

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC**  
**PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM URGÊNCIA E EMERGENCIA**

**JAICIANA RAMOS VIEIRA**

**ASSISTÊNCIA DA EQUIPE MULTI PROFISSIONAL EM PACIENTES  
COM DEPRESSÃO ATENDIDOS NO PRONTO SOCORRO**

**CRICIUMA**

**2012**

**JAICIANA RAMOS VIEIRA**

**ASSISTÊNCIA DA EQUIPE MULTI PROFISSIONAL EM PACIENTES  
COM DEPRESSÃO ATENDIDOS NO PRONTO SOCORRO**

Monografia apresentada ao Setor de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de especialista em Assistência de Enfermagem em Urgência e Emergência.

Orientadora: Prof. MSc. Maria Tereza Soratto.

**CRICIUMA**

**2012**

## **AGRADECIMENTOS**

E especial aos meus pais, que sempre me apoiaram em tudo. A professora Maria Tereza Soratto que me auxiliou no desenvolvimento deste trabalho, e a todos meus de trabalho.

**A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é o tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus. É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes."**

**(Florence Nightingale).**

## RESUMO

A depressão é doença complexa e difícil de ser diagnosticada, e pode ser confundida com outras doenças emocionais. A depressão tem várias maneiras e forma diferentes de se manifestar, os pacientes chegam a emergência em crise, buscando atenção e ajuda para solução de seu problema. O presente estudo objetivou conhecer como ocorre a assistência aos pacientes com depressão, na emergência hospitalar. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de campo e descritivo-exploratória. Foram entrevistados quatro profissionais da equipe atuante na emergência, sendo um médico, um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, seguindo-se os princípios éticos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram analisados a partir da categorização dos dados. As dificuldades de assistência ao paciente com depressão na emergência esta relacionado à falta de preparo e capacitação da equipe assistencial para o atendimento aos pacientes em sofrimento mental; além das crenças e preconceitos que envolvem a depressão. Em virtude da grande demanda de atendimento de pacientes na unidade de emergência, a equipe multiprofissional não consegue acolher adequadamente o paciente com depressão, de acordo com os princípios da Política Nacional de Humanização. Considera-se essencial o preparo e capacitação da equipe assistencial que atua no hospital geral para atender os pacientes em sofrimento mental e com depressão.

**Palavras-chave:** Depressão, assistência, equipe multiprofissional, Acolhimento

## ABSTRACT

The depression is complex and difficult illness of being diagnosed, and it can be confused with other emotional illness. The depression has several ways and different form to appear, the patients arrive the emergency in crisis, looking for attention and help for solution of his problem. The present study aimed at to know how it happens the attendance to the patients with depression, in the emergency hospital. It is a qualitative research, of field and descriptive-exploratory. Four professionals of the active team were interviewed in the emergency, being a doctor, a nurse and two nursing technicians. The data were collected through semi-structured interview, being followed the ethical beginnings of the resolution 196/96 of National Council of Health. The data were analyzed starting from the categorization of the data. The difficulties of attendance to the patient with depression in the emergency this related to the preparation lack and training of the team multiprofessional for the service to the patients in mental suffering; besides the faiths and prejudices that involve the depression. Because of the great demand of patients' service in the unit of emergency, the team multiprofessional doesn't get to welcome the patient appropriately with depression, in agreement with the beginnings of the National Politics of Humanization. He is considered essential the preparation and training of the team multiprofessional that it acts at the general hospital to assist the patients in mental suffering and with depression.

**Key-Words:** Depression, attendance, team multiprofessional, Reception.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**CAPS** – Centro de Assistência Psicossocial

**CID-10** – Código Internacional de Doenças

**DSM-IV** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders da Associação Psiquiátrica Americana

**NASF** – Núcleos de Apoio em Saúde da Família

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**SEPHG** – Serviço de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral

**SRT** – Serviços Residenciais Terapêuticos

**SUS** – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 DEPRESSÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 ASSISTÊNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA DEPRESSÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A DEPRESSÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>20</b>
<b>3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2 TIPO DE PESQUISA .....</b>	<b>20</b>
<b>3.3 LOCAL DE ESTUDO .....</b>	<b>20</b>
<b>3.4 SUJEITO DO ESTUDO.....</b>	<b>21</b>
<b>3.5 PROCEDIMENTOS E LEVANTAMENTOS DE DADOS. ....</b>	<b>21</b>
<b>3.6 ANÁLISES DE DADOS .....</b>	<b>22</b>
<b>3.7 ASPECTOS ÉTICOS .....</b>	<b>23</b>
<b>4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>24</b>
<b>4.1 APRESENTAÇÕES DO RESULTADO DA ENTREVISTA COM A EQUIPE DE ATENDIMENTO ATUANTE NO PRONTO SOCORRO .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1.1 caracterização do perfil da equipe de atendimento .....</b>	<b>25</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIA .....</b>	<b>38</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Os transtornos depressivos são um grave problema de saúde pública, pela alta prevalência na população e grande impacto na morbidade, mortalidade e qualidade de vida dos afetados (TENG; CEZAR, 2010; LOPEZ et al, 2011; SOARES; CAPONI, 2011; FLECK, 2012).

Apesar disso, a maioria dos pacientes segue sem diagnóstico ou sem tratamento adequado. Dificuldades diagnósticas como o reconhecimento da bipolaridade em pacientes depressivos e os preconceitos em relação às doenças mentais, por parte da equipe de saúde, devem ser conhecidas e contornadas na prática clínica (TENG; CEZAR, 2010).

Segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV), o transtorno depressivo maior, comumente chamado de depressão, caracteriza-se por um período mínimo de 2 semanas durante as quais predomina um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as atividades. O indivíduo também pode experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais, dentre os quais é possível citar: alteração no apetite, peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalia ou culpa; dificuldades para pensar, concentrar-se ou tomar decisões, ou pensamentos recorrentes sobre morte ou ideação suicida, planos ou tentativas de suicídio (LOPEZ et al, 2011).

A Organização Mundial da Saúde estima que em 2020 os transtornos depressivos serão a segunda maior causa de comprometimento funcional, perdendo apenas para as doenças coronarianas. Esta projeção, associada à alta prevalência de sintomas depressivos na população em acompanhamento por conta de doenças, reforça a necessidade da familiarização dos médicos de todas as especialidades com o diagnóstico e tratamento deste problema de saúde pública (MICHELON; CORDEIRO; VALLADA, 2008).

A depressão está associada a perda de dias de trabalho e queda na produtividade, piora da qualidade de vida, além do grave sofrimento psíquico e físico que pode levar à má evolução de doenças clínicas concomitantes e até a morte por suicídio. No Brasil, a depressão está associada a mais dias perdidos de trabalho, pior funcionamento no trabalho e é a maior causa de afastamento do trabalho (TENG; CEZAR, 2010).

Apesar dos enormes avanços científicos que abrangem estudos genéticos, neurobiológicos, psicossociais, sociológicos, econômicos e terapêuticos, os transtornos depressivos ainda são um desafio para a Psiquiatria e a Medicina, gerando um grande ônus para a sociedade e para os indivíduos afetados. (TENG; CEZAR, 2010).

A depressão esta associada a situações que requerem uma assistência emergencial ao paciente, como ansiedade, pânico, tentativa de suicídio e outros. Além disso o paciente depressivo pode possuir comorbidades, o que pode suscitar no agravamento do caso e a necessidade de atendimento no Pronto Socorro.

Segundo Louzã Neto (2010), a depressão é uma doença que se caracteriza por uma tristeza profunda e duradora, além de outros sintomas e que dispõe hoje de tratamento modernos para alívio do sofrimento.

Como enfermeira do hospital pesquisado constatou-se empiricamente um grande numero de pacientes com depressão atendidos no Pronto Socorro. Os motivos de atendimentos podem estar relacionados a crises de ansiedade, crises de hipertensão e tentativa de suicídio. A assistência de enfermagem ao paciente depressivo em crise é realizada de forma mecanizada, na ótica biomédica.

A partir destas reflexões tem-se como problema de pesquisa: - Como ocorre a assistência da equipe em pacientes com depressão no pronto socorro de um hospital de médio porte em um município do extremo sul de Santa Catarina?

Buscando identificar como ocorre a assistência da equipe de atendimento a pacientes com depressão, elencou-se como hipóteses:

- Não existe preparo adequado da equipe assistencial para atender pacientes com depressão;
- As crenças da equipe assistencial interferem no atendimento a pacientes com depressão;
- Os maiores motivos de atendimento aos pacientes depressivos no Pronto Socorro estão relacionados a ansiedade, tentativa de suicídio e crise hipertensiva;
- O Acolhimento não é realizado de acordo com os princípios da Política Nacional de Humanização.

- Diante da proposta da pesquisa tem-se como objetivo geral da pesquisa:
- Identificar como ocorre a assistência da equipe multiprofissional a pacientes com depressão em um hospital de médio porte de um município do extremo sul de Santa Catarina.

E como objetivos específicos:

Conhecer o perfil da equipe assistencial;

Identificar a capacitação da equipe multiprofissional para o atendimento do paciente depressivo em crise;

Identificar o conhecimento da equipe frente a depressão;

Conhecer os motivos do atendimento no pronto socorro a pacientes com depressão;

Identificar a conduta da equipe multiprofissional frente a esses casos;

Relacionar as crenças da equipe frente aos pacientes com depressão.

No primeiro capítulo foi realizado uma revisão bibliográfica sobre: conceito, fases e sintomatologia da depressão; prevenção da depressão - estratégias de enfrentamento da depressão.

No segundo capítulo, os procedimentos metodológicos, abordando os aspectos éticos, tipo de pesquisa, sujeito e local de estudo, levantamento de dados e procedimento para análise e interpretação dos dados.

No terceiro capítulo a Apresentação dos Resultados.

E no último capítulo as Considerações Finais.

## 2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

### 2.1 DEPRESSÃO

A depressão, enquanto evento psiquiátrico é algo bastante diferente: é uma doença como qualquer outra e que existe tratamento, sendo que é uma doença bastante comum. A cada ano, uma em cada vinte pessoas apresenta depressão. As chances de alguém ter uma depressão ao longo da vida são de cerca de 15%. Ela se manifesta mais frequentemente em adultos, embora possa ocorrer em qualquer faixa de idade, da criança ao idoso (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

A etiologia dos transtornos afetivos ainda não está bem esclarecida, sendo atribuídos múltiplos fatores como o hereditário, desenvolvimento psicológico e cognitivo fatores ambientais, como dieta, exposição a drogas neurotóxicas e hábitos que desafiam a homeostase dos ritmos biológicos (TENG; CEZAR, 2010).

Os critérios diagnósticos mais comumente empregados são os descritos no Código Internacional de Doenças 10ª Versão (CID-10) (OMS, 2003), definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), no capítulo F30-F39 (Transtornos do Humor ou Afetivos), e o sistema diagnóstico do DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders da Associação Psiquiátrica Americana (DSM-IV-TR, 2003). Estes sistemas definem dois níveis de diagnósticos: os episódios e os transtornos.

- Episódios afetivos são conjuntos de sintomas que ocorrem em determinado período de tempo;
- Transtornos afetivos são o conjunto de episódios que definem um padrão mórbido específico, representando o que mais se aproxima do conceito de doença afetiva.

O termo doença não é utilizado pela ausência de fatores etiológicos e fisiopatológicos claramente definidos (TENG, CEZAR, 2010).

Estudo sobre carga de doença relacionada à saúde mental em países em desenvolvimento considerou quatro tipos principais de transtornos: esquizofrenia e psicoses não afetivas, transtornos afetivos bipolares, transtorno depressivo maior e transtorno de pânico. A escolha por tais transtornos se deveu não apenas à carga de doença atribuída aos mesmos, mas também à disponibilidade de dados para avaliação de custo-efetividade de tratamentos associados. Inquéritos epidemiológicos em diversos países apresentaram prevalência ao longo da vida

variando de 0,3 a 1,6% para esquizofrenia, 0,1 a 2,0% para transtornos de humor, 4,2 a 17,0% para transtornos depressivos (depressão maior e distímia) e 2,2% a 28,5% para transtornos de ansiedade. No Brasil, a prevalência de transtornos mentais graves (psicoses, neuroses graves, transtornos de humor graves e deficiência mental com grave dificuldade de adaptação) na população é estimada em cerca de 3%. Assim, os números apontam para uma demanda de cerca de cinco milhões de pessoas, que necessitariam de cuidados contínuos e intensivos no âmbito da saúde mental. Além disso, em torno de 10 a 12% da população sofre de transtornos menos graves, mas que também necessitam de algum cuidado em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação e outras formas de abordagem. Estima-se que, até 2020, a carga dessas doenças terá atingido o patamar de 15%.(RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011).

A causa da depressão não é conhecida. Sabe-se que vários fatores podem contribuir para o seu surgimento. Que também tem um grande peso a hereditariamente o aparecimento da mesma, pode se dizer a doença começa após uma situação de estresse ou conflito persistente. A depressão tem como fatores de risco os principais são: História Familiar, Situação Estressante, sexo feminino, tentativas de suicídios. (BRUNNER & SUDDARTH, 2009).

Os principais sistemas de neurotransmissão que estão envolvidos no mecanismo de ação dos antidepressivos são a noradrenalina, a dopamina e a serotonina (TENG; CEZAR, 2010).

Os transtornos depressivos se manifestam por meio de humor deprimido na maior parte do tempo, o que é identificado na maior parte das vezes pelo sentimento de tristeza e tendência ao choro. Há também um desinteresse por atividades antes consideradas prazerosas nota-se uma redução no tempo destinado ao trabalho ou atividades rotineiras por desinteresse e/ou por uma sensação de fraqueza, cansaço, falta de energia o pensamento pode ficar lentificado e a capacidade de concentração e atenção prejudicadas o apetite pode estar reduzido ou aumentado a qualidade do sono fica comprometida, ocorrendo insônia ou hipersônia pode ocorrer uma diminuição da atividade motora, com prostração ou situações de inquietação o conteúdo do pensamento pode alterar-se, ocorrendo ideias de menos-valia, inutilidade, culpa, pessimismo pensamentos de suicídio e/ou planejamento suicida podem aparecer em quadros mais graves, inclusive com tentativas frustradas de suicídio. Em situações graves de depressão podem ocorrer

sintomas psicóticos, com alucinação e delírios. (CORDEIRO; VALLADA, 2008; TENG; CEZAR, 2010).

Teng; Cezar (2010) caracterizam os sintomas relacionados ao episódio depressivo: humor depressivo; anedonia; alterações no sono, repouso e apetite; diminuição da concentração e da atenção; fadigabilidade, cansaço excessivo; desânimo; sentimento de culpa; ideias de morte e de suicídio; alterações da psicomotricidade.

O humor depressivo se refere à tristeza frequente, a maior parte do tempo, em geral, não responsivo a estímulos positivos. Entretanto, não é necessário ter tristeza todo o tempo e existe a possibilidade de reatividade do humor depressivo em situações positivas na depressão atípica. Portanto, uma pessoa pode estar em pleno episódio depressivo grave e estar numa festa divertindo-se plenamente basta que tenha passado a maior parte do tempo depressivo ao longo das últimas duas semanas.

A tristeza pode ser mascarada por irritabilidade, consumo excessivo de álcool, preocupações hipocondríacas e fóbicas e comportamento histriônico. Nesta última situação, muitas vezes os médicos em geral e até psiquiatras podem ter sua atenção desviada e valorizar os aspectos histriônicos, que são muito evidentes e causam uma contratransferência negativa nos cuidadores e na equipe médica, com uma tendência à rejeição. Um paciente histriônico pode ter depressão, que se manifesta com exacerbação do comportamento histriônico, que aumenta a incapacitação e as relações interpessoais e, em geral, desaparece com um tratamento adequado.

A anedonia, perda da capacidade de sentir prazer, pode referir-se não só ao prazer sexual, como no prazer das atividades cotidianas. Deve ser avaliado perguntando-se quais atividades antes davam prazer regularmente e que se perderam com a depressão. Existem episódios depressivos em que a capacidade de sentir prazer não é alterada, principalmente na depressão atípica.

Os outros sintomas comuns são os vegetativos (sono perturbado e apetite diminuído), cognitivos funcionais (concentração e atenção reduzidas, fadigabilidade) e cognitivos de conteúdo depressivo (culpa, inutilidade, pessimismo, de morte e suicídio).

O sono perturbado pode acontecer tanto na insônia como no sono excessivo, o que importa é que a qualidade do sono percebida pelo paciente é muito ruim. A insônia pode ser inicial, como dificuldade em conciliar o sono intermediário, com sono entrecortado ou superficial ou terminal, com despertar precoce no meio da madrugada e piora das cognições depressivas.

O apetite diminuído pode não ocorrer nas depressões leves ou moderadas e, por vezes, ocorre aumento substancial do apetite, em especial para alimentos ricos em carboidratos. Em geral, as alterações de apetite acarretam variações significativas de peso, acima de 5% do peso corporal.

A diminuição da concentração e da atenção pode ser caracterizada pela dificuldade em leitura, pelo esquecimento de palavras ou fatos nas conversas e ineficiência geral da memória. Os pacientes em geral não se lembram na hora, mas conseguem lembrar depois de algum tempo o que tinham esquecido.

A fadigabilidade ou cansaço excessivo a esforços leves deve ser avaliado em relação à capacidade anterior ao quadro depressivo.

Atividades ou compromissos que antes não eram cansativos se tornam um peso dificilmente suportado.

As cognições depressivas são as ideias depressivas exageradas, como baixa autoestima e autoconfiança, culpa excessiva, sentimento de inutilidade, visão desolada e pessimista do futuro. Podem referir-se a situações verdadeiras da vida cotidiana e, geralmente, são vistas pelo paciente como justificáveis pelas circunstâncias. Deve-se perguntar se estas cognições já existiam antes do quadro depressivo ou se pioraram de intensidade e de frequência. Em geral, os pacientes admitem que tiveram problemas semelhantes ou mais graves no passado, mas não tiveram uma reação negativa tão pronunciada.

As ideias de morte e de suicídio devem ser sempre perguntadas aos pacientes pelos profissionais de saúde. São ideias que vão desde a vontade de sumir, de desaparecer, de ir para um lugar muito longe dos problemas até a ideia de que a morte pode ser bem-vinda, um descanso e, finalmente, para o planejamento franco. Essas ideias e planos muitas vezes são secretos, pois os pacientes têm vergonha de admitir, e são flutuantes e ambivalentes, com momentos de certeza de desejo de morte e momentos em que a vida é desejada.

As alterações da psicomotricidade podem ser representadas pelo aumento da atividade motora geral (agitação psicomotora), muitas vezes confundida

com ansiedade ou inquietação ou pelo seu oposto, que é mais fácil de ser associado com o quadro depressivo, que é a lentificação psicomotora. (TENG; CEZAR, 2010).

## 2.2 ASSISTÊNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA DEPRESSÃO

O sucesso do tratamento de um paciente com um episódio depressivo depende essencialmente da qualidade da relação médico-paciente. O paciente precisa confiar o suficiente no seu médico para que possa falar das suas inseguranças, fraquezas e sofrimentos mais íntimos. Da mesma forma, o médico precisa ser transparente e transmitir todas as informações sobre a doença, de forma que não assuste em demasia o paciente, apenas forneça ao paciente subsídios para que ele compreenda o que é a doença, quais são os requisitos para controlá-la no curto e longo prazo, além dos efeitos adversos esperados dos tratamentos propostos. A possibilidade de um contato frequente, mesmo que breve, ajuda muito na aderência do paciente ao tratamento e no estabelecimento de uma aliança terapêutica. Em alguns casos, é importante a presença de um familiar ou responsável para garantir a adesão, principalmente no início do tratamento (TENG; CEZAR, 2010).

Segundo Teng; Cezar (2010), para um bom planejamento do tratamento de um episódio depressivo se deve atentar aos seguintes cuidados:

1. Confirmar o diagnóstico de episódio depressivo;
2. Avaliar possíveis diagnósticos de outros transtornos psiquiátricos, especialmente transtorno do pânico, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos alimentares (bulimia) e sintomas psicóticos;
3. Avaliar possíveis doenças clínicas concomitantes, especialmente neurológicas, endocrinológicas, reumatológicas, doenças infecciosas como hepatite C e câncer;
4. Pesquisar medicamentos ou tratamentos informais (automedicação) que possam estar induzindo um episódio depressivo, como o uso de medicamentos para emagrecer ou de anti-hipertensivos;
5. Fatores ambientais, como suporte familiar e social, dificuldades profissionais e sociais, problemas econômicos.



Apenas o diagnóstico de episódio depressivo leve pode dispensar o tratamento medicamentoso, uma vez que as evidências mostrem respostas positivas equivalentes entre antidepressivos e placebo. Neste caso, o uso de antidepressivos deve ser cogitado apenas após orientação ao paciente e verificação da disponibilidade de terapia psicológica adequada.

Os principais tratamentos disponíveis atualmente são os tratamentos medicamentosos e as psicoterapias. Dentre os tratamentos medicamentosos, os psicofármacos antidepressivos são a opção mais amplamente utilizada (TENG; CEZAR, 2010).

Por conta da alta prevalência dos transtornos depressivos, recomenda-se que a presença de sintomas seja investigada ativamente em todos os pacientes hospitalizados ou atendidos em ambulatórios ou consultórios. Perguntas simples sobre como a pessoa percebe o seu humor, como está seu desempenho nas atividades que exerce ou sobre o interesse por coisas que habitualmente dariam-lhe prazer, podem servir como triagem para uma investigação mais aprofundada (CORDEIRO; VALLADA, 2008).

Os pacientes devem ser orientados quanto à natureza médica da depressão, sobre as possibilidades de tratamento e os aspectos envolvidos, como tempo de latência para início da resposta, possíveis efeitos colaterais e sua remissão após as primeiras semanas de uso, bem como sobre os riscos da ausência de tratamento. As informações passadas ao paciente melhoram a aderência e ajudam a suportar o período inicial de tratamento até que os benefícios apareçam aprofundada (CORDEIRO ; VALLADA, 2008).

De acordo com Brunner & Suddarth (2009) a assistência de enfermagem na depressão constitui-se de diálogo, apoio, aconselhamento e orientações:

- Conversar com seus pacientes sobre seus medos, frustrações, raivas e desesperos para poderem ajudar a aliviar a sua ansiedade até que o paciente possa entender a grande importância do tratamento.
- Estabelecer apoio e aconselhamento para reduzir o sofrimento.
- Explicar ao paciente sobre seu quadro clínico e sua doença de forma clara que ofereça um bom entendimento ao paciente que tem cura e é uma doença clínica.
- Estar atento as possíveis tentativas de suicídios.

Devido a aumento no serviço único de saúde (SUS) de casos diagnosticados de depressão, se faz necessário, que as políticas públicas de saúde investiguem tal realidade, para que se possa realizar diagnósticos precisos e no caso desse, compreender a realidade dessas pessoas em todas as suas alterações.

As políticas públicas de saúde têm um papel fundamental, não apenas no tratamento, mas principalmente na prevenção da depressão. A divulgação de informações conscientiza a população para a prevenção da depressão, e também para a procura de tratamentos adequados o quanto antes possível, facilitando no prognóstico daquela e viabilizando a não-marginalização dos indivíduos (INÁCIO, 2007).

### 2.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A DEPRESSÃO

A assistência psiquiátrica tem sofrido modificações profundas em seus conceitos. Isto delinea novos saberes e práticas a serem constantemente revistas e estudadas no contexto da realidade local e assim pode-se avançar na construção de estratégias, passíveis de propiciar maior suporte à demanda em saúde mental (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

A rede de atenção à saúde mental no Brasil preconiza uma série de serviços que devem funcionar de forma articulada para maximizar a autonomia e a cidadania da pessoa com sofrimento psíquico e depressão, especialmente, aquelas egressas de hospital psiquiátrico, assim como, reduzir o índice de primeiras internações e/ou reinternações psiquiátricas.

Segundo o Regimento da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial - atualmente, a rede de serviços e equipamentos em saúde mental dispõe de: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I e II, CAPS III, CAPSad, CAPSi); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), subsidiados pelo Programa De volta para casa, que oferece auxílio financeiro para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos; Centros de Convivência e Cultura; leitos de atenção integral em Hospitais Gerais e nos CAPS III; Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares e Psiquiatria; Programa Permanente para Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica; Supervisão Clínico-Institucional dos CAPS; Programa Nacional de Avaliação; a estratégia de Apoio Matricial em Saúde Mental, e os Núcleos de Apoio em Saúde da Família-NASF.

A rede, portanto, é constituída por serviços, políticas e estratégias, intenções e gestos fundamentais para a exequibilidade da Reforma Psiquiátrica brasileira, e, conseqüentemente, para a realização de um processo de desinstitucionalização efetivo do indivíduo egresso de instituição psiquiátrica hospitalar, assim como, para o fomento de ações de promoção da saúde, prevenção e intervenção precoce em saúde mental, buscando o cumprimento da meta de internação como último recurso terapêutico, quando nenhuma outra estratégia alcançou resolubilidade da situação vivenciada, evitando, portanto, o fenômeno da (re)internação psiquiátrica, historicamente associada à pouca resolubilidade e alta cronificação da condição da pessoa internada.

A articulação entre os serviços da rede de atenção em saúde mental com os demais serviços e equipamentos de saúde e com os demais setores da sociedade compõe o requisito da intersectorialidade dentro e fora do setor saúde; isso contribui, significativamente, para a conquista mais ampla da atenção psicossocial e da inclusão do paciente psiquiátrico por meio da redução do dispositivo da reinternação psiquiátrica. (RAMOS; GUIMARAES; ENDERS, 2011).

Conforme estabelecido pela Portaria Ministerial n° 224, de 29 de janeiro de 1992, existem determinadas diretrizes para a assistência em saúde mental. São elas:

- Organizações de serviços baseados nos princípios da universalidade; hierarquização;
- Regionalização e integralidade das ações; diversidade e métodos de técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- Garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- Multiprofissional na prestação de serviços;
- Ênfase na participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental, até o controle de sua execução;
- Idefinição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da portaria e pelo controle e avaliação dos serviços prestados (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Sousa; Silva; Oliveira (2010) destacam que o Serviço de Emergência Psiquiátrica em Hospital Geral (SEPHG) é uma proposta articulada com o movimento da reforma psiquiátrica; objeto da presente pesquisa que visa conhecer a

assistência da equipe multiprofissional a pacientes com depressão em um hospital geral.

[

### 3 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

#### 3.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

A abordagem da pesquisa caracterizou-se como qualitativa.

As pesquisas qualitativas compreendem um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever e codificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tem por objetivo traduzir o sentido dos fenômenos do mundo social. São estudos desenvolvidos no próprio local onde os dados são produzidos e não se propõem a quantificar [...], mas sim interpretar e compreender (TRIVIÑOS, 2008, p.34).

Na pesquisa qualitativa tenta-se compreender um problema da “ [...] perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como na perspectiva do próprio pesquisador” (LEOPARDI, 2002, p.117).

#### 3.2 TIPO DE PESQUISA

O tipo de pesquisa caracterizou-se como descritiva-exploratória e de campo.

A pesquisa exploratória- descritiva tem como finalidade “desenvolver, esclarecer, modificar e aprimorar ideias”; descrevendo as características de determinados fenômeno. São incluídas no grupo de pesquisas descritivas as que tem objetivo de levantar “as opiniões, atitudes e crenças de uma população”(GIL, 2002,p.42).

De acordo com Leopardi (2002, p.130), pesquisa de campo

São aquelas desenvolvidas geralmente em cenários naturais. Tais estudos são investigações feitas em campo, em locais de convívio social, como hospital, clínicas, unidades de tratamento intensivo, postos de saúde, asilos, abrigos e comunidades. Procuram examinar profundamente as práticas, comportamentos, crenças e atitudes das pessoas ou grupos, enquanto em ação, na vida real.

#### 3.3 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no Pronto Socorro de um hospital de médio porte do extremo sul de Santa Catarina.

Faz parte da equipe 8 pessoas, ou seja; 4 Técnicos de Enfermagem, 3 Enfermeiro e um medico por plantão. Essa equipe é dividida em 2 turnos diurnos/vespertinos e noturno sendo que os Técnicos em Enfermagem tem sua atividade laboral em dias alternados em ambos os plantões. Os médicos atuantes no Pronto Socorro atuam conforme escala. E os enfermeiros atuam em vários setores não são específicos do Pronto Socorro. O acolhimento é realizado pelos Técnicos de Enfermagem atuante

### 3.4 SUJEITO DO ESTUDO

A equipe de atendimento do Pronto Socorro é composta por 4 técnicos de enfermagem.

### 3.5 PROCEDIMENTOS E LEVANTAMENTOS DE DADOS.

O procedimento de levantamento de dados organizou-se nos seguintes momentos.

#### **Procedimentos iniciais:**

- Encaminhamento do projeto para o Comitê de Ética em Pesquisa;
- Solicitação de autorização a instituição de pesquisa.

**Primeiro Momento:** Reconhecimento do Pronto Socorro do Hospital.

**Segundo Momento:** Levantamento do numero de funcionários da equipe assistencial do pronto socorro do hospital.

**Terceiro Momento:** Selecionado a equipe assistencial que atua no pronto socorro do hospital estudado, de acordo com os seguintes critérios:

#### **Critérios de Inclusão:**

- Equipe multiprofissional atuante no Pronto Socorro.
- Aceitar participar da pesquisa mediante preceitos da Res. 196/96.

### **Crêterios de Exclusão**

- Equipe Assistencial que não atua no Pronto Socorro no período da pesquisa.
- Não aceita o da pesquisa mediante preceitos da Res. 196/96.

**Quarto momento:** Realizado entrevista semi-estruturada com os participantes da pesquisa (Apêndice A).

A entrevista tem a vantagem essencial de que são os atores sociais mesmos que proporcionam os dados relativos a suas condutas, opiniões, desejos e expectativas, coisas que, pela sua própria natureza,   impossível perceber de fora. Ninguém melhor do que a própria pessoa envolvida, para falar sobre aquilo que pensa e sente do que tem experimentado. (LEOPARDI, 2002, p.176)

A entrevista   a “técnica em que o investigador está presente junto ao informante e formula questões relativas ao seu problema”. (LEOPARDI, 2002, p175).

**Quinto momento:** Realizado análise e interpreta o dos dados.

### 3.6 ANALISES DE DADOS

Na fase de análise dos dados, utilizou-se a categoriza o de dados por melhor se adequar   investiga o qualitativa, embasados em Leopardi (2002).

As categorias são empregadas para estabelecer classifica es, isto significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso que pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.

Segundo Leopardi (2002), um instrumento de pesquisa deve-se obter mais informa o possível. Seja através de entrevista, questionário ou formulário gerando fatores que contribuem para a melhorar a confiabilidade de um instrumento. Escolhida a técnica, o pesquisador deve estar atento para que a questão seja efetivamente respondida.

Sendo assim, na etapa de classifica o, após a identifica o das categorias estabeleceu-se uma hipótese referente a assistência da equipe de saúde

a pacientes com depressão em um pronto socorro de um hospital de pequeno porte do município de Urussanga.

Finalmente realizou-se a interpretação dos dados coletados, articulando-os com as questões que nortearam toda a pesquisa: suas hipóteses, objetivos e referências teóricas.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Segundo Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde a eticidade da pesquisa envolvendo seres humanos ocorre em caráter espontâneo e implica em consentimento livre e esclarecido dos indivíduos e a proteção a grupos vulneráveis e os legalmente incapazes. Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade.

Além da elaboração do texto em si, o projeto de pesquisa que virá a ser realizado também deve ter a preocupação de não causar malefícios aos sujeitos envolvidos no estudo, preservando sua autonomia em participar ou não do estudo e garantindo seu anonimato (MINAYO, 2009, p.56).

Tal termo segue as exigências formais contidas na resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Apêndice B).

No decorrer de todo o processo da pesquisa, foi garantida aos participantes aspectos éticos como privacidade, anonimato, proteção de imagem e confidencialidade.



## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC (CAAE: 01154512.2.0000.0119); iniciou-se a coleta de dados com a equipe de atendimento atuante no Pronto Socorro.

Após a seleção dos sujeitos do estudo realizou-se a entrevista com a equipe assistencial; com objetivo de identificar como ocorre a assistência aos pacientes com depressão, na emergência hospitalar.

Inicialmente foi caracterizado o perfil da equipe de atendimento com levantamento do sexo, idade, formação, tempo de trabalho na profissão e no setor, especialização e após as categorias temáticas norteadoras:

Tema 1 – Capacitação para a assistência ao paciente depressivo em crise (assunto, carga horária, ano, instituição capacitadora);

Tema 2 – Conceito da depressão;

Tema 3 – atendimentos de pacientes depressivos no Pronto Socorro;

Tema 4 – Motivos de atendimento a pacientes com depressão no Pronto Socorro (sintomatologia, co-morbidades,etc);

Tema 5 – Conduta da equipe de enfermagem e médica no atendimento a pacientes com depressão: acolhimento; resolutividade; orientações de enfermagem; encaminhamentos a outros serviços (Saúde Mental da rede; internação; etc);

Tema 6 – Interferência das crenças da equipe diante da depressão na assistência;

Tema 7 – Aptidão da equipe assistencial para o atendimento do paciente depressivo em crise;

Tema 8 – Sugestões sobre a temática - Assistência ao pacientes com depressão atendidos no pronto socorro.

Para preservar o sigilo decorrente da aplicação das entrevistas realizadas com a equipe de enfermagem, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Res. 196/96 que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a palavra “E” para os participantes da pesquisa seguido do respectivo número.

## 4.1 APRESENTAÇÕES DO RESULTADO DA ENTREVISTA COM A EQUIPE DE ATENDIMENTO ATUANTE NO PRONTO SOCORRO

### 4.1.1 Caracterização do Perfil da Equipe de Atendimento

Dos profissionais entrevistados todos são do sexo feminino, com faixa etária de 24 anos a 50 anos, tendo como formação um Médico, um Enfermeiro e dois Técnicos de Enfermagem, sendo que o tempo de trabalho dos entrevistados na área da saúde e no setor Pronto Socorro varia de 2 anos a 14 anos. Sendo que nenhum profissional possui especialização em Saúde Mental.

Ceccim (2005) nos diz que a educação Permanente é a atualização do conhecimento que possibilita construir espaço coletivo para reflexão a definição pedagógica no cotidiano da atividade do cotidiano.

### **Tema 1 – Capacitação para a assistência ao paciente depressivo em crise**

A equipe multiprofissional não possui capacitação para a assistência ao paciente depressivo em crise.

É fundamental um melhor acesso à informação e educação continuada, principalmente para os médicos não psiquiatras, pois a grande maioria acaba tendo a necessidade de diagnosticar e abordar os transtornos mentais (TENG; CEZAR, 2010).

Neste caso, constata-se a necessidade de capacitação para toda a equipe multiprofissional que atende o paciente depressivo em situação de crise em serviço de emergência; desde o momento do acolhimento, como na consulta, alta, internação ou encaminhamento para serviços de referencia em saúde mental.

A equipe deve conhecer toda a estrutura da rede de serviço em saúde mental do município, de forma a tomada de decisão que favoreça o menor risco ao paciente; inferindo-se que a depressão é considerada uma das causas de tentativa de suicídio.

### **Tema 2 – Conceito da Depressão**

De acordo com o profissional E-2 a depressão é considerada um “*distúrbio físico, químico e social*” (E – 2).

Para Velasco (2009), a depressão é uma doença traçada por mudanças no comportamento.

O termo depressão é usado, com freqüência, para melhores definições dos nossos sentimentos emocionais. A depressão promove crises de tristezas elevadas e profundas, levando o indivíduo à prostração, dependendo do grau ou da intensidade com que se manifesta. (VELASCO, 2009, p.20).

Inácio (2007) nos diz que Depressão é um transtorno que é caracterizado por baixa energia, sentimento de tristeza prolongado, irritabilidade, falta de interesse nas atividades diárias, perda de prazer, alteração no sono, dificuldade de concentração, pensamentos de morte, sentimentos de inutilidade e culpa.

Para o profissional E – 1 a depressão é uma doença mental caracterizada pela falta de vontade de viver; conforme descrito na Fala:

*“É uma doença mental no qual o ser humano fica desanimado, sem força, vontade para seguir a vida” (E – 1).*

Para Botega (2006), a depressão pode prejudicar a qualidade de vida igualmente as demais doenças como diabetes hipertensão. A depressão é um considerado um grande fator de risco para problemas cardíacos.

O profissional E – 3 caracteriza a depressão como *“uma doença causada por stress”*.

O estresse físico e emocional também é apontado como fator desencadeante, mas nem por isso, pode ser considerado responsável diretamente pela depressão. O estresse se instala com facilidade nas pessoas que se encontram vulneráveis e predispostas emocionalmente, desencadeando, assim, os episódios depressivos. (VELASCO, 2009, p.24).

As crenças e o preconceito na assistência ao paciente depressivo atendidos na emergência foi ressaltado na fala do profissional E – 4.

*“Falta de serviço” (E – 4).*

As representações sociais agregam a diferença e a divergência dos indivíduos em sofrimento psíquico e depressão à incapacidade social e à

impossibilidade de estabelecerem trocas sociais (RAMOS; GUIMARAES; ENDERS, 2011).

Soares; Caponi, (2011) ressaltam relatos de pacientes que trazem a angústia de estar deprimido e a dificuldade de aceitação do fato por pessoas próximas.

Quanto a depressão, sua forma apática o prejudica consideravelmente nas suas atribuições na vida social, no trabalho, no sono, no relacionamento familiar e social, nos hábitos alimentares, no desejo sexual e em tudo que possa ocasionar gozo na vida. (VELASCO, 2009, p. 19).

Transtornos mentais são estigmatizados em muitas culturas (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011). Segundo Velasco (2009), antes de criticar o paciente depressivo; pelo contrario, devemos ser solitários e orientá-los a procurar profissionais qualificados.

Para Guariente (2002) a depressão é caracterizada por vários sintomas, dentre eles: falta de interesse, tristeza, desânimo, apatia, insegurança, choro persistente, negativismo, desesperança, irritabilidade, falta de concentração, auto-estima depreciada, sentimentos de culpa, sentimentos de impotência, ideias de suicídio, entre outras. Em geral, os indivíduos depressivos são rotulados como preguiçosos, desinteressados, e outros inúmeros rótulos. Muitas vezes não se compreende que a depressão é uma doença e que precisa ser tratada.

Á própria equipe multiprofissional que atua nos serviços de saúde pode estar imbuída de preconceitos e crenças em relação a doença mental e a depressão.

### **Tema 3 – atendimentos de pacientes depressivos no Pronto Socorro**

Todos os profissionais entrevistados referem que ocorrem muitos atendimentos de pacientes depressivos no pronto atendimento.

Segundo Ribeiro; Inglez-Dias (2011), em estudos realizados em serviços específicos de saúde mental, a demanda calculada não traduz, necessariamente, a demanda que acessou estas unidades hospitalares pelo fato de muitos profissionais não estarem aptos a reconhecer sintomas específicos e efetuarem o encaminhamento adequado.

Estima-se que apenas um caso de transtorno mental em vinte observados na clínica geral seja encaminhado para médico ou serviços especializados. Isto pode ser corroborado pelo elevado consumo de psicotrópicos prescritos pela população em geral. Transtornos como a depressão, onde com frequência o paciente procura o serviço de saúde reportando sintomas físicos inespecíficos, acabam subdiagnosticados e, conseqüentemente, subtratados. Estima-se que menos de um quarto desses casos sejam diagnosticados e tratados corretamente, comprometendo uma noção mais acurada sobre as reais necessidades desta clientela. Isso reforça a ideia de que profissionais especializados devem estar mais presentes nos serviços gerais de atenção em saúde.

#### **Tema 4 – Motivos de atendimento a pacientes com depressão no Pronto Socorro**

Os motivos mais referidos para o atendimento a pacientes com depressão no pronto socorro esta relacionado à problemas e brigas entre famílias. (E – 1; E – 3; E – 4).

O profissional E – 1 ressaltou que os motivos de atendimento além de *“brigas entre familiares”* esta o relacionado à *“término de relacionamento e dividas”*.

De acordo com Kaplan; Sadock; Grebb (1997); Holmes (2001); dentre os fatores ambientais relacionados a depressão, podem-se destacar os aspectos psicológicos e sociais: frustração (amorosa, ideológica), derrotas (políticas, esportivas), recessão econômica (desemprego, subemprego, achatamento salarial), conflitos familiares e sociais (divórcio, brigas familiares, desentendimentos sociais), mudanças adaptativas (emprego, escola, residência, cidade, país), mutações adaptativas (idades, estado civil, gravidez, parto, menopausa, aposentadoria), e estresse (principalmente o estresse mental devido a intensas e repetidas atividades desprazerosas e angustiantes).

Outro fator importante a ser considerado na ocorrência de depressão é a relação do indivíduo com sua família e o funcionamento desta, pelo fato de muitas famílias serem extremamente desestruturadas e com estilos de vidas doentios.

Com propriedade, Kaplan; Sadock; Grebb (1997) o grau de psicopatologia na família pode afetar o índice de recuperação, o retorno dos sintomas e o ajuste pós-recuperação do paciente.

Em face disto, verifica-se a vital necessidade de avaliar a vida familiar de um paciente depressivo e abordar quais estresses podem estar relacionados a ela.

Para o profissional E – 2 o maior motivo de atendimento é relacionado a “*crise conversiva*”.

Para Carraça (2000), a crise conversiva desenvolve-se na adolescência e é caracterizada por sintomas súbitos e temporários e nos casos insidiosos pode se tornar crônico, e seus principais sintomas estão relacionados a chamar atenção de quem os cercam, um pedido de ajuda.

### **Tema 5 – Conduta da equipe de enfermagem e médica no atendimento a pacientes com depressão**

O profissional E – 1 no acolhimento com o paciente depressivo ressaltou a conversa com o mesmo e os familiares, encaminhando ao serviço especializado; conforme destacado na fala.

*“Conversar com os pacientes e familiares, orientar a procura de um psicólogo e tratamento psiquiátrico” (E – 1).*

No atendimento E – 1; E – 2; E – 3 relatam a utilização de medicação tranqüilizante conforme citado na fala abaixo:

*“No PS são feito tranquilizantes para solucionar o problema momentaneamente” (E -1).*

Diazepam (Valium) é indicado para tratamento de ansiedade e pânico, insônia, e também como sedativo. Tem como seu mecanismo de ação atuante como depressor do sistema nervoso central (SNC) para facilitar a ação dos neurotransmissores. Sua forma de administração é por via oral, intramuscular e endovenoso. (SILVA, SILVA, 2009).

Fenergam (Prometazina) é um antiemético, antialérgico e antivertiginoso e um anti-histamínico H<sub>1</sub>. Pode ser usado na forma tópica, via oral e injetável. É utilizado em caso de rinite alérgica, reações anafiláticas, sedativos hipnóticos. (SILVA, SILVA, 2009).

A equipe de atendimento não realiza orientações nesses casos. Os pacientes com depressão, atendidos em emergência nem sempre são bem diagnosticados. O acolhimento pode ser iniciado na recepção, ouvindo quais os sintomas, causas da depressão e orientando o paciente. O profissional de saúde precisa muito saber trabalhar com pessoas e estar capacitado para tal atendimento (INÁCIO, 2007).

De acordo com as profissionais E – 2; E – 3 e E – 4 não é realizado encaminhamento dos pacientes com depressão atendidos no PS a outro serviço de referência em saúde mental.

Um serviço de emergência que não se encontra inserido em uma rede de outros serviços tende a se cristalizar como uma referência em si mesmo: a assistência a pacientes essencialmente em crise. Dessa maneira, para onde deverão ir os outros pacientes, aqueles que necessitam de assistência contínua, de suporte, ou os que obtêm alta do hospital e da própria emergência psiquiátrica? (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

O profissional E – 2 tem como conduta pessoal no atendimento ao paciente depressivo: “*consulta, medicação, orientação*”.

A partir da reforma psiquiátrica, com a ênfase no tratamento extra-hospitalar levou a um aumento do número de pacientes sujeitos a descompensações na comunidade. Nesse contexto, inserem-se os serviços de emergências psiquiátricas, mediante interface entre a comunidade e as instituições de tratamento de saúde mental, oferecendo atendimento rápido e ágil, com vistas a caracterizar diagnósticos clínicos e psicossociais do quadro apresentado pelo paciente. Viabilizam, assim, uma intervenção imediata, e tentam orientar o tipo de tratamento com maior indicação para o caso em médio e longo prazo. A exigência da intervenção imediata e a função decisória de encaminhamento de um caso, trazem características próprias ao manejo de situações de emergência, tanto na avaliação do paciente, quanto na conduta proposta ao caso (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

O entrevistado E – 3 não respondeu as questões referente ao acolhimento e resolutividade dos casos atendidos.

O profissional E – 1 encaminha o paciente, se necessário, ao CAPS.

No Brasil, a política de saúde mental tem como eixos principais a redução de leitos psiquiátricos, o maior controle sobre as internações, a organização de rede

de serviços de saúde mental substitutivos e o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais. Tais estratégias configuram uma nova forma de compreender e tratar os transtornos mentais, ainda dependente da estruturação de modelos assistenciais orientados pela perspectiva da integralidade.

A política de saúde mental brasileira, baseada nos pressupostos da reforma psiquiátrica, prevê a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por serviços de caráter extra-hospitalar. (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

Entre estes, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatório de Saúde Mental, Hospital-Dia, Serviços de Saúde Mental nos Hospitais Gerais, Centros de Convivência, Residência Terapêutica, Pensão Protegida, Lares Abrigados, atendimento em saúde mental na rede básica de saúde, além de outros que buscam a reinserção do indivíduo com sofrimento mental na sociedade e o resgate da sua cidadania (SOUSA; SILVA; OLIVEIRA, 2010).

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexos, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federais, estaduais e municipais, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, [...]. Compreendida como um conjunto de transformações práticas, saberes e valores culturais e sociais. É função dos Centros de Atenção Psicossocial prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos, promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Desta forma, a Reforma Psiquiátrica determina a disseminação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como eixo estratégico do novo modelo. Há um reconhecimento de que o sucesso da reforma dependa da adoção de novas práticas clínicas e terapêuticas. No entanto, ao longo de seu desenvolvimento, o movimento não foi isento de conflitos com associações civis (hospitais, familiares) e de restrições aos mecanismos de desospitalização. Ao longo de sua implementação, a noção de desospitalização orientada ao ataque ao manicômio ganhou contornos adicionais na forma de redução gradual de leitos psiquiátricos. Este processo passa a combinar o uso de leitos em hospitais gerais e de mecanismos de atenção diária de diversos níveis nos CAPS (RIBEIRO; INGLEZ-DIAS, 2011).



A acessibilidade, a diversificação das ações, a existência de profissionais qualificados para atender à demanda em saúde mental, e a responsabilidade com a desmistificação/desconstrução do imaginário social acerca do ser louco e da loucura e da depressão, são outras características de uma rede de atenção articulada. A articulação desses serviços, equipamentos, saberes e práticas, cada um desempenhando adequadamente sua função dentro do contexto da Reforma Psiquiátrica, contribui para o resgate pessoal e social do usuário na rede de atenção, conjuntamente com os profissionais de saúde, a família e a sociedade em geral (RAMOS; GUIMARAES; ENDERS, 2011).

Na concepção de Ribeiro; Inglez-Dias (2011), os CAPS deveriam atuar como serviços especializados de referência e a presença de pessoal especializado em Saúde Mental deveria ser fortalecida nos serviços hospitalares, ambulatoriais e comunitários do SUS.

A articulação da rede de atenção à saúde mental relacionam uma série de ações que, de forma contígua, favorece a articulação da rede de atenção, destacando-se: a gestão competente dos recursos destinados à saúde mental, a quantidade suficiente de serviços substitutivos, o número de leitos psiquiátricos condizentes com o preconizado pela Reforma Psiquiátrica brasileira, além do bom funcionamento do sistema de referência e contrarreferência. (RAMOS; GUIMARAES; ENDERS, 2011).

O movimento de desinstitucionalização propõe um novo modelo assistencial, tendo como prioridades a manutenção e a integração do paciente na comunidade. Nessa perspectiva, os Serviços de Emergências Psiquiátricas no Hospital Geral surgem como um dos pilares assistenciais deste contexto de atenção ao doente mental, providos de uma rede de atenção diversificada, descentralizada e integrada à rede de serviços de saúde.

A partir das reflexões sobre a reforma psiquiátrica e a necessidade de uma organização estruturada para a efetividade da proposta, questiona-se a partir dos resultados desta pesquisa, qual o preparo técnico da equipe de enfermagem para o atendimento dos pacientes com depressão? Até que ponto a rede de atendimento do SUS é norteada pelos princípios da integralidade? A equipe que trabalha na emergência de um hospital geral está preparada técnica, ética e nos princípios do acolhimento e humanização do cuidado para o atendimento do paciente depressivo em crise?

## **Tema 6 – Interferência das crenças da equipe de enfermagem diante da depressão na assistência de enfermagem**

Somente o profissional E – 1 considera que as crenças da equipe multiprofissional interferem na assistência ao paciente com depressão.

*“Sim, pois ainda há funcionários que trata depressão como falta do que fazer deixando de fazer um acolhimento adequado a essas pessoas que necessita de atendimento diferenciado”.*

Na sociedade em geral, os indivíduos depressivos são rotulados como preguiçosos, desinteressados, e outros inúmeros rótulos. Muitas vezes não se compreende que a depressão é uma doença. A depressão é uma doença que compromete pensamento e linguagem, o corpo e humor. Ela afeta a forma como a pessoa se alimenta e dorme, como se sente em relação a si própria e como pensa sobre as coisas. A depressão traz muitos danos à vida da pessoa e à própria família, pois aquela perde o interesse de viver, de trabalhar, de se relacionar com outras pessoas, praticamente não sentindo mais prazer na prática de quaisquer atividades (INÁCIO, 2007).

Os transtornos depressivos são um grave problema de saúde pública, pela alta prevalência na população, e grande impacto na morbidade, mortalidade e qualidade de vida dos afetados. Apesar disso, a maioria dos pacientes segue sem diagnóstico ou sem tratamento adequado. Dificuldades diagnósticas como o reconhecimento da bipolaridade em pacientes depressivos e os preconceitos em relação às doenças mentais, por parte de pacientes e médicos, devem ser conhecidas e contornadas na prática clínica. (TENG; CEZAR, 2010).

## **Tema 7 – Aptidão da equipe de enfermagem para o atendimento do paciente depressivo em crise**

Apenas o profissional E – 1 considera que a equipe de atendimento não está apta para o atendimento do paciente depressivo em crise no pronto socorro.

*“Não, necessita de mais treinamento para lidar com este tipo de paciente”.*

Santos (2008) ressalta a importância de conhecer melhor o cliente atendido no pronto socorro e demonstra que ações de enfermagem em Emergência e Pronto Socorro podem e precisam ser pensadas a fim de garantir a integridade da pessoa que sofre psíquica e fisicamente, tendo em vista que cabe ao hospital geral atender as descompensações antes designadas exclusivamente aos serviços manicomiais.

Faz-se necessário organizar profissionais de saúde com os princípios de responsabilização clínica, trabalho em equipe e gestão participativa, entendendo-se o acolhimento como prática intrínseca e inerente ao exercício profissional da saúde. Para o paciente depressivo tal medida proporciona, assim, a superação da prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica e na realização de procedimentos a despeito da perspectiva humana na interação e na constituição de vínculos entre profissionais de saúde e usuários (INÁCIO, 2007).

### **Tema 8 – Sugestões sobre a temática - Assistência de enfermagem em pacientes com depressão atendidos no pronto socorro**

O profissional E – 2 considera necessário priorizar os atendimentos aos pacientes com depressão no Pronto Socorro, realizando encaminhamento ao serviço especializado.

*“Maior assistência 1º aos pacientes e encaminhamento ao especialista se necessário”.*

Apesar dos enormes avanços científicos que abrangem estudos genéticos, neurobiológicos, psicossociais, sociológicos, econômicos e terapêuticos, os transtornos depressivos ainda são um desafio para a Psiquiatria e a Medicina, gerando um grande ônus para a sociedade e para os indivíduos afetados (TENG; CEZAR, 2010).

A depressão recomenda adequação das políticas de prevenção e assistência dos SUS, de modo a melhor contemplar esses agravos. Priorizar atendimentos em doenças mentais, atualmente de difícil acesso pelo Sistema Único de Saúde devem ser expandidas. Essas condutas resultariam em melhoria da

qualidade de vida dos segurados e em redução de custos com benefícios previdenciários (INÁCIO, 2007).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A depressão não escolhe suas vítimas, pode acometer qualquer um, sendo necessário que o paciente procure ajuda especializada da equipe de saúde - médicos psiquiatras, enfermeiros e psicólogos - para auxiliarem no controle e cura desta doença que mata muitos seres humanos.

Constatou-se, através desta pesquisa, que a demanda atendida na emergência de pacientes com depressão, não traduz a acessibilidade destes pacientes ao serviço, em decorrência da sub-notificação e/ou a dificuldade de diagnosticar, tratar e acolher estes pacientes em hospital geral.

As dificuldades de assistência ao paciente com depressão na emergência esta relacionado a falta de preparo e capacitação da equipe multiprofissional para o atendimento a estes pacientes em sofrimento mental; além das crenças e preconceitos que envolve a depressão.

Muitas pessoas com crise depressiva procuram o pronto socorro dos hospitais para resolver suas dificuldades e apenas se deparam com atendimento que ameniza os problemas a curto prazo.

A grande preocupação da equipe multiprofissional é que os pacientes portadores de crises depressivas tenham um tratamento prolongado com acompanhamento diário por profissionais qualificados e especializados na área de Psiquiatria para que haja a reintegração destes pacientes a sociedade.

O atendimento dos pacientes no pronto socorro é momentâneo, podendo amenizar os sintomas com a ajuda de tranquilizantes e sedativos e com a ajuda de serviço especializado como os Centros de Atendimento Psicossocial podendo abranger as diversas terapias e conhecimento para auxiliar no tratamento da depressão.

O hospital geral, onde foi aplicada a pesquisa, conta com uma equipe multiprofissional com capacidade de avaliar e auxiliar os pacientes atendidos na emergência, porém apenas durante a permanência na unidade, sendo que em alguns casos são encaminhados ao Centro de Atendimento Psicossocial.

O objetivo do estudo foi alcançado a partir do conhecimento da assistência da equipe de Enfermagem e Médica em pacientes com depressão no pronto socorro. As hipóteses a seguir foram confirmadas, sendo que:

- Não existe preparo adequado da equipe assistencial do hospital geral para atender pacientes com depressão;
- As crenças da equipe assistencial interferem no atendimento a pacientes com depressão;
- O Acolhimento não é realizado de acordo com os princípios da Política Nacional de Humanização.

Somente a hipótese que argumenta que os maiores motivos de atendimento aos pacientes depressivos no Pronto Socorro estão relacionados a ansiedade, tentativa de suicídio e crise hipertensiva, não foi confirmada nos resultados da pesquisa bibliográfica, como nas respostas da entrevista.

Neste caso, constata-se a necessidade de capacitação para toda a equipe multiprofissional que atende o paciente depressivo em situação de crise em serviço de emergência; desde o momento do acolhimento, como na consulta, alta, internação ou encaminhamento para serviços de referência em saúde mental.

A equipe deve conhecer toda a estrutura da rede de serviço em saúde mental do município, de forma a tomada de decisão que favoreça o menor risco ao paciente com depressão.

A partir das reflexões sobre a reforma psiquiátrica e a necessidade de uma organização estruturada para a efetividade da proposta, questiona-se a partir dos resultados desta pesquisa, qual o preparo técnico da equipe de enfermagem para o atendimento dos pacientes com depressão? Até que ponto a rede de atendimento do SUS é norteada pelos princípios da integralidade? A equipe que trabalha na emergência de um hospital geral está preparada técnica, ética e nos princípios do acolhimento e humanização do cuidado para o atendimento do paciente depressivo em crise?

Considera-se essencial o preparo e capacitação da equipe multiprofissional que atua no hospital geral para atender os pacientes em sofrimento mental e com depressão. Conhecimento da estrutura da rede de serviços, acolhimento dos pacientes, orientação e encaminhamento dos casos de forma efetiva. O cuidado terapêutico nestes casos é mais do que o preparo técnico, permeia o cuidado ético e humano.

## REFERÊNCIA

BOTEGA, N. J.. **Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 572 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica**, 2005. Disponível em: <[https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:c1AA\\_1Me0ilJ:bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:c1AA_1Me0ilJ:bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)> Acesso em 25 de abril de 2012.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/res19696.htm>> Acesso em 02 de janeiro. 2012.

BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith; BARE, Brenda G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 9.ed. V. 2 Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

CARRAÇA, I. **Crise conversiva**, 2000. Disponível em: <[http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/54/531\\_texto.html](http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/54/531_texto.html)> Acesso em 25 de abril de 2012.

CECCIM, R. B. **Educação permanente em saúde, desafio ambicioso e necesarios**, 2005. Disponível em: <[www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf](http://www.interface.org.br/revista16/debate1.pdf)> Acesso em: 25 de abril de 2012.

GUARIENTE, Júlio César Arroyo. **Depressão: dos sintomas ao tratamento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. 65p.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. SP: Atlas, 2002. 175 p.

FLECK, Marcelo P.. Temas atuais em depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462009000500001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000500001&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 06 Maio 2012.

HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2ª.ed Porto Alegre: Artmed, 2001. 565 p.

INÁCIO, Luzia Vargas. **Assistência à saúde prestada aos usuários do SUS com diagnóstico de depressão**. 2007. 69 f. Monografia (Pós-graduação em Saúde Coletiva). Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002. 294 p.

LOPEZ, Mariane Ricardo Acosta et al . Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082011000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000200007&lng=en&nrm=iso). Acesso em 06 Maio 2012. Epub Apr 08, 2011.

LOUZÃ NETO, Dr. M. R.. **Depressão** (Transtorno Depressivo), 2010. Disponível em <http://www.saudemental.net/depressao.htm>. Acesso em 16 de janeiro de 2012.

KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J., GREBB, Jack A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 7.ed. Porto Alegre : Artes médicas, 1997. 1.169p.

MICHELON, L.; CORDEIRO, Q.; VALLADA, H. Depressão. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v.65, 2008. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id\\_materia=3944&fase=imprime](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3944&fase=imprime) Acesso em: 18 de fevereiro de 2012.

MINAYO, M. C. d. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 108 p.

RAMOS, Déborah Karollyne Ribeiro; GUIMARAES, Jacileide; ENDERS, Bertha Cruz. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, June 2011 . Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200015&lng=en&nrm=iso). Acesso em 03 Maio 2012. Epub May 13, 2011.

RIBEIRO, José Mendes; INGLEZ-DIAS, Aline. Políticas e inovação em atenção à saúde mental: limites ao descolamento do desempenho do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, Dez. 2011. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300011&lng=en&nrm=iso). Acesso 02 Maio 2012.



SANTOS, Igor Pereira dos. **Avaliação da presença de depressão entre usuários de plantão noturno em unidade de emergência**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-27052008-142838/>. Acesso em 02 de maio de 2012.

SILVA, M. T. D.; SILVA, S. R. **Calculo e administração de Medicamentos na Enfermagem**. 2ª edição. São Paulo: Martinari, 2009.

SOARES, Giovana Bacilieri; CAPONI, Sandra. Depressão em pauta: um estudo sobre o discurso da mídia no processo de medicalização da vida. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, Jun 2011 .

Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200009&lng=en&nrm=iso). Acesso em 02 Maio 2012.

SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de; SILVA, Cezar Augusto Ferreira da; OLIVEIRA, Eliany Nazaré. Serviço de Emergência Psiquiátrica em hospital geral: estudo retrospectivo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, Set. 2010 .

Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000300035&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300035&lng=en&nrm=iso). Acesso 02 Maio 2012.

STUART, G. W.; LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**. 4.ed Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso editores, 2002.

TENG, C. T.; CEZAR, L. T. S. Depressão. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 67, 2010. Disponível em

<http://www.moreirajr.com.br/revista.asp?fase=roo3&idmateria=4526>. >Acesso 14 de fevereiro de 2012.

TRIVINOS, Augusto N.S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação. SP: Atlas, 2008. 175 p.

VELASCO, P. M. **Depressão e transtornos mentais: tudo o que você deve e precisa saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2009

## APÊNDICE

## Apêndice A

### Entrevista Semi-estruturada

1 - Perfil da equipe:

Sexo:

Idade:

Formação:

Tempo de trabalho na profissão e no setor:

Especialização

2 - Você possui capacitação para a assistência ao paciente depressivo em crise (assunto, carga horária, ano, instituição capacitadora)?

3 - Para você o que é depressão?

4 - Ocorrem muitos atendimentos de pacientes depressivos no PS?

5 - Quais são os motivos de atendimento a pacientes com depressão no Pronto Socorro? (sintomatologia, co-morbidades, etc)

6 - Qual a conduta da equipe assistencial nesses casos?

- acolhimento

- resolutividade

- orientações

- encaminhamentos a outros serviços (Saúde Mental da rede; internação; etc).

7 - Você considera que as crenças da equipe assistencial diante da depressão interferem na assistência?

8 - Você considera que a equipe assistencial está apta para o atendimento do paciente depressivo em crise?

9 - O que você sugere sobre a temática?

## **Apêndice B**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE**

Estamos realizando um Projeto de Pesquisa intitulado “**Assistência de Enfermagem em pacientes com depressão atendidos no Pronto Socorro**”. O (a) Sr(a). foi plenamente esclarecido de que participando deste projeto, estará participando de um estudo de cunho acadêmico, que tem como um dos objetivos Identificar como ocorre a assistência de enfermagem a pacientes com depressão. Embora o (a) Sr(a) venha a aceitar a participar neste projeto, estará garantindo que o (a) sr(a) poderá desistir a qualquer momento bastando para isso informar sua decisão. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntaria e sem interesse financeiro o (a) Sr(a) não terá direito a nenhuma remuneração. Desconhecemos qualquer risco ou prejuízos por participar dela. Os dados referentes ao Sr(a) serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saude, sendo que o (a) Sr(a) poderá solicitar informação durante todas as fases do projeto, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta. Autoriza ainda a gravação da voz na oportunidade da entrevista.

A coleta de dados será realizada pela acadêmica Jaiciana Ramos Vieira (fone: (48) 91021005) do curso de Pós-Graduação da UNESC e orientado pela professora Maria Tereza Soratto. O telefone do Comitê de Ética é 3431 2723.

Criciúma (SC) 19 de janeiro de 2012.

---

**Assinatura do Participante**

