

**FACULDADE UNIDA DE VITÓRIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DAS RELIGIÕES**

ADRIANA ARAUJO DE SOUZA SANTOS

**INTERAÇÃO ENTRE RELIGIÃO E DEPRESSÃO SOB A ÓTICA DO
PROFISSIONAL DA SAÚDE, COM ÊNFASE NA SAÚDE MENTAL E
ENFERMAGEM**

Vitória-ES

ADRIANA ARAUJO DE SOUZA SANTOS

**INTERAÇÃO ENTRE RELIGIÃO E DEPRESSÃO SOB A ÓTICA DO
PROFISSIONAL DA SAÚDE, COM ÊNFASE NA SAÚDE MENTAL E
ENFERMAGEM**

Dissertação de Mestrado apresentada a Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências das Religiões da Faculdade Unida de Vitória/ES como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências das religiões.

Orientador: Prof. Dr. Julio Paulo Tavares Zabatiero

Vitória-ES

Santos, Adriana Araujo de Souza

Interação entre religião e depressão sob a ótica do profissional da saúde, com ênfase na saúde mental e enfermagem / Adriana Araujo de Souza Santos. -- Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2013.

x, 74 f. ; 31 cm.

Orientador: Júlio Paulo Tavares Zabatiero

Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2013.

Referências bibliográficas: f. 69-74

1. Ciência da religião. 2. Saúde mental. 3. Enfermagem. 4. Espiritualidade. 5. Depressão. 6. Paciente - Tese. I. Adriana Araujo de Souza Santos. II. Faculdade Unida de Vitória, 2013. III. Título.

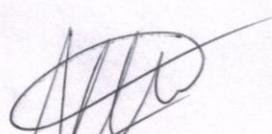
ADRIANA ARAUJO DE SOUZA SANTOS

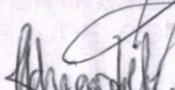
Santos, Adriana Araujo de Souza
Interação entre religião e depressão sob a ótica do profissional da
saúde, com ênfase na saúde mental e enfermagem / Adriana Araujo de
Souza Santos. – Vitória: UNIDA / Faculdade Unida de Vitória, 2013.
x, 74 f. ; 21 cm.
Orientador: Júlio Paulo Tavares Zabatiero.
Dissertação (mestrado) – UNIDA / Faculdade Unida de Vitória,
2013.
Referências bibliográficas: f. 69-74

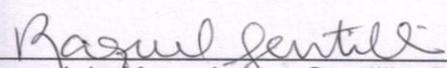
**INTERAÇÃO ENTRE RELIGIÃO E DEPRESSÃO SOB A ÓTICA DO PROFISSIONAL
DA SAÚDE, COM ÊNFASE NA SAÚDE MENTAL E ENFERMAGEM**

II. Faculdade Unida de Vitória, 2013 III. Título.

Dissertação de Mestrado para obtenção do grau
de Mestre em Ciências das Religiões na
Faculdade Unida de Vitória no programa de Pós-
Graduação em Ciências das Religiões.
Área de Concentração: Religião e Sociedade.


Júlio Paulo Tavares Zabatiero – Doutor em Teologia – UNIDA (Presidente)


José Adriano Filho – Doutor em Ciências da Religião – UNIDA


Raquel de Matos Lopes Gentilli – Doutora em Serviço Social - EMESCAM

RESUMO

O objeto de estudo é a atuação dos profissionais de enfermagem junto a clientes acometida com depressão, em contextos nos quais a religião desempenha papel relevante. Em linhas gerais, visa informar, com o conhecimento das ciências das religiões, a ação do enfermeiro no tratamento da depressão e religião e contribuir com a ampliação das possibilidades de autonomia do cliente em cuidar de si. Seu objetivo geral é descrever estratégias atuais de abordagem de pacientes com depressão, baseadas na literatura científica, enfatizando medidas relacionadas à espiritualidade e à religiosidade. Este trabalho justifica-se pela necessidade de avaliar os cuidados de enfermagem e demais profissionais da área de saúde junto ao portador de depressão interagindo com a sua fé. A pesquisa nasceu da necessidade de dar conta da pergunta: de que forma os profissionais de enfermagem e demais profissionais da área de saúde junto aos pacientes com depressão tem-se utilizado da fé como auxílio no tratamento destes clientes? Sua metodologia básica foi à pesquisa qualitativa, os sujeitos constituíram-se de 11 clientes adultos no município de Itaperuna - RJ. Utilizou-se para a produção dos dados um formulário de identificação do cliente com base no prontuário e questionário. Trabalhar o contexto entre a interação da religião e depressão sob a ótica dos cuidados da enfermagem nos remete a refletir acerca da sua eventual maneira de aprendizagem relacionada aos pacientes, o que nos permite o possível reconhecimento de modelos de cuidado inerentes ao universo de cada paciente. Respeitar e valorizar a singularidade de cada indivíduo É condição ética necessária à co-construção do cuidado e análise, com vistas ao melhor desempenho no tratamento e cuidados fundamentais de enfermagem e da equipe multiprofissional desenvolvidos no contexto das unidades básicas dos CAPS, ambulatorial, hospitalar e domiciliar.

Palavra chave: **Saúde mental, enfermagem, espiritualidade, depressão, paciente.**

ABSTRACT

The object of study is the role of nurse practitioners with clients affected with depression, in contexts where religion plays an important role. In general, aims to inform, with the knowledge of the sciences of religions, the action of the nurse in the treatment of depression and religion contribute to the expansion of opportunities for autonomy of the client take care of themselves. Its main objective is to describe current strategies of managing patients with depression, based on the scientific literature, emphasizing measures related to spirituality and religiosity. This work is justified by the need to evaluate the nursing care and other health professionals with the individual with depression interacting with their faith. The research arose from the need to account for the question: how nurse practitioners and other health professionals with patients with depression has used faith as an aid in the treatment of these clients? His basic methodology was qualitative research, the subjects consisted of 11 adult clients in the municipality of Itaperuna - RJ. Was used for the production of a form of identification data of the customer based on medical records and questionnaires. Working the context of interaction between religion and depression from the perspective of nursing care leads us to reflect on a possible way to learning related to patients, allowing us to recognize the possible models of care inherent in the universe of each patient. Respect and value the uniqueness of each individual's ethical condition necessary for co-construction of care and analysis, with a view to better performance in the treatment and care of basic nursing and multidisciplinary team developed in the context of the basic units of CAPS, hospital outpatient and household.

Keywords: Mental Health, Nursing, spirituality, depression, patient.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos que de alguma forma contribuíram para que fosse concluído. Aos amigos pela força, apoio, carinho e orações. As minhas filhas Thays e Esther e o meu esposo pelo incentivo e compreensão nos dias ausentes.

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor Deus todo poderoso por mais esta rica oportunidade, pelas Suas infinitas bênçãos, livramentos e cuidados em toda trajetória durante o curso.

Ao programa de Pós-Graduação da Faculdade Unida pela acolhida, carinho, dedicação, respeito, ética.

Ao coordenador do mestrado Prof. Dr. Julio Paulo Tavares Zabatiero pelo apoio, compreensão, sendo um facilitador nos momentos difíceis o que foi fundamental para que houvesse equilíbrio em diversos momentos nesta caminhada.

Aos funcionários da Pós-Graduação, desde a equipe da recepção ao pessoal da limpeza, Xerox, biblioteca agradeço pela atenção no que eu precisava.

Aos colegas e professores da Pós-Graduação pela ajuda, paciência, compreensão, apoio, amizade.

Aos meus familiares que tanto se preocuparam comigo, durante as idas e vindas na estrada, amo vocês, (mãe, irmã e sobrinhos).

A minha amiga pastora Sueli Maria Modesto Gomes, por cuidar de mim através de suas orações, preocupações e carinho.

À amiga Sara Nuss, pelo companheirismo, paciência e ajuda nos dias difíceis em que passamos longe da família.

Aos professores componentes da banca examinadora.

Aos participantes da pesquisa de campo pela rica contribuição neste trabalho.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
I – CONCEITUANDO OS TERMOS	
1.1 Religião e espiritualidade	13
1.2 Saúde e saúde mental	15
1.3 Religião e Saúde	20
1.3.1 Religião e saúde na pesquisa.....	20
1.3.2 Religião e saúde na prática hospitalar.....	23
1.4 Depressão e seu tratamento	29
1.4.1 Conceituando Depressão.....	29
1.4.2 O tratamento da depressão	35
II – TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO	
2.1 Tipo de Estudo e Abordagem Metodológica	38
2.2 Sujeitos e Cenário do Estudo	39
2.3 Ambiente para desenvolvimento da pesquisa	42
2.4 A trajetória da Pesquisa e a descrição das etapas para a produção de dados	42
2.5 Estudo de caso clínico	45
2.5.1 Primeiro estudo de caso clínico.....	45
2.5.2 História da doença atual.....	46
2.5.3 História pessoal.....	47
2.5.4 Ao exame Psicopatológico.....	47
2.5.5 Hipótese diagnóstica após consulta com psiquiátrica.....	48
2.5.6. Conduta medicamentosa segundo prescrição médica.....	48
2.6 Segundo estudo de caso clínico	48
2.6.1 História da doença atual	48
2.6.2 História pessoal.....	48
2.6.3 Ao exame Psicopatológico.....	49
2.6.4 Hipótese diagnóstica após consulta psiquiatra.....	50
2.6.5 Conduta medicamentosa segundo prescrição médica.....	50
III – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	
3.1 Assistência de enfermagem ao paciente depressivo	54

3.2 Religião e espiritualidade na enfermagem	58
3.3 O apoio da família ao paciente com depressão junto à equipe de enfermagem.....	62
CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICES	75
APÊNDICE A	76
APÊNDICE B.....	78
APÊNDICE C.....	80

INTRODUÇÃO

Antes de estabelecer o que se deseja no presente trabalho, necessário é definir algumas pressuposições relacionadas ao tema, às questões que envolvem de forma direta e indireta assuntos sobre depressão, religião, e a contribuição da enfermagem na interação dos pacientes depressivos, expondo aspectos positivos e negativos que influenciam a vida do ser humano como pessoa não como um simples objeto de estudo a primeira é o fato do paciente ser visto muitas das vezes como um objeto de estudo, não como um ser humano em sua totalidade – o que impede que o mesmo receba a atenção necessária, pois o mesmo não pode ser visto de forma desfragmentada, codificada em segundo lugar, é necessário dar maior atenção à questão da relação entre a dimensão espiritual e a saúde de cada pessoa, principalmente quando se trata da saúde mental, ou seja, da mente humana e seu comportamento no âmbito familiar, cultural e social – tendo em vista especialmente o dualismo moderno ciência-fé.

A depressão pode ser interpretada de diversas maneiras, neste trabalho veremos como a depressão pode se manifestar dependendo da situação ao qual a pessoa foi exposta. Abordaremos aqui a visão de vários autores para uma melhor compreensão desta patologia que tem sido considerada o mal do século XXI e como os profissionais de saúde estão interagindo para que haja uma melhor qualidade de vida, sobre tudo o profissional da área da enfermagem. Na atualidade ouvir alguém falar sobre depressão tornou-se algo normal, está tão comum quanto ouvir que alguém esta com fome ou vai ao cinema, embora pareça para muitos algo rotineiro como foi citado acima, não é tão simples assim, ao focar a atenção propriamente dita na doença e seus sintomas, a depressão não pode ser vista como uma banalidade, pois nas clínicas e nas instituições vemos diversos casos severos de depressão que podem levar a pessoa a um estado totalmente incapacitante na vida cotidiana, muitas vezes, mascarada por doenças psicossomáticas ou motivadas por outros transtornos mentais e comportamentais.

A depressão é uma enfermidade classificada pelo CID-10 (CID-10, 1993) na categoria dos transtornos do humor e deve ser considerada uma doença. O tempo de duração do surto, sua intensidade e persistência variam de acordo com o tipo de depressão classificada. É uma enfermidade marcada por crises episódicas, ou seja, tende a se repetir,

produzindo, por isso, frequentes recaídas e recidivas. Consiste no século XXI em uma das doenças mais comuns da era moderna, embora seja conhecida desde a antiguidade¹.

É senso comum a idéia de que religião e psiquiatria sempre estiveram em conflito. Ainda hoje, por exemplo, muitas pessoas pensam que, na Idade Média, as doenças mentais eram habitualmente consideradas feitiçaria ou possessão demoníaca. Esse ponto de vista sofre sérias limitações e carece de adequado embasamento histórico. Na “longa noite medieval”, causas naturais para transtornos mentais eram amplamente aceitas. Vários outros mitos são tidos como verdade até hoje: a de que a idade média foi a “idade das trevas”, quando se acreditava que a terra era plana, que os transtornos mentais tinham apenas causas demoníacas e que o surgimento da ciência moderna se deu a partir da negação da religiosidade/espiritualidade².

Devido à importância do conhecimento prévio da realidade do sujeito, fez-se necessária a descrição dos dados obtidos com o preenchimento do formulário de identificação do Cliente (APÊNDICE A). A coleta de dados ocorreu mediante a técnica da entrevista semi-estruturada, por meio de um formulário, contendo perguntas objetivas sobre variáveis sociodemográficas, saúde, religião, cuidado, sexo, idade e escolaridade etc. Como parte integrante do trabalho foi realizado estudo de caso clínico com dois pacientes da unidade em tratamento da depressão, dos resultados- inferência e interpretação, discussão com materiais de referência na Área de psiquiatria, religiosidade, religião, saúde mental, e assistência de enfermagem ao paciente com depressão e conclusões sobre o tema estudado.

¹ GOMES, A. M. A. **Eclipse da alma. A depressão e seu tratamento sob o olhar da psicologia, da psiquiatria e do aconselhamento pastoral solidário**. São Paulo: Fonte, 2010.p. 125-249.

² STROPPIA, A, MOREIRA-ALMEIDA, A. Capítulo Publicado em: **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina** Mauro Ivan Salgado & Gilson Freire (Orgs.). Belo Horizonte: Inede, 2008.

I. CONCEITUAÇÃO DE TERMOS

1.1 RELIGIÃO E ESPIRITUALIDADE

As definições dos termos “religião”, “religiosidade” e “espiritualidade” têm gerado debates e divergências. Já no início do século XX, foram identificadas dezenas de definições diferentes de religião³.

O que são as religiões? À primeira vista nos espantamos com a imensa variedade de ritos e mitos que nelas encontramos o que nos faz pensar que talvez seja impossível descobrir um traço comum a todas. No entanto, assim como no jogo de xadrez a variedade dos lances se dá sempre em cima de um tabuleiro, quadriculado e dividido em espaços brancos e pretos, as religiões, sem exceção alguma, estabelecem uma divisão bipartida do universo inteiro, que se racha em duas classes nas quais está contido tudo o que existe. Encontramos assim o espaço das coisas sagradas e, delas separadas por uma série de proibições, as coisas seculares ou profanas⁴.

Esse universo do sagrado é descrito por Alves⁵ como um mundo encantado que abriga no seu seio poderes e possibilidades que escapam às nossas capacidades de explicar, manipular, prever. Trata-se de algo que nem pode ser completamente compreendido pelo poder da razão, nem completamente racionalizado e organizado pelo poder do trabalho. Mesmo assim, é possível construir conhecimento suficientemente adequado sobre o fenômeno religioso, de modo a nos capacitar a lidar com as crenças das pessoas na relação terapêutica.

A palavra latina *religio*, da qual deriva nosso termo religião, não é de uso universal, pelo contrário, está enraizada na cultura européia, e seu uso é fortemente marcado pelo cristianismo e sua relação com a modernidade, de modo que, ao ouvir a palavra “religião”, comumente se a identifica com a religião cristã⁶. Entretanto, o que as ciências das religiões designam com o termo *religião* não se restringe a uma religião específica; *“logo, quem quer falar sobre religião, mas conhece somente a cristã, não tem opção”*⁷.

Segundo Greschat:

O que um termo quer dizer depende de sua definição. O esclarecimento do seu significado, pois, deve informar o que caracteriza “religião” ---- mas aí está à dificuldade. Embora existam muitas definições de religião ---- algumas centenas, presumidamente --- e embora novas definições sejam lançadas permanentemente, até hoje não se chegou ao resultado esperado. Não há definição que seja rejeitada

³ STROPPIA, A, MOREIRA-ALMEIDA, 2008, p.02

⁴ ALVES, R. O que é religião? ed. Loyola, São Paulo. 2006. p.61.

⁵ C.f ALVES, 2006. p.46.

⁶ GRESCHAT, Hans-Jürgen. O que é ciência da religião? Trad. Frank. Usarski. São Paulo: Ed. Paulinas, 2005, p.17.

⁷ GRESCHAT, 2005, p.17.

por, pelo menos, uma pessoa. Quando por exemplo, o cientista “A” afirma que religião diz respeito, em todos os casos, a seres espirituais, o colega “B” diz “não, não, de jeito nenhum a seres espirituais, mas sim a promessa de redenção”, o que, aliás, incluiria também o marxismo no gênero da religião⁸.

De modo geral, o termo religião tem sido usado primariamente em relação às formas organizadas e institucionalizadas de crença e prática religiosa. Tendo em vista, porém, as transformações do campo religioso ao longo da modernidade e em nossos tempos atuais, é necessário também dar conta do fenômeno religioso sem a presença forte da institucionalização. Para tal, tem-se usado o termo *espiritualidade*. Embora seja uma expressão religiosa que, a princípio, tenha a ver com o relacionamento de um deus com o ser humano, refere-se, na cultura moderna, a um comportamento e modo de crença abstrato, vago e presente em quase todos os segmentos da vida: da realidade à economia, da ecologia ao mundo dos negócios. Nos dias atuais para entender melhor a espiritualidade, necessário foi associá-las a outras duas expressões que estão intimamente conectadas: subjetividade e pós-modernidade⁹.

Mcgrath¹⁰ sob outra ótica, a partir da fé cristã define que:

A palavra “espiritualidade” na palavra hebraica *ruach* - termo significativo geralmente traduzido por “espírito”, mas que inclui amplo campo de significados, até mesmo “espírito”, abrangendo também “fôlego” e “vento”. Falar sobre “o espírito” significa discutir sobre o que dá vida e ânimo a uma pessoa. “Espiritualidade” trata, então, da vida de fé – aquilo que a impulsiona e motiva, e o que as pessoas consideram útil para sustentá-la e desenvolvê-la.

Hufford, segue na mesma linha de Mcgrath e, para ele, “espiritualidade se refere ao domínio do *espírito*”, ou seja, à dimensão não material, extrafísica da existência que pode ser expressa por termos como: “Deus ou deuses, almas, anjos e demônios”. Habitualmente se refere a “algo invisível e intangível que é a essência da pessoa”¹¹.

Em outra visão, Santos¹² define a espiritualidade onde a palavra espírito, do latim *spiritus* significa sopro e se refere a algo que dá ao corpo sua força vital e demonstra à relação do plano material com a dimensão imaterial, oculta, divina ou sobrenatural que anima a matéria.

⁸ GRESCHAT, 2005, p.20

⁹ BOMILCAR, N. O melhor da espiritualidade brasileira. São Paulo. ed. Mundo Cristão, 2005.

¹⁰ MCGRATH, A. E; tradução William Lane; Uma introdução à espiritualidade Cristã. São Paulo: ed. Vida, 2008.

¹¹ C.f STROPPIA, A, MOREIRA-ALMEIDA 2008. p.01

¹² SANTOS, F. S. A arte de morrer-visões plurais. Volume 02. ed. Cominius, Bragança paulista, São Paulo, 2009.

O espírito conecta a ser humano a sua dimensão divina ou transcendente. Espiritualidade denomina uma qualidade do indivíduo cuja vida interior é orientada para Deus, o sobrenatural ou sagrado. Embora alguns autores vejam a distinção entre a religiosidade e espiritualidade como desnecessária, a espiritualidade move-se para além da ciência e da religião instituída. Ela é considerada mais primordial, mais pura e mais diretamente relacionada com a alma em sua relação com o divino. Já a religião é uma forma secundária, dogmática e frequentemente distorcida por forças socioeconômicas, culturais e políticas¹³.

Outro termo, que é usado praticamente como sinônimo de espiritualidade, é “religiosidade”, que visa, também, se referir ao senso humano de busca de uma realidade sagrada ou transcendente, manifestando-se, ou não, de forma religiosa institucionalizada¹⁴.

Neste trabalho, usaremos o termo religião de modo a incluir tanto o seu sentido tradicional de religião institucionalizada, como também os sentidos mais difusos dos termos espiritualidade e religiosidade, tendo em vista que, do ponto de vista da prática terapêutica, ambos os tipos de fenômenos estão presentes.

1.2 SAÚDE E SAÚDE MENTAL

A doença e a saúde têm sido enfocadas como conceitos singulares, pois se referem ao estado do homem como um todo, e não são entendidas como antes, quando diziam respeito apenas a seus órgãos ou partes do corpo. As enfermidades, em um passado muito recente, eram consideradas puramente biogênicas, mas nos dias atuais se reconhece a interferência que provocam no todo, e principalmente seus efeitos nas relações sociais e na estabilidade psicológica do ser humano, levando ao estresse, ao conflito, à sensação de “ameaça”, e à insatisfação¹⁵.

¹³ SANTOS, 2009, p. 166.

¹⁴ “Muitos dos estudos revisados relacionam a espiritualidade com a religiosidade de alguma forma, seja separando de forma antagônica, seja unindo ambos como dois termos que se referem a um só conceito. Nesse sentido, se observa que a espiritualidade e a religiosidade possuem uma sobreposição inevitável, pois ambas se referem a experiências, sentimentos e inclinações muito próximos. Ambas envolvem a busca pela transcendência, o interesse pelo sagrado, a fé, etc. E podem ser cultivadas tanto de forma individual quanto coletiva, nas instituições religiosas ou fora delas. A frequência da participação em cultos, a repetição de Rituais e a crença em ritos são geralmente associadas à religiosidade. Já o cultivo do espiritual, valores, transcendência, fé, são considerados parte do fenômeno da espiritualidade que é encontrado em todas as culturas e todas as idades (Elkins, 1998). Nessa visão, a espiritualidade seria um conceito mais amplo, e a religiosidade um termo mais relativo a religiões específicas. (O conceito de espiritualidade e sua interface com a religiosidade e a Psicologia Positiva” Luciana Fernandes Marques.

http://docsfiles.com/pdf_uma_psicologia_da_religi_o.html ACESSO EM 11.06.2013.

¹⁵ CORRÊA D. A. M. Religião e saúde: um estudo sobre as e apresentações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades nos grupos de oração da rcc em Maringá, v. 5, supl., p. 134-141. 2006. Acesso em: 23 de agosto 2012.

A saúde é o maior bem do ser humano, sendo que ele cada vez mais se esforça para promover ações, visando mantê-la ou melhorá-la. Nas palavras de Ribeiro (1977)¹⁶.

A saúde é um bem real, ao mesmo tempo abstrato, que só pretende obter quando se a perde e ela se torna necessidade, materializado no seu contrário, a doença, assim, a necessidade sentida em saúde é determinada pelo seu oposto, ou seja, a sua perda. A posse desse bem, saúde, pode envolver para esse outro estado, a necessidade, por acidente ou doença percebida. Nesse caso, não se sabe onde acabam o bem – a saúde – e começa a doença – necessidade -, onde finda o normal e inicia o patológico.

Saúde segundo a definição dada pela Organização Mundial da Saúde é o estado de completo bem estar físico, mental, social e espiritual. Nahas (2001) classifica a saúde como dois pólos sendo um positivo e o outro negativo. A saúde positiva se caracteriza com uma vida satisfatória e confirmada com a sensação do bem estar geral, a saúde negativa com a doença e, no seu extremo, com a morte prematura. Blair et al (1994), mencionam que a saúde não é apenas a ausência de doenças, é a capacidade de desenvolver as atividades da vida diária desfrutando-as sem fadiga.

Para Gutierrez e Oberdiek, desde os primordiais agrupamentos nômades até a civilização contemporânea, culturalmente praticou-se quatro políticas de saúde, cada qual na sua época, definindo-se pelo imenso panteão de filósofos, clérigos, estudiosos e pessoas comuns que praticavam a medicina.

A primeira fase ou política de saúde foi conhecida como a fase da magia ou dos aspectos sociais, onde os fatores determinantes da doença provinham de forças sobrenaturais, atribuídos a deuses ou demônios, ou forças do mal. Se fosse cristão, era considerado como uma forma de expiação dos pecados e se fosse de outra orientação religiosa, era considerado como possessão demoníaca. Na segunda fase, imperava os fatores físico-químicos, os ‘miasmas’, que se caracterizavam por emanções do solo ou do ar, supostamente nocivos, como o chorume do lixo e sujeiras que porventura vinham produzir a doença no corpo sadio. A terceira fase, denominada biológica ou microbiológica, que se estabelece com a descoberta do microscópio e do mundo das bactérias, se enfatiza a ação dos germes e a consequente degradação sobre a saúde. A quarta fase muda a abordagem da doença, relacionando-a a uma causalidade múltipla e incorporando os aspectos sociais ou psicossociais no processo de adoecer, buscando explicar o aparecimento e a manutenção da doença na coletividade como resultante da interação do homem com os fatores biológicos, químicos e físicos. Na abordagem multicausal, uma única doença é proveniente de diversos fatores determinantes, inter-relacionados e dinâmicos. A intervenção é baseada em múltipla direção de modo a abranger os fatores multicausais¹⁷.

¹⁶ RIBEIRO, A. B. C. Administração de pessoal nos hospitais. 2. ed. São Paulo: FENAME, 1977.

¹⁷ GUTIERREZ, P. R.; OBERDIEK, H. I. Concepções sobre a Saúde e a Doença. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. Bases da saúde coletiva. Londrina: UEL, 2001.

Já na Conferencia Nacional de Saúde (1986) ¹⁸ Saúde foi definida como sendo “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde”.

Tais conceitos demonstram que a saúde não é somente a ausência de uma doença, e sim um conjunto de fatores que envolvem além emoções, e relações entre pessoas, o meio ambiente em que o individuo está inserido. Por exemplo, hoje um trabalhador desempregado, possui condições de se alimentar adequadamente? Ou uma pessoa que possui uma rotina atribulada, com família/trabalho, possui condições de descansar o necessário? Será possível alcançar em pleno século XXI um completo bem estar físico, mental e social?

Não se alimentar ou descansar adequadamente, coloca o individuo em uma situação vulnerável, sendo que tais fatores deveriam ser previstos obrigatoriamente em políticas públicas. Porem, falar em um completo bem estar, levando em consideração todos os detalhes de uma vida de uma pessoa é uma utopia.

Esse conceito foi revisto durante a Conferencia Internacional de promoção a Saúde (1986 *apud* Teixeira et. al 1998)¹⁹, onde pela primeira vez, foi delimitado o significado de “promover saúde”:

A promoção da saúde consiste em proporcionar aos povos os meios necessários para melhorar sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma. Para alcançar um estado adequado de bem-estar físico, mental e social, um grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adaptar-se ao meio ambiente.

Assim como é difícil operacionalizar religião, diversos são os conceitos de saúde mental, o que torna problemático comparar os trabalhos a respeito, Batson; Ventis (1982), revisando os estudos sobre religião e saúde mental, encontraram sete tipos diferentes de conceituação sobre saúde mental. Estes podem ser divididos em dois grupos, as definições que afirmam o que saúde mental não é, e as que descrevem características positivas da personalidade, que afirmam o que é ²⁰.

Somente nas últimas duas décadas, pesquisas científicas rigorosas têm sido realizadas e publicadas em grande número nas literaturas médica e psicológica. Tais pesquisas têm conduzido a uma série de estudos voltados para a investigação da relação entre

¹⁸ CARTA DE OTAWA. Ottawa 21 de novembro de 2486. Disponível em <http://www.saudeemovimento.com.br/profissionais/legislation/index.ht> Acesso em 18 de Set., 2012.

¹⁹ TEIXEIRA, C. F. et. al. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. Informe Epidemiológico do SUS, ano VII, no. 2, abril/jun 1998. Disponível em: http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/beb/BVSEPS/Material%202012/vigilancia%20ambiental/iesus_vol7_2_sus.pdf Acesso em: 18 de Set., 2012.

²⁰ LOTUFO-NETO 1997. p.25.

envolvimento religioso e saúde no adulto, vivendo em comunidade ou hospitalizado por doenças. Desde então, a maioria dos estudos bem conduzidos tem apresentado uma associação positiva entre saúde e envolvimento religioso. Há uma tendência favorecendo a reaproximação de religião e psiquiatria em socorro a profissional de saúde mental, desenvolvendo habilidades para compreensão de fatores religiosos que influenciam a saúde física e psíquica. David B. Larson, Jeffrey S. Levin e Harold G. Koenig, são alguns dos pioneiros que abriram uma nova etapa para a investigação científica a respeito de religiosidade e saúde. Harold G. Koenig e colaboradores, em seu *Handbook of Religion and Health*, examinaram os achados de mais de 1200 pesquisas realizadas no último século a respeito da relação entre religião e saúde²¹. Em alguns casos, a religiosidade pode exercer efeitos negativos. O fanatismo, por exemplo, faz que pessoas religiosas muitas vezes excluam ou neguem condutas médicas. Além disso, vários indivíduos desenvolvem sintomas derivados de uma interpretação distorcida de preceitos religiosos. Entre os efeitos psicológicos negativos mais comuns, observam-se: geração de culpa; diminuição de autoestima; repressão de raiva, ansiedade e medo por meio de crenças punitivas; favorecimento de dependência, conformismo e sugestibilidade; desenvolvimento de intolerância e hostilidade aos que não seguem a mesma religião²².

Demonstra-se aqui que a evolução conceitual ocorrida ao longo da história sobre o processo de saúde e doença, ressalta que nada significa uma verdade única e imutável, uma vez que esta é marcada por aspectos conceituais contraditórios, e sujeitos a mudanças culturais, sociais e individuais. A influência da religião e religiosidade sobre a saúde e, em especial, a saúde mental, é um fenômeno resultante de vários fatores. Entre os possíveis modos pelos quais o envolvimento religioso poderia influenciar a saúde, estão fatores como estilos de vida, suporte social, um sistema de crenças, práticas religiosas, formas de expressar estresse, direção e orientação espiritual²³.

Koenig (2002), da Universidade de Duke, é autor de vários artigos que discutem de forma crítica as relações entre religião e saúde. Benson e Marg (1998), da Universidade de Harvard, também apontam as relações entre espiritualidade e cura. Astin *et al.* (2000), do Stanford University Center for Research in Disease Prevention, fizeram uma revisão sistemática da cura a distância para todo tipo de tratamento médico. Em 57% dos ensaios

²¹ STROPPIA, A, MOREIRA-ALMEIDA, A. 2008. p.01.

²² LEAO, F. C. e LOTUFO NETO, F. Uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2007, vol.34, suppl.1, pp. 54-59. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-608320070007000008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 de maio 2012.

²³ STROPPIA, A, MOREIRA-ALMEIDA. 2008. p. 02

clínicos, verificou efeitos positivos. No Brasil, Lotufo Neto (1997) afirma que ter uma orientação religiosa intrínseca pode ser benéfico à saúde mental. No entanto, a psiquiatria tem negligenciado avaliar os efeitos de uma atitude religiosa em seus pacientes²⁴.

O Núcleo de Estudos de Problemas Espirituais e Religiosos (Neper), do Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo, reúne vários dos pesquisadores nessa área. Na Unicamp, na área de saúde mental e espiritualidade, Giglio e Giglio (1991) são líderes do grupo de pesquisa em psicologia e religião. Nessa mesma instituição, outro pesquisador nessa linha de investigação é Dalgalarondo (1991), cujas pesquisas associam vivências religiosas, aspectos culturais e psiquiatria²⁵.

Dalgalarondo (2008)²⁶ fez um trabalho de revisão sobre religiosidade e saúde mental, no qual demonstram que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico. A ampla maioria dos estudos de boa qualidade realizados até o momento aponta que maiores níveis de envolvimento religioso estão associados positivamente a indicadores de bem-estar psicológico, como satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral elevado, melhor saúde física e mental. O nível de envolvimento religioso tende a estar inversamente relacionado à depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, uso e abuso de álcool e outras drogas. Habitualmente, o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso entre pessoas sob estresse ou em situações de fragilidade, como idosos, pessoas com deficiências e doenças clínicas. Atualmente, duas áreas desta conexão necessitam de maiores investigações: a compreensão dos fatores mediadores dessa associação e a aplicação desse conhecimento na prática clínica²⁷.

Nos últimos vinte anos, estudos sistematizados e bem conduzidos passaram a identificar uma relação positiva entre R/E e saúde. Estudos sugerem que R/E possam ter efeito protetor sobre a saúde e parecem influenciar a saúde física e mental de várias maneiras: (a) por meio de regras de convivência e do desestímulo a comportamentos prejudiciais a saúde, como abuso de álcool e drogas, comportamento violento ou sexual de risco; (b) por meio do uso de crenças religiosas como forma de lidar com situações adversas, como uma doença; (c) por meio da criação de uma rede de suporte social²⁸.

²⁴ STROPPA, A. MORREIR-ALMEIDA. 2008.

²⁵ LEAO e LOTUFO NETO. 2007, pp. 54-59.

²⁶ DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 2ª. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2008.

²⁷ STROPPA, A., MOREIRA-ALMEIDA, A. 2008.

²⁸ STROPPA, A. and MOREIRA-ALMEIDA, A. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2009, vol.36, n.5, pp. 190-196.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima para a próxima década um aumento considerável da participação dos transtornos mentais entre as principais causas de anos de vida perdidos por morte ou incapacidade.

1.3 RELIGIÃO E SAÚDE

1.3.1. Religião e saúde na pesquisa

Há numerosos estudos a respeito da correlação entre religião e saúde, religião e doença, religião e cura (Paiva, 1998a). Além da tradicional relação geral entre religião e saúde (Amundsen, 1987; Sullivan, 1987), alguns autores chegam a se perguntar pela existência de um fator religioso na saúde e na doença (Levin & Schiller, 1987; Piedmont, 1999, para uma discussão não da religiosidade, mas da espiritualidade) ²⁹.

Outros estudiosos estão interessados com a relação, do tipo que for, entre religião e saúde/doença mental (Pargament, 1997, 2001), paralelamente àqueles que se interessam pela relação entre religião e saúde/doença física (Argyle, 1993; Argyle & Beit-Hallahmi, 1975; McIntosh & Spilka, 1990). Há, contudo, os que acautelam para a falta de uma metodologia realmente epidemiológica, isto é, ampla o suficiente para abarcar longitudinal e transversalmente os entrelaçamentos de religião e doença, capaz de estabelecer a relação ou a ausência de relação entre saúde/doença e religião ³⁰.

Quando a religião provê categorias que trazem sentido à vida e base para o que é essencial no ser humano, torna-se mecanismo eficaz para ajudar a transcender e transformar a realidade terrena. O processo de secularização trouxe a perda desta função, deixando sem resposta a maioria das questões e problemas. Quando a religião fica restrita a este mundo e vazia do sobrenatural ocorre uma diminuição do compromisso e da participação (Stark 1985). Historicamente a religião é benéfica à saúde mental, por fornecer cognições fora do ordinário. Mais e mais pessoas abandonam a religião organizada quando ela perde a sua utilidade como instrumento explicativo. Religiões que fazem afirmações sobre o mundo empírico são mais vulneráveis a desconfirmação, o que gera estresse e transformações, a nível do indivíduo e da sociedade (Glock; Stark, 1965). Parte da crise na saúde mental pode estar relacionada à falta de cognições religiosas passíveis de serem cridas, não desconfirmáveis e transcendentess³¹.

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000500003. Acesso em: 10 de maio 2012.

²⁹ PEREIRA, M. T. L. N. Por uma Psicologia de Corpo e Alma. Dissertação de Mestrado não publicada. Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Universidade Federal de Sergipe. Aracaju, SE, 1997.

³⁰ PAIVA, G. J. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. Estudos de Psicologia I Campinas 24(I) I 99-104 Janeiro – março 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000100011>. Acesso em: 10 de maio de 2012.

³¹ LOTUFO-NETO F. São Paulo; 1997, p.142.

Apesar da importância da religião e da espiritualidade para a população, até recentemente esses temas não eram incluídos no currículo de profissionais de saúde e nem tinham lugar na prática clínica. Nos últimos vinte anos, várias centenas de artigos têm sido publicada na literatura acadêmica médica e psicológica sobre a relação entre religião e saúde³².

Atualmente as investigações sobre a relação entre religiosidade e saúde buscam testar e avaliar como crenças e comportamentos religiosos se relaciona ou interferem na saúde, assim como em outros aspectos da vida do indivíduo. Do ponto de vista clínico e epidemiológico, importa avaliar o impacto que religião, religiosidade e espiritualidade possam ter sobre a saúde física e mental de uma pessoa ou uma comunidade³³.

Desde que Foucault alertou que a doença não é uma questão puramente biológica, mas um produto também relacionado a eventos históricos e sócio-culturais, a demanda e a oferta de cura devem ser examinadas considerando-se todas as variáveis sociais dominantes da cultura e da época. Nessa perspectiva, o antropólogo Jean Benoist comenta que o termo *sickness*, doença na língua inglesa, permite apreender as condições sociais, históricas e culturais que formam as representações do doente e do terapeuta, ou seja, as realidades adoecimento e enfrentamento conjunto da doença em qualquer sociedade considerada³⁴.

Dalgarrondo (2008)³⁵ conclui que pacientes acometidos por patologias graves, como portadores de neoplasias, poderiam se beneficiar se nos cuidados a eles houvessem parcerias com instituições religiosas. Diversos são os estudos científicos que apontam a relevância da prática de uma religião e da fé para a manutenção, assim como para a melhora das condições de saúde (Moreira-Almeida *et al.*, 2006; Koenig *et al.*, 2001). Já existe literatura científica indexada, substancial e concreta, associando, positivamente, a religiosidade ao bem-estar físico e mental do ser humano³⁶.

A doença, nesta dinâmica, seria a perturbação ou desintegração, cuja consequência última é a morte. A terapia, seja ela interna ou externa a processos orgânicos, tem como função o restabelecimento do equilíbrio perdido. Para o autor, a cura é sempre fragmentária

³² STROPPA, A, MOREIRA-ALMEIDA, 2008.

³³ STROPPA, A, MOREIRA-ALMEIDA, 2008.

³⁴ TEIXEIRA, J. P. L. A relação terapeuta-paciente: uma abordagem Crítica a partir da religião cristã. 2008. http://www.unicap.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=409. Acesso em 10 de maio 2012.

³⁵ DALGARRONDO, 2008.

³⁶ C.f SANCHEZ, Z. D. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade e a espiritualidade e o consumo de drogas. S.A. Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1; 73-81, 2007. <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/73.html>. Acesso em 10 de maio 2012.

devido à constante oposição entre as manifestações de saúde³⁷. Considerando a interdependência entre os aspectos da vida das pessoas, é notório que mesmo o menor ferimento causa uma reação biológica e psicológica no indivíduo. O autor assume que a predominância de certos meios individuais de concepção de vida definirá a cura pretendida.

Um dos enfrentamentos possíveis da situação das doenças física e mental, ao lado do profano, ou secular, é o enfrentamento religioso (Pargament, 1997), que utiliza recursos da ordem religiosa para entender a doença e lidar com ela. Frequentemente as urgências pessoais ou situacionais são enfrentadas pelas pessoas, ao menos em parte, com o recurso religioso de orações, promessas, peregrinações, exercícios ascéticos e ações rituais, conforme as várias religiões, inclusive cristãs. No cristianismo, em particular, uma das manifestações mais indicativas da presença do reino de Deus foram às curas físicas e algumas curas que hoje chamaríamos de psíquicas ou de psicossomáticas, curas essas muitas vezes solicitadas pelo doente ou por outras pessoas³⁸.

A respeito da relação complexa entre mente e corpo, anteriormente negligenciada pela medicina oficial, Achterberg refere que mente e corpo funcionam com uma unidade, de modo que se é imaginada uma mudança no corpo, opera-se uma reação corporal imediata para atender à demanda mental. Sobre a cura da doença pela imaginação, a autora acrescenta: A imaginação sempre teve um papel-chave na medicina. O que é a imaginação? É o processo de pensamento que invoca e usa os sentidos: visão, audição, olfato, paladar, sentidos do movimento, posição e tato. É o mecanismo de comunicação entre percepção, emoção e mudança corporal. Importante causa tanto da saúde quanto da doença, a imaginação é a maior e mais antiga fonte de cura do mundo³⁹.

Os problemas relativos à assistência à saúde institucionalizada suscitam a participação dos grupos religiosos, de maneira a fornecer meios para a redução de custos e expansão desta assistência. Seu papel é primordial no que tange às doenças relacionadas ao estilo de vida e na prevenção a doenças. Estes grupos podem oferecer aos pacientes o apoio emocional através do afeto, toque, compaixão, esperança, oração e culto, fé dos amigos e da família. No entanto, este apoio pode inspirar no doente uma expectativa de cura superior ao

³⁷ C.f TEIXEIRA, 2008. p.24.

³⁸ PAIVA, G.. J. de. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. 2007, vol.24, n.1, pp. 99-104. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X200700010001>. Acesso em: 10 de maio 2012.

³⁹ ALVES, P. C. B., *Medical Culture System: The Social Dimension of Sickness*. Tese de Doutorado, Liverpool: University of Liverpool, 1990.

que pode ser atingido. Uma vez abrandada, pode-se obter a restauração da saúde num nível aceitável⁴⁰.

O volume e a qualidade das evidências atualmente disponíveis tem levado a um crescente reconhecimento que espiritualidade se constitui em uma dimensão importante da vida das pessoas em todo o mundo, bem como a constatação de que as práticas e crenças religiosas dos pacientes influenciam o cuidado e a evolução dos problemas de saúde. Essa constatação tem gerado um esforço internacional de integrar a espiritualidade na prática médica. A maioria das faculdades de medicina dos Estados Unidos e algumas do Brasil já oferecem algum tipo de treinamento na área⁴¹.

1.3.2. Religião e saúde na prática hospitalar

Para Ribeiro⁴², o hospital é uma “instituição destinada a internar, para diagnóstico e tratamento, pessoas que necessitam assistência médica diária e cuidados constantes de enfermagem”.

Na assistência à saúde realizada em hospitais, fatores de risco estão relacionados a características individuais ou sociais que levam a pessoa a tornar-se vulnerável a uma situação dada; e fatores de proteção referem-se a estas mesmas características, só que tendem a diminuir a vulnerabilidade. Dentro desta lógica, a religião é apontada tanto como tanto um fator de risco quanto de proteção; o que o qualifica é a reação que as pessoas têm quando estão expostas a determinadas situações⁴³.

A atenção ao aspecto da espiritualidade se torna cada vez mais necessária na prática de assistência à saúde. Cada vez mais a ciência se curva diante da grandeza e da importância da espiritualidade na dimensão do ser humano. Ser humano é buscar significado em tudo que está em nós e em nossa volta, pois somos seres inacabados por natureza e estamos sempre em busca de nos completar. A transcendência de nossa existência torna-se a essência de nossa vida à medida que esta se aproxima do seu fim. Em cuidados paliativos, perguntamos ao paciente o que ele considera importante realizar nesse momento de sua vida e trabalhamos com o controle dos sintomas. Buscamos conferir ao paciente todas as condições necessárias

⁴⁰ LAPLANTINE, F.. & RABEYRON, P.I.I.. Medicinas Paralelas. São Paulo: Brasiliense, 1991.

⁴¹ MOREIRA-ALMEIDA, A. O crescente impacto das publicações em espiritualidade em saúde e o papel da revista psiquiátrica clínica. *Rev Psiq Clín.* 2010;37(2):41-2 <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n2/a01v37n2.pdf>. Acesso em 21 de fevereiro 2013.

⁴² RIBEIRO, A. B. C. Administração de pessoal nos hospitais. 2. ed. São Paulo: FENAME, 1977.

⁴³ DALGALARRONDO, 2008.

para as suas realizações nesse momento singular. E a dimensão da espiritualidade torna-se realmente de grande importância⁴⁴.

De acordo com relatório da OMS *apud* Borba (2006)⁴⁵:

O hospital é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

A religião pode ter efeito adverso na saúde quando crenças/práticas religiosas são usadas para justificar comportamentos de saúde negativos ou substituir cuidados médicos tradicionais⁴⁶.

Os hospitais foram tratados como campo fértil para difundir os ideais cristãos, e uma forma eficiente para alcançar esta meta era manter o controle tanto dos assistidos quanto dos trabalhadores. Esses trabalhos buscaram compreender a atuação das religiosas dentro de instituições psiquiátricas de Curitiba e Florianópolis, e apontam para uma vida condizente com o postulado que pregavam: “mostra a submissão, abnegação e a religiosidade com que as Irmãs se dedicavam à vida e ao trabalho em detrimento de si, com uma espécie de mortificação do seu eu, mas por outro lado, também reflete o poder silencioso das mesmas, manifesto pelo controle econômico e administrativo do trabalho” e “o cuidar santificado exercido por essas mulheres fazia parte da identidade religiosa”⁴⁷.

O hospital segundo Kawamoto (1986)⁴⁸ possui cinco funções distintas de prestação de serviços, a saber: função preventiva, restringindo-se basicamente aos ambulatórios. Para atendimentos pós-alta hospitalar controle e prevenção de patologias e complicações; função educativa, com informações de saúde pública para a família, formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde; pesquisa científica, diretamente relacionada com a saúde; função de reabilitação, com retorno do paciente ao seu meio ambiente e atividades, e finalmente função curativa, que e a sua função majoritária, principalmente no cenário da saúde brasileira.

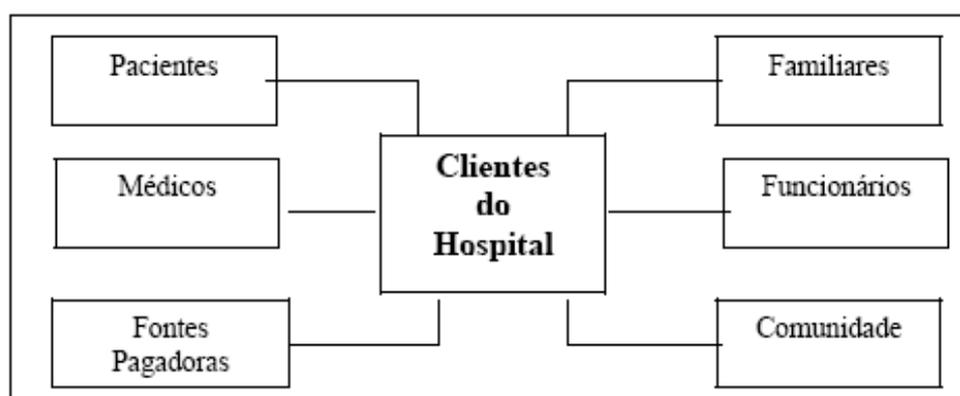
⁴⁴ PERES, M. F. P. ARANTES, A C. de L Q. LESSA, P. S. CAOUS, C. A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Peres, M.F.P. et al. / Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1; 82-87, 2007.* <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/82.html>. Acesso em: junho 2012.

⁴⁵ BORBA, V. R. Do planejamento ao controle de gestão hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

⁴⁶ PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual / *Rev. Psiq. Clín. 34, supl 1; 126-135, 2007.*

⁴⁷ GUSSI, M. A. and DYTZ, J. L. G. Religião e espiritualidade no ensino e assistência de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2008, vol.61, n.3, pp. 337-384. <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a17v61n3.pdf>. Acesso em: 21 de fevereiro de 2013.

⁴⁸ KAWAMOTO, E. E; FORTES, J. I. Fundamentos de Enfermagem. EPU, São Paulo, 1986.

Figura 1: Os Clientes do Hospital

Fonte: NOGUEIRA (2003)⁴⁹

O exemplo dos benefícios da religiosidade em hospitais, “a fé e a oração favorecem a saúde, são terapêuticos”, e “as práticas religiosas poderiam intervir no processo saúde-doença mental ao atingirem conotações de integração ou até de desintegração”. Informações com relação à religião são importantes porque têm grande significado nos rituais de nascimento, morte e visões sobre saúde e doença⁵⁰.

A propagação dos pressupostos cristãos estava também impregnada no cerne das lideranças da enfermagem. Em 1961, o XV Congresso Brasileiro de Enfermagem e II Congresso Brasileiro Latino-Americano do CICIAMS (Comitê Internacional Católicos de Enfermeiras e Assistentes Médico-Sociais), que tiveram como tema o sentido cristão de servir e a enfermagem, assim qualifica o trabalho em enfermagem: “é por isso que quanto mais consciência tomamos da grande missão do homem, mais compreendemos o que significa servir, na linguagem cristã. Servir é dar-se. Dar-se a Deus para cumprir a missão que Ele nos preparou, como Cristo realizou a missão que lhe foi confiada pelo Pai”⁵¹. Já Molina define

⁴⁹ NOGUEIRA, L. C. L. Gerenciando pela Qualidade Total na Saúde, Belo Horizonte. Ed. Desenvolvimento Gerencial, 2003.

⁵⁰ GUSSI, and DYTZ, 2008. p.379.

⁵¹ C.f GUSSI, 2008. p.379.

que servir significa estar a serviço de outro. O sentido cristão de servir na enfermagem nasceu com o advento de nosso Senhor Jesus Cristo. [...] a enfermeira exercendo sua profissão deve servir com sentido cristão. Com grande dose de ternura, com caridade bem dirigida a todos os que, por qualquer motivo, necessitem de sua ajuda. Mesmo a enfermagem moderna, liderada por Florence Nightingale, foi calçada em pressupostos cristãos. Nesse sentido, admite-se que “enquanto o real evangelho estiver sendo banido da prática de enfermagem, o ser humano não estará sendo cuidado plenamente. E a arte de enfermagem não fará sentido”. Esta postura tem sua gênese na cultura, na classe social à qual pertencia o profissional e nas estruturas em que se dava a assistência à saúde⁵².

Shaw (2003)⁵³, as organizações hospitalares têm as funções de: (a) prevenir doenças, oferecendo assistência e vigilância à população, e contribuir para a educação sanitária e a higiene no trabalho; (b) restaurar a saúde, realizando diagnóstico e tratamento curativo de enfermidades em geral; e (c) promover a pesquisa e o ensino de graduação, pós-graduação e educação continuada.

Os hospitais, segundo a conceituação de Bezerra (2002)⁵⁴, podem ser classificados em:

Gerais, especializados, de curta permanência, de longa permanência, oficiais e particulares. Para esse autor, o Hospital Geral é aquele que atende os pacientes que portam doenças de especialidades médicas variadas. Esse tipo de hospital pode ter sua ação limitada a um grupo etário, determinada camada da população ou finalidade específica. Por sua vez, o Hospital Especializado é aquele que atende, predominantemente, pacientes que necessitam de determinada especialidade médica. Já o Hospital de curta permanência pode ser entendido como aquele no qual a média de dias em que os pacientes ficam internados é inferior a 30 dias, ao passo que, no Hospital de longa permanência, os pacientes ficam internados por um período superior a 30 dias. Por fim, os Hospitais Oficiais são aqueles mantidos pelos diferentes níveis de governo (federal, estadual ou municipal), enquanto os Hospitais Particulares são aqueles legalmente constituídos como pessoa jurídica de direito privado.

O hospital pode ser classificado pelos aspectos clínicos, do número de leitos e quanto ao modelo de construção. Sendo respectivamente considerado um hospital geral, quando este serviço se destina a atender e oferecer assistência para todas as especialidades médicas, podendo ainda ter especificidades quanto à faixa etária, camada social e a finalidade (hospital escola ou universitário etc). O hospital especial destina-se a atender determinadas patologias, e se limita somente a esta. Outra forma de compreender melhor o universo hospitalar, e pela

⁵² C.f GUSSI, 2008. p.379.

⁵³ SHAW, C. Evaluating accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*. v. 15, 2003.

⁵⁴ BEZERRA, P. R C. A estatística na organização hospitalar. Monografia (Graduação em Estatística) – Centro de Ciências Exatas e da Terra, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, 2002.

sua distribuição é quantidade de leitos, isto também revela sua capacidade de atender a demanda e o seu potencial de trabalho. Um hospital de até cinquenta leitos é considerado de pequeno porte, enquanto que um hospital de cinquenta á cento e cinquenta leitos é de médio porte. Um hospital para ser considerado de grande porte deverá ter de cento e cinquenta á quinhentos leitos, enquanto que um hospital com capacidade superior a quinhentos leitos é considerado especial ou extra⁵⁵.

Segundo Góes (2004)⁵⁶, a palavra hospital vem do latim *hospitalis*, adjetivo derivado de *hostes* (hóspede, estrangeiro, viajante, conviva). Por extensão, o que dá agasalho, que hospeda. Surgiram designação em outros idiomas, *hospital*, *hospedale*, etc. No início da era cristã, a terminologia mais usada era de origem grega ou latina:

Nosocômio lugar para tratar doentes, asilo, enfermos; Nosodochium Lugar para receber doentes; Ptochotrophium Asilo para pobres; Poedotrophium Asilo para crianças; Xenotrophium Asilo de refúgio para viajantes estrangeiros; Gynetrophium Hospital para mulheres; Gerontokomium Asilo para velhos; Hospitium Lugar onde os hóspedes eram recebidos, daí o nome de hospício para estabelecimentos que recebia enfermos pobres, incuráveis ou insanos.

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais⁵⁷.

Para os tempos a.C. não há fontes históricas, a assistência é mesclada aos assuntos religiosos, médicos e sociais. “Enquanto que para o mundo ocidental formou-se uma estrutura de medicina social e de hospitais no século XVIII, para as civilizações da Mesopotâmia e do Oriente a assistência a saúde se dá em outro contexto e cultura, que foi absorvido pelo mundo ocidental, as práticas orientais e da Mesopotâmia, consistiam em uma prática de administrar medicamentos e cuidados seguidos de orações a Isis e a Horus, princípio de todo bem”⁵⁸.

Porém, Costi ⁵⁹ afirma que a essência do hospital teve início com o cristianismo o *nosocomium* passou a ser tido como um lugar para tratar de doentes, pobres e peregrinos. Para alguns autores, um nosocômio fundado por São Basílio (269 a 372 d.C.), em Cesárea, Capadócia, na segunda metade do século IV, é o primeiro hospital cristão. Para outros, foi o

⁵⁵ KAWAMOTO, E. E; FORTES, 1986.

⁵⁶ GÓES, R. Manual de Arquitetura Hospitalar. São Paulo: Edgard Blucher, 2004.

⁵⁷ FOUCAULT, M. 1979.

⁵⁸ PAIXÃO, V. Páginas de história da enfermagem. Rio de Janeiro Brucino Buccini, 1987.

⁵⁹ COSTI, M. A influência da luz e da cor em salas de espera e corredores hospitalares. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

hospital construído em Roma, no mesmo século.

Os fundamentos religiosos existentes nas organizações hospitalares remontam ao século VII a partir dos mosteiros. Os religiosos aprendiam noções de medicina e logo estenderam suas práticas para fora dos conventos⁶⁰.

Para Góes (2004, p. 9) ⁶¹ a igreja teve papel fundamental no desenvolvimento dos hospitais:

Como a religião leva em consideração vários aspectos da higiene humana, essas preocupações foram transferidas para as edificações dos seus hospitais. Enfermarias separadas por sexo, por convalescentes, por especialidade médica, cozinha dietética, biblioteca e asilo de órfãos. Possibilitava ainda, aos que tinham alta, ajuda financeira para as primeiras despesas fora do hospital. A alimentação era boa e aos doentes que sofriam de insônia oferecia-se música e assistência pessoal para fazê-lo dormir.

Na Renascença (século XIV), as congregações religiosas foram perdendo o controle dos hospitais e estes adquirindo caráter mais municipal⁶².

O cenário hospitalar das sociedades ocidentais e européias e que está sendo descrito neste primeiro momento de formação e origem dos hospitais retrata uma civilização e um período histórico da humanidade, com formação e contribuições para o modelo atual da saúde em grande parte do mundo. Na Índia a assistência teve seu auge com o budismo, cujas doutrinas de bondade, eram muito incentivadas. “Esses tratavam as doenças com dietas, banhos, clisteres, inalações, e sangrias” ⁶³. Utilizavam também plantas medicinais, e tinham grandes exigências com os enfermeiros, exigiam um conjunto de qualidades e conhecimentos.

Até o começo do século XVIII o hospital mantinha-se com as funções básicas de transformação espiritual e assistência para a morte, e o hospital geral era lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc. É ainda, em meados do século XVIII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece⁶⁴.

No Brasil, a assistência hospitalar teve início logo após o Descobrimento (1500). Portugal tinha o hábito de transferir para as colônias todo o seu acervo cultural e no período do descobrimento encontrava-se em evolução o sistema criado pela Rainha D. Leonor de Lencastre, que deu origem a obras de misericórdia, cultivando com a instituição das Santas Casas.

⁶⁰ GÓES, 2004. p.09

⁶¹ GÓES, 2004. p.09.

⁶² COSTI, M. 2002.

⁶³ PAIXÃO, 1987.

⁶⁴ FOUCAULT, 1979.

Brás Cubas fundou em Santos, em 1543, o primeiro hospital do Brasil. Alguns anos depois, Olinda, em Pernambuco, construiu o seu primeiro hospital e antes do fim do século XVI São Paulo criou a sua Santa Casa. Com a Independência e o regime republicano, praticamente não houve iniciativas governamentais que estabelecessem normas para construção de hospitais. Somente após a Revolução de 30, houve novas iniciativas que tentaram reestruturar conceitos, padrões e normas das construções hospitalares⁶⁵.

Desde as tendas militares e os tipos palacianos, o hospital percorreu um longo caminho acompanhando a arquitetura dominante. A tipologia hospitalar parece não ter encontrado ainda um caráter próprio. Apropria-se de diversos tipos arquitetônicos, mas mantém o mesmo objetivo desde o século XVIII: ser uma máquina de curar⁶⁶.

1.4 DEPRESSÃO E SEU TRATAMENTO

1.4.1 Conceituando Depressão

Há muitos questionamentos sobre a depressão. Como se caracteriza uma pessoa com depressão? Depressão é uma questão espiritual ou meramente patológica? Há uma compreensão bíblica para a depressão? Há alguma relação entre depressão e religião? Ela tem cura? Quem são as pessoas que podem ser acometidas pela depressão?

Necessário é voltarmos às concepções antigas realizadas desde o homem primitivo, passando pela antropologia, a teologia, a sociedade e a psiquiatria Trans-histórica, para que se possamos compreender as relações entre depressão e causas religiosas, pois na fase primitiva fenômenos como catástrofes naturais como fome, doenças e seca, eram motivados pela impotente ignorância do ser humano nesta fase primitiva, tais forças superiores eram atribuídas a deuses e demônios como responsáveis por esses eventos⁶⁷. Como vimos anteriormente, situações de depressão são relatadas desde Antiguidade. Em muitos documentos antigos as descrições que conhecemos hoje como transtorno do humor já eram descritas. Na história do rei Saul, como por exemplo, vemos no velho testamento que ele apresentava uma síndrome depressiva.

Antigamente o termo melancolia era utilizado na psiquiatria para descrever o humor negro da depressão. Ainda hoje ela é utilizada quando se refere a uma depressão caracterizada

⁶⁵ GÓES, 2004. p.11.

⁶⁶ COSTI, 2002.

⁶⁷ GOMES, 2010. p.21.

por anedonia grave, despertar precoce na madrugada, perda de peso, e ocorrem também sentimentos profundos de culpas⁶⁸.

Freud relata que a melancolia são traços mentais distintivos envolvendo um profundo desânimo, perda do interesse pelo mundo externo que nos rodeia, perda da afetividade (amar), inibição de toda e qualquer atividade cotidiana, e sentimento de baixa auto-estima associado à expressão em auto-recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição⁶⁹. Este sofrimento melancólico, existiu a mais de 2 mil anos na história, e deixou uma curiosidade para os estudiosos que empenhavam em compreendê-lo, assim como os cientistas, médicos, os teólogos, Filósofos, religiosos, poetas, e psicanalistas, cada um buscando desvendar seus conhecimentos sobre a área com os materiais que os dispunha para descrever a sua maneira de acordo com sua época. Para Hipócrates e Aristóteles na Antiguidade Grega, a quantidade excessiva de bile negra no corpo era a causa para o surgimento da melancolia, já para os religiosos da Idade Média era reconhecida como um adoecimento espiritual, doença da alma. Os filósofos e romancistas dos séculos XVIII e XIX viam a melancolia como um caráter enobrecedor, já a metapsicologia freudiana do século XX, como uma posição subjetiva ante uma história de perdas⁷⁰.

No século XVII, a melancolia foi descrita de forma profunda com toda sua complexidade e generosidade, segundo foi pontuado por Vieira, relacionado ao pensamento e ao excesso das idéias. O grande artista ou gênio era visto como aquele que mantinha certo contato com sua melancolia e a vivenciava no seu mais profundo íntimo⁷¹.

Foi descrito por Jules Falret 1854, a denominação folie circulaire, condição essa em que os pacientes experimentam estados de humor alternantes de depressão e mania. O psiquiatra alemão Karl Kahlbaum, utilizando o termo ciclotimia, em 1882 consideraram mania e depressão como estágios da mesma doença. Já, Emil Kraepelin em 1889, baseado no conhecimento de psiquiatras franceses e alemães, descreveu a psicose maníaco-depressiva utilizando a maioria dos critérios que os psiquiatras atualmente empregam para estabelecer o

⁶⁸ SADOCK, B. J. Compêndio de psiquiatria – Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9º ed. São Paulo: Artmed, 2007. p. 586.

⁶⁹ ESTEVES, F. C. e GALVAN, A. L. Depressão numa contextualização contemporânea. *Aletheia* [online]. 2006, n.24, pp. 127-135.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-03942006000300012&script=sci_arttext&tlng=es Acesso em: 09 de junho 2012.

⁷⁰ C.f SANTA CLARA, C. J. da S. Melancolia: da antiguidade à modernidade - uma breve análise histórica. *Mental* [online]. 2009, vol.7, n.13, pp. x-x.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1679-44272009000200007&script=sci_arttext. Acesso em: 09 de junho 2012.

⁷¹ C.f VIEIRA, C. A. Depressão: experiência de pessoas que a vivenciam na pós-modernidade. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo-São Paulo, 2005. p.17.

diagnóstico de transtorno bipolar I. Segundo, Kraepelin, a ausência de uma evolução que leva demência e à deterioração na psicose maníaco-depressiva a diferencia da demência precoce (como era denominada a esquizofrenia). Kraepelin também descreveu uma depressão que veio a ser conhecida como uma forma de transtorno do humor que se inicia na vida adulta tardia⁷².

Na psiquiatria atual Saul se enquadra num distúrbio psíquico que podemos denominar como Transtorno afetivo bipolar. Doença essa em que há alternância de humor entre períodos de euforia e de grande coragem e períodos de profunda depressão observam-se neste transtorno a presença de delírios de perseguição, onde a pessoa pensa que está sendo alvo de alguma conspiração por alguém que a quer mal. No entanto, seus criados, interpretaram sua alteração psíquica como uma perturbação que advinha da parte do Senhor⁷³. No exposto até o momento, à interpretação dos criados era perfeitamente compreensível à época [...], Davi, por outro lado faz uma descrição precisa e atual sobre a doença depressiva, sendo que os conceitos atuais de depressão a consideram como uma falta ou diminuição de energia psíquica e física. Ao recorrermos às classificações atuais de doenças mentais encontraremos no CID 10 e o DSM IV, neste contexto observa-se que a doença depressiva descrita pelo rei Davi se enquadra perfeitamente. Por fim, Davi interpreta este estado depressivo como algo que ocorreu devido a algum ato pecaminoso, que o leva a usar a expressão: “por causa da minha iniquidade”⁷⁴.

Emprestado da medicina cardiovascular o conceito de depressão que significa *ipsis litteris* redução da função. Foi legitimado por Kraepelin, psiquiatra alemão que exerceu enorme influencia sobre a formação médica, ao classificar os vários tipos de melancolia dentro do estado depressivo. Ele produziu uma nosografia psiquiátrica, observando grupos de pacientes internados. Assim, foram classificados por ele os distúrbios orgânicos (lesão anatômica) e funcionais e separou a psicose maníaco-depressiva (comprometimento afetivo) da *dementia praecox* (comprometimento na esfera do pensamento). O suicídio é classificado como um elemento de risco entre pessoas deprimidas, e já era mencionado nessa ocasião (Beck, 1997)⁷⁵.

A depressão se constitui como um importante problema de saúde pública em seus vários graus e sintomas. A estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o ano de 1999 foi de que trezentos e quarenta milhões de pessoas sofriam de depressão, o que equivale a dizer que uma a cada seis pessoas adultas sofrem de

⁷² SADOCK, 2007. p.572.

⁷³ GOMES, 2010. p.30.

⁷⁴ GOME.. 2010. p. 30.

⁷⁵ BECK, J. S. Terapia Cognitiva: Teoria e Prática. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

depressão. É reconhecida como doença crônica e recorrente e, mesmo que não esteja francamente associada à mortalidade, apresentam-se como agravantes de produzir um pensamento suicida ou causar uma perda progressiva da autonomia do indivíduo. Estatísticas mundiais apontam a depressão como à principal das doenças mentais e com gravidade comparável a moléstias como diabetes, câncer e a síndrome da imunodeficiência adquirida. Também é reconhecida a sua alta incidência entre as mulheres ⁷⁶.

Na atualidade, segundo a Organização Mundial da saúde, divulgou que mais de 450 milhões de pessoas são afetadas de forma direta por transtornos mentais, o que mais chamou a atenção é que a maioria das pessoas afetadas, segundo a pesquisa pertencem a países em desenvolvimento. Durante a primeira Cúpula Global de Saúde Mental, essas informações foram divulgadas na cidade de Atenas, na Grécia. Baseado nas informações fornecidas do pela OMS, mostram que a depressão vai aumentar sobremaneira, sendo que ela sozinha até o ano de 2030 será a maior causa de perda populacional entre todos os problemas relacionados à saúde, foi o que afirmou o médico Shekhar Saxena, do Departamento de saúde mental da OMS à BBC. Saxena acrescenta ainda que, algumas doenças que são temidas pela população, perderão espaço para a depressão, ao qual tornará a mais comum entre essas doenças⁷⁷.

GOMES, em seu livro Eclipse da alma diz que:

Em todo o mundo, os deprimidos são milhões. As estatísticas mais recentes da OMS indicam que 5% da população sofrem de depressão, com prevalência das mulheres (4,5 a 9,3%) sobre os homens (2,3 a 3,2%). De qualquer modo, é previsto que 10% das pessoas podem sofrer ao menos um episódio depressivo ao longo da vida. O início da doença pode ocorrer em qualquer idade, mas a adolescência e os primeiros anos da juventude são os períodos de maior risco, sobretudo para as mulheres⁷⁸.

Há uma complexidade ao definir a palavra depressão, segundo Engbrecht, 2001, a depressão é uma palavra empregada para dizer varias coisas diferentes ao mesmo tempo. A depressão pode ser definida a um estado de tristeza, inibição ou a uma anestesia que paralisa o indivíduo, e o impede de realizar ou simplesmente terminar uma tarefa, ela pode está associada muitas das vezes a uma situação que desencadeou um estresse, uma angustia. [...] A depressão caracteriza-se por uma baixa auto-estima, podendo ser por falta de afeto, amor próprio e o desanimo para prosseguir a investir na vida [...] geralmente a depressão denuncia um sofrimento, seguida por dor, sendo, ela sempre imperativa neste caso. Deve haver uma

⁷⁶ RANGÉ, B. Psicoterapia Cognitiva e Comportamental: de Transtornos Psiquiátricos. Campinas: Editorial Psi (1995).

⁷⁷ http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2009/09/090902_depressao_oms_cq.shtml

⁷⁸ GOMES, p.13. 2010.

rigidez na atenção que precisa ser percebida quando não existe sofrimento. Portanto, se há presença de dor, esta pode direcionar a atenção.⁷⁹

Na linguagem corrente o termo depressão tem sido usado para descrever um estado que pode ser afetivamente normal com relação à tristeza, pode ser empregado quanto a um sintoma ou uma síndrome ou várias doenças. Nossa vida de forma normal é regida por sentimentos de afetos psíquicos de alegria e tristeza. Universalmente a tristeza está ligada a respostas de perdas, sofrimentos e adversidades. Essa resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista evolucionário. Desta forma há um retraimento que encaminha para uma privação de energia e recursos para o futuro. Por outro lado, constitui-se em sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está precisando de companhia e ajuda⁸⁰.

A depressão maior pode-se apresentar como um único episódio ou de forma recorrente, sua identificação nem sempre é feita, sendo um problema comum e de grande importância por ser sério e incapacitante, mas tratável⁸¹.

Há uma variável no humor depressivo dependendo das circunstâncias, podendo vir associado aos transtornos somáticos, como por exemplo, perda do interesse ou prazer, despertar matinal precoce, agravamento da depressão pela manhã, perda do apetite, peso e libido, função psicomotora lentificada, agitação. Tais episódios depressivos podem dar-se no contexto do transtorno bipolar do humor, ao qual se caracteriza por um ou mais episódios maníacos ou hipomaníacos, alternando com a depressão⁸².

A depressão é um fenômeno multicausal com tendência fragmentada a partir de óticas disciplinares parciais. Característica essa com uma abordagem da racionalidade moderna ocidental da medicina, apontada para uma adequação epistemológica na institucionalização das áreas científicas que compreende este fenômeno. Para Peres, para realizar o diagnóstico da depressão é preciso que a pessoa apresente pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades diárias⁸³.

⁷⁹ ENGBRECHT, S. Aprendendo a lidar com a depressão. São Leopoldo: Sinodal, 2001. p. 08.

⁸⁰ DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 1999, vol.21, suppl.1, pp. 06-11. <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1a03.pdf>. Acesso em: 22 de junho 2013.

⁸¹ WANNMACHER, L. Depressão maior: da descoberta à solução? Organização Pan -Americana de Saúde. v.1, n.5, 2004.

⁸² POWELL, V. B.; ABREU, N; OLIVEIRA, I. R. & SUDAK, D. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2008, vol.30, suppl.2, pp. s73-s80. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462008000600004&script=sci_arttext. Acesso em: 22 de maio 2012.

⁸³ CATANO, C. R. Depressão, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático em mulheres que vivenciaram um episódio de morbidade materna grave. Ribeirão preto, 2011. Tese de doutorado. <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-28022012-141833/pt-br.php>. Acesso em: 12 de maio 2012.

A esses fatores devem ser somados pelo menos quatro sintomas adicionais de depressão a partir de uma lista que inclui alterações em apetite, peso, do sono (insônia ou hipersonia) ou da atividade psicomotora (retardo ou agitação); energia diminuída; sentimentos de inutilidade ou culpa inadequada; dificuldade para pensar; concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes de morte ou planos de tentativas suicidas⁸⁴. Tais sintomas devem ter surgido recentemente ou ter piorado claramente em comparação ao estado prévio da pessoa. Os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, em quase todos os dias, pelo menos duas semanas consecutivas, e causar sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo na área social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento. Além disso, os sintomas não devem ser causados pelo luto, abuso de substâncias ou por uma condição clínica. A depressão é considerada como uma alteração do humor ou do afeto. É normalmente acompanhado por uma alteração no nível global de atividade⁸⁵.

Esse transtorno é crônico e recorrente, para muitos clientes. Estudos de acompanhamento demonstram que até 30% deles ainda se encontram deprimidos após um ano, 18% após dois anos e 12% após cinco anos. Muitos pacientes tratados mantêm sintomas residuais e subsindrômicos que conduzem a desfechos desfavoráveis, como risco mais elevado de recaídas e suicídio, empobrecimento das funções psicossociais e mortalidade elevada decorrente de outras doenças clínicas. Dentre os pacientes que se recuperam de um episódio depressivo, mais de 50% recaem⁸⁶.

O Inventário de Depressão de Beck⁸⁷, por exemplo, não identifica os aspectos subjetivos dos sintomas depressivos de cada pessoa. Mas não deixa de ser um recurso diagnóstico que permite identificar uma população de risco psicológico, favorecendo o direcionamento efetivo quanto aos gastos governamentais relacionados às estratégias terapêuticas a serem adotadas. Então, postula-se a necessidade de capacitação de profissionais a realizar de fato um diagnóstico clínico de depressão e ansiedade, bem como políticas públicas que invistam no aumento das equipes de saúde mental para que essas venham a realizar intervenções específicas, sobretudo para a população mais carente.

Para a avaliação dos sintomas que compõem os critérios diagnósticos anteriores, os estudos utilizaram principalmente entrevistas psiquiátricas estruturadas, como a

⁸⁴ CATAÑO, 2011. p.28

⁸⁵ C.f CATAÑO, 2011. p.28.

⁸⁶ FACÓ, M. L. Um Mosaico da Depressão: dos Sujeitos Singulares aos Transtornos Universais. São Paulo: Escuta, 2008.

⁸⁷ BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. Manual for Beck Depression Inventory – II. San Antonio. TX: Psychological corporation, 1996.

Composite International Diagnostic Interview (CIDI), a Diagnostic Interview Schedule (DIS), o Geriatric Mental Status (GMS), a Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), a Structured Clinical Interview (SCI), a Psychiatric Diagnostic Assessment (PDA) e a Schedule for . No entanto, em alguns casos, os critérios foram avaliados diretamente por meio de entrevista clínica não estruturada⁸⁸.

A depressão, como diagnóstico clínico pode ser considerada um problema global de saúde pública pela sua alta prevalência e pelo conseqüente comprometimento da produtividade, pela susceptibilidade ao desenvolvimento de outras desordens, perda de postos de trabalho e procura mais intensa pelos serviços de saúde acarretando elevados custos para a sociedade como um todo⁸⁹.

1.4.2 O tratamento da depressão

O enfermeiro desempenha, em seu trabalho, várias funções, sendo uma das mais tradicionais a função técnica, na qual a responsabilidade pela administração de medicação ocupa lugar de destaque. Esse encargo inclui: conhecimentos farmacológicos sobre as drogas; planejamento de estoque e armazenamento; orientação de funcionários, pacientes e familiares; avaliação do paciente antes e após ser medicado; cuidados com o preparo e administração do fármaco; avaliação e promoção dos efeitos terapêuticos; redução de efeitos adversos; redução de interações adversas e controle da toxicidade⁹⁰.

⁸⁸ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 ed. Texto Revisado. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

⁸⁹ SHAROVSKY, L. L. Análise de sintomas depressivos e ansiosos nas variáveis clínicas da síndrome. São Paulo, 2010. <http://www.incor.usp.br/sites/webincor.15/docs/egressos-teses/2010/sharovskyll.pdf>. Acesso em: 22 de fevereiro 2013.

⁹⁰ ISTILLI, P. T, et al. Antidepressivos: uso e conhecimento entre estudantes de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mai-jun 2010. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_18.pdf. Acesso em: 13 de junho 2012.



Fonte: <http://www.famamg.com/2012/10/mais-de-350-milhoes-de-pessoas-tem.html>

A depressão é o sintoma-chave, ainda que cerca de 50% dos pacientes neguem sentimentos, membros da família ou empregadores muitas vezes conduzem os pacientes para tratamento devido à reclusão social e à redução generalizada da atividade ⁹¹.

Gomes menciona o seguinte em seu livro *O eclipse da alma*:

A depressão é uma doença a não subestimar, mas que se pode tratar com ótimos resultados, recorrendo aos meios mais seguros e eficazes. O diagnóstico de depressão é, de fato, um primeiro passo ao qual se deve seguir a identificação exata do tipo de depressão e a reconstrução da história do doente, a fim de que o problema seja devidamente enquadrado. Só quando o médico está em posse desses dados pode prescrever o tratamento ⁹².

O advento de medicamentos antidepressivos tornou a depressão um problema médico, passível de tratamento. Nas últimas cinco décadas, a psicofarmacologia da depressão evoluiu muito e rapidamente. Os primeiros antidepressivos – os antidepressivos tricíclicos (ADTs) e os inibidores da monaminoxidase (IMAOs) – foram descobertos através da observação clínica. Os ADTs apresentavam boa eficácia devido à sua ação, aumentando a disponibilidade de norepinefrina e serotonina ⁹³.

Pode-se dizer que a psicofarmacologia emergiu empiricamente. Por exemplo, a origem dos antidepressivos inibidores da monoaminoxidase (IMAO) foi a partir da observação de que a iproniazida, usada no tratamento da tuberculose, era capaz de produzir elevação de humor e euforia. A iproniazida foi introduzida no tratamento de pacientes

⁹¹ SADOCK, B. J. SADOCK, V. A; *Compêndio de psiquiatria – Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Tradução Cláudia Dornelles..[et al.] 9 ed.Porto Alegre: Artmed, 2007.

⁹² GOMES. 2010. p. 195.

⁹³ MORENO, R. A; MORENO, D. H e SOARES, M. B. de M. *Psicofarmacologia de antidepressivos*. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 1999, vol.21, suppl. 1, pp. 24-40. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44461999000500006&script=sci_arttext. Acesso em: 19 de agosto de 2012.

hospitalizados com depressão após os estudos iniciais de Crane e Kline, de 1956 e 1958, respectivamente. Quase simultaneamente à introdução dos IMAO, a pesquisa de novos compostos anti-histamínicos conduziu ao aparecimento da imipramina (1958), que foi o primeiro de uma série de antidepressivos tricíclicos⁹⁴.

Assim, até o final da década de 50 já haviam sido descobertos cinco grupos de drogas capazes de promover efeitos clínicos em transtornos psiquiátricos: antipsicóticos (clorpromazina, haloperidol), antidepressivos tricíclicos (imipramina), antidepressivos IMAO (iproniazida), ansiolíticos (meprobamato e clordiazepóxido) e antimania (lítio). Após mais de 40 anos da introdução desses agentes terapêuticos originais, como poderiam ser medidos os avanços na psicofarmacologia?⁹⁵

Posteriormente à decisão pelo uso da medicação, outra decisão se impõe ao psicoterapeuta: *como* medicar. Os tratamentos medicamentosos e psicoterápicos podem ser utilizados sob a forma de tratamento combinado ou em co-terapia. No tratamento combinado, o mesmo psiquiatra conduz ambas as modalidades ao mesmo paciente. Na co-terapia (*split treatment*, na literatura internacional), o paciente consulta dois profissionais, um para a psicoterapia e outro para a medicação⁹⁶.

Um dos medicamentos mais usados para o tratamento da depressão é a Fluoxetina, sendo esta droga, um inibidor seletivo da recaptação da serotonina (ISRS), é uma substância reconhecidamente eficaz para o tratamento dos sintomas da depressão humana⁹⁷.

⁹⁴ GORENSTEIN, C. & SCAVONE, C. Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 1999, vol.21, n.1, pp. 64-73. <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21n1/v21n1a11.pdf>. Acesso em: 22 de novembro 2012.

⁹⁵ C.f GORENSTEIN, C. & SCAVONE 1999, p.65

⁹⁶ FREY, B. N; MABILDE, L. C. EIZIRIK, C. L. A integração da psicofarmacoterapia e psicoterapia de orientação analítica: uma revisão crítica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2004, p.121. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000200009> Acesso em: 19 de agosto de 2012.

⁹⁷ CARLINI, E. A. et al. Fluoxetina: indícios de uso inadequado. *J. bras. psiquiatr.* [online]. 2009, p. 98. vol.58, n.2, pp. 97-100. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852009000200005>. Acesso em: 22 de agosto de 2012.

II. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

2.1 Tipo de Estudo e Abordagem Metodológica

A abordagem escolhida foi à qualitativa, descritivo-exploratória. Esta opção se deve ao fato de considerá-la a mais apropriada para investigar o problema na medida em que possibilita o estudo das relações humanas e seu universo de significados, sendo o contexto indispensável para análise do fenômeno, “um dado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”⁹⁸.

Na pesquisa qualitativa procuram-se informações de maneira sistemática, e a mesma procura ser descrita como holística e naturalista. Ela não requer fortemente uma análise estatística para suas inferências, ou de instrumentos fechados para a sua produção de dados; requer indagação, descrição, geração de hipóteses e elaboração de teorias. Alia a natureza científica e artística da enfermagem para a compreensão da experiência da saúde humana nos problemas que aparecem da prática cotidiana.⁹⁹ Um primeiro aspecto abordado pela crítica à metodologia qualitativa diz respeito à questão da representatividade. Como essa metodologia trabalha sempre com unidades sociais, ela privilegia os estudos de caso entendendo-se como caso, o indivíduo, a comunidade, o grupo, a instituição. O maior problema, neste sentido, segundo os críticos, se encontraria na escolha do caso: até que ponto ele seria representativo do conjunto de casos componentes de uma sociedade?¹⁰⁰

A trajetória da pesquisa qualitativa confirma o fato de que tanto o relato da realidade produz a história como ele mesmo produz a realidade. As pessoas vão contando suas experiências, crenças e expectativas e, ao mesmo tempo, vão anunciando novas possibilidades, intenções e projetos. Às vezes torna-se até difícil separar o vivido do que está por viver. Experiência e narrativa se imbricam e se tornam parte da expressão de vida de um sujeito. É por isso que se pode afirmar que a escrita sobre uma realidade pode afetar esta mesma realidade, pois assim como são os pensamentos que orientam a ação racional, a narração conduzirá ao desempenho de fatos vitais. Novamente recorrendo à Ferrer destacamos a sua afirmação de que *a vida se vive para poder contá-la* (alguns povos a cantam) ao mesmo tempo em que criamos nossos contos para dar sentido à vida¹⁰¹.

⁹⁸ MINAYO, M. C. O desafio do conhecimento. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

⁹⁹ DIAS, L. M. C et al. Qualitativo e quantitativo: evidenciando a Enfermagem como ciência e arte do cuidado. R. de Pesq.: cuidado é fundamental. Rio de Janeiro, 2004. <http://www.unirio.br/repef/arquivos/2004/14%202004.pdf>. Acessado em 02/03/2013.

¹⁰⁰ MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educ. Pesqui.*[online]. 2004, vol.30, n.2, pp. 289-300. <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022004000200007>. Acesso em 02/03/2013.

¹⁰¹ CUNHA, M. I. da. Conta-me agora!: as narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. *Rev. Fac. Educ.* [online]. 1997, vol.23, n.1-2. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-25551997000100010>. Acesso em 03/03/2013.

O ato de cuidar, portanto, cabe como parte do método de coleta de informações da pesquisa, mantendo uma estreita relação com a prática assistencial. O pesquisador deve desta forma, estar preparado para ouvir e praticar, abordar o outro de maneira participativa, valorizando o saber pensar e o saber fazer.

2.2. Sujeitos e Cenário do Estudo

Os sujeitos da pesquisa constituíram-se de 11 clientes entre eles, jovens, adultos e idosos que tem quadro de depressão, nas modalidades leve, moderada ou grave, que responderam a um questionário. Destes 11 clientes usuários da instituição, dois fizeram parte do estudo de caso.

Segundo as últimas cifras da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), mais de 350 milhões de pessoas no mundo sofrem de depressão ou problemas mentais.

Devido ao estigma associado à doença, muitos dos portadores de depressão não admitem que a tenha, e vivem trancafiados entre a tristeza, desanimo e a perda da vontade de praticar qualquer atividade ou até mesmo de viver. A primeira etapa do tratamento consiste em admitir que sofra com a doença e que é importante buscar ajuda, pois, quanto antes se coloca o tratamento em andamento, mais eficiente ele será, e as chances de recuperação podem ser grandes. O problema é que muitos ignoram a doença acreditando estar apenas com mau humor. O tratamento da depressão em geral é feito com medicamentos e terapias.

A pesquisa foi realizada na unidade do CAPS II, no município de Itaperuna-Rj. Atualmente, a unidade atende a clientes portadores de vários transtornos mentais entre eles a depressão, os mesmos são encaminhados pelos ESFs de cada localidade, postos de saúde, ou pelos próprios familiares que percebem que há algo de errado com a pessoa, ao chegar ao local do CAPS II o indivíduo passará por uma triagem. Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de

reforma psiquiátrica¹⁰². Essas unidades de tratamento em saúde mental vêm crescendo e ganhando cada vez mais espaço em território nacional.

Segundo o manual de saúde mental do SUS 2011, p.18.

Nos últimos quatro anos, a rede CAPS não só se expandiu, mas se interiorizou. Ao final de 2006, 34,5% dos CAPS localizavam-se em municípios com menos de 50.000 habitantes. Ao final de 2010, 40% dos CAPS têm este perfil, isto é, estão em cidades de pequeno porte (com menos que 50.000 habitantes). Ainda ao final de 2010, encontramos 58% localizados em municípios com menos de 100.000 habitantes. Os restantes 42% dos serviços estão em cidades com mais de 100.000 habitantes, onde residem cerca de 55% da população brasileira, segundo o Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹⁰³.

Neste cenário localizado no município de Itaperuna-Rj, a equipe de enfermagem é composta por três enfermeiros sendo uma pós-graduada em saúde mental e duas auxiliares de enfermagem. Além desta equipe, no local há, também, um médico psiquiatra, uma psicóloga, uma assistente social, um terapeuta ocupacional, um musicoterapeuta, uma farmacêutica, uma fisioterapeuta e uma educadora física, e, ainda, o pessoal da área da administração, dos serviços gerais e segurança. Neste cenário, funciona uma farmácia que distribui medicamentos cedidos pela secretaria municipal de saúde, para todos os usuários que fazem tratamento em saúde mental e que estejam cadastrados nesta unidade. Quando a pessoa chega deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço. O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço¹⁰⁴.

O tratamento está diretamente relacionado ao ambulatório/consultório, que cobre a assistência dos mesmos a nível municipal, sendo todas as atividades relacionadas ao núcleo e aos profissionais vigentes nesta Instituição. As interações e as atividades visam reduzir as dificuldades e as limitações derivadas da depressão e os outros transtornos, alguns grupos auxiliam a família prestando orientações para que o tratamento tenha continuidade no âmbito familiar, mediante a realização de reuniões, visitas domiciliares eventos sócio-culturais, entre outros, dentro e fora do CAPS II.

¹⁰² BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

¹⁰³ BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

¹⁰⁴ BRASIL, 2007-2010, p. 15

A dinâmica de atendimento assistencial é estabelecida por consultas com o médico psiquiatra que acontecem às quartas-feiras pela tarde, consultas com o psicólogo geral às segundas-feiras e às quartas-feiras pela manhã, atendimentos da enfermagem são feitos todos os dias pela manhã e a tarde (segunda a sexta-feira) e atendimentos da assistente social são realizados todas as quartas-feiras pela manhã. As consultas e os atendimentos são agendados de acordo com a necessidade de cada um, salvo os casos excepcionais.

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

Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário; Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar¹⁰⁵.

A opção por esse cenário se deu devido ao grande fluxo de clientes portadores de depressão e ao fato de que as ações de orientações e cuidado, nesse espaço, visarem promover, através de recursos terapêuticos e entre outros, a possibilidade de uma maior interação entre os usuários e os profissionais, visando ainda uma boa comunicação interpessoal e direcionando-os para que tenham autonomia e sejam independentes em suas falas e decisões, na tentativa de contribuir para a sua inserção social e uma melhor qualidade de vida. Portanto, foi possível conduzir o estudo de maneira produtiva, congruente com os interesses da instituição, seguindo todos os preceitos da proposta metodológica da Pesquisa.

2.3 Ambiente para desenvolvimento da pesquisa

A unidade do CAPS II não dispõe de muitas salas, seu espaço físico é muito limitado, sendo assim usei os espaços do consultório ao qual é utilizado pela equipe de

¹⁰⁵ C.f BRASIL, 2007-2010, p.16.

enfermagem nas consultas com o enfermeiro e outros profissionais, o auditório onde são feitas as reuniões e palestras, na sala de distribuição de medicamentos e num espaço pedagógico onde alguns deles têm aulas, também foi utilizado à área da administração, local onde contém o arquivo de prontuários de toda a unidade, sendo utilizado por todos os profissionais assistenciais. Na área administrativa onde ficam os armários com todos os prontuários, localizado ao lado da porta de entrada, ao centro da sala uma mesa redonda com quatro cadeiras, nesta mesma sala fica o auxiliar administrativo ocupando o espaço onde fica o computador e uma atendente ocupando uma mesinha ao canto sala, a mesma ajuda quanto aos procedimentos com os prontuários, etc. A sala contém ar condicionado.

Em todos os encontros com os clientes participantes da pesquisa, houve fatos muito interessantes, alguns pediam para participar, no entanto, não se enquadravam com o objeto da pesquisa. Em alguns locais utilizados ficávamos expostos as pessoas que passavam, e a ruídos externos, o que incomodou um pouco, isso se deu por não haver um ambiente físico disponível para o momento, a cidade em si tem um clima muito elevado no verão e parte do inverno, a iluminação nas salas são boas. Apesar de alguns imprevistos e contratemplos, não atrapalhou o andamento da pesquisa. Algumas vezes, também, houve interrupção pela chamada no celular, o que também não comprometeu as entrevistas.

As entrevistas foram realizadas frente-a-frente, na mesa do consultório, nos corredores, no auditório, na sala de medicações, aonde houvesse um participante para a entrevista procurava ir ao seu encontro sem que alterasse sua rotina na unidade por completo. Assim as fases descritas anteriormente foram ganhando vida e acréscimo ao trabalho que estava sendo realizado, conquistei um bom espaço entre os entrevistados e a empática estabelecida entre enfermeira pesquisadora e cliente com transtorno depressivo, mediada pela prática dialógica, que possibilitou o compartilhamento de saberes e práticas de cuidado acerca da sua relação com a depressão e a religião como auxílio no momento de dor psíquica e perturbação mental.

2.4 A trajetória da Pesquisa e a descrição das etapas para a produção de dados

O processo de investigação, segundo Trentini e Paim (2004), inclui as seguintes fases: concepção, instrumentalização, perscrutação, análise e interpretação. Todas as etapas deverão ser vivenciadas e descritas em detalhe pelo profissional ou estudante de Enfermagem.

O subprocesso de cada fase possui vários passos consecutivos e interrelacionados que não ocorrem, necessariamente, de forma linear¹⁰⁶.

Na Pesquisa convergente-assistencial (PCA), como em todo o tipo de investigação, é necessário que haja rigor científico que se traduz pela fidelidade aos princípios da pesquisa em tela. A credibilidade do estudo deverá ser alcançada a partir de um elenco de critérios pré-estabelecidos, alguns desses: transparência, fidelidade, representatividade dos dados, relato detalhado do processo de obtenção das informações, clareza na trajetória da construção do fenômeno, descrição detalhada de todos os momentos da pesquisa, não mostrar verdades acabadas, associação entre teoria e prática e as mudanças ocorridas na prática assistencial durante o processo de pesquisa, entre outros.¹⁰⁷ Para Leopardi (2002), um instrumento de pesquisa deve-se obter mais informação possível. Seja através de entrevista, questionário ou formulário gerando fatores que contribuem para melhorar a confiabilidade de um instrumento. Escolhida a técnica, o pesquisador deve estar atento para que a questão seja efetivamente respondida¹⁰⁸.

O estudo foi desenvolvido no período de março de 2012 a janeiro de 2013, em dias e horários alternados, de acordo com a disponibilidade da pesquisadora e do cliente, atendendo a uma programação prévia com o mesmo ou não, captando-o, deste modo, aleatoriamente no primeiro contato.

À priori, fui ao Centro de Atenção Psicossocial, para estabelecer o primeiro contato com a coordenadora do local, os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem que trabalham no ambulatório visando a imersibilidade no serviço. A receptividade foi bastante positiva, apesar de certo receio estabelecido, a princípio por parte dos participantes da pesquisa. No diálogo estabelecido, pude detalhar os objetivos da pesquisa, além de discutir sobre as possíveis formas de minha inserção no serviço em geral oferecido aos portadores de transtornos mentais. Este “primeiro contato”, de negociação para início da produção de dados no cenário, perdurou cerca de 10 meses.

Na segunda etapa utilizei de diversas estratégias para a captação desses clientes, embora já tenha certa convivência com os mesmos, aproveitei a oportunidade nas participações nas reuniões mensais realizadas no CAPSII, onde pude expor aos clientes presentes o meu interesse em realizar uma pesquisa que seria realizada com os mesmos, para que eles pudessem, a partir disso, me informar do seu interesse na participação.

¹⁰⁶ TRENTINI M. P. L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial de saúde-enfermagem. Florianópolis: Insular; 2004.

¹⁰⁷ TRENTINI, 2004.

¹⁰⁸ LEOPARDI, M. T. Metodologia da Pesquisa na Saúde. Florianópolis: UFSC, 2002. p.294.

À priori, percebi que partes dos clientes que aceitaram participar da pesquisa apresentavam-se desconfiados pelo o que seria realizado, com medo também da exposição posterior do que seria conversado. Mas, a partir dos esclarecimentos éticos do estudo e da evolução dos clientes no transcorrer das etapas, os sujeitos ficaram mais à vontade, participativos e ativos, o que assegurou também o alcance de sua participação.

Inicialmente foi preenchido um formulário de identificação, (instrumento estruturado de produção de dados – técnica de produção de dados linguístico-verbal) com a finalidade de caracterizá-lo sócio-economicamente e clinicamente com dados sobre a patologia.

A terceira etapa consistiu na discussão com o sujeito sobre a importância de tratar a depressão, expondo os pontos positivos e os pontos negativos caso o tratamento não seja seguido da forma correta, com a finalidade de que os mesmos possam ser implementados a domicílio caso se agrave a situação, e que, posteriormente, isso traga respostas satisfatórias no serviço e melhore o quadro psíquico depressivo do paciente.

Dando sequência à pesquisa ocorreu à quarta fase, que consistiu na aplicação de um questionário com perguntas pertinentes ao tema desenvolvido, sobressaindo assim à questão da religião/depressão/espiritualidade, e como os clientes se relacionam com a depressão e de que forma a religião influencia em sua vida. Este diálogo foi estabelecido com o sujeito com o intuito de buscar a interpretação para o que foi observado, evitando-se trabalhar puramente com a perspectiva interpretativa do pesquisador, respeitando desta maneira o princípio que norteia esta técnica de produção de dados: o de ser participante. Esta etapa durou em média 20 a 30 minutos.

Em atendimento à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde / MS, em seu item IV¹⁰⁹, serão formalizados alguns compromissos por parte da pesquisadora junto aos sujeitos. Os sujeitos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após terem sido devidamente esclarecidos quanto aos aspectos éticos relacionados aos objetivos e rumos da pesquisa, bem como às formas de produção de dados e de sua inserção no estudo, que também constaram no termo em escrito. Após a assinatura do TCLE os sujeitos receberam uma cópia do mesmo. Assim, os sujeitos foram informados sobre a voluntariedade de sua participação, anonimato garantido, desistência em qualquer momento da pesquisa, riscos e benefícios. Portanto, o anonimato foi garantido, ou seja, em nenhum momento foi divulgado os nomes dos participantes da pesquisa, conforme acordado no TCLE.

¹⁰⁹ BRASIL, Ministério da saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

2.5 Estudo de caso clínico

O estudo de caso é um dos mais antigos métodos utilizados no ensino de enfermagem e pode ser utilizado em educação continuada. Florence Nightingale já utilizava com seus alunos uma variação deste método de ensino, com a exigência de que os alunos levassem um caderno para registrar os casos excepcionalmente interessantes, sobre os quais seriam interrogados mais tarde para avaliar o que tinham aprendido.¹¹⁰ E com isso, a enfermagem vem ganhando espaço. Com a evolução da profissão, o estudo, o ensino e a organização do cuidado de enfermagem tornaram-se focos de atenção do enfermeiro. Nesse contexto, surgem os *estudos de caso*, representando as primeiras tentativas de definição e sistematização da assistência de enfermagem. Os estudos de casos foram os precursores dos planos de cuidados, que, por sua vez, constituíram-se nas primeiras expressões do *Processo de Enfermagem*, tão discutido atualmente¹¹¹.

Os estudos de caso, que aqui serão apresentados retratarão um pouco do sofrimento psíquico no cotidiano de cada um, e abordará também um pouco do reflexo na convivência familiar. Atualmente existe uma preocupação em buscar entender os fatores culturais e religiosos para que possamos facilitar a adesão do paciente ao tratamento. Com relação ao portador de sofrimento psíquico, tem se observado que as famílias buscam na religião o que é pouco entendido na linguagem médica, ou seja, como a pessoa adocece, e qual a contribuição do sistema familiar, que durante muitos anos foi culpabilizado pelo adoecimento de um dos seus membros. Então a família acaba encontrando na religião um alento frente às afirmações presentes no discurso médico, incorporado pelos demais profissionais que atuam na saúde mental, de que não há cura para o transtorno psíquico. Diante de uma colocação que não existe uma cura em relação ao adoecer e que isto implica em conviver durante um longo tempo com um quadro que pode ter períodos de melhora e piora, a religião permite que a família, através do exercício contínuo de sua fé, possa receber a gratuidade da cura¹¹².

2.5.1 Primeiro estudo de caso clínico:

¹¹⁰ GALDEANO, L. E. ROSSI, L. A. ZAGOS, M. M. F. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Rev Latino-am Enfermagem 2003 maio-junho; 11(3):371-5. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16548.pdf>. Acesso em 04/03/2013.

¹¹¹ Cf. GALDEANO, et al. 2003, p. 372.

¹¹² SILVA; MORENO, V. A religião e a experiência do sofrimento psíquico: Escutando a família. Maringá, v. 3, n. 2, p. 161-168, mai/ago. 2004. <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5421/3474>. Acesso em 04/03/2013.

Anamnese

Identificação: S. S. G. 51 anos, branca, separada, católica, do lar, mãe de duas filhas, mora com os pais, vaidosa, obesa, desempregada, atualmente namorando um usuário do CAPS II.

Motivo da consulta e tratamento: tentativa de suicídio devido à depressão, medo de ficar sozinha, sente pavor.

2.5.2 História da doença atual:

Começou tratamento na unidade do CAPS II no município de Itaperuna-Rj em 23/05/11, com transtorno depressivo recorrente grave, atualmente mora com os pais, vive em conflito com a mãe, não possui renda, e acha que esta sendo um “peso” para a família. A consulta se deu no primeiro momento com a equipe multiprofissional e posteriormente com o médico psiquiatra, relatando estar se sentindo desanimada, choro fácil, triste e "revoltado com as pessoas ao seu redor". Referindo esquecimento, medo de ficar sozinha e de tudo, tentativa de suicídio por mais ou menos três vezes, agressividade, alucinações e delírios presentes, insônia, “só consigo dormir com a porta do quarto fechado, tenho sempre a impressão que alguém vai entrar e me matar”, “não tenho disposição para fazer nada e não gosto de sair de casa”. Sente muita irritabilidade. Portanto, o que mais chamava atenção era seu isolamento, e as portas do quarto e janelas fechados a todo tempo. Segundo ela uma das filhas a ajuda em algumas coisas, mas, não é o suficiente.

Após início de tratamento na unidade de forma intensiva a mesma relatou que percebeu alguma melhora com uso de medicamentos. Participa de algumas atividades que o sistema oferece como educação física, terapia em grupo, atividades desenvolvidas na terapia ocupacional (T.O).

Neste caso o cenário para a entrevista foi em uma sala aberta, arejada, onde víamos as pessoas passando pelo corredor. Estavam presentes no momento da entrevista alguns alunos do curso de enfermagem, que ficaram observando a abordagem e os seguimentos da entrevista de acordo com cada fala. Percebemos que ela começou a tremer de forma muito intensa e assustadora, a voz ganhou um tom lento, tremulo e amedrontado, parecia que ela estava diante de uma cena de terror onde ela foi dominada pelo pavor, inevitavelmente interrompi a entrevista e a indaguei sobre o que estava acontecendo e minha primeira fala diante do que estava acontecendo foi: Você está bem? Você quer nos falar sobre algo que possa estar lhe incomodando?” “Ela disse sim, estou com medo e com muita vontade de sair

daqui, esta moça de branco é médica? Disse: não, pode ficar tranquila, e acadêmica de enfermagem, ela não vai te levar. “Novamente com a voz tremula e muito nervosa disse: acho que vai me levar daqui para um hospital, vai me internar, estou com medo, insegura e assustada, posso ir embora, você já terminou”.

O que aconteceu com a senhora S. S. G, não é algo anormal, muitos dos pacientes que já passaram por internação psiquiátrica não gostam de pessoas vestidas de branco, talvez eles se reportem aos tratamentos não convencionais que receberam enquanto estiveram trancafiados dentro de um hospital psiquiátrico.

2.5.3 História pessoal

Natural de Itaperuna-Rj, S.S.G é a filha mais velha. Apresentou um bom desenvolvimento tanto psicomotor como cognitivo dentro dos padrões de normalidade.

Foi criada pelos pais, disse ter tido uma boa infância. Embora sempre achasse que não recebia atenção dos mesmos. Estudou em escola pública, e não teve grandes amigos com quem poderia contar. Lamenta por sua vida não ter dado certo, segundo relato, se expressou quanto ao desejo de ter uma formação e ser produtiva, desenvolvendo alguma atividade que lhe rendesse algum dinheiro para sair da dependência de seus pais e da sua filha.

Algo que ficou evidente é que quando eu estava fazendo a triagem para a entrevista ela se sentiu muito empolgada e disposta a participar, sua auto-estima se fez presente neste momento, já que seu afeto vive embotado, animou-se e se dispôs a responder ao questionário, embora houvesse um contra tempo, foi possível realizar esta etapa da pesquisa com a paciente.

2.5.4 Ao exame Psicopatológico

Aparência: Cuidada, bom aspecto geral, usando baton e roupa estampada.

Atitude: Apática; amedrontada, assustada, insegura.

Consciência: Vígil;

Orientação: Orientado

Atenção: Hipovígil, Hipotenaz;

Sensopercepção: Paciente relata sensação de ser perseguida, observam alterações no campo da sensopercepção;

Memória: Com alterações significativas; relata esquecer com facilidade as coisas.

Inteligência: Dentro dos parâmetros de normalidade;

Pensamento: Forma: Por vezes desorganizada.

Curso: lentificada, pausada, com aumento do período de latência entre perguntas e respostas;

Conteúdo: Real, esperançosa em relação a sua condição patológica. Linguagem: dentro da normalidade, utilizando linguagem coloquial;

Consciência do eu: Preservada;

Humor: Tristeza Vital; rebaixado.

Psicomotricidade: Inibição cognitiva e afetiva.

Consciência de morbidade: Presente;

Vida Instintiva: Diminuição significativa da libido, insônia terminal e hiporexia;

2.5.5 Hipótese diagnóstica após consulta com psiquiátrica

Episódio depressivo recorrente grave (CID-10: F33-3); Distímia (CID-10: F34.1)

2.5.6. Conduta medicamentosa segundo prescrição médica

Tegretol 200mg; Carbolim 300mg; Akineton 2 mg; Venlafaxina 75mg; Diazepam 10mg; Encaminhamento para psicoterapia individual.

2.6 Segundo estudo de caso clínico

2.6.1 História da doença atual

Anamnese

Identificação: A. M. F 37 anos, branca, divorciada, católica, do lar, mãe de um filho menor, mora com seu irmão e cunhada. Vaidosa, apresenta bom aspecto geral, não tem renda, desempregada, atualmente namorando um usuário do CAPSII.

Motivo da consulta e tratamento: Depressão, entrou em surto em casa, segundo ex-marido.

Começou tratamento na unidade do CAPS II no município de Itaperuna-Rj com transtorno depressivo e esquizofrenia não especificada. Em relatos em consulta com a equipe multiprofissional e posteriormente com o psiquiatra, relatando estar se sentindo triste, feia,

gorda, desanimada, revoltada com a vida, chorosa, fala com certa raiva do irmão por não deixar que namore em casa. Sente dificuldade em se raciocinar com as pessoas, demora a responder as perguntas que lhe são feitas. Passou por três internações psiquiátricas. Às vezes, diz que sente muita irritabilidade.

Faz tratamento de segunda-feira a sexta-feira, o que constitui a modalidade intensiva. É participativa nas atividades que são desenvolvidas no CAPS II, como em palestras, atividades físicas, terapia ocupacional com fuxico, crochê, pintura, entre outros.

Quanto ao tratamento disse que tem percebido melhora em seu comportamento. Em relação aos fármacos diz que “os medicamentos me deixam com muito sono, e isso impede que eu trabalhe e faça qualquer outra atividade em certo período do dia”. O cenário para a entrevista foi em uma sala aberta, arejada, não muito confortável, sem muita privacidade, passavam pacientes a todo tempo do lado de fora o que dispersava um pouco, no entanto não houve interrupções e foi possível concretizar a entrevista com sucesso.

2.6.2 História pessoal

Nascida em Itaperuna-Rj, perdeu a mãe aos três anos de idade, quando foi morar com seu tio, pois seu pai não tinha condições para ficar com ela, disse que o tratamento familiar junto ao tio e a esposa dele eram bons. Não demorou muito foi morar com outro tio que segundo ela, não era tão bom quanto o primeiro, relatou maus tratos por parte dele e sua esposa, dizendo que falavam constantemente que ela não era bem vinda naquela casa. Relata que não teve uma boa infância, pois a perda da mãe precocemente interrompeu muito dos seus sonhos. Lamenta pelo curso que sua vida tomou “não queria ter me separado, eu amava meu marido, não entendi porque ele fez isso comigo, vivíamos bem”. Com o passar do tempo ela percebeu que a perda da mãe, a separação e a perda da guarda do filho lhe trouxe muita angústia e tristeza na alma. “Meu marido me traía com outra, ele forjou a minha doença, me levou para um hospital psiquiátrico no carro da policia e me internou como se eu fosse doida, mas não sou doida, ele fez isso para se separar de mim e pegar o meu filho.” Hoje em dia ela mora com seu irmão e a esposa dele, até pouco tempo atrás a convivência entre os dois era conflitante. Ele tinha medo que ela engravidasse do namorado, desta forma não lhe dava oportunidade de um relacionamento mais sério no âmbito domiciliar. Seu namorado atual também faz tratamento no CAPSII.

2.6.3 Ao exame Psicopatológico

Aparência: Cuidada, bom aspecto geral, perfumada.

Atitude: segura, espontânea, animada, feliz com namoro.

Consciência: lúcida.

Orientação: Orientada no tempo e espaço.

Atenção: em alerta.

Sensopercepção: não apresenta.

Memória: Com alterações variáveis, relata dificuldade de concentração.

Inteligência: Dentro dos parâmetros de normalidade;

Pensamento: Forma: Por vezes desorganizada. Curso: lentificada, pausada, com aumento do período de latência entre perguntas e respostas;

Conteúdo: Real, esperançosa em relação a sua condição patológica.

Linguagem: Dentro da normalidade, utilizando linguagem coloquial;

Consciência do eu: Preservada;

Humor: variável;

Psicomotricidade: Inibição cognitiva e afetiva.

Consciência de morbidade: Presente;

Vida Instintiva: Diminuição significativa da libido, sonolência presente durante o dia;

2.6.4 Hipótese diagnóstica após consulta psiquiatra.

Episódio depressivo (F 32), Esquizofrenia não especificada (F 20.9)

2.6.5 Conduta medicamentosa segundo prescrição médica

Bromazepan 6mg; Fluoxetina 200mg; Respiridona 2mg

III. CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Devido à importância do conhecimento prévio da realidade do sujeito, fez-se necessária a descrição dos dados obtidos com o preenchimento do formulário de identificação do Cliente (APÊNDICE A). A coleta de dados ocorreu mediante a técnica da entrevista semi-estruturada, por meio de um formulário, contendo perguntas objetivas sobre variáveis sociodemográficas/saúde/religião/cuidado/sexo/idade e escolaridade etc.

SEXO DOS 11 CLIENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA

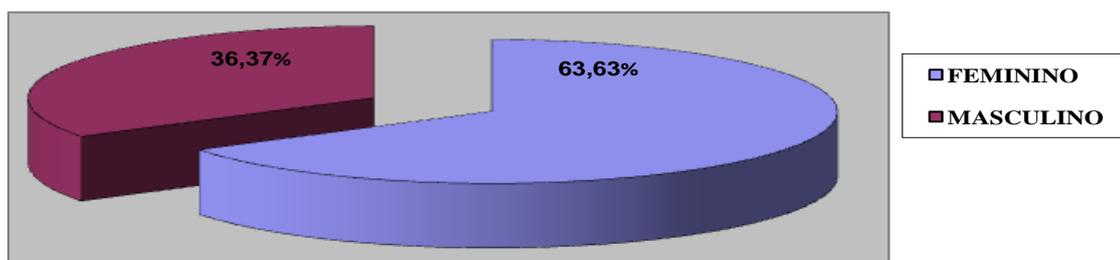
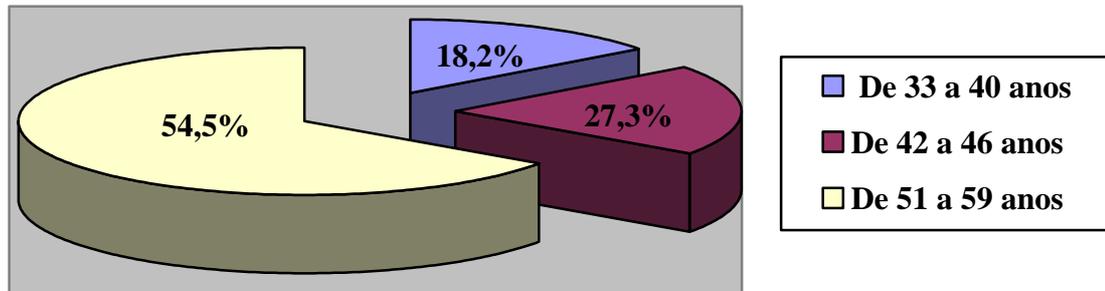


GRÁFICO 1

Conforme o gráfico 1, dos 11 (100%) clientes participantes, 7 (63,63%) eram do sexo feminino e 4 (36,37%) do sexo masculino, demonstrando um certo equilíbrio na participação dos clientes no que tange ao gênero. Vale ressaltar que não houve qualquer tipo de escolha relativa ao sexo do participante; os clientes foram inseridos na pesquisa de acordo com a patologia (depressão), e de acordo com a disponibilidade dos mesmos e sua demanda espontânea.

FAIXA ETÁRIA DOS 11 CLIENTES PARTICIPANTES DA PESQUISA



O gráfico 2 revela uma faixa etária dos participantes da pesquisa pouco variável havendo uma predominância menor nas idades entre 33 anos a 40 anos, com 18,2% do total dos sujeitos. E os clientes na faixa de 42 anos a 46 anos, com 27,3%, do total de sujeitos pesquisados. Temos ainda na faixa etária de 51 a 59 anos com 54,5%, cuja porcentagem é maior.

OS 11 CLIENTES PESQUISADOS RESPONDERAM A CAUSA PROVÁVEL DA DEPRESSÃO EM SUA VIDA

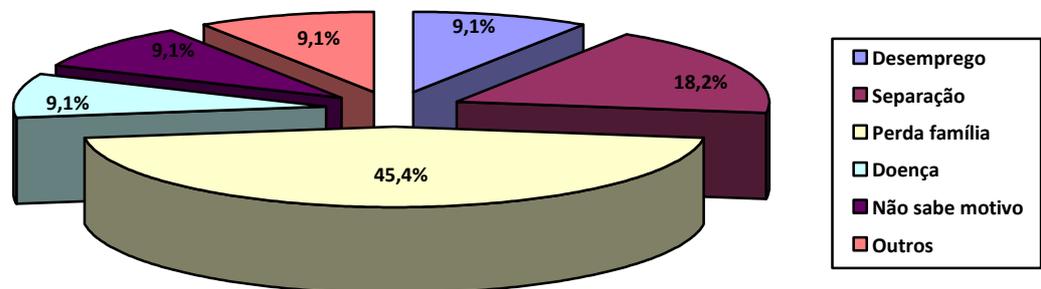


GRÁFICO 3

No Gráfico 3, foi pesquisado sobre as possíveis causas que podem ter desencadeado esse processo depressivo na vida dos 11 clientes que participaram da pesquisa. Obtivemos no nível desemprego 9,1%, no que tange a separação 18,2%, na área em que inclui perda familiar

obtivemos 45,4% sendo está à maior desencadeadora de depressão entre os 11 clientes entrevistados, há ainda o parâmetro cujo motivo é a doença com resultado 9,1%, entre os que não sabem o motivo 9,1% e os relacionados a outros motivos 9,1%.

Como foi apresentado na pesquisa acima no gráfico 3, há tendência para se admitir que as mulheres são duas vezes mais acometidas pelos transtornos depressivos, quando comparadas aos homens¹¹³. O que veio ao encontro com essa fase da pesquisa realizada.

OS 11 CLIENTES PESQUISADOS RESPONDERAM SOBRE QUAL O IMPACTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DA DEPRESSÃO QUANDO INTERAGIDO COM A RELIGIÃO/ESPIRITUALIDADE.

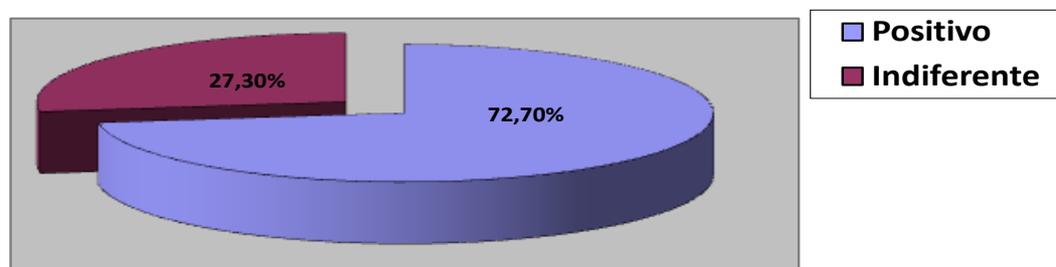


GRÁFICO 4

Um dos focos da pesquisa foi saber entre os pesquisados qual a importância da assistência de enfermagem ao cliente com depressão tendo como subsídio a espiritualidade. Dos 11 clientes pesquisados 72,70% acharam que é benéfico para o tratamento quando os profissionais da área de saúde conciliam saúde/cuidado/espiritualidade. E 27,30% foram indiferentes. Não houve entre os entrevistados resposta negativa quanto a questão abordada acima.

¹¹³ AROS, M. S. e YOSHIDA, E. M. P. Estudos da depressão: Instrumentos de avaliação e gênero. Bol. psicol v.59 n.130 São Paulo jun. 2009.

ÍNDICE DE ESCOLARIDADE ENTRE OS 11 CLIENTES PESQUISADOS

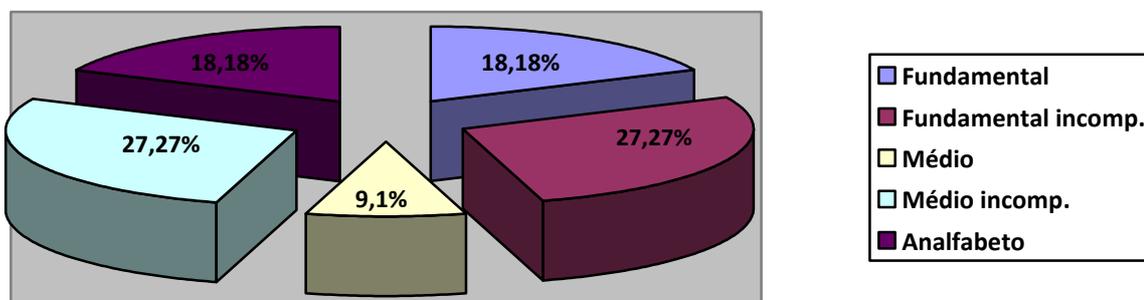


GRÁFICO 5

No que tange à escolaridade, 18,18% possuem ensino fundamental completo, e 27,27% ensino fundamental incompleto; 9,10% ensino médio completo e 27,27% ensino médio incompleto e 18,18% analfabetismo. Chama atenção o alto índice de clientes sem ter concluído os estudos. Sendo que a maior prevalência ficou entre o ensino fundamental e o ensino médio incompleto.

Atualmente o maior número das pesquisas voltadas na área de depressão utiliza-se parâmetros como questionários e algum tipo de escala.

3.1 Assistência de enfermagem ao paciente depressivo

A Enfermagem, entendida como uma prática social participa do trabalho de equipe multiprofissional e está vinculada às diversas práticas de saúde, incluindo a assistência à saúde mental coletiva e individual. No Brasil, o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental mantiveram íntima relação com a evolução da assistência ao doente, porém, foi influenciado historicamente pelas mudanças e transformações internacionais do modo de perceber o doente, a doença mental e o cuidar do enfermo¹¹⁴.

O Artigo 11, da Lei do Exercício Profissional n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, e o Decreto 94.406, de 08 de Junho de 1987, legitimam a consulta de enfermagem como uma

¹¹⁴ MENDES, M. H; FREITAS, V. A; GOMES, E. T. Consulta de enfermagem: uma prática necessária aos indivíduos com transtornos mentais Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG-V.2-N.1-Jul./Ago. 2009. Acesso em 16/06/13.

atividade privativa do enfermeiro. Sua implantação ocorreu ao longo do desenvolvimento histórico da enfermagem, culminando com a resolução n.º 272, de 27 de Agosto de 2002, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que dita às normas e requisitos para a operacionalização da consulta de enfermagem¹¹⁵.

O surgimento do papel da enfermeira psiquiátrica foi no início da década de 50.

A primeira escola a preparar enfermeiros para cuidar de doentes mentais surgiu no McLean Hospital, em Waverly, Massachusetts, em 1882. As enfermeiras cuidavam das necessidades físicas dos pacientes, como medicação, nutrição, higiene e atividades da ala. Até o final do século XIX, pouco mudou o papel das enfermeiras psiquiátricas.

Um importante fator no desenvolvimento da enfermagem psiquiátrica foi o surgimento de várias terapias somáticas, tais como: terapia do choque insulínico (1935), psicocirurgia (1936) e a terapia eletroconvulsiva (1937). Essas técnicas exigiam que as enfermeiras tivessem habilidades médico cirúrgicas. À medida que se envolviam mais com as terapias somáticas, as enfermeiras iniciavam seus esforços para a definição de seu papel como enfermeiras psiquiátricas¹¹⁶.

A prática atual da enfermagem psiquiátrica se divide em três domínios: cuidados diretos, comunicação e manejo. Dentro desses domínios sobrepostos da prática, são expressas as funções de ensino, de coordenação, de delegação e de colaboração. A autora ainda diz que os domínios de manejo e de comunicação são ignorados quando se fala do papel do enfermeiro psiquiátrico, e essas atividades consomem muito tempo do enfermeiro. Além disso, diz que é possível delinear as atividades nas quais o enfermeiro psiquiátrico se engaja dentro de cada um desses três domínios e lista uma série de atividades que o enfermeiro poderia exercer em cada área e que nem sempre participam de todas as atividades¹¹⁷.

Portanto a enfermagem psiquiátrica é um processo interpessoal, capaz de promover e manter um comportamento no indivíduo, família, grupo, organização ou numa comunidade, contribuindo para uma assistência holística e biopsicossocial¹¹⁸.

O cuidado de enfermagem ao deprimido começa pela observação, pelo levantamento da história e outras informações clínicas acompanhado pelo exame das funções mentais.

¹¹⁵ MENDES, et al 2009, p.226.

¹¹⁶ XIMENES NETO, F. R et al. Concepciones, conocimientos y prácticas de los enfermeros al cuidado de los sujetos con diagnóstico de depresión: una mirada al territorio de la atención primaria en salud. *Enferm. glob.* [online]. 2009, n.16, pp. 0-0. ISSN 1695-6141. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000200006>. Acesso em: 16/06/13.

¹¹⁷ FEITROSA F. A; CASTRO, R. C. B. M.. Atividades terapêuticas em hospitais psiquiátricos: papel do enfermeiro. Disponível em :<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-04.pdf> Enferm UNISA 2005; 6: 23-31. Acesso em: 16/06/13.

¹¹⁸ FEITROSA & CASTRO . 2005, p 25.

Conhecer o cliente, identificando suas necessidades é tarefa dos enfermeiros. O profissional deve estar alerta e ser sensível às pistas ocultas. É preciso uma atitude receptiva, disposição em escutar, observação acurada do comportamento e do conteúdo da comunicação do outro. A humanização do cuidar se faz necessária¹¹⁹.

Os pacientes deprimidos resistem ao envolvimento, retraindo-se ou não respondendo a outras pessoas. Em virtude de suas visões negativas, tendem a permanecer isolados, a verbalizar pouco, a pensar que não merecem ajuda e a formar vínculos de dependência com outros. No trabalho com pacientes deprimidos, a abordagem do enfermeiro deve ser tranquila, sem críticas e com muito calor humano. O enfermeiro deve demonstrar honestidade, empatia e compaixão. Obviamente, nem sempre é fácil dar carinho e cuidados pessoais a uma pessoa que não responde e se isola. O enfermeiro pode sentir-se irritado, magoar-se com o paciente ou temer a rejeição. Paciência e uma crença no potencial de cada pessoa para crescer e mudar são necessárias. Se isso é comunicado calmamente, tanto verbal quando não - verbalmente, o paciente começa a responder, ainda que leve algum tempo¹²⁰.

Os enfermeiros devem evitar assumir uma posição demasiadamente agressiva ou compassiva com a pessoa deprimida. Comentários como “Você tem tantos motivos para viver”, “Alegre-se as coisas vão melhorar” ou “Você não deveria sentir-se tão deprimido” transmitem pouca compreensão e respeito pelos sentimentos do paciente. Pois, este tipo de comentário criará mais distância e bloqueará a formação de um relacionamento. Além disso, os enfermeiros não devem aliar-se à autocomiseração do paciente. A identificação excessiva e subjetiva dos enfermeiros pode fazer com que tenham emoções similares às do paciente, de falta de esperanças e de desamparo; isso pode limitar seriamente a terapia¹²¹.

A melhor forma de estabelecer rapport com o paciente é passando algum tempo com ele, mesmo que ele fale pouco e por meio de um companheirismo que demonstre apoio. A própria presença do enfermeiro indica uma crença de que o paciente é uma pessoa com valor. O enfermeiro deve ajustar-se ao ritmo do paciente deprimido, falando mais devagar e dando mais tempo para que ele responda. Deve-se chamar o paciente pelo nome, conversar com ele e escutá-lo. Estudando os relatórios sobre a vida e os interesses do paciente, é possível selecionar tópicos que permitam a criação de discussões mais relevantes¹²².

O enfermeiro, em todos os tipos de instituição de saúde, tem a responsabilidade de reconhecer e intervir apropriadamente nos casos em que o indivíduo está sofrendo de um

¹¹⁹ FUREGATO, A. R. F. et al. Alunos de graduação em enfermagem: conhecimento e opinião sobre depressão. R Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2006 jan/mar; 14(1):80-6. Acesso em 16/06/13.

¹²⁰ GAIL, W. S, MICHELE, T. L. (2001) – Enfermagem psiquiátrica: princípios, prática. 6.ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas.

¹²¹ GAIL, W. S; MICHELE, T. 2001, p.402.

¹²² GAIL, MICHELE. 2001, p.402.

transtorno de humor. Pois, ocupa uma posição singular nos serviços de saúde, pois, geralmente, ele é a terapia comportamental o que mostrou eficácia em ensaios clínicos, e parece dar resultados melhores do que outras formas de psicoterapia. Através dela os especialistas procuram ensinar aos pacientes como encontrar prazer em atividades rotineiras, melhorar relações interpessoais, identificar e modificar padrões cognitivos que conduzem à depressão¹²³.

O enfermeiro é o primeiro profissional que tem contato com a pessoa que busca atenção na assistência básica. As razões para que o pessoal de enfermagem se ocupe dos transtornos afetivos estão relacionadas com sua experiência e seu preparo profissional. Além disso, os pacientes sentem-se menos intimidados pelos enfermeiros do que por outros agentes de saúde e os aceitam mais facilmente. Pois, a assistência de enfermagem não se limita em ajudar o paciente, mas também orientar a família e a comunidade¹²⁴.

Por outro lado, os trabalhadores da saúde, inclusive o pessoal de enfermagem, referem que não têm tido acesso à informação atualizada para incorporar os avanços científicos em suas práticas clínicas, nem têm incorporado as transformações da assistência em saúde mental.

Na década de 70, já se dizia que a saúde mental é um componente essencial da saúde, um direito humano, o que vem reforçar a idéia de que é um dever do enfermeiro promover a saúde mental das pessoas¹²⁵.

Na saúde mental, os aspectos psicoemocionais são adaptações ao meio, com alguns fatores predisponentes permeando o ciclo desses desequilíbrios, a saber: perdas sofridas; sentimentos de desamparo; eventos que levam à depressão e luto; manias e/ou mecanismos de compensação. Nos dias de hoje as populações estão ficando cada vez mais vulneráveis no que se refere aos aspectos da saúde mental, pois embora se viva em constante estresse, inexistem as preocupações relacionadas às maneiras de manter uma boa qualidade de vida. O cotidiano das pessoas no emprego, no lar, no casamento, no ambiente em que vive, enfim, exige o confronto com constantes períodos de estresse e frustrações que provocam, muitas vezes, reações agressivas junto aos entes queridos ou cônjuges, como forma de descarregar os problemas mal resolvidos, podendo também ocorrer abandono do emprego,

¹²³ SILVA, M. C. F.; FUREGATO, A. R. F. and COSTA JUNIOR, M. L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2003, vol.11, n.1, pp. 7-13. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000100002>. Acesso em: 16/06/13.

¹²⁴ SILVA, et al. 2003, p.08.

¹²⁵ C.f SILVA., 2003.

tudo devido à falta de equilíbrio entre corpo, mente e espírito, gerando ansiedade e incapacidade de enfrentar situações desgastantes¹²⁶.

O enfermeiro tem que constantemente aprimorar seus conhecimentos por meio do processo de educação permanente, pois são alternativas válidas em busca de saberes teórico-práticos a fim de conferir qualidade ao cuidado e, por conseguinte, satisfação profissional. Torna-se necessário que os profissionais exijam da instituição na qual trabalham apoio ao desenvolvimento profissional e aperfeiçoamento na área específica de atuação¹²⁷.

A assistência de enfermagem deve ocorrer mediante o fortalecimento do vínculo enfermeiro-paciente. Desse modo, são imprescindíveis que haja interação entre ambas as partes e o reconhecimento da comunicação terapêutica como instrumento eficaz e à disposição para o desenvolvimento do vínculo. Portanto, o cuidado de enfermagem inexistente sem a interação, que é subsidiada pela comunicação entre enfermeiro-equipe e Enfermagem-paciente¹²⁸.

O cuidado de enfermagem se desenvolve levando em consideração o contexto relacionado tanto ao cuidador quanto ao ser cuidado. Para tanto, as experiências humanas, a subjetividade, a consciência, a história de vida e sentimentos devem ser ponderados, uma vez que o cuidado ocorre no ambiente de interação. Dessa forma, ele está envolto de atitudes como respeito, gentileza, responsabilidade, interesse, segurança e oferta de apoio, confiança, conforto e solidariedade¹²⁹.

Para tanto, os profissionais de enfermagem devem assumir seus papéis com responsabilidade, assim poderão sentir-se integrados ao seu meio. Com isso, busca-se experimentar sentimentos de motivação para elevação da autoestima, ter percepção de si como profissional competente que contribui para que o ser humano seja atendido em suas necessidades e no enfrentamento das diversas situações advindas do processo saúde-doença¹³⁰.

3.2 Religião e espiritualidade na enfermagem

A religião e a espiritualidade vêm sendo enfatizada pela enfermagem de maneira importante para que venha ser reconhecida como fonte de fortalecimento para enfrentar as

¹²⁶ BETEGHELLI, TOLEDO, V. P.; REPSCHI, J. L. B.; DURAN, E. C. M. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de saúde mental. A Revista Eletrônica de Enfermagem v. 07, n. 03, p.334-343, 2005. Acesso em: 16/06/13.

¹²⁷ PAES, 2009. p.44

¹²⁸ C.f PAES, 2009, p. 44.

¹²⁹ C.f PAES, 2009, p.107.

¹³⁰ C.f PAES, 2009, p.107.

doenças cada vez mais. A religião ocupa lugar privilegiado na história da enfermagem. Chegando às vezes uma a ser porta voz da outra, no exercício do profissional enfermeiro e auxiliares de enfermagem, na formulação de um pensamento, consolidando atitudes que influenciam o meio em que estão. A saúde física relacionado à religião e a espiritualidade vêm sendo enfatizada pela enfermagem de maneira importante para que venha ser reconhecida como fonte de fortalecimento para enfrentar as doenças cada vez mais, atuando como possível fator de prevenção ao desenvolvimento de doenças na população previamente sadia, eventual aumento de sobrevida e impacto sobre diversas doenças¹³¹. Temos necessidades espirituais, e de igual modo os pacientes, o que implica na sua identificação para que possam ser identificadas e posteriormente tratadas, há maioria dos profissionais de saúde mental sentem um desconforto na abordagem destas questões. Há uma importância significativa na organização do apoio espiritualista em instituições de saúde. A equipe de saúde que não possui esses sistemas de crenças é viável que venham a considerar assim como depositar certo respeito, em apoio às crenças do paciente para que possa ajudá-lo. Tendo em vista que os pacientes fazem associações da sua patologia com as crenças religiosas. Caso o paciente considere relevante o apoio do profissional que esteja comprometido em seu tratamento, é bem vindo o suporte quanto a sua espiritualidade¹³².

Seja por meio de seminários, educação continuada e cursos, a enfermagem deve buscar mais condições para praticar o cuidado espiritual. Necessário é que considere a pessoa como um ser em sua totalidade, com uma visão ampliada para se entender a espiritualidade como um aspecto importante no processo terapêutico e essencial para o bem-estar. Quando o profissional de saúde se dispõe a ouvir o paciente esta escuta tem um efeito terapêutico eficiente, atentar às suas emoções e aos seus sentimentos é um parâmetro para o sucesso no tratamento. Não existe regra nem uma fórmula específica para atender as necessidades do paciente, portanto, seria viável adotar uma preparação acadêmica para trabalhar a valorização e o respeito pela pessoa por sua crença¹³³.

O contato e a convivência diária com o paciente e seu sofrimento leva-nos, a saber,

¹³¹ TOMASSO, C. S; BELTRAME, I. L. and LUCCHETTI, G. Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2011, vol.19, n.5, pp. 1205-1213. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500019>. Acesso em 04/04/2013.

¹³² MURAKAMI, R. and CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2012, vol.65, n.2, pp. 361-367. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200024>. Acesso em 04/03/2013.

¹³³ SELLI L.; ALVES. J S. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. *Centro Universitário São Camilo* - 2007;1(1):43-52. http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/54/O_cuidado_espiritual.pdf. Acesso em 04/03/2013.

seus sentimentos de uma forma diferente, que eles têm uma vivência própria, têm um objetivo de vida próprio, tem uma espiritualidade própria. É importante para os enfermeiros avaliar e intervir quando necessário na dimensão espiritual que é inerente ao indivíduo. Entretanto, essa dimensão deve ser diferenciada do aspecto religioso e do comportamento psicossocial ¹³⁴. Ao longo dos anos foram descritas as várias funções que são competência dos enfermeiros, e com o passar dos anos tais funções foram ampliadas.

Stuart e Laraia em 1958 definiram essas funções em seu livro como:

Lidar com os problemas de atitudes, de humor e de interpretação da realidade dos pacientes; explorar pensamentos e sentimentos perturbadores e geradores de conflitos; usar os sentimentos positivos do paciente para com o terapeuta para propiciar o equilíbrio psicofisiológico; aconselhar os pacientes em emergências, incluindo pânico e medo; reforçar a parte saudável dos pacientes ¹³⁵.

Deve haver por parte da enfermagem uma maior sensibilidade para com os pacientes, pois eles se expressam entre a dor, o choro, e o silêncio as necessidades espirituais, sendo a espiritualidade uma dimensão do cuidar em enfermagem, pois o seu estado patológico incidu num contexto que se configura vivencialmente um desencadeamento do sofrimento ¹³⁶.

Entretanto, enquanto resposta ao processo de saúde/doença, um dos focos de atenção da intervenção do enfermeiro deve ser o sofrimento. Martins (2007), em sua revisão literária, conclui que as intervenções espirituais para os pacientes em sofrimento incluem o seguinte: encaminhar para o líder espiritual; rezar; respeitar as crenças e práticas religiosas; fomentar a fé dos doentes; estar presente; aumentar a esperança; proporcionar música; ouvir com atenção; falar e apoiar; respeitar a dignidade e privacidade; incentivar a procura de significado; leitura; contacto com familiares, amigos e natureza; toque terapêutico; meditação; imaginação guiada; humor ou riso. Estas intervenções foram verificadas, mais do que no campo do fazer, relacionam-se com um modo de estar e ser do enfermeiro, profundamente enraizado uma atitude ética de solicitude para com o sofrimento do outro e com a necessidade de encontrar sentido ¹³⁷.

Os enfermeiros precisam estar preparados para atender não somente os pacientes com limitações, mas também os seus familiares. Atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem nos ESF e as atitudes que visem apoiá-los e tratá-los de modo a valorizar não

¹³⁴ SELLI & ALVES. 2007; p.50.

¹³⁵ STUART, G.W.; LARAIA, T.M. *Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática*, 6ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. p. 744

¹³⁶ CALDEIRA, S; CASTELO BRANCO, Z e VIEIRA, M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Rev. Enf. Ref.*[online]. 2011, vol.serIII, n.5, pp. 145-152. Acesso em 04/03/2013.

¹³⁷ CALDEIRA, et al 2011, pp. 145-152.

apenas a doença, mas a pessoa como um todo, ou seja, de forma integral, de maneira que venha a favorecer a reinserção dos pacientes ao convívio social com medidas qualificadas¹³⁸.

Portanto, como define Stuart e Laraia, 2001.

A segurança física do paciente e de outras pessoas tem sido um dos aspectos mais importantes da prática da enfermagem psiquiátrica, processo esse que começa por uma cuidadosa avaliação dos riscos no momento da admissão e persiste no decorrer de todo curso do tratamento. As áreas comuns de riscos para tais pacientes incluem o potencial para a agressão ou violência, tentativas de suicídio, fugas, convulsões, quedas, reações alérgicas e doenças transmissíveis. Baseado nos dados da evolução é de responsabilidade do enfermeiro a seleção e implementação de precauções apropriadas de segurança ou protocolos de tratamento. A implementação inclui não apenas a realização de cuidados de enfermagem prescritos, mas também a explicação do risco avaliado e do plano de cuidados de enfermagem ao paciente, bem como a notificação a outros membros da equipe de enfermagem e da equipe de tratamento sobre o risco identificado¹³⁹.

Para Levin, (2003, p. 141),

“As implicações da fé, pura e simples, para a saúde e para a doença são intrigantes. Quer Deus ou dimensão espiritual sejam ou não objetivamente reais ou verdadeiros, e independentemente da nossa afiliação religiosa, da frequência com que assistimos aos serviços religiosos, do nosso culto ou da nossa crença, o mero fato de pensarmos ou afirmarmos que somos religiosos ou espiritualistas, ou simplesmente de termos fé ou confiança em Deus, num poder superior, ou nos princípios de uma religião, pode beneficiar a nossa saúde e o nosso bem-estar. A razão disso é o fato de que a fé religiosa pode nos dar esperança”¹⁴⁰.

É importante que profissionais de saúde investiguem a influência da religiosidade e espiritualidade na vida seus pacientes, e saibam lidar adequadamente com tais sentimentos e comportamentos. Um treinamento adequado é necessário para integrar espiritualidade e prática clínica. Profissionais de saúde devem identificar tais aspectos em sua avaliação. Na prática clínica, quatro questões são fundamentais para a investigação acerca do papel da religiosidade na saúde do paciente:

O paciente tem alguma forma de religiosidade ou espiritualidade? Qual a importância que o paciente atribui a estes aspectos da vida?

O paciente usa a religião ou a espiritualidade para ajudá-lo a lidar com sua doença ou essas são fontes de estresse?

¹³⁸ WAIDMAN, M. A. P et al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. *Acta paul. enferm.* [online]. 2012, vol.25, n.3, pp. 346-351. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300005>. Acesso em 04/03/2013.

¹³⁹ STUART, G. W.; LARAIA, T. M. *Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática*, 6ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. p. 744.

¹⁴⁰ LEVIN, J. *Deus, fé e saúde: Explorando a conexão espiritualidade-cura*. Editora Pensamento-Cultrix LTDA., São Paulo, 2003.

Pertence a uma comunidade religiosa? Caso afirmativo, esta tem sido fonte de apoio ou de conflitos?

Tem alguma crença espiritual que possa influenciar nos cuidados médicos?

Apresenta algum conflito ou questão espiritual que o preocupa? Tem alguém com quem conversar sobre estes tópicos? (p.ex.: um padre ou um pastor) ¹⁴¹.

3.3 O apoio da família ao paciente com depressão junto à equipe de enfermagem.

Relacionado ao cuidado da pessoa, em diálogo com a valorização da religião como dimensão integrante da vida e da terapia, é necessário também incluir a família do paciente no entorno terapêutico.

Os familiares da pessoa com transtorno mental, na maioria das vezes, se revelam carentes de informações quanto às formas de cuidado de seu ente, bem como a respeito da patologia. Em situações de agudização dos sintomas do transtorno mental, os familiares necessitam de ajuda profissional para orientá-los em diversos aspectos: jurídicos, de saúde e social. Assim, o cuidado de enfermagem deve ser estendido também à atenção aos familiares dos pacientes com comorbidade clínico-psiquiátrica no pronto atendimento¹⁴². A enfermagem, enquanto profissão fundamentada o objetivo de promover o cuidado tem na família um excelente espaço de atuação. A inserção do profissional de enfermagem na instituição hospitalar, por exemplo, atuando junto ao paciente em tempo integral, torna-se uma condição que lhe confere a oportunidade de realizar a extensão do cuidar, um cuidar extra-institucional e extra-individual, que se projete até a família do paciente, sua porção mais íntima e, geralmente, fonte de muitos de seus problemas emocionais ou mesmo físicos, os quais permanecem escondidos em relações familiares conflituosas. A extensão do plano assistencial à família é uma garantia do que o enfermeiro consegue quanto à continuidade do tratamento extra-hospitalar. Reciprocamente, tratar a família é tratar o indivíduo. “[...] famílias saudáveis, que dão apoio a seus membros, que são flexíveis a mudanças no seu funcionamento para atender a suas necessidades, têm permitido ao indivíduo doente manter aderência ao tratamento, possibilitando sua reabilitação e/ou recuperação da saúde ¹⁴³”.

¹⁴¹ C.f STROPPIA, 2008. p.08.

¹⁴² PAES, M. R. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico psiquiátrica no pronto atendimento de um hospital geral. 144fls. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2009. Acesso em 16/06/13.

¹⁴³ MACEDO, V. C. D e MONTEIRO, A R. M. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2004, vol.13, n.4, pp. 585-592. ISSN 0104-0707. Acesso em 22/05/2003.

A depressão tem alto impacto na vida do paciente e de seus familiares, com significativo comprometimento nos aspectos sociais, ocupacionais e em outras áreas de funcionamento¹⁴⁴.

A família é conceituada como um sistema formado por valores, crenças, conhecimentos e práticas que direcionam suas áreas na promoção da saúde de seus integrantes, zelando pela prevenção e o tratamento da doença. Intrínseco ao conceito de família como sistema estão o processo de cuidar, no qual a família define estratégias a seguir em caso de queixas ou sinal de mal-estar. A presença do sofrimento mental no ambiente familiar provoca mudanças nas rotinas, hábitos e costumes da família. Com o impacto do diagnóstico, a necessidade de adaptação em uma nova situação, o estigma social, a dependência e as implicações da cronicidade do quadro clínico podem produzir sobrecarga, conflitos, sentimentos de incredulidade, perda do controle e medo, visto que a família vivencia uma situação de desgaste¹⁴⁵.

A avaliação e a identificação de sinais indicativos de ansiedade e de episódios depressivos em familiares de pacientes internados constituem uma importante função do enfermeiro, visto que familiares extremamente ansiosos ou deprimidos podem não suportar a pressão imposta pela hospitalização e pela doença, e começar a transferir seus medos, suas preocupações e tristezas para o paciente (o que pode interferir de forma negativa no tratamento¹⁴⁶).

O medo da morte, as incertezas relacionadas ao prognóstico e ao tratamento, os conflitos emocionais, a preocupação com a condição financeira, as alterações de papel e a quebra de rotina podem gerar ansiedade e depressão em alguns membros da família. O enfermeiro, normalmente envolvido com o cuidado e com o atendimento das necessidades do paciente, pode não perceber a angústia, o medo e o sofrimento vivenciados pelos familiares. É fundamental que a equipe de saúde esteja preparada para estabelecer um relacionamento de empatia e de confiança com a família. Para tanto, È necessário que esses profissionais se

¹⁴⁴ POWELL, V. B; ABREU, N; OLIVEIRA, I. R. and SUDAK, D. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2008, vol.30, suppl.2, pp. s73-s80. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004>. Acesso em 07/03/2013.

¹⁴⁵ BORBA, L. O; CHWARTZ E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm* 2008;21(4):588-94. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>. Acesso em 07/03/2013.

¹⁴⁶ MARUITI, M. R; GALDEANO, L. E and FARAH, O. G. D. Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta paul. enferm.* [online]. 2008, vol.21, n.4, pp. 636-642. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400016>. Acesso em 07/03/2013.

comunique de forma adequada, a fim de retirar dúvidas e satisfazer a necessidade de informação dos familiares¹⁴⁷.

Segundo a OMS (2012), a família tem papel principal no tratamento do paciente, pois ela tende a assegurar que a pessoa com depressão esteja em tratamento com um médico psiquiatra da confiança da família e do paciente. Procurar ajuda e não esperar a doença piorar. Paciência é fundamental, muitas vezes a convivência com pessoa deprimida fica muito difícil, é preciso ser paciente. É preciso entender que depressão é uma doença, a pessoa não está neste estado porque escolheu estar assim. Por isso o tratamento com médico psiquiatra é tão importante. Saber ouvir, por mais cansativo que seja, é importante dar atenção à pessoa deprimida, mostre a ela que você entende que ela passa por um momento difícil e destaque a importância de cumprir o tratamento conforme as orientações médicas¹⁴⁸.

A família representa um núcleo de integração do ser humano e como tal deve ser buscada e abordada, defendendo-se o aspecto da importância e necessidade da manutenção da saúde mental como forma de inclusão e participação da família nos processos de cura e ou recuperação dela e de seus membros.

Acredita-se que a saúde mental possa ser alcançada por meio de relações intrafamiliares saudáveis, construídas com interações sócioafetivas eficientes e viabilizando bem-estar físico, biopsicossocial, emocional e espiritual. Muitas vezes, quando são desenvolvidos estudos sobre famílias, as dimensões descritas na literatura quanto aos papéis assumidos pela família diante de seus membros e o desenvolvimento de suas potencialidades promovendo e estimulando trocas sócioafetivas parecem não serem identificadas, na prática, em algumas famílias estudadas. Esta percepção dos fatos revela um grande desafio “[...] como articular as idéias que possuímos sobre família com a apresentação desse grupo no viver cotidiano¹⁴⁹”.

O nível sócio-econômico e cultural e mesmo intelectual das famílias pode torná-las muito limitadas. A união, e muitas vezes desunião, de pessoas morando sob o mesmo teto, convivendo ou suportando umas às outras, reflete bem pouco o que se compreende por família enquanto estrutura sócioafetiva ou medida de saúde individual e comunitária¹⁵⁰. Porém, muitas vezes a família não se sente preparada para lidar com a pessoa com transtorno mental, fato que pode iniciar um processo de culpa, sobrecarga, pessimismo e isolamento

¹⁴⁷ MARUITI et al, 2008, p.637.

¹⁴⁸ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Disponível em <<http://www.neuroestimulacao.com.br/blog.php?ver=25>> Acessado em 22 de Maio de 2013.

¹⁴⁹ MACEDO & MONTEIRO, 2004, p.592.

¹⁵⁰ MACEDO & MONTEIRO, 2004.

social, consequências do sofrimento que o transtorno imprime, tanto para a família quanto para a pessoa que adoece¹⁵¹.

A doença mental ainda é carregada de estigma e atinge todos os membros da família e os próprios familiares que trazem consigo (pre) conceitos e até procuram se afastar da sociedade para evitar maiores sofrimentos, vivenciando um misto de desconfianças, desrespeito e desprezo, desacreditando que essas pessoas sejam capazes de assumir responsabilidades, ou seja, que são cidadãos e têm o direito de exercer seus direitos como cidadãos. Entende-se, portanto, a importância do envolvimento da família em todo o processo de inclusão social e reabilitação do indivíduo com sofrimento mental, mas ainda existem muitas dificuldades enfrentadas por estes familiares. Eles se mostram desorientados, sem um serviço de referência que possa apoiá-los e orientá-los sobre a melhor maneira de assumir esta situação, sem suporte psicossocioeconômico diante de tantas mudanças¹⁵².

Nesta perspectiva, cabe ressaltar a necessidade que a família tem de ser orientada sobre o que está ocorrendo com o paciente e estimulada a participar de tudo o que possa vir a ajudar na recuperação da pessoa com transtorno mental. De modo especial, ressalte-se o fato de que para algumas práticas religiosas, a doença mental é um tabu ou fruto de um mal-estar religioso. Em casos assim, é necessário que o profissional da enfermagem saiba lidar com as crenas da família de modo tolerante, mas, ao mesmo tempo, capaz de proporcionar recursos para a família lidar com a situação depressiva. Entende-se que a família ocupa papel primordial na ressocialização da pessoa com transtorno mental, e ela tem o interesse de desenvolver esse papel, podendo fazê-lo de forma atuante. Mas isso só poderá acontecer se estiver preparada para a função¹⁵³.

¹⁵¹ SOUZA, R. C.; SCATENA, M. C. M. Produção de sentidos acerca da família que convive com o doente mental. *Rev. Latino-am Enferm. Ribeirão Preto*, v. 13, n. 2, p.173-9. 2005. Acesso em: 16/06/13.

¹⁵² BRUSAMARELLO, T. Cuidado de enfermagem com familiares e pessoas com transtorno mental na extensão universitária. 134f. (Dissertação) Mestrado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 2011. Acesso em: 16/06/13.

¹⁵³ BRUSAMARELLO, 2011, p. 39.

CONCLUSÃO

O estudo apresentado configurou-se como uma pesquisa de campo em que foi utilizada como método de produção de informações através de questionário. A preocupação central desse estudo esteve dirigida à interação entre religião e depressão sob a ótica do profissional da saúde, com ênfase na saúde mental e enfermagem.

A atenção ao paciente deprimido que busca ajuda na rede básica (primária) deve ser vista com maior rigor, pois a depressão em grau avançado pode fazer com que as ideias suicidas estejam presentes fazendo que o indivíduo atente contra sua própria vida. Tendo a consciência desta possibilidade é que o presente trabalho visa contribuir para a atenção a e o cuidado destes sujeitos em questão.

Considerando-se que o enfermeiro é o profissional que conduz muitas ações na equipe que presta serviço no CAPS II, é importante que ele esteja habilitado para o desenvolvimento de atividades e cuidados na atenção à saúde mental que visem a reforçar o cuidado, sem deixar de verificar a questão da espiritualidade, como é preconizado, pois devemos olhar o cliente como um todo, procurando atender todas as suas necessidades.

Considero importante, salientar que a falta de conhecimento adequado do enfermeiro e demais profissionais da rede básica de saúde, neste caso o (CAPS II), que presta assistência/cuidados em saúde mental sugere reflexões acerca da possível relação entre as ações da equipe multiprofissional com sua formação profissional, no que diz respeito à questão da espiritualidade dos usuários deste serviço oferecido pelo Centro Psicossocial de Atenção, como sendo objeto deste estudo destaco os usuários acometidos pela depressão, portanto, esses aspectos podem e devem ser trabalhados com uma educação continuada focando a importância da valorização da fé de cada um visando os benefícios que esta interação os traria juntamente com seu tratamento.

Em pesquisa realizada por Silva et al 2003¹⁵⁴ em rede básica de saúde (ESF) os resultados mostraram que os enfermeiros, em contato direto com o portador de transtorno mental no seu trabalho, não sabem identificar pacientes com sintomatologia depressiva, assim como não observam esses indicadores nos pacientes por eles atendidos. Muitos não entendem que seja sua tarefa fazer essa identificação, eximindo-se da responsabilidade de identificar ou de manejar terapêuticamente o portador desse transtorno. Quando identificam os casos, nem todos os encaminham para tratamento especializado, e muitos consideram que sua tarefa

¹⁵⁴ SILVA, 2003, p. 12

limita-se à orientação medicamentosa, para melhorar a adesão ao tratamento. O presente estudo constata situação semelhante, pois apesar da pesquisa anterior ter sido realizada há 10 anos pouca coisa ou nada mudou para contribuir com o bem estar dos deprimidos que buscam ajuda nas redes básicas fora dos CAPS, pois foi perceptível que a parte da espiritualidade nem se quer foi citada.

A pesquisa nasceu da necessidade de responder à pergunta: de que forma os profissionais de enfermagem e demais profissionais da área de saúde junto aos pacientes com depressão tem utilizado da fé como auxílio no tratamento destes clientes?

A pesquisa foi realizada com pacientes de ambos os sexos, sendo que 63,63% de composto por mulheres e 36,37% composto por homens. Ainda dentro deste contexto, quando perguntado a causa mais provável da depressão 9,1% responderam que foi devido a desemprego e separação, 45,5% teve como motivo a doença, e em seguida com 18,2% tendo como causa principal da depressão a perda familiar, e juntamente com 18,2% disseram que não sabem e com 18,2% ficando com outras causas. Sobre o impacto da assistência de enfermagem em saúde mental com a pessoa acometida com depressão e sua interação com a religião, 72,70% relataram que essa associação entre a espiritualidade e a saúde tem efeito positivo na vida deles, e que se sentem melhor quando tal necessidade é percebida no âmbito de trabalho, e 27,30% responderam que são indiferentes a esta questão, ou seja, tanto faz.

Segundo os dados colhidos em pesquisa, a maioria dos envolvidos disse que sua espiritualidade em conjunto com tratamento sobre o olhar e o apoio dos profissionais de saúde mental e demais profissionais tem eficácia, segundo os mesmos “é como um alívio, alguém chega fala de Deus, ora, segura na minha mão é diz que tem jeito, não é o fim... pois Deus é bom” “Me sinto bem com isso”. No entanto, faltam profissionais que os ajudem ou incentive a devotar melhor à sua fé. Pois, observa-se que está área da vida humana é totalmente esquecida, como se não houvesse valor, ou não fizesse parte da vida das pessoas.

Em linhas gerais, na condição de pesquisadora percebi a necessidade de se trabalhar mais a espiritualidade de cada um, ficou evidente em cada fala o desejo de ser implementado na unidade um grupo que possa estar trabalhando com a espiritualidade deles, pois alguns relatarão que não é possível ir até uma congregação porque não sabem ir sozinho, outros os familiares não deixam ou não levam, e ainda existem aqueles que não têm ânimo para sair de casa por está sobre efeito de medicamentos. Em outras palavras, o profissional da área de saúde não deve menosprezar a importância da espiritualidade do paciente e, de um ponto de vista positivo, deve procurar nessa espiritualidade – seja ela qual for - recursos que possam contribuir com a terapia.

Mediante as dificuldades e obstáculos apresentados pelos entrevistados, proponho que as barreiras sejam removidas, primeiramente que se faça uma reunião com a coordenação onde a pauta da mesma seja a necessidade de trabalhar com os usuários do CAPs que são acometidos de depressão, onde será proposta a formação de um grupo com o intuito de trabalhar a identidade deles no que se refere à espiritualidade/fé interagindo com seu tratamento.

Enfim, vale a pena por em destaque que, para haver mudança, é imprescindível que todas as partes envolvidas estejam em sintonia, focadas em um mesmo objetivo e com a mesma visão, que é o bem estar do paciente. Sendo assim, percebo que será necessária a construção de confiança, de conquista do sujeito dia após dia e que os vínculos sejam firmados para que se torne possível o desenvolvimento desta etapa de trabalho, em que ocorre a construção diferenciada de cuidado à pessoa com transtorno mental e seus familiares, ao mesmo tempo em que se mostra como uma rede social de apoio ao possibilitar a ajuda mútua por meio de atividades que visam à integração entre o saber científico e os saber popular e o maior dos saberes aquele que vem do alto, e que tais saberes em junção possam ser marcado através do diálogo onde a visão de cada um dos sujeitos seja trabalhada de forma que venha contribuir com sua terapêutica institucional.

REFERENCIAS

ALVES, P. C. B., *Medical Culture System: The Social Dimension of Sickness. Tese de Doutorado, Liverpool*: University of Liverpool, 1990.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4 ed. Texto Revisado. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

AROS, M. S e YOSHIDA, E. M. P. Estudos da depressão: Instrumentos de avaliação e gênero. *Bol. psicol* [online]. 2009, vol.59, n.130, pp. 61-76.

BETEGHELLIP; TOLEDO, V. P; CREPSCHI, J. L. B; DURAN, E. C. M. Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de saúde mental. *A Revista Eletrônica de Enfermagem* v. 07, n. 03, p.334-343, 2005. Acesso em: 16/06/13.

BORBA, L. O; SCHWARTZ E; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. *Acta Paul Enferm* 2008;21(4):588-94. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a09v21n4.pdf>. Acesso em 07/03/2013.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. **Manual for Beck Depression Inventory – II**. San Antonio. TX: Psychological corporation, 1996.

BECK, J. S. **Terapia Cognitiva: Teoria e Prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.

BEZERRA, P. R. C. **A estatística na organização hospitalar**. Monografia (Graduação em Estatística) – Centro de Ciências Exatas e da Terra, Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, Natal, 2002.

BORBA, V. R. **Do planejamento ao controle de gestão hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

CALDEIRA, S; CASTELO BRANCO, Z. e VIEIRA, M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Rev. Enf. Ref.*[online]. 2011, vol. ser III, n.5, pp. 145-152.

CALIL, H. M.; PIRES, M. L. N. Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 5, set./out. 1998.

CARTA DE OTAWA. **Ottawa 21 de novembro de 2486**. Disponível em <http://www.saudeemovimento.com.br/profissionais/legislation/index>. ht Acesso em 18 de Set., 2012.

CATAÑO, C. R. Depressão, ansiedade e transtorno do estresse pós-traumático em mulheres que vivenciaram um episódio de morbidade materna grave. *Tese de doutorado*. Ribeirão preto, 2011.

CORRÊA D. A. M. **Religião e saúde: um estudo sobre as eapresentações do fiel carismático sobre os processos de recuperação de enfermidades nos grupos de oração da rcc em Maringá**, v. 5, supl., p. 134-141. 2006.

COSTI, M. **A influência da luz e da cor em salas de espera e corredores hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.

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

DEL PORTO, J. A. Conceito e diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 1999, vol.21, supl.1, pp. 06-11.

DIAS, L. M. C et al. Qualitativo e quantitativo: evidenciando a Enfermagem como ciência e arte do cuidado. *Rev. de Pesq.:* cuidado é fundamental. Rio de Janeiro, 2004.

ESTEVES, F. C. e GALVAN, A. L. **Depressão numa contextualização contemporânea**. *Aletheia* [online]. 2006, n.24, pp. 127-135.

ENGBRECHT, S. **Aprendendo a lidar com a depressão**. São Leopoldo: Sinodal, 2001.

FACÓ, M. L. **Um Mosaico da Depressão: dos Sujeitos Singulares aos Transtornos Universais**. São Paulo: Escuta, 2008.

FEITROSA F. A, CASTRO R. C. B. R. **Atividades terapêuticas em hospitais psiquiátricos: papel do enfermeiro**. Ver *Enferm UNISA* 2005; 6: 23-31.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Ed. Forense, 1979.

FREY, B. N; MABILDE, L. C e EIZIRIK, C. L. A integração da psicofarmacoterapia e psicoterapia de orientação analítica: uma revisão crítica. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2004, vol.26, n.2, pp. 118-123.

FUREGATO, A. R. F et al. Alunos de graduação em enfermagem: conhecimento e opinião sobre depressão. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2006 jan/mar; 14(1):80-6.

GAIL, W. S; MICHELE, T. L (2001) – **Enfermagem psiquiátrica: princípios, prática**. 6.^a ed., Porto Alegre, Artes Médicas.

GÓES, R. **Manual de Arquitetura Hospitalar**. São Paulo: Edgard Blucher, 2004.

GOMES, A. M. A. **Eclipse da alma**. A depressão e seu tratamento sob o olhar da psicologia, da psiquiatria e do aconselhamento pastoral solidário. São Paulo: Fonte, 2010.p. 125-249.

GORENSTEIN, C; SCAVONE, C. Avanços em psicofarmacologia - mecanismos de ação de psicofármacos hoje. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 1999, vol.21, n.1, pp. 64-73.

GRESCHAT, Hans-Jürgen. O que é ciência da religião? Trad. Frank. Usarski. São Paulo: Ed. Paulinas, 2005.

GUTIERREZ, P. R; OBERDIEK, H. I. Concepções sobre a Saúde e a Doença. In: ANDRADE, S. M. de; SOARES, D. A; CORDONI JUNIOR, L. *Bases da saúde coletiva*. Londrina: UEL, 2001.

http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2009/09/090902_depressao_oms_cq.shtml

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7 ed. São Paulo: Artmed, 2003.

LAPLANTINE, F. & RABEYRON, P. **Medicinas Paralelas**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes 1991.

LEAO, F. C e LOTUFO NETO, F. Uso de práticas espirituais em instituição para portadores de deficiência mental. *Rev. psiquiatr. clín.* [online]. 2007, vol.34, suppl.1, pp. 54-59.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002. 294 p.

LOTUFO-NETO F. *Psiquiatria e religião - a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997.

MACEDO, V. C. D. e MONTEIRO, A. R. M. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. *Texto contexto - enferm.* [online]. 2004, vol.13, n.4, pp. 585-592. ISSN 0104-0707.

MARTINS, H. H T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educ. Pesqui.* [online]. 2004, vol.30, n.2, pp. 289-300.

MARUITI, M. R; GALDEANO, L. E and FARAH, O. G. D. Ansiedade e depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivo. *Acta paul. enferm.* [online]. 2008, vol.21, n.4, pp. 636-642. ISSN 1982-0194. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400016>.

MENDES, M. H; FREITAS, V. A; GOMES, E. T. Consulta de enfermagem: uma prática necessária aos indivíduos com transtornos mentais *Revista Enfermagem Integrada* – Ipatinga: Unileste-MG-V.2-N.1-Jul./Ago. 2009.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa de saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

MOREIRA-ALMEIDA, A. o crescente impacto das publicações em espiritualidade em saúde e o papel da revista psiquiátrica clínica. *Rev Psiq Clín.* 2010;37(2):41-2

MORENO, R. A; MORENO, D. H. e SOARES, M. B. M. Psicofarmacologia de antidepressivos. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 1999, vol.21, suppl. 1, pp. 24-40.

MURAKAMI, R; CAMPOS, C. J. G. Religião e saúde mental: desafio de integrar a religiosidade ao cuidado com o paciente. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2012, vol.65, n.2, pp. 361-367.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Disponível em <<http://www.neuroestimulacao.com.br/blog.php?ver=25>> Acessado em 22 de Maio de 2013.

OTEGA, N. J. (Org.). **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência.** Porto Alegre: Artmed, 2006.

PAIVA, G. J. Aids, Psicologia e religião: o estado da questão na literatura psicológica. Psicologia: *Teoria e Pesquisa*, 1998.

PAIVA, G. J. Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estudos de Psicologia I Campinas* 24(I) I 99-104 Janeiro – março 2007

PAIXÃO, V. **Páginas de história da enfermagem.** Rio de Janeiro Brucino Buccini, 1987.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D.R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual / *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1; p.126-135, 2007.

PERES, M. F. P. ARANTES, A. C. L. LESSA, P. S. CAOUS, C. A. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Peres, M.F.P. et al. / Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1; 82-87, 2007

PEREIRA, M. T. L. N. Por uma Psicologia de Corpo e Alma. Dissertação de Mestrado não publicada. *Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, Universidade Federal de Sergipe.* Aracaju, SE, 1997.

POWELL, V. B; ABREU, N; OLIVEIRA, I. R de and SUDAK, D. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2008, vol.30, suppl.2, pp. s73-s80.

RANGÉ, B. **Psicoterapia Cognitiva e Comportamental de Transtornos Psiquiátricos.** Campinas: Editorial Psi (1995).

RIBEIRO, A. B. C. **Administração de pessoal nos hospitais.** 2. ed. São Paulo: FENAME, 1977.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, A. religiosidade e a espiritualidade e o consumo de drogas. S.A. / *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1; 73-81, 2007.

SANTA CLARA, C. J. S. Melancolia: da antiguidade à modernidade - uma breve análise histórica. *Mental* [online]. 2009 vol.7, n.13, pp. x-x.

MINISTÉRIO DA SAÚDE: Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. *Relatório de Gestão 2007-2010*. Brasília. Janeiro de 2011.

SAÚDE MENTAL NO SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: *Ministério da Saúde*, 2004.

SHAW, C. **Evaluating accreditation**. *International Journal for Quality in Health Care*. v. 15, 2003.

SADOCK, B. J. SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Tradução Claudia Dornelles..[et al.] 9 ed.Porto Alegre: Artmed, 2007.

SELLI, L; ALVES. J. S. O cuidado espiritual ao paciente terminal no exercício da enfermagem e a participação da bioética. *Centro Universitário São Camilo* . 2007;1(1):43-52.

SHAROVSKY, L. L. **Análise de sintomas depressivos e ansiosos nas variáveis clínicas da síndrome**. São Paulo, 2010.

SILVA, M. C. F; FUREGATO, A. R. F and COSTA JUNIOR, M. L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2003, vol.11, n.1, pp. 7-13. ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000100002>. Acesso em 16/06/13.

STROPPA, A; MOREIRA-ALMEIDA, A. Capítulo Publicado em: **Saúde e Espiritualidade: uma nova visão da medicina**. Mauro Ivan Salgado & Gilson Freire (Orgs.). Belo Horizonte: Inede, 2008. (pp.: 427-443)

STUART, G.W; LARAIA, T. M. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.

TRENTINI M, P. L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial de saúde-enfermagem**. Florianópolis: Insular; 2004.

TEIXEIRA, C. et. al. SUS, modelos assistenciais e Vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, ano VII, no. 2, abril/jun 1998.

TEIXEIRA, J. P. L. **A relação terapeuta-paciente: uma abordagem Crítica a partir da religião cristã**. 2008.

TOMASSO, C. S; BELTRAME, I. L. and LUCCHETTI, G. Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2011, vol.19, n.5, pp. 1205-1213.

VIEIRA, C. A. Depressão: experiência de pessoas que a vivenciam na pós-modernidade. *Dissertação (Mestrado em Enfermagem* – Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2005.

XIMENES NETO, F. R.; FELIX, R. M. S.; OLIVEIRA, E. M; JORGE, M. S. B. Concepciones, conocimientos y prácticas de los enfermeros al cuidado de los sujetos con diagnóstico de depresión: una mirada al territorio de la atención primaria en salud. *Enferm. glob.* [online]. 2009, n.16, pp. 0-0. ISSN 1695-6141. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412009000200006>.

WANNMACHER, L. **Depressão maior: da descoberta à solução?** Organização Pan-Americana de Saúde. v.1, n.5, 2004.

WAIMAN, M. A. P et al. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. *Acta paul. enferm. [online]*. 2012, vol.25, n.3, pp. 346-351.

APÊNDICES

APÊNDICE A

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

A Coordenado (a) geral do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de Itaperuna- RJ.

Venho por meio desta, solicitar a V.S^a. autorização para desenvolver, no setor de Saúde mental desta Instituição, a pesquisa “interação entre religião e depressão sob a ótica do profissional da saúde, com ênfase na enfermagem” que dará origem a uma Dissertação de Mestrado.

Este projeto tem como objetivos: Descrever os conceitos entre depressão e religiosidade na prática hospitalar e na saúde mental; Descrever de que forma o tratamento a pacientes com depressão podem ser eficazes utilizando psicofarmacos e a interação religiosa; Analisar o apoio da família ao paciente com depressão junto à equipe de enfermagem; Analisar criticamente, a questão da assistência da enfermagem tendo como subsídio a religião junto ao processo do cuidar; Explicar o papel dos profissionais da enfermagem nas atividades desenvolvidas nas instituições que tratam a depressão; Analisar os benefícios da religião aplicada aos clientes depressivos, através da palavra fundamentada nas escrituras bíblicas. Em linhas gerais, visa contribuir com a ação do enfermeiro no contexto da depressão e religião e com a ampliação das possibilidades de autonomia do cliente em cuidar de si. Objetivos gerais: descrever estratégias atuais de abordagem de pacientes com depressão, baseadas na literatura científica, enfatizando medidas relacionadas à espiritualidade e à religiosidade.

Em linhas gerais, visa contribuir com a ação do enfermeiro no contexto da depressão/saúde e religião e com a ampliação das possibilidades de autonomia do cliente em cuidar de si.

A pesquisa, que deverá ter a duração de dois anos, terá como sujeitos clientes depressivos acompanhados no CAPS II. A produção de dados será conduzida por encontros individuais periódicos, através de entrevista semi-estruturada e observação de campo. Os sujeitos também responderão a um questionário de identificação com a finalidade de caracterizá-lo sócio economicamente e clinicamente com dados sobre a depressão. Para discussão com os sujeitos sobre a temática, poderão ser utilizados panfletos, fotos e outros materiais ilustrativos que auxiliarão no processo de educar-cuidar.

Certa de contar com o apoio de V.S^a coloco-me à disposição para os esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Adriana Araujo de Souza Santos
FACULDADE UNIDA-ES.

Ana Maria Ferreira Soares
Coordenador (a) Geral em saúde mental do Município de Itaperuna-Rj.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você foi selecionado (a) e está convidado (a) para participar de uma pesquisa sobre interação entre religião e depressão sob a ótica do profissional da saúde, com ênfase na enfermagem. A finalidade é discutir com você sobre sua relação com a depressão/religião, ou seja, avaliar até que ponto ela tem influencia positiva ou negativa na sua vida.

A pesquisa será realizada em dois anos e se configura em uma Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Faculdade Unida – Estado do Espírito Santo-ES. Em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase da pesquisa. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com a Instituição.

Você participará desta pesquisa individualmente e ou em grupo de dizendo o que sabe e/ou como é seu relacionamento mediante a depressão/religião. Nos encontros com você, poderão ser utilizados panfletos, fotos e outros materiais ilustrativos a fim de colaborar com a discussão.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras ou de outra natureza.

Não haverá risco de qualquer natureza seja ele: físico, mental ou moral. Porém, com a sua participação os benefícios em relação ao ensino e assistência de Enfermagem poderão ser muito grandes, pois na pesquisa serão enfocados os aspectos da educação em saúde no ambiente sobre sua patologia. Deste modo, a pesquisa também poderá trazer benefícios com as orientações prestadas.

Pesquisadora: Adriana Araujo de Souza Santos
Orientador: Profº Drº Julio Paulo Tavares Zabatiero

Itaperuna - RJ, ____ de _____ de _____.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li e/ou foram lidas para mim sobre o estudo citado.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizadas, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo.

Voluntário (a): _____.

APÊNDICE C
QUESTIONÁRIO

Dados de identificação:

Nome: _____

Idade: _____

Sexo: _____

Escolaridade: _____

Data: ___/___/___

Questionário sobre o processo saúde/depressão/religião.

1. O que você acha que desencadeou esse processo de depressão na sua vida?
 - a. Desemprego b- separação conjugal c- perda de um ente querido d- doença e- não sabe o motivo f- outros.

2. Você tem alguma religião?
 - a. sim b- não

3. Qual é a sua religião?
 - a. Evangélico b- Católico c- Espírita d- Ateu e- Outros.

4. Nos momentos de crise depressiva acentuada qual a importância da religião em sua vida, qual o impacto que ela tem sobre você?
 - a. Positivo b- Negativo c- Indiferente

5. Com relação aos cuidados prestados pelo profissional de saúde sobre tudo o enfermeiro (a), como se sente quando ele (a) traz uma palavra de conforto embasado na religião?
 - a. Me sinto melhor b- Não gosto c- Indiferente.