

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ- RN

JERONEUMA CABRAL

**PERCEPÇÃO DO PACIENTE ACOMETIDO POR DEPRESSÃO NO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

MOSSORÓ/RN

2015

JERONEUMA CABRAL

**PERCEPÇÃO DO PACIENTE ACOMETIDO POR DEPRESSÃO NO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-RN, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Esp. Giselle dos Santos Costa Oliveira.

MOSSORÓ/RN

2015

JERONEUMA CABRAL

**PERCEPÇÃO DO PACIENTE ACOMETIDO POR DEPRESSÃO NO CENTRO DE  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Monografia apresentada pela aluna JERONEUMA CABRAL, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), tendo obtido conceito de \_\_\_\_\_, conforme apreciação da banca examinadora.

Aprovado (a) em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Esp. Giselle dos Santos Costa Oliveira. (FACENE/RN)

ORIENTADORA

---

Prof<sup>o</sup> Me. Lucidio Clebeson de Oliveira (FACENE/RN)

MEMBRO

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)

MEMBRO

Dedico esta a Deus e as minhas filhas, Júlia e Lílian.

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer primeiramente a Deus que me deu força e coragem para enfrentar essa jornada.

Aos meus pais que se foi antes mesmo de agradecer pela vida que me deste, pela educação, moral, caráter, carinho, repreensões e muito amor, agradeço-te. Meu maior desejo é que pudesses estar vivenciando este grande momento da minha vida, mas estás presente, agora, na minha lembrança e no amor que sinto por vocês.

As minhas filhas Júlia Cabral e Lilian Cabral que me apoiaram e me entenderam as minhas ausências.

Ao meu esposo Kleber Rebouças pela colaboração, incentivo e confiança.

Os meus irmãos e amigos que me apoiaram para realização do meu sonho.

A minha orientadora Giselle, muito obrigada pela atenção, carinho, dedicação, confiança e paciência. Suas orientações e contribuições foram fundamentais.

Aos meus amigos que conquistei na faculdade que durante 4 anos passamos por dificuldades, inseguranças, erros, acertos, vitórias e alegrias, meu sincero agradecimento.

## RESUMO

A depressão é um transtorno psicológico bastante reconhecido pela população brasileira, mas ainda assim bastante estigmatizado e incompreendido pelo senso comum e por vários profissionais de diferentes áreas da saúde. Cerca de 450 milhões de pessoas são acometidas anualmente com algum tipo de transtorno psicológico em todo território mundial. Dessas, 121 milhões apresentam o quadro do transtorno depressivo, o que equivale a aproximadamente de 2% da população mundial total. No Brasil, a depressão atingia, em meados de 2014, um número estimado de 7,1% da população total. Este estudo tem como objetivo geral: Analisar a percepção do paciente portador de transtorno psicológico depressivo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) E como objetivos específicos: Caracterizar os dados sociodemográfico dos participantes, identificar a percepção dos pacientes portadores de transtorno depressivo, descrever as principais dificuldades enfrentadas no ambiente familiar de pacientes portadores de transtorno depressivo. Trata-se de uma pesquisa de campo com enfoque exploratório- descritiva, e abordagem qualitativa. Foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II. A população da pesquisa foi composta por pacientes portadores de transtorno depressivos. A amostra foi composta por 10 pacientes portadores do diagnóstico de depressão. Para atingir os objetivos da investigação foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada. A pesquisa foi gravada, e transcrita para melhor compreensão. A análise dos dados foi realizada a partir do método qualitativo utilizando a técnica de Discurso do Sujeito Coletivo. Em todo processo houve o anonimato dos pacientes, assim como, o sigilo das informações confidenciais. Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora participante. O projeto foi aprovado com o número do protocolo 026/2015 e CAAE: 42018315.3.0000.5179. Na análise dos dados percebemos que para os entrevistados, a percepção da depressão em sua vida é caracterizada principalmente por perda familiar e problemas familiares, onde na maioria das pessoas que tem episódios depressivos estão relacionados a algum episódio traumático. Quando questionamos os pacientes acerca das principais dificuldades que enfrentou ou enfrenta no ambiente familiar, em relação a esse transtorno, identificamos a partir dos relatos, que são caracterizados em relação ao preconceito da sociedade, não aceitação da doença pela família e o apoio familiar. Observamos ainda que o suporte da família no processo do tratamento é importante para a recuperação satisfatória do paciente, sendo a família uma rede primária de interação social onde é provedora de apoio indispensável na integridade física e psicológica do indivíduo. Portanto, os resultados desta pesquisa são de grande relevância para os profissionais de saúde, pois proporciona maior conhecimento sobre a percepção do paciente portador de transtorno psicológico depressivo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Com isso podemos aprimorar a assistência ao portador de transtorno psicológico, além disso, a pesquisa contribui como instrumento para gerar amplas discussões na graduação de Enfermagem.

**Palavras-chave:** Depressão. Família. Saúde Mental.

## ABSTRACT

Depression is a psychological disorder quite recognized by Brazilian population, but still very stigmatized and misunderstood by common sense and by several professionals of different areas of health. About of 450 million people are affected annually with some kind of psychological disorder throughout the world. Of these 121 million present the context of depressive disorder, which equals approximately 2% of the total world population. In Brazil, the depression reached in mid-2014, an estimated 7.1% of the total population. This study aims to: Analyze the perception of patients with psychological disorder depression in the center of psychosocial care (CAPS) and specific objectives are to: Characterize the data socio demographic of the participants identify the perceptions of patients with depressive disorder, describe the main difficulties faced in the family environment of patients with depressive disorder. It is a field research with exploratory-descriptive approach, and qualitative approach. Was held at the daycare Center-CAPS II. The population of the survey was composed of patients with depressive disorder. The sample was composed of 10 patients with the diagnosis of depression. To achieve the goals of the investigation was used a semi structured interview. The survey was recorded and transcribed for better understanding. The analysis of the data was performed from the qualitative method using the technique of the collective subject discourse. In any case the anonymity of patients, as well as the confidentiality of sensitive information. All expenses arising from the feasibility of this research were the sole responsibility of the participating researcher. The project was approved with protocol number 026/2015 and CAAE: 42018315.3.0000.5179. In the data analysis we realized that for respondents, the perception of depression in your life is characterized primarily by family bereavement and family issues, where most of the people who have depressive episodes are related to a traumatic episode. When we question patients about the main difficulties faced or facing in the family environment, in relation to this disorder, identified from these accounts, which are characterized in relation to society's prejudice, non-acceptance of the disease by family and family support. We noted that the support of the family in the treatment process is important for satisfactory recovery of the patient, and the family a primary network of social interaction where provider of indispensable support is in the physical and psychological integrity of the individual. Therefore, the results of this research are of great importance for health professionals as it provides greater insight into the perception of patients with psychological disorder depression in the center of psychosocial care (CAPS). With that we can improve the assistance to the bearer of psychological disorder, in addition, contributes research as a tool to generate ample discussions in nursing degree.

**Keywords:** Depression. Family. Mental Health.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>08</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO.....	08
1.2 HIPÓTESE.....	09
1.3 JUSTIFICATIVA.....	09
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>11</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>12</b>
3.1 TRANSTORNO DE HUMOR: DEPRESSÃO.....	12
3.2 PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA DEPRESSÃO.....	12
3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA DEPRESSÃO.....	15.
<b>4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	<b>22</b>
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	22
4.2 LOCAL DE PESQUISA.....	22
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	22
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	23
4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	23
4.6 ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS.....	24
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	24
4.8 FINANCIAMENTO.....	24
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>25</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	25
5.2 DADOS REFERENTES À PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE DEPRES- SÃO.....	29
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>37</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>41</b>
<b>ANEXO</b> .....	<b>45</b>



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

A depressão é um transtorno psicológico bastante reconhecido pela população brasileira, mas ainda assim bastante estigmatizado e incompreendido pelo senso comum e por vários profissionais de diferentes áreas da saúde. Embora a medicina e a psicologia modernas tenham avançado em passos largos no conhecimento de sua etiologia e no sua forma de tratamento, os níveis de prevalência da depressão vêm crescendo desordenadamente no leito das sociedades modernas, colocando essa patologia em destaque no que se refere bem-estar físico e mental da população e na elevação dos gastos sofrido pelo Sistema Único de Saúde. (GIRDWOOD; ARAÚJO; PITANGA, 2011).

Segundo dados publicados pela Organização Mundial de Saúde, cerca de 450 milhões de pessoas é acometida anualmente com algum tipo de transtorno psicológico em todo território mundial. Dessas, 121 milhões apresentam o quadro do transtorno depressivo, o que equivale a aproximadamente de 2% da população mundial total. No Brasil, a depressão atingia, em meados de 2014, um número estimado de 7,1% da população total. (MÁXIMO 2010).

Em sua etiologia, a depressão é uma mescla de fatores genéticos, bioquímicos, psicológicos, sociofamiliares, que se manifestam numa certa duração, frequência e intensidade sendo analisada sob diferentes enfoques. (DARTORA; POZZEBON; BITELLO, 2013).

Dentre os que desencadeiam esse transtorno a prevalência no gênero feminino, variava de 10% a 25%, enquanto no masculino a porcentagem estabelecia taxas entre 5% a 12 %. Outro dado relevante é que cada vinte indivíduo, um é atingido por um episódio depressivo durante o transcorrer da vida, e em cada 50 casos diagnosticados com a patologia, um necessita de internação, e 15% dos deprimidos graves tem o agravante suicida. (MÁXIMO 2010).

O transtorno depressivo é uma desordem psiquiátrica, síndrome que afeta principalmente a área afetiva e emocional, deixando o portador num nível de descontentamento severo, o qual pode ser transitório moderado ou permanente. (JÚNIOR, 2012).

O termo depressão é usado para explicar eventos comportamentais específicos, com característica voltada para uma rápida e permanente diminuição da autoestima, concomitante das atividades desenvolvidas rotineiramente. Pode ser observado um declínio nos déficits comportamentais. (GIRDWOOD; ARAÚJO; PITANGA, 2011).

Diante do exposto, pergunta-se: Qual a percepção do paciente portador da depressão frente a esta patologia?

## 1.2 HIPÓTESE

Sabe-se que a depressão caracteriza-se por uma condição clínica de ocorrência comum e de curso crônico e periódica, com frequência associada com incapacitação funcional e comprometimento da saúde física.

Portanto, acredita-se que a depressão é caracterizada pela perda do senso de controle e uma experiência subjetiva de grande estresse. Concomitante a este a percepção do paciente acometido por depressão mostrará que a intensidade de humor e a classificação estão diretamente ligadas ao convívio social e familiar, bem como associada diretamente com o estresse cotidiano.

## 1.3 JUSTIFICATIVA

A depressão é um dos transtornos mentais com maior prevalência em diferentes países, sendo responsável por considerável quantia dos gastos com saúde, por prejuízos aos relacionados interpessoais e ao desempenho de atividades cotidianas. A presente justificativa baseia-se inicialmente no interesse particular do sobre o tema em destaque. O desejo de trabalhar com essa temática ganhou espaço com o contato que tive na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica, logo, ele se aprimorou no campo de estágio, quando subsidiou a elaboração de um olhar crítico sobre os transtornos da depressão aos indivíduos acometidos. Neste sentido, espera-se através dessa pesquisa que haja quebra das barreiras que impedem esses sujeitos de se relacionarem com o mundo enquanto um ser ativo, interativo e com potencialidades a serem desenvolvidas.

Diante disso, este estudo tem enquanto relevância acadêmica e social, o intuito de apreciar estigmas acerca da depressão. Por isso, ao delimitar o tema

desse projeto de pesquisa, levou-se em consideração a grande relevância em compreender a percepção e a representação social que os portadores de depressão têm frente a essa patologia, haja vista que a representação que se faz de um indivíduo implica diretamente na relação que será estabelecida com ele.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL:**

Analisar a percepção do paciente portador de transtorno psicológico depressivo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar os dados sociodemografico dos participantes;
- Identificar a percepção dos pacientes portadores de transtorno depressivo;
- Descrever as principais dificuldades enfrentadas no ambiente familiar de pacientes portadores de transtorno depressivo.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 TRANSTORNO DE HUMOR: DEPRESSÃO

De acordo com Molina (2012), a depressão ocorre mais entre as mulheres do que os homens, bem como entre as pessoas com estado civil separados ou divorciados em relação aos que estão casados. Gomes (2011), afirmar que uma decepção com outro, amorosa, ou por si mesmo, pode causar um rebaixamento da autoestima, com maior grau de perda ou abalo da imagem que tenha de si mesmo.

A depressão representa um problema de Saúde Pública, movido pela sua importante e crescentes dimensões. Estudos publicados na revista de enfermagem traz essa patologia como sendo a principal causa de incapacidade mental em termos mundiais e estudos mais aprofundados sobre o tema é mais categórico onde estima que, até 2020, seja a segunda causa de incapacidade para a saúde. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a depressão, identificada por profissional de saúde de diferentes áreas, atinge 7,8 milhões de brasileiros, o que corresponde a 4,1% da população total. (MÁXIMO, 2010).

Assim, a partir da percepção que o indivíduo tem com essa perda, seja real ou imaginária, restam duas opções para este paciente, aprender a viver com esses sentimentos ou entrar em depressão. Todos nós temos um limite, ou seja, até onde somos capazes de aguentar o sofrimento ou a decepção, sem que algo de mais grave nos aconteça. (BRASIL, 2013).

Isso depende muito do ego de cada um, algumas pessoas tem o ego muito fragilizado, rompendo-se mais facilmente, também esta ligado com a capacidade de elaborar e vivenciar os fatos do seu cotidiano, muitas vezes o mesmo sofrimento não é visto do mesmo modo para cada ser humano e isso o leva a um sofrimento bem maior. (JUNIOR, 2012).

De acordo com Breda e Augusto ([2010]) um episódio depressivo o indivíduo apresenta humor deprimido, com menos interesse ou prazer por quase nada, causando prejuízo social e profissional em outras áreas relevantes da vida. Interligados a estes estão os fatores genéticos favorecendo significativamente no desenvolvimento do transtorno de humor.

Os estudos familiares comprovam que parentes de primeiro grau com transtorno bipolar I estão mais propensos do que parentes de segundo grau. Poço;

Amaral [2009] comenta que os estudos produzem dados que é a base genética para herança dos transtornos de humor. Chegou-se a conclusão que os filhos de pais depressivos possuem maior ou menor grau de perda ou abalo da imagem idealizada que tenha de si mesmo.

Assim, a partir da percepção que o indivíduo tem dessa perda, seja ela real ou imaginária, restam duas opções: assimilar e conviver com esse sentimento ou, entrar em depressão. De acordo com Silva (2003, p. 144), “A dor tem de ser “sentida” e esgotada, além de assumida, pois só assim será vencida e amadurecerá a pessoa”.

De acordo com Poço e Amaral [2009] “A depressão tem sido registrada desde a antiguidade, e descrições do que, agora, chamamos de transtornos de humor podem ser encontradas em muitos textos antigos”. Os sintomas descritos desde tempos remotos até os dias atuais são os mesmos sentimentos de tristeza, melancolia, evoluindo o padrão do diagnóstico e tratamento do mesmo. A depressão pode ser caracterizada, como um Episódio Depressivo em um período mínimo de duas semanas, ao qual o indivíduo apresenta humor deprimido, perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades na maior parte do dia, causando prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas relevantes na vida.

Segundo a Classificação Internacional de Doença (CID-10), a depressão encontra-se classificada nos itens F32-F33 (classificada em três graus: leve, moderado ou grave), no qual o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Pessoas que sofrem de depressão experimentam sintomas como sentimentos de tristeza profunda, falta de confiança, visões sobre si e sobre os outros, negativas e, em longo prazo, perda de interesse em atividades, distúrbios de sono e apetite, acompanhados de dores de cabeça e fadiga (DARTORA; POZZEBON; BITELLO, 2013).

De acordo com (2009), os transtornos do humor constituem um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda do senso de controle e uma experiência subjetiva de grande sofrimento, podendo-se observar perda de energia e interesse; humor deprimido; anedonia; problemas relacionados ao sono; perda de energia/ fadiga constante; dificuldade de concentração e diminuição na habilidade de pensar, além de dificuldades em tomar decisões; perda de apetite; baixa

autoestima; sentimentos de inutilidade ou culpa e pensamentos sobre morte e suicídio. (2009).

Atualmente a depressão é caracterizado por diversos fatores: como desequilíbrio químico no cérebro, herança genética, características psicológicas e situações emocionais estressantes. Muitas pessoas não procuram tratamento porque ficam envergonhados ou pensam que vão conseguir superar sozinhos. Ainda existe uma crença de que a depressão é uma característica de pessoas frágeis. O tratamento medicamentoso e associados a psicoterapia pode ajudar muito (DALGALARRONDO, 2000, p.190).

O estado depressivo desencadeia pensamentos de inutilidade, culpa pessimismo, e em seu estado mais grave há uma intensificação das ideias delirantes de conteúdos negativos, de ruína ou miséria pessoal, de culpa, de delírio hipocondríaco e ou negação dos órgãos, de delírio de inexistência, além da presença das alucinações auditivas, ocasionando em ideias suicidas. A partir de tais alterações, a esfera social da vida do indivíduo começa a ficar comprometida (POWELL, 2008).

A ocorrência dos transtornos depressivos é discutível, havendo grandes variações quanto a possível porcentagem de prevalência na população, bem como entre os sexos. Em relação a estas variações, pode-se citar a dificuldade de padronização dos vários tipos de transtornos depressivos, além disto, a existência de diversas nomenclaturas (transtorno depressivo, episódio depressivo) e graus (depressão leve, moderada e grave) (JÚNIOR, 2012).

Em literaturas publicadas recentemente cerca de 12 a 15% da população adulta está susceptível a desencadear episódios de depressão, comprovando assim o pensamento de Calábria; Calábria (2005, p.33) onde ele enfatiza que de 4 a 24% da população passa pelo episódio depressivo ao longo de sua vida, ou seja, uma doença incapacitante que atinge por volta de 350 milhões de pessoas no mundo. A depressão consiste numa expressão do sofrimento e dor humana. Este transtorno é acompanhado de manifestações biopsicossociais associadas à ocorrência de eventos estressantes, possui sintomas multivariados. Por se tratar de uma reação a estímulos externos ao indivíduo, esse tipo de transtorno psicoafetivo enquadra-se como uma forma de sofrimento psíquico (BRASIL, 2012).

As descrições feitas por Inácio (2008) denota uma característica mais típica dos estados depressivos como proeminência dos sentimentos de tristeza/ vazio ou

sensação subjetiva de tristeza. Referindo, sobretudo, a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente, comprometimento dos sintomas psíquicos; fisiológicos; e evidências comportamentais.

### 3.2 PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NA DEPRESSÃO

A família, de uma forma geral, é considerado o fundamento básico e universal das sociedades, por se encontrar em todos os agrupamentos humanos, embora variem as estruturas e funcionamentos. A mesma se define como um grupo social, cujos membros estão unidos por laços de parentesco, e paralelamente sofrem influência do ambiente familiar (LUCAS, 2012).

A família é um grupo natural que, através do tempo, tem desenvolvido padrões de interação que, por sua vez, governam o funcionamento dos membros da mesma, delineando sua gama de comportamentos e facilitando sua interação. Porém, nem sempre a família é flexível o bastante para proporcionar esse desenvolvimento de acordo com as mudanças das situações que ocorrem (ALMEIDA, 2009).

De acordo com Alves et al (2008), aqueles que têm a ausência do suporte social ou familiar, estariam mais predispostos a apresentarem um distúrbio psicológico/psiquiátrico quando submetidos a eventos estressantes. Sendo que os relacionamentos pobres na infância e adolescência contribuem significativamente para a aquisição de personalidades vulneráveis, as quais auxiliam na propensão para depressão e modelos insatisfatórios de relacionamento.

Os aspectos familiares devem ser considerados como fundamentais e importantes na etiologia ou manutenção da depressão em crianças e adolescentes, já que é nesta fase que se observa uma influência muito grande da família no desenvolvimento do indivíduo. A família é a base de sustentação para que haja um desenvolvimento sadio e perfeito para um ser humano (BAPTISTA; DIAS [2009]).

De acordo com Lucas (2012), p. 42:

“[...] A relação família-depressão tem-se fundamentado nos princípios da aprendizagem e sugerem que os relacionamentos familiares, para contribuírem de forma positiva para o tratamento do adolescente depressivo devem dar uma atenção especial nas condições afetivas,



que são experimentadas por todos os integrantes da família. A experiência de amar e ser amado são uma das condições essenciais para o desenvolvimento sadio do homem, um sólido alicerce de amor paterno durante a infância dá aos jovens recursos incalculáveis ao ingressar na adolescência, assim, o adolescente se sente amado, não corre o risco de se sentir rejeitado pela família, facilitando uma visão satisfatória sobre o suporte familiar, proporcionando sentimentos de depressão.”

Assim, relacionamentos sociais construtivos com os membros da família e amigos, podem proporcionar sentimentos de bem estar no adolescente, o que é preventivo à depressão. Por suporte familiar pode-se entender a quantidade de pessoas que moram na casa e suas respectivas funções. É considerada ótima quando houver na família altos índices de carinho e permissão para autonomia e independência (BAPTISTA; BAPTISTA; DIAS [2009]).

De acordo com Silva e Silva (2012) “percebe-se a necessidade de se entender mais sobre o respectivo transtorno de humor, que através dos fundamentos teóricos estudados, entendem-se os inúmeros fatores que contribuem para o seu surgimento, e quão importante é a relação da família com o indivíduo depressivo, principalmente no que tange a fase da adolescência, por ser essa constituída de transformações e grandes incertezas do próprio indivíduo que está em processo de construção da sua identidade.

É importante observar a fundamental importância que existe na relação entre a família e o adolescente depressivo, afinal, é influenciada pelo adolescente, tendo grande destaque neste processo. Podemos ressaltar que a relação familiar pode vir a influenciar a origem, a evolução e recuperação do adolescente depressivo, sendo que não existe apenas um fator isolante e sim um conjunto de fatores, no qual o suporte familiar faz parte de uma boa estrutura psicológica (ALMEIDA, 2009).

Representada como um dos principais transtornos psicológicos da atualidade, pesquisa publicada pela OMS estima-se que a depressão terá um aumento significativo até o ano de 2020, esta taxa de prevalência não estará restrita a faixas etária, podendo comprometer a saúde mental e o equilíbrio do bem humano em qualquer faixa etária (BRASIL, 2012).

Desta forma, o suporte familiar é um importante influenciador para o desenvolvimento de um adolescente depressivo, através de um histórico genético propício a doenças psíquicas ou de outras variáveis existentes no mesmo, que incluem a importância do apoio da família durante a recuperação do indivíduo. E

necessário a participação dos familiares durante o processo de tratamento das pessoas diagnosticadas depressivas, pois as fases de instabilidade, caracterizadas por confusão e incerteza, marcam a passagem para um novo equilíbrio funcional (ALMEIDA, 2009).

De acordo com Hutz e Bardagir (2006) afirmam que, nem sempre e suficiente flexível para proporcionar este desenvolvimento, de acordo com as mudanças que ocorrem em seu núcleo, por haver em seus membros papéis já resolvidos, o que vem por ocasionar em um dos indivíduos do grupo as reações adversas que podem livra- lo ao quadro depressivo (2006).

As alterações de saúde quando afeta algum dos membros da família, todos os demais serão atingidos, e a unidade familiar, como um todo, sofrera mudanças, ou seja, a família influencia a saúde e bem - esta, mas pode sofrer as influencias da saúde (BRASIL, 2013). Identificar como e a vida dos membros da família, que padrões de solidariedade se desenvolvem no interior no universo familiar e como estes podem ajudar para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros são fatores relevantes. Diante de tais considerações, a família não deve ser vista apenas como aquela que cumpre as ações determinadas por profissional de saúde (2013).

E necessário à participação dos familiares durante o processo de tratamento das pessoas diagnosticadas com depressão, pois as fases de instabilidade, caracterizadas por confusão e incerteza, marcam a passagem para um novo equilíbrio funcional, e esse novo equilíbrio é muito importante para a vida do paciente diagnosticado com depressão (BAPTISTA; BAPTISTA; DIAS [2009]).

### 3.1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NA DEPRESSÃO

O conhecimento sobre a historicidade dos fatos e fenômenos sociais é o caminho para explicitar as contradições e determinações presentes na trajetória da humanidade. O enfoque da loucura como doença e da psiquiatria como especialidade médica é recente na história da humanidade aproximadamente 200 anos. A partir do século XIX é que, o homem inventou uma nova maneira de se perceber, uma nova maneira de vivenciar a condição humana (BRASIL, 2005).

Os transtornos psicóticos sempre existiram, bem como o lugar para se tratar destes: templos, domicílios e instituições, mas a instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção do século XIX (YASUI; COSTA-ROSA, 2008).

A partir dessa nova forma de vivenciar a condição humana, estabeleceu-se o diferente, aquele que não segue o padrão de comportamento que a sociedade define. O doente mental, o excluído do convívio dos iguais, dos ditos normais, foi então afastado dos donos da razão, dos produtivos e dos que não ameaçavam a sociedade. Evidências científicas distinguem que a saúde esta relacionada à maneira de viver das pessoas, suas interações com meio ambiente e não somente com a ideia central do determinismo biológico e genético (MORAES, 2008).

Para que haja uma mudança significativa nas Políticas Públicas de Saúde, é necessário um ambiente e infraestrutura urbana e formar alianças com diversos setores, em uma visão holística, integradora e multidisciplinar. Portanto, o programa saúde da família como estratégia de promoção da saúde em nível local, passa a ser o ponto de intervenção e início de articulação. Entre as duas metodologias: programa saúde da família e habitação saudável (HIRDES, 2008). Tratar do doente mental foi caracterizado sinal de exclusão, de reclusão e isolamento.

A Sociedade Brasileira vivencia, atualmente, uma transformação no modelo de assistência ao paciente com transtorno psiquiátrica conhecida nacionalmente, desde a década de 80, como Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta se deve ao conjunto de fatores e atores que buscam substituir o modelo asilar, segregador, excludente, reducionista e tutelar que tem como centro de atendimento o hospital psiquiátrico.(HIRDES, 2008).

A reforma psiquiátrica no Brasil é um movimento histórico de caráter político, social e econômico influenciado pela ideologia de grupos dominantes. A práxis da reforma psiquiátrica faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental. Tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com conseqüente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam. A substituição progressiva dos manicômios por outras práticas terapêuticas e a cidadania do doente mental vem sendo objeto de discussão não só entre os profissionais de saúde, mas também em toda a sociedade (PITTA, 2011).

Esta redução progressiva do número de leitos em Hospitais Psiquiátricos é amparada pela Lei Nº 10.216 de abril de 2001, porém é recomendado que acontecesse concomitantemente à criação de serviços comunitários de assistência à

saúde mental. Deste modo, nos últimos anos, observa-se a multiplicação de iniciativas de implantação de serviços substitutivos que buscam construir uma rede assistencial na própria comunidade para, conseqüentemente, haver uma natural redução de leitos para internação integral (BRASIL 2013).

A Política Nacional de Saúde Mental, vigente no Brasil, objetiva reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos, expandindo, qualificando e fortalecendo a rede extra-hospitalar através da implementação de serviços substitutivos como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG) incluindo as ações da saúde mental na atenção básica, implementação de política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2013).

Os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensiva e articulada em torno de um projeto terapêutico individualizado, voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (SURJUS; SILVA, CAMPOS, 2011).

Sob a perspectiva dos usuários por meio do desenvolvimento de estudo hermenêutico-narrativo. Compreende que os CAPS são os únicos espaços reconhecidos com uma potencia terapêutica pelos os usuários, que referem transformações concretas em suas trajetórias, principalmente em relação com a doença e na construção de sentidos para os tratamentos mentais graves em pesquisa avaliativa se mostrou variável, apesar de se tratar de exercício pouco descoberto no Brasil (SURJUS. CAMPOS, 2011).

Segundo o aporte teórico abordado traz que o Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais, considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial possam constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS IV, CAPS V, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional (BRASIL, 2013).

Eles assim se definem CAPS I centro de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios de médio porte com população equivalente a 20.000 habitantes, este deve ofertar atendimento a usuários que venham apresentar transtornos mentais severos durante o dia; adultos, crianças e adolescentes e pessoas com problemas devido ao uso de álcool e outras drogas. A equipe é formada por multiprofissionais habilitado para desenvolverem tais atendimentos, conforme lei vigente, o público atendimento é de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo (LOPES, 2013).

Já o CAPS II- centro de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 70.000 habitantes, com as seguintes características: A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composto por: seis profissionais de nível superior e 6 profissionais de nível médio (LOPES, 2013).

No CAPS III- o serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes. Constituir-se em serviço ambulatorial de atenção continuada, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Oferta atendimento de urgência psicótica e clínica, como também, acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS. A permanência de um mesmo usuário no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias, conforme previsto na legislação (MONTEIRO, 2011).

Nesta modalidade a equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento ao público de 40 (quarenta) usuários do sistema por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) usuários/dia, em regime intensivo, será composto por: 8 profissionais de nível superior e 8 profissionais de nível médio (LOPES, 2013).

Na instancia do CAPS os serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes ou que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes (MACHINESKI; SCHNEIDER; CAMATTA, 2013).

Em sequencia dispomos do CAPS onde os serviços de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios ou regiões com população superior a 70.000 (MONTEIRO, 2011).

## **4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

### **4.1 TIPO DE ESTUDO**

O presente estudo trata de uma pesquisa de campo com enfoque exploratório- descritiva, e abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória constitui-se de verificação de análise empírica, cuja finalidade é a formulação de teses ou de um problema. Proporcionar maior familiaridade com o problema. Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. Geralmente, assume a forma de pesquisa bibliográfica e estudo de caso. Seu objetivo é proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato (LAKATOS, 2007).

A pesquisa de campo é utilizada para conseguir achados acerca de um determinado problema, com o intuito de encontrar uma resposta favorável que possa comprovar uma hipótese. Com o objetivo de compreender os mais diferentes aspectos de uma determinada realidade. Procede à observação de fatos e fenômenos exatamente como ocorrem no real, à coleta de dados referentes aos mesmos e, finalmente, à análise e interpretação desses dados, com base numa fundamentação teórica consistente, objetivando compreender e explicar o problema pesquisado (MARCONI, LAKATOS, 2007).

A abordagem qualitativa é a abordagem do problema formulado, visando à checagem das causas promovendo clareza na percepção das explicações quanto às informações colhidas. É vista como um método de compreensão da realidade delimitada pelos os locais e sujeitos da pesquisa, identifica as relações entre os aspectos envolvidos em cada fase do estudo (FIGUEIREDO, 2004).

### **4.2 LOCAL DA PESQUISA**

O local da pesquisa foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II ad, localizado na Rua Duodécimo Rosado, 660, Bairro Nova Betânia. Tel.: (84) 3315-5187 no Município de Mossoró no Estado do Rio Grande do Norte. O local da pesquisa foi escolhido devido à disponibilidade de existência do local

### **4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

A população da pesquisa foi composta por pacientes portadores de transtorno depressivos.

População define-se como universo estatístico ao conjunto de todos os elementos que têm pelo menos uma característica comum, representando um conjunto de indivíduos, que ocupa uma área em um determinado intervalo de tempo. Como também uma coleção de unidades individuais, que podem ser pessoas ou resultados experimentais, com uma ou mais características comuns, que se pretendem estudar.

A amostra foi composta por 10 pacientes portadores do diagnóstico de depressão. A amostra foi uma parte da população que foi selecionada de forma aleatória, seguindo uma regra ou plano.

Os critérios de inclusão na pesquisa serão: pacientes acima de 18 anos com diagnóstico definido, esses devem aceitar participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Já os critérios de exclusão serão: não se enquadrar nos critérios de inclusão citados.

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta dos dados foi composto por um roteiro de entrevista semiestruturadas, atendendo aos objetivos propostos da pesquisa.

O roteiro entrevistas é uma técnica de pesquisa que visa obter informações de interesse a uma investigação, onde o pesquisador formula perguntas orientadas, com um objetivo definido, frente a frente com o respondente e dentro de uma interação social (GIL, 2010).

#### 4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A entrevista foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança- FACENE/ FAMENE- PB; e com o ofício devidamente encaminhado a instituição na qual ocorrerá a pesquisa. A coleta dos dados foi realizada através do contato direto com os pacientes no período da pesquisa, entre os meses de fevereiro a março de 2015, nos turnos manhã e tarde, conforme a disponibilidades dos pacientes.



#### 4.6 ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Os dados foram analisados no modo qualitativo pela técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O DSC consiste na reunião em um discurso- síntese de expressão- chave que manifestam a mesma ideia central. A proposta dessa técnica consiste basicamente em analisar o material coletado, extraindo de cada um das respostas em vários discursos coletivos que expressam à representação social acerca de um determinado tema da coletividade as quais pertencem (LEFEVRE; MARQUES, 2009).

#### 4.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedeceu à resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Ele agrupa sob a visão do indivíduo e da coletividade, os quatro referenciais principais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e tende garantir os direitos e deveres que articulam em respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado. O projeto foi aprovado com o número do protocolo 026/2015 e CAAE: 42018315.3.0000.5179.

Os aspectos éticos provenientes do código de ética dos profissionais de enfermagem serão garantidos, mediante cumprimento dos princípios éticos e legais da profissão, em cujo, art. 98 da resolução 311/ 07 COFEN, que dispõe sobre o código de ética para o profissional da especificidade e enfermagem, ressalta a importância de acatar as leis vigentes para a pesquisa abrangendo seres humanos, conforme a especificidade da investigação.

#### 4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da realização desta pesquisa foram de responsabilidade do pesquisador- associado, conforme a previsão do orçamento. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró, disponibilizara seu acervo bibliográfico, orientações fornecidas pela bibliotecária, bem como orientador e banca examinadora.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A exposição dos resultados foi realizada em duas etapas: a primeira é a apresentação dos dados relacionados à caracterização dos participantes; a segunda refere-se à análise dos dados através da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo a partir das entrevistas realizadas.

Primeiramente, foram apresentados os resultados obtidos pela caracterização da amostra dos pacientes acometidos por depressão no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Mossoró, conforme disposto na Tabela I.

Posteriormente foram apresentados o Discurso do Sujeito Coletivo a partir das falas dos pacientes entrevistados, realizado a junção das ideias centrais que estão dispostas em forma de quadros, destacando as palavras chaves e fundamentadas com a literatura sobre o assunto.

Por razões éticas, os pacientes não foram identificados pelos seus nomes, assegurando o anonimato, através da utilização de códigos para a transcrição e divulgação da sua fala, respeitando a sua integridade intelectual, social e cultural. Dessa forma, os pacientes da pesquisa foram identificados por códigos, a saber, E01 a E10, que representou a ordem de realização das entrevistas.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Neste componente, são apresentados os achados de caracterização da amostra, em relação ao sexo, idade, estado civil e grau de instrução dos pacientes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Tabela 1: Caracterização dos indivíduos acerca do sexo e idade, dos pacientes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) acerca da depressão. Mossoró/RN, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	5	50%
Feminino	5	50%
<b>Idade</b>		
35-45anos	3	30%
46-56anos	4	40%
57-66anos	3	30%

**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015).

Na tabela 1, apresenta os dados de caracterização dos indivíduos em relação ao sexo e a idade dos participantes da pesquisa. Quanto ao sexo dos entrevistados, observou-se que 50% dos pacientes são femininos e 50% são masculinos, não tendo apresentada prevalência em ambos os sexos, vale ressaltar que as entrevistas foram realizadas de maneira aleatória, ou seja, não fazendo distinção de escolhas.

A depressão está presente em diversas populações do mundo, tem sido avaliada em muitos estudos epidemiológicos, sendo duas vezes mais prevalente em mulheres que em homens. A predominância das mulheres, mesmo que de maneira menos acentuada, também aparecem manifestações depressivas como distímia e depressão menor. A diferença entre os gêneros estão presentes em algumas subpopulações, onde a controvérsias entre diferentes estudos, para a depressão maior, quanto, por exemplo, a questão de se verificarem variações nas diferenças de prevalência entre sexos masculino e feminino, de acordo com a faixa etária onde as diferenças existem somente entre a puberdade e quinta década. (JUSTOS; CALIL, 2006)

Segundo Almeida, Sales e Lima (2006) a depressão masculina é pouco referida pelos pesquisadores, é necessário estudos sobre a relação da saúde dos homens que busque a ideia de que o cuidado com a saúde não é algo que pertence ao universo feminino. Os homens na maioria das vezes não gostam de admitir sintomas depressivos e acabam procurando ajuda. No Brasil, as pesquisas sobre a depressão masculina ainda são muito iniciais, embora algumas pesquisas revelam que tanto homens quanto mulheres podem desenvolver sintomas de depressão.

A diferença que chama mais atenção para manifestação depressiva entre adolescentes do sexo feminino e masculino destaca-se que as garotas relatam mais sintomas subjetivos, como vazio, tristeza, tédio, ansiedade e raiva. Sendo a principal a popularidade, menos satisfação com a aparência, mais conscienciosidade e menos autoestima. Os garotos apresentam sintomas de conduta, como falta às aulas, agressividade, fugas de casa, impaciência, abuso de substâncias e roubos. Sendo o principal motivo o sentimento de desprezo, rejeição, impotência física e dependência social e financeira, tendo em vista que o uso de álcool e drogas na adolescência pode ser um forte indicador para doença (MACHADO; OLIVEIRA; DELGADO, 2013).

De acordo com Justos e Calil (2006) para cada duas mulheres, um homem para a prevalência de depressão maior é extensamente mencionada na literatura científica sobre os transtornos do humor uma diferença biológica de maneira especial endócrino são sugestivas não só da autenticidade da distinção entre depressões de homens e de mulheres, mas também levam a pensar que parte da diferença seja devida a hormônios sexuais.

Segundo Gomes (2011) a depressão é a representação do sofrimento emocional onde está associada de forma direta ao público feminino, onde algumas mulheres apresentam maior facilidade em buscar ajuda terapêutica para o tratamento e cura da doença, segundo a Associação Brasileira de Psiquiatria, os homens são tendenciosos a admitir menos doença em relação às mulheres, a depressão masculina está associada doenças cardiopatas e ao uso de álcool e drogas.

Com relação à idade dos entrevistados, obtemos uma maior prevalência de paciente entre 46-56 anos apresentando 40%, no entanto, 35-45 anos e 57-66 anos, observamos um prevalência de 30% cada.

De acordo com o relatório sobre a saúde no mundo, das 20 doenças que mais atinge a faixa etária de 15 a 50 anos e que ocasionam anos vividos com alguma incapacidade, o transtorno depressivo assume o segundo lugar com 7,5% (MACHADO; OLIVEIRA; DELGADO, 2013).

De acordo com a pesquisa de Hirata (2014) a média de idades dos pacientes acometidos por depressão é de 48 anos, porém a média de início da depressão varia entre 24 e 35 anos, com média de 27 anos, é provável que a população estudada nesta pesquisa tenha história longa de doença e com recaídas.

De acordo com levantamento feito pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) no Brasil, avaliar-se que 74.418 trabalhadores são afastados por ano por conta das suas atividades laborativas em consequência da depressão, número que tende a desenvolver. Estudos acontecidos no Brasil e no exterior revelam que a depressão pode acontecer tanto em homens como em mulheres, de todas as idades e de qualquer divisão social. Por tanto, a incidência é duas vezes maior nas mulheres do que nos homens. Entre as pessoas que também mostrar-se com maior risco de aumentar a doença estão as pessoas com casos de depressão na família, usuários de drogas, medicamentos e álcool, e mulheres nos 18 meses seguintes a um parto. Ainda não tem uma explicação científica que o fato da mulher ser mais

sensível à depressão. Há algumas teorias, entre elas a que relaciona esse efeito aos hormônios femininos (MACHADO; OLIVEIRA; DELGADO, 2013)

Tabela 2: Caracterização social acerca do estado civil e grau de instrução, dos pacientes atendidos no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) acerca da depressão. Mossoró/RN, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estado Civil</b>		
Casado(a)	6	60%
Solteiro(a)	2	20%
Viúvo(a)	2	20%
Separado(a)	0	0%
<b>Grau de Instrução</b>		
1º grau incompleto	6	60%
1º grau completo	2	20%
2º grau incompleto	1	10%
2º grau completo	1	10%
Nível superior incompleto	0	0%
Nível superior completo	0	0%

**Fonte:** Pesquisa de Campo (2015).

Na tabela 2, demonstra os dados em relação ao estado civil e grau de instrução dos participantes da pesquisa. Quanto ao estado civil dos pacientes 60% eram casados, 20% solteiros e 20% viúvos, apresentando uma maior proporção de casados na pesquisa. Corroborando, assim com pesquisas realizadas por Fanger, et al (2010), onde apresentou que os casados/amasiados são os pacientes com maior prevalência de depressão, representado por 449 casos.

Esses dados concordam com os achados de outras pesquisas que apontam que essa representação pode ser esclarecida pelas mudanças sociais, em que a mulher cada vez mais participa do sustento da família, que além de se preocupar com os afazeres domésticos que já era de sua responsabilidade, teve que buscar um emprego que gere renda, onde seu nível de estresse tende a ser mais elevado. (MACHADO; OLIVEIRA; DELGADO, 2013)

Em relação ao grau de instrução, 60% dos pacientes tem o primeiro grau incompleto, 20% tem primeiro grau completo, 10% apresentam com segundo grau completo e 10 % com o segundo grau incompleto, onde observamos um grau de

nível de conhecimento desfavorável.

Outros estudos conduzidos no Brasil evidenciou que menores níveis educacionais estão associados a maior ocorrência de depressão. Considerando o nível econômico, foi observada uma relação inversa com o achado, ou seja, quanto maior o nível econômico, menor a prevalência de depressão (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012).

Alguns estudos realizados apontam também a relação entre as classes mais pobres, visto que apresentaram maiores índices de depressão, em comparação às classes economicamente mais favorecidas. Sabe-se que tanto a escolaridade quanto o nível econômico são importantes marcadores socioeconômicos. Estudos relatam que a pobreza pode ser um determinante na explicação do aumento dos índices de depressão, pois eles estão associados a condições sociais como desemprego, baixo nível de instrução, baixa qualidade de moradia e alimentação inadequada. Tais condições, exclusivas ou combinadas, podem favorecer o desenvolvimento de um estado de desesperança, que tem como efeito imediato a redução da capacidade para lidar com situações estressoras de maneira adequada, reduzindo a disposição para suportar acontecimentos adversos e frustrantes. (CUNHA; BASTOS; DUCA, 2012).

Os pacientes que sofrem de depressão apresentam dificuldades que afetam suas atividades cotidianas, comprometem o exercício interpessoal e ocupacional. A depressão prejudica a capacidade social e o contexto familiar, incluindo a perda da capacidade laborativa, dificuldade do autocuidado, diminuição da qualidade de vida e o risco de morte prematura em detrimento do suicídio. (MACHADO; OLIVEIRA; DELGADO, 2013, p.224)

De acordo com as informações colhidas foi observado que os pacientes que sofrem com depressão sempre têm uma explicação para doença, seja ele por perda, separação, sentimento, violência e outros. A depressão é uma doença combinada, que deve ser vista com uma doença preocupante para a população, pois o índice é muito preocupante.

## 5.2 DADOS REFERENTES À PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE DEPRESSÃO

Os dados qualitativos foram analisados utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, onde se trata da organização do material da pesquisa de campo em

relação as falas provenientes das entrevistas realizadas com os pacientes do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

QUADRO 1- Ideia central, expressões chaves e discurso do sujeito coletivo com resposta a questão: Como você percebe a depressão na sua vida?

Ideia Central – 1	Expressões Chaves
Perda Familiar	<p>“[...] Quando eu perdi o meu primeiro filho, a depressão bateu [...]” E 01</p> <p>“[...] Ela faleceu, agora moro só com minha esposa. [...]” E 3</p>
<b>DSC – 1</b>	
<p><i>“Depois que eu perdi meu filho, a depressão bateu. Ela faleceu, agora moro só com minha esposa.”</i></p>	
Ideia Central – 2	Expressões Chaves
Problemas Familiares	<p>“[...] Foi familiar, a separação dos meus pais. [...]” E 4</p> <p>“[...] de apanhar do meu marido. [...]” E 9</p>
<b>DSC – 2</b>	
<p><i>“Foi familiar pela separação dos meus pais, e de apanhar do meu marido.”</i></p>	

**Fonte:** Pesquisa de campo (2015).

O quadro 1 apresenta na sua ideia central 1 que a principal causa da depressão foi a perda familiar, associada principalmente a um ente querido próximo.

Portanto, de acordo com Souza e Romero ([2007?]) relata que a maioria das pessoas que tem episódios depressivos é relacionada a algum episódio traumático, como morte de uma pessoa próxima, a perda de um emprego com a falta temporária de perspectivas, o sofrimento com doenças crônicas, dentre outros. Esses episódios são chamados de depressões casuais, ou situacionais, e geralmente se corrigem sozinhas, com o tempo; ou com uma psicoterapia de apoio. Pois, a morte para a sociedade ainda é um tabu, no entanto, ela é inevitável. Assim como, quando perdemos algo ou alguém, automaticamente estão vinculados fisicamente e mentalmente à situação de luto.

O autor Greist e Jefferson ([2010?]) tem em vista que existe ênfase de que as crianças que sofrem perdas antecipadas de pessoas importantes, especialmente os pais, são mais predispostas para desenvolver depressão, mais tarde, na vida. O problema em relacionar-se, dificuldade de comunicação e conflitos com familiares, colegas de trabalho ou outros, podem também contribuir para o isolamento, alienação e subsequente depressão. Os problemas financeiros e outros estresses impostos pela vida também podem ter um forte impacto. Deste modo, cada caso de depressão é um caso individual, sendo impossível distinguir uma causa específica. Uma coisa importante para todos os membros da família é que os mesmos se conscientizem de que a depressão não é falha de ninguém e que ninguém (inclusive a pessoa deprimida) deve ser culpado pela situação.

É muito frequente em processos de luto a manifestação da depressão, podendo ser compreendido o desenvolvimento saudável do processo. No entanto, pode apresentar risco de se estabelecer um luto patológico, isto é, pode acontecer, sobretudo com pessoas que tem predisposições para doença, ou que já anteriormente tenha tido depressão. No caso da perda causada pela morte de um ente amado num homicídio, a probabilidade de se desenvolver a doença é muito maior que em outros casos de perda por morte (DEPRESSÃO... 2015).

Portanto, o Louzã Neto (2010) destaca que a angústia é um dos sentimentos humanos mais dolorosos, todos nós temos contato com ela em algum momento da nossa vida, as tristezas passageiras são superadas após algum tempo. No entanto, o luto depois da perda de um ente querido, manifesta-se por um sentimento de tristeza e vazio, sendo este superado com o decorrer do tempo. Devendo ser distinguindo a tristeza e o luto normais da depressão.

De acordo com Huttel et al (2011), aponta que a maioria das pessoas com depressão é a capacidade de estabelecer e manter relações afetivas. O sentimento de desamparo pode favorecer experiência vividas pela pessoa em sua família de origem. Essas experiências mostram que a pessoa pode não ter tido experiência de relação estável e segura com os pais. Onde fazem que ele se desenvolva uma tendência a interpretar qualquer perda como mais um de seus fracassos em estabelecer e manter uma relação afetiva e estável.

Na ideia central 2 em relação ao questionamento realizado aos entrevistados, podemos perceber que a depressão está relacionada a problemas familiares, como a separação dos pais e violência familiar.



Portanto, o ambiente familiar e as condutas parentais inadequadas, ou a psicopatologia de um dos pais pode ajudar no aparecimento da doença. Onde a presença de dificuldade na dinâmica familiar seria um fator de risco para a depressão, contribuindo para a ampliação de sintomas depressivos na criança. No entanto, o contexto familiar em que há relações saudáveis entre seus membros, caracterizado pelo suporte e pelo apoio afetivo pode ser importante na recuperação. Onde a família assume um caráter importante no sentido de proteção para prevenir que os filhos desenvolvam a depressão (CRUVINEL; BORUCHOVITCH, 2009)

Huttel et al (2011), afirma que o problema da depressão é compreendido pelos transtornos de déficit de atenção e hiperatividade e de conduta onde os fatores de risco são: discórdia conjugal severa, desvantagem socioeconômica, tamanho grande da família, criminalidade paterna e transtorno mental da mãe. No entanto, são fatores de proteção: famílias com até quatro filhos, pais apoiadores e adequado estabelecimento de limites e regras. Onde qualquer que sejam os fatores envolvidos o ambiente familiar instável, incontrollável ou caótico tem sido reconhecido como prejudicial ao desenvolvimento infantil e adulto.

A separação dos pais seja ela por morte ou divórcio tem sido um agravo para crianças durante todo o decorrer da vida. Onde todas as fases apresentam algumas características distintas das outras pessoas na qual poderão ser relacionadas claramente com a essa separação. Na fase da pré-escola apresenta sinais de regressão, fica atuante, ansioso, chama a atenção, em relação a fase meia infância a criança fica depressiva, com medo do pai e da mãe, já para o adolescente a separação fica bastante marcada, podendo apresentar depressão severa, raiva e culpa daquele que deixou a família (MACEDO; POLUBRIAGINOF, 2007)

Segundo Adeodato et al (2005) algumas mulheres são submetidas a violência entre algum membro de família, ou seja, a maioria dos casos agressões contra mulheres de suas próprias casas e são associadas a agressões físicas e sexuais. Vale salientar que incluem também violação, maltrato físico, psicológico e econômico o que algumas vezes pode culminar com a morte da mulher maltratada. Algumas mulheres procura o serviço de saúde com sintomas que podem sugerir história de violência doméstica, incluindo a depressão, ansiedade e desordem de estresse.

QUADRO 2- Ideia central, expressões chaves e discurso do sujeito coletivo com resposta a questão: Quais as principais dificuldades que você enfrentou ou enfrenta no ambiente familiar, em relação a esse transtorno.

Ideia Central – 1	Expressões Chaves
Preconceito da Sociedade	<p>“[...] Na sociedade vivo só com meu esposo [...]” E2</p> <p>“[...]acha que a pessoa é doida [...]” E4</p> <p>“[...] Ninguém gosta de mim... [...]” E7</p>
<b>DSC – 1</b>	
<p>“ Na sociedade vivo só com meu esposo, acha que a pessoa é doida e ninguém gosta de mim”.</p>	
Ideia Central – 2	Expressões Chaves
Não Aceitação Familiar	<p>“[...]pra minha filha me ouvir [...]... E queria que meu esposo me entende-se, mas não me entende [...].” E 8</p> <p>“[...] meu filho não aceita, fica me chamando de doida [...]” E 9</p> <p>“[...] Eu enfrento á dúvida da família [...]” E 10</p>
<b>DSC – 2</b>	
<p>“Meu filho não aceita, fica me chamando de doida, pra minha filha me ouvir e queria que meu esposo me entende-se, mas não me entende, eu enfrento á duvida da família.”</p>	
Ideia Central - 3	Expressões Chaves
Apoio Familiar	<p>“[...] Em casa graças a Deus eu não tenho dificuldade [...]” E5</p> <p>“[...] Minha família me apoia [...]” E7</p> <p>“[...] só quem me dá apoia é meu filho e meu marido [...]” E10</p>
<b>DSC- 3</b>	
<p>“Em casa graças a Deus eu não tenho dificuldade, minha família me apoia, só quem me dá apoio é meu filho e meu marido”.</p>	

**Fonte:** Pesquisa de campo (2015).

No quadro 2, a ideia central 1, apresenta o preconceito familiar como uma das dificuldade enfrentadas pelos portadores da depressão, de acordo com as entrevistas dos pacientes. A desinformação dos familiares favorece o aparecimento

de sentimentos negativos em relação às pessoas com doença mental, o que gera preconceito e como resposta comportamental pode ocorrer rejeição e discriminação.

Desse modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta que o Brasil existe o maior número de deprimidos com cerca de 20% da população, apesar dos números serem impressionantes, a sociedade ainda enxerga a depressão com preconceito e em alguns casos a resistência em relação ao transtorno dos próprios pacientes. Onde alguns pacientes acreditam que os psiquiatras e terapias são apenas para as pessoas que se consideram loucos. Quando recebem o diagnóstico da doença não aceita e sente-se fraco e envergonhado e não querem falar sobre o assunto outros tentam se abrir com os familiares e colegas mais se sentem incompreensíveis (DURANTE, 2015).

Segundo o Instituto avançado de liderança ([2006?]) a pessoa que tem a depressão vive dois desafios, um é enfrentar não só a doença e seus penosos sintomas, mas também o desprezo da sociedade, quando são cristãos, o peso é maior, principalmente das pessoas desinformadas, onde atribuem os sentimentos da depressão como opressão satânica, onde poucas doenças crônicas são tratadas de forma injusta quanto a depressão.

De acordo com Ferreira, Gonçalves e Mendes (2014), a tristeza tem sido tratada como depressão, sendo este o mal do século, onde muitas pessoas que se encontram tristes, desanimadas, angustiadas são consideradas depressivas, onde a vergonha e o preconceito por parte da sociedade ocasionam o afastamento do ambiente aonde trabalha e até mesmo do ambiente social, como se elas não tivessem o direito de sofrer, de chorar ou de ficar tristes.

No quadro 2, a ideia central 2 apresenta as dificuldades no ambiente familiar, em relação da não aceitação pelos familiares da sua doença, gerando problemas em sua residência. No entanto, a ideia central 3, representa o apoio familiar como suporte para o tratamento da depressão, sendo este caracterizado como a ausência de dificuldades no ambiente familiar.

Segundo o Marques (2000) ressalta que a família tem a função de regular o fluxo de emoção, autorizando ou inibindo a expressão emocional. Onde os sentimentos mencionados, com relação à ansiedade, a família tem o papel de diminuir ou aumentar essa ansiedade, sabendo que a interação familiar e os conflitos são expressos podendo contribuir de forma significativa na resolução destes conflitos.

O suporte familiar se traduz na quantidade de cuidados e proteção que os pais delegam a seus filhos, incluindo comportamentos de afeto, cooperação, sensibilidade, aceitação, indiferença, rigor, rejeição, punição, controle, superproteção, estímulo à autonomia e à independência. (SOUZA; BAPTISTA, 2008, p.209).

Souza e Baptista (2008) ressaltam que a família é uma rede primária de interação social onde é provedora de apoio indispensável na integridade física e psicológica do indivíduo. Sendo vista como a mais importante fonte de suporte e também conhecida como fonte mais importante de estresse para seus membros, afetando de maneira poderosa nos processos de saúde e doença, onde a intervenção para saúde mental programas que enfatizem o suporte familiar possam atuar como agente preventivo e protetivo diante dos riscos para doenças mentais.

A família é considerada um alicerce para o modelo relacional aos seus integrantes, favorecendo a criação de outras relações, desde amizades até parentescos. A família é indispensável na comunicação, para o direcionamento funcional e da carga emocional, onde são estabelecidos proteção e equilíbrio entre a relação conjugal e que possibilite a família atuar preservando a individualidade de cada um. Além disso, pode ser facilitadora para saúde emocional de seus membros, passando a ser um suporte emocional, para toda sua família (BAPTISTA; SOUZA; ALVES, 2008).

De acordo com Souza, Baptista, Alves (2008) a família é um dos pilares mais importantes na vida psíquica das pessoas, onde é a base da construção entre o modelo racional e outras criações. É por intermédio da família que o indivíduo se constrói psicologicamente. Pois, a família exerce a função de proteção, de carinho e de formação social para o desenvolvimento dos seus filhos. Quanto maior o afeto que o indivíduo recebe ao início da vida, maior será sua disponibilidade de enfrentar e superar os obstáculos da vida. Portanto, o suporte familiar favorece a superação das crises vitais, da desestabilização que as crises acarretam.

Desse modo, o suporte familiar favorece uma relação de conforto, segurança e confiança onde é caracterizada pelo desenvolvimento do indivíduo. Logo, algumas pesquisas apontam a relação entre a depressão e a família, sugerindo a importância do suporte familiar, onde a relação de liberdade, autonomia, carinho, dialogo e atenção estão associados afetivamente pelo estado de saúde mental (SOUZA; BAPTISTA; ALVES, 2008).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa abordou a percepção do paciente portador de transtorno psicológico depressivo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Mossoró.

Durante a pesquisa foi possível, caracterizar os dados sociodemográfico dos participantes, identificando a percepção dos pacientes portadores de transtorno depressivo e descrito as principais dificuldades enfrentadas no ambiente familiar de pacientes portadores de transtorno depressivo. Portanto, os objetivos propostos foram alcançados, o que proporcionou uma discussão ampla sobre a temática.

A hipótese foi confirmada, onde a depressão é caracterizada pela perda do senso de controle e uma experiência subjetiva de grande estresse seja ele emocional e ou familiar. Não houve dificuldades para realizar esta pesquisa, a bibliografia encontrada correspondeu às expectativas e contribuiu para o desenvolvimento das discussões pertinentes.

Observamos que a depressão está relacionada a problemas familiares, como a separação dos pais e violência familiar. Onde a dificuldade na dinâmica familiar seria um fator de risco para a depressão, contribuindo para a ampliação de sintomas depressivos. É nesse âmbito que surge a importância do projeto, pois auxiliará aos profissionais o conhecimento sobre a percepção do paciente portador de transtorno psicológico depressivo, auxiliando os profissionais a lidar com esse portador visando a sua história.

Nesse sentido, nota-se a carência de profissionais aptos e especializados na atuação ativa acerca da percepção do paciente portador de transtorno psicológico depressivo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Essa pesquisa é de grande relevância para os profissionais de saúde, pois proporciona maior conhecimento na percepção do paciente portador de transtorno psicológico depressivo. Com isso, podemos aprimorar os conhecimentos diante da depressão e, além disso, a pesquisa servirá como um instrumento para gerar amplas discussões na graduação de Enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEODATO, Vanessa Gurgel et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.1, p.108-113, 2005.

ALMEIDA, Márcia Regina de Moraes. **Depressão na família**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <  
[http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias\\_publicadas/posdistancia/33145.pdf](http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/33145.pdf)>. Acesso em 30 nov. 2014

BAPTISTA, Makilim Nunes; SOUZA, Mayra Silva de; ALVES, Gisele Aparecida da Silva. Evidências de validade entre a Escala de Depressão (EDEP), o BDI e o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). **PsicoUSF**, v.13, n.2, p.211-220, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v13n2/v13n2a08.pdf>  
 Acesso em: 10 maio 2015

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 10.216 2001. Brasília (DF); [2013b]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 21 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Brasília, 2013. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_34\\_saude\\_mental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf)> Acesso em: 09 nov. 2014.

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](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)> Acesso em 24 nov. 2014.

BREDA, M. Z; AUGUSTO, L. G. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Saúde Coletiva** [2010]. Disponível em: <  
<http://www.ccs.saude.gov.br/VPC/reforma.html>> Acesso em 24 nov. 2014.

CASTRO, Elisa Kern de; SCORZA, Alice; CHEM, Carolina. Qualidade de vida e indicadores de ansiedade e depressão de pacientes com cancro colo-retal. **Psicologia, Saúde e Doença**, Porto Alegre, 2011.

CRUVINEL, Miriam; BORUCHOVITCH, Evely. Sintomas de Depressão Infantil e Ambiente Familiar. **Psicologia em Pesquisa**, v.3, n.1, p. 87-100, jan./jun. 2009. Disponível em: <http://www.ufjf.br/psicologiaempesquisa/files/2009/11/v3n1007.pdf>  
 Acesso em: 5 maio 2015

CUNHA, R.V.; BASTOS, G.A.N.; DUCA, G.F.D. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev Bras Epidemiol.**, v.15, n.2, p.346-354, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v15n2/12.pdf> Acesso em: 11 maio 2015

DARTORA, Bruni Zappas; POZZEBON, Ângela; BITELLO, Adriana. **Relação entre depressão, alimentação e o número de internações hospitalares no hospital Santa Isabel de Progresso- RS**. Rio Grande do Sul. 2013. Disponível em:

<<http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/741/472>> Acesso 14 out. 2014.

DEPRESSÃO pode ser desencadeada pela perda. 2015. Disponível em: <http://www.aussel.com.br/index.php/20-luto-arquivado/216-depressao> Acesso em: 5 maio 2015

DURANTE, Myriam. **Depressão e preconceito**: como o estigma pode atrapalhar tratamento. 2015. Disponível em: <http://somostodosum.ig.com.br/clube/c.asp?id=38628> Acesso em: 15 maio 2015

EHRENBERG, Alain; BOTBOL, Michel. Depressão, doença da autonomia? 2004. Disponível em: < <https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

FERREIRA, Rayane Cordeiro; GONÇALVES, Charlisson Mendes; MENDES, Patrícia Guedes. Depressão: do transtorno ao sintoma. **Psicologia.pt**: o portal dos psicólogos, 2014. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0828.pdf> Acesso em: 20 maio 2015

GIRDWOOD, Vitor Mario Oliveira; ARAÚJO, Igor Sampaio de; PITANGA, Cristiano Penas Seara. Efeitos da atividade física no tratamento da depressão na mulher. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.35, n.3, 2011.

GOMES, Antonio Maspoli de Araújo. Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. **Impresso Eletrônico**, 2011. Disponível em: < <https://mail-attachment.googleusercontent.com/attachment>> Acesso em: 29 out. 2014.

GREIST, John H.; JEFFERSON, James W. **Depressão e o apoio da família**: O que você pode fazer para ajudar, a depressão afeta toda a família. [2010?]. Disponível em: [http://www.psiquiatriageral.com.br/enfermagem/depressao\\_apoio1.htm](http://www.psiquiatriageral.com.br/enfermagem/depressao_apoio1.htm) Acesso em: 20 maio 2015

HIRDES, Alice. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v39n6/03.pdf>> Acesso em 12 nov. 2014.

HUTTEL, Joseane et al. A depressão infantil e suas formas de manifestação. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 29, n. 64, p. 11-22 jan./mar. 2011.

HUTZ, Claudio Simon; BARDAGIR, Márcia Patta. Indeciso profissional, ansiedade e depressão na adolescência: a influência dos estilos parentais. **Revista de Psiquiatria**, Porto Alegre, 2006.

INÁCIO, Luzia Vargas. **Assistência à saúde prestada aos usuários do sus com diagnóstico de depressão**. Criciúma, 2008.

INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO AVANÇADO DE LIDERANÇA. **Lidando com a depressão a luz da bíblia**. [2006?]. Disponível em: <http://cidadeviva.org/portal/wp->

content/uploads/2015/02/Depress%C3%A3o-%C3%A0-luz-da-B%C3%ADblia.pdf  
Acesso em: 20 maio 2015

ANDRADE JÚNIOR, Gerson José de. **Estudo da Percepção de Expressões Faciais de Emoção em Pacientes com Depressão Maior e suas Relações com a Alexitimia**. Brasília, 2012. Disponível em <  
[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12271/1/2012\\_GersonJoseAndradeJunior.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12271/1/2012_GersonJoseAndradeJunior.pdf)> Acesso em 28.11.2014.

LOUZÃ NETO, Mario Rodrigues. **Depressão (Transtorno depressivo)**. 2010. Disponível em: <http://www.saudemental.net/depressao.htm> Acesso em:

LUCAS, Renata da Silva Gaspar. A depressão e qual a implicação da família da prevenção ao tratamento. Niterói, 2012.

MACEDO, F.S. POLUBRIAGINOF, C. Separação dos pais na infância = depressão na adolescência? **Rev Enferm UNISA**, v.8, p.34-37, 2007. Disponível em:  
<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2007-07.pdf> Acesso em: 12 maio 2015

MARQUES, Maria Auxiliado de Souza. **A depressão na interação familiar: um estudo qualitativo da depressão na interação familiar**.191f. Dissertação (Mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, MS, 2000. Disponível em: <http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/7816-a-depressao-na-interacao-familiar-um-estudo-qualitativo-da-depressao-na-interacao-familiar.pdf> Acesso em: 12 maio 2015

MÁXIMO, Geovane da Conceição. **Aspectos sociodemográficos da depressão e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Minas Gerais, 2010. Disponível em [http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/demografia/teses/2010/GEOVANE\\_MAXIMO\\_VERSAO\\_OUT\\_2010.pdf](http://web.cedeplar.ufmg.br/cedeplar/site/demografia/teses/2010/GEOVANE_MAXIMO_VERSAO_OUT_2010.pdf) Acesso 03 out. 2014.

MOLINA, Mariane Ricardo Acosta Lopez. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Revista de psiquiatria Clínica**. Pelotas, 2012. Disponível em:< [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/alunq3.1.1%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/alunq3.1.1%20(1).pdf)>. Acesso 22 out. 2014.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo, 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/16.pdf>>. Acesso em 14 nov. 2014.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, [2008]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src> Acesso em: 12 maio 2015

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo,



2011. Disponível em :<  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src>>.  
 Acesso em 13 nov. 2014.

POÇO, J. L. C; AMARAL, A. M. M. A inserção da saúde mental na atenção primária à saúde em um sistema de referência e contra-referência: o caso da unidade básica de saúde Padre Roberto. **Rev Atenção Primária à Saúde**, [2009]. Disponível em:<  
<http://www.saudemental.net/>>. Acesso em 23 nov. 2014.

SOARES, G.B.; CAPONI, S. Depression in focus: a study of the media discourse in the process of medicalization of life. *Interface - Comunicação Saúde e Educação*, v.15, n.37, p.437- 46, 2011. Disponível em:<  
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/aluna\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/aluna(1).pdf)>. Acesso 06 nov. 2014.

SOARES, G.B.; CAPONI, S. Depression in focus: a study of the media discourse in the process of medicalization of life. *Interface - Comunicação Saúde e Educação*, v.15, n.37, p.437- 46, 2011. Disponível em:<  
[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/aluna\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/aluna(1).pdf)>Acesso 07 nov. 2014.

SOUZA ,Mayra Silva de; BAPTISTA, Makilim Nunes; ALVES Gisele Aparecida da Silva. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. **Aletheia** 28, p.45-59, jul./dez. 2008. Disponível em:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n28/n28a05.pdf> Acesso em: 12 maio 2015

SOUZA, Aline de Jesus Fontineli. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Teresina, 2007.

SOUZA, K. L.V.; ROMERO, G. M. **Depressão**: efeitos após uma perda familiar [2007?]. Disponível em:  
<http://www.atenas.edu.br/faculdade/arquivos/NucleoIniciacaoCiencia/2SEM2009/artigo%205%202%202009.pdf> Acesso em: 12 maio 2015

SOUZA, Mayra Silva de; BAPTISTA, Makilim Nunes. Associações entre suporte familiar e saúde mental. **Psicol. Argum.**, v.26, n.54, p.207-215, jul./set., 2008.

SURJUS, Luciana Togni de Lima; SILVA CAMPOS, Rosana Onocko. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. **Revista latino americana psicopatologia fundamental**. 2011.

YASUI, Silvio; COSTA-ROSA, Abílio. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde Pública e Saúde mental**, 2008. Disponível em:  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src>.  
 Acesso em: 22 nov. 2014.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Prezado (a) Senhor (a),

Eu, Giselle dos Santos Costa, pesquisadora e professora no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança - FACENE, e a aluna Jeroneuma Cabral, estão desenvolvendo uma pesquisa com o título “**PERCEPÇÃO DO PACIENTE ACOMETIDO POR DEPRESSÃO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**”.

Tem-se como objetivo geral analisar a percepção do paciente portador de transtorno psicológico depressivo no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e como objetivos específicos: Caracterizar os dados sociodemográfico dos participantes; Identificar a percepção dos pacientes portadores de transtorno depressivo; Descrever as principais dificuldades enfrentadas no ambiente familiar de pacientes portadores de transtorno depressivo.

O presente estudo justifica-se pelo interesse inicial do pesquisador associado pelos estudos referente à saúde da mental como campo de discussão na área da saúde pública brasileira, com finalidade e de trazer dados com relevância científica onde ajudará a sociedade a entender melhor sobre o processo de cuidado da atenção aos transtornos psicológicos.

Desta forma, venho, através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitar a sua participação nesta pesquisa e a autorização para utilizar os resultados para fins científicos. Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar risco(s) como constrangimento e medo em responder aos questionamentos, mas, os benefícios serão de contribuir com os conhecimentos para a sociedade e para academia superarão esse(s) risco(s). A participação da senhora na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

Convém informar que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não

da pesquisa. Você não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pelo pesquisador participante. Informamos também que a pesquisa apresenta riscos mínimos às pessoas envolvidas, porém os benefícios superam os riscos.

O (A) pesquisador (a) estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa<sup>1</sup>. Diante do exposto, agradecemos a contribuição do(a) senhor(a) na realização desta pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que o pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE<sup>2</sup>. Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pelo(a) pesquisador(a) responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do(a) pesquisador(a) responsável

Mossoró, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Esp. Giselle dos Santos Costa Oliviera.

Pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa/Testemunha

<sup>1</sup>Endereço residencial do(a) pesquisador(a) responsável: Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel – Mossoró/RN CEP:59.628-000. Fone: (84) 3312- 0143. . E-mail: [gisellesantos@facenemossoro.com.br](mailto:gisellesantos@facenemossoro.com.br)

<sup>2</sup>Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame – João Pessoa – Paraíba – Brasil CEP: 58.067-695 – Fone: +55 (83)2106 – 4790.E-mail: [cep@facene.com.br](mailto:cep@facene.com.br)

## APENDICE B- Instrumento de Coleta de dados

**ROTEIRO DE ENTREVISTA****PARTE I – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

- a) Sexo  
 Feminino  Masculino
- b) Idade\_\_\_\_\_
- c) Estado Civil  
 Casado (a)  Solteiro (a)  Viúvo ( a)  Separado (a)
- d) Grau de Instrução  
 1º Grau Incompleto  
 1º Grau Completo  
 2º Grau Incompleto  
 2º Grau Completo  
 Nível Superior Incompleto  
 Nível Superior Completo

**PARTE II – DADOS REFERENTES À PERCEPÇÃO DO PACIENTE SOBRE DEPRESSÃO:**

1. Como você percebe a depressão na sua vida?
2. Quais as principais dificuldades que você enfrentou ou enfrenta no ambiente familiar, em relação a esse transtorno.

**ANEXO**