]. Eu tenho dó dela.*” (*Colaboradora 1, Vitória*).

A partir do momento em que a família passa a cuidar de um de seus membros, sentimentos podem aflorar e gerar desordem no núcleo (NAVARINI; HIRDES, 2008), podendo fragilizar a relação interpessoal. Descortina-se, assim, a importância da atuação dos serviços de saúde em oferecer suporte aos familiares que acompanham seus entes em tratamento. Um olhar atento para a singularidade de cada família, oferecendo compreensão — uma vez que os familiares apresentam dúvidas sobre o tratamento, sentem-se sozinhos e fracos para entender as suas próprias vivências — pode não somente auxiliar os familiares, mas, conseqüentemente, ter faculdade terapêutica no tratamento da pessoa que tem transtorno mental e auxiliar em outro campo perturbado pela depressão: a saúde emocional dos familiares (MELMAN, 2008).

Como se observa com o decorrer da discussão, o transtorno mental de fato gera transformações nas relações familiares (NAVARINI; HIRDES, 2008), e conforme sua capacidade, a família vai reformulando seu cotidiano. Quando uma pessoa se torna mentalmente adoecida as relações da família ficam sensíveis, o ambiente e a atmosfera emocional ficam distorcidos.

No presente estudo, de modo singular ao que outras pesquisas revelaram (GRANDI; WAIDMAN, 2011; SANTIN; KLAFKE, 2011; SILVA *et al.*, 2014; DUARTE; FERREIRA

NETO, 2016), forte impacto sentido, demonstrado nas entrevistas presenciais e observado nos relatos é o de cunho emocional, gerado não pelas questões de agressividade, comportamentos inadequados e crises, geralmente mais frequentes em outras doenças mentais que não a depressão, mas, sim, pela inatividade, pelo retraimento, pela dificuldade nos afazeres cotidianos, pela desesperança que parece a depressão gerar em tudo que rodeia a pessoa adoecida.

O déficit de colaboração e o comportamento que o familiar adoecido pode apresentar, pelo impacto que a doença mental causa, faz com que haja movimentação no cotidiano normal da família, o que contribui para a sobrecarga do cuidador, incluindo a emocional. Há familiares que relataram que, em virtude do cuidado à pessoa com transtorno mental, acabaram apresentando sentimento de tristeza e irritabilidade, revelando a interferência emocional em sua vida (DUARTE; FERREIRA NETO, 2016).

Como já mencionado, todos os colaboradores residem na mesma casa em que reside o familiar a quem cuidam e acompanham; desse modo, revelam a experiência e o abalo emocional sentido nesse cuidado contínuo, que tem sido duradouro:

Ela não consegue vir sozinha. Eu sento junto com ela [no ônibus] e deixo, para ver. Digo para ela apertar o sinal quando estiver chegando. Ela deixa passar o ponto [de desembarque]. Eu tenho medo dela vir sozinha. A gente tem que ficar acompanhando. Não está fácil [emocionada] [...]. Ela ficou a ponto de a gente ter que dar banho, colocar comida na boca [...]. Dói demais! [chorando, seca lágrimas com papel toalha, mexe no papel toalha, olha para baixo, fala expressando dor e pesar]. (Colaboradora 1, Vitória).

[...] Olha, eu peço a Deus que me dê força, porque tem momentos que eu mesma tenho vontade de desistir. Meu Deus do céu, eu preciso trabalhar, eu tenho a minha família, eu tenho meu marido, eu tenho meu filho também. Tudo isso me pegou nesse fim de ano. (Colaboradora 3, Antonia).

A *Colaboradora 1, Vitória*, comenta que ações que podem ser consideradas simples, tais como banhar-se e alimentar-se, sair de casa sozinha, ficam sob supervisão da colaboradora, gerando sofrimento e dor, evidentemente sentidos e vistos em boa parte de toda sua entrevista, na sua fala e comportamento tão expressivos. A *Colaboradora 3, Antonia*, também revelou seu desgaste emocional ao desempenhar o papel de cuidadora de seu irmão, seu sobrinho, sua casa, seu esposo, seu filho e também ter seu trabalho externo para desempenhar, embora tenha elencado o trabalho como fator que alivia suas preocupações: “[...] Ainda bem que eu tenho meu trabalho, porque eu me distraio [...]”. (Colaboradora 3, Antonia).

Nota-se a fragilidade com que a *Colaboradora Vitória* narra o fato de não ter mais com quem conversar, de não ter companheirismo para atividades de lazer, numa fala profunda e

recorrente que se concretiza no verbo “ser” conjugado no pretérito imperfeito: “*não era assim*”. Possibilita o entendimento de que a depressão agiu como um divisor de águas na vida da família, a vida não é mais a mesma com o adoecimento: “*Esses dias falei para ela colocar o arroz no fogo. Ela me pediu de que jeito fazia porque não lembrava. Ela sempre fez arroz! Está sendo muito difícil [chorando]. Está sendo muito difícil, porque tem horas que vemos que ela pode vestir uma roupa combinando, e ela veste uma roupa que destoa. Ela não era assim*” (Colaboradora 1, Vitória). Infere-se que o detalhe que pode ser considerado mínimo — escolher a roupa — entristece a mãe.

As características da sobrecarga familiar sofrem influência direta pelo valor atribuído à doença mental, valor esse gerado pela história de vida e contexto em que cada familiar está inserido, o que influencia a vivência emocional e o enfrentamento de eventos da vida. Os fatores contribuintes para a sobrecarga emocional de familiares de pessoas com transtorno mental são o estresse, as experiências de instabilidade da pessoa adoecida e também a insegurança gerada pelo adoecimento (MELMAN, 2008).

Além de seus relatos, nota do caderno de campo revela o cansaço e a tristeza de duas colaboradoras, causando impacto na pesquisadora. As colaboradoras transpunham suas emoções para manifestações físicas durante a entrevista. Choraram, ficaram cabisbaixas, embargaram a voz, mexiam nas mãos ao demonstrar o sofrimento por ver o familiar adoecido.

Embora alguns colaboradores tenham certo auxílio de outros membros da família, o cuidado direto, contínuo, o acompanhamento do tratamento, a interface com os profissionais de saúde, o cuidado com a casa é desenvolvido especialmente pelos próprios participantes do estudo em maior grau e com maior intensidade, corroborando o já apresentado no estudo de Kebbe *et al.* (2014): geralmente o cuidado fica a cargo de uma pessoa apenas. Evidencia-se, portanto, que além de esse fato gerar impacto físico e financeiro, gera interferência emocional.

Houve colaboradores que demonstraram maior abalo e impacto emocional que outros; todavia, cada um sente e expressa a seu modo, e nas diferenças de interpretação do grupo se justifica o comportamento, ainda que tenham vivido o mesmo evento. Brischiliari e Waidman (2012, p. 153) descrevem que “somente quem convive com esta realidade é capaz de descrever com propriedade”; corrobora-se, profundamente, esse escrito no presente estudo, em que foi possível sentir o sofrimento dos familiares e ver sua expressão no corpo: choram, ficam emocionados, com os olhos marejados e com a voz enfraquecida, alteram a expressão facial, ficam cabisbaixos. Todas essas reações mostram claramente que o cuidado de alguém com transtorno mental pode suscitar sentimentos e emoções que podem causar sofrimento e instabilidade emocional.

[...] Não está fácil [emocionada]. Eu tenho dó dela [...]. Estou levando. Só que estou me acabando [chorando]. Fica puxado para mim. (Colaboradora 1, Vitória).

[...] Eu falo que está comigo por enquanto, então, não tem que se preocupar. Se tivesse ficado lá, quem iria ajudar ele? Estou fazendo tudo que posso, mas ele tem que me ajudar, se ajudar. Se não, eu não vou conseguir, vou ficar doente. É. Estou assim. Tem dias que não estou bem. Meu Deus do céu! Só peço a Deus que me dê força. Ainda bem que eu tenho meu trabalho, porque eu me distraio. (Colaboradora 3, Antonia).

Ao investigar pessoas com transtorno mental e seus familiares no Paraná, Brusamarello *et al.* (2017) descreveram que o encargo emocional gerado por esse cuidado se manifesta, na família, nos sentimentos de medo, vergonha, angústia e fragilidade ante o transtorno mental. O sentimento de tristeza diante da situação que vivia seu familiar adoecido também foi evidenciado por Costa *et al.* (2014) ao entrevistarem familiares de pessoas com transtorno mental no Ceará.

Os participantes do estudo de Silva *et al.* (2014) descreveram sentimentos de cansaço, angústia, sofrimento, apreensão, tensão, preocupação e dificuldades em relação à convivência com seu familiar adoecido; ainda revelaram que lidar com alguém com transtorno mental requer esforço, dedicação e empenho diante das barreiras impostas pelo adoecimento — que, relataram esses familiares, não sabiam como resolver.

Por vezes, a dificuldade no entendimento do adoecimento e a queda abrupta do quadro clínico podem gerar maior sofrimento para os familiares. A *Colaboradora 1, Vitória*, pergunta à pesquisadora como querendo esclarecer: “*[...] que será isso? Eu pergunto: Deus, o que está acontecendo? Parece que virou tudo... [chorando, soluçando] [seca as lágrimas] [...]*”. A pesquisadora que participou das entrevistas percebe que cotidianamente a vida dessa mãe transcorria no seu curso habitual; a experiência do adoecimento abalou o ambiente familiar, e o que mais parece pesar é a incerteza e a dúvida do que virá a ser o futuro. Um terreno incerto.

Sob outra perspectiva, houve colaboradores que não demonstraram impacto emocional com o adoecimento por depressão de seu familiar, embora haja menção de tristeza, de entendimento, superação e mecanismos para lidar com a situação. Esse amadurecimento e entendimento do adoecimento possivelmente tenham se desenvolvido considerando a singularidade de cada colaborador e suas vivências, coadunando com os escritos de Melman (2008) de que cada pessoa interpreta e enfrenta cada acontecimento de vida a sua maneira.

Bom, basicamente eu poderia usar as palavras triste e frustrante como sendo algumas das primeiras que vêm à cabeça no lidar com essa situação, porque é você ver uma pessoa em casa, sem motivação, sem drive para fazer nada, e você perceber que a

pessoa funciona no modo completamente passivo com tendência do passivo para o negativo [...]. Não, eu não sofro. Dói. É o que eu falei. É triste. Você me perguntou dessa situação, mas é uma situação e eu não faço dela, eu. Eu não internalizo essa situação. Então, não, não sofro, não [...] Eu não vejo como um fardo, eu vejo como algo que eu tinha que fazer. Eu tinha que fazer, mas eu queria, eu não vejo um problema em fazer isso. Eu vejo um problema em ela não ter drive, em ela não ter feedback aqui, em ela não ter saído mais ainda da situação na qual ela se enfiou, mas como um fardo para mim, não [...]. (Colaborador 4, Augusto).

Para mim, não há dificuldade nenhuma. No começo foi difícil, hoje não vejo assim. Pelo contrário, ele me ajuda muito [...]. Aprendemos. Então todos que nos conhecem sabem que ele tem essa deficiência, mas que no íntimo ele é uma pessoa super legal e que nós aprendemos a viver com isso [a doença]. Em partes, está sendo muito bom. Nos acostumamos. É bom porque nunca tivemos ele em casa, em família. (Colaboradora 2, Eloísa).

No estudo de Nascimento *et al.* (2016) alguns participantes, de certa forma, habituaram-se ao cuidado oferecido e sentem-se bem desenvolvendo esta ação, entendida como um dever familiar. O que se depreende disso é que a presença gerada pela pessoa que tem a doença mental contribui para as relações familiares, uma vez que quem cuida agrada-se pelo cuidado que oferta, sente-se útil. Alguns participantes relataram não encontrar desafios no cuidado que prestam. Segundo as autoras, possivelmente por haver colaboração do paciente.

Para Navarini e Hirdes (2008), os familiares que cuidam da pessoa que tem transtorno mental percebem o sofrimento que a pessoa sente, veem os sintomas da doença. Essa percepção faz com que os próprios familiares sejam solidários e busquem estratégias de cuidado adequadas às demandas daqueles a quem cuidam. Todos os colaboradores entrevistados demonstraram interesse e preocupação com a recuperação de seu familiar.

5.2.4 A religiosidade e a espiritualidade como elementos para o enfrentamento da doença

As narrativas evidenciaram questão relevante e de muito significado, um campo a ser maior investigado e desvelado, já em voga na área acadêmica, qual seja a questão da religiosidade e da espiritualidade como fator positivo no enfrentamento das questões de saúde mental.

A influência da religiosidade e da espiritualidade nas questões de saúde-doença vêm sendo investigadas. Em estudo nacional de revisão integrativa sobre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida, Thiengo *et al.* (2019) escreveram que as publicações envolviam diversas populações, tais como estudantes de graduação, crianças e adolescentes, idosos vulneráveis, pacientes em cuidados paliativos, pacientes com doenças crônicas e doenças mentais. Os autores relatam que a religiosidade, a espiritualidade ou a fé atuam como

ferramenta para lidar com os impactos negativos ocasionados pelo adoecimento, para a compreensão desse evento estressor e mesmo para o enfrentamento de outras adversidades da vida; contudo, podem ser danosas quando forem práticas e crenças configuradas como fanatismo.

Ainda que se fale em religiosidade e espiritualidade muitas vezes como sinônimos, torna-se importante destacar suas diferentes definições. À luz de Koenig (2012), religião está relacionada à prática de rituais e seguimento de crenças que buscam a aproximação com o sagrado e, geralmente, orientada por escritos que norteiam a atuação do indivíduo no mundo, suas condutas morais e éticas. A religião pode ser tida como “organizacional” quando é pública, envolvendo a participação em ambientes grupais de oração e estudo de escritos, ou “não organizacional”, quando relacionada às atividades de oração individuais, particulares, domiciliares de cada pessoa. Na concepção desse autor, religião por ser um domínio exclusivo com dimensões que podem ser estudadas sobre sua influência na questão de saúde.

A definição de espiritualidade não é unânime, contudo, pode ser entendida como sendo a relação que cada pessoa tem com o transcendental e com a questão central da religião: de elevar o ser humano na busca de compreensão, de bem-estar, de harmonia e conexão com os demais, de gerar sentimentos de paz e conforto interior (KOENIG, 2012).

Faz-se relevante destacar tais conceitos em virtude de as colaboradoras revelarem traços de sua religiosidade e também espiritualidade, o que pode ser objeto de estudos futuros na área da saúde mental, uma vez que esse tema tem tomado atenção e interesse para o cuidado em saúde. As colaboradoras apresentaram, na entrevista, a sua crença como alicerce, fonte de força para o enfrentamento das dificuldades ocasionadas pela depressão, para a busca ou o alcance de compreensão, como explicação para os acontecimentos.

[...] Agora, é pedir a Deus e ter força e fé para conseguir. Ela precisa ativar. Não sei o que pode acontecer. Só Deus. E eu tenho fé em Deus que ela vai melhorar. Debaixo de Deus, com o acompanhamento dos médicos, Deus me dando força e compreensão para entender ela também, porque, fica difícil. [pausa]. (Colaboradora 1, Vitória).

[...] Meu Deus do céu! Só peço a Deus que me dê força [...] Digo que ele tenha fé, que participe mais da igreja, que Deus vai ajudar e vai dar certo. (Colaboradora 3, Antonia).

[...] Penso que Deus não dá um fardo além daquilo que possamos carregar... tudo tem seu tempo [pausadamente], acho que Deus deu esse tempo para ele ficar longe da família, longe de tudo e de todos. (Colaboradora 2, Eloísa).

Em estudo realizado por Lima e Ferreira (2018) com 5 pacientes em tratamento em um CAPS II de Goiânia, a fé e a religiosidade foram apresentadas como ferramentas para o

enfrentamento das questões estressoras relacionadas ao adoecimento, trazendo conforto, crendo que Deus lhes presta ajuda, que cura os males, que lhes protege.

Em vários momentos durante a entrevista, a *Colaboradora 1, Vitória*, se refere a Deus, no sentido de buscar aconchego e força. Parece que ao falar em Deus, ela se sente segura e certa de que estão bem cuidadas, ela e sua filha. Busca na religião o entendimento sobre o que está acontecendo e procura Nele força para seguir adiante. Para *Vitória*, a ajuda recebida e as oportunidades de cuidado com a filha são ações do divino em sua vida. Ela vê, em programas de televisão, a recuperação de pessoas adoecidas por intermédio da fé e crê que sua filha possa se recuperar igualmente. Além disso, relata a perda de interesse da filha nas questões religiosas como consequência da depressão:

[...] Ainda tenho que agradecer muito a Deus. Essa senhora ficou meio parente, se fosse outra pessoa não aceitaria essa situação, então, agradeço a Deus por ter essa oportunidade, estar aqui, conseguir pelo menos entender o que é isso. Tentar entender! [...] A gente tem que ter fé em Deus. Eu acredito que aqui ela vai conseguir se tratar. Mesmo que a gente pense ser impossível, acha pessoas que ajudam. Esse taxista que eu nunca vi na minha vida me ajudou. Ali é Deus! Eu senti que foi o impulso de Deus agindo naquele homem, tomando aquela decisão. Quando ele falou que eu não podia levar a M. para casa daquele jeito, eu tomei um choque! Ele estava vendo mais do que eu, que sou mãe! Aquele dia eu vi Deus agindo naquelas pessoas para nos ajudar [chorando]. Não podemos desacreditar. Tem que sempre estar buscando força. Chorar é normal. Passar por isso, só quem passa sabe. Só quem passa, sabe [toma chá] [...] Eu assisto aquele programa do RN Soares, quase não estávamos indo na igreja por causa da vizinha [toma chá]. Vemos nesse programa pessoas que falam que adoeceram, que foram curados, que se libertaram com medicação e hoje não usam mais medicação. Graças a Deus está libertado! Está seguindo. Conseguiu casamento, empresa, trabalho. Que talvez quando começou a ir naquela igreja ou assistir o programa não tinha expectativa de vida, mas se transformou! Ela nem assiste mais essas pregações, não se importa mais. Ela era fanática. Ela gostava de ir na igreja, louvar, agora não. Será que perdeu a razão de viver? [pausa] [chora] Está sendo difícil. Quem sabe um dia Deus desperta ela [chora mais]. Vai dar certo! Vamos tentando. (Colaboradora 1, Vitória).

A partir da fala da *Colaboradora 3, Antonia*, pode-se inferir que sua crença em Deus auxiliou seu irmão a lhe retornar uma ligação que permitiu a *Antonia* perceber que ele precisava de ajuda. Ela diz:

Eu ligava e ele não me atendia e ele não era de não atender meus telefonemas. Sentei na escada, na porta da minha casa, e pensei que alguma coisa estava acontecendo. Eu já comecei a tremer, fiquei nervosa. Acendi um cigarrinho, fumei na porta, e fiquei. Tocou o telefone, era ele retornando. Parece que foi Deus que pôs para ele retornar porque ele não lembra que retornou à ligação.

Para Rodriguez-Yunta (2016), a religiosidade pode auxiliar as pessoas na explicação dos transtornos mentais, conforme a crença de cada um. Essa atribuição de significados possibilitada pela religiosidade permite que as pessoas interpretem comportamentos como

doença mental, ou não. A *Colaboradora 1, Vitória*, inquiriu Deus, a quem chama de Pai, sobre o que está acontecendo, denotando seu sofrimento em virtude do adoecimento da filha, cuja alteração da vida é perceptível e impactante na entrevista completa (APÊNDICE C): “*Meu Deus. Falei. Meu Pai! Que que é isso? Está difícil para a gente, porque [pausa], [chora] não pensava de acontecer isso!*”.

A *Colaboradora 3, Antonia*, relata que seu irmão é o único membro da família que adoeceu mentalmente, e que ele se questiona pelo fato de estar doente dizendo que desenvolvia atividades solidárias, participava da igreja, e aparenta que devido a isso estaria isento, protegido do adoecimento mental. “*Ninguém. Ninguém, ninguém, ninguém. Nem de parente, nada, nada, nada. Ninguém. Com ele que aconteceu isso, por isso que eu penso: por quê? Ele mesmo diz: Por que aconteceu isso comigo? Toda vida ajudei todo mundo, participei nas igrejas, de encontro de jovem, fazia tudo*” (Colaboradora 3, Antonia).

Para Rodriguez-Yunta (2016), a fé em algo superior ao ser humano desempenha papel protetivo em relação aos fatores sociais que interferem na saúde do indivíduo, porque permite à pessoa sentir-se valorada moralmente, possibilita que pertença a um grupo que a apoia, e a espiritualidade eleva a vida a hábitos saudáveis, contribuindo na saúde mental, para a estabilidade mental das pessoas em sofrimento. O bem-estar espiritual impacta na saúde mental, pois dá propósito à vida da pessoa; as crenças a mantêm esperançosa, confiante, em paz, melhora a relação com os demais, fortalece a resiliência para o enfrentamento das adversidades da vida.

As colaboradoras revelaram, ainda, que buscam, além das atividades nos serviços de saúde, as relacionadas à religiosidade, pois a seu ver, podem contribuir para a recuperação da depressão de seus familiares e servem como ponto de apoio.

Ela fica assustada. Diz que a voz fala que vai matar ela. Eu falo para ela ter fé, que ela também tem que pedir a Deus, tomar remédio direitinho, porque se ela não tiver fé em Deus e não usar o remédio direitinho... Deus já deixou o médico e a medicina porque nós precisamos. (Colaboradora 1, Vitória).

Na igreja, todos sabem que ele tem esse tipo de comportamento. Há dias que ele lembra, há dias que ele não lembra das coisas, então o pessoal [da igreja] vem buscar ele em casa e o deixa no portão. Tem uma Kombi que leva as pessoas para os cultos, então caso aconteça dele [esposo] ir de carro e eu não estar, ela [pessoa da igreja] me liga: Oh, o R. veio de carro, apenas para avisar. (Colaboradora 2, Eloísa).

Eu disse: meu Deus, que que eu faço? Depois disso, eu comecei o tratamento dele aqui e na igreja. Levava ele na igreja. Convido ele, que pelo amor de Deus vá na igreja, vamos no CAPS, vamos onde for preciso, mas ele tem que ir [...] Ele teve uma experiência daqui, para ver se fica em casa uns dias e uns dias vai no CAPS, na igreja. Anteontem estávamos conversando sobre isso. Ele disse que vai participar da novena, mas tem que ver com a P. [TR] porque acho que eles querem que ele venha todo dia.

Mas se ele tiver outras atividades para fazer, não vai ficar em casa parado. Todas as quartas-feiras tem a novena na igreja e às quintas-feiras tem serviço voluntário da igreja para o Pequeno Cotolengo. Quem quiser vai ajudar. Fica a tarde inteira trabalhando. Falei para ele ir. Sugestão da minha vizinha, a V. Ele está concordando em fazer isso, então tem que combinar com a P. [TR] na segunda-feira, para ele vir aqui duas vezes por semana e ir participar das outras atividades. Talvez segunda e terça venha aqui, quarta e quinta nessa participação na igreja, e na sexta, como às vezes eu trabalho, quero ir lá no Guadalupe [Paróquia Católica de Curitiba], e levar ele junto. (Colaboradora 3, Antonia).

A religiosidade influencia no bem-estar, propicia tranquilidade, causa efeitos no humor, amenizando sintomas de depressão, minimizando a ansiedade, permite menor distresse, serve como estratégia de enfrentamento, diminui o risco de suicídio e auxilia na estabilidade emocional (LEVORATO NETO *et al.*, 2018). Para Thiengo *et al.* (2019), a religião pode ajudar indivíduos e familiares no relacionamento interpessoal, na saúde física e mental, na proteção contra o suicídio e na qualidade de vida e execução de hábitos saudáveis, pois orienta o indivíduo a boas práticas em saúde.

As práticas religiosas se apresentam de maneiras diversas para cada pessoa, conforme a religião que praticam, os locais que frequentam. A *Colaboradora 2, Eloísa*, revela uma ação rotineira sua e de seu esposo de leituras religiosas, quando narra: “*Então, às vezes, no final de semana que eu não trabalho ele levanta e nos prepara o chimarrão. Lemos a palavra [de Deus]. Temos aquele ‘pão diário’, leitura diária da palavra.*”

Ao desvelarem esse tema relevante sobre religiosidade e espiritualidade, as colaboradoras abrem caminho para pensá-lo nos serviços de saúde. Levorato *et al.* (2018) mostram que os efeitos positivos da abordagem da espiritualidade nos serviços de saúde têm sido descritos, todavia, o manejo de pacientes em sofrimento mental com foco na espiritualidade ainda não é muito utilizado, é tido como controverso, além da apreensão que os profissionais sentem em abordar essa questão com os pacientes. Para Thiengo *et al.* (2019), há reflexão dos profissionais de saúde sobre a necessidade de abordar esse tema nos seus atendimentos, a despeito de suas crenças individuais. Em contrapartida, a fragilidade e/ou ausência de estudos sobre esse tema durante a formação acadêmica, a demanda administrativa do trabalho, a ausência de modelos de abordagem e de treinamento para introduzir na prática clínica o suporte da religiosidade e da espiritualidade a pacientes e familiares usuários dos serviços de saúde podem explicar a hesitação, o desconforto de ir além do papel de cuidador profissional e a insegurança dos profissionais em abordar este aspecto tido como ponto de apoio para a clientela.

A construção dos Temas Relevantes apontou, inicialmente, as formas de entendimento que os familiares possuem sobre o surgimento da depressão, tomando destaque as dúvidas sobre

o motivo da doença. Foram apresentados, também, os caminhos percorridos pelos familiares que buscaram auxílio nos serviços de saúde, revelando trajetos majoritários pelo serviço de urgência (SAMU/UPA) para depois seguirem aos CAPS III, denotando, de certa forma, que se tenta cuidado e manejo prévios antes do atendimento no serviço especializado. Revelados, posteriormente, os impactos da depressão na vida do familiar, quais se mostram na saúde física, quando da diminuição do cuidado consigo e na modificação dos momentos de lazer; os impactos reverberam na questão financeira da família, que pela reorganização que passa, inclusive de estrutura de moradia, torna-se responsável pela manutenção do lar, muitas vezes, sem contar com a renda da pessoa adoecida. Os impactos são sentidos, ainda, nas relações familiares, fragilizadas na sua maioria e que contribuem para o sofrimento emocional, outro aspecto que sofre influência negativa na depressão na vida dos familiares. O Tema Relevante derradeiro foi a religiosidade e a espiritualidade como ponto de apoio e lugar de esperança, de entendimento e explicação para o adoecimento, de suporte social para familiares e pessoa adoecida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a construção pessoal e a contribuição que este estudo possibilitou, permito-me falar das considerações finais — que não são, jamais, uma conclusão em si, mas o continuar de dúvidas e reflexões — individualmente.

Ao abrirem as portas de sua memória, seu coração, sua casa e sua vivência, buscando contribuir com o cuidado em saúde mental destinado aos seus familiares e a terceiros, descortinou-se a intimidade dos colaboradores, tão envolta em sentimentos. O desenvolvimento desta pesquisa proporcionou imergir no universo tão particular da vivência individual — que se tornou memória coletiva. É tocante, como pesquisadora, descrever a confiança que os colaboradores demonstraram ao participarem deste estudo, que desde sua concepção teve como objetivo, subliminar, a contribuição para a qualidade da assistência em saúde mental prestada pelos multiprofissionais nos serviços comunitários de saúde, pensando, com especial zelo, na atuação dos profissionais de enfermagem dos CAPS.

Esta pesquisa foi intensa desde sua gênese, quando da criação do projeto de pesquisa, e, não obstante, tornou-se mais profunda ainda, quando da etapa de coleta de dados. No transcorrer das entrevistas e também na devolutiva do texto digitado quando da coleta da Carta de Cessão de Direitos, foi possível aos envolvidos revisitarem sua memória, tomando contato com momentos passados dolorosos, tristes, árduos; permitiu que ressignificassem sua experiência relacionada ao cuidado de seu familiar que sofre tão intensamente com a depressão — a doença é, por todos os ângulos, sempre vilã —; possibilitou aliviarem seu sofrimento por haver um momento somente para cada um dos colaboradores, uma pessoa específica para aquele momento, um olhar e escuta interessadas e preocupadas com sua história, que acolhesse suas angústias, seu medo, suas dúvidas, suas contribuições e críticas, e que se criasse vínculo provido de afeto, respeito e interesse.

Isso tudo é entendido por esta pesquisadora, neste estudo, como a potência da História Oral. Ouvir como pesquisadora me fez respeitar e aproximar-me como nunca do universo familiar. Fez-me perceber que é preciso, como profissionais de saúde mental, conversar com o familiar sobre o que a depressão gera, sobre seus sintomas; é importante que consideremos que para o colaborador, especialmente a primeira experiência de adoecimento de seu ente e o que se revela decorrente da depressão é agressivo, assustador, preocupante, e que a incerteza do futuro os preocupa — e os assusta. Vê-se tudo isso, na prática em saúde mental, muitas vezes manifesta no comportamento dos familiares para com os profissionais de saúde. Em suma, fez-

me perceber como é imprescindível que, como profissional de enfermagem, preste atenção e invista na saúde do familiar.

Os colaboradores nos apresentaram, cada um a seu modo, que sua vivência é caracterizada pelos impactos da depressão em diversas áreas da vida do familiar que cuida, na saúde física, financeira, nas relações interpessoais, na saúde emocional; ainda foi desvelada a religiosidade e a espiritualidade como pontos de apoio em todo esse processo. Deste modo, conhecemos como é a vivência do familiar com a pessoa que tem depressão e entendemos que a depressão age sempre como vilã pela via dupla: afeta a pessoa e quem convive com ela.

As contribuições deste estudo podem atingir os multiprofissionais dos serviços comunitários de atenção à saúde mental, pois se revelam na demonstração de experiências diversas sobre o mesmo evento vivenciado, alertando a todos para a importância e necessidade de cuidado voltado aos familiares e de abordagens individualizadas considerando a magnitude e demandas de cada familiar. A pesquisa contribuiu ainda para descortinar que o trabalho desenvolvido no CAPS III necessita de aprimoramento, uma vez alguns colaboradores não definiram como o serviço auxilia a recuperação de seu familiar e considerando as críticas substanciais a respeito de características de funcionamento do serviço que podem servir de embasamento para reflexões e melhorias relacionadas ao gerenciamento.

Como limitações do estudo, descreve-se o foco único na depressão, considerando que as publicações científicas em saúde mental, em sua maioria, retratam experiências dos transtornos mentais como um todo, havendo disparidade entre os sintomas gerados por outras doenças e os ocasionados pela depressão. Em História Oral a intensidade das narrativas é suprema ao número de colaboradores, ainda assim, ao considerarmos características que se desvelaram na caracterização dos colaboradores e a própria vivência com a pessoa com depressão, talvez estas revelem uma possível limitação da pesquisa e por outro lado, abrem caminho para novas pesquisas com as interrogações deixadas por esta.

Que os resultados acrescentem às demais pesquisas na área de saúde mental e/ou desbravem lugar para que se busque apreender mais profundamente de outras dimensões sobre familiares e depressão, que se revelou um amplo universo, é o que se aspira como reflexos deste estudo. Espera-se que, na devolutiva dos resultados ao local desta pesquisa e na disseminação deles, possamos contribuir para a assistência aos familiares de pessoas com depressão, seja como incremento para o cuidado já existente, ou mesmo para suscitar reflexões e inovações nas práticas comunitárias de saúde mental.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (orgs.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Coordenadoria de Estudos e Desenvolvimento de Projetos Especiais – PUC-SP, 2010.
- AHN, S.; KIM, S.; ZHANG, H. Changes in Depressive Symptoms among Older Adults with Multiple Chronic Conditions: Role of Positive and Negative Social Support. **Int. J Environ. Res. Public Health**, Basileia-Suíça, v. 14, n. 16, p. 1-11, 2017. Disponível em: <http://www.mdpi.com/1660-4601/14/1/16/htm>. Acesso em: 25 nov 2019.
- ALBERTI, V. Análise de entrevistas: reflexões em torno de um exemplo. In: II CONGRESSO PAN-AMAZÔNICO E VIII ENCONTRO REGIONAL NORTE DE HISTÓRIA ORAL, 2013, Rio Branco. **Conferência de Encerramento**. Rio Branco: Universidade Federal do Acre, 2013, p. 1-13. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/17193/analise%20de%20entrevistas.pdf>. Acesso em: 25 nov 2019.
- ALIC, A. *et al.* Screening for Depression Patients in Family Medicine. **Med Arh**. Zenica, v. 68, n. 1, p. 37-40, jan. 2014. Disponível em: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC4285996&blobtype=pdf>. Acesso em: 25 nov 2019.
- ALMEIDA FILHO, A. J. A. *et al.* Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, série IV, n. 4, p. 117-125, jan./fev./mar. 2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100013. Acesso em: 25 nov 2019.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 4. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRÉ, S. *et al.* The informal caregiver's socioeconomic prism and its implications on state of mind. **Aten. Primaria**, Espanha, v. 46, Espec. Cong. 1, p. 210-216, nov. 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714700940>. Acesso em: 25 nov 2019.
- ANJOS FILHO, N. C.; SOUZA, A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 63-76, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2017.v21n60/63-76/pt>. Acesso em: 25 nov 2019.
- ATHIÉ, K. *et al.* Anxious and depressed women's experiences of emotional suffering and help seeking in a Rio de Janeiro favela. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.

1, p. 75-86, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n1/1413-8123-csc-22-01-0075.pdf> . Acesso em: 25 nov 2019.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>. Acesso em: 25 nov 2019.

AZEVEDO, D. M. *et al.* Avaliação da assistência em saúde num centro de atenção psicossocial na perspectiva dos profissionais. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, Vitória, v. 16, n. 2, p. 109-116, abr./jun. 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/273445977_Avaliacao_da_assistencia_em_saude_n_um_centro_de_atencao_psicossocial_na_perspectiva_de_profissionais_dos_saude. Acesso em: 25 nov 2019.

BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Rev. Psiq. Clín**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000600003. Acesso em: 25 nov 2019.

BELAYACHI, J. *et al.* Psychological burden in inpatient relatives: the forgotten side of medical management. **Q J Med**, v. 107, n. 2, p. 115-122, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/258035208_Psychological_burden_in_inpatient_relatives_The_forgotten_side_of_medical_management. Acesso em: 25 nov 2019.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Declaração de Caracas**. 1990. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf . Acesso em: 25 jan. 2019.

BOLSONI-SILVA, A. T.; GUERRA, B. T. O impacto da depressão para as interações sociais de universitários. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v14n2/v14n2a04.pdf>. Acesso em: 25 nov 2019.

BORBA, L. O. *et al.* A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 45, v. 2, p. 442-449, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>. Acesso em: 10 set. 2019.

BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, fev. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025. Acesso em: 25 nov 2019.

BRASIL. Lei nº 10.216, 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 União**, Brasília, DF, n. 69-E, 09 abr. 2001. Seção 1, p. 2. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=2&data=09/04/2001>. Acesso em: 25 nov 2019.

BRASIL. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 245, 22 de dez. 2017a. Seção 1, p. 239. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/janeiro/05/Resolu----o-CIT-n---32.pdf>. Acesso em: 25 nov 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 12, 13 de jun. 2013b. Seção 1, p. 59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 248., 23 de dez. 1996, Seção 11. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/1541961/pg-1-secao-1-diario-oficial-da-uniao-dou-de-23-12-1996>. Acesso em: 08 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990 a 2004**. Brasília, 2004, 340 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_mental.pdf. Acesso em: 25 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece os Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 34, 20 fev. 2002. Seção 1, p. 22-23. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=22&data=20/02/2002>. Acesso em: 25 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 96, 21 maio 2013a. Seção 1, p. 37-39. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=21/05/2013&jornal=1&pagina=37&totalArquivos=176>. Acesso em: 25 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.099, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, recursos a serem incorporados ao Teto Financeiro Anual da Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios referentes ao novo tipo de financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 247, 26 dez. 2011, Seção 1, p. 236. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=236&data=26/12/2011>. Acesso em: 25 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 245, 22 dez. 2017b, Seção 1, p. 236. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1jBWqnJF67BZ_Z3zvPAG_2AmZgaPeZ4KY/view. Acesso em: 25 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 25 nov 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados – 12.** Informativo Eletrônico. Brasília: ano 10, nº 12, outubro de 2015. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/2012-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>. Acesso em: 25 nov 2019.

BRISCHILIARI, A.; WAIDMAN, M. A. P. O portador de transtorno mental e a vida em família. **Esc. Anna Nery** (impr.), v. 16, n. 1, 147-156, jan./mar. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100020. Acesso em: 19 out. 2019

BRUSAMARELLO, T. *et al.* Famílias no cuidado à saúde de pessoas com transtorno mental: reflexos do modelo de assistência. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 1, n. 3, p. 441-449, set./dez. 2017. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880196/05_5993-tatiana-maftum_norm_port_ingl.pdf. Acesso em: 25 nov 2019.

CÁCEDA, R. Suicidal behavior: Risk and protective factors. **Ver. Neuropsiquiatr.**, v. 77, n. 1, p. 3-18, fev. 2014. Disponível em: http://www.a-new-researchgate.net/publication/262688834_Suicidal_behavior_Risk_and_protective_factors/link/0deec5387a83410553000000/download. Acesso em: 25 nov 2019.

CAMARGO, V. C. V.; CALAIS, S. L.; SARTORI, M. M. P. Estresse, depressão e percepção de suporte familiar em estudantes de educação profissionalizante. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 32, n. 4, p. 595-604, out./dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v32n4/0103-166X-estpsi-32-04-00595.pdf>. Acesso em: 25 nov 2019.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. v. 1, 2008. Online. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 25 nov 2019.

COSTA, F. G.; COUTINHO, M. P. L. Síndrome depressiva: um estudo com pacientes e familiares no contexto da doença renal crônica. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v. 7, n. 1, p. 38-55, jun. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eip/v7n1/a04.pdf>. Acesso em: 25 nov 2019.

COSTA, F. G.; COUTINHO, M. P. L.; SANTANA, I. O. Insuficiência renal crônica: representações sociais de pacientes com e sem depressão. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v.

19, n. 3, p. 387-398, set./dez. 2014. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v19n3/03.pdf>. Acesso em: 25 nov 2019.

COSTA, G. M. *et al.* A importância da família nas práticas de cuidado no campo da saúde mental. **Cadernos ESP**, Ceará, v. 8, n. 1, p. 41-57, jan./jun. 2014. Disponível em:
<https://pdfs.semanticscholar.org/82b1/d1124c787652ef6d960fbd11dcb54ace578f.pdf>. Acesso em: 25 nov 2019.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DERAJEW, H. *et al.* Prevalence of depression and its associated factors among primary caregivers of patients with severe mental illness in southwest, Ethiopia. **BMC Psychiatry**, v. 17, n. 88, p. 1-8, 2017. Disponível em:
<https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-017-1249-7>. Acesso em: 25 nov 2019.

DOURADO, D. *et al.* Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. **ECOS, Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 8, n. 1, 2018. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2377>. Acesso em: 14 out 2019.

DUARTE, L. G. M. F.; FERREIRA NETO, J. L. Familiares responsáveis pelo cuidado de pessoa com transtorno mental em um município de pequeno porte. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 11, n. 2, São João del-Rei, jul./dez. 2016. Disponível em:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000200016. Acesso em: 25 nov. 2019

FARIA, N. J.; HOLANDA, A. F. (org.). **Saúde Mental, Sofrimento e Cuidado**. Curitiba: Juruá, 2017.

FERREIRA, M. M. (org.). **História oral: desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz/CPDOC/Fundação Getúlio Vargas, 2000.

FONTE, E. M. M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**. Universidade Federal de Pernambuco, v. 1, n. 18, 2012. Disponível em:
<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>. Acesso em: 25 nov 2019.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

HIDALGO DE ALMEIDA, A. C. M. C.; FELIPES, L.; DAL POZZO, V. C. O impacto causado pela doença mental na família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 6, dez. 2011. Disponível em:
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000200007. Acesso em: 14 out. 2019.

IGREJA, L.; PAIVA, C.; MORATO, M. **Depressão**. 2017. Vídeo disponível em:
<http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=Depressao-LES-1894>. Acesso em: 25 nov 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Conceitos**. 2017?. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoadevida/indicadoresminimos/conceitos.shtm>. Acesso em: 25 nov 2019.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA (IPPUC). **Mapas temáticos**. 2018. Disponível em: <http://www.ippuc.org.br/mostrarpagina.php?pagina=406&idioma=1&liar=n%E3o>. Acesso em: 25 nov 2019.

JORGE, M. A. S. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

KAWABE, K. *et al.* Suicidal ideation in adolescents and their caregivers: a cross sectional survey in japan. **BMC Psychiatry**, Estados Unidos da América, v. 16, n. 231, p. 1-8, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4940687/pdf/12888_2016_Article_934.pdf. Acesso em: 25 nov 2019.

KEBBE, L. M. *et al.* Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300494&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 26 nov 2019

KOENING, H. G. **Medicina, Religião e Saúde: o encontro da ciência e da espiritualidade**. L&PM, 2012.

LEVORATO NETO, G. *et al.* Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. **Rev. Bras. Enferm.** [Internet]. 2018, n. 71, v. suppl 5, p. 2323-2333. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s5/0034-7167-reben-71-s5-2323.pdf>. Acesso em 19 nov 2019.

LIMA, M. F.; FERREIRA, C. B. Estratégias de enfrentamento de pacientes com transtornos mentais. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João delRei, v. 13, n. 2, mai./ago. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v13n2/07.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2019.

LOUZÃ NETO, M. R.; ELKIS, H. **Psiquiatria básica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MACEDO, M. L. A. F. *et al.* História Oral Temática na Pesquisa em Enfermagem: Estudo Bibliométrico*. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 384-391, abr./jun. 2014. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37360/22930>. Acesso em: 25 nov 2019.

MAIDEEN, S. F. K. *et al.* Prevalence, Associated Factors and Predictors of Depression among Adults in the Community of Selangor, Malaysia. **PLoS One**, [s. l.], v. 9, n. 4, p. 1-14, abr./2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3995972/?tool=pubmed>. Acesso em: 25 nov 2019.

MALVÁREZ, S. El reto de cuidar em um mundo globalizado. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 520-530, jul./set. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a19v16n3>. Acesso em: 25 nov 2019.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral**: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto, 2017.

MELMAN, J. **Família e doença mental**: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, L.; OLIVEIRA, T. F. K.; SANTOS, C. B. T. Estudo de uma Rede de Atenção Psicossocial: paradoxos e efeitos da precariedade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 34, n. 3, p. 592-611, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n3/1982-3703-pcp-34-03-0592.pdf>. Acesso em: 25 nov 2019.

MORENO, V. Familiares de portadores de transtorno mental: vivenciando o cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 566-572, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342009000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 26 nov 2019

MUTILAÇÃO. *In*: **DICIO, Dicionário Online de Português**. Porto: 7Graus, 2019. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/mutilacao/>. Acesso em: 10 ago. 2019.

NASCIMENTO, K. C. et al. O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 3, p. 940-948, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/141077/000990845.pdf?sequence=1>. Acesso em 26 nov 2019

NAVARINI, V.; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 680-8, out./dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>. Acesso em: 05 out. 2019.

NIMTZ, M. A. **Portaria CAPS Regional** [Mensagem pessoal]. Mensagem recebida por: naia-ribeiro@hotmail.com. 03 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10**. 9. ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEREIRA, M. A. O. Representação da doença mental pela família do paciente. **Comunic. Saúde**, São Paulo, v. 7, n. 12, p. 71-82, 2003. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 02 out. 2019.

QUEVEDO, J.; SILVA, A. G. (orgs.). **Depressão: teoria e clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 253-271, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf>. Acesso em: 25 nov 2019.

RAZZOUK, D.; LIMA, M. G. A.; CORDEIRO, Q. (orgs.). **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo, 2015. Disponível em: <https://tinyurl.com/rzwc9wc>. Acesso em: 25 nov 2019.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, A. S.; COSTA, N. R. (org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 15-73.

RIBEIRO, A. C.; MACHADO, A. L. O uso do método história oral nas pesquisas qualitativas: contribuições para a temática do cuidado em saúde mental. Rio de Janeiro, **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14, n. 2, p. 578-591, 2014. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/12562/9746>. Acesso em: 25 nov 2019.

RIBEIRO, M. C. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 174-182, set./dez. 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64900/87151>. Acesso em: 25 nov 2019.

ROCHA, R. M. **Enfermagem em saúde mental**. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2014.

RODRIGUEZ-YUNTA, E. Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidade. **Persbioét**, Colombia, 2016, v. 20, n. 2, p. 192-204. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222016000200192&lng=en&nrm=iso&tlng=es. Acesso em: 25 nov 2019

ROSA, L. C. S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSELLÓ, F. T. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009.

SADOCK, B. J; SADOCK, V. A; RUIZ, P. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan./jul. 2011. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1643/1567>. Acesso em: 29 jul. 2019.

SANTOS JÚNIOR, H. P. O.; GUALDA, D. M. R.; SILVEIRA, M. F. A. Narrativas, saúde e doença: aportes para estudos na perspectiva antropológica. *In*: MELO, L. P.; GUALDA, D. M. R.; DE CAMPOS, E. A. **Enfermagem, antropologia e saúde**. 1. ed. Barueri: Manole, 2013. p. 171-187.

SILVA, L.I. *et al.* Experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental. **Rev. Rene**, Ceará, v. 15, n. 2, p. 316-325, mar./abr. 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3159/2423>. Acesso em: 29 jul 2019.

SPITZ, L. As reações psicológicas à doença e ao adoecer. **Cadernos do IPUB**, Instituto de Psiquiatria/UFRJ, Rio de Janeiro, n. 6, 1997. Disponível em: http://lct-ead.nutes.ufrj.br/vivencias/recursos/891As_Rea__es_Psicol_gicas__Doen_a_e_ao_Adoecer__Profa._Lucia_Spitz.pdf. Acesso em: ago 2019.

SPOHR, B. Lógica psiquiátrica e reforma em saúde mental. **Mental**. Barbacena, ano IX, v. 9, n. 17, p. 559-570, jul./dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200004. Acesso em: 25 nov 2019.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em: 25 nov 2019.

THIENGO, P. C. S. *et al.* Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. **Cogitare enferm.** [Internet], v. 24, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>. Acesso em: 14 nov. 2019.

VIDEBECK, S. L. **Enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates**. 2017. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 25 nov 2019.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**1. Identificação:**

Iniciais:

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Trabalha atualmente? () Sim () Não

Horário de Trabalho:

Religião:

2. Tópico principal:

Conte-me como é o dia a dia do seu familiar com depressão com o(a) senhor(a) e com as demais pessoas da casa.

3. Tópicos complementares:

Grau de parentesco com a pessoa com depressão.

Número de pessoas que convivem na mesma casa.

Como aconteceu o diagnóstico de depressão do seu familiar?

Como o(a) senhor(a) se sentiu mediante o diagnóstico?

Alguma outra pessoa da família possui diagnóstico de depressão?

Como o(a) senhor(a) tem percebido o tratamento do seu familiar no CAPS?

Como se dá o acesso para o tratamento no CAPS?

Seu familiar faz uso de medicamentos para tratar a depressão?

APÊNDICE B - CONVITE AOS COLABORADORES



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CONVITE

A mestranda Naiane Ribeiro Prandini e sua orientadora, professora doutora Miriam Aparecida Nimtz, vinculadas ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, estão fazendo uma **pesquisa sobre a vivência do familiar que cuida da pessoa que tem depressão.**

OBJETIVO: Conhecer como o familiar vivencia o cuidado da pessoa com depressão.

CONVIDADO: Você que acompanha seu familiar em tratamento para depressão aqui no CAPS.

Tem interesse em participar?

Para isso, basta você procurar a pesquisadora **Naiane Ribeiro Prandini**, pessoalmente, no CAPS III TM Portão, das 8h às 12h, de segunda a sexta-feira.

Sua participação é voluntária e gratuita.

APÊNDICE C – VERSÃO FINAL DAS ENTREVISTAS

Familiar 1

Tom vital: *A superação e a espiritualidade para enfrentar os desafios da doença.*

A M. passou a infância junto com as minhas filhas. Eu tenho 4 filhos, são 3 mulheres e um mais velho. Sempre uma cuidou da outra, a vida inteira. Eu me separei do pai dela quando ela tinha de 4 para 5 aninhos. Ele nunca contribuiu com nada para ajudar, eu sempre lutei, trabalhando, ajudando e mantendo eles. Os outros filhos não tiveram problema. Ela é a caçula. Ela teve dois casamentos, os dois não deram certo. No primeiro casamento conviveu 5 anos. Ele a agredia, morava junto com a sogra. Sofreu muito. Separou-se, e voltou para casa onde ficou por um tempo. Depois, encontrou um viúvo. Nesse havia muito ciúme, ele era bem mais velho que ela. Acho que conviveu uns 5 anos, também, e voltou para casa. Voltou péssima. Morávamos em C [nomei cidade natal]. Eu queria que ela fizesse tratamento, procurasse psiquiatra, um psicólogo, mas ela nunca aceitou. Ela queria ficar trancada no quarto, não queria amizade, nem passear; era meio pacata, não gostava de participar de conversas da família, ficava mais distante. Passado um tempo se adaptou um pouco mais, mas, se desinteressou pela expectativa de vida. Ela sempre foi muito trabalhadeira. Eu tinha uma pequena empresa de biscoitos, bolacha, e ela trabalhava comigo. Era promotora de vendas da Nestlé, das Cataratas, e outras firmas. Ela sempre foi bem evoluída. Ajudava na nossa loja. Mas passou a não ter mais desempenho em sair sozinha, só se acompanhada. E às vezes ela era a motorista. Por vezes, eu falava para irmos para uma direção; quando via ela se dirigia para outro lado. Não demos margens para isso, achamos que não era nada. Tem uns 5 ou 6 anos que vendi a empresa, depois disso foi muito difícil, ela estava muito depressiva. Estava difícil. Até que eu passei por um psiquiatra de C. [nomeia cidade natal e psiquiatra]. Ele disse que minha filha estava com ‘muita’ depressão. Sugeri que se eu não escolhesse cuidar dela, ela não iria muito longe. Levei esse choque! Ele receitou remédio, mas quem diz que ela tomava? Ficou brava, não queria tomar. Sentia muito dó. As irmãs estimulavam ela fazer tratamento. Mas ela me chamava de louca, que eu era a doente, a doida. Eu tive ‘crise nervosa medicamentosa’, fiz 3 cirurgias em pouco tempo; me tratei, não tenho vergonha de falar. Fiquei internada no sanatório 16 dias para me recuperar dos nervos, meus filhos eram pequenos, ainda, mas foi diferente do caso dela. Ela me dizia que eu a acusava de estar doente. Eu não estava mentindo, queria o bem dela. Ela nunca aceitou. Os irmãos criticavam, diziam que era mentira, que ela estava com preguiça, que aquilo não era depressão, que não era doença, que era falta de

serviço ou de ter ocupação na vida. Aquilo foi magoando ela e me magoava também, porque eu percebia que não era isso. Então, apareceu esse serviço em Curitiba e eu aceitei, porque estava muito endividada. Deixei ela lá, na casinha, morando na frente. Eu tenho um companheiro que continua na casa. Acho que em 2002 ele veio morar comigo. Convivemos bem, os filhos gostam dele, a família dele é acessível. Ele fuma, e minha filha começou a implicar com o cigarro: que era o cheiro de cigarro que fazia mal para ela, mas antes dele morar comigo ela já tinha isso. Ele sempre me falava para cuidar dela, porque ela não estava bem. Eu não podia fazer muita coisa, só se amarrasse e levasse de camisa de força. Cheguei a conversar com os médicos que fiz tratamento, em Maringá. Procurei ajuda. Eles disseram que se ela não fosse até lá e aceitasse o tratamento, eles não poderiam interná-la. E foi indo...foi indo. Fiquei com aquilo. Meu Deus! Sozinha para manter. Meu marido trabalhava na usina, e tudo que ele ganhava ficava para a casa, dividíamos as despesas. Ela [M] não conseguia mais se desempenhar no que fazia. Depois que vendemos a fábrica ela começou a vender cosméticos [cita nomes de marcas de cosméticos]. Ela saía de carro para vender, depois, fazia o pedido do produto. Os produtos chegavam na caixa, ela deixava de lado e esquecia os clientes. Eu trabalhando aqui e mandando todo mês ajuda de custo para ela, tentando ajudar nessas vendas, também. Começou com muita descompensação. No final da história ela se perdeu: não conseguia mais dirigir, nem sair de casa, dizia que havia alguém perseguindo ela. Perseguição. Que tinha alguém falando com ela, que empurrava a porta, que andava no quintal. Quando eu estava em casa, ela levantava várias vezes de noite [ênfase]. Tinha dias em que eu trabalhava em plantões noturnos e precisava descansar; às vezes tinha que brigar com ela, pois não conseguia descansar com ela toda hora abrindo a porta. Ela dizia que tinha gente andando. E não tinha ninguém. Comecei a ver que ela não estava boa mesmo. Contei para outra filha minha de São Paulo que ela não estava bem, que ficava andando a noite inteira. De noite ficava acordada, de dia camuflada dentro do quarto, cansada. Eu me perguntava o que estava acontecendo. Insistia para que tomasse remédio para dormir à noite, ela deixava o remédio de lado. Até que ela entrou nessa crise, em C. [nomeia cidade nata] em que ela arrancou o cabo de vela da meriva [automóvel], esvaziou os pneus, quebrou um monte de coisas. Um tanque de concreto ela deixou em pedacinhos pequenos. Quebrou escada, cadeira. Minha filha [A., de C. cidade natal] foi falar com a M. Quando chegou na casa, a M. não aguentava andar para abrir a porta. Foi se arrastando. Pediu ajuda, dizendo que não estava boa. Essa minha outra filha me ligou. Eu disse que iria para C. [nomeia cidade natal] mas não tinha quem ficasse com a senhorinha [cuidada de Vitoria]. Falei para levar a M. na UPA, procurar o Dr. N., ir na

secretaria de saúde, ver o que que poderia fazer. Se não achasse ninguém, ir até a promotora que é muito amiga nossa. Ela não achou ninguém. Levou a M. na UPA. Lá, eles aplicavam diazepam, mas ela não dormia. Ela ficou assim [demonstra: estica os braços e arregala os olhos] uns 10 dias. Parada. Se movimentava bem pouco, ficava mais tempo deitada. Assim ela ficava [demonstra: fica com os olhos abertos, olhando para cima, braços esticados numa sensação de estarem rígidos]. Minha filha [A.] falava para que eu fosse para lá, caso contrário, iria piorar, porque eles aplicavam diazepam, davam medicação, mas ela não relaxava para dormir; dava impressão que ela não estava nem enxergando ninguém. Então, eu fui. Levei a vizinha que eu cuidava comigo porque não tinha quem ficasse com ela aqui. Fomos eu, meu filho e ela. Quando chegamos, ela [M.] estava deitada, não nos reconheceu. Não conheceu nem eu, nem meu filho [bate na mesa com o nó dos dedos]. Levamos ela na UPA, o médico internou ela, aplicaram mais uma vez a medicação dela na veia, mas nada de dormir! Tinha um médico que eu conhecia porque trabalhava no hospital cuidando de pessoas, e ele dava assistência lá. Ele me disse que minha filha tinha sido levada à UPA algumas vezes e sugeriu que eu a tratasse em outro lugar, em Curitiba, porque aqui teria meios para tratar dela mais do que em Maringá, que ficava longe e só tinha internação, sem eu visitar. Aqui em Curitiba eu estaria junto com ela. Sentamos no consultório dele, conversou bastante comigo [emocionou-se, voz embargada]. Decidi, então, trazê-la para Curitiba. Quando chegamos aqui, a levei no Cruz Vermelha [hospital]; o médico só receitou um calmante e mandou ela voltar [seca as lágrimas] para casa. Ela andava assim [demonstra: caminha de pé, arrastando as pernas, cabisbaixa], eu segurando ela... ela se arrastando [chorando]. Chamei o táxi. Disse ao taxista que iríamos na farmácia comprar medicação. Ele conversou comigo, disse que a M. não poderia voltar para casa daquele jeito. Falou que conhecia uma clínica boa e sugeriu levar minha filha nessa clínica. Ele viu que eu estava, como diz a história, transtornada e ela daquele jeito. Se ofereceu para pagar a consulta e não cobrar a corrida. Naquela hora eu chorei [chorando], falei que tudo bem, mas que eu pagaria a consulta. Ele disse que queria ajudar. E ajudou. A consulta era 250 reais, ele deu 150 reais e não cobrou a corrida de táxi. Ela não conversava conosco. Ela veio de C. [nomeia cidade natal] para cá e não recorda como veio. Quando chegamos na clínica, o doutor consultou ela e já encaminhou para UPA da Cidade Industrial, onde ficou internada. Na clínica ela não ficou internada porque a médica viu a condição que ela estava e na hora eu não tinha condições de pagar um cheque caução; pedi por tratamento pelo SUS, então, ela chamou o SAMU - numa chuva que Deus me livre! - E fomos para a UPA onde ela internou. Eu ficava com ela de dia, meu filho ficava à noite. Revezávamos. Meu filho, acho que

ficou pedindo alta dela, na hora que o médico passava, falava que ela estava melhor. Eles deram alta e o encaminhamento para ir no postinho e vir para cá [CAPS]. Aqui ela ficou acho que uma semana, e depois deu mais duas crises: uma acho que ela ficou na UPA do Campo Largo e outra na UPA do Fazendinha. E ali eu vi que eu perderia ela, ela ficava [demonstra: com o olho voltado para cima, em direção ao teto, murmurando] mãe, mãe, mãe...a boca aberta assim, secava o olho e não dormia. Eu dizia: Meu Deus. O que é isso? Voltamos para o CAPS. Ela tem essa endometriose. Tem muitos anos que ela toma injeção a cada 90 dias. Pensávamos que poderia ser porque o sangue não descia, talvez tivesse atacado. Os médicos disseram que não, que não tem nada a ver o problema dela com a endometriose. Ela ainda está muito lenta e às vezes ela tem medo. Ela fica [demonstra: com o olho fixo, parada, sem expressão no rosto] pacata, olhando na gente. Chamo ela para conversar, ela fica assim [demonstra: mantém olhar fixo, sem expressão no rosto, parada]. O comportamento dela mudou total: ela fala baixinho, quase não conversa com a gente mais [emocionada], e fica mais deitada quando está em casa, se recua da gente. Agora minha neta de C. [nomeia cidade natal] veio para fazer um curso de fotógrafa. Essa neta também teve problema quando criança. Passei ela numa clínica que a M. fez consulta. Minha filha de São Paulo veio nos visitar e achou essa clínica de massoterapia. Disse para levar a M. Como dá certo para os outros, daria certo para a M. [coloca chá na xícara]. Conhecemos a doutora que é clínica; ela está usando esse remedinho [mostra receita de florais]. Ela deu uma recuperada; melhorou mais um pouquinho, mas está muito lentina. A gente quer que ela melhore rápido, mas eu penso: quantos anos ela sofreu! O remédio faz efeito aos poucos, penso; não é o mesmo caso que o meu, que fiz tratamento e logo melhorei, ou de outras pessoas. A gente está com ela aí. Ontem mesmo eu olhava ela tão desanimada! Com o celular no joguinho. Antes ela pegava o celular [demonstra: como colocando algo sobre a mesa, sem expressão no rosto], colocava lá. Às vezes eu saía com ela e passava um carro. Ela amava estar dirigindo, a paixão da vida dela era dirigir! Eu perguntava se ela lembrava que meu carro era igual aquele; ela dizia que não sabia. Tudo é: Não sei, mãe. Ela não consegue vir sozinha. Eu sento junto com ela [no ônibus] e deixo, para ver. Digo para ela apertar o sinal quando estiver chegando. Ela deixa passar o ponto [de desembarque]. Eu tenho medo dela vir sozinha. A gente tem que ficar acompanhando. Não está fácil [emocionada]. Eu tenho dó dela. Ela fala de ir embora, mas aqui eu estou trabalhando. Vou fazer o quê lá [nomeia cidade natal]? Graças a Deus aqui ela recebe tratamento ótimo, lá não vai ter isso, é tudo diferente. Ela quer ir embora porque ela não gosta de ficar no apartamento, por causa do meu trabalho e das dificuldades dela, ela fica nervosa, diz que não suporta mais ficar longe de casa.

E a senhora que eu cuido é muito exigente. Ali moramos eu, a senhorinha, ela e agora minha neta, que veio dia 2 de fevereiro. Mas ir para casa para quê? Nós fomos [nomeia cidade natal] nas férias. Eu estava dirigindo a meriva e dei para ela dirigir, mas ela vai mais para um lado, vai encostando. Não sei se por causa do remédio, por causa do problema. Um dia ela se preocupou com a renovação da carteira [de habilitação]. Eu disse que ainda havia tempo para ela se recuperar tranquilamente, porque só em 2021 a renovação. Falei que ela conseguiria, que é só fazer o tratamento certinho, tomar o remédio direitinho. Daqui ela toma, de manhã, a fluoxetina e à noite risperidona, e os florais. Eu levei [os medicamentos receitados pelo CAPS] para a outra ver [médica da clínica de massoterapia], ela disse que não tem problema. Essa médica de lá [da clínica de massoterapia] acha que ela deu uma melhorada. Tudo ela queria que eu estivesse colada nela e nessa consulta ela já entrou sozinha. Então a gente acha que já progrediu um pouquinho. Eles fazem aquelas massagens. Depois dá muito sono, às vezes dá muita ansiedade, vontade de comer muito, tem que ter bastante fruta e coisas para comer. Como ela está comendo rápido! Antes ela era mole para comer, sempre ficava por último. Meu Deus. Falei. Meu Pai! Que que é isso? Está difícil para a gente, porque [pausa], [chora] não pensava de acontecer isso! Estou pagando o INSS para ver se encosta ela. O salário que eu ganho é muito pouco. Ainda tenho que agradecer muito a Deus. Essa senhora ficou meio parente, se fosse outra pessoa não aceitaria essa situação. Então, agradeço a Deus por ter essa oportunidade, estar aqui, conseguir pelo menos entender o que é isso. Tentar entender! No dia que o médico mandou ela vir para cá, perguntei por que ela não me reconhecia mais [manteve-se chorando]. Ele disse que não era só a minha filha que tinha esse problema, que vindo para cá eu entenderia, conversaria, conviveria com esse tipo de rotatória que eu ainda não conhecia. A gente via nos outros. Dói demais! [chorando; seca lágrimas com papel toalha, mexe no papel toalha, olha para baixo, fala expressando dor e pesar]. Aqui [no CAPS] pelo menos ela anda um pouco, vê outras pessoas, passa a entender que precisa de cuidado e que tem que ter alguém para dar cuidado [pausa]. Olha, na família quadro como dela, não teve [pausa, tomou chá]. O meu tio ficou muitas vezes no sanatório internado, depois de idoso. Ele tinha fazenda no norte do Paraná e os familiares queriam usurpar ele, forçando as coisas, então ele teve muito problema. Outro tipo de problema. Não que fosse como ela [M.]. A pressão dele subiu muito, deu tipo um surto também. Ele ficava internado. Então, cuidei dele 8 anos [toma chá]. A minha separação com o pai dela aconteceu quando eu estava cuidando do meu tio, até que esse tio faleceu. Isso não tem a ver com o caso da M. Quando ela era criança ela era mais desempenhada. E depois foi ficando assim. Mutilada eu noto mais, depois dos casamentos e

depois das perdas de bens. Plano Collor nós perdemos muito. Desde então, sempre tive que lutar muito. O pai dos meus filhos nunca ajudou quase com nada, nem quando estava morando junto ou depois que separamos. Agora, depois que ela ficou doente, foi que eu liguei e disse que se ele não viesse visitá-la, eu procuraria meus direitos, os direitos dela. Desde criança ele nunca ajudou; agora poderia ajudar pagando INSS para ela. O que vai ser dessa menina? Hoje estou com 60 anos, e ele sempre foi ausente, sempre fugiu. A M. sempre dependeu de mim. Ele falou para eu ver quanto custava o INSS que ele mandaria o dinheiro. Ele está pagando. Nós fomos em casa [nomeia cidade natal]. A doutora pediu para ela fazer um diário de como seriam as férias. Comprei caderno. Minha netinha convidava ela para escrever, mas colocou na gaveta e lá ficou. Ela olhava a caneta [demonstra: olha algo na mesa, mexe a cabeça, como se analisando]. Uns dois dias ela escreveu, depois largou. Esqueceu o caderno na gaveta. A gente vai levando essa vida dificultosa. Agradece a Deus de ter esse lugarzinho aqui que acolheu ela [chorosa], que tratam tão bem ela e a gente. Aqui e, graças a Deus, nas UPA fomos bem atendidos. Tive que comprar o remédio, mas fomos bem atendidos. Se não tivesse um atendimento desses ela não estava mais aqui [emocionada], porque ela ficou a ponto de a gente ter que dar banho, colocar comida na boca. Ela vai tomar banho e fica o tempo inteiro para pegar uma roupa. Até hoje precisa chamá-la 7 horas, para levantar às 8. Eu fico acelerando ela. Tem dias que saímos de casa 9 horas, porque se eu ficar falando muito ela se atrapalha, não escova os dentes, fica sem fazer as coisas. Fica como um gato num balaio de palha, sem ter atitude. Ela fica pensando [demonstra: meneia a cabeça para trás e para o lado, fixa o olhar, demonstrando estar pensando]. Quando vejo, ela ainda tem que pegar roupa. Pergunto qual roupa vai vestir, porque senão ela vai acostumando em tudo. Digo que ela tem que levantar, organizar a gaveta, escovar os dentes, pentear o cabelo, fazer as necessidades, tomar um banho para ativar, catar a roupa. Se tem dificuldade de manhã, então deixa a roupa pronta de noite. Estou vendo que a melhora anda muito lenta. Minha outra filha disse que ela piorou mais quando eu vim para cá [Curitiba], porque ela sempre teve a mim do lado. Eu vim para ficar mais ou menos uns 90 dias. Já fiquei quase 02 anos. A outra senhorinha que eu cuidava morreu e essa [atual] não quis que eu fosse embora. Eram irmãs. Ela chorava, pedia pelo amor de Deus que eu não fosse embora, para ficar e cuidar dela. Fiquei, mas eu ia para casa [nomeia cidade natal]. Fui umas 5 vezes. Levei ela [cuidada] junto. E assim está indo. Não sei mais o que nós vamos fazer. Se der certo para ela melhorar, pelo menos saber fazer um café, arroz, alguma coisa, mas se eu não colocar tudo na mesa na hora de comer, ela não faz. Ela vai na fruteira e come tudo que tiver de fruta, mas fazer alguma coisa, não faz. Esses dias falei para

ela colocar o arroz no fogo. Ela me pediu de que jeito fazia porque não lembrava. Ela sempre fez arroz! Está sendo muito difícil [chorando]. Está sendo muito difícil, porque tem horas que vemos que ela pode vestir uma roupa combinando, e ela veste uma roupa que destoa. Ela não era assim. Eu penso que foi uma vida muito dificultosa, que a vida inteira eu trabalhei fora. Depois que meu tio faleceu eu tive que sair, caçar serviço, trabalhar fora, porque em C. [nomeia cidade natal] e não tinha um serviço adequado para dar sustento a eles. Morei em São Paulo muitos anos, fiz curso de cabeleireira, cuidador. O pai deles não ajudava. Hoje ainda agradeço a Deus porque para mim foi bom, a gente vê que uma pessoa sem uma profissão, é difícil. A vida foi assim. Ela tem vontade de fazer as coisas, mas não tem resistência para terminar. Quer fazer bolo. Ela fazia muita massa antes, fazia bolo, recheava e tudo. Ela fez cursos que eu paguei para ela. Coloquei ela para fazer bolo, foi até uma metade e não conseguiu terminar. Eu tive que terminar. Ela precisa ter capacidade de bater a massa, assar, rechear, fazer a cobertura, deixar tudo bonitinho. Depois organizar toda a baguncinha. Ela tem 35 anos. Agora não sei que tipo de doença é essa, que tipo de depressão. Fez tomografia, porque pode ser pelas vivências que não deram certo. Eu assisto aquele programa do RN Soares, quase não estávamos indo na igreja por causa da vizinha [toma chá]. Vemos nesse programa pessoas que falam que adoeceram, que foram curados, que se libertaram com medicação e hoje não usam mais medicação. Graças a Deus está libertado! Está seguindo. Conseguiu casamento, empresa, trabalho. Que talvez quando começou a ir naquela igreja ou assistir o programa não tinha expectativa de vida, mas se transformou! Ela nem assiste mais essas pregações, não se importa mais. Ela era fanática. Ela gostava de ir na igreja, louvar, agora não. Será que perdeu a razão de viver? [pausa] [chora] Está sendo difícil. Quem sabe um dia Deus desperta ela [chora mais]. Vai dar certo! Vamos tentando. Foi bom a minha neta vir para cá [para ir na igreja com M.]. Não é fácil [chora mais]. Eu tenho que ter em mente que: ou é ficar e cuidar, ou é ir e deixar à míngua. Em C. [nomeia cidade natal] fomos várias vezes no postinho pedir ajuda, mas ela não ia. Ela não queria. Não queria dar o braço a torcer que ela estava doente, que precisava de ajuda. Acho que era isso. Vergonha de estar tratando com psiquiatra e os outros ficarem sabendo: ex-marido, família de ex-marido. Talvez foi isso. Foi engolindo, engolindo tudo, até chegar nesse ponto. [pausa] O tratamento dela está um pouco melhor, ela está dormindo. À noite eu dou a medicação e vejo se ela está dormindo. Antes ela andava a noite inteira, ela não nos deixava dormir. Ela tinha muito medo. Ligava para a polícia. Quando veio para cá ela olhava de um lado para o outro, toda hora pegava o celular [bate sobre a mesa]. Dizia que eles empurravam a porta. Aquele medo. E a gente

falando: ninguém veio aqui, ninguém arrombou porta, ninguém mexeu no carro, todas as coisas ficaram aí. Ela levantava a noitinha inteira achando que tinha gente mexendo. Agora, tomando o remédio, ela não tem mais isso, mas eu creio que se não tomar o remédio... esses dias eu deixei para ver se ela conseguia tomar o remédio sozinha. Ela disse que havia tomado, mas não tomou por 2 dias. Disse que queria ver se já estava boa. Logo já começou com medo e escutou voz, porque correu para o meu quarto. Ela disse que eles falaram de novo com ela. Não sabe quem fala, só sabe que parece que chega nela e faz assim [demonstra: faz movimento rápido de um toque no ombro]. Ela fica assustada. Diz que a voz fala que vai matar ela. Eu falo para ela ter fé, que ela também tem que pedir a Deus, tomar remédio direitinho, porque se ela não tiver fé em Deus e não usar o remédio direitinho...Deus já deixou o médico e a medicina porque nós precisamos. Pensei de ver se eu alugo minhas casas lá, para alugar uma casa aqui, porque vejo que ela, por enquanto, ainda não melhorou. Agora ela está reagindo: levanta, toma café, lava a xícara. Acaba de almoçar, lava a louça. Eu queria dar continuidade no serviço, porque eu dependo de trabalhar e não deixar ela em casa sozinha. Ela não fritava um ovo mais. Coisa que ela fazia [chora]. A gente falava para ela fritar ovo para comer com arroz e feijão [pausa]. Ela diz que tem medo. Me dá um desgosto. Ela fazia isso[chorando]. Às vezes quando eu chegava do serviço, ela colocava o prato na mesa, já tinha feito uma comida. Ela sabe que gosto de ovo frito com arroz ou polenta. Ela pedia se eu queria um ovo frito na hora, e ela fazia. Agora dizer que não sabe fritar um ovo para mim? Que tem medo? [chorando] Que será isso? Eu pergunto: Deus, o que está acontecendo? Parece que virou tudo... [chorando, soluçando] [seca as lágrimas]. Pegamos férias. Minha filha não pôde vir de São Paulo com os meus netos. Fiz esse sacrifício de irmos para São Paulo. Ela lembra da irmã. Para os sobrinhos ela não deu tanta importância. Antes ela pegava, abraçava, saía, mordida, brincava, corria com eles [secando as lágrimas, soluçando] ela ficava olhando...não sabia se eram parentes ou quem eram. Está assim. Mas vai fazer o quê? Síndrome do Pânico? Alguma coisa assim que fala que é. Depressão? Essas coisas. Estou levando. Só que estou me acabando [chorando]. Fica puxado para mim. Coitada da minha filha mais velha que mora em São Paulo, tem 4 filhos. Não dá para vir aqui conosco. A outra filha mora em C. [nomeia cidade natal]; ela e o marido trabalham lá e a filha deles é pequena e estuda lá. Aqui é muito difícil o trabalho. Eles têm muito medo de mudança. Seja o que Deus quiser! Enquanto Ele estiver me dando apoio, eu vou levando. Eu penso em voltar para casa, com ela, mas eu queria que a cabeça dela estivesse melhor, para recomeçar. Que ela tivesse mais empenho como antes. Agora ela não liga para nada, nem para varrer a casa ou lavar o banheiro. Aai! Eu fico assim: Pai do céu! Como pode

tão de repente acontecer uma coisa dessa? E a gente vê que não é preguiça! É aqui é que não está ajudando [toca na cabeça]. Ela senta, fica assim [demonstra: cabisbaixa]. Todos nós sofremos. A gente se esforça para deixar o sofrimento e tentar viver. Parece que ela se agarrou só ao sofrimento [olha a entrevistadora, como pedindo confirmação do que disse]. Ela disse que não tem alegria mais. A gente sente isso nela. Agora, é pedir a Deus e ter força e fé para conseguir. Ela precisa ativar. Não sei o que pode acontecer. Só Deus. E eu tenho fé em Deus que ela vai melhorar. Debaxo de Deus, com o acompanhamento dos médicos, Deus me dando força e compreensão para entender ela também, porque, fica difícil. [pausa] Ela veio aqui um dia que fizeram a unha e maquiagem. Ela se sentiu melhor, pediu se estava bonita. Foi a enfermeira que fez. Perguntei se ela não teria vontade de fazer curso de maquiagem, manicure; eu ajudaria. Ela não quer. Quer fazer bolo. Eu não queria que ela mexesse com isso. Na minha opinião, particular, ela gosta muito de doce, dessas coisas de massa. Ela não é obesinha. Como minha filha disse, se é isso que ela gosta, talvez ela se solte fazendo bolo e tomando o remédio, para ver se ela solta o cérebro. Minha filha disse que se eu não tivesse como comprar batedeira, ela me mandava dinheiro, um liquidificador novo. Ainda, hoje, eu passei numa loja, mas está muito caro para comprar. O que você acha de ajudar ela fazer esses bolos? [folha para a entrevistadora, pedindo opinião] Era o que eu pensava. Ela fazia bolo. Só que estava assim: eu mandava dinheiro, ela comprava ingrediente com a irmã dela. Fazia. Na hora de vender, ela não conseguia, então acho que foi tudo isso, ela não soube se administrar sozinha. Entrou nessa crise. A gente tem que ter fé em Deus. Eu acredito que aqui ela vai conseguir se tratar. Mesmo que a gente pense ser impossível, acha pessoas que ajudam. Esse taxista que eu nunca vi na minha vida me ajudou. Ali é Deus! Eu senti que foi o impulso de Deus agindo naquele homem, tomando aquela decisão. Quando ele falou que eu não podia levar a M. para casa daquele jeito, eu tomei um choque! Ele estava vendo mais do que eu, que sou mãe! Aquele dia eu vi Deus agindo naquelas pessoas para nos ajudar [chorando]. Não podemos desacreditar. Tem que sempre estar buscando força. Chorar é normal. Passar por isso, só quem passa sabe. Só quem passa, sabe [toma chá]. Agora, nessas férias, o pai, um tio, uma tia e o irmão da M. por parte de pai foram visitar ela em casa, em C. [nomeia cidade natal]. Tiraram fotografia junto com ela e postaram no grupo da família [WhatsApp], mas teve uma pessoa que quis tirar sarro por ela estar gorda. E a gente ainda ouviu a voz dele como dizendo que ela não está doente. Parece que a gente está fazendo comédia, inventando. Eu senti isso [procura alguma informação no celular]. Aqui é ele com ela [mostra foto de M. com o pai]. Está difícil, está pesada a barra. Eu enfrento a barra. Eu agradeço a Deus por tudo. A gente passa, luta. Se

Deus abençoar e ela logo melhorar. A gente não pode também ficar esperando [emocionada], porque já está desde outubro, novembro, dezembro, janeiro, fevereiro... 5 meses ela assim. Ainda estou trabalhando. E se fico desempregada? Se precisar, eu sei, sem dúvida, fazer qualquer outra coisa, mas se eu estiver trabalhando em outro lugar, ficará mais difícil, porque ela tem que ter alguém que a acompanhe. Hoje, pensei em ver essas máquinas [de confeitaria]. Vou comprar nem que seja parcelado para fazer um teste. Se der certo, que ela se solte, vai ser muito bom para nós e para ela. A gente vê que ela está sofrendo também. Talvez nem precise voltar para casa, mas não se sabe o dia de amanhã. Está difícil, não está fácil, não.

Familiar 2

Tom vital: *Aprender a lidar e acostumar-se com as nuances da doença.*

Ele teve isso [depressão] há 22 anos, foi como uma depressão mal curada, minha menina tinha acho que 3 anos, hoje ela está com 25. Ele ficou 14 meses encostado, não curou direito e voltou para a estrada. Quando a doença retornou, foi pior, com sequelas. E está até hoje. Na época ele era mais novo, hoje já tem quase 70 anos. Não tem muita tendência, não [referindo-se à melhora]. Só por Deus mesmo. Claro não perdemos a fé. Mas eu opino para a aposentadoria dele, pois já tem 23 anos de contribuição. Basta de viajar. A estrada é boa de viajar para quem é novo. Por isso que tudo tem o seu tempo. Eu acho que o tempo dele na estrada já [terminou], então opino para ele aposentar-se, vivermos o pouco que resta. Eu não tenho muito contato com a família dele. Nós somos casados há 37 anos. Ele saiu do Rio Grande [do Sul] para cá [Paraná] e nunca deu notícias para sua família, ficou cerca de 03 anos assim. Depois fomos entrando em contato, então hoje nos damos com uns 2 ou 3 familiares, mas que eu saiba eles não são muito saudáveis. A mãe morreu quando ele tinha 3 anos. Eram muitos filhos, então o pai foi espalhando: uns para um lado, outros para outro. Criaram-se isolados. Isso marca na cabeça da criança. Eu acho que isso já vem desde a infância. Ele teve, também, um casamento meio frustrado, ficou 5 anos no casamento e se separou; desse casamento tem uma filha com 40 anos; essa filha nunca quis aproximação com a minha menina. Não temos muito contato com a família dele, tanto que pai e mãe ele não tem há muitos anos. Não sei o que aconteceu. Tem irmão dele que nos visita, mas procuramos não dialogar sobre esses assuntos do passado; procuramos fazer com que ele tenha uma visão diferente da vida que levou antigamente. Eu creio que tudo começou com a morte, com um acidente em que ele perdeu dois irmãos. Isso influenciou bastante porque ele se dava muito [ênfase] bem com esse irmão. E o irmão morreu nesse acidente; ele [referindo-se ao esposo, com ênfase] que precisou ir ao IML. E depois ele

usava - caminhoneiro não falamos “droga”, mas é rebite, é considerado droga - para não dar sono, para viajar direto, com carga de horário e tudo o mais. Ele usou rebite por muito tempo para viagens de Curitiba a Mato Grosso, para cargas de horário. Depois, quando para, tudo aparece. Uma vez ele foi assaltado e agredido, e formou um coágulo na cabeça, depois disso, apresentou estranhas dores de cabeça. Essa depressão foi causada pela morte do irmão dele, há 20 e poucos anos atrás. Ele [esposo] teve meningite crônica. Tudo ajudou na parte da cabeça. Até que, para os médicos, ele perdeu a memória. Então ele saía andar, ficava 2 ou 3 dias no mato. Ele não quer movimento, ele se isola, tem medo das pessoas, não come, não se alimenta com nada. Hoje, graças a Deus, há uns meses ele não foge mais. Depende do estado emocional dele. Se ele se aborrecer com alguma coisa, se não cuidarmos, ele fica naquele auge de tristeza e vai para a rua, dorme no mato, essas coisas. Umas 3 vezes precisei comunicar o CAPS que ele havia saído. Agora não, graças a Deus, está sossegado. A oficina [referindo-se à oficina de TO da UFPR] está fazendo bem para ele. Hoje eles vieram com uns palitinhos de sorvete, tiveram culinária. Eu entrei umas 2 ou 3 vezes [na oficina de TO] porque eu saio do serviço para ir para casa, pegá-lo e deixá-lo na faculdade. Eu fico sentada naquela salinha [referindo-se à sala de espera da clínica de TO]. Hoje estava quase cochilando. Eu não sei exatamente o que acontece, mas eu acredito que o estimule. Nas férias eles deram relatórios para que eles estudassem em casa. Só que dizer que ele se lembra de fazer, não. Temos que ficar lembrando-o, como se fosse criança que tem seus deveres. É assim que funciona nosso dia a dia em casa. Para mim, não há dificuldade nenhuma. No começo foi difícil, hoje não vejo assim. Pelo contrário, ele me ajuda muito. Lavo roupas, coloco-as na máquina e falo para ele, mas eu o controlo por telefone. Ele lava o chão e me envia foto do chão que está limpando. Em partes, até é legal. Meus sobrinhos nos visitam. Domingo agora tivemos um almoço. Ele ama criança, minha sobrinha tem os netinhos dela, então ele colocou rede, fez de tudo para as crianças: brincou e fez folia. Ele gosta de ver a casa cheia, quando está tudo em harmonia. Aprendemos a lidar com isso. Não saímos para outros lugares. Mês passado, nós fomos viajar. Eu estava de férias, então, fomos viajar. Eu e ele. Deixei a casa, os periquitos, os passarinhos, tudo por conta da minha filha. Fui arejar a cabeça porque do contrário, não são férias. Fomos na casa dos meus parentes, no interior do Paraná, em Guarapuava. São muito queridos, tratam muito bem ele. Aprendemos. Então todos que nos conhecem sabem que ele tem essa deficiência, mas que no íntimo ele é uma pessoa super legal e que nós aprendemos a viver com isso [a doença]. Em partes, está sendo muito bom. Nos acostumamos. É bom porque nunca tivemos ele em casa, em família. Eu sempre ouvia falar disso. Às vezes estava aquele domingo lindo,

ensolarado, e ele viajando. Ele tinha vontade de ser marido e pai presente, mas devido à profissão, não conseguia. Hoje, temos ele em casa, nos acostumamos a levantar cedo, tomar chimarrão. Isso eu fazia sozinha. Então, às vezes, no final de semana que eu não trabalho ele levanta e nos prepara o chimarrão. Lemos a palavra [de Deus]. Temos aquele “pão diário”, leitura diária da palavra. Vamos conviver em família. Isso é muito bom. Nos damos bem. Por isso eu disse que através dessa doença foi bom, muito bom. Agora ele está bem. É como eu falei: tem os altos e baixos. Há dias que não está bem. Se eu perguntar para a médica quando estou aqui, ela responde que faz parte do quadro clínico dele, da doença [chá derramando na xícara]. Quando ele veio para cá [CAPS] foi porque ele foi encontrado no mato, perdido. O SAMU o levou para a UPA Pinheirinho. Como não havia vaga, cuidei dele em casa até haver vaga de permanência dele aqui. Eu sempre o acompanhei, com os medicamentos, com os tratamentos, nas perícias médicas, em médicos em outros lugares, no postinho, e assim por diante. Nunca o deixei. Inclusive amanhã ele tem consulta no postinho com a enfermeira, porque houve alteração de lítio, então, pediram novo exame; tem a fazer uma ecografia do abdômen que a médica daqui solicitou. Ele sempre faz exames, para acompanhar. Ele usa fluoxetina, carbolítio, remédio para labirintite, usa clorpromazina e o remédio para a pressão, também. Agora nos adaptamos com isso, porque na verdade temos 37 anos de casados, só que ficamos muito pouco tempo juntos, porque ele viajava. Quando veio a doença estranhemos um pouco. Ele é motorista de caminhão, é caminhoneiro. Não está mais trabalhando. Está fazendo tratamento. Está encostado. Há dias que está bem, há dias que não está, mas já acostumamos com a doença, então já sabemos o dia que ele não está bem. Ele não é aquela pessoa agressiva, ele se isola, fica chorão. Tanto eu quanto minha filha nos acostumamos com isso, procuramos saber o dia que ele não está bem, procuramos perguntar o que está acontecendo, se ele gostaria de conversar, deitar um pouquinho, depois levantar, e assim por diante. Ele me conta quando chego em casa...quero saber como foi a manhã dele, o que ele fez de bom, se valeu a pena. Aprendemos a conviver com as situações. Convivemos com outras pessoas que estão passando, também, esse tipo de situação, isso até ajuda em casa, na universidade com as pessoas [referindo-se ao tratamento na Clínica de TO da UFPR]. Na igreja, todos sabem que ele tem esse tipo de comportamento. Há dias que ele lembra, há dias que ele não lembra das coisas, então o pessoal [da igreja] vem buscar ele em casa e o deixa no portão. Tem uma Kombi que leva as pessoas para os cultos, então caso aconteça dele [esposo] ir de carro e eu não estar, ela [pessoa da igreja] me liga: Oh, o R. veio de carro, apenas para avisar. O comportamento dele, hoje, é assim: eu não deixo, mas às vezes ele pega o carro. Ao mesmo tempo que ele está

bem, já não está, esquece das coisas. Imagine que ele dirige um caminhão de 30 metros e, às vezes, fico pensando assim: meu Deus! Que seria do meu esposo hoje, se fosse dirigir aquele caminhão e sair com aquelas enormes cargas para longe! Ele ficava, às vezes, 18, 20 dias sem voltar para casa. Penso que Deus não dá um fardo além daquilo que não possamos carregar... tudo tem seu tempo (pausadamente), acho que Deus deu esse tempo para ele ficar longe da família, longe de tudo e de todos. Hoje, temos ele todos os dias junto com a gente, porque mesmo eu trabalhando meio período, volto para casa após o almoço, assim vejo o que ele faz, e ele tem ocupação. Temos criação [de animais], passarinhos, bichinhos, ele se ocupa, planta no terreno. Fica para baixo do terminal do Capão Raso [bairro], duas quadras, é um terreno bem grande e o vizinho, ainda, tinha um terreno baldio ao lado e acabou dando para ele plantar. Fazem 07 anos que a gente não compra feijão. Tudo é de lá, ele se ocupa o dia todo. Quando ele não quer trabalhar no quintal, porque não está bem, ele se ocupa dos bichos. A minha filha tem um filhote de pitbull que está com um ano e pouquinho, uma cachorra, cachorrinho pequenininho, uma calopsita, periquito, pato, codorna. Nossa! Acho que são 10 periquitos, 5 calopsitas. Ele que cuida. Ele corta a grama, limpa o pátio (são 04 pinheiros no pátio, que alguns chamam de araucária), cai aquelas coisas [referindo-se às grimpas]. Ele limpa o pátio. Sempre tem o que fazer. Se ele não fizer alguma coisa, eu falo: Oh aqui seu vagabundo, faça esse serviço (risos), na brincadeira. Brinco com ele: Pai, limpa o pátio; daí ele ri. Ele tem um chapeuzão que põe na cabeça por causa do sol. Ele se ocupa. Ele deve ter faltado, apenas, umas 2 ou 3 vezes durante esse tempo que estamos aqui [referindo-se ao tratamento no CAPS]. Eu gosto de levar o tratamento dele ali [à risca]. Ele fará 65 anos, se não tivéssemos estendido a mão para ele, se tivéssemos virado as costas, não sei o que teria acontecido [voz mais baixa]. Ele está aqui [no CAPS] há 2 anos e pouco. No começo da doença ficou internado aqui, por volta de 15 dias. Depois, vínhamos 2 ou 3 vezes na semana, daí foi diminuindo, à medida que A. [referindo-se ao TR] foi vendo que ele melhorava, mas nunca quiseram dar alta. Esses dias A. [referindo-se ao TR] me ligou e perguntou como que ele estava, se precisava passar por uma consulta. Eu estou incomodada [?] em marcar com a Dra. uma consulta para ele, porque tem dias (às vezes acho que são os remédios dele) que funciona, tem dias que não, mas fazemos ele tomar todos os dias. Eu deixo a responsabilidade para ele, entretanto vamos observando, porque se deixar totalmente para ele, ele esquece. Na verdade, eu durmo no serviço [é cuidadora], mas a minha filha está em casa durante o dia, minha filha tem 25 anos e trabalha. Ele fica sozinho por meio período. Esse meio período que ele fica sozinho, ele se ocupa. Por quê? Porque ela sai de casa às 6 horas da manhã, mas 1 hora

[referindo-se às 13h] eu chego, então esse período que ela sai, o pessoal da oficina da frente da minha casa, olha por ele. Se ele passar na frente [da oficina] o rapaz já me liga e diz: Dona E., o seu R. tem médico? Está saindo por algum motivo? Eu falo para ele: Não! Se tem, se não tem. Eu trabalho há duas quadras de casa, tenho condições de controlá-lo; acompanhamos o comportamento dele. Creio que está sendo bom para ele também [referindo-se ao tratamento na oficina de TO da UFPR]. Ele vai uma vez por semana, às terças-feiras. Desde o início do tratamento lá, ele teve uma única falta, porque eu tinha uma consulta no Cajuru e não podia faltar. Eu sou responsável por ele, por acompanhá-lo, não posso deixá-lo sozinho, porque não saberia vir aqui [no CAPS]. Ele não sabe descer do ônibus para vir. O cartão dele bloqueia, automaticamente, então, acompanhamos. Quando eu não posso sair com ele, minha filha sai.

Familiar 3

Tom vital: *O desespero diante do cansaço e da impotência para lidar com a doença.*

Meu convívio com ele por toda vida foi bom, antes de ele ter esses problemas. Problema ele sempre teve: perdeu uma vista, ele não enxerga de uma e a outra está prejudicada também, então é difícil ele conseguir trabalhar. Ele foi aposentado por causa do acidente de trabalho em que ele perdeu a vista. Estava encostado recebendo auxílio, depois passou para a aposentadoria; conseguiu a aposentadoria durante 9 anos devido ao acidente de trabalho, mas nesse ano passado cortaram [o benefício] então, mexeu com ele: de não poder trabalhar, perder o ganho que era o sustento dele. A depressão pegou valendo. Ele já teve depressão por causa do filho que era sempre metido na droga, que com a graça de Deus já saiu faz 2 anos, está tomando medicação, morando comigo também. Ele pensa muito no filho dele, que tem 21 anos e não consegue trabalho, é uma preocupação dele. Enquanto o filho dele estava nas drogas, ele aguentou sozinho, morando em [cidade do norte do Paraná]. Tudo sozinho, porque ele estava separado, a esposa saiu de casa e deixou o piá com ele, então o piá se envolveu com amizades e porcarias. Sei que naquilo o I. foi indo e conheceu outra pessoa, se envolveram, namoraram, ele morou 5 anos com ela. Tudo bem, graças a Deus, estava feliz, ela cuidava do filho dele no começo por causa daquelas porcarias, como digo, daquela droga. Quando cortaram essa aposentadoria, o auxílio dele no ano passado, em agosto acho que foi o corte, ele se desesperou. Ele se desesperou. Na mesma época desse corte a mulher pediu um tempo para ele, para ele viver na casa dele e ela na casa dela, para ele ficar mais perto do filho, mas o que me vem na cabeça é que como ele não tinha dinheiro para receber ela não iria querer ficar cuidado de alguém que não tenha ganho, não é? Na minha cabeça vem isso, foi o que

aconteceu. Então, ele foi morar na casa dele com o filho, mas estava sempre na casa dela, passava os fins de semana, ficava de dia e noite, às vezes voltava para a casa dele. Ele foi ficando mais depressivo, mais depressivo. Às vezes eu ligava para ele, conversava com eles. Ela dizia para mim: ele não está bem, ele precisa de tratamento. Eu dizia para ele vir para cá, pelo amor de Deus, fazer o tratamento aqui em Curitiba. Ele ficava na indecisão: vinha e não vinha, vinha e não vinha. Ele veio, fez exames. Até o filho veio junto, conseguiu um serviço perto de casa, numa oficina, uma ajuda para ele aprender. Ele veio ficou out...[contando os meses] novembro, dezembro, isso. Então, ele disse que passaria o Natal e resolveria uns papéis lá [referindo-se a cidade do norte do Paraná], depois voltaria devido aos exames. No dia do Natal eu liguei, conversei com ele, ele dizia que estava tudo bem, mas eu já conhecia pela voz, não é? Perguntei o que estava acontecendo, ele respondia: “Nada! Nada! Umas coisas. Fico pensando que as coisas não estão bem”. Falei que ele resolvesse as coisas e no ano novo voltasse para cá. Na quinta feira depois do Natal eu precisava falar com ele. Eu ligava e ele não me atendia e ele não era de não atender meus telefonemas. Sentei na escada, na porta da minha casa, e pensei que alguma coisa estava acontecendo. Eu já comecei a tremer, fiquei nervosa. Acendi um cigarrinho, fumei na porta, e fiquei. Tocou o telefone, era ele retornando. Parece que foi Deus que pôs para ele retornar porque ele não lembra que retornou à ligação. Ele só me disse: “E. se acontecer alguma coisa comigo, cuide do F. [referindo-se ao sobrinho da colaboradora] para mim”. Respondi para ele esperar que eu já retornava. Naquilo liguei para a C. que é mulher dele, e disse que ela largasse o que estava fazendo, corresse na dele, pelo amor de Deus, chamasse o bombeiro e levasse ele para o hospital, porque aconteceria uma besteira, pelo que ele havia dito. Ela chamou o bombeiro. Quando chegou, ele estava tacando fogo na casa que ele mora. Pegaram ele tentando se enforcar. Tinha deixado o gás vaziar, tentou acender, queimou coisas dentro da casa, queimou até dinheiro... tudo, sabe. Chegaram a tempo. Deu um surto nele, foi preciso 4 bombeiros para segurar e levar ele para o hospital. Meu marido chegou em casa do serviço, era umas 6 horas [da tarde], eu disse que amanhecendo eu buscaria o I. porque alguma coisa estava acontecendo, ele não estava bem. Liguei de novo, eles estavam na unidade 24 horas [referindo-se à Unidade de Pronto Atendimento 24 horas – UPA24h], e meu irmão não estava bem. Eu disse que nós estávamos saindo daqui naquele momento para buscar ele. Fomos para lá [referindo-se a cidade da região norte do Paraná] de noite, saímos às 8 horas. Quando chegamos, ele tinha acabado de sair da unidade 24 horas [referindo-se à Unidade de Pronto Atendimento 24 horas – UPA24h] e ido para a casa dela [referindo-se à cunhada]. Chegamos na casa, ele estava chorando na

cadeira. Perguntei o que estava acontecendo, ele disse que se a C. não quisesse viver com ele, ele se mataria porque a vida não tinha mais sentido. Conversando, a C. [cunhada] me disse que ele estava assim fazia dias. Enquanto eu estava conversando, ele saiu jogando as coisas, queria fugir, se enforcar; nós seguramos ele, se acalmou. Convidei para irmos para casa dele, que eu faria uma janta. Ele concordou. Fomos segurando ele na mão para não cair da escada. Ele conseguiu sair do meu braço e sumiu! Correu na escuridão! Sumiu! Ele disse que iria se matar, se enforcar no meio do mato. E eu no desespero, não sabia o que fazer, não conhecia aquele trecho de lugar. Ligamos para a polícia e para o **To.** meu irmão, vir nos ajudar, liguei altas horas da noite e disse que pelo amor de Deus ele viesse acudir o **I.** que chamasse a polícia, os bombeiros, que eu estava na entrada da casa da C. e que o **I.** tinha se mandado para o meio do mato dizendo que iria se matar, se enforcar. Que tinha dado um surto. Fomos atrás dele. Achamos ele caído, conversei. Trouxemos ele de volta. Meu irmão chegou, os policiais e a ambulância chegaram. Só que o pessoal da ambulância dizia que não levariam ninguém à força. Ele tentou loquiar de novo. Precisou de 5 pessoas para segurar ele. Ele machucou meu irmão, meu marido e me mordeu. Deu um surto. Nunca vi aquilo na vida. Eu disse para os policiais que pelo amor de Deus levassem ele, que não tinha condição de ficar e segurar ele ali. Pedi pelo amor de Deus, que se fosse preciso eles algemassem ele, mas que o levassem dali. Os policiais foram conversando com ele, ele queria fugir, os policiais seguraram ele, algemaram. Foi levado para a unidade 24 horas, ficou lá até de madrugada, quando conseguiram o internamento para o hospital. Meu irmão acompanhou ele. Eu não aguentava de cansada. Fui para a casa da minha cunhada e pedi que ela me acordasse antes das 6 horas da manhã porque antes de trocar de turno de médico eu queria conversar com eles. Chegamos umas 6h30 na unidade 24 horas, mas ele já tinha internado no hospital porque conseguiram uma vaga na madrugada. Fomos para o hospital. Quando eu pude entrar e conversar com ele, ele estava sonolento, não sabia nem onde estava. A enfermeira disse que ele seria encaminhado para P.G. [nomeia cidade] no hospital SC [nomeia hospital]; às 11 horas a ambulância levaria ele, meu irmão iria acompanhar. Foi acontecendo tudo aquilo. Diz ele que não lembra quase nada do que aconteceu. Quando ele acordou, se viu num lugar estranho. Falaram que ele estava em Ponta Grossa. Ele ficou ali. Começaram a sedar ele. Ele foi para um hospital que não devia. Hospital de louco, como diz. Deu aquele surto, nunca tinha acontecido. E o tratamento dele foi para pessoa, que fosse não é...? [faz gesto, coloca o dedo indicador suspenso ao lado da orelha direita e o move circularmente]. Ele ficou 27 dias internado. Tentei conversar com ele por telefone, estava muito ruim a ligação, mas dava para ver que ele estava

dopado. Eu falei assim: Meu Deus do céu, ele está num hospital que não é o lugar dele. O tipo de tratamento não é esse. No outro fim de semana depois que eu liguei deram alta para ele. Não daria para ele ficar em Irati, ele iria na casa da mulher, daria briga, confusão de novo, daria um treco nele, então eu buscaria ele. Quando meu irmão foi buscar ele, eu disse que o avisassem que a C. tinha levado as coisas dele para a casa dele, para que ele ficasse ciente quando chegasse em casa. O meu irmão esquece de avisar. Quando ele chegou e abriu a casa, caiu o mundo para ele porque as coisas dele estavam lá. Eu liguei para ele expliquei que a C. tinha me avisado que mandaria as coisas dele de volta, que não dava mais para ele ficar lá [na mesma casa] por tudo o que aconteceu e a mãe dela naquele estado, a mãe dela tem...[lembra] Alzheimer e ela tem criança pequena. E eles estavam com medo dele por tudo que tinha acontecido. Se desse aquele surto de novo, não saberiam o que aconteceria. Ela não queria conversa com ele. Eu não achei justo o que ela fez. Ele ajudou ela fazer a casa dela. Quando ele mais precisou dela, ela simplesmente chutou ele. Aquilo me revoltou. E revoltou muito ele. Trouxe ele para cá [Curitiba]. Nas duas primeiras noites, falando francamente, eu não dormi que preste porque aquela medicação do hospital deixou ele, não sei dizer como. Ele não conseguia andar, não aguentava as pernas, formigava, dizia que travava. Ele ficava duro. Ele travou. Eu fazia massagem nas costas, nas pernas. Eu tinha medo que ele levantasse fazer besteira no banheiro. Eu não sabia o que se passava na cabeça dele. Eu estava ficando doente. Não estava conseguindo dormir. Meu Deus do céu! Passou 2 semanas eu liguei para os meus irmãos em Irati e pedi que viessem para cá. Do jeito que o I. estava aqui eu não estava conseguindo mais reagir, estava ficando doente. Eu não sabia, hora dessas que eu chegasse em casa, não saberia o que acharia. Eu tinha que trabalhar. Cada pouco eu ligava, hora ele atendia, hora não. Ele dizia que sumiria, pegaria um táxi, iria para a rodoviária, iria embora, daria um jeito com ela, vai se matar, vai dar um fim na vida dele. Meus irmãos vieram. No dia que eles vieram, ele estava em entregue, não queria conversar, só chorava. E eu chorava escondida, porque eu tinha que desabafar [voz embargada], eu não tinha com quem desabafar. Eu disse: meu Deus que que eu faço? Depois disso, eu comecei o tratamento dele aqui e na igreja. Levava ele na igreja. Convido ele, que pelo amor de Deus vá na igreja, vamos no CAPS, vamos onde for preciso, mas ele tem que ir. Ele diz que não tem vontade de viver mais, não sei o quê eu digo que ele tem o filho que é de maior, mas ele precisa do pai. Estamos fazendo tudo por ele, mas ele precisa reagir. Ele começou a sair em alguns domingos em bailes que são pertinho de casa, há umas duas ou três quadras, para se distrair. Para a Páscoa ele foi para lá [referindo-se à cidade da região norte do Paraná] porque tinha que resolver umas coisas

da casa e sobre aluguel. Ele tem uma casinha alugada, precisava arrumar o telhado da casa dele que estava com goteira. Também tinha que buscar os papéis que a advogada queria, pois está lidando com a questão da aposentadoria. Ele foi, e foi conversar com ela [referindo-se a C.] para ver se reatava. Eu disse que não adiantava. Ela tem medida protetiva porque ele mandou mensagens que iria acabar com a vida dela e iria se matar na frente da casa dela. Ela fez a medida protetiva. Deu queixa. Ela disse que estava com medo. Eu expliquei que era é uma doença, ele não fez nada pensando. Ele não lembra das coisas que ele fez, ele não tem lembrança de nada, por isso queria conversar com ela para se explicar. Ela não queria conversa, não queria que ele chegasse perto dela. Ele decaiu de vez. Acho que ficou um mês por lá, então, nós fomos buscá-lo em um sábado de manhã, porque meus irmãos não podiam trazê-lo. Ele voltou, ficou abatido. Agora essa semana que ele está reagindo, dando uma reagida melhor. Eu disse: **I.** pelo amor de Deus, você tem que reagir! Tudo bem, você pensa nas dívidas, pensa no **F.** é teu filho. Sem ganho como que ele vai ajudar o filho? Dou razão. Então isso fica muito na cabeça dele: cortaram essa aposentadoria, ele tem só um ganho pequeno do aluguel que não gera quinhentos reais. Eu falo que está comigo por enquanto, então, não tem que se preocupar. Se tivesse ficado lá, quem iria ajudar ele? Estou fazendo tudo que posso, mas ele tem que me ajudar, se ajudar. Se não, eu não vou conseguir, vou ficar doente. É. Estou assim. Tem dias que não estou bem. Meu Deus do céu! Só peço a Deus que me dê força. Ainda bem que eu tenho meu trabalho, porque eu me distraio. Eu chego em casa, ele está deitado. Estimulo ele levantar, reagir. Tem quanta gente no hospital querendo levantar. Então foi que a **P.** [referindo-se à TR] falou que se tivesse vaga aqui [no CAPS] ele ficaria aqui. Ele ficou uma semana, duas, internado aqui. O filho o acompanhou, embora conheçam pouco, já aprendeu o caminho para vir aqui. Ele veio na segunda. Não vim visitar seguido, vim na quinta ou na sexta, eu mais ligava para ele. Ele ficou esses dias aqui, disse que aqui conversava, via o problema às vezes mais complicado que o dele. Começa a acumular aquilo na cabeça. Ele teve uma experiência daqui, para ver se fica em casa uns dias e uns dias vai no CAPS, na igreja. Anteontem estávamos conversando sobre isso. Ele disse que vai participar da novena, mas tem que ver com a **P.** [TR] porque acho que eles querem que ele venha todo dia. Mas se ele tiver outras atividades para fazer, não vai ficar em casa parado. Todas as quartas-feiras tem a novena na igreja e às quinta-feira tem serviço voluntário da igreja para o Pequeno Cotelengo. Quem quiser vai ajudar. Fica a tarde inteira trabalhando. Falei para ele ir. Sugestão da minha vizinha, a **V.** Ele está concordando em fazer isso, então tem que combinar com a **P.** [TR] na segunda-feira, para ele vir aqui duas vezes por semana e ir participar das

outras atividades. Talvez segunda e terça venha aqui, quarta e quinta nessa participação na igreja, e na sexta, como às vezes eu trabalho, quero ir lá no Guadalupe [Paróquia Católica de Curitiba], e levar ele junto. Ele toma aquele remédio que a doutora receitou aqui: toma um para dormir e a fluoxetina. E a doutora receitou um outro porque foge a memória. Quando ele estava em Ponta Grossa, eu conversava com a assistente social por telefone e pedi que ela me desse um encaminhamento para fazer tratamento aqui. Eu não conhecia o CAPS, foi essa assistente social que me falou que ele precisaria de tratamento no CAPS, com psicólogo e tal. Com encaminhamento ficou tudo mais fácil, eu fui no postinho de saúde eles ligaram e já marcaram para comparecer aqui o quanto antes. É. Não sei. Como te explicar. Está ajudando ele [referindo-se ao tratamento no CAPS], ele tem participado das reuniões aqui. Já hoje até ele veio, ele conversou com a **P.** [grupo de referência], esses dias que ele veio participou da reunião de família e com a **T.** [grupo de psicoterapia]. Ele começa a pôr muito na cabeça se não conseguir esse auxílio, como terá renda. Digo que ele tenha fé, que participe mais da igreja, que Deus vai ajudar e vai dar certo. Ele diz que conseguindo essa aposentadoria de volta, ele fica mais tranquilo, mais calmo. Eu dou razão. Precisa. Trabalhar ele não consegue. A visão já não ajuda, de uma não enxerga nada, a outra tem problema; ele sai no sol um pouco começa a escorrer lágrima do olho, começa a piscar bastante. Por isso ele tem exames para fazer. Não chamavam ele para esse exame da visão e do crânio, desde janeiro esperando. Foi pedido, mas não sai! Está na fila. Eu não tenho condição de pagar. Não. Ninguém. Ninguém, ninguém, ninguém. Nem de parente, nada, nada, nada. Ninguém. Com ele que aconteceu isso, por isso que eu penso: por quê? Ele mesmo diz: Por que aconteceu isso comigo? Toda vida ajudei todo mundo, participei nas igrejas, de encontro de jovem, fazia tudo. Por isso que eu digo, que ele precisa de um neurologista, está marcado exame de nervo dele. Até a **A.** [referindo-se à assistente social do CAPS] iria ajudar, ver o porquê está demorando tanto para chamar ele. Eu acho que talvez tenha uma medicação para ele não pensar tanta coisa na cabeça. Se a gente ficar pensando, ficamos meio loucos. O meu marido, o **I.** e o filho dele moram comigo. Meu filho é casado e mora na **F.** [cita nome de cidade da região metropolitana de Curitiba]. Vamos todo fim de semana para lá porque estamos construindo a casa dele, não está terminada a obra. Olha, eu peço a Deus que me dê força, porque tem momentos que eu mesma tenho vontade de desistir. Meu Deus do céu, eu preciso trabalhar, eu tenho a minha família, eu tenho meu marido, eu tenho meu filho também. Tudo isso me pegou nesse fim de ano. Meu marido estava de férias fim de ano, não aproveitamos nada. Era trabalho com a casa do meu filho, o meu irmão com essa questão. Depois que ele veio morar conosco, íamos

trabalhar na casa do meu filho, deixava o T. em casa completamente desanimado, não tinha vontade para nada. Meu marido começava a conversar com ele, os dois são homens. Ele conversava bastante. Eu tenho medo de meu marido se encher de razão, não concordar mais de o I. ficar... que eu faço da minha vida? Por mim o I. não incomoda. Se o filho dele arrumasse serviço, ele é quieto, não sei se foi por causa daquela porcaria daquela droga que ficou com alguma sequela, ele é meio desligado, sabe? Em casa, o I. lava a louça, ajeita as coisas em casa. Eu digo: tome juízo, deixe o quarto em ordem, arrume, almoce, faça e coma tua comida. Pelo amor de Deus, não fique sem comida, tome um café, saia caminhar, fazer alguma coisa. Quando ele não vem aqui ele fica em casa. Pergunto se eles saíram ou assistiram o programa. Sempre tem o programa do padre Reginaldo, os outros programas na rede vida. Minha vida está assim desde janeiro que ele veio para cá. Uma jornada para mim. Hoje trabalhei. Vim aqui. Depois vamos no colégio, pegar umas notas do filho do I. para ele poder fazer inscrição que ele quer estudar. Eu uso junto o cartão do vale transporte, que eu sou acompanhante, senão, não aguento pagar as passagens. Da minha parte é isso, é assim que está minha vida. É isso que é minha correria.

Familiar 4

Tom vital: *O entendimento do adoecimento e a preocupação com o tratamento.*

Bom, basicamente eu poderia usar as palavras triste e frustrante como sendo algumas das primeiras que vêm à cabeça no lidar com essa situação, porque é você ver uma pessoa em casa, sem motivação, sem drive para fazer nada, e você perceber que a pessoa funciona no modo completamente passivo com tendência do passivo para o negativo. Minha vivência é isso: chegar em casa e além de ter corrido atrás de qualquer coisa para a subsistência ter que arrumar a casa, porque a pessoa está lá, mas não tem drive para arrumar a casa, às vezes nem para arrumar o próprio quarto... mas tem um gato. Ter que limpar a casa porque está em estado de petição de miséria, lavar a louça que está acumulando na pia e, depois de fazer todas as correrias que tem que fazer, ainda chegar de noite e estar um pouco bagunçado de novo, ter louça na pia já de novo. Uma pessoa que está praticamente só esperando a morte chegar, que não quer fazer mais nada, que diz que não vê motivo em fazer nada.

Não vejo como um fardo. Não. Não porque eu tenho um jeito meio diferente de ver a vida e ver as coisas, então eu acho que se eu vim para cá e se eu fiz isso foi porque eu quis vir para cá e eu quis fazer isso. E eu sou o que faz a limonada com os limões, eu sou o que faz o castelo com as pedras, então eu vou tirando proveito das coisas conforme elas vão acontecendo. A situação

da falta de dinheiro está fazendo com que eu me reinvente em outros aspectos. Estar em Curitiba, para mim, é muito melhor do que estar em São Paulo, fisicamente, para viver, para se locomover, para interagir, para tudo. São Paulo é o inferno na terra, as distâncias são grandes, a violência é maior, tudo é mais complicado. Aqui é menor, é mais controlado. É como se fosse um meio termo entre São Paulo e Montevideú que foi onde eu morei por 2 anos e que era o mais próximo ainda do que poderia ser humano, em termos de clima, de organização, limpeza e tal. Mesmo eu percebendo o pessoal meio bairrista aqui ainda, o que é normal, você prioriza os seus em detrimento dos outros. Eu vou tirando proveito dessas coisas. Eu não vejo como um fardo, eu vejo como algo que eu tinha que fazer. Eu tinha que fazer, mas eu queria, eu não vejo um problema em fazer isso. Eu vejo um problema em ela não ter drive, em ela não ter feedback aqui, em ela não ter saído mais ainda da situação na qual ela se enfiou, mas como um fardo para mim, não.

Não. Não sofro. Não porque se tem uma coisa que eu trago e que eu trouxe dessa experiência toda de ter vivido fora... eu vivi fora não foi a trabalho, não foi a lazer, a turismo, a entretenimento, foi para estudar o funcionamento da mente. Uma das coisas que é principal nisso que eu fui atrás e que eu fui estudar é que a verdade da existência é a insatisfatoriedade, é o sofrimento, o tal do sofrimento. Você sofre porque você não tem o que você quer; você sofre porque você está perto do que você não quer estar; você sofre porque você perde coisas e pessoas; mas você sofre porque você quer. Porque você vai estar perto de coisas que você não quer, você vai perder coisas e pessoas e isso é parte da experiência, isso é parte da vida. Isso é dor, só. Doer, vai doer, sofrer é opção. Sofrer é você se aferrar a essa dor; se você a ver como impermanente, como passageira, ela vai ser só sensação, então você deixa ela passar, você não segura. Sofrer é você querer segurar algo que é impermanente. Eu entendo a impermanência das coisas, então, [exemplificando] “ah está tudo bem? Não. Está tudo mal, está tudo péssimo: vai passar. Ah, mas está tudo bem? Está! Está tudo ótimo, está lindo, maravilhoso: também vai passar”. Então, não, eu não sofro. Dói. É o que eu falei. É triste. Você me perguntou dessa situação, mas é uma situação e eu não faço dela, eu. Eu não internalizo essa situação. Então, não, não sofro, não. É engraçado, às vezes as pessoas confundem isso com você ser uma pedra de gelo, com você ser uma pessoa arrogante. Confundem. Autossuficiência demais irrita as pessoas. Algumas pessoas acham admirável isso e você vira um maciço, você vira alguém que você sabe, as pessoas sabem que podem contar com você; ou outras pessoas mais inseguras vão te ver e vão falar: “mas que arrogante, mas

que gelado, mas que não sei o quê” mas isso é a percepção delas e eu não tenho nada a ver com isso.

Eu acredito que tenha piorado [referindo-se ao quadro clínico da irmã], que tenha chegado nesse limite para baixo, no último ano. Porque até então, por algum motivo, ela buscava alguma interação, alguma atividade, buscava trabalho, fosse a busca de um trabalho formal para poder garantir uma certa estabilidade financeira, ou o que ela tinha como trabalho com esoterismo porque ela é taróloga, é astróloga, é todo esse tipo de coisa. Então ela tinha até um certo ingresso por meio de leitura de carta de tarô, fazendo mapa astral ou coisa do gênero. E, de repente, de um ano para cá a coisa começou a minguar. Fim do ano passado para cá ela parou de fazer consulta esotérica, parou de procurar emprego e tinha parado de comer porque tudo que ela comia fazia passar mal, mas se percebia, também, que tinha um fundo de ideação de morte passiva mesmo, nesse negócio de parar de comer. Eu pelo menos, tinha percepção de que era uma forma de suicídio passiva porque ela tem ideias de não querer estar viva, só que ao mesmo tempo a religião dela ou as crenças dela impedem que ela chegue às vias de fato. Mas o fato é que ela não quer estar aqui. E isso para alguém que faz as coisas da forma como eu faço é bem frustrante, é bem triste. Melhorou um pouco agora, porque em função dela ter que vir para o CAPS para fazer o acompanhamento, não foi o acompanhamento em si, mas foi a medicação, está deixando ela menos reativa, digamos assim. Ela continua muito triste, mas ela não chora mais, ela não consegue chorar, quimicamente ela não consegue chorar. Ela fica nervosa, mas quimicamente ela não consegue explodir, ela tem consciência disso, então é como se ela estivesse atada, agora. Como se ela estivesse amarrada. Nisso ela conheceu outras pessoas aqui e desenvolveu uma espécie de laço afetivo com outro interno, tanto que ela tem encontrado com ele diariamente. Ela tem vindo para cá com ele, a pé, e voltado, a pé, todos os dias. Existe até um grupo de WhatsApp dos internos daqui. Isso foi positivo porque pelo menos faz com que ela saia de casa. Ela não estando em casa ela está caminhando, andando, ativando o corpo de certa forma que ela não estava fazendo antes. O mínimo de cuidado para essa interação que está acontecendo paralelamente por causa do outro interno, ela está tendo, só. Tem uma questão com esse lance do não tomar banho que o pessoal daqui viu com o olhar arregalado que meu Deus do céu como ela não toma banho isso é falta do autocuidado. Eu não vejo dessa forma, vejo mais como uma questão cultural mesmo. E que além de não estarmos com um super chuveiro que proporciona um banho quente com água abundante, não está fedendo. Existe sim um autocuidado, de alguma forma, porque não é aquele cara que está sem tomar banho há uma semana e o cara está fedendo a suor, fezes, tudo. Isso é a falta do

autocuidado, que a falta de banho traz como sendo parte de um diagnóstico de um transtorno mental. A falta de banho na parte dela é quase pela questão europeia em que o pessoal não tem o costume. Você dá aquela cuidada, aquela lavada, escova os dentes, dá aquela penteada no cabelo, coloca uma outra roupa, dá aquela conferida e não está fedendo. Falaram que pela ausência do banho iriam internar ela, porque é falta do autocuidado. Devagar com o andar. Não sabem do que estão falando. Esse cuidado mínimo está acontecendo por conta dessa interação, mas tirando isso é ficar sentada no sofá na frente da televisão vendo programa dos alienígenas do passado ou de caso de crime. Ou é deixar a vida passar na frente da televisão ou é ver coisa metafísica, esotérica ou desgraça. Olha que legal. Minha vida está sendo correr atrás do sustento e chegar em casa e ainda ver que vou ter que dar uma varrida porque eles não vão varrer.

[sobre o auxílio recebido por outro familiar] Tem um tio nosso que na verdade foi quem deu um suporte para que ela estivesse aqui em Curitiba. Porque ela estava indo para essa situação em São Paulo, e esse tio nosso resgatou ela, praticamente. Ela morava em São Paulo com o filho e o namorado, mas que não agregava em absolutamente nada [referindo-se ao namorado da irmã], porque era um cara 10 anos mais novo que ela, que tinha um subemprego e que realmente não agregava em nada, psicologicamente também. Ela estava sem emprego, já tinha acabado a reserva de dinheiro, já não teria como pagar o aluguel no mês seguinte e esse tio nosso que mora aqui em Curitiba foi até São Paulo, pegou todas as coisas no caminhão, pegou ela e meu sobrinho, colocou no carro e trouxe para cá. Ele que alugou o apartamento para eles aqui e começou a pagar. Isso em dezembro do ano retrasado, em dezembro de 17 [referindo-se ao ano]. Só que quando chegou em abril de 18 [referindo-se ao ano], ela ainda não tinha conseguido emprego. Ele falou que aqui arranjaria emprego rápido, que o filho dela arrumaria emprego rápido, que todo mundo ficaria bem, não sei o quê. Quando chegou em abril e ninguém tinha conseguido nada, e ela [referindo-se ao que a irmã disse] falou que só tinha se mudado de São Paulo para Curitiba e agora o tio estava agindo como o pai falando que eu que ela não fazia coisas, que não serviria, que não sei o quê. Então eu voltei da Ásia para eu fazer, para falar para deixarem eu ajudar. Eu vim para cá. Primeiro eu fiquei em São Paulo. Eu mudei meus planos. Eu já não iria continuar lá, mas eu não iria voltar para o Brasil. Eu não teria voltado para o Brasil em consciência no ano da copa e no ano da eleição. Não iria. Tendo a possibilidade de ficar em qualquer lugar na Europa, por ter a cidadania, eu não tinha motivo para voltar para cá que não fosse esse. Foi uma fase que eu estava realmente para sair da Ásia mas eu não estava com plano de vir para cá. Vim por causa deles. Primeiro

consegui o emprego de volta em São Paulo porque aqui não tinha como, não tinha conseguido ainda, tinha mandado currículos, mas consegui o emprego em São Paulo e mandava dinheiro para cá. Só que a situação psicológica dela e do meu sobrinho me mostraram que não era mandar dinheiro para cá que estava ajudando. Eu teria que estar aqui. Ela estava enterrada em casa, sem fazer nada, sem pique para nada, passando mal, tendo ataque de pânico, tendo ataque de choro, tendo ataque de tudo. Eu pedi as contas em São Paulo, em fevereiro, e me mudei para cá. Eu peguei ela, tirei ela de dentro de casa, levei ela no posto de saúde, fui eu até o CRAS para poder fazer o atestado de miséria e pegar o cartãozinho do transporte público, já queimei as poucas reservas que eu tinha para poder ajudar a manter a casa.

[sobre diagnóstico de depressão na família] Nosso irmão mais velho já é aposentado por invalidez pelo INSS, com suposto diagnóstico de depressão profunda. Ele foi funcionário do INSS, concursado, e por aí mesmo ele encontrou os meios que ele mesmo se afastasse. Ele está com 45, vai fazer 46 [anos de idade] e já está aposentado pelo menos há uns 02 anos, por invalidez, só que fazendo um monte de atividades, é óbvio. A aposentadoria foi só uma forma de conseguir a subsistência sem ter que trocar isso por 6 horas de trabalho. Então, sim, tem esse suposto diagnóstico que pelo visto ele se trata. A relação dos dois foi por água a abaixo, eles não se falam mais, eles simplesmente não se falam mais depois de uma briga que eles tiveram enquanto eu estava na Ásia. Eu tenho muito pouco contato com ele, o mínimo de saber, no dia do aniversário mandar um e-mail, só. Mas ele tem uma tendência a ter, sim, qualquer tipo ou tipos de transtorno mental, sim. E depressão teve porque foi perdendo as pessoas também.

[sobre o tratamento no CAPS]. É sim o primeiro tratamento dela. Primeiro de todos. Ela está com 39 anos agora. A única vez que teve [referindo-se a tratamento anterior] foi que eu comentei da obesidade que ela tinha antes. Quando ela cismou que não era aceita por ninguém, que ela tinha que emagrecer, um médico em São Paulo tinha receitado inibidor de apetite. E o inibidor de apetite também inibiu a vida dela, no caso. Inibiu o apetite mas também inibiu a vontade de fazer qualquer coisa. Deu hipersensibilidade, deu isso e aquilo. Mas tratamento psicológico, psiquiatra é a primeira vez. Mesmo porque esse viés esotérico que ela tem, e de ver as coisas como sendo frutos de vidas passadas ou de ação de espíritos que estão voando por aqui que tem os bonzinhos, os malvados, os assessores, os obsessores, os amparadores e não sei o quê, e o preconceito que já vem dos filmes e todas as coisas de que hospício é lugar onde vão dar porrada em maluco, nunca trouxeram ela, nunca levaram a que ela fosse buscar esse tipo de ajuda específica.

Devido ao pequeno ditador que colocaram como suposto terapeuta de referência dela, supõe-se que ela venha só duas a três vezes por semana. Porque por ela, ela viria todos os dias da semana, mas agora, de acordo com esse suposto terapeuta, não é para vir todos os dias, é para vir só quando tiver alguma atividade do plano terapêutico singular, como se ele existisse realmente [referindo-se ao plano terapêutico singular] então ela tem vindo, presumo eu, de segunda, quarta e sexta, tanto que vem caminhando com esse outro interno o trajeto todo, dura uma hora e pouquinho para vir uma hora para voltar. Porque esse outro interno não tem o cartão do transporte ainda e ele não está em condições de ficar pagando o transporte, então eles estão fazendo disso uma forma de caminhar, de conversar. Esse é um ponto que estou achando positivo, mas que veio não como parte de plano terapêutico nenhum, não como parte do que se propõe a instituição, mas como algo que aconteceu paralelamente. Ela tem ideia que ela não tem que vir mais para cá, porque aqui não está se fazendo nada, não tem retorno, e aí é que está. Eu tento, como eu já comentei com você, falar para ela que estão fazendo isso de alguma forma, estão observando ela. Estou falando isso para ela para que ela não desista ainda antes do que ela já desistiria. Mas eu não vejo isso, estou mentindo de certa forma, para ela, mas para que ela continue tendo a motivação de vir. Porque se eu fosse 100% sincero com ela nesse aspecto ela já não estava vindo há mais tempo porque realmente é tudo muito improvisado, na instituição. Mas não é disso que estamos falando, estamos falando do cotidiano. E o cotidiano é isso. Eu chego lá e me sinto triste de ver a pessoa sem motivação, sem drive para fazer nada. E não tem argumento: por favor, faz pelo seu filho, faz por mim. [Referindo-se, a seguir, à resposta da irmã]: –Não, eu já fiz, estou assim porque eu já fiz, eu nunca quis fazer nada a minha vida inteira e já não funcionou, agora eu não vou fazer. [Referindo-se à sua resposta]: Então, está bom.

Outra coisa que também aconteceu foi que eu pedi, aqui, para que dessem indicações e meios para que ela conseguisse um auxílio doença ou alguma coisa no INSS, para ouvir daqui que não. Não dá. Não, não dá, ela não estava trabalhando, não dá porque tem que ser tantos meses [do último registro na carteira de trabalho], não sei o quê. Mas ela não está trabalhando, ela tem uma doença, ela tem um diagnóstico, ela está fazendo acompanhamento e estão me falando que ela não pode fazer uma perícia no INSS para conseguir um auxílio doença? Então ela está doente, desempregada, já contribuiu e agora vai tirar o dinheiro de onde para comprar os remédios. Os remédios que estão receitando para ela aqui não têm no posto de saúde. Estão receitando antidepressivo que não tem no posto de saúde, vocês estão receitando calmante que não tem no posto de saúde, vocês estão receitando antipsicótico que não tem no posto de saúde.

E eu percebi da parte daqui também um “mas é isso, não tem o que fazer”. Então, paciência. Não tem ingresso nenhum, então eu tenho feito ingresso de maneira informal fazendo essas entregas.

Não tem [referindo-se ao tratamento no CAPS]. Não tem. É triste, mas infelizmente era esperado. Infelizmente era esperado porque nossa situação cultural, social, sul-americana, latina, não sei o que é, faz com que eu, pessoalmente, o que puder fugir do serviço público eu vou fugir, sempre que eu puder não usar o serviço público, eu vou não usar o serviço público, porque eu sei que ele tem uma tendência, no Brasil, a ser ineficiente. Eu não tinha grandes esperanças de que aqui fosse acontecer alguma coisa diferente. O que eu estava buscando, num princípio era de que ela pudesse vir fazer algum tipo de acompanhamento, de tratamento, numa clínica escola, na federal do Paraná, por exemplo, que eles tivessem, que eles proporcionassem algum tipo de serviço. Porque aí você sabe que é um cara que está em formação, que tem um professor da universidade federal por trás dele, dando feedback para ele, dando feedback para o paciente. Só que o caminho para chegar na federal passava pelo posto de saúde, que passava pelo CAPS, não dava para chegar do nada. Você só chega no tratamento da universidade federal se você for encaminhado por um posto de saúde ou por um CAPS. Ela tem essa chance agora porque o filho dela [nomeia-o] acabou de entrar no vestibular então, ela pode ter a chance de ter acompanhamento lá por grau de parentesco com aluno, existe uma esperança um pouquinho maior que possa haver a tal psicoterapia porque aqui não tem. Pelo menos teve essa questão de controle medicamentoso, que dá uma limitada nas reações. Mas que faça com ela tenha drive, que ela entenda, que ela tenha motivação, não. Inexiste [referindo-se ao tratamento]. Aqui é um grande grupo de improvisado, é um juntado de profissionais; tem profissionais bons, tem profissionais não bons e se percebe que é mais próforma do que efetivo.

[relativo a como sentiu-se quando a irmã foi diagnosticada com depressão]. Não, para mim foi simplesmente usar o livro. Eles viram a pessoa chorando e falaram: você tem depressão. Eles viram a pessoa falar que não queria viver: você tem depressão. [referindo-se à irmã] –Ah eu sou triste, eu não me conformo até hoje com o falecimento dos meus pais. Então você tem depressão. Então toma um antidepressivo aqui. É isso. Para mim, não teve nenhuma surpresa. Foi nada mais que o óbvio ululante. Só que uma vez que você tem formalmente um diagnóstico, você vai ter alguém que forneça receita para tomar o seu remédio, embora os antidepressivos que ela tenha tomado não sejam fortes o suficiente. Ela poderia estar conseguindo por outras vias, como eu conheço pessoas que tomam antidepressivo sem ter nenhum tipo de

acompanhamento. Mas o lance que para mim é mais complicado é que ela está tomando tudo isso e não está fazendo terapia [referindo-se ao atendimento com psicólogo]. Até pela inteligência dela que todo mundo fala tanto. De fazer ela passar pela situação de vir para cá perder tempo, com plano terapêutico inexistente e oficinas para preencher um tempo e deixar os internos andando de um lado para o outro aqui, é mais frustrante ainda porque se ela estivesse tomando antidepressivo e fazendo psicoterapia de fato, ela poderia vir a desmamar desse antidepressivo por ter refeito suas conexões sinápticas de uma forma tal que ela saísse desse quadro. Então não teve surpresa nenhuma que um desses diagnósticos fosse de depressão, porque ela chegou aqui chorando de soluçar, não queria fazer nada e ideação suicida e não sei o quê. Então, não teve surpresa. A única vantagem, em tese, é que produziu um diagnóstico e esse acompanhamento pelo serviço público está trazendo receitas de compostos químicos que se ela toma ela chora menos, que bloqueia quimicamente. Ela fala isso: eu me sinto tão triste como eu me sentia antes, eu só não consigo chorar. Eu falo para ela que é isso porque antes ela chorava, não conseguia nem pensar. Agora como ela não chora consegue pelo menos, se se esforçar, colocar as ideias no lugar e fazer alguma coisa a partir daí. Mas ela chegou num ponto em que sentia falta de chorar. Porque ela falava: “-Meu, estão mexendo com meu cérebro; eu não estar chorando não quer dizer que eu estou bem. É um bloqueio químico que me deram para não chorar”. Assim como agora estão dando um bloqueio químico para ela não sair batendo em todo mundo. Ela nunca bateu em ninguém, mas estão dando bloqueios químicos para ela, mas não estão fazendo psicoterapia. É respostada, é xingamento. É lógico que ela não vai agredir porque ela não é louca o suficiente para isso, nem forte o suficiente e nem tem drive para isso, realmente. Mas ela fala de querer pegar alguma coisa e tacar no chão, quebrar alguma, rasgar alguma coisa para poder botar para fora essa irritabilidade.

Você já tinha me sugerido essa entrevista antes mas porque como eu disse é um tempo que eu não estou tendo só eu sei que tem gente séria fazendo pesquisa. Sei que tratar com essa questão que é a cardinal, que é o cérebro das pessoas, é uma das coisas que vejo como uma das mais importantes, se não a mais importante, porque é disso que a vida se trata, o cérebro tem que funcionar de uma forma tal que você sobreviva e que você interaja de uma forma adequada ou não violenta até a hora que acaba a energia vital e você inevitavelmente vá morrer. Li bastante sobre neurociência e estive na academia durante alguns anos, na Universidade de São Paulo (USP) fazendo Gestão Ambiental. Eu tive professores muito bons e todo professor na USP é um pesquisador então eu sei como funcionam as pesquisas, quando elas são pró-forma e

quando elas não são pró-forma e eu acho que qualquer pesquisa séria, dentro dessa área de neurociência, ou de psicologia, ou de psiquiatria, ela é válida, então, foi por isso que eu demorei. Mas eu dispus de um tempo para fazer isso, não só isso mas, também, para que parte desse relato de certa forma eu sei que ele é para a pesquisa, mas que ele possa vazar para cá [referindo-se ao CAPS] para que o pessoal fique pelo menos com a pulga atrás da orelha. Porque a impressão que eu tenho é que [referindo-se ao que trabalhadores do CAPS pensam]: “ah beleza, isso é a percepção dele, ele também precisa de um remedinho, ele também tem os problemas dele, eu vou continuar jogando meu futebolzinho aqui no meu horário de trabalho porque eu passei no concurso, estou aqui e só o Bolsonaro pode me mandar embora agora”, então se alguma dessas inadequações puder vazar, eu vou ficar satisfeito, também.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Professora Miriam Aparecida Nimtz e mestranda Naiane Ribeiro Prandini, da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, familiar de pessoa com depressão em tratamento, a participar de um estudo intitulado “História de familiares sobre o cuidado da pessoa com depressão”. Essa pesquisa é importante para melhor compreensão sobre o cuidado que a família destina a pessoa que tem depressão, a fim de pensar ações de cuidado que melhorem a qualidade de vida dessa pessoa e do familiar que cuida, contemplando o contexto integral da vida familiar.

a) O objetivo desta pesquisa é conhecer como o familiar vivencia o cuidado da pessoa com depressão.

b) Caso você participe da pesquisa, será necessário conceder uma entrevista, onde você falará com a pesquisadora sobre o tema de cuidar do seu familiar com depressão, respondendo à algumas perguntas que a pesquisadora lhe fará sobre o dia-a-dia com seu familiar, sobre as pessoas que convivem na casa e sobre o acompanhamento ao tratamento. Essas entrevistas serão audiogravadas, feitas no próprio local de tratamento do seu familiar, em uma sala confortável, com a mínima interferência de ruídos possível, em um horário pela manhã que seja melhor para você. Apenas o que você falar será audiogravado.

c) Para tanto você deverá comparecer ao CAPS III TM Portão, na rua Nunes Machado, 1796, bairro Rebouças, em horário previamente agendado, para participar da entrevista audiogravada apenas com a pesquisadora. Essa entrevista levará aproximadamente 60 minutos. Depois dessa entrevista, a pesquisadora irá estudar essa gravação e escrever um texto, repassando para a escrita aquilo que você falou, respeitando aquilo que você disse. Quando esse texto estiver escrito, a pesquisadora agendará com você um novo horário entre 08h00 e 12h00, pela manhã, no mesmo local, para que você possa ler o que foi escrito, e dizer se concorda ou não com o texto que foi produzido. Em caso de você concordar com o texto, será necessário assinar a Carta de Cessão dos Direitos, que garante à pesquisadora o uso desse texto. Caso você não concorde com o texto, a pesquisadora conversará com você sobre os motivos dessa discordância e poderá arrumar ou eliminar o texto.

d) É possível que você experimente algum desconforto relacionado ao constrangimento, tristeza ou timidez em falar sobre sua vivência no cuidado de seu familiar com depressão. Caso ocorram tais desconfortos, você poderá conversar com a pesquisadora ou em caso de não resolução, solicitar-se-á auxílio da equipe profissional do CAPS. Na ocorrência de desconfortos que impeçam o andamento da entrevista no dia, outra entrevista poderá ser agendada para outro dia, caso o pesquisador e o participante conversem, considerando ser o mais adequado.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável legal: _____ Pesquisador responsável ou quem aplicou o TCLE: _____ Orientador: _____ Data da coleta: _____

e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser o constrangimento, tristeza ou timidez ao falar de sua experiência no cuidado de seu familiar com depressão.

f) Os benefícios que esta pesquisa poderá fornecer serão conhecer melhor como o familiar da pessoa com depressão vive o cuidado destinado a essa pessoa. Com isso, buscamos pensar ações de cuidado que melhorem a qualidade de vida e contribuir para o cuidado que vocês, e outras pessoas que vivenciam situação parecida, recebem dos profissionais dos Serviços de Saúde Mental. Além disso, poderá possibilitar a descoberta de novas formas de cuidado e tratamento, tendo em vista que as experiências que você relatar, mostrarão como é o seu dia-a-dia com seu familiar que tem depressão, assim como a qualidade da relação que vocês possuem diante desse cuidado.

g) A pesquisadora Miriam Aparecida Nimtz, responsável por esta pesquisa, Professora do Curso de Enfermagem da UFPR, poderá ser localizada pelo telefone: 41-3361-3766, pelo e-mail: miriamnimitz@uol.com.br, ou ainda no endereço da UFPR, Av. Prefeito Lothário Meissner, 632 – 4º andar - Jardim Botânico, Curitiba/PR, no horário das 8h às 12h, de segunda à sexta-feira; e a pesquisadora Naiane Ribeiro Prandini, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPR, poderá ser localizada pelo telefone: 41 3098-7596, pelo e-mail: naiane.prandini@gmail.com ou ainda na rua Nunes Machado, 1796, no horário das 8h às 12h, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O tratamento do seu familiar não será interrompido, nem terá interferência, por conta desta pesquisa.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como professores e alunos do mestrado acadêmico em enfermagem da UFPR. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

Participante da Pesquisa e/ou Responsável legal: _____ Pesquisador responsável ou quem aplicou o TCLE: _____ Orientador: _____ Data da coleta: _____

j) O material obtido – o áudio – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será apagado, dentro de 12 meses após a finalização do estudo, de todos os meios eletrônicos onde foi armazenado de forma que impossibilite a recuperação do arquivo.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa, como impressão de documentos, gravadores - não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

m) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em

Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

n) Autorizo (), não autorizo (), o uso de meu áudio em entrevista para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito para este estudo e uso para publicações sem identificação; isso inclui a passagem do áudio para a versão escrita, o que chamamos de transcrição. O material coletado será apagado dos meios eletrônicos definitivamente assim que concluirmos a pesquisa.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de _____

(Assinatura do Participante da Pesquisa)

(Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE)

ANEXO B - CARTA DE CESSÃO DOS DIREITOS¹⁶

Curitiba, ___ de _____ de 2019.

Destinatário,

Eu, _____ (nome, estado civil, documento de identidade), declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista, gravada em ___/___/___ para a mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Naiane Ribeiro Prandini e a professora orientadora Miriam Aparecida Nimtz para usá-la integralmente ou em partes, sem restrições de prazos e limites de citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso de terceiros ouvi-la e usar citações, ficando vinculado o controle à Universidade Federal do Paraná, que tem guarda da mesma.

Abdicando direitos meus e de meus descendentes, subscrevo a presente, que terá minha firma reconhecida em cartório.

(nome e assinatura do colaborador)

¹⁶ Adaptada de Meihy; Holanda (2017, p. 149).

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP UFPR ADAPTADO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: História de familiares sobre o cuidado da pessoa com depressão

Pesquisador: Miriam Aparecida Nimtz

Versão: 2

CAAE: 95471918.0.0000.0102

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.898.381

Apresentação do Projeto:

A proposta deste estudo visa conhecer como o familiar vivencia o cuidado da pessoa com depressão e emerge da importância do familiar no acompanhamento a quem é acometido por essa doença, considerando a perda funcional e o impacto no cotidiano causado por ela, e que atualmente é importante quesito nas políticas públicas de saúde.

Acredita-se importante voltar a ótica à família que cuida da pessoa com transtorno mental, uma vez que a convivência cotidiana é dificultada quando um dos familiares é portador de doença mental. É sabido que fatores psicossociais auxiliam na recuperação da pessoa que tem depressão, como a presença de amigos, a estabilidade familiar e social. Assim, torna-se imprescindível a inserção da família na construção do cuidado da pessoa portadora de depressão, visto que há dificuldades relacionadas no convívio entre eles. A família pode, por vezes, sentir-se isolada e não ter conhecimento de quais atitudes tomar em relação a dados eventos, o que vem a causar sofrimento para todos.

Compreender como ocorre o cuidado da família, bem como inserir a família no cuidado e tratamento da pessoa com transtorno mental favorece não somente melhores condições de cuidado ao doente, mas também para a própria família, para que também suas necessidades enquanto família sejam acolhidas.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer como o familiar vivencia o cuidado da pessoa com depressão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em conformidade com as pesquisadoras, os benefícios que esta pesquisa poderá proporcionar serão conhecer melhor como o familiar da pessoa com depressão vivencia o

cuidado destinado a essa pessoa, no sentido de contribuir em profundidade sobre o tema, bem como contribuir para a assistência prestada à essa clientela pelas equipes multiprofissionais dos Serviços de Saúde Mental. Além disso, poderá possibilitar a descoberta de novas abordagens, novas formas de cuidado e tratamento, tendo em vista a expressão das experiências vividas trazidas na história de vida dos familiares, que revelarão como é o seu dia-a-dia com a pessoa que tem depressão, assim como a qualidade da relação familiar frente a esse cuidado.

Para a sociedade, assim como para os profissionais de saúde, poderá modificar atitudes diante das pessoas com depressão, de forma a não as julgar, focando em estratégias para melhoria do atendimento dessas pessoas.

As pesquisadoras apontam para o fato de que os riscos inerentes à esta pesquisa são mínimos. No decorrer das entrevistas, é possível que ocorra ao participante algum desconforto, principalmente relacionado ao constrangimento, tristeza ou timidez quando falar sobre sua vivência no cuidado de seu familiar com depressão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória encontram-se presentes.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser

enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 17 de Setembro de 2018

Assinado por:

IDA CRISTINA GUBERT

(Coordenador)

**ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP SMS – INSTITUIÇÃO
COPARTICIPANTE – ADAPTADO**

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: História de familiares sobre o cuidado da pessoa com depressão

Pesquisador: Miriam Aparecida Nimtz

Versão: 2

CAAE: 95471918.0.3001.0101

Instituição Proponente: Prefeitura Municipal de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.000.661

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de mestrado faz parte de uma pesquisa maior intitulada: “Histórias e experiências vividas por portadores de transtornos mentais e seus familiares”, vinculado à UFPR. O presente estudo embasa-se na justificativa da importância que o familiar possui no acompanhamento a quem é acometido pela depressão, considerando a perda funcional e o impacto no cotidiano causado pela mesma, temática relevante no contexto das políticas públicas de saúde. Aponta-se a relevância de se focar na família que cuida da pessoa com transtorno mental, considerando que a convivência cotidiana é dificultada quando um dos familiares é portador de doença mental. Apresenta-se que fatores psicossociais auxiliam na recuperação da pessoa que tem depressão, como a presença de amigos, a estabilidade familiar e social.

Desse modo, torna-se imprescindível a inserção da família na construção do cuidado da pessoa com depressão, visto as dificuldades relacionadas no convívio entre eles. As intervenções com familiares de pessoas com transtorno mental auxiliam a melhorar o quadro clínico geral desses indivíduos, propicia maior entendimento e manejo dos momentos de crise e de pioras do quadro, diminuindo, conseqüentemente, o número de internações psiquiátricas integrais.

Compreender como ocorre o cuidado da família, bem como inserir a família no cuidado e tratamento da pessoa com transtorno mental favorece não somente melhores condições de cuidado ao doente, mas também para a própria família, para que também suas necessidades enquanto família sejam acolhidas.

Pretende-se que a pesquisa seja realizada em 1 CAPSIII [nomei-o] para pessoas com

transtornos mentais de Curitiba/PR, onde a pesquisadora colaboradora atua como enfermeira assistente. Caracteriza-se como estudo descritivo de caráter qualitativo cujo método adotado será História Oral Temática Híbrida. Esse método considera a “objetividade temática”, o entrevistador e colaborador como atores importantes do processo, pois vivenciou o que se pretende conhecer e permite, ao relacionar os resultados da pesquisa com outros achados, promover debates com outras fontes para nesse confronto evidenciar singularidades do estudo em questão. A amostra pretendida será composta por familiares de pacientes em tratamento para depressão que aceitem participar voluntariamente do estudo. Para recrutar os participantes, serão afixados cartazes (convites) nos murais do referido serviço, convidando-os a participarem da pesquisa e, se quiserem participar, farão contato com a pesquisadora colaboradora, conforme a indicação nos referidos cartazes. Quando a manifestação de interesse for feita à algum profissional da equipe multiprofissional do referido CAPS, este profissional orientará o participante a procurar, diretamente, a pesquisadora colaboradora. Como critérios de inclusão tem-se o familiar da pessoa em tratamento para depressão no CAPS III; ou seja, a pessoa que cuida e acompanha o tratamento, seja ela pai, mãe, filho, avós ou outro membro da família; com ou sem vínculo consanguíneo; que apresente diagnóstico confirmado (mediante relato de profissional do serviço após este constatar no prontuário do paciente o diagnóstico de depressão, ou constatação do diagnóstico em arquivo institucional) de depressão; e familiar que possua disponibilidade para responder as questões da pesquisa.

Como critérios de exclusão elencou-se o familiar que indique não disponibilizar tempo para responder as questões da pesquisa e familiar menor de idade. A coleta de dados ocorrerá por meio de entrevista semidirigida (roteiro). Refere-se que serão realizadas em uma sala do próprio local de pesquisa, com portas e janelas fechadas, mantendo-se ventilação, que amenize os ruídos externos ao máximo visto a audiogravação. Serão agendadas no período matutino, entre 8h e 12h, de segunda à sexta-feira, no horário mais conveniente para o participante e serão realizadas pela pesquisadora colaboradora, neste horário, visto ser contraturno ao horário habitual de trabalho no mesmo serviço.

Cada entrevista terá duração aproximada de 60 minutos. A análise dos dados consiste em 3 fases: transcrição absoluta, textualização e versão final do texto. Nessa última, será, então, agendado com cada participante, individualmente, um novo horário no período matutino entre 8h e 12h no horário que melhor for conveniente ao participante, no local da pesquisa, para que lhe seja feita a leitura do texto escrito construído. A partir dessa leitura, dará sua anuência ou discordância da versão produzida. Em caso de discordância, será conversado com o colaborador

sobre os motivos e se procederá, então, ao ajuste proposto pelo colaborador ou descarte do material.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta como objetivo conhecer como o familiar vivencia o cuidado da pessoa com depressão.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos dessa pesquisa são mínimos. Há a possibilidade de constrangimento relacionado ao tema, tristeza ou timidez quando falar sobre sua vivência no cuidado de seu familiar com depressão. Caso ocorram tais desconfortos, será conversado com o participante se ele deseja continuar a entrevista nesse dia ou mesmo remarcar a entrevista para outro dia. Poderá, também, se o desconforto permanecer ou o participante sentir-se prejudicado durante a pesquisa, poderá recorrer a um profissional da equipe multiprofissional do serviço, como medida de conforto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo possui caráter relevante considerando que as intervenções com familiares de pessoas com transtorno mental auxiliam a melhorar o quadro clínico geral desses indivíduos, propiciando maior entendimento e manejo dos momentos de crise e de pioras do quadro, diminuindo, conseqüentemente, o número de internações psiquiátricas integrais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos obrigatórios adequadamente apresentados em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

Recomendações:

Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações ou modificações, que gerem emendas ao protocolo devem ser apresentadas tempestivamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com nossas Unidades ou Equipes, de posse do Termo de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Adequações realizadas no projeto conforme orientação. Projeto encontra-se em adequação à Res. CNS 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do relator.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 05 de Novembro de 2018

Assinado por: Antonio Dercy Silveira Filho
(Coordenador)