

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE COM TRANSTORNO
DEPRESSIVO RECORRENTE, BASEADA NA AVALIAÇÃO FAMILIAR:
ESTUDO DE CASO À LUZ DO MODELO CALGARY**

*Nursing Care For A Patient With Recurring Depressive Disorder, Based On Family
Assessment: A Case Study In The Light Of The Calgary Model*

Neire Alves de Freitas¹

Flávia Martins Marques²

Ellanny de Loiola Siqueira³

Eliany Nazaré Oliveira⁴

Francisca Dalila Paiva Damasceno de Lima⁵

Mikaele Alves Freitas⁶

Artigo encaminhado: 18/03/2020
Aceito para publicação: 04/11/2020

RESUMO: A Depressão é um dos transtornos mentais mais conhecidos pela sociedade e requer um bom acompanhamento profissional. O presente estudo teve como objetivo realizar a sistematização da assistência de enfermagem a uma paciente com diagnóstico de Transtorno Depressivo Recorrente, tendo como base a avaliação da estrutura, desenvolvimento e funcionamento da família, a partir do Modelo Calgary de Avaliação da Família. Trata-se de uma pesquisa exploratória, caracterizada como estudo de caso, no qual se adotou como estratégia metodológica a abordagem qualitativa. O estudo foi realizado durante os meses de agosto e setembro de 2013 no Centro de Saúde da Família – CSF Estação, inserida na Estratégia de Saúde da Família, no município de Sobral, Ceará. A escolha do sujeito ocorreu através de discussões entre a equipe pesquisadora e os profissionais de saúde do CSF supracitado. A partir dos resultados, ficou evidente que cabe ao enfermeiro promover transformações no seu modelo assistencial, utilizando-se da visita domiciliar e da criação de vínculo no âmbito familiar do doente mental como ferramentas significativas para uma assistência de qualidade, visando a reabilitação do paciente, sua socialização e melhora da autoestima, na perspectiva da promoção da saúde.

¹ Bacharel em Educação Física, pela Universidade Estadual Vale do Acaraú (2010)

² Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA
flavia_martins@hotmail.com

³ Extensão em enfermagem obstétrica e neonatal e Experiência em Atendimento Pré- Hospitalar de Urgência e Emergência. ellanny@hotmail.com

⁴ Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará, Brasil(2004), eliany@hotmail.com

⁵ Estudante de Bacharelado em Enfermagem, pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).
dalilapaiva6@gmail.com

⁶ Graduada do 6° semestre de Psicologia da Faculdade Luciano Feijão (2016)
mikaeleafreitas@hotmail.com

Palavras-chave: Transtorno depressivo. Cuidados de enfermagem. Família.

ABSTRACT: The depression is one of mood disorder best known for society and requires a good professional supervision. This study was carried out to perform the systematization of nursing care to a patient diagnosed with Depressive Disorder Recurrent, based on the evaluation of the structure, development and family functioning, from the Calgary Assessment Model Family. This is an exploratory research, characterized as a case of study, which was adopted as a methodological strategy qualitative approach. The study was conducted during the months of August and September 2013 at the Family Health Center - CSF Station, part of the Family Health Strategy in the city of Sobral, Ceará. The choice of subject was through discussions between the researcher team and healthcare professionals of the above CSF. From the results, it became clear that it is for nurses to promote transformations in its care model, using the home visit and link creation in the family of the mentally ill as significant tools for quality care for the rehabilitation of the patient, their socialization and improved self-esteem, from the perspective of health promotion.

Keywords: Depressive Disorder. Nursing Care. Family.

1 INTRODUÇÃO

Dentre os transtornos mentais que acometem a população há anos, observa-se uma intensa preocupação com o número crescente de pessoas que vêm sofrendo de transtornos do humor ou afetivos, assim chamados por afetar o humor, o estado emocional interno de uma pessoa. Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (1993), os transtornos do humor são enfermidades em que existe uma alteração do humor, da energia (ânimo) e do jeito de sentir, pensar e se comportar, no sentido de uma depressão (com ou sem ansiedade associada) ou de uma elação. A maioria desses transtornos tende a ser recorrente e o início dos episódios individuais é frequentemente relacionado com eventos ou situações estressantes.

Diferente de mudanças no afeto causadas por situações cotidianas, os transtornos mentais são muito prevalentes na sociedade e causam forte sofrimento tanto para os pacientes quanto para seus familiares e pessoas mais próximas, e requerem um tratamento e um acompanhamento adequados. Os Transtornos do Humor estão divididos em Transtornos Depressivos, Transtornos Bipolares e dois transtornos baseados na etiologia – Transtorno do Humor

devido a uma Condição Médica Geral e Transtorno do Humor Induzido por Substância (PORTO, 1999).

A Depressão é um dos transtornos afetivos mais conhecidos pela sociedade e requer um bom acompanhamento profissional. As causas da depressão são múltiplas, de maneira que somadas podem iniciar a doença. Deve-se a questões constitucionais da pessoa, como fatores genéticos, biológicos, sociais e psicológicos, como: estresse, estilo de vida, acontecimentos vitais, tais como crises e separações conjugais, morte na família, climatério, entre outros (KAPLAN; SADOCK, 1993).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (1993), em episódios depressivos, o indivíduo geralmente sofre de humor deprimido, perda de interesse e prazer, e energia reduzida levando a uma fatigabilidade aumentada e atividade diminuída. Cansaço marcante após esforços leves é comum. E além desses, também são comuns os seguintes sintomas: concentração e atenção reduzidas; apetite diminuído; sono perturbado; autoestima e autoconfiança reduzidas; visões desoladas e pessimistas do futuro; ideias ou atos autolesivos ou suicídio. (SILVA, 2009).

Dentro da classificação dos transtornos depressivos, está o Transtorno Depressivo Recorrente, caracterizado por episódios repetidos de depressão em que o número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve (F32.0), moderado (F32.1) ou grave (F32.2 e F32.3) (CID-10, 2008). A idade de início e a gravidade, duração e frequência dos episódios de depressão são todas altamente variáveis, mas vale destacar, que são duas vezes mais comuns em mulheres do que em homens (SANTOS, 2019).

A prevalência do transtorno depressivo e a procura por locais de atendimento primário pelos clientes com sintomas depressivos torna o reconhecimento dessa doença extremamente importante para todos os profissionais da saúde, principalmente para os enfermeiros que atuam na Atenção Primária à Saúde, visto o grande risco de suicídio, por parte dos que apresentam a sintomatologia. Além disso, cabe destacar que o portador de transtorno mental sempre esteve presente no cotidiano do trabalho do profissional de enfermagem, independentemente da sua área de atuação, seja

hospital geral ou especializado, serviço público ou privado, unidade básica de saúde, programa de saúde da família ou clínica particular (CANDIDO; FUREGATO, 2005).

Segundo Damásio, Melo e Esteves (2008), após a Reforma Psiquiátrica, que propôs a transformação do modelo assistencial em saúde mental, pretendendo eliminar a prática do internamento como forma de exclusão social dos indivíduos portadores de transtornos mentais. Substituindo o modelo manicomial pela criação de uma rede de serviços territoriais de atenção psicossocial de base comunitária, a atribuição do enfermeiro passa a tomar novos rumos, diferentes das práticas dos hospitais psiquiátricos tradicionais.

Para os mesmos autores, houve uma ampliação das práticas desenvolvidas pelos enfermeiros no cotidiano do trabalho, constituindo mudanças significativas relacionadas à qualidade da atenção. Os enfermeiros não são apenas responsáveis pelas ações que visam subsidiar aos cuidados de outros profissionais, mas responsáveis por novas tecnologias de cuidado como, a elaboração de projetos terapêuticos, participação em oficinas, grupos terapêuticos, sala de espera para diminuir ansiedade dos pacientes, atendimento às famílias, entre outros.

O objetivo do estudo foi realizar a sistematização da assistência de enfermagem a uma paciente com diagnóstico de Transtorno Depressivo Recorrente, tendo como base a avaliação da estrutura, desenvolvimento e funcionamento da família, a partir do Modelo Calgary de Avaliação da Família.

Considerando a justificativa de Spadini e Souza (2006), que afirmam que a participação da família na assistência à pessoa com distúrbio mental tem grande valor para o alcance de melhor qualidade de vida do cliente e da família, e que a enfermagem precisa então, conhecer e compreender todo este contexto, oferecer apoio e orientações necessárias; ajudar o portador a ser participante ativo do processo terapêutico, voltando-se para o núcleo familiar e oferecendo suporte necessário.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa exploratória é caracterizada como estudo de caso, na qual se adotou como estratégia metodológica a abordagem qualitativa. Visto

que o estudo de caso é empregado para descrever e analisar o contexto, as relações e percepções a respeito da situação ou fenômeno em questão, sendo também útil para gerar conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, tais como intervenções e processos de mudança (MINAYO, 2008).

O estudo foi realizado durante os meses de agosto e setembro de 2013 no município de Sobral, que fica localizado na porção noroeste do Estado do Ceará, a 240 km da capital Fortaleza, por via da BR-222, no Centro de Saúde da Família – CSF Estação, inserida na Estratégia de Saúde da Família. No setor saúde, o município constitui referência para toda Zona Norte do estado, sendo considerado Polo Assistencial da Região.

O sujeito da pesquisa é uma mulher de 59 anos, portadora de Transtorno Depressivo Recorrente. A escolha do sujeito ocorreu através de discussões entre a equipe pesquisadora e os profissionais de saúde do CSF supracitado. Utilizou-se como critério de seleção a existência de uma paciente com transtorno mental atendida na Rede de Atenção Integral à Saúde Mental do Município de Sobral (RAISMS). O acompanhamento da paciente ocorreu através de visitas domiciliares assistidas por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS). Para Silva *et al* (2011), “durante as visitas domiciliares é possível conhecer os pacientes, suas vivências, planejar as estratégias terapêuticas levando em consideração toda rotina da casa. Além disso, o domicílio passa a funcionar como espaço terapêutico”.

Para a coleta de informações, foi adotado a técnica da entrevista semiestruturada, que de acordo com Minayo (2008) difere da estruturada porque nenhuma interação se mostra totalmente fechada ou totalmente aberta e obedece a um roteiro apropriado para o pesquisador. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada baseado no Modelo Calgary para resgatar a história de vida do sujeito do estudo, aplicado durante a primeira visita domiciliar. Além disso, foi utilizada a observação participante, seguindo um roteiro elaborado previamente baseado no prontuário da paciente; e uma escala (brasileira e validado) de avaliação da sobrecarga da família, que é dividida em cinco partes: Assistência na Vida Cotidiana; Supervisão aos Comportamentos Problemáticos;

Gastos Financeiros; Impacto nas Rotinas Diárias; e Preocupação com o Paciente.

Nesse contexto, avaliou-se a família e a paciente por meio do Modelo Calgary de Avaliação da Família, que é constituído por três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. Em linhas gerais, esse modelo fornece duas ferramentas de avaliação estrutural: o genograma e o ecomapa (SILVA; BOUSSO; GALERA, 2009; MARTINS; FERNANDES; GONÇALVES, 2012).

O Genograma é utilizado na elaboração de representações gráficas familiares. Este tipo de instrumento gera informações úteis acerca do delineamento estrutural, dinâmica e funcionamento das relações estabelecidas entre os membros da família. Já o ecomapa, constitui um elemento iconográfico que identifica e qualifica os contatos do sujeito do estudo com pessoas, instituições ou grupos (SILVA; MACHADO; SILVA, 2011). Vale destacar, que a construção do genograma foi realizada a partir do software Genopro® 2011.

Neste estudo, os dados coletados foram analisados por meio do Processo de Enfermagem, como instrumento norteador da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Segundo o Conselho Federal de Enfermagem - COFEN (2009), as etapas do processo de enfermagem são caracterizadas em: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação. Os diagnósticos de enfermagem foram classificados de acordo com os domínios e classes estabelecidos pela Taxonomia II da NANDA (2010).

Durante a construção dessa pesquisa foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, direcionado ao familiar, ou “cuidador principal”. Convém salientar que este estudo faz parte de um projeto de pesquisa maior, denominado “A sobrecarga da família que vivencia o cuidado de pessoas com transtorno mental” e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA, em Sobral - CE, por meio do CAAE n. 02455812.5.0000.5053. Foram seguidos os aspectos contidos na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, do qual regula as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012), o que assegurou a preservação da privacidade e individualidade dos sujeitos abrangidos na pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Coleta de dados - Prontuário

F.L.C., sexo feminino, de cor branca, 59 anos de idade, casada, católica, não etilista, não tabagista, mãe de 04 filhos vivos (todos do sexo masculino), natural do município de Sobral/CE, mora com o marido, os 04 filhos, 02 noras e 02 netos. cursou ensino fundamental incompleto. Nunca trabalhou, relatando ser sustentada inicialmente pela sogra, e atualmente pelos filhos. Está tentando se aposentar por invalidez. Desde os 20 anos de idade possui ideação suicida. Diagnosticada com Transtorno Depressivo Recorrente (F33), de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (1993). Seu quadro é caracterizado por evolução crônica, com flutuações de sintomas, que por vezes agravam o seu estado.

É acompanhada pelo Centro de Atenção Psicossocial - CAPS Geral II - Damião Ximenes Lopes, localizado no município de Sobral/CE desde o ano de 2004, tendo atualmente monitoramento farmacológico uma vez por semana, e sendo acompanhada pelo psiquiatra a cada dois meses. Utiliza as seguintes medicações: Fluoxetina – 20mg (antidepressivo); Risperidona - 2mg (antipsicótico); Biperideno – 2mg (antiparkinsoniano); Clonazepam – 2 mg (antiepiléptico); e Equitam - 80mg (Regulador Circulatório).

Em um de seus atendimentos a pessoa em tratamento se reconheceu como sendo uma pessoa “depressiva”. Atribui seu atual estado de saúde à morte do filho mais velho, que ocorreu no ano de 2004, vítima de afogamento aos 24 anos de idade. Depois deste episódio, F.L.C. apresentou duas tentativas de suicídio, no mesmo ano do ocorrido e outras no decorrer dos anos. Em 2006, compareceu ao CSF do bairro onde reside, apresentando escoriações no pescoço e em membros inferiores por arma branca, relatando vontade de morrer. Já chegou a cortar os pulsos, sendo internada na Unidade Psiquiátrica - Dr. Odorico Monteiro de Andrade no Hospital Dr. Estevam Ponte (Sobral/CE) nos anos de 2007 e 2009.

Paciente refere tentativas de suicídio, em decorrência de ouvir vozes (voz feminina) que “manda ela se matar”. No episódio em que um de seus filhos sofreu um acidente de moto, ficando internado em estado grave, episódio

ocorrido no início de 2013, a voz feminina que fala com ela, disse que “se ela se matasse, seu filho se salvaria” (segundo informações coletadas). Ela apresentou ideias suicidas, mas mesmo não tendo obedecido à voz, seu filho se salvou. Assim, relata não considerar tanto as previsões da voz

Atualmente apresenta sono e apetite preservado; tremores em membros superiores e inferiores; relata falta de preocupação em relação a sua saúde e aparência física, apresentando baixa autoestima; desempenha atividades domésticas em seu lar, se ocupando principalmente na lavagem de louças. Possui estilo de vida sedentário. Relata constante preocupação financeira e com os filhos, pois tem medo de perdê-los. Sem planos futuros. Nega vontade de morrer, mas apresenta choro fácil e refere tristeza, por sentir falta do filho que faleceu. Nega alucinações auditivas, durante o período em que foi acompanhada pela equipe pesquisadora.

3.2 Avaliação Familiar

Com base no Modelo Calgary de Avaliação Familiar (MCAF), que permite colher dados importantes sobre a família a qual o sujeito do estudo pertence, há três categorias básicas de análise: estrutural, de desenvolvimento e funcional. A categoria estrutural está relacionada à estrutura da família, o contexto, bem como o vínculo afetivo entre os membros. A categoria de desenvolvimento refere-se à transformação da história familiar durante as fases do ciclo da vida. Já a categoria funcional, está relacionada ao modo como os indivíduos da família interagem (atividades da vida cotidiana, solução de problemas, papéis, crenças, regras e alianças).

Vale destacar que o MCAF e o Processo de Enfermagem apresentam algumas similaridades no seu processo de implantação. No Modelo Calgary a etapa de avaliação equivale às fases de coleta de dados e identificação dos diagnósticos, enquanto, a etapa de intervenção corresponde às fases de planejamento da assistência, implementação e avaliação (MONTEFUSCO; BACHION; NAKATANI, 2008).

Essa avaliação torna-se necessária, visto que a família é um pilar importante do cliente portador de transtorno mental, e para se trabalhar em equipe com a família é necessário compreender o contexto familiar em que o

indivíduo está inserido, o que proporciona o planejamento de ações que visam a saúde e o bem estar do paciente (SILVA et al. 2011).

3.2.1 Categoria Estrutural

Esta célula familiar é composta por 10 membros, que residem em um mesmo domicílio: (F.L.C.) de 59 anos de idade; o marido – 57 anos; os quatro filhos – 33anos; 32 anos, 26 anos e 25 anos; as duas noras – 20 anos e 19 anos; e dois netos, ambos com 02 anos de idade. Vale destacar que um dos membros da família, o filho mais velho de F.L.C., foi morto no ano de 2004.

O genograma abaixo mostra a representação gráfica da estrutura organizacional dos membros familiares.

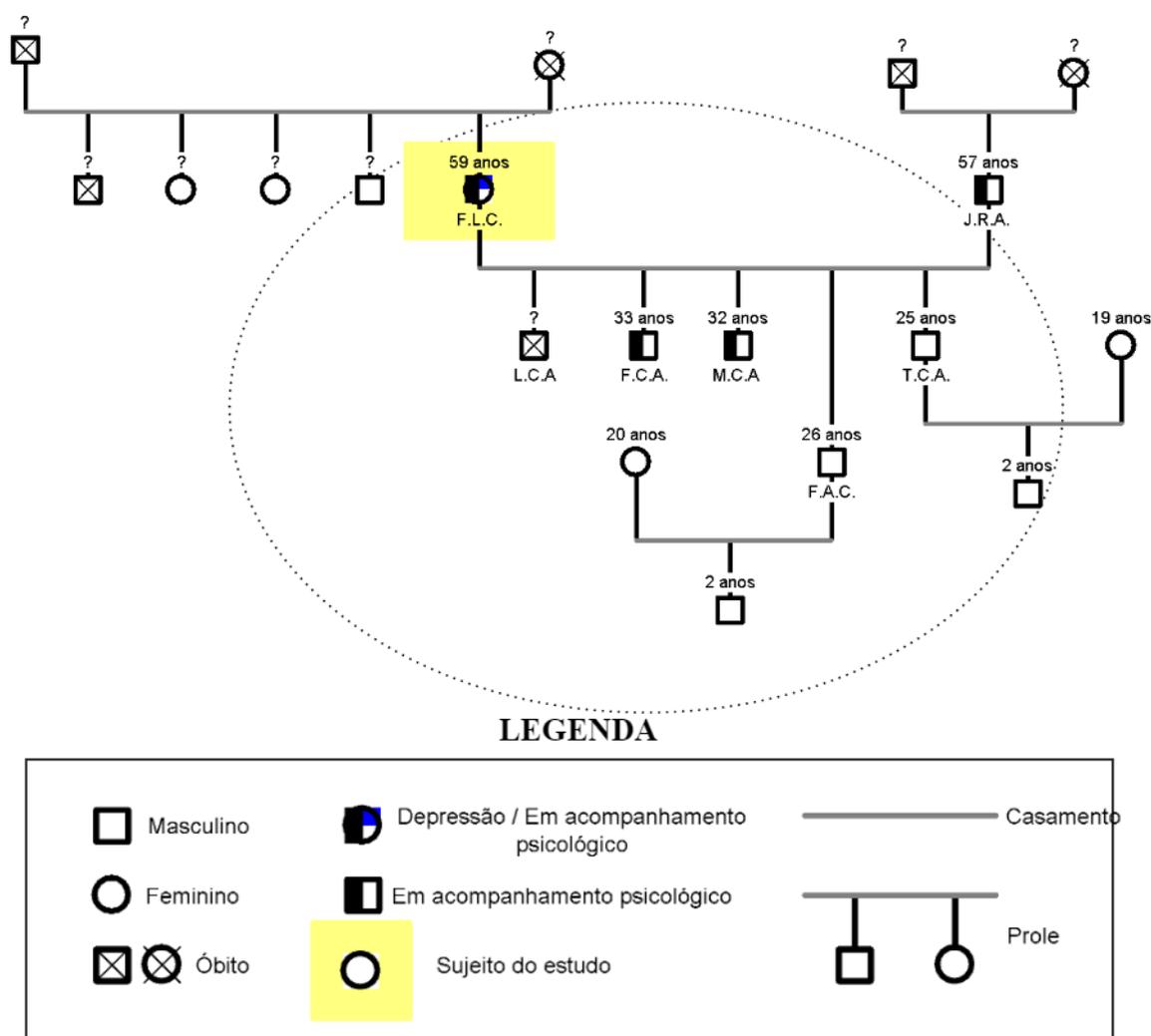


Figura 1 – Genograma da família estudada, obtido a partir do MCAF.

Como visto anteriormente através da leitura e interpretação do genograma a família de F.L.C. caracteriza-se por uma estrutura simples, com outros membros apresentando transtornos mentais, que também se encontram em acompanhamento psicológico. O marido, que é acompanhado pela preceptoria de psiquiatra no Centro de Saúde da Família do bairro em que reside, algumas vezes chegou a apresentar comportamentos agressivos e ideias suicidas. Segundo dados contidos no prontuário, este tem como diagnóstico Retardo Mental Não Especificado (F79), e encontra-se fazendo uso de Clorpromazina (antipsicótico).

Um dos filhos (F.C.A.) também é acompanhado pela preceptoria de psiquiatria, não tendo diagnóstico específico, e com histórico de dificuldade para falar, e falta de higiene corporal. Já outro filho (M.C.A.) é acompanhado pelo CAPS e encontra-se em tratamento para esquizofrenia.

A saúde mental advém de muitos fatores seja ele oriundo de eventos biopsicossocial, político e econômicos (GAINO, 2018). Com base no que foi dito anteriormente ao se trazer para a realidade da família da paciente esta possui baixa renda, e esta fonte de renda provém de duas aposentadorias (marido e um dos filhos que apresenta transtorno mental), e do trabalho dos dois outros filhos, que não fazem acompanhamento psicológico, ambos casados e com um filho cada.

É essencial para a compreensão o entendimento de toda a manutenção financeira desta família e que reflete diretamente em sua condição de acompanhamento psicológico e social. Os integrantes da família se caracterizam por apresentar linguagem simples. Todos são heterossexuais. São católicos, mas não apresentam o hábito de frequentar a Igreja. O ambiente de moradia é simples, limpo, de alvenaria, com poucos móveis, contendo 3 quartos, 1 banheiro, sala, cozinha e um pequeno quintal.

3.2.2 Categoria de Desenvolvimento

A partir dos relatos obtidos durante o acompanhamento do sujeito do estudo, pode-se perceber que o ciclo de desenvolvimento desta família nem sempre apresentou um curso favorável.

F.L.C., quando ainda criança, foi bastante maltratada pela mulher que a criou, pois, sua mãe não tinha condições de criá-la, separando-a dos irmãos, que foram morar com uma tia. Depois de muitos maus tratos, finalmente foi viver com essa tia e os irmãos em um distrito do município de Sobral/CE. Vale destacar, que F.L.C. teve traumas durante a sua adolescência, visto que foi vítima de abuso sexual. Aos 21 anos se casou. Teve cinco filhos, porém no ano de 2004, o filho mais velho foi vítima de afogamento, acontecimento que repercutiu em toda estrutura familiar, afetando principalmente o sujeito do estudo, pois o considerava como um importante figura na família (figura de apoio).

A partir desse momento, tentativas de suicídio foram praticadas por F.L.C., em decorrência de alucinações auditivas, culminando em internações, o que repercutiu na vida de todos os familiares. Nesse contexto, o filho que é acompanhado pela preceptoria de psiquiatria, também apresentou sinais de depressão (triste, só deitado, sem se alimentar direito, sem interagir com os demais membros da família, sem querer tomar banho ou tirar a barba).

A matriarca da família necessitou de cuidados, visto o risco de automutilação. Como os dois filhos mais novos trabalham para conseguir parte do sustento da casa, o filho portador de esquizofrenia, que atualmente apresenta quadro estável, devido ao acompanhamento pelo CAPS, assumiu a figura de cuidador da mãe e do outro irmão, que se encontra em acompanhamento psicológico. Somente com o casamento dos filhos mais novos, e com a ida das duas noras para sua residência, F.L.C. passou a ter apoio no que se refere às atividades domésticas, que antes se encontravam fragilizadas em decorrência do seu estado depressivo.

3.2.3 Categoria Funcional

Através das observações realizadas, ficou evidente que cada membro da família possui uma rotina estabelecida. F.L.C. apresenta contato maior com o filho que desempenha o papel de cuidador, e não gosta muito de verbalizar com os demais membros da família. Relata brincar pouco com os netos, e muitas vezes chega a esquecer o nome dos mesmos. Como os filhos mais novos trabalham, o contato de F.L.C. com eles é muito restrito, somente no turno da noite. As noras passam o dia cuidando da casa e dos filhos, e assim não

desempenham nenhum papel no cuidado do sujeito em estudo. O sentimento que F.L.C. demonstra pelo seu companheiro é de pena, conforme relatado por ela.

O controle financeiro da família fica na responsabilidade dos dois filhos mais novos, o que torna o sujeito do estudo bastante dependente dos mesmos, visto que ela ainda não conseguiu se aposentar. As roupas que usa são provenientes de doação, e os utensílios pessoais são inclusos no mercantil do mês.

A ligação de F.L.C. com a comunidade encontra-se prejudicada, fator muito importante a ser considerado. Segundo Pereira *et al* (2009), uma família que possui poucas conexões com a comunidade necessita de maior investimento da enfermagem em intervenções que auxiliem na busca por mais conexões ou estabilizações das relações.

F.L.C. não possui muito contato com os vizinhos, costumando frequentar a casa de apenas um deles. Vive mais em casa, dormindo, assistindo televisão (novela), ou ajudando as noras nas atividades domésticas, principalmente na cozinha (lavando panelas ou preparando refeições). Sua relação com o Centro de Saúde da Família é bastante fraca, visto que a paciente relata não frequentar o local, e são poucas as vezes que a Agente Comunitária de Saúde realiza visitas domiciliares. Embora seja católica, não costuma ir à Igreja. Sua relação mais forte foi com o CAPS, e a paciente relata que seus amigos se encontram naquele ambiente. Por muito tempo participou do grupo terapêutico realizado nesse Centro de Atenção Psicossocial, mas atualmente não frequenta em decorrência de falta de transporte. O contato com os irmãos é praticamente ausente, em decorrência de residirem em uma outra cidade. Relata não receber visitas de parentes.

Diante do exposto, a figura abaixo representa a interação de F.L.C. com sua família e a sociedade.

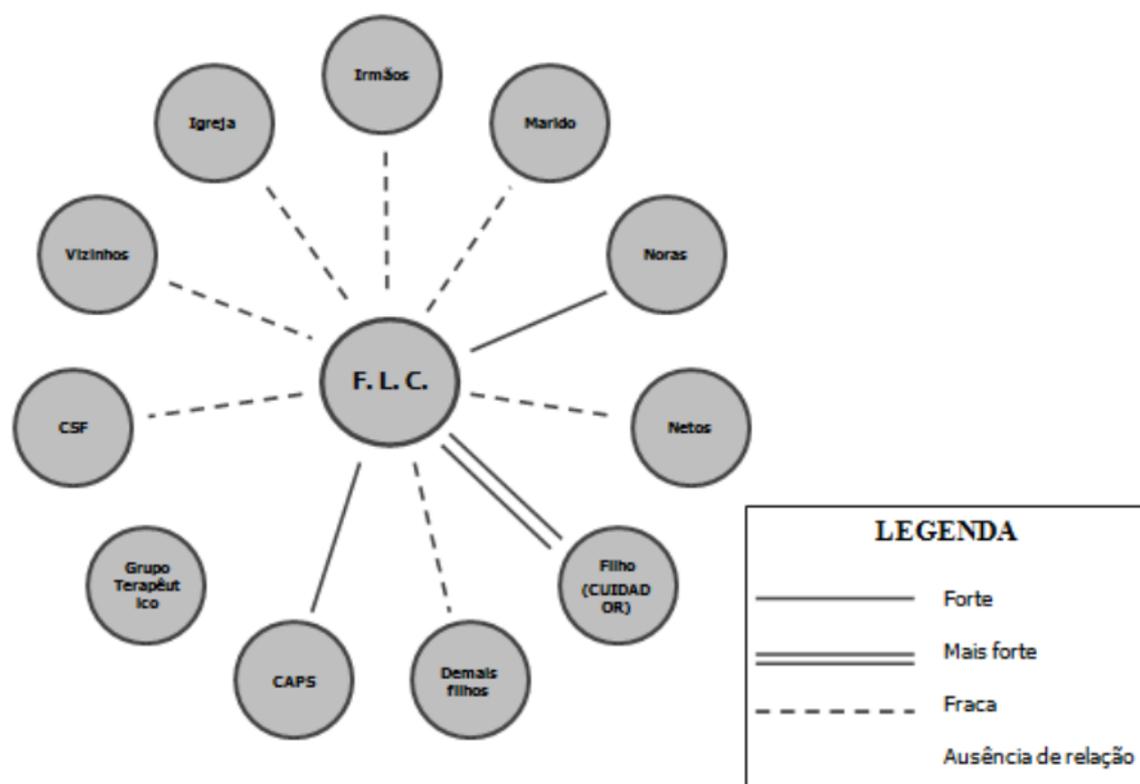


Figura 2 – Ecomapa de F.L.C., obtido a partir do MCAF.

4. O Papel Desempenhado Pelo Familiar (Cuidador)

Como já foi citado anteriormente, F.L.C. tem como cuidador o filho que é portador de esquizofrenia e está sob acompanhamento dos profissionais do Caps Geral do município de Sobral, onde reside. Durante contato com o indivíduo foi possível perceber que sua mãe (sujeito do estudo) é dependente do mesmo, visto que é ele quem a auxilia na vida cotidiana, no que diz respeito à higiene pessoal (ajudar a se pentear e a se vestir) e à tomada dos medicamentos no horário correto. Além disso, é o filho que lava as roupas de F.L.C., bem como a encoraja a ir à missa, visitar os vizinhos, ou seja, usar o tempo para exercer alguma atividade.

Segundo Cândido e Furegato (2005), em razão da falta de energia (motivação e animação), os portadores de depressão sempre precisam da assistência em todos os aspectos da vida diária. Por isso torna-se necessário o

acompanhamento da equipe de enfermagem ou de familiares no seu domicílio, encorajando, estimulando e apoiando.

Outra tarefa desempenhada pelo familiar (cuidador) é o de receber os medicamentos todas as semanas no CAPS, visto que o monitoramento farmacológico da paciente é feito 4 vezes por mês. Vale destacar que o indivíduo cuidador participa de grupos terapêuticos duas vezes por semana nesse serviço que compõe a RAISMS. Além disso, durante a ida de F.L.C. ao CAPS, é ele quem a acompanha.

Como o filho não trabalha, sendo sua ocupação apenas a de cuidar do sujeito do estudo, este não se mostra incomodado diante do papel de cuidador. Entretanto, demonstra preocupação com a segurança física da mãe, em decorrência das tentativas de suicídio, e com a vida social da mesma, visto que ela pouco sai de casa, e dessa forma não interage muito com a sociedade. Não relata preocupação financeira, visto que esse papel fica a cargo dos dois irmãos mais novos, que desempenham atividade laboral, e, portanto, contribuem para o sustento da casa.

4.1 Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

Ao analisar o contexto familiar no qual o sujeito do estudo (F.L.C.) está inserido, com seus costumes e ações do cotidiano, foram identificados e levantados os principais diagnósticos de enfermagem com base na Taxonomia II da NANDA (2010), tendo também como base o histórico de enfermagem previamente elaborado.

Conforme a Resolução do COFEN Nº. 358/2009, que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, o levantamento de diagnósticos é fundamental para a interpretação dos dados coletados. Representando as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde-doença, constituindo base para a implementação de intervenções, com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados, para a resolução dos problemas encontrados.

Segundo Villela e Scatena (2004), além de acolher o sujeito com sua história de vida, a Enfermagem deve oferecer uma intervenção terapêutica, por meio de instrumentos e ações que possibilitem a busca por uma melhor qualidade de vida. Para isso, é necessária uma abordagem holística, considerando a individualidade do ser humano, o contexto da saúde e doença em que ele está inserido, o relacionamento interpessoal, permeando a coparticipação no processo da reabilitação e a promoção do autocuidado como forma de responsabilizar o sujeito pela sua saúde. Somado a isso, o enfermeiro deve usar a percepção e a observação, formular interpretações válidas, delinear campo de ação com tomada de decisões, planejar a assistência, avaliar as condutas e o desenvolvimento do processo. Essas ações fazem parte do processo de enfermagem, devendo direcionar o relacionamento interpessoal e terapêutico.

Antes da elaboração das intervenções de enfermagem, baseadas na NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem (2004), foi realizada a 3ª etapa do processo de enfermagem: o Planejamento, descrita na Resolução do COFEN Nº. 358/2009, com a etapa correspondente a determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

Os estágios do planejamento incluem os seguintes pontos: o estabelecimento de prioridades, a elaboração de resultados, a preparação de intervenções de enfermagem e a documentação. Dessa forma, foi estabelecido como prioridade o seguinte plano assistencial: aumentar a autoestima do sujeito do estudo, de modo que ele possa voltar à vida com a maior qualidade possível, valorizando e vendo um sentido no viver, como também fazê-la entender que a morte faz parte do ciclo natural da vida; e aliviar os sintomas da depressão.

Vale ressaltar, que em geral, os objetivos para todo cuidado de enfermagem à pessoa deprimida devem estar relacionados ao aumento da autoestima desse indivíduo e às ações técnicas para atender às suas necessidades (CANDIDO; FUREGATO, 2005). O quadro abaixo apresenta os principais diagnósticos de enfermagem identificados, com as respectivas

intervenções realizadas. Segundo Barros (2009), a intervenção de enfermagem é uma ação que pretende beneficiar o paciente, constituindo uma fase de grande importância, pois é por meio da ação, do cuidado posto em prática que a enfermagem se mostra, se identifica.

Quadro 1. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem referente a uma paciente portadora de Transtorno Depressivo Recorrente (2009).

DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
Estilo de vida sedentário, relacionado à falta de motivação e interesse, evidenciado por escolha de rotina diária sem exercícios físicos (falta de motivação).	Encorajar a paciente a realizar atividade física (caminhada). Auxiliar a paciente a agendar períodos regulares para o programa de exercícios na rotina semanal.
Déficit no autocuidado para banho/higiene, relacionado a sintomas depressivos, evidenciado por relato verbal de falta de interesse em relação a manutenção da aparência física.	Encorajar o paciente a realizar as atividades normais da vida diária, a partir do estabelecimento de horários. Facilitar que a paciente tome banho sozinha. Monitorar a limpeza das unhas.
Percepção sensorial perturbada (auditiva), relacionada a quadro depressivo, evidenciado por relatos de alucinações.	Criar oportunidade para o paciente discutir as alucinações. Oferecer orientação sobre a doença ao paciente, visto que as alucinações são em decorrência da depressão.
Baixa autoestima crônica, relacionada a evento traumático (morte do filho), evidenciada por relato de desmotivação e ausência de planos futuros.	Encorajar o paciente a avaliar o próprio comportamento. Elogiar o progresso da paciente na direção de metas. Monitorar a frequência de verbalizações autonegativas.

<p>Tristeza crônica, relacionada à morte de uma pessoa amada, evidenciada por expressos sentimentos de tristeza.</p>	<p>Encorajar o diálogo e o choro como forma de reduzir a resposta emocional.</p> <p>Encorajar a participação em interações com familiares, amigos e outros.</p> <p>Estimular a participação em grupos de apoio.</p> <p>Escutar com atenção a comunicação do indivíduo e desenvolver um senso de momento certo para a oração e os rituais religiosos.</p>
<p>Risco de suicídio devido transtorno psiquiátrico (depressão).</p>	<p>Conversar com os familiares, de modo a manter o ambiente seguro.</p> <p>Providenciar um nível adequado de vigilância/supervisão para monitorar o paciente.</p> <p>Encorajar a paciente a discutir seus sentimentos e impulsos em vez de agir.</p>
<p>Isolamento social, relacionado a alterações no estado mental, evidenciado por prolongada permanência no domicílio devido ausência de pessoa significativa (filho).</p>	<p>Encorajar atividades sociais e comunitárias.</p> <p>Encorajar a paciente a mudar de ambiente, como sair para caminhar ou ir à Igreja.</p> <p>Encorajar melhoria de envolvimento em relações já criadas.</p>

4.2 Avaliação de Enfermagem

A avaliação de enfermagem é descrita na Resolução do COFEN N°. 358/2009 com um processo contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado.

Durante acompanhamento do sujeito (F.L.C.), que ocorreu em sua residência, a autoestima e a vida social se constituíram quesitos frequentemente

analisados. Inicialmente, foi observado certa resistência por parte da paciente, em virtude de ser o início do contato com a equipe pesquisadora.

Segundo Cândido e Furegato (2005), a melhor forma de estabelecer vínculo com o deprimido é a presença frequente e interessada, sempre demonstrando apoio e compreensão mesmo que ele fale pouco, ou seja, sempre considerando importante o saber ouvir.

Baseados nisso, com o decorrer das intervenções de enfermagem realizadas, foram obtidos os seguintes resultados positivos:

- A paciente passou a se mostrar mais alegre;
- Percebeu-se no decorrer das visitas, que o filho (cuidador) não precisava mais lembrá-la de tomar banho, visto que foi estabelecido pela paciente os horários mais adequados para ela (tarde e noite);
- O incentivo em pintar as unhas e cuidar da aparência física, no início não foi bem aceito pela paciente, mas obteve-se como resultado positivo o fato da mesma se interessar em ajeitar as unhas (cortar e pintar);
- No que diz respeito às alucinações (sintoma psicótico), a paciente compreendeu que faz parte do seu quadro de saúde (depressão). Segundo a mesma, já fazia dois meses que não ouvia mais a voz feminina que costuma incentivá-la a praticar atos suicidas.
- Embora relatasse tristeza e choro frequente, em decorrência da perda do filho mais velho, os elogios por parte das pesquisadoras permitiam que F.L.C. sorrisse e pudesse verbalizar momentos de alegrias, como por exemplo, quando está brincado com os netos de esconde-esconde.
- As verbalizações autonegativas, bastante presente no início do contato do sujeito do estudo, foi dando lugar a diálogos referente às suas atividades de vida diária na perspectiva da socialização.
- No que se refere à socialização, F.L.C. foi à missa ao lado de seu filho que desempenha o papel de cuidador, e estabeleceu contato com a vizinha, que embora tenha sido só uma vez, mas já se configurou como um início do restabelecimento de relações já criadas. O convívio social é essencial na recuperação de um paciente com distúrbios mentais, (SILVA et al, 2011).

Entretanto, no que diz respeito ao incentivo à participação em grupos terapêuticos, F.L.C. não se mostrou interessada, relatando não gostar do grupo

de crochê do qual já fez parte no início do acompanhamento pelo CAPS Geral de Sobral/CE. Além disso, não aderiu às atividades físicas, por relatar não gostar de caminhar. Assim, foi incentivado exercícios de alongamento.

Já no que se refere ao apoio familiar, percebeu-se uma grande disposição das noras do sujeito do estudo, de modo a estar atuando no monitoramento dos riscos a que a paciente pode estar exposta, que possa contribuir para atitudes suicidas. Em relação aos filhos mais novos que passam o dia trabalhando, após interação com os pesquisadores, pode-se observar mudança de comportamento em relação à mãe. Antes eles estavam mais afastados, por passarem o dia fora e só chegar em casa a noite. Segundo relatos de F.L.C. era muito bom conversar com os filhos, visto que esta possui muito medo de também perdê-los, o que justifica a sua preocupação constante. Assim, isso mostra a contribuição do apoio familiar ao paciente com diagnóstico de transtorno depressivo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber, por meio deste estudo, que a Sistematização de Enfermagem (SAE), baseada na avaliação familiar permitiu integrar a família no cuidado ao paciente com Transtorno Depressivo Recorrente. Informações relativas à estrutura, desenvolvimento e funcionamento da família do sujeito do estudo, possibilitaram a compreensão acerca dos problemas enfrentados no dia-a-dia, relacionados aos sintomas depressivos, bem como o impacto familiar ocasionado pela morte do filho mais velho, o que possibilitou o planejamento de intervenções adequadas à realidade do sujeito, permitindo a obtenção de resultados comportamentais positivos, diante do curto espaço de tempo em que a paciente foi acompanhada.

Cabe destacar a importância não só de um membro, mas da maioria dos integrantes da família, de modo a estar promovendo o cuidado voltado para o paciente portador de Transtorno Depressivo, principalmente no sentido de estar monitorando e evitando comportamentos que demonstrem ideais suicidas.

Hoje a depressão está se tornando cada vez mais presente na sociedade, então cabe ao enfermeiro, o papel de estar tendo uma visão holística em relação ao paciente, não vendo somente o transtorno mental, mas envolvendo a família, de modo compatível com a reforma psiquiátrica, em que a família que

antigamente era afastada do doente, hoje deve ser incluída, pelo entendimento de que o portador de transtorno mental necessita de um tratamento digno, e que a participação dos familiares é fundamental para sua recuperação.

Por fim, cabe ao enfermeiro, promover transformações no seu modelo assistencial, utilizando-se da visita domiciliar e da criação de vínculo no âmbito familiar do doente mental como ferramentas significativas para uma assistência de qualidade, visando a reabilitação do paciente, sua socialização e melhora da autoestima, na perspectiva da promoção da saúde.

Cabe destacar a importância da escuta e da valorização do paciente depressivo, e atuação do enfermeiro como participante da equipe multiprofissional de saúde, em que se deve dispor de uma abordagem tranquila, sem críticas e compreensível. A paciência é um elemento importante na abordagem a pessoa deprimida, visto que elas passam por processos que envolvem o biopsicossocial do ser, deve se procurar cuidar de maneira integral visando respeitar toda a singularidade da pessoa. Logo, a formação do enfermeiro deve estar pautada no holismo, bem como em práticas cotidianas baseadas na inserção da família no cuidado, vislumbrando uma assistência prestada com qualidade ao portador de transtorno mental.

REFERÊNCIAS

BARROS, S. M. O.. *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial*. – 2.ed. – São Paulo: Roca, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. *Resolução nº 466/2012: sobre pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília, 2012.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S.; BARE, B. G.. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 9.ed. V. 2 Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

BRUSAMARELLO, *et al.* Cuidado de enfermagem em saúde mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico. *Cogitare Enferm.* 2009 Jan/Mar; 14(1): 79-84. Disponível em: <http://www.biblioteca virtual em saúde>. Acesso em: 20.set.2013.

CANDIDO, M. C. F. S.; FUREGATO, A. R. F.. Atenção da enfermagem ao portador de transtorno depressivo: uma reflexão. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde*

Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 1, n. 2, ago.2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000200008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21.set.2013.

CID-10. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre, RS: Artmed, 2018.

CLOSKEY, M. C.; BULECHECK, G. M.. *Cassificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 3ed. São Paulo: Artmed; 2004.

COFEN 358/2009 – Resolução - *Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados*.

DAMÁSIO, V. F.; MELO, V.D.C.; ESTEVES, K.B.. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. *Rev enferm. UFPE on line*. Rio de Janeiro, 2008 out./dez.; 2(4):425-33. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/329/pdf_404. Acesso em: 21.set.2013.

FEITOSA, M. P.; BOHRY, S.; MACHADO, E.R. Depressão: família, e seu papel no tratamento do paciente. *Revista de Psicologia*. V.14, Nº. 21. 2011.

GAINO, L. V.; SOUZA, J.; CIRINEU, T.C.; TULIMOSKY, T. D. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. vol.14 n.2.Ribeirão Preto abr./jun. 2018.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: ruptura de laço social. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 36 (123): 84-92, 2011.

KAPLAN, H. I. & SADOCK, B. J. *Compêndio de psiquiatria: ciências comportamentais - psiquiatria clínica*. 6o ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

LOUZÃ NETO, Dr. M. R.. *Depressão (Transtorno Depressivo)*, 2010. Disponível em: <http://www.saudemental.net/depressao.htm>. Acesso em: 20.set.2013.

MACHADO, A. M.; MIASSO, A.I.; PEDRÃO, L. J.. Sentimento do portador de transtorno mental em processo de reabilitação psicossocial frente à atividade de recreação. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 45, n. 2, Apr. 2011 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000200022&lng=en&nrm=iso. Acesso em:20.set.2013.

MARTINS, M. M.; FERNANDES, C. S.; GONÇALVES, L. H. T.. A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Rev. bras. enferm.*, Brasília , v. 65, n. 4, Ago. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400020&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 22.set. 2013.

MELLO, J. H.. *Esquizofrenia e sobrecarga do cuidador*. Introdução de tese de doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

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. Acesso em:20.set.2013.

MINAYO, M. C. S.. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONTEFUSCO, S. R. A.; BACHION, M. M.; NAKATANI, A. Y. K. Avaliação de famílias no contexto hospitalar: uma aproximação entre o Modelo Calgary e a taxonomia da Nanda. *Revista Texto e Contexto de Enfermagem*, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, jan./mar., 2008, 17(1): 72-80.

NANDA. *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PEGORARO, R. F.; Caldana, R. H.. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicol Estudo*. 2006;11(3):569-77.

PEREIRA, A. P. S. *et al*. O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília*, mai./jun., 2009, 62(3): 407-16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000300012&script=sci_arttext. Acesso em: 22 set. 2013.

PEREIRA, I. C. G.. *Do ajustamento à invenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil*. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. 2. ed. São Paulo: Cortez, p.217-262, 2002.

PEREIRA, M.A.O;PEREIRA JÚNIOR, A.. *Transtorno mental: dificuldades enfrentadas pela família*. *Rev Esc Enferm USP*. 2003;37(4): 92-100.

PORTO, J.A.Conceito e diagnóstico de depressão.*Rev. Bras. Psiquiatr.* v.21, n.1 São Paulo, maio, 1999.

ROSA, Lúcia. *Transtorno Mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSA, W.A.G. *A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família - PSF [dissertação]*. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2002.

SANTOS, M. M; BARROS, C.R.S; ANDROLI, S.B.Fatores associados à depressão em homens e mulheres presos. *Rev. bras. epidemiol.* v.22 , n. 23, São Paulo, 2019.

SILVA, C. M. C. D. *et al.* Visita domiciliar na atenção à saúde mental. *Cienc. enferm.*, Concepción, v. 17, n. 3, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300011&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 21.set.2013.

SILVA, L.; BOUSSO, R. S.; GALERA, S. A. F.. Aplicação do Modelo Calgary para avaliação de famílias de isodos na prática clínica. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2009, vol.62, n.4, pp. 530-534. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/06.pdf>. Acesso em: 22.set.2013.

SILVA, G.G.J. *et al.* Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. *Rev. bras. saúde ocup.* v.34 n.119, São Paulo jan./jun. 2009.

SOUZA, M. S. D.; BAPTISTA, M. N.; ALVES, G. A. D. S.. Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis. *Aletheia*, Canoas, n. 28, dez. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000200005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21.set.2013.

SPADINI, L. S.; SOUZA, M. C. B. D. M.. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2006, vol.40, n.1, pp. 123-127. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a17v40n1.pdf>. Acesso em: 21.set.2013.

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 em: 22.set.2013.

VILLELA, S. D. C.; SCATENA, M. C. M.. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 57, n. 6, Dez.2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000600022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21.set. 2013.