

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

LEILA PEREIRA RODRIGUES

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À SAÚDE MENTAL

VITÓRIA

2015

LEILA PEREIRA RODRIGUES

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. ^a Luciane Valadão Almeida.

VITÓRIA
2015

LEILA PEREIRA RODRIGUES

O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em _____ de _____ de 2015, por:

Profa. Luciane Valadão Almeida - Orientadora

Prof. Mestre Bruno Henrique Fiorin - FCSES

Profª Giovanna Fonseca Scardin - FCSES

Dedico esse trabalho ao meu DEUS.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu DEUS em primeiro lugar que me direcionou, me fortaleceu nesse tempo de construção, aperfeiçoamento e conquista desse sonho. Que essa vitória seja para Glória de DEUS.

Agradeço ao meu esposo Diogo que em muitas vezes renunciou seu tempo para me dar tempo e me ajudar, até mesmo quando não podia, onde muitas vezes deixou de estudar para me ajudar a estudar. Obrigado pelo carinho e cuidado dedicado que as infinitas bênçãos de DEUS possa alcança-lo sempre.

Agradecer a minha filha Hadassa, que me ajudou nesse período, me compreendeu nos momentos de ausência e com tanta alegria me fez persistir ainda mais a cada sorriso.

Quero agradecer aos meus pais, familiares e amigos por cada atitude cada palavra que me ajudaram nesse momento crucial.

Agradeço professora e orientadora Luciane, que teve paciência, compreensão, dedicando o seu tempo com carinho e profissionalismo, para que este trabalho se tornasse real.

Agradeço a DEUS, sem excessão por cada PROFESSOR que tive a honra de conhecer nessa jornada, que me ensinaram com amor e paciência, que me corrigiram quando necessário, que me estimularam, e me fizeram sonhar e acreditar que eu conseguiria mesmo diante de tantas adversidades. Obrigado queridos professores por existirem e serem tão especiais .

Quero dizer a cada jovem que você pode conquistar seus sonhos apenas dê o melhor de você, aproveite as oportunidades, seja humilde quando for corrigido e aprenda com seus mentores e com o que a vida tem a te proporcionar. Se te derem um limão, faça dela um suco bem gostoso, crie oportunidades, inove, recicle, mas não perca seu tempo ele é precioso é no final de tantas lutas você verá que valeu a pena.

RESUMO

O objetivo geral desse trabalho é conhecer a atuação do enfermeiro na assistência ao portador de saúde mental, identificando as patologias mais concernentes, bem como, a participação da família na inserção social dos portadores de transtorno mental. Entendemos que a saúde mental não está separada da saúde geral. Necessário identificar que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica. A metodologia utilizada nesta pesquisa foi revisão bibliográfica, por meio de estudo sistematizado, onde se utilizou como objeto de pesquisa, revistas eletrônicas, livros, revistas, teses, monografias, artigos, sites científicos Lilacs, Scielo, Medline, revistas eletrônicas, publicados em português no período de 2000 a 2015. O termo doença mental refere-se a enfermidades de causas multifatoriais que acomete o aparelho psíquico, impedindo o indivíduo de desenvolver suas atividades cotidianas, e em alguns casos de acordo com a patologia a pessoa não consegue mais se conectar com a realidade, o que prejudica o convívio familiar, social, e pessoal do indivíduo. Existe um sentido diferente em relação á outras doenças por ser pouco difundida e cercada de muitos mitos e estigmas, que acaba trazendo ainda mais sofrimento para o portador e sua família que precisam aprender a lidar com o impacto causado por esse transtorno. Para que o enfermeiro na saúde mental tenha autonomia ao desempenhar suas funções, é relevante que o mesmo esteja sempre atualizado buscando novos horizontes que venham somar nesse processo, faz-se necessário que o mesmo tenha convicção e segurança ao prestar os cuidados e também em relação a sua postura ética e profissional, levando em conta que o mesmo é um multiplicador, que não apenas cuida e auxilia, mas tem o seu espaço como educador, líder, articulador e criador de projetos e ações, mas isso só é possível quando existe um olhar amplo em relação a todo o contexto em que o mesmo se encontra, respeitando assim o espaço do outro, mas desenvolvendo em seu cotidiano a arte da enfermagem.

Palavras-Chave: Saúde Mental. Família. Enfermagem.

ABSTRACT

The objective this scientific paper is to know the work of nurses in the care of mental health carrier, identifying the most concerning pathologies, as well as family involvement in social integration of the mentally ill. We understand that mental health is not separate from overall health. Necessary to identify the demands of mental health are present in several complaints reported by patients who come to health services, especially primary care. The methodology used in this research was literature review through systematic study, which was used as an object of research, electronic journals, books, magazines, theses, monographs, articles, scientific sites Lilacs, Scielo, Medline, electronic journals, published in Portuguese from 2000 to 2015. The term mental disease refers to diseases of multifactorial causes that affects the psychic apparatus, preventing the individual to develop their daily activities, and in some cases according to the condition the person can no longer connect with reality, which harms family life, social, personal and individual. There is a different sense in thier other diseases because it is little known and surrounded by many myths and stigmas, which ends up bringing even more suffering for the carrier and his family who must learn to cope with the impact caused by this disorder. For nurses in mental health has autonomy to perform its functions, it is important that it is always up to date seeking new horizons that will add up in this process, it is necessary that it has confidence and security to provide care and also in relation its ethical and professional behavior, taking into account that it is a multiplier, which not only cares for and assists, but has its place as an educator, leader, articulator and creator of projects and actions, but this is only possible when there is a look large in relation to the whole context in which it is in keeping with the space of the other, but developing in their daily lives the art of nursing.

Keywords: Mental Health. Family.Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Síndrome de Burnout.....	38
Figura 2 - O cérebro na Esquizofrenia.....	40
Figura 3 - Ciclo do transtorno obsessivo compulsivo.....	45
Figura 4 - O Transtorno Bipolar no cérebro.....	49
Figura 5 - Síndrome do pânico.....	52
Figura 6 - O sono e a memória.....	56

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Os objetivos e estrutura do CAPS.....	32
Quadro 2 - Sintomas somáticos observados no Transtorno de Ansiedade.....	36
Quadro 3 - Sintomas de esquizofrenia.....	39
Quadro 4 - Tipos de droga.....	41
Quadro 5 - Os tipos de família.....	59

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	23
2.1 BREVE HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA.....	23
2.2 BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA.....	23
2.3 PSIQUIATRIA NO BRASIL.....	24
2.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.....	26
2.5 SAÚDE MENTAL NO SUS.....	27
2.5.1 A rede de saúde mental e os equipamentos.....	28
2.6 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....	33
2.7 A ASSISTÊNCIA A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	34
2.8 TIPOS DE TRANSTORNOS MENTAL.....	35
2.8.1 Ansiedade.....	35
2.8.2 Síndrome de Burnout.....	36
2.8.3 Esquizofrenia.....	38
2.8.4 Drogas.....	41
2.8.5 Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC).....	43
2.8.6 Depressão.....	46
2.8.7 Transtorno de Humor Bipolar ou Transtorno Bipolar.....	48
2.8.8 Síndrome do Pânico.....	51
2.8.9 Transtorno do Sono.....	54
2.9 A FAMÍLIA E O PORTADOR DE DOENÇA MENTAL.....	58
2.10 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE MENTAL.....	61
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	75
ANEXO A – LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.....	95
ANEXO B – LEI No 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.....	98
ANEXO C – LEI No 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006.....	100

1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que hoje grande parte das doenças psíquicas e físicas é influenciada por uma junção de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Nossa compreensão do relacionamento entre saúde mental e física vem crescendo rapidamente. Sabemos que os transtornos mentais resultam de multifatores e têm a sua base física no cérebro. Entendemos que eles podem afetar a todos, em toda parte e que, mais frequentemente do que se pensa, podem ser tratados eficazmente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

Entende-se que não existe uma dicotomia de saúde mental e saúde geral pois elas não estão separadas. E devido a isso é relevante identificar que as demandas de saúde mental estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de Saúde, em especial da Atenção Básica. Resta aos profissionais o desafio de perceber e intervir sobre essas questões (BRASIL, 2013).

Trabalhar com o usuário portador de distúrbio mental requer romper com os próprios paradigmas, pois a visão que se tem quando se fala em doente mental está relacionada a manicômio, agressão, medo e essa imagem é difícil de apagar posto que faz parte das raízes educacionais. Contudo os profissionais de saúde para desempenhar a sua função e exercer o comprometimento com o outro pertinente à profissão precisam adquirir um pouco de desprendimento para conseguir realizar um trabalho em prol desses pacientes e seus familiares (RIBEIRO et al., 2010).

A saúde mental pode melhorar com ações coletivas realizadas na sociedade, entretanto, requer políticas e programas por parte dos setores governamentais e comerciais que integrem os serviços de educação, trabalho, justiça, ambientais, habitacionais e de assistência social, bem como atividades específicas no campo da saúde vinculadas com a prevenção e tratamento dos problemas de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

Porém é importante que o profissional de enfermagem receba capacitação constante para proporcionar qualidade no atendimento de sua clientela e também para melhorar a qualidade da assistência prestada pela sua equipe, mantendo condições saudáveis para a promoção da saúde do usuário de transtorno mental, e contribuindo para que juntos possam conquistar condições para trabalhar, produzir,

viver de forma mais positiva e livre da exclusão social (FERNANDES; CARVALHO; OLIVEIRA, 2014).

Mediante vivência íntima familiar, manifestei a intenção de revisar na literatura o tema proposto. Enquanto acadêmica de Enfermagem, busquei um tema que retratasse a assistência de enfermagem aos pacientes mentais de modo não específico; patologias em geral.

Que essa pesquisa venha contribuir para o profissional de saúde e, especificamente aos enfermeiros que atuam com paciente portador de transtorno mental (tanto em nível de atenção básica como hospitalar), no sentido de estimular esses profissionais a traçar novas estratégias de atenção aos pacientes e familiares; a se capacitarem frente às mudanças relacionadas a reinserção social do indivíduo na família e sociedade. É importante que o enfermeiro reconheça o seu papel e tenha segurança para delimitar projetos que envolva toda a equipe, promovendo, assim, um atendimento de qualidade e com responsabilidade holística, resultando em benefício para o paciente e sociedade.

Tratar-se de uma revisão de literatura descritiva sobre o tema assistência de enfermagem em saúde mental. O levantamento de dados foi realizado através das bases: Lilacs, Scielo, Medline, revistas eletrônicas, além de livros, revistas, teses, artigos e monografias publicadas no período de 2000 a 2015. Utilizou-se os seguintes descritores em ciências da saúde, cadastrados no DeCS: saúde mental, família e enfermagem. Para os critérios de inclusão adotou-se: textos completos, artigos em língua portuguesa e literatura que contemple a temática escolhida. Dentre os critérios de exclusão estão: textos incompletos e que não atendem ao tema proposto.

O objetivo geral desse trabalho é conhecer a atuação do enfermeiro na assistência ao portador de saúde mental. Identificar as patologias mais concernentes bem como a participação da família na inserção social dos portadores de transtorno mental.

A revisão de literatura consiste em um momento que o aluno pesquisador irá de forma detalhada revisar toda literatura do período proposto em livros, revistas, artigos científicos, teses, monografias, dissertações e jornais referentes ao assunto desejado. Desta forma, a revisão é para que o aluno desenvolva sua pesquisa

dentro dos padrões exigidos e de forma satisfatória (FINDLAY; COSTA; GUEDES, 2006).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 BREVE HISTÓRICO DA PSIQUIATRIA

Torre e Amarante (2001), corroboram que com a evolução da sociedade europeia e a transição do sistema feudal para o capitalismo surge então a psiquiatria, como um novo ramo da ciência com práticas técnicas e disciplinares com o objetivo de solucionar politicamente o problema da loucura.

[...] Em 1793, Pinel passa a trabalhar como médico chefe no Hospital Geral de Bicêtre e propôs uma transformação no hospital ao desacorrentar os alienados. Ao separar os loucos dos demais desviantes, a loucura adquiriu o status de alienação e de doença (LIMA, 2010, p. 19).

Segundo Millani e Valente (2008), após observar o comportamento dos alienados Pinel identifica que os problemas mentais era o excesso das tensões sociais e psicológicas, sendo esse o momento em que ele diferencia as psicoses e alucinações e as classifica como doença mental.

De acordo com o Relatório sobre Saúde Mental no Mundo, realizado pela Organização Mundial da Saúde em 2001, as disfunções mentais são uma junção de alterações definidas pela Classificação Internacional de Doenças (CID 10). Ainda que os sinais e sintomas venham modificar consideravelmente, os transtornos mentais em sua maioria caracteriza-se por uma mistura de comportamentos considerados impróprios aos padrões da sociedade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

2.2 BREVE HISTÓRICO DA LOUCURA

Conforme Gonçalves (2004), a existência da loucura foi identificada ao longo da história humana, e explicada através de conceitos religiosos, científicos, mágicos e também relacionado a castigo dos deuses e possessões demoníacas. Mas em algumas sociedades ainda existe a ideia mística em torno da enfermidade psíquica. Mas nem sempre a experiência com a loucura, foi considerada negativa e não era vista como doença, na Grécia antiga ela era um privilégio de poucos, que através de delírios tinham acesso a verdades sagradas. Na idade média o leproso era o

excluído da sociedade por espalhar medo e representar o castigo divino, com o fim das cruzadas e rompimento com os focos de lepras orientais de infecção, acaba ficando uma lacuna que é ocupada mais tarde por um novo representante o louco (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

E na Europa, em algumas cidades onde não havia uma organização para acolher e tratar do louco, eles eram entregues as embarcações chamadas de naus de loucos onde estavam destinados a vagar até morte pois não eram bem vindos em suas cidades de origens e nem onde as embarcações atracavam. Assim a sociedade estava livre dos loucos que incomodavam e atrapalhavam a nova forma de se organizar (JABERT, 2001).

Com a evolução da ciência e o surgimento da indústria as pessoas que não adaptavam e não eram produtivas para essa nova fase de organização da sociedade, elas eram enclausuradas em prisões e hospitais que abrigavam loucos, leprosos, prostitutas, inválidos, criminosos (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006).

Segundo Batista (2014), foi no período da renascença que ocorreu a ruptura do místico e do racional, onde a loucura vem expressar o simbolismo do mal e torna-se objeto do saber médico a razão ocupa posição de destaque e dá oportunidade ao homem de conquistar a liberdade e a felicidade, surgindo nesse período o hospital.

Pois agora o louco passa a ser visto não mais como um ser demoníaco, e sim como um indivíduo perigoso, comparado ao criminoso ou improdutivo, que deveria ser excluído da sociedade e internado junto com outros indivíduos que representavam ameaça de evolução da nova organização política e social (VIETTA;KODATO; FURLAN, 2001).

2.3 PSQUIATRIA NO BRASIL

Resende, citado por Britto (2004), atribui a evolução da psiquiatria no Brasil à vinda da família real em 1808, que favoreceu o desenvolvimento de alguns setores da economia e da indústria levando ao crescimento da população. Com o crescimento da população surgiu alguns problemas na cidade, entre eles a presença de doentes mentais pelas ruas, os quais eram encaminhados para locais de assistência e caridade, e não para um lugar de cura. A retirada do doente mental das ruas não era voltada ao tratamento terapêutico mas sim para manter a ordem pública.

Segundo Miranda-Sá Junior (2007), havia precariedade nos cuidados prestados aos doentes no Brasil Colônia e a assistência era realizada por religiosos Jesuítas. Nesse período havia poucos médicos e não existia especialistas em psiquiatria. As Santas Casas serviam como abrigo aos mais carentes e até o século dezoito os hospitais serviam como albergues para doentes que não tinham responsáveis por seu cuidado.

De acordo com Fonte (2012), as bases das políticas de saúde mental no Brasil começaram em 1830 e foi através do projeto de medicalização da loucura que iniciou a formação dos hospícios para os loucos já na segunda parte do século dezenove. Nesse período, as políticas de saúde mental são vistas como um acordo do setor político e jurídico para instituir, na sociedade, uma resposta às dificuldades que a doença mental vinha causando.

Conforme Jabert (2005) cita, o problema relacionado ao portador de doença psíquica nesse período foi visto como um empecilho para consolidar uma sociedade que estabelecia então princípios de pacto social e livre acesso de homens e mercadoria. Devido a esse problema político que precisava ser solucionado, o estado delegou ao médico a função de realizar o diagnóstico e prescrever o tratamento do louco com o objetivo de sequestrá-lo da sociedade evitando, assim, de ser acusado de abuso de poder onde as instituições democráticas não tinham outra escolha a não ser aceitar esse paciente diagnosticado com doença mental.

No ano de 1941 o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) junto ao Ministério de Educação e Saúde tinham a responsabilidade pela maior parte dos hospitais psiquiátricos no Brasil. Já os asilos mais famosos como o Juqueri na região de São Paulo, o hospital de alienados no Rio de Janeiro o hospital São Pedro em Porto Alegre eram responsáveis por direcionar a assistência psiquiátrica junto a política macro-hospitalar pública como importante mecanismo de assistência sobre a doença psíquica, e mesmo com a presença de poucos hospitais particulares e ambulatorios, eles eram inexperientes em relação aos hospitais públicos da época. (PAULIN; TURATO, 2004).

2.4 REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A reforma psiquiátrica no Brasil ainda está em processo de desenvolvimento e, em 2011, completou dez anos. Através da Lei 10.216 (**ANEXO A**) sancionada em seis de abril de dois mil e um houve mudanças na política pública para a saúde mental, passando de um modelo que se preocupava com internações hospitalares para um modelo mais humanizado. Essa foi uma conquista importante para que esses portadores de transtorno mental conseguissem seus direitos como cidadãos e não precisassem mais se esconder da sociedade (BARROSO; SILVA, 2011).

A reforma psiquiátrica no Brasil, foi um movimento que veio como uma proposta de reformulação, que buscou elaborar novos projetos, para substituir os métodos clássicos usados para tratar dos doentes mentais e trouxe como proposta a reabilitação trazendo de volta os direitos e cidadania, dessas pessoas que hora estiveram isoladas da sociedade. E foi com essa mudança que houve uma construção de novos campos e saberes, voltados para uma prática de cuidados, compromisso mais eficiente, avaliando o paciente de uma forma mais ampliada (ALMEIDA, 2009).

Goulart e Durães (2010) apontam que a garantia dos direitos referentes aos portadores de doença mental passa por crescente estudo crítico do desenvolvimento da reforma psiquiátrica e suas conquistas e fracassos, e que a reforma psiquiátrica continua em construção devido sua complexidade.

Oliveira e Conciani (2008), corroboram que a reforma psiquiátrica, foi um período marcante para o entendimento a cerca das mudanças referentes as políticas de saúde mental e na assistência psiquiátrica brasileira, onde o poder da Indústria da Loucura, começa a desmoronar de vez.

Waidman e Elsen (2005) argumentam que mesmo com a proposta do Governo e da mobilização de universidades, profissionais e representantes de associações de pacientes e familiares, a privatização psiquiátrica continuou e as condições ruins dentro das instituições psiquiátricas mudaram pouco.

Foi em 1989, que no congresso brasileiro iniciou o processo, do projeto de lei do deputado Paulo Delgado com o objetivo de acabar com os manicômios e instituir o cuidado psiquiátrico na comunidade, e também nesse período foi implantado os

serviços substitutivos de atendimento psiquiátrico destinado as pessoas portadoras de sofrimento mental sem recorrer a internações (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010).

Tenório (2002) argumenta que após doze anos tramitando no Congresso brasileiro e acompanhada de mobilizações científicas, política e social, em seis de abril de dois mil e um, a lei federal 10.216, foi promulgada oficializando assim o atendimento psiquiátrico na comunidade, oferecendo tratamento humanizado, proteção aos portadores de sofrimento psíquico e dando preferência pelos serviços comunitários ao invés das internações.

O Dia Nacional da Luta Antimanicomial, comemorado em 18 de maio, foi inserido no Encontro dos Trabalhadores da Saúde Mental que ocorreu em 1987, na cidade paulista de Bauru e é um marco do movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil (GOMES, 2011).

2.5 SAÚDE MENTAL NO SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema que garante assistência ao cidadão e é resultado da mobilização social que ocorreu nos anos 80, com a reforma sanitária brasileira implementada pela constituição de 1988, e ainda continua em processo de transformação e consolidação como ferramenta da política pública brasileira (CARNEIRO E CORDEIRO; SANTOS; CARNEIRO NETO, 2012).

A questão da saúde mental inserida no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) está marcada pela busca da construção de novos modelos de atenção influenciados pelo movimento da reforma psiquiátrica (AMARANTE apud BEDIN, 2008,p.1).

Esse é um sistema inovador não só por prever ações intersetoriais e trabalhos interdisciplinares de forma que possa alcançar um padrão de qualidade de vida para as famílias e grupos, mas também pelo objetivo, que é a promoção da saúde como um todo, contudo é necessário diversas formas de intervenções. Considerando a complexidade das necessidades em saúde, o projeto do Ministério da Saúde prevê que a saúde mental no SUS deve ser organizada a partir dos centros de atenção psicossociais, os quais estão em contato com os outros serviços da rede, construindo em conjunto as novas maneiras de cuidado (BEDIN, 2008).

De acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica, implantada no país há onze anos, através da Lei nº 10.216/2001, o governo federal impulsionou, nos últimos anos, a construção de um modelo humanizado de atenção integral na rede pública de saúde, que transicionou o foco da hospitalização como centro ou única possibilidade de tratamento aos pacientes. O tratamento, conforme o discurso oficial que direciona a reforma, ser pautado em uma concepção de saúde compreendida como processo, e não meramente como ausência de doença. Busca-se melhorar a qualidade de vida do usuário, com ênfase em ações integrais e promocionais de saúde, proporcionando o cuidado, a inclusão e a emancipação das pessoas portadoras de transtorno mental (BRASIL, 2004).

De acordo com Resende e colegas (2010) com o passar dos anos novos estudos estão surgindo dando ênfase em saúde psíquica na atenção primária. O matriciamento foi criado em maio de 2006 pelo Ministério da Saúde com o objetivo de dar suporte técnico, proporcionar orientações, atendimento conjunto e assistência específica ao usuário da Equipe de Saúde da Família (ESF). Para que exista essa junção entre as equipes é necessária a participação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) na interação com a equipe da ESF. Esse compartilhamento de ações tem co-responsabilidades sobre o paciente além de incentivar a capacidade resolutiva da ESF, ampliando sua aptidão no atendimento da população. O Apoio Matricial é formado pela equipe interdisciplinar e pela equipe da Estratégia Saúde da Família os quais analisam os casos mostrados pelo agente comunitário. As ações interligadas pelo CAPS e ESF têm por objetivo desenvolver cuidados, priorizando os casos de transtorno mental graves, abuso de álcool e droga, tentativa de suicídio e violência intradomiciliar; realizar estratégia para abordagem no acolhimento e humanização ao paciente; trabalhar o elo com a família do portador de transtorno mental e principalmente inseri-lo na sociedade.

2.5.1 A rede de saúde mental e os equipamentos

A rede de cuidados em saúde mental, requer de cada profissional um compromisso constante com a dignidade do ser humano, pois essa rede tem o objetivo de resgatar os valores sociais familiares e integrar as pessoas com as ações das políticas públicas reduzindo os danos já existentes e os futuros. Dessa forma

espera-se que quanto mais perto, estiver essa teia de cuidados da população mais fácil será a construção do vínculo, das relações e o desenvolvimento das ações voltadas a essa clientela. Devido a isso, nessa rede o cuidado vai além dos quadros patológicos, por isso a importância da equipe estar atenta e ter um olhar ampliado não só na doença ou paciente, mais em todo o contexto social que envolve esse paciente, favorecendo assim a reabilitação e inserção social dessa população (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006).

A conexão de uma teia de atenção à saúde mental comunitária, é um dos principais desafios para o governo e só uma rede, com seu potencial e estrutura coletiva de soluções, é capaz de fazer frente à complexidade das demandas e de garantir solução e promoção de autonomia e cidadania aos portadores de transtornos psíquicos. A teia de saúde mental é ampla, diversificada, de base territorial, e se constitui como um conjunto vivo e concreto de referências para o cliente dos serviços (BRASIL, 2007).

A rede de saúde mental é um conjunto de serviços substitutivos, voltados, para o atendimento do portador de doenças psíquicas, como o CAPS, a Unidade Básica de Saúde, O Programa Saúde da Família, Leitos em hospital geral e ambulatório, Consultório de Rua, Serviços Residenciais Terapêuticos entre outros. A rede de serviços estando interligada segue um sentido diferente, dos hospitais psiquiátricos o que dá uma certa liberdade e ajuda a inserir a população como um todo, dando uma atenção especial a esses pacientes que necessitam desses serviços (ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008).

Segue abaixo, os principais equipamentos conquistados na implementação de uma atenção em rede e de base comunitária em saúde mental no sistema único de saúde. O pronto atendimento, realiza atendimentos em casos de urgência psiquiátrica, onde o paciente pode permanecer em observação e tratamento até setenta e duas horas. Pode ser organizado por unidade regional de referência; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) participam na organização territorial da rede de atenção, supervisionando e dando suporte técnico para as unidades de atenção básica, e intervém na reinserção comunitária do paciente e no apoio a família, são serviços de atenção diária, intermediários entre a internação e o tratamento ambulatorial; Atenção primária são centros de saúde e programa de saúde da família onde a equipe de saúde é formada por médico, enfermeiro, auxiliar ou

técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde que localizam os casos, e prestam assistência e acompanham as pessoas de transtorno mental e buscam inseri-las na rede de atenção (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006).

Os serviços ambulatoriais são os que realizam atendimento de referência ambulatorial especializada como consultas, medicações, e acompanhamento de equipe especializada em saúde mental o psiquiatra, psicólogo, enfermagem, assistente social, terapia ocupacional; O hospital dia, oferece tratamento diário através de equipe multidisciplinar e no final do dia o paciente volta para casa; Os Serviços residenciais terapêuticos são casas onde os portadores de doença mental, ficam muitos anos em internação de longa permanência e sem referência familiar para voltar pra casa; Serviços, programa e ações de assistência social; Programa de volta pra casa onde o ministério da saúde dá um auxílio reabilitação psicossocial, mensal para pacientes que estiveram internados por um período maior que dois anos; Internação hospitalar em leitos de hospital geral (leito crise), realizam desintoxicação de álcool, drogas, pacientes em crises ou surto, onde os pacientes ficam por tempo necessário, mas com o objetivo de evitar internações crônicas para que o paciente possa ter convivência familiar (OLIVEIRA; VIEIRA; ANDRADE, 2006).

O primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil teve início em março de mil novecentos e oitenta e seis, em São Paulo com o nome de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, reconhecido como CAPS da Rua Itapeva. O início desse CAPS e de outros, fez parte de um considerável movimento social, de trabalhadores de saúde mental, que visavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a precariedade dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único mecanismo destinado aos portadores de transtornos psíquicos. E foi nesse ambiente, que os serviços de saúde mental iniciaram em alguns municípios do país e ganharam força como equipamentos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial (RIBEIRO, 2004).

De acordo com a diversidade e a amplitude populacional, podem ser classificados como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS ad (álcool e drogas), CAPS i (infantil). Considerando que na política nacional de saúde mental, esses serviços são a estratégia primordial do atual modelo de atenção, formando um espaço de

relacionamento, e valorização das particularidades individuais e acolhimento das diferenças favorecidas pelo sofrimento psíquico (SCHNEIDER, 2009).

Os CAPS I, deve ser implantado em municípios com população de aproximadamente de vinte a setenta mil habitantes, com horário de funcionamento de oito as dezoito, de segunda a sexta, onde a equipe mínima deve ser formada por um médico que tenha formação profissional em saúde mental, por um enfermeiro, por três profissionais de nível superior de outras áreas como psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico, ou outro profissional importante ao projeto terapêutico e quatro profissionais de nível médio podendo ser técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional um artesão. Já o CAPS II deve ser implantado em municípios com população aproximada de setenta a duzentos mil habitantes, sendo o horário de expediente de oito as dezoito, podendo funcionar em um terceiro período até as vinte uma horas de acordo com a demanda e política do município, a equipe deve ser composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior podendo ser um psicólogo, um educador físico, terapeuta ocupacional, assistente social ou outro profissional de que seja importante para somar a essa equipe. Além de seis profissionais de nível médio como técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão articulando essa equipe de acordo com a demanda (BRASIL, 2004).

De acordo com Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, do Ministério da Saúde o CAPS III deve ser implantado em municípios com população que tenha mais de duzentos mil habitantes e com horário de funcionamento de vinte quatro horas todos os dias incluindo, fins de semana e feriado. A equipe deve ser integrada por dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior como terapeuta ocupacional, pedagogo, entre outros, além de contar também com oito profissionais do nível médio. O CAPSi é voltado para o atendimento de crianças e adolescentes, portadoras de sofrimento mental, e deve ser implantado quando existe uma população maior que duzentos mil habitantes, o funcionamento deve ser de oito as dezoito de segunda a sexta e também pode ter o terceiro turno funcionando até as vinte uma horas. A equipe mínima é composta por um médico sendo ele de formação psiquiatra, neurologista

ou pediatra, também por um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior e cinco de nível médio (BRASIL, 2004).

O CAPSad ele é voltado para o atendimento de pacientes com transtornos psíquicos, relacionado ao uso de substâncias psicoativas, e tem leitos de repouso específico para esses pacientes que estão em tratamento para desintoxicação; são inseridos em municípios com população superior a cem mil habitantes, funciona de segunda a sexta, das oito as dezoito horas, podendo funcionar até as vinte uma hora de acordo com a demanda e característica do município. Faz parte de sua equipe um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências, quatro profissionais de nível superior e seis de nível médio (BRASIL, 2004).

Um dos principais objetivos dos CAPS é incentivar e inserir os familiares, para que eles venham a participar de uma forma mais ampliada dos serviços prestados nesses locais, pois eles estão mais próximos e conhecem toda a história do familiar doente, e são os que conseguem ajudar esse paciente a fazer ligação com o mundo. Por isso são peças chaves e podem participar incentivando o paciente a se envolver com os projetos sociais e terapêuticos para que possam ser integrados a comunidade (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSKI, 2010).

Quadro 1 - Os objetivos e estrutura do CAPS

(Continua)

Objetivos	Estrutura
Prestar atendimento em regime de atenção diária	Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado.
Gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado	Refeitório, o CAPS deve ter capacidade para oferecer refeições de acordo com o tempo de permanência de cada paciente na unidade)
Promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território	Salas para atividades grupais

(Conclusão)

dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde)	Espaço de convivência;
Regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área	Consultórios para atividades individuais (consultas, entrevistas, terapias)
Coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território	Área externa para oficinas, recreação e esportes.
Manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental.	Sanitários

Fonte: Adaptado de Brasil, 2004.

A conexão da assistência em saúde mental, através de uma rede dinâmica e interligada, é um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. A garantia e o compromisso da entrada, ao atendimento, prevenção, resolução e reabilitação aos clientes dos serviços de saúde tornam-se estimulante aos profissionais envolvidos nesse processo de avanço dos serviços, prestados a essa população que a muito esteve a mercê da sociedade (WETZEL et al., 2014).

2.6 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica tem como um de seus princípios viabilizar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de Saúde, inclusive as que demandam um cuidado em saúde mental. Nesse ponto de atenção, as ações são desenvolvidas em um território geograficamente conhecido, permitindo aos profissionais de saúde uma proximidade para conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade-território onde residem, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida.

Segundo Fabiano (2015,p.2), "assim, o cuidado em saúde mental na Atenção Básica é bastante estratégico pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa".

De acordo com essas características, é comum que os profissionais de Saúde se encontrem a todo o momento com pacientes portadores de transtornos mentais. Contudo, apesar de sua importância, a realização de práticas em saúde mental na Atenção Básica gera muitas dúvidas, curiosidades e receios nos profissionais de Saúde (BRASIL, 2013).

Entende-se que as Equipes de Saúde da Família precisam estabelecer elos de compromisso, corresponsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população por meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos acessíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença, que os acometem ou poderão acometer; do acolhimento e do atendimento humanizado e sucessivo ao longo do tempo (CORREIA; BARROS; COLVERO, 2011).

Compreende-se que a atenção básica constitui-se em uma proposta considerável para atender as demandas em saúde mental, que conta com ações que transpassam o modelo manicomial, o enfermeiro que atua junto a equipe da Estratégia Saúde da Família, precisa estar preparado para o atendimento inicial de saúde ao portador de transtorno mental, diminuindo os danos envolvidos e uma possível hospitalização do paciente. O enfermeiro exerce um papel ímpar na equipe de saúde e por isso a necessidade, do mesmo estar habilitado para orientar a população como um todo e buscar inserir o portador juntamente com sua família a comunidade e suas redes de funcionamento (RIBEIRO et al., 2010).

2.7 A ASSISTÊNCIA A SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

De acordo com Lemos, Lemos e Souza (2007) a atenção primária é favorável para as ações de prevenção e de detecção precoce das doenças, devido ao vínculo com a população, e ainda, o cuidado ao portador de transtorno mental está sempre presente na vida profissional do enfermeiro, indiferente de sua área de atuação.

A atenção primária tem como uma de suas propostas a humanização nas práticas de saúde que através do relacionamento dos profissionais com a população visa à satisfação do usuário, estimula o reconhecimento da saúde como direito de cidadania; levando a um ambiente propício de promoção da saúde mental (LEMOS; LEMOS; SOUZA, 2007).

Fernandes, Carvalho e Oliveira (2014) entende-se que, a Estratégia Saúde é uma ferramenta importante, pois tem como um dos seus objetivos promover o vínculo e inserir o portador de doença psíquica na família, contribuindo para que possam juntos usufruir dos serviços primários de saúde, referente a sua comunidade específica, com atendimentos voltados para a necessidades de cada um e é a partir desse momento que surge então mudanças que possibilitam a esse paciente uma vida mais digna e onde seus direitos como cidadão é valorizado, surgindo então uma esperança de avanços significativos em seu processo de tratamento mental.

Por fim, a implementação de ações de Saúde Mental na Saúde da Família ainda está em processo de alicerçamento, uma vez que a ESF pode ser entendida como uma tecnologia de produção do cuidado em saúde mental, a ser explorada e bem desenhada como possibilidades de atenção comunitária (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

2.8 TIPOS DE TRANSTORNOS MENTAL

2.8.1 Ansiedade

Segundo Barros e outros (2003), a palavra ansiedade tem origem no grego anshein, onde o sentido traduz, estrangula, sufocar e está associado, as reações no corpo do indivíduo, ao longo do seu desenvolvimento, grande parte das pessoas passam por processos de mudança em suas vidas o que exige uma decisão inovadora, frente a situação, e é ai nesse pico de tensão ou insatisfação que a ansiedade é desencadeada.

Conforme Rosa e outros (2012), alguns indivíduos, com um nível de ansiedade mais elevado, tendem a ver o mundo de forma mais perigosa e ameaçadora, o que resulta em reações de ansiedade com uma frequência maior.

A ansiedade pode ocorrer em qualquer faixa etária e classe social, porém de forma e com características diferenciada e associada a outras comorbidades mais graves (NASCIMENTO et al., 2005).

A ansiedade é uma emoção comum aos indivíduos, parecida com o medo, que em situação de perigo funciona como um alarme de proteção, para que o indivíduo consiga sobreviver frente ao problema. Onde o coração acelera os batimentos cardíacos enviando um fluxo maior de sangue para o cérebro, músculos e outras

partes do corpo aumentando os reflexos para que o indivíduo consiga enfrentar a situação de risco mas, a ansiedade em excesso torna-se um problema quando ocorre em maior frequência e com longa duração, provocando transtornos ao paciente, bem como distorções da realidade. A ansiedade também pode estar associada ao uso de drogas e também a outras comorbidades como depressão, síndrome do pânico, transtorno bipolar (DUNCAN et al., 2004).

Quadro 2 - Sintomas somáticos observados no Transtorno de Ansiedade

Dor torácica, palpitação, taquicardia	Boca seca
Dor e desconforto epigástrico	Calorões ou calafrios
Cefaléia, tonturas e parestesias	Insônia
Dispnéia, taquipnéia, hiperventilação	Poliúria
Tensão muscular	Disfagia
Tremores	Palidez
Sudorese	Rubor

Fonte: Adaptado de Duncan et al.,2004.

Menezes e outros (2007) corroboram que o tratamento de pacientes com ansiedade, ainda é um desafio para a prática clínica, mas existe algumas intervenções como a psicoterapia e a farmacoterapia, que tem o objetivo de manter equilibrada os níveis de ansiedade, trazendo um alívio ao seu portador.

Conforme cita Araújo, Mello e Leite (2007), é de extrema importância que o portador de ansiedade, antes de praticar, qualquer tipo de atividade física procure um profissional apto que conheça o quadro clínico de ansiedade em que ele se encontra, para que seja prescrito, um tipo de atividade adequada, para que o mesmo não apresente problemas maiores, onde em casos relevantes o profissional vai acompanhar e avaliar o paciente nesse período de tratamento vendo quais são os benefícios para esse indivíduo.

2.8.2 Síndrome de Burnout

Na sociedade capitalista dos dias atuais, as pessoas permanecem maior parte do tempo em suas atividades laborais, para suprir suas necessidades e também adquirir bens materiais, existem aqueles que mesmo após estar aposentados continuam a desenvolver algum tipo de trabalho para manter o sustento. Mas o que

ocorre é que nem sempre o ambiente e as condições de trabalho são favoráveis, exigindo, ainda mais desses profissionais, que acabam esgotados (GUEBUR, 2011). Borges e outros (2002) argumentam que a síndrome de burnout ainda está em estudo, porém sabe-se que está associada ao estresse do trabalho e tensões emocionais crônicas onde esses indivíduos lidam diariamente em suas funções, com outras pessoas e precisam dar o melhor de si para atender a necessidade do outro. Os profissionais com maior predisposição a desenvolver essa síndrome, são os professores, jornalistas, advogados profissionais da saúde, como enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem, psicólogos e outros.

Os sintomas mais recorrentes da síndrome de burnout são o esgotamento emocional e físico que geram atitudes negativas, onde a pessoa tem vontade de ficar sozinha, sente falta do trabalho, tem dificuldade para se concentrar, não consegue dormir, fica irritada, ansiosa, com baixa auto estima, sente dor de cabeça, dor muscular, fraqueza, pode desenvolver depressão, tem a imunidade prejudicada também o que pode provocar, um quadro ainda pior da patologia uma vez que o indivíduo com essa síndrome não se dá conta do real estado em que se encontra (SILVA; BRAGA; ALVES 2012).

Chiminazzo e Montagner (2009), corroboram que segundo estudos foi na década de setenta que o termo síndrome de burnout, foi usado pelo psiquiatra Herbert Freudenberg, mas essa síndrome assim como outras estão presentes, porém é através dos estudos científicos que são realizados as classificações e tratamento adequados, mas para isso demanda recursos e interesse das partes envolvidas na pesquisa.

Conforme Santos e outros (2014), é importante ter uma equipe multidisciplinar, que trabalhe a humanização e conscientize essas instituições privada e também públicas e seus colaboradores, que tudo funciona como uma rede, onde ambos precisam estar funcionando bem, para que tenham a qualidade de um todo e o resultado desejado para ambas as partes. Por isso a importância de trabalhar a consciência dessa equipe, desde sua formação acadêmica para que entendam que pessoas é igual a capital humano que precisa estar bem de forma holística, para que tudo funcione de forma harmoniosamente.

Figura 1 - Síndrome de Burnout



Fonte: Albert Einstein Sociedade Beneficente Israelita Brasileira (2009).

2.8.3 Esquizofrenia

Silveira (2009), argumenta que o termo esquizofrenia, foi descrito por Eugen Bleuler, médico psiquiatra, que referenciou a patologia, como um conjunto de psicoses que poderia desenvolver quadros crônicos ou descontínuos com percas de acesso da realidade, o que poderia atrapalhar no processo de reabilitação do portador de esquizofrenia.

De acordo com, Giacon e Galera (2006), a esquizofrenia é um transtorno, ocasionado por elementos biológicos e psicossociais, que manifesta-se fase adulta, podendo acometer também, crianças e adolescentes, ainda é considerado uma doença mental crônica, de baixa incidência na população brasileira, e a busca pelo tratamento é de extrema importância, quando ocorre o surto psicótico pela primeira vez, para que não haja rompimento dos níveis psíquicos, deixando seu portador incapacitado de desenvolver suas funções.

Reis e Arruda (2011), corroboram que a esquizofrenia, é um transtorno mental crônico que acomete, um por cento da população no mundo, e em alguns dos pacientes está associada a outras comorbidades, como a depressão, uso de drogas,

problemas cardíacos, obesidade e outros, acredita-se que alterações neuroquímicas, favorecem o aumento desses sintomas.

De acordo com Menezes (2000), o índice de mortalidade, entre os portadores de esquizofrenia é elevado, em relação a população geral, onde estudos relatam que a proporção de suicídio, é maior nesses pacientes, devido a isso é importante o profissional da saúde, colher e anotar a história pregressa do paciente, realizando uma anamnese detalhada e registrando em fichas e prontuários dos respectivos pacientes, onde essas informações irão contribuir, para um planejamento estratégico, favorecendo nas mudanças, de tratamentos e avaliações mais eficazes, e acompanhamento dessa população, com o objetivo de prestar cuidados mais satisfatórios diminuindo os riscos.

Os tipos de esquizofrenia podem variar de um paciente para outro, pois é uma combinação de sintomas em diferentes grau, de acordo com o quadro 3 (SILVA, 2006):

Quadro 3 - Sintomas de esquizofrenia

Delírios, onde o indivíduo acredita em falsas ideias, sem nexos e são temas místicos de grandeza e perseguição.	Reflexo das emoções, o portador de esquizofrenia tem dificuldade de expressar a emoção que sente, não consegue mostrar se está alegre ou triste, pois tem dificuldade de identificar o afeto em seu contexto, e devido a isso, mostrando-se indiferente as situações relativas ao seu cotidiano.
Alucinações, o paciente percebe estímulos que na verdade não existem, como ouvir vozes ou pensamentos, enxergar pessoas ou vultos, que na verdade não existe, deixando-o assustado.	Mudanças de comportamento, os pacientes mostram-se impulsivos, agitados, retraídos, e em algumas situações apresentam risco de suicídio ou agressão, e muitas vezes até exposição moral pois falam sozinhos, em voz alta e até andar sem roupa em público.
Falas e ideias desorganizadas, o portador de esquizofrenia conversa sem lógica e de forma desconexa o que mostra o comprometimento de organizar as ideias de forma lógica e em sequência.	Dificuldades de concentração, e também dificuldades para dormir.

Fonte: Silva, 2006.

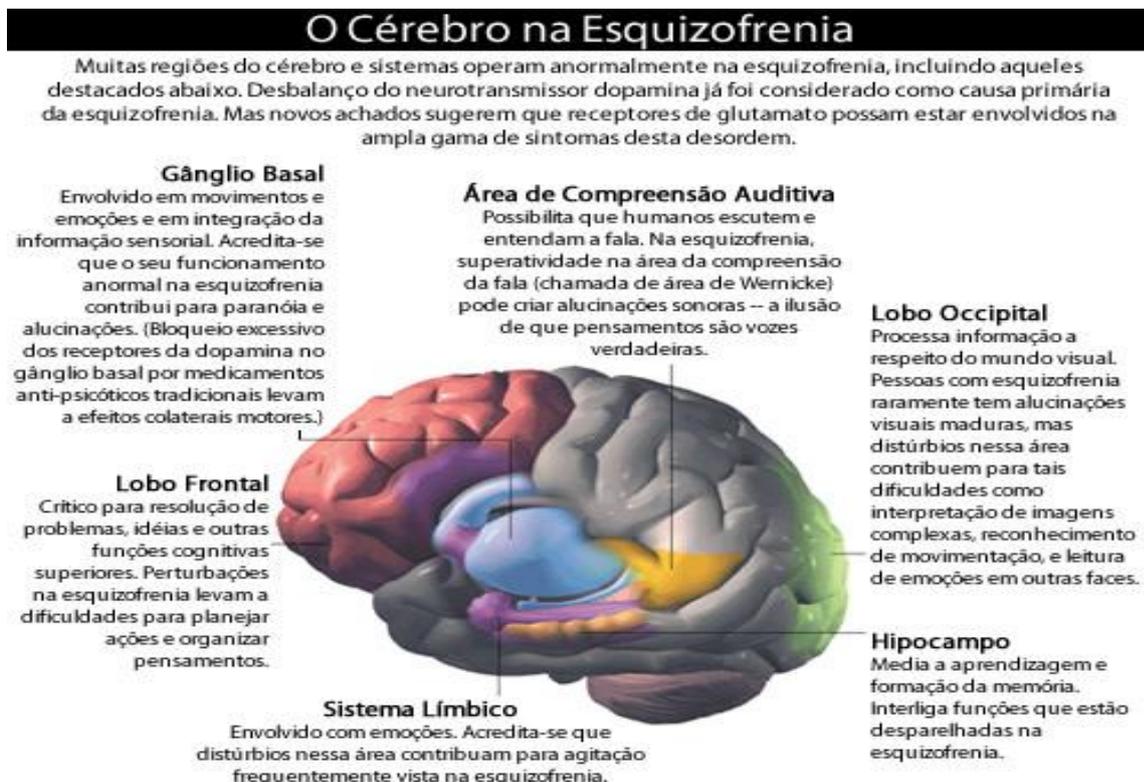
Mesmo com o avanço dos estudos em relação a esquizofrenia, ainda não foi possível concluir sobre as causas que provocam a doença, mas sabe-se que fatores ambientais, genéticos, alterações cerebrais e bioquímicas, estão relacionadas com

seu desenvolvimento. Outro fator preponderante é que indivíduos que possuem parentesco de primeiro grau tem maior chance de serem afetados devido a aproximação genética (ALVES; SILVA, 2001).

De acordo com Moraes (2006), alguns estudos relatam que devido a problemas familiares, a esquizofrenia é desencadeada, pois é nesse contexto que geralmente ocorre o desenvolvimento e o aprendizado de cada indivíduo, devido a isso é importante o profissional da saúde apto para a função, colher uma história pregressa detalhada, onde seja possível avaliar as características, dos pais e como são os padrões de vida, referentes a essa família, pois são dados relevante, para o tratamento desse portador de esquizofrenia.

Segundo Amalsan e Gimenes (2006), os tipos de tratamento para a esquizofrenia, incluem farmacoterapia, psicoterapia individual e em grupos, intervenções familiares e tratamento hospitalar, mas para que haja êxito no tratamento é relevante, reconhecer as necessidades específicas de cada paciente, para que seja traçado um plano de cuidados junto a uma equipe multidisciplinar que possa acompanhar e avaliar esse paciente.

Figura 2 - O cérebro na Esquizofrenia



2.8.4 Drogas

A droga já vem sendo usada milenarmente por muitas sociedades que a tinham para fins religiosos, culturais e medicinais, porém foi no século vinte, que o uso abusivo da droga, veio ser uma preocupação, devido aos problemas e impacto social grave que ela vem causando (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

O conceito de droga refere-se a substâncias psicoativas, de origem natural e sintética, que quando usadas provocam mudanças no organismo. As naturais são extraídas de plantas, minerais e animais, já as sintéticas são produzidas por técnicas especializadas, em laboratório e vão sendo atualizadas de acordo com as necessidades que surgem (SILVA, 2011).

As drogas tanto lícitas como ilícitas, representam um problema social e também de saúde pública, pois acarretam danos não só a saúde de seus usuários, mas a sociedade como um todo, e o consumo dessas drogas é realizado por todas as faixas etárias, gêneros e classes sociais. O uso dessas substâncias como o crack, álcool, cocaína, remédios de todas as espécies, chás alucinógenos, inalantes, solventes entre outros, além de modificar o humor, os reflexos e a percepção ainda traz prejuízo ao sistema nervoso central (ZEITOUNE et al, 2012).

De acordo com Costa (2013), sabe-se que existe o interesse capitalista pela produção e consumo de drogas em geral, mas são as drogas legalizadas, que alcançam um maior contingente de pessoas, como o tabaco, os remédios comprados em farmácias, o álcool e solventes, mais acessíveis e oportunos a cada realidade e situação.

Quadro 4 - Tipos de droga.

(Continua)

<p>Depressoras</p>	<p>São as que diminuem a atividade mental, alteram as funções do cérebro, fazendo com que fique mais lento, diminuindo a atenção, concentração o nível de tensão emocional e a capacidade intelectual. As mais usadas são: ansiolíticos (tranquilizantes), álcool, inalantes (cola), narcóticos (morfina e heroína).</p>
--------------------	--

(Conclusão)

Estimulantes	São as que aumentam a atividade mental, afetam o cérebro e contribuem para que ele trabalhe mais acelerado. Exemplo: a cafeína, tabaco, anfetaminas, cocaína e crack. As anfetaminas assim como os outros estimulantes, costumam ser utilizadas, para se obter um estado de euforia, para manter-se acordado por longos períodos de tempo ou para diminuir o apetite. São utilizadas, ainda, como medicação para algumas doenças como: déficit de atenção e outras doenças neurológicas.
Alucinógenas	São as que alteram a percepção, provocando alterações no funcionamento do cérebro como: LSD (Ácido Lisérgico Dietilamida), ecstasy, maconha, e outras substâncias derivadas de plantas ou cogumelos (ayahuasca, ibogaína, sálvia, mescalina, psilocibina).

Fonte: Adaptado de Brasil.Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (2014)

Os fatores de risco mais recorrentes relacionados ao uso de droga são: culturais e sociais (permissividade social, o fácil acesso as drogas, privação econômica); Interpessoais (famílias com histórias de álcool ou droga, desenvolvimento familiar precário e desequilibrado, situações estressantes como mudança de casa, escola, conflitos no seio familiar em relação a drogas e abuso sexual; Psicocomportamentais (vínculo frágil com a escola, dificuldades de conduta precoce e persistente, personalidade anti-social); Biogenéticos (predisposição emocional e fisiológica aos efeitos das drogas, genealogia favorável a desenvolver dependência química) (DUNCAN et al., 2004).

O uso abusivo de drogas, trás sérias consequências como um todo e está associada ao surgimento, de comorbidades psiquiátricas, onde o tratamento para esses pacientes são mais complexos, pois envolve uma abordagem terapêutica e medicações diferenciadas com o objetivo de alcançar o sucesso no tratamento e para isso é importante o envolvimento da família (DUNCAN et al., 2004).

Segundo Alves, Kessler e Ratto (2004), em casos de abordagens à pacientes com transtorno mental e associados a drogas é importante que uma equipe multidisciplinar com psiquiatras, profissionais que atuem na área de dependência química, e outros de acordo com a necessidade de cada paciente em

questão, possam juntos traçar, um plano de cuidados específico a cada paciente psíquico, evitando dessa forma que o mesmo abandone o tratamento.

Mendes (2014), argumenta, que uma das ferramentas relevantes na prevenção ao uso de drogas é o acolhimento, escuta e compromisso com o paciente, pois o mesmo se sente seguro quando existe o vínculo paciente profissional, onde ele recebe informações, sobre as possíveis consequências que a droga causa, e se sente seguro para contar suas experiências, se faz aberto, quando existe também a ligação paciente - família - profissional, onde a família recebe esclarecimentos sobre qual é seu papel na vida de cada membro familiar para que ele possa desenvolver-se de forma saudável .

Segundo Gonçalves e Tavares (2007), o profissional de enfermagem, assim como outros que fazem a abordagem a pacientes com transtorno mental associados ao uso de drogas, são responsáveis por, uma consulta de enfermagem diferenciada realizando uma história pregressa detalhada e com anotações verídicas, é necessário que tenham conhecimento dos serviços prestados na rede para realizar um encaminhamento pertinente a cada paciente, também realiza ações educativas, orientações com conhecimento científico e práticos que venham ajudar na redução de danos.

2.8.5 Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)

Pereira (2013), argumenta que é comum, conhecermos pessoas com manias porém algumas repetem o mesmo comportamento várias vezes, como verificar se desligou o forno, se o portão está fechado, se desligou a água entre outras manias, e é aí que a família precisa ficar atenta, pois isso acaba de certa forma incomodando, as pessoas do convívio desse indivíduo, com transtorno obsessivo compulsivo (TOC), que caracteriza-se através de obsessões e compulsões.

As obsessões são episódios mentais, como pensamentos, idéias, impulsos que o indivíduo vive em seu cotidiano, mas que acaba incomodando, surgindo então a partir de palavras, músicas, medos, imagens e fatos ocorridos que são armazenados na memória mas que em algum momento serão acessados. Já as compulsões são comportamentos mentais reproduzidos de forma repetitiva e que geralmente são

feitos para reduzir a ansiedade e impedir que situações indesejadas venham acontecer (ROSARIO-CAMPOS; MERCADANTE, 2000).

Os tipos de obsessões são: preocupações com sujeiras e germes; pensamentos sobre simetria, ordem e exatidão; medo de machucar aos outros ou a si mesmo; sons palavras ou músicas que não saem da cabeça; medo de que alguma coisa horrível possa acontecer com ele ou um ente querido (como acidentes diversos, queimaduras, morte, doenças); receio de perder urina, sangue, saliva do corpo; medo de ter episódios de agressividade ou algum comportamento que seja proibido na sociedade entre outros. Já os tipos de compulsões mais frequentes são: tomar banho, lavar as mãos, escovar dentes, pentear o cabelo de forma exagerada; checar portas, luzes, tarefas, gás, eletrodomésticos por diversas vezes; ter rituais como abrir e fechar a porta, forma de descer escada, jeito de estender a roupa no varal, jeito de guardar os objetos e outros (PEREIRA, 2013).

O portador de transtorno obsessivo compulsivo (TOC), geralmente antes do diagnóstico não percebe que sofre de uma doença e alguns não tem mesmo orientações claras de que os sintomas, sentidos são referentes ao TOC, e existe aqueles que até sabem, mas preferem omitir a enfermidade pois ficam com medo e vergonha de serem taxados como loucos e sofrerem preconceitos até mesmo no seio familiar (TORRES; LIMA, 2005).

De acordo com Gonzalez (2001), o transtorno obsessivo compulsivo pode ocorrer ao longo da vida, mas os sintomas podem começar, na infância ou adolescência e aparece nos diferentes gêneros e classes sociais sendo que um dos fatores importante, está relacionado a hereditariedade.

O transtorno obsessivo compulsivo, é considerado uma doença crônica, com sintomas graves que pode desenvolver-se a partir de eventos estressores, e pode manifestar-se de forma abrupta, onde a evolução vai variar de um paciente para outro e o diagnóstico e tratamento muitas vezes é realizado de forma, tardia devido ao medo que o paciente tem de ser descoberto com uma enfermidade, ao preconceito, falta de informação como um todo (COUTO et al, 2010).

Figura 3 - Ciclo do transtorno obsessivo compulsivo



Fonte: Casule Clínica de Psicologia (2014).

O transtorno obsessivo compulsivo, também é considerado uma doença secreta, que pode levar anos para ser realizado o diagnóstico e o tratamento do paciente, devido a isso é relevante que os profissionais da saúde investiguem na anamnese direta, a frequência das obsessões e compulsões, mas para isso é necessário que exista um vínculo terapêutico, consolidado para que o paciente, se sinta a vontade para falar dos sintomas que vivência, sem omitir e mascarar o diagnóstico. Em alguns casos os pacientes só procuram ajuda, quando percebem que a situação está pior ou por medo de perderem o controle dos impulsos, e terem complicações maiores (TORRES; SMAIRA, 2001).

Os sintomas do TOC, pode ser confundido com outros tipos de transtornos mental, devido a isso é importante que seja realizado um diagnóstico diferenciado, detalhado e com anotações verídicas, mas para que isso aconteça faz-se necessário o compromisso do profissional da saúde com paciente, para que seja realizado uma abordagem terapêutica adequada, com planejamentos e execuções pertinentes ao quadro clínico do paciente (TORRES, 2001).

Segundo Del- Porto (2001), o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) é considerado uma patologia que trás preocupações à saúde pública devido aos altos custos demandados a doença, pois provoca vários problemas a sociedade ao portador e sua família. Além dos gastos o TOC ainda, pode deixar o paciente incapacitado para o trabalho necessitando assim então, solicitar uma aposentadoria precoce, gerando assim gastos antecipados para os cofres da saúde pública, além do impacto que

ocorre na família, onde em alguns casos até a própria família, vai precisar dos serviços de saúde.

O tratamento para o Transtorno obsessivo compulsivo, é realizado com terapias e intervenções medicamentosas, com antidepressivos como: Sertralina, Fluoxetina, Paroxetina, Citalopran e outros que vão inibir que a serotonina seja recaptada e também por seus efeitos antiobsessivos (GOMES; COMIS; ALMEIDA, 2010).

De acordo com Sales e outros (2010), a família também é uma importante aliada na busca e no andamento referente ao tratamento, podendo incentivar e colaborar com esse processo, que requer paciência, compreensão, amor, afeto, a própria administração de medicações e incentivo quanto a realização de exercícios terapêuticos e habituais de acordo com sua capacidade e estilo de vida, devido a isso é relevante que a família, tenha conhecimento de que um ambiente familiar tranquilo, com harmonia trará benefícios a esse paciente.

2.8.6 Depressão

Coutinho e outros (2003) corroboram que a depressão é uma manifestação de sintomas ligados a fatores sociais, hereditários, religiosos, econômicos, psíquicos, biológicos que interferem e reduzem a qualidade de vida, a produção, e em alguns casos deixa o indivíduo incapacitado de desenvolver suas atividades cotidianas, atingindo todas as faixas etárias, culturas, raça, classes sociais.

Segundo Peluso e Blay (2008), a depressão é um transtorno psíquico, frequente na população, que está entre as principais causas de incapacidade de seus indivíduos, porém das pessoas acometidas por essa patologia, poucas recebem tratamento adequado, além do preconceito que essas pessoas com depressão, enfrentam da sociedade.

De acordo com Gonçalves e Machado (2007), embora a depressão seja um assunto muito discutido na atualidade, onde muitos consideram ser um mal do século, mas ela não é uma doença do século vinte e um, pois os primeiros relatos da descrição ocorreram no século dezenove para definir a melancolia que mais tarde foi substituído pelo termo depressão.

As principais alterações fisiológicas da depressão, ocorrem nos neurotransmissores: serotonina, noradrenalina e dopamina; nas estruturas cerebrais do hipocampo; alterações metabólicas: hipotálamo- hipófise-adrenal, nos mediadores inflamatórios: interleucina seis e fator de necrose tumoral; e alterações dos ritmos biológicos: ciclo do sono-vigília (ANDRADE et al., 2003).

A depressão é um transtorno psiquiátrico, com índice elevado na população e que em muitos casos, está associado a outras comorbidades clínicas como: doenças cardiovasculares, hipertensão arterial sistêmica, ansiedade, diabetes mellito, distúrbios da tireóide, obesidade entre outras. Os pacientes que apresentam a depressão junto à outras patologias, geralmente tem mais dificuldades para seguir o tratamento (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

De acordo com Santiago e Holanda (2013), os principais sintomas da depressão são: alterações do apetite onde o paciente pode ganhar ou perder peso; mudanças no padrão do sono; sensibilidade alterada onde o paciente ou fica muito choroso ou irritado; tem sentimentos de fracasso; dificuldades para se concentrar; perda do desejo sexual; pensamentos negativos; dificuldades para desenvolver tarefas, desinteresse pelas coisas prazerosas; cansaço; e outros. A quantidade e o nível desses sintomas, vão determinar os tipos de episódios do transtorno depressivo, que pode ser leve, moderado e grave, e devido ao diagnóstico ser complexo deve-se ter um cuidado na avaliação do paciente de forma holística.

A depressão é uma das principais patologias, que acomete as pessoas na atualidade, porém existem estudos sendo realizados para saber de fato as causas mais específicas, da depressão mas o que se sabe, é que as causas são multifatoriais (psicológicas, genética, sociais, cultural e etc.) e se interligam produzindo comportamentos disfuncionais no paciente (RELVAS, 2012).

O fato é que a depressão é um problema de saúde pública que tem afetado a população como um todo, fazendo com que o indivíduo, fique incapaz e interferindo na vida social, econômica, profissional, familiar e social. Em casos de depressão grave pode estar associada, ao risco para suicídio, pois muitas vezes o paciente portador da doença sofre em silêncio, devido aos sintomas que o impede de procurar ajuda, diagnósticos e tratamentos inadequados, e preconceito da sociedade. pois o mesmo teme sofrer represálias (SILVA; FUREGATO; COSTA JÚNIOR, 2003).

O tratamento para a depressão pode ser realizado com: psicoterapia, que abrange a terapia individual, em grupo, terapia familiar, programas de redução do estresse, meditações e relaxamento; terapia cognitiva comportamental. Com farmacoterapia onde as medicações mais usadas são os antidepressivos como fluoxetina, paroxetina, sertralina, Citalopram e outros. Também pode ser tratada com exercícios físicos prescritos de acordo com o quadro clínico de cada paciente. Mas para que haja sucesso no tratamento é importante o apoio da familiar, onde esses podem manter um ambiente saudável e harmonioso, influenciando o paciente a se cuidar, a tomar as medicações realizar as atividades referente ao tratamento e ter novos hábitos de vida uma alimentação balanceada e seguir o planejamento adequado que foi realizado pelos profissionais da saúde, especificamente para ele (SEZINI; GIL, 2014).

Outro tratamento também utilizado é o eletrochoque ou eletroconvulsoterapia, como que foi utilizado no século vinte, de forma errada como tratamento que punia o paciente, nas instituições psiquiátricas, o que acabou gerando um certo preconceito na sociedade, até mesmo pela falta de informação, pois assim como medicações e outras técnicas evoluíram, essa técnica biológica também evoluiu, minimizando os desconfortos psicológicos ocasionados. Essa terapia é indicada quando existe risco para suicídio, agitação grave, depressões grave, esquizofrenia e outros (ÁVILA, 2010).

De acordo com Stella e outros (2002), todo e qualquer tipo de tratamento para a depressão e outras patologias, devem ser estudados e planejados por um equipe multidisciplinar, com o objetivo de melhora do paciente e redução dos sintomas, mas para isso é importante, que o profissional de saúde preste um cuidado humanizado e holístico, desde o primeiro momento quando o paciente e a família, procura os serviços de saúde.

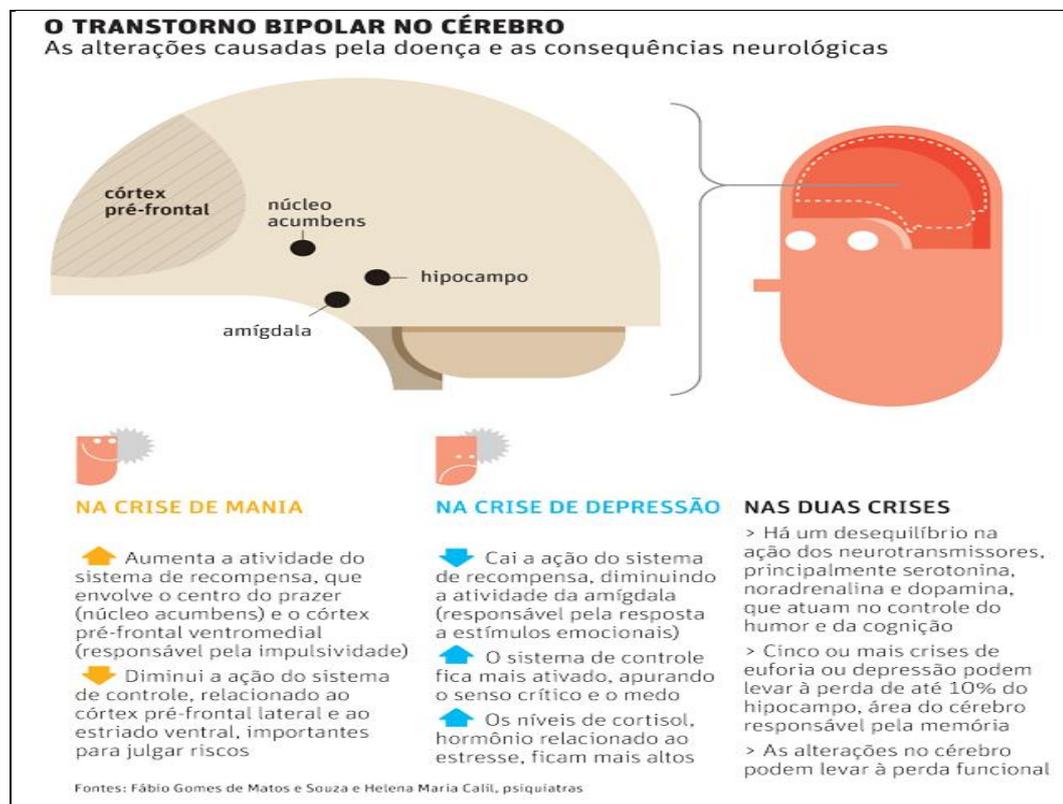
2.8.7 Transtorno de Humor Bipolar ou Transtorno Bipolar

O transtorno de humor bipolar (THB), é um problema de saúde pública, considerável com elevada taxa de mortalidade e caracteriza-se com a alternância de episódios depressivos onde ocorre, a redução da libido, tentativa de suicídio, perda do prazer e concepções de ideias negativas; e episódios maníacos em que o portador da

doença, apresenta sintomas de euforia, auto estima elevada, irritabilidade, dificuldade para dormir (VARELA; RESENDE; QUEVEDO, 2014).

O transtorno bipolar, é uma das principais causas de invalidez no mundo, e é uma doença crônica, que caracteriza-se por mudanças cíclicas do humor, é uma patologia com causas multifatorial, relacionada a fatores genéticos, biológicos, ambientais. É dividido em transtorno bipolar tipo um, que é considerado a forma mais severa da patologia, onde acontece episódios graves de mania, depressão ou a associação dos dois; E também o transtorno bipolar do tipo dois que evidencia-se por episódios mais leves considerados hipomaniacos. (SANTOS; STREIT, 2014).

Figura 4 - O transtorno bipolar no cérebro



Fonte: Folha de São Paulo (2012).

O tratamento para transtorno bipolar, é realizado com farmacoterapia e os mais acessíveis são anticonvulsivantes, antidepressivos, lítio e antipsicóticos de segunda geração, eletrochoque e psicoterapia que tem o objetivo incentivar, os portadores de transtorno bipolar a aderirem a medicação, e evitar as recaídas e períodos

prolongados de internação, promovendo a melhora da qualidade de vida dos pacientes e de sua família (KNAPP; ISOLAN, 2005).

As medicações mais usadas são: o carbonato de lítio que é um fármaco de primeira escolha, e age controlando os episódios de mania e depressão e também é eficaz na prevenção de crises recorrentes. E essa medicação é a única com efeitos depressivos e psicóticos reduzidos, com eficácia nos resultados de prevenção do suicídio em bipolares; O valproato que é um anticonvulsivante, com ação ansiolítica considerável, usado também para outras patologias como síndrome do pânico e em episódios de mania ou quadros mistos; A lamotrigina que é indicado na prevenção crises de alteração do humor, e especialmente episódios depressivos; Clozapina é um fármaco escolhido para o tratamento de esquizofrenia resistente ao tratamento , também para risco de comportamento suicida recorrente em pacientes com esquizofrenia ou distúrbio esquizoafetivo e psicose durante a evolução da doença de Parkinson; Quetiapina é outro medicamento de escolha, Indicado como um auxiliar no tratamento das crises de mania, depressão, e também na manutenção do transtorno afetivo bipolar (MORENO; MORENO; RATZKE, 2005).

O tratamento farmacológico tem objetivo de reabilitação do comportamento do paciente, controlando os sintomas, agudos e prevenindo a ocorrência, de novas crises, por isso deve ser analisado com cautela qual o tipo de tratamento específico para cada paciente, onde os tipos de tratamento podem ser implementados, após a avaliação do paciente, e deve ser realizado por uma equipe de saúde multidisciplinar para que haja sucesso no tratamento, sem desistência, pois além da farmacoterapia existe outras intervenções, que podem ser prestadas ao paciente, como psicoterapia, atividades físicas, relaxamentos, artes, musicoterapia entre outras (MACHADO-VIEIRA; SANTIN; SOARES, 2004).

A terapia cognitiva comportamental, foi desenvolvida por Aaron Beck, e outros na Pensilvânia, nos anos sessenta, para tratar a depressão, mas atualmente é muito usada, como um tratamento alternativo, para tratar diversas patologias e entre elas o transtorno bipolar. Os objetivos da terapia cognitiva comportamental é educar pacientes, familiares e amigos explicando sobre o seu tratamento e os problemas que estão associados a patologia, incentivando que o mesmo tenha mais autonomia, seja mais cooperador, consiga vencer fatores de estresse, estimula-lo a ter mais esclarecimento da doença e aceitar, e ensinar métodos de monitorar os episódios a

gravidade e o desenvolvimento dos sintomas maníaco e depressivo, ajudar a família a aumentar a proteção a esse paciente, entre outros objetivos (BIO; GOMES, 2011).

Alguns pacientes, portadores do transtorno bipolar não tem uma resposta eficiente aos tratamentos atuais, o que acaba desenvolvendo crises recorrentes mesmo estando, tratados adequadamente, além de passarem por sofrimento, preconceito, desmoralização, problemas nos relacionamentos familiar, social e conflitos cotidianos é aí que a terapia cognitiva comportamental entra para ajudar esse paciente a aderir ao tratamento (LOTUFO NETO, 2004).

2.8.8 Síndrome do Pânico

Com as mudanças na sociedade dos dias atuais, onde existe a preocupação com a concorrência e produção em todos os setores (trabalho, família, escola e etc.), e também com a violência que imobiliza, gera medo, indignação e trás frustrações, contra a degradação do ser humano, onde esse emaranhado de exigências que tem sido constante, obrigando o indivíduo quer adulto ou criança, a dar conta de suas responsabilidades cotidianas, provocando então na população em geral, uma ansiedade elevada, causando a crise de pânico, que é um pico elevado de ansiedade, causando reações fisiológicas prejudiciais ao individuo (CARVALHO, 2011).

A síndrome do pânico, caracteriza-se por ataques súbitos de ansiedade e com presença de sintomas físico, afetivos e medo de sofrer novos ataques onde o paciente tem receio de lugares e situações onde ocorreu, a crise do pânico. A síndrome do pânico em grande parte dos pacientes que a portam, se torna crônica e geralmente está associada a má qualidade de vida e o desenvolvimento psicossocial desestruturado (MANFRO et al, 2008).

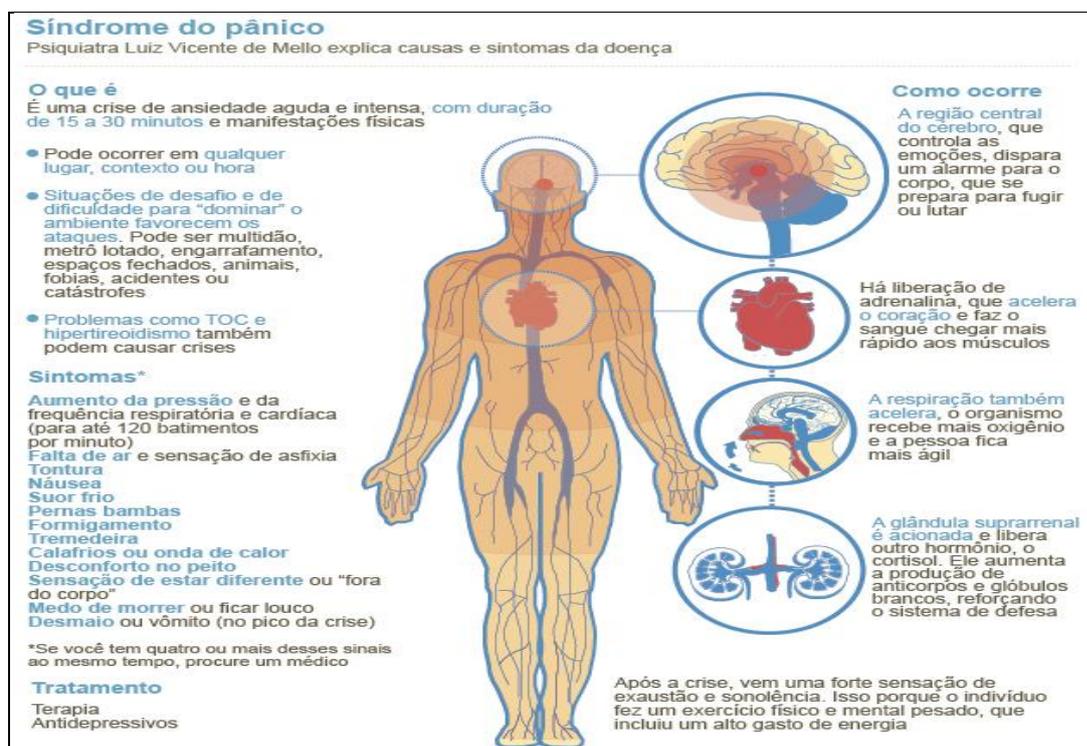
Os sintomas da síndrome do pânico variam de paciente para paciente, mas com início repentino de palpitação, dores no peito, sudorese, fraqueza, sensação de choque, sentimentos irrealis, de despersonalização e desrealização, pensamentos negativos como medo de morrer, de ser atropelado, sensação de estar sendo perseguido. As crises podem ocorrer por períodos curtos ou longos, e a frequência ou como ocorre o ataque de pânico pode variar. Se o paciente estiver em meio a uma multidão em determinados ambientes, como exemplo em uma festa, estádio de

futebol, em uma igreja, na faculdade, no trabalho e ocorrer a crise, ele provavelmente em outra oportunidade, vai ter receio de freqüentar aquele lugar novamente, para tentar evitar que a crise ocorra (LOCATELLI, 2010).

A síndrome do pânico surge a partir de um desequilíbrio de vários fatores, onde a pessoa não consegue fazer a conexão, necessária com sua realidade para superar a situação, gerando então a crise de pânico que pode durar de cinco minutos a uma hora, podendo alterar de acordo com cada pessoa, e quando essas crises se tornam recorrentes os portadores dessa crise, geralmente tendem a sempre ter alguém por perto, com medo que a crise aconteça e eles esteja sós (VIEIRA, 2009).

A síndrome do pânico é uma patologia crônica, multifatorial e com altos custos, em grande parte atinge mais mulheres do que homens, e caracteriza-se pela presença repentina de crises de ansiedade elevada, os parentes de primeiro grau e os gêmeos monozigóticos tem mais probabilidade para desenvolver a doença de acordo com estudos genéticos já realizados, por isso é tão importante ter conhecimento sobre a história familiar do paciente e a função laboral que desenvolve em seu cotidiano (CARMO; BRITO; PARTATA, 2010).

Figura 5 - Síndrome do pânico



O diagnóstico da síndrome de pânico, geralmente é feito de forma tardia, o que acaba trazendo sérias complicações, para o paciente e também para aqueles que estão mais próximos do mesmo, pois sem o diagnóstico e o tratamento prévio e adequado, pode evoluir para um quadro psiquiátrico mais grave. Devido a isso há relevância do diagnóstico e tratamento precoce, para reduzir as complicações e melhora da qualidade de vida desses pacientes, que muitas vezes são mal interpretados pela sociedade como um todo, devido a falta de conhecimento sobre a patologia (CARMO; BRITO; PARTATA, 2010).

O tratamento prévio da síndrome de pânico é importante pois diminui o sofrimento e prejuízo relacionado ao transtorno e com o objetivo de prevenir o aparecimento de complicações e doenças, e gastos sociais referentes ao transtorno. Pois tratar o paciente portador da síndrome de pânico reduz consideravelmente os gastos sociais, mesmo que aumente os investimentos, diretos com terapias, consultas, medicações, atividades que venham favorecer o tratamento, existe uma redução relevante nas consultas aos serviços de emergência e ambulatoriais. A prevenção de futuras crises e a redução das complicações associadas a elas, como a ansiedade, são os marcos chaves no tratamento da síndrome de pânico devido a isso é relevante, estar atento as doenças associadas, como os transtornos de humor e o uso de substâncias associadas nesse período (SALUM; BLAYA; MANFRO, 2009).

O tratamento do paciente com síndrome de pânico, tem o objetivo de cuidar da doença em si e das comorbidades associadas como depressão, agorafobia, ansiedade, transtorno obsessivo compulsivo, fobia social, fobia simples entre outras. E as medicações mais usadas são os antidepressivos (fluoxetina, paroxetina, citalopram, sertralina etc.) e ansiolíticos (alprazolam, bromazepam, clonazepam, clonazepam etc.) . Além de terapias alternativas e exercícios de relaxamento e físicos, que podem ser associadas de acordo com o quadro clínico do paciente para ajudar, que o mesmo não abandone o tratamento específico para ele, que pode ser tratamento psicofarmacológico, o psicoterapêutico ou combinado. O tratamento também pode ser longo ou curto vai depender de cada paciente e de como ele adere esse processo de reabilitação (YANO; MEYER; TUNG, 2003).

2.8.9 Transtorno do Sono

Com a evolução da tecnologia nos dias atuais, a sociedade tem sido obrigada a se adaptar nesse novo estilo de vida, que exige ao homem de forma geral, que aumente sua produção em todos os segmentos de sua vida, para que tenha um espaço na sociedade. Com isso as pessoas sacrificam o tempo de sono para se qualificarem, adquirir bens materiais, ter um status na sociedade, alterando assim o padrão de sono e os hábitos adquiridos durante toda a vida, o que acaba acarretando danos a saúde e um aumento do tempo de vigília (PEREIRA; GORDIA; QUADROS, 2011).

O distúrbio do sono pode trazer sérios problemas ao indivíduo a curto ou longo prazo, desde alteração do humor, falta de disposição física, envelhecimento precoce, fadiga, irritabilidade, comprometimento do sistema imunológico, do tônus muscular, lentidão, isolamento social, alteração do apetite, dificuldade para desenvolver atividades rotineiras, diminuição da libido, além de estar associado a outras comorbidades como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertireoidismo, hipotireoidismo, insuficiência renal crônica, acidente vascular cerebral, etilismo, drogadição, depressão, esquizofrenia, entre outras (LUCCHESI et al., 2005).

O sono é um estado comportamental biológico, cíclico e complexo, e cada pessoa tem suas necessidades específicas, em relação ao padrão do sono, pois sabe-se que é indicado dormir de sete a oito horas por noite, mas existem pessoas que precisam dormir de cinco a dez horas, devido a isso o sono adequado não é controlado em horas exatas, mas sim em qual é a qualidade desse sono e sua importância reparadora ao indivíduo (FERREIRA; JESUS; SANTOS, 2015).

O distúrbio do sono, atinge todas as faixas etárias, e atualmente tem se tornado uma preocupação para a saúde pública, devido aos altos custos investidos para tratar dessa doença que atinge as mais diversas profissões desde professor, enfermeiros, médicos, empresários, gestores, bancários, além dos acidentes causados no trânsito, no trabalho, e redução do desempenho estudantil, e das atividades laborais. devido a isso faz-se necessário ter um olhar mais ampliado ao avaliar um paciente, levando em consideração suas queixas, seus hábitos de vida, sua profissão, para que assim consiga diagnosticar e tratar esse paciente de forma adequada e imediata (VALLE, 2011).

Mesmo com tanta tecnologia e informação acessível, onde as pessoas estão a todo o momento sendo empurradas para um crescimento profissional, e a serem tão esclarecidas nas mais diversas áreas, não existe um cuidado relacionado a qualidade do sono dessas pessoas que freqüentam esses ambientes, a começar no meio acadêmico onde esses futuros profissionais são pressionados a todo momento, e incentivados a quebrarem suas rotinas e padrões de sono, para alcançarem o tão sonhado diploma profissional. Mesmo falando sobre educação e saúde, não existe programas que incentivem a promover o cuidado em relação aos padrões do sono, sobre novos hábitos e rotinas que favoreçam esse processo tão relevante para um bom funcionamento de todo o contexto social (FERREIRA; JESUS; SANTOS, 2015).

O sono é dividido em duas fases: o sono REM conhecido também como sono ativo ou rápido e o sono não-REM conhecido como quieto ou sono de ondas lentas. O sono não-REM divide-se em quatro fases, varia de acordo com a intensidade do sono, na primeira fase ocorre o estado de transição da vigília para o sono, já na fase dois o sono é mais leve e na fase três e quatro o sono é mais profundo. Quando uma pessoa está deitada para dormir ela passa primeiro pelo estágio vigília, que tem a presença de ondas alfa, em seguida ela passa para a fase dois onde o nível do sono é mais intenso e mais a frente chega ao estágio três e quatro onde existe a predominância de ondas deltas, após trinta a quarenta minutos depois do início do sono. O estágio três e quatro vai variar de acordo com a idade de cada indivíduo podendo ocorrer por um período de minutos até uma hora, retornando então para o estágio dois e logo após entra no primeiro período REM da noite. O primeiro ciclo do sono demora aproximadamente noventa minutos e acaba com o reaparecimento do estágio dois, que vai entrar em seguida no sono delta e assim sucessivamente alternando entre sono REM e sono não-REM completando assim cinco ciclos de sono (DUNCAN et al., 2004).

Figura 6 - O sono e a memória



Fonte: Neuropsicopedagogia na Sala de Aula (2014).

A insônia é um dos distúrbios do sono e caracteriza-se pela dificuldade de iniciar o sono, sono interrompido diversas vezes ao longo da noite, ou o despertar na madrugada antes do tempo certo de acordar, o ocasiona durante o dia sérios problemas como fadiga, dor muscular, irritabilidade, dificuldade de concentração, falta de energia, e alteração do apetite. A insônia ainda pode ser aguda, quando a queixa é transitória e dura um período menor que um mês, está relacionada a situações momentâneas na vida de cada indivíduo, como o estresse elevado, morte ou doença de um ente querido; A insônia também pode ser crônica, e estudos relatam que cerca de oitenta por cento das pessoas que sofrem desse tipo de insônia, possui problemas por mais de um anos esses pacientes estão sempre se queixando de dores musculares, sono excessivo, depressão, dificuldade para se concentrar, memorizar, fadiga entre outros (DUNCAN et al., 2004).

A insônia está relacionada a diversas comorbidades psiquiátricas como esquizofrenia, depressão, transtorno obsessivo compulsivo, transtornos psicóticos, transtornos afetivos, síndrome do pânico, transtornos maníacos. A insônia também

pode estar associada aos sintomas de outras doenças, dor, ao ambiente, aos maus hábitos adquiridos no decorrer da vida, ao uso de substâncias psicoativas, resultados de tratamento o que pode ocasionar a insônia. As drogas com maior probabilidade de desenvolver insônia são os descongestionantes, antidepressivos, cafeína, beta bloqueadores, álcool, nicotina, drogas ilícitas, esteróides (DUNCAN et al., 2004).

Boas noites de sono e hábitos de vida com qualidade podem aumentar o tempo de longevidade do indivíduo, afinal dormimos aproximadamente um terço da vida, e é nesse período em que estamos dormindo que o cérebro, libera hormônios que vão influenciar para um estado físico e mental de qualidade, gerando assim um sono um sono tranquilo e satisfatório. Mas para isso é importante manter-se longe de situações estressoras e caso seja necessário deve-se buscar ajuda, com profissionais habilitados para tentar reduzir o nível de estresse, pois caso se torne crônico, pode vir a acarretar sérios problemas a saúde do indivíduo (VALLE, 2011).

Os distúrbios do sono são alterações que ocorrem no padrão do sono, interferindo no processo habitual acarretando danos graves ao indivíduo, que muitas vezes não se dá conta do que está acontecendo, e mesmo indo aos serviços de saúde, não relata sobre a dificuldade para dormir. Devido a isso é relevante que o profissional de saúde ao avaliar o paciente atente para suas queixas, pois elas podem esclarecer, se o paciente está com algum distúrbio do sono. E os mais comuns são ronco, apnéia, síndrome das pernas inquietas, enurese noturna, hipersonias, parassonias entre outro (MÜLLER; GUIMARÃES, 2007).

O tratamento para a insônia vai variar de acordo com o quadro em que cada indivíduo se encontra, e pode se realizado com psicoterapias, exercícios físicos, e farmacoterapia sendo que é relevante ter o cuidado para que o paciente não desenvolva, dependência de benzodiazepínicos como diazepam, clonazepam, midazolam, alprazolam, nitrazepam entre outros, gerando problemas maiores a sua saúde (PASSOS et al., 2007).

O paciente com distúrbios do sono pode ser incentivado, a ter novos hábitos de vida como ter um horário estabelecido para dormir e acordar, ir para a cama somente quando tiver sono, evitar uso de aparelhos eletrônicos como celular, televisão, computador, incentivar o paciente a deixar o ambiente agradável e tranquilo, ter um colchão confortável, evitar o consumo de cigarros e bebidas estimulantes, diminuir o ritmo das atividades antes do horário de dormir, evitar fazer atividade física no

período noturno, ingerir refeições leves e estabelecer um horário de aproximadamente duas horas, antes da hora de dormir, usar medicações somente sob orientação médica, durante o dia tentar evitar períodos longo de sono, tentar manter-se em equilíbrio ao lidar com as situações cotidianas, e dormir por um período adequando nem em excesso, nem em falta (DUNCAN et al., 2004).

2.9 A FAMÍLIA E O PORTADOR DE DOENÇA MENTAL

A palavra família, tem origem etimológica do latim e deriva do termo *famulus* que significa servo ou criado, usada para referir-se ao grupo de empregados de um senhor, como no período feudal por exemplo e mais tarde foi usado para definir um grupo de pessoas residentes em uma mesma casa, com laços biológicos, e que se rendiam a autoridade do chefe da familiar (SILVEIRA, 2000).

Até o século vinte a estrutura familiar e as relações dos gêneros, marcaram as famílias brasileiras, que eram constituídas por pai, mãe e filhos que se submetiam a proteção e autoridade do pai. Nesse período o pai era o único, responsável pelo sustento e por dar direções a toda família, pois eram vistos como referência de uma estrutura moral forte, e que todos os filhos seguiam. Mas é na década de sessenta a oitenta, que ocorre as transformações significativas, onde a mulher ganha espaço na sociedade, a após algumas conquistas então, inicia a dupla jornada de trabalho e anseia por novas perspectivas do futuro feminino que lutava por seus direitos (DESSEN, 2010).

Com as mudanças do papel feminino houve um enfraquecimento do modelo de família nuclear, e houve um processo de socialização da família, onde as tarefas passaram a ser divididas, com outros grupos sociais, além dos filhos que ganharam espaço na relação familiar, pois antes não tinham voz e eram duramente penalizados quando faziam algo que fosse desagradável aos olhos do pai. Mas mesmo com o impacto que a família vem sofrendo em sua base no decorrer desse período, devido as diversidades culturais, econômicas e sociais, ainda assim ela continua tendo um papel, importante e é considerada uma instituição forte e de influência, porém mais complexa e flexível, onde todos nesse grupo familiar são ativos e participantes nas relações familiares (DESSEN, 2010).

Quadro 5 - Os tipos de família

TIPOS DE FAMÍLIA	CARACTERÍSTICAS
Família nuclear simples e tradicional	Pai e a mãe estão presentes; todas as crianças são filhos desse mesmo pai e dessa mesma mãe. Não há mais qualquer adulto ou criança (que não sejam os filhos) morando na mesma casa.
Família monoparental	Grupo onde apenas a mãe (ou o pai) está presente, vivendo com seus filhos e também, eventualmente, com outros filhos menores de idade sob sua responsabilidade. Não mais nenhuma pessoa maior de 18 anos, que não seja filho, morando na mesma casa.
Família recasada	Grupo em que o pai e/ou a mãe estão vivendo em nova união, legal ou consensualmente e podem ter seus filhos vivendo ou não juntos na mesma casa.
Família não convencional	Grupo mais amplo que consiste na família nuclear (pai, mãe, filhos) mais os parentes diretos de ambos os lados, existindo uma extensão das relações entre pais e filhos para pais, avós e netos.
Família de casal homossexual	Adotam os filhos ou um deles faz inseminação artificial e arruma uma barriga de aluguel.
Família de pais separados	Família dissolvida, porém os ex- cônjuges ficam com a guarda compartilhada dos filhos.
Família de filhos adotivos	Por algum problema de infertilidade o casal adota filhos ou, além de terem seus filhos biológicos, optam por adoção também.
Família uniparental	Essa família é definida assim quando o ônus da criação do filho é de apenas do marido ou da mulher, seja por viuvez, maus tratos, etc.

Fonte: Adaptado de MONKEN; CASTRO, 2010 apud OLIVEIRA; RAFACHO; RAFACHO, 2013.

A família desenvolve um papel indispensável e relevante para garantir o cuidado e o desenvolvimento como um todo dos membros que a compõem, pois ela contribui com a parte emocional e material, para o desenvolvimento e bem estar dos integrantes familiar além de contribuir ainda na educação formal e informal ensinando os princípios e valores referentes a família e a sociedade em seu contexto (SILVEIRA, 2010).

Não tem como falar de saúde mental sem falar da família, que é extremamente importante em uma sociedade, pois é no seio familiar que os primeiros cuidados são prestados e os laços afetivos são fortalecidos, no decorrer do desenvolvimento e formação da identidade de cada indivíduo, devido a isso faz-se necessário ter conhecimento e entender o processo familiar e sua dinâmica levando em consideração, que é nesse contexto que ele tanto tem a promoção da saúde ou o favorecimento e predisposição de enfermidades, principalmente em ambientes

conturbados, desestruturado e sem harmonia, necessitando então muitas vezes da intervenção de outros grupos sociais (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

O termo doença mental refere-se a enfermidades de causas multifatoriais que acomete o aparelho psíquico impedindo o indivíduo de desenvolver suas atividades cotidianas e, em alguns casos, a pessoa não consegue mais se conectar com a realidade, o que prejudica o convívio familiar, social, e pessoal do indivíduo. Esse termo tem um sentido diferente em relação á outras doenças por ser pouco difundida e cercada de muitos mitos e estigmas, o que causa mais sofrimento no portador e sua família já que precisam aprender a lidar com o impacto causado por esse transtorno (ALMEIDA; FELIPES; DAL POZZO, 2011).

Entretanto, as barreiras estão relacionadas ao despreparo das famílias de portadores de transtornos mentais para com o cuidar desses doentes em casa, lembrando que a família é parte indispensável no processo de ressocialização deste paciente. Devido a isso é importante analisar os motivos que levam as famílias ao medo e à não aceitação da presença do portador de transtorno mental no convívio cotidiano (SILVA; SADIGURSKY, 2008).

As expectativas geradas pela família com a volta do paciente ao lar após a alta hospitalar são, em algumas ocasiões, frustradas devido ao fato da maioria dos pacientes sofrerem de doenças incuráveis, o tratamento ser longo e não haver remissão total dos sinais e sintomas (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2011).

Segundo Ribeiro e outros (2010), o comprometimento da família no cuidado ao paciente de transtorno mental exige uma nova organização familiar. Contudo, essa responsabilidade familiar também é positiva, porque além de intensificar suas relações, o familiar torna-se um parceiro da equipe de saúde para cuidar do usuário. O tratamento desses pacientes exige um projeto individual para que não se perca de vista a idéia de conjunto, devendo estar alerta ao tempo de cada um, com expectativas de possibilitar ao longo do processo o aumento de seu coeficiente de autonomia e escolha).

Ângelo e Beusso(2005), enfatizam que a família ao ter responsabilidade pela saúde de seus membros deve ser considerada pelos profissionais em suas características, opiniões e ações. Nessa perspectiva, a assistência à família como unidade de cuidado implica conhecer as diferenças, como cada grupo familiar funciona.

Campos e Soares (2005), corroboram quanto às famílias que tem portadores de transtornos mentais, ressaltam que existe a necessidade de cuidar da própria família, pois há uma sobrecarga emocional e financeira que permeia essas realidades. Esses autores evidenciam que o cuidado a essas famílias, e mais especificamente junto aos cuidadores dos portadores de transtornos mentais, deve, além de instrumentalizá-los nas dificuldades cotidianas, também disponibilizar aos próprios familiares acolhimento e cuidado com relação a sua própria saúde. Esses mesmos autores destacam que a grande maioria dos cuidadores tornam-se usuários diretos de serviços de saúde mental devido a sobrecarga emocional vivenciada.

A família é o contexto em que o indivíduo vive os extremos da vida, desde o nascimento até a morte, por isso é cada vez mais importante que o profissional da saúde, tenha conhecimento, flexibilidade e destreza para cuidar não só do paciente, mas estender o cuidado a toda a família à partir de um olhar clínico e de uma escuta eficiente, lançando mão das ferramentas adequadas e buscando entender as relações e a dinâmica familiar de cada paciente, para assim planejar um cuidado holístico a esse paciente e sua família (MOIMAZ et al., 2011).

Os familiares também podem ser incentivados a participarem com o paciente de reuniões, assembléias, associações, festividades junto a outros usuários e familiares, ajudando a inserir esses pacientes promovendo cidadania e trazendo esclarecimento de dúvidas, junto a profissionais capacitados para esse auxílio. Toda a comunidade também podem ser participantes desse processo, incentivando a ao usuário e sua família a participarem também dos serviços prestados, buscando não só a promoção da saúde do outro mas também da sua, através de informações e ações que possam construir uma sociedade melhor (PINHO; HERNÁNDEZ; KANTORSK, 2010).

2.10 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA SAÚDE MENTAL

O enfermeiro que atua em saúde mental, precisa estar capacitado para atuar nessa área, que é um grande desafio para a saúde, e requer um conhecimento e formas de abordagens diferenciada, tanto para atender ao paciente quanto a família do portador de sofrimento psíquico, além de entender qual é o seu papel na equipe, sem tentar preencher ou desenvolver ações que não seja de sua competência,

também é importa ter conhecimentos de alguns termos como multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e outros, além do conhecimento dos serviços prestados pela rede (SILVA et al., 2013).

Roquete e outros (2012) argumenta que a multidisciplinaridade é muito usada nos dias atuais principalmente na área de educação e saúde e corresponde a um conjunto de ensino que une experiências em diversas áreas de conhecimento, com o objetivo de alcançar metas específicas do planejamento.

De acordo com Silva e Pinafo (2012), uma equipe multidisciplinar pode ser formada por profissionais de áreas diferentes mas que trabalham em conjunto com o propósito de chegar a um objetivo final geralmente eles se reúnem para traçar metas relacionadas a um determinado cliente onde cada profissional vai desenvolver suas atividades específicas, mas comum ao paciente relacionado.

Conforme Rocha e Almeida (2000), a interdisciplinaridade trata-se de uma teoria comum referente a um conjunto de disciplinas interligadas, onde os resultados são organizados a partir de uma hierarquia superior a uma delas.

A atuação interdisciplinar nas equipes de saúde e Enfermagem implica em construção deste conhecimento, como aquisição de competências, uma prática de inter-relação e interação entre as diversas disciplinas, articulação dos conhecimentos, num constante ir e vir para resolução dos problemas ou alcance dos objetivos, e conseqüentemente a ampliação das fronteiras disciplinares. Implica em reflexão-ação-reflexão. Esse constante construir, desconstruir e reconstruir pode contribuir para a evolução e inovação da Enfermagem como conhecimento e profissão (MEIRELLES; ERDMANN, 2005, p. 8).

Segundo Pombo (2005), a interdisciplinaridade é uma ferramenta em construção que busca mudanças através dos espaços de inserção do indivíduo, com o objetivo de somar conhecimentos e estabelecer diálogos que trabalhem a diversidade e a dinâmica social em questão.

Transdisciplinaridade é um sistema inovador em busca do sentido da vida, através das relações e seus conhecimentos onde todos os saberes são importantes e a integração das disciplinas não existe limite (IRIBARRY, 2003).

O enfermeiro que atua na equipe de saúde mental tem um papel de destaque na, já que o seu perfil profissional pode ser considerado como um fator determinante no cuidado prestado aos usuários e seus familiares (SALMERON; FUCÍBALO, 2008).

De acordo com Fioramonte e colegas (2013) a realidade vivida pelos enfermeiros atuantes na equipe de saúde mental mostra a busca pelo apoio individual e coletivo de modo integral, inserindo-se no contexto familiar e social das pessoas que são o foco de cuidado. Do mesmo modo, esses profissionais procuram descobrir qual a melhor maneira de abordar e instituir ações terapêuticas, por meio de abordagens mais complexas, construindo formas de escuta qualificada que visem à manutenção e à promoção da saúde dos membros envolvidos no processo assistencial.

Segundo Ribeiro e outros (2010), corroboram que para a articulação entre o campo da Saúde Mental e a equipe multidisciplinar, é importante que o profissional esteja sensibilizado para compreender a organização do modelo familiar, respeitando seus valores, suas crenças, seus medos, seus desejos e busque atuar com respeito de modo a não julgar os hábitos familiar mas sim, proporcionar subsídios para que a família tome a sua decisão final.

Em meio ao reconhecimento da importância do trabalho dos enfermeiros, é importante reforçar as ações em saúde mental, voltadas para a orientação e manutenção do tratamento medicamentoso; desenvolvimento do relacionamento interpessoal; compreensão e atuação na dinâmica familiar favorecendo as intervenções terapêuticas e educacionais; intervenção e reconhecimento dos primeiros sinais de recorrência de crises; consultas de enfermagem que ofereçam apoio, colaboração para determinação de limites, expressão dos pensamentos e sentimentos, estabelecimento de uma comunicação terapêutica com suporte para identificação e solução de problemas; grupoterapia; palestras educativas; visitas domiciliares e acompanhamento terapêutico (LUCCHESI, 2005).

Pontes, Leitão e Ramos (2008) dizem que a comunicação terapêutica é uma ferramenta significativa que auxilia o enfermeiro avançar e polir seus conhecimentos técnicos e científicos, possibilitando um planejamento das ações voltadas para cada paciente como um todo, tornando então possível o estabelecimento de um vínculo precioso que ajudará a abrir portas para o seu tratamento, junto a sua família. Ao criar oportunidades de aprendizagem e ativar nos pacientes sentimentos de confiança, eles se sentem satisfeitos e seguros. É pelo diálogo estabelecido com o paciente que se pode compreendê-lo como um todo, isto é, sua forma de pensar, sentir e agir. Cada paciente e família têm a chave para o cuidado eficaz da enfermagem. Isso acontece quando a confiança é estabelecida e informações são

passadas. Nesse caso, o paciente é estimulado a tornar parte ativa na maximização de sua capacidade de funcionamento, uma vez que a enfermeira cria estratégias para alcançar a saúde ideal e abre porta à satisfação do paciente e à eficiência do cuidado à saúde. Esse relacionamento, contudo, não deve ser uma conduta mecânica como frequentemente ocorre. O paciente não deve ser visto só como um objeto de trabalho para a equipe de enfermagem. O relacionamento terapêutico depende do comportamento e atitudes de cada profissional.

Ainda segundo Pontes, Leitão e Ramos (2008) a comunicação não é apenas uma troca de mensagens entre a enfermeira e o paciente, mas é uma conduta que deve ser planejada e individualizada, e não deve ser realizada somente por impulsos e de maneira intuitiva. Existe muitos guias e técnicas que podem ser usados para tornar terapêutica essa comunicação.

Os psicofármacos usados para o tratamento de pacientes com sofrimento psíquico, tem seus benefícios e também seus efeitos adversos, devido a isso é considerável que o profissional da saúde ao abordar esses pacientes e seus familiares, tenham o compromisso de não apenas trocar receitas, mas também fazer uma avaliação detalhada, desse paciente, vendo se existe a necessidade para a troca da medicação, ou até mesmo de encaminhá-lo para outro tipo de profissional, e entender quais as necessidades imediatas desse paciente, que muitas vezes é ignorado nos serviços de saúde, devido ao preconceito e despreparo da equipe para lidar com esses usuários que requerem um cuidado humanizado, atenção e respeito (GUARIDO, 2007).

O controle da ingestão de psicotrópicos deixa a desejar na atenção básica. Devido ao fato que alguns pacientes recorrem a artifícios para o uso indevido dessas medicações, contudo, a medicalização transforma culturalmente as populações, leva a uma redução da capacidade de enfrentamento autônomo da maior parte dos adoecimentos e das dores rotineiras. Isso leva a um consumo abusivo dos serviços médicos, acarretando em dependência exagerada e alienação. O uso abusivo de benzodiazepínicos pode se tornar um problema para os usuários quando se vêem dependentes e sem controle sobre seu uso. A perda de autonomia ocorre quando o medicamento não é apenas um objeto para servir às pressões da vida cotidiana, aos efeitos imediatos para dormir ou para esquecer das situações que afligem a vida.

Mesmo com a prescrição de receitas, destaca-se a existência de uma preocupação por parte dos enfermeiros (RIBEIRO et al., 2010).

Cabe aos enfermeiros monitorar os efeitos colaterais e as demais respostas fisiológicas do paciente ao iniciar o tratamento com medicação psicotrópica. Para isso, é necessário conhecimento acerca do seu uso e efeitos adversos ou tóxicos e as contra-indicações, bem como a conduta adequada e os cuidados essenciais para cada caso. Tal qual a importância de ajudar o portador de transtorno mental a se identificar com um agente ativo nesse processo, é a necessidade de assumir a responsabilidade pela eficácia do seu tratamento (SALLES; BARROS, 2009).

A importância dessa demanda de saúde mental nas unidades de saúde necessitam de novas ferramentas, voltadas ao atendimento dos transtornos psíquicos, e a capacitação desses profissionais para intervenções que sejam mais humanizadas (MOREIRA et al. 2011).

Com tantas mudanças relacionadas a saúde mental, classificações de doenças, novos manuais, leis, novos fármacos, terapias, estudos científicos em neurologia, reformulação de técnicas existentes, novas áreas acadêmicas, devido a isso é necessário que o enfermeiro e os profissionais da saúde envolvidos em cuidar desse paciente, tenham além de conhecimento técnico, uma visão crítica embasada em conhecimentos sérios, pois se for analisar acerca das classificações de doenças psiquiátricas atuais, todos os indivíduos serão classificados com algum tipo de transtorno mental. E isso é muito sério quando se trata de crianças pois são fases de vida diferente, e existem familiares que recorrem a serviços de saúde para tratarem as crianças, que estão passando por fases onde elas tem mais energia mesmo para brincar, e por serem mal interpretadas acabam sendo tratadas com medicação que as limitam em seu desenvolvimento normal. Por isso é importante que esses profissionais tenham conhecimento de cada fase da criança também, antes de aceitar qualquer tipo de pré julgamento, muitas vezes realizado por pessoas que nem tem conhecimento. Pois existem crianças que não precisam de rémédios mas sim de cuidados, atenção, limites e de proteção, por isso é importante antes de qualquer tratamento com psicofármacos realizar uma avaliação detalhada principalmente sobre sua histórias de vida em cada ambiente frequentado (GUARIDO, 2007).

Brêda e Augusto (2001), ressalta que os órgãos formadores precisam almejar e organizar, mudanças curriculares quanto à formação dos profissionais de saúde para que haja o desenvolvimento de habilidades que busquem a subjetividade e lidar com a afetividade e o sofrimento mental das pessoas, porém, sem afasta-las desses aspectos e sim sensibilizá-las a participar, da política e das mudanças de saúde que tem ocorrido no Brasil .

Todavia, mesmo diante dos recorrentes movimentos em favor das mudanças curriculares referente aos cursos de graduação em enfermagem, é importante a reflexão do ensino na graduação. A formação acadêmica precisa promover uma verdadeira articulação entre a educação e os serviços de saúde, valorizando as relações existentes no cotidiano do trabalho, sobretudo na estratégia de saúde da família, que é um eixo norteador para as transformações na área da saúde (ALENCAR, 2006).

Para que o enfermeiro na saúde mental tenha autonomia ao desempenhar suas funções, é relevante que o mesmo esteja sempre atualizado buscando novos horizontes que venham somar nesse processo, faz-se necessário que o mesmo tenha convicção e segurança ao prestar os cuidados e também em relação a sua postura ética e profissional, levando em conta que o mesmo é um multiplicador, que não apenas cuida e auxilia, mas tem o seu espaço como educador, líder, articulador e criador de projetos e ações, mas isso só é possível quando existe um olhar amplo em relação a todo o contexto em que o mesmo se encontra, respeitando assim o espaço do outro, mas desenvolvendo em seu cotidiano a arte da enfermagem (VASCONCELLOS, 2010).

O trabalho desenvolvido pela equipe de saúde mental é complexo e de caráter social, onde é realizado consultas, visitas, planejamentos, assistência, terapias, ao portador de doença mental , por isso é importante ter conhecimento dos fatores de risco que envolve o contexto desse paciente, uma vez que a equipe, vai atuar na comunidade, com o objetivo de inserir e reintegrar essa população estigmatizada na sociedade, demonstrando o compromisso e o respeito a esses pacientes (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

É relevante que os profissionais que trabalham na área de saúde mental, tenham certeza da sua própria vontade em estarem atuando nesse área do cuidado, para que dessa forma consigam sustentar suas ações e se responsabilizarem, por um

cuidado efetivo para com o outro que está vulnerável e em sofrimento, pois é nesse momento que o paciente vai precisar ser acolhido, independente dele estar na recepção ou em outro serviço da rede, devido a isso o acolhimento eficaz é aquele que identifica a queixa do paciente, suas necessidades para direcioná-lo ao serviço adequado. Em casos que o profissional está trabalhando nessa área mas não gosta de estar atuando, é importante que se avalie essa situação pois o mesmo pode colaborar para seu próprio adoecimento nesse contexto, onde requer não apenas capacidade intelectual mas também aptidão emocional para lidar com cada história e conseguir prestar cuidados sem comprometer a si e ao outro (RODRIGUES; BROGNOLI, 2014).

O acolhimento em saúde mental é diversificado, e requer uma análise crítica e criativa, enquanto ferramenta do cuidado clínico, que se molda de acordo com a realidade de cada local e forma de trabalho do profissional e da equipe. No entanto as ações de acolhimento envolve o conhecimento e criatividade, para escutar, orientar, amenizar os sintomas imediato e estabelecer um vínculo profissional paciente, para que haja uma abertura mais ampla, para solucionar a demanda referente as queixas. Cabendo nesse momento aos profissionais da saúde, uma postura ética, técnica e de responsabilidade para com esse individuo, organizando assim o processo de acolhida, com o objetivo de acompanhar esse paciente junto a sua família em um cuidado planejado de acordo com a demanda do paciente, sem que ele fique sem os cuidados devidos (RODRIGUES; BROGNOLI, 2014).

O enfermeiro da área de saúde mental, além de gostar de desenvolver o seu trabalho, precisa também ser criativo, para atender a demanda que está cada vez maior, onde ele pode desenvolver projetos sociais, oficinas que beneficiem e promovam a inserção desse público que de certa forma saiu dos hospitais, mas ainda sentem na pele o preconceito de uma sociedade informatizada porém desinformada e tolerante, acerca das patologias psiquiátricas, que são cada vez mais crescente nessa sociedade moderna (DAMÁSIO; MELO; ESTEVES, 2008)

O enfermeiro da área de saúde mental, precisa estar consciente de suas responsabilidades enquanto profissional, onde ele pode avaliar e acompanhar o público de usuários que necessitam de serviços da rede, além de realizar um levantamento de dados concretos e anotações sobre a quantidade de indivíduos que precisam de tratamento, pois essa parte de registro, em muitos serviços ainda

deixam a desejar, pois, em alguns casos os profissionais preferem mascarar a realidade do que enfretá-la. o que de certa acaba acarretando problemas ainda maiores para o indivíduo e também para a sociedade. Por isso é relevante que na academia, já tenha conhecimento de como trabalhar esta questão na pratica para que possa haver uma organização mais adequada, concreta e sólidas das informações (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

A arte da enfermagem já tem uma história de base, porém como em todas as profissões existem atribuições que serão desenvolvidas no decorrer da construção e formulação de cada sociedade,mas de imediato o enfermeiro já está presente em muitas áreas da sociedade com a missão de atuar nos mais variados segmentos da saúde bem como, em serviços ambulatoriais, clínicas, empresas, casas de repouso, na área de docência, pesquisa, projetos, gestão, auditoria, hospitais, presídios, casas de passagem, clínicas de reabilitação tanto para etilistas quanto para usuários de substâncias psicoativas, capacitação de equipe, palestras relevante ao tema em diversos setores da sociedade como escolas, associações de moradores, clubes entre outras áreas. Devido a cada conquista de anos de luta, é necessário que o profissional possa ir além de suas expectativas, delimitando seu campo e suas funções, para que seu trabalho seja cada mais organizado, sem sobrecarrega-lo, contribuindo para novos saberes e praticas de uma sociedade que está em constante progresso (ESPERIDIÃO et al., 2013).

A cursos acadêmicos devem incentivar que o graduando, tenha conhecimento e compreensão sobre as demandas dos serviços psicossociais, e incentiva-los a construir uma identidade profissional mais adequada ao seu perfil. Pois muitos enfermeiros saem da academia com o sentimento de despreparo, para atuarem no campo da enfermagem psiquiátrica, pois muitos desconhecem as mudanças políticas que regem esse segmento, se deparando com a dificuldade de ajustar não só papeis e dados, mas todo o processo de desenvolvimento das ações referentes a esse serviço que ora, se encontram sob sua responsabilidade (ESPERIDIÃO et al., 2013).

No que se refere também a identidade profissional, entende-se que a sistematização da Assistência de enfermagem (SAE), é uma ferramenta importante, que deve ser usada com seriedade e compromisso, pois ela traz mais segurança e autonomia para o profissional, o ajudando nos registros de suas atribuições promovendo assim,

uma aproximação com o paciente, a família, a comunidade e toda a equipe profissional. É relevante que o enfermeiro tenha conhecimento que o uso da SAE, como ferramenta de trabalho, mostra sua participação nos cuidados a população, bem como também contribui para identifica-lo e reconhecê-lo enquanto profissional (ESPERIDIÃO et al., 2013).

É importante o profissional de saúde habilitado para tal função, lembrar que, em casos de morte, é relevante ser declarado no atestado quanto a presença de transtorno psíquico, tanto como causa básica ou associado a outras comorbidades, para que assim possa haver, dados coerentes e informações de qualidade que venham a contribuir com a ciência (LAURENTI, 2007).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a Revisão de Literatura realizada identificamos que as doenças psíquicas causam considerável impacto na sociedade em diversos segmentos. Contextualizando a Revisão, a doença mental já existe a várias décadas em diferentes culturas, mas foi no período antes da renascença com a evolução da ciência e o surgimento industrial que as pessoas que não se enquadrava aos novos padrões da sociedade, eram retirados para que houvesse ordem na sociedade, onde foi delegado a medicina que solucionasse o problema da loucura, surgindo assim a psiquiatria, um segmento da medicina.

Deste modo esta doença corresponde no mundo, incluindo o Brasil, a uma das patologias com alto índice de óbito associada também a outras comorbidade, e com tendência a se desenvolver ainda mais com os avanços da tecnologia e pressões sociais.

Com o diagnóstico confirmado, várias alterações de comportamento poderão ocorrer nas diferentes faixas etárias, como o desejo de suicídio, a angustia, dores, cansaço, alterações no sono e conseqüentemente no metabolismo entre outros, sendo importante ser acompanhado pela equipe multidisciplinar dos serviços de saúde.

Destacamos que as formas de tratamento para as doenças mental são bem como a terapia cognitiva comportamental individual, em grupo, com a família, secções de psicanálise, de psicologia, as atividades físicas, relaxamentos como yoga e oficinas de artes, musicoterapia, também os fármacos o a terapia biológica.

Neste contexto, os efeitos desagradáveis físicos, bem como, emocional decorrente do tratamento com fármacos que os pacientes são submetidos acabam limitando o desenvolvimento de sua vida neste momento, quando em muitos casos o diagnóstico é tardio ou inadequado acaba gerando certa frustração para o paciente e também a família, que nesse caso precisa aprender como se adequar a nova realidade vivida pelo familiar doente.

Consideramos que o período do diagnóstico ao decorrer do tratamento seja o momento mais difícil para o paciente e sua família. Nesse período de impacto em relação ao processo da doença, é importante que a família proteja ainda mais esse

familiar, e proporcione um ambiente prazeroso e tranqüilo, onde o paciente se sinta amado e seguro para lidar com essa nova realidade.

O impacto que o paciente e família enfrentam com a doença acarreta sofrimentos, transtornos devido a patologia que vivenciam, momentos difíceis tanto emocional, quanto físicos de ter que conviver com a doença, gerando preconceito, isolamento social e familiar, e os medos quando eles são sentidos. Estes fatores acabam prejudicando o tratamento do paciente e dificultando o sua integração na sociedade. E é nesse momento que os profissionais de saúde são imprescindíveis para auxiliar na qualidade de assistência a saúde do paciente junto a sua família.

Mesmo com a modernidade e tanta evolução, a sociedade ainda não aprendeu a lidar com a doença, em razão da patologia carregar consigo um estigma muito assustador e milenar, onde as técnicas em relação ao tratamento, são cada vez mais crescentes, porém ainda sem uma expectativa exata de cura. Neste contexto é importante que o profissional da saúde ao acolher esse paciente possa lhe oferecer um atendimento digno e humanizado.

Neste momento é relevante que o profissional de Enfermagem e toda a equipe de saúde sejam uma base de apoio para este paciente junto a sua família. O Enfermeiro exerce um papel importante nesse momento de saúde e doença. Portanto cabe ao enfermeiro como integrante da equipe de saúde acolher esse paciente com responsabilidade, prestando todos os cuidados básicos necessários que forem de sua competência enquanto profissional, promovendo no entanto a qualidade de vida desse paciente e sua família.

Ressaltamos que o Enfermeiro que trabalha na saúde mental possa voltar suas ações de enfermagem para sua equipe de responsabilidade a fim de proporcionar ao paciente e sua família um cuidado amplo e sério, específico para cada paciente, mostrando antecipadamente, todas as informações devidas relacionadas ao tratamento e os critérios para que o paciente junto a sua família possa obter bons resultados, aderindo a todo o planejamento traçado para esse portador de sofrimento psíquico e o incentivado a estar em sociedade, e não isolado.

Destacamos que o Enfermeiro precisa estar atualizado sobre as mudanças nas políticas públicas do país e do mundo, bem como, nas evoluções dos tratamentos, e também ter conhecimento sobre toda a rede dos serviços de saúde mental, e das

ferramentas utilizadas para prestar um cuidado com ética e segurança, como o acolhimento de qualidade, um vínculo paciente profissional eficiente, uma comunicação clara e que traga segurança a esse paciente, que já sofre o preconceito e se encontra debilitado.

Que essa pesquisa venha contribuir e somar ao profissional de saúde e especificamente aos enfermeiros que atuam com paciente portador de transtorno mental, tanto a nível de atenção básica, bem como hospitalar, gestores, estimulando-os para que possam traçar novas estratégias de atenção aos pacientes e familiares, se capacitando frente as mudanças relacionadas a reinserção social do individuo na família e sociedade.

REFERÊNCIAS

- ALBERT EINSTEIN SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA. **Síndrome de Burnout**: alto índice de estresse.2009. 1 figura, color. Disponível em: <<http://www.einstein.br/einstein-saude/em-dia-com-a-saude/Paginas/sindrome-de-burnout.aspx>>. Acesso em: 04 mai. 2015.
- ALENCAR, Rodrigo Conti Vieira de. **A vivência da ação educativa do enfermeiro no programa saúde da família (PSF)**. 2006.120f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2006. Disponível em:<<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/314M.PD>>. Acesso em: 03 fev. 2015.
- ALMEIDA, Marcelo Machado. **Cuidadores de pacientes com esquizofrenia: a sobrecarga e a atenção em saúde**. 2009. 44 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: < http://www.cpqrr.fiocruz.br/texto-completo/D_10.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2015.
- ALMEIDA, Ana Carla Moura Campos Hidalgo de; FELIPES, Lujácia; DAL POZZO, Vanessa Caroline Dal. O impacto causado pela doença mental na família. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. v.6, p.40-47, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S1647-21602011000200007&script=sci_arttext. Acesso em: 03 fev. 2015.
- ALVES, Cilene Rejane Ramos; SILVA, Maria Teresa Araujo. A esquizofrenia e seu tratamento farmacológico. **Estudos de psicologiaCampinas**,Campinas , v.18, n.1, p. 12-22, abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2001000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2015.
- ALVES, Hamer; KESSLER, Felix; RATTO, Lilian Ribeiro Caldas. Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo , v.26, supl. 1, p. 51-53, mai. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai. 2015.
- ALMASAN, Daisy Ariane; GIMENEZ, Rosane Montefusco. Formas de tratamento do paciente esquizofrênico. **Revista Científica Eletônica de Psicologia**, n.7, nov. 2006. Disponível em: < http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/FWkFz5z2GTQFN4v_2013-5-10-15-35-19.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2015.

ANDRADE, Rosângela Vieirade et al. Atuação dos neurotransmissores na depressão. **Sistema Nervoso**, v. 2, p. 3, 2003. Disponível em: <http://www.saudeemmovimento.com.br/revista/artigos/cienciasfarmaceuticas/v1n1a6.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.

ÂNGELO, M.; BEUSSO, R. S. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: BOURGET, M. M. M. (Org.). **Programa de Saúde da Família: manual para curso introdutório**. São Paulo: Martinari, 2005. p. 105-111.

ÁVILA, Miriã Dias. **Eletroconvulsoterapia: da origem a aplicação modificada**. 2010. 56 F. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/24868/000749659.pdf?sequence=1>. Acesso em: 04 mai. 2015.

ARAUJO, Sônia Regina Cassiano de; MELLO, Marco Túlio de; LEITE, José Roberto. Transtornos de ansiedade e exercício físico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 164-171, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 fev. 2015.

BARROS, Alba Lucia Botura Leite de et al. Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: estudo preliminar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 585-592, Oct. 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 abr. 2015.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, v.12, n.1 p. 66-78, jun. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000100008. Acesso em: 03 fev. 2015.

BATISTA, Micheline Dayse Gomes. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n. 40, p.391-404, 2014. Disponível em: <http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/16690>. Acesso em: 06 abr. 2015.

BEDIN, Dulce Maria. **Integralidade no SUS e Saúde Mental**. 2008. 3 f. III Mostra de Pesquisa da Pós-Graduação – PUCRS, Rio Grande do Sul, 2008. Disponível

em:<<http://www.pucrs.br/edipucrs/online/III mostra/Psicologia/61318%20-%20DULCE%20MARIA%20BEDIN.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

BIO, Danielle; GOMES, Bernardo Gomes. Abordagens Psicossociais. **Revista Debates em Psiquiatria**, ano 1, n, 5, p.38-51, 2011. Disponível em:<http://www.abp.org.br/download/revista_debates_5.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.

BORGES, Livia Oliveira et al . A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre , v. 15, n. 1, p. 189-200, 2002 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722002000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2015.

BRASIL.SECRETARIA NACIONAL DE POLITICAS SOBRE DROGAS. **Prevenção dos Problemas Relacionados ao uso de Drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. Santa Catarina: SENAD/MJ; UFSC – NUTE, 2014. 312p.

BRASIL. **Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 10 mai. 2015.

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF, 31 de julho de 2003. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 10 mai. 2015.

BRASIL. **Lei nº11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF, 23 de agosto de 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 10 mai. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 05 out. 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE/DAPE. **Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Relatório de Gestão 2003-2006. Ministério da Saúde: Brasília, 2007. 85 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_gestao_saude_mental_2003-2006.pdf. Acesso em: 13 out. 2014.

BRÊDA, Mércia Zeviani; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 mai. 2015.

BRITTO, Renata Corrêa. **A internação psiquiátrica involuntária e a Lei 10.216/01. Reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental**. 2004. 212 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://thesis.icict.fiocruz.br/pdf/brittorcm.pdf>. Acesso em: 24 abr. 2015.

CAMPOS, Pedro Humberto Faria; SOARES, Carlene Borges. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 11, n. 18, dez. 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 05 mai. 2015.

CARMO, Adriana Sousa; BRITO, Izabelly Larissa A. S.; PARTATA, Anette Kelsei. Estudo sobre o transtorno do pânico com enfoque à farmacoterapia. **Revista Científica do ITPAC**, v. 3, n.1, 2010. Disponível em: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/31/3.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2014.

CARNEIRO E CORDEIRO, Técia Maria Santos Carmen Lieta; SANTOS, Ressurreição dos; CARNEIRO NETO, José Nunes. Sistema Único de Saúde: utopia ou realidade?. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, v.22, n.2, p.37-43, 2012. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/FOL/article/view/1543/1093>.

Acesso em: 08 abr. 2015.

CARVALHO, Fernando Luiz de. **Síndrome do Pânico**: uma psicopatologia contemporânea. 2011. 33 F. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação Lato Sensu em Psiquiatria) – Pós-Graduação Lato Sensu em Psiquiatria, Universidade Estácio de Sá, Recife, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/sindrome-do-panico-uma-psicopatologia-contemporanea-\[104-071011-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/sindrome-do-panico-uma-psicopatologia-contemporanea-[104-071011-SES-MT].pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2015.

CASULE CLÍNICA DE PSICOLOGIA. **Ciclo do Transtorno Obsessivo Compulsivo**. 2014. 1 figura, color. Disponível em: <<http://www.casulepsicologia.com.br/abordagem-psicologica-para-o-transtorno-obsessivo-compulsivo-em-juiz-de-fora/>>. Acesso em: 04 mai. 2015.

COLVERO, Luciana de Almeida; IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 197-205, jun. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **RevEscEnferm USP**, v. 45, n. 6, p. 1501-6, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n6/v45n6a32.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

COSTA, Ana Carolina Oliveira. **A percepção dos usuários de substâncias psicoativas sobre a redução de danos**. 2013. 52 f. Monografia (Bacharel em Terapia Ocupacional) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Brasília, 2013. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/6894?mode=full>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima et al. Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 8, n. 2, p. 183-192, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712003000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

COUTO, Letícia de Studinski Ramos Brito et al. A heterogeneidade do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC): uma revisão seletiva da literatura. **Contextos Clínic, São Leopoldo**, v.3, n.2, dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822010000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 mar. 2015.

CHIMINAZZO, João Guilherme Cren; MONTAGNER, Paulo César. Síndrome de Burnout e esporte: a visão dos técnicos de tênis de campo. **Revista de Educação Física/UEM**, v.20, n.2, p. 217-223, 2009. Disponível em:<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/RevEducFis/article/view/5598>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

DAMÁSIO, Virgínia Faria; MELO, Viviane da Costa; ESTEVES, , Karla Bernardes. Atribuições do enfermeiro nos serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista de enfermagem UFPE**, v.2, n.4, p.425-33, 2008. Disponível em:<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:sby-htMjS0AJ:www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/329/pdf_404+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 04 mar. 2015.

DEL-PORTO, José Alberto. Epidemiologia e aspectos transculturais do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.23, supl. 2, p. 3-5, out. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mar. 2015.

DESSEN, Maria Auxiliadora. Estudando a família em desenvolvimento: desafios conceituais e teóricos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, p. 202-219, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3ª ed. São Paulo, Artmed, 2004. 932 p.

ESPERIDIÃO, Elizabeth et al. A Enfermagem Psiquiátrica, a ABEn e o Departamento Científico de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: avanços e desafios. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 171-176, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

FABIANO, Marcos. Matriciamento em saúde mental com abordagem em álcool e outras drogas na atenção básica. **Rede Humaniza SUS, Tocantins**, p. 1-3, 3 jun. 2015. <http://www.redehumanizasus.net/90594-nasf-central-de-palmas-to-realiza-matriciamiento-em-saude-mental-com-abordagem-em-alcool-e-outras-drogas-na-atencao-basica>>. Acesso em: 06 de jun. 2015.

FERNANDES, Patrícia Ferreira; CARVALHO, Silvania Maria de; OLIVEIRA, Vanessa Viol de. **O enfermeiro da estratégia saúde da família frente ao paciente portador de transtorno mental**. 2014. 20 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em

Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde de Barbacena, Universidade Presidente Antonio Carlos, Barbacena, 2014. Disponível em: <<http://www.unipac.br/site/bb/tcc/tcc-9f5eb49eb476d7cc657f26e3634ac15b.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

FERREIRA, Suiane Costa; JESUS, Thaianne Barbosa; SANTOS, Adailton da Silva dos Santos. Qualidade do sono e fatores de risco cardiovasculares em acadêmicos de enfermagem. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.6, n.1, p.390-04, 2015. Disponível em: <<http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/910>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

FOLHA DE SÃO PAULO. **O Transtorno Bipolar no cérebro**. 2012. 1 figura, color. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2012/12/1195142-transtorno-mental-que-mais-causa-suicidios-bipolaridade-lesa-o-cerebro.shtml>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

FONTE, Eliane Maria Monteiro da. Da institucionalização da loucura à reforma política: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, v.1, n.18, 2012. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48#sdfootnote1sym>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

FIORAMONTE, Anderson. et al. Cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família: atuação do enfermeiro na ESF. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.12, n. 2, p. 315-322, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20362>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

FINDLAY, Abril Gordon; COSTA, Mauro A.; GUEDES, Sandra Paschoal Leite de Camargo Guedes. **Guia para apresentação de projetos de pesquisa**. 2ª ed. revista e atualizada. Joinville, SC: UNIVILLE, 2006. Disponível em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/ADM/Meus%20documentos/Downloads/Guia%20Elaboracao%20Projetos%20de%20Pesquisa_2006.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2015.

GIACON, Bianca Cristina Ciccone; GALERA, Sueli Aparecida Frari. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n.2, p. 286-291, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2015.

GOMES, Denise Cristina Ayres. A queda do muro: a representação do dia nacional da luta antimanicomial no jornal Folha de S. Paulo. **Revista Lumina**, v.5, n.1, junho.

2011. Disponível em: <<http://lumina.ufjf.emnuvens.com.br/lumina/article/view/110>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

GOMES, CemaCardona; COMIS, Thiago Osório; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de Almeida. Transtorno obsessivo-compulsivo nas diferentes faixas etárias. **Aletheia** **33**, p.138-150, 2010. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=115021494012>>. Acesso em: 03 mai. 2015.

GONÇALVES, Amadeu Matos. A doença mental e a cura:

um olhar antropológico. **Revista Millenium**, n.30, 2004. Disponível em: <<http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/556>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

GONÇALVES, Sonia Silva Paiva Mota; TAVARES, Claudia Mara de Melo. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 586-592, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai. 2015.

GONÇALES, Cintia Adriana Vieira; MACHADO, Ana Lúcia. Depressão, o mal do século: de que século?. **REnfem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.298-304, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a22.pdf>>. Acesso em: 04 mai. 2013.

GONZALEZ, Christina H. Aspectos genéticos do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 23, supl. 2, p. 38-41, out. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2015.

GOULART, Maria Stella Brandão; DURÃES, Flávio. A reforma e os hospitais psiquiátricos: histórias da desinstitucionalização. **Psicologia & Sociedade**, v.22, n.1, p.112-120, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n1/v22n1a14>.

Acesso em: 08 nov. 2014.

GUARIDO, Renata. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na Educação. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v.33, n. 1, p. 151-161, abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022007000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

GUEBUR, LucimeriSchotka. **Estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout na vida profissional das mulheres**. 2001. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso

(Especialista em Gestão Estratégica de Pessoas) - Pós - Graduação Gestão Estratégica De Pessoas, Universidade Tuiuti Do Paraná, Curitiba, 2011.

INFOMEDICA WIKI. **O cérebro na esquizofrenia**. 2015. 1 figura, color. Disponível em: < <http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/Esquizofrenia>>. Acesso em: 04 mai. 2015.

IRIBARRY, IsacNikos. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v.16, n.3, p. 483-490, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2015.

JABERT, Alexander. **Da nau dos loucos ao trem de doido**: as formas de administração da loucura na Primeira República – o caso do estado do Espírito Santo. 2001. 144 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <https://ri.ufs.br/bitstream/123456789/730/1/NauLoucosSanatorio.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2015.

JABERT, Alexandre. Formas de administração da loucura na Primeira República: o caso do estado do Espírito Santo. **His. Cien. Saúde-Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 693-716, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000300004>. Acesso em: 03 fev. 2015.

KNAPP, Paulo; ISOLAN, Luciano. Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 32, supl. 1, p. 98-104, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000700014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mar. 2015.

LAURENTI, Ruy. As manifestações de sofrimento mental mais freqüentes na comunidade. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto , v. 3, n. 2, ago. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762007000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2015.

LEMOS,Suyane S.; LEMOS,Monalise; SOUZA, Maria da Graça G. O preparo do enfermeiro da atenção básica para a saúde mental. **Arq. ciênc. Saúde**, v.14,n. 4, p.198-202, dez. 2007. Disponível em:<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=514617&indexSearch=ID>>. Acesso em: 03 fev.2015.

LIMA, Jorgina Tomaceli de Sousa. **A casa do Fonseca**: caminhos possíveis para a reabilitação psicossocial assistida em saúde mental. 2010. 129 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=16958@1>. Acesso em: 02 mar. 2015.

LOCATELLI, Anazir. **Síndrome do Pânico**: revendo conceitos, diagnóstico e tratamentos. 2010. 37 f. Monografia (Especialização em Saúde Mental) - Curso de Pós-Graduação Especialização em Saúde Mental, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Santa Catarina, 2010. Disponível em: <<http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/00004F/00004F2F.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2014.

LOTUFO NETO, Francisco. Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.26, supl. 3, p. 44-46, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2015.

LUCCHESI, Roselma. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-17112006-111354/>>. Acesso em: 25 mai. 2015..

LUCCHESI, Ligia Mendonça et al. O sono em transtornos psiquiátricos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 27, supl. 1, p. 27-32, mai. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2015.

MACHADO-VIEIRA, Rodrigo; SANTIN, Aida; SOARES, Jair C. O papel da equipe multidisciplinar no manejo do paciente bipolar. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, supl. 3, p. 51-53, out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000700012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

MANFRO, Gisele Gus et al. Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.30, supl. 2, p.s81-s87, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2015.

MARANGONI, Sônia Regina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 3, p. 662-670, set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2015.

MEIRELLES, BetinaHörnerSchlindwein; ERDMANN, AlacoqueLorenzini. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 14, n. 3, p. 411-418, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mai. 2015.

MENDES, Jackson de Sá. **Prevenção das drogas papel da comunidade escolar Itaporanga –PB**. 2014. 37 f. Monografia (Especialização em Fundamentos da Educação: práticas pedagógicas interdisciplinares, Universidade Estadual da Paraíba, Paraíba,2014. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/6638/PDF%20-%20Jackson%20de%20S%C3%A1%20Mendes.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 abr. 2015.

MENEZES, Paulo R. Prognóstico da esquizofrenia. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 1, p. 18-20, mai. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2015.

MENEZES, Gabriela Bezerra de et al . Resistência ao tratamento nos transtornos de ansiedade: fobia social, transtorno de ansiedade generalizada e transtorno do pânico. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v.29, supl. 2, p.S55-S60, out. 2007 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000600004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2015.

MESQUITA, José Ferreira de; NOVELLINO, Maria Salet Ferreira; CAVALCANTI, Maria Tavares. A reforma psiquiátrica no brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. In: XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Caxambu: ABEP, 2010. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf. Acesso em: 24 abr. 2015.

MIRANDA-SÁ JÚNIOR, Luiz Salvador de. Breve histórico da psiquiatria no Brasil: do período colonial à atualidade. **RevPsiquiatr RS**,v.29, n. 2, p. 156-158,2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n2/v29n2a05.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

MILLANI, Helena de Fátima Bernardes; VALENTE, Maria Luisa Louro de Castro. Assistência aos portadores de Sofrimento Mental. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v.4, n.2, 2008. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v4n2/v4n2a09.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2015.

MOIMAZ, Suzely Adas Salibaet al. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 965-972, 2011. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2015.

MONKEN, Eliane M. F.; CASTRO, Nely M. C. **Sujeitos, Saberes e Conhecimento**. Modalidade a Distância. Centro Universitário Newton Paiva. Minas Gerais: 2010.

MORAIS, Geuza Ferreira de. **Etiologia e desenvolvimento da esquizofrenia: diferentes perspectivas e tendências atuais**. 2006, 84 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Psicologia) – Faculdade de Ciências da Saúde – FASU, Associação Cultural e Educacional de Garça – ACEG, São Paulo, 2006. Disponível em:< <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/20.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

MOREIRA, Juliana Kelly Pinto et al . Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em uma população assistida por equipes do Programa Saúde da Família. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.60, n.3, p. 221-226, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000300012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

MORENO, Ricardo Alberto; MORENO, DorisHupfeld; RATZKE, Roberto. Diagnóstico, tratamento e prevenção da mania e da hipomania no transtorno bipolar. **Rev. Psiq. Clín.** 32, supl1; 39-48, 2005. Disponível em:< <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol32/s1/39.html>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

MULLER, Mônica Rocha; GUIMARÃES, Suely Sales. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estud. psicol. (Campinas)**,Campinas, v. 24, n.4, p. 519-528, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2007000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2015.

NASCIMENTO, Cristhiane Luiza Furquim do et al. Ampliando o conhecimento sobre o transtorno de ansiedade generalizada. In: IX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, 2005. Disponível em: <http://biblioteca.univap.br/dados/INIC/cd/epg/epg7/epg7-11.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.

NEUROPSICOPEDAGOGIA NA SALA DE AULA. **O sono e a memória**. 2014. 1 figura, color. Disponível em: <<http://neuropsicopedagogianasaladeaula.blogspot.com.br/2014/06/a-importancia-do-sono-na-aprendizagem.html>>

>. Acesso em: 15 mai. 2015.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottarode;CONCIANI, Marta Ester. Serviços residenciais terapêuticos: novos desafios para a organização das práticas de saúde mental em Cuiabá-MT. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.1, p.167-178, 2008. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a15.htm>. Acesso em: 24 abr. 2015.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; VIEIRA, Marcos AntonioMoura; ANDRADE, Socorro de Maria Ribeiro. **Saúde Mental na Saúde da Família**: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Editora Olho d`agua, 2006. 72p.

OLIVEIRA, Elias Barbosa de; MENDONÇA, Jovana Lucia Schettini. Dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n. 2, p.198-203, abril/jun. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a05.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

OLIVEIRA, Alice G. Bottaro de; ALESSI, Neiry Primo. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**,Ribeirão Preto, v.11, n.3, p. 333-340, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mai. 2015.

OLIVEIRA, Clarice Tolentino Barbosa de;RAFACHO, Joelma Lourdes Silva Rafacho; RAFACHO, Sérgio . Aspectos da relação família x escola. **Pós em Revista**,edição 8, 2013. Disponível em: < <http://blog.newtonpaiva.br/pos/e8-ped10/>>. Acesso em: 04 mai. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: Saúde mental:nova concepção, nova esperança. World Health Report: Genebra, Suíça, 2001. Disponível em: <<http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

PASSOS, Giselle Soares et al . Tratamento não farmacológico para a insônia crônica. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.29, n.3, p.279-282, set. 2007. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da reforma psiquiátrica no Brasil: as contradições dos anos 1970. **His. Cien. Saúde-Manguinhos**, vol. 11, n. 2, p. 58-241, maio-ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702004000200002&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 fev. 2015.

PELUSO, Érica de Toledo Piza; BLAY, Sérgio Luís. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-48, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mar. 2015.

PEREIRA, Ellen Galvão; GORDIA, Alex Pinheiro; QUADROS, Teresa Maria Bianchini de. Padrão do sono em universitários brasileiros e

sua relação com a prática de atividades físicas:

uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano 9, n.30, out/dez. 2011. Disponível em:

<http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1377>.

Acesso em: 06 mai. 2015.

PEREIRA, Renata Reis Pereira. **De manhã a mania, do comportamento de repetição ao TOC** – aspectos neuropsicológicos do transtorno obsessivo compulsivo. 2013. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0780.pdf>>. Acesso em: 04 mai. 2015.

PINHO, Leandro Barbosa de; HERNANDEZ, Antonio Miguel Bañon; KANTORSKI, Luciane Prado. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: o discurso do distanciamento. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 103-113, mar. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100009&lng=en&nrm=iso>.

Acesso em: 30 mar. 2015.

POMBO, Olga. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. **Linc em Revista**, v.1, n.1, 2005. Disponível em:

<<http://revista.ibict.br/liinc/index.php/liinc/article/view/186/103>>. Acesso em: 02 mai. 2015.

PONTES, Alexandra Carvalho; LEITÃO, Ilse Maria Tigre Arruda; RAMOS, Islane Costa. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.61,n.3, p. 312-318, maio-jun. 2008.

Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000300006&script=sci_arttext>.

Acesso em: 03 fev.2015.

PORTAL G1. **Síndrome do Pânico**. 2011. 1 figura, color. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2011/06/especialistas-explicam-sintomas-e-tratamento-da-sindrome-do-panico.html>>. Acesso em: 15 mai. 2015.

RELVAS, Raquel Patrícia Santos. **Fatores de risco para a sintomatologia depressiva em jovens adultos**. 2012. 30 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Departamento de Educação, Universidade de Aveiro, Portugal, 2012. Disponível em:<<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/9893/1/disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2015.

RESENDE, Daiane Santos et al. Promovendo o cuidado à família e o doente mental: com base na comunicação terapêutica. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v.4, n.1, p.169-184, 2010. Disponível em: <<http://revistas.facbrasil.edu.br/cadernossaude/index.php/saude/article/viewFile/83/83>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

REIS, Guilherme Cursinodos; ARRUDA, Ana Lucia Alves Arruda. Fisiopatologia da esquizofrenia baseada nos aspectos moleculares da hipótese glutamatérgica. **Revista Brasileira de Farmácia**, v.92, n.3, p.118-122, 2011. Disponível em:<<http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2011-92-3-6.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 92-99, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 mar. 2015.

RIBEIRO, Laiane Medeiros et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 376-82, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200019>. Acesso em: 03 fev. 2015.

ROCHA, SemiramisMelani Melo; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p. 96-101, dez. 2000. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

RODRIGUES, Jeferson; BROGNOLI, Felipe Faria. Acolhimento no serviço de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.6, n.13, p.61-74, 2014. Disponível em:

<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3323>>. Acesso em: 04 mai. 2015.

ROQUETE, Fátima Ferreira et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v.2, n.2, p.463-474, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/245/361>>. Acesso em: 08 nov. 2014.

ROSA, Marine Raquel Diniz da et al . Zumbido e ansiedade: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 742-754, ago.2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai. 2015.

ROSARIO-CAMPOS, Maria Conceição do; MERCADANTE, Marcos T. Transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 16-19, dez. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2015.

SALES, Orcélia Pereira Sales et al. Compulsão: como viver com essa rotina obsessiva. **Health Sci Inst.**, v.28, n.1, p.13-6, 2010. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_jan-mar/V28_n1_2010_p13-16.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2015.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sônia. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 1, p. 11-16, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a02v22n1.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

SALMERON, N. A.; FUCÍHALO, A. R. Programa de Saúde da Família: o papel do enfermeiro na área de saúde da mulher. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 19, p. 25-29, 2008. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201906>>. Acesso em: 03 mai. 2015.

SALUM, Giovanni Abrahão; BLAYA, Carolina; MANFRO, Gisele Gus. Transtorno do pânico. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre , v. 31, n. 2, p. 86-94, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

SANTIAGO, Anielli; HOLANDA, Adriano Furtado. Fenomenologia da depressão: uma análise da produção acadêmica brasileira. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia,

v. 19, n.1, jul. 2013. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 mar. 2015.

SANTOS, Ribeiro dos; STREIT, Carla. Transtorno de humor bipolar ao BDNF e alterações moleculares. **Revista Debates em Psiquiatria**, ano 4, n.2, p.16-23, abr. 2014. Disponível em:< <http://www.abp.org.br/download/2014/RDP2.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2015.

SANTOS, Gislaine Ribeiro dos et al. A percepção de médicos do trabalho sobre as causas do adoecimento do trabalhador. **ANAIS - Mostra de Iniciação Científica do Curso de Psicologia da FSG**, v.1, n.1, 2014. Disponível em:<<http://ojs.fsg.br/index.php/ampsic/article/view/1418>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

SEZINI, Angela Maria Sezini; GIL, Carolina Swinwerd Guimarães do Coutto. Nutrientes e depressão. **Revista Vita e Sanitas**, n.8, dez. 2014.

SILVA, Mariluci Camargo Ferreira da; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; COSTA JUNIOR, Moacyr Lobo da. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n.1, p.7-13, fev. 2003. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

SILVA, Jussara Ingrid de Melo Silva; PINAFO, Elisangela Pinafo. Desafios da atuação da enfermagem na equipe multiprofissional de saúde na atenção básica. In: VI Congresso Multiprofissional em Saúde, Paraná, 2012. Disponível em:
<http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2012/8/485_747_publipg.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2015.

SILVA, Regina Cláudia Barbosa da. Esquizofrenia: uma revisão. **Psicol. USP**, São Paulo , v. 17, n. 4, p. 263-285, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 mai. 2015.

SILVA, Marcela Bruno de Carvalho; SADIGURSKY, Dora. Representações sociais sobre o cuidar do doente mental no domicílio. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v.61, n. 4, p. 428-434, ago. 2008. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2015.

SILVA, Maria Rita da Brasília. **Causas do uso de droga por adolescentes no bairro são beneditomunicípio de Formosa – GO**. 2011, 25 f. Monografia

(Licenciatura em Biologia a Distância) – Consórcio Setentrional de Educação a Distância, Universidade de Brasília, Universidade Estadual de Goiás, Brasília, 2011. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/1878>. Acesso em: 10 mar. 2015.

SILVA, Fernanda Coelho da; BRAGA, Servare Braga; ALVES, Luciano de Oliveira. A Síndrome de Burnout e a Qualidade de Vida no Setor Bancário. In: IX Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, 2012. Disponível em: <<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos12/35916330.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2015.

SILVA, Nathália Santos et al . Percepção de enfermeiros sobre aspectos facilitadores e dificultadores de sua prática nos serviços de saúde mental. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 745-752, out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

SILVEIRA, Lia Carneiro; BRAGA, Violante Augusta Batista. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 13, n. 4, p. 591-595, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 abr. 2015.

SILVEIRA, Renato Diniz. Psicanálise e psiquiatria nos inícios do século XX: a apropriação do conceito de esquizofrenia no trabalho de Hermelino Lopes Rodrigues. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo , v. 12, n. 3, p. 582-596, set. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2015.

SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luiza. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 139-148, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100019&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 fev. 2015.

SILVEIRA, Maria Lucia da Silveira. Família: conceitos sócio-antropológicos básicos para o trabalho em saúde. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.2, n.2, p.58-64, jul./dez. 2000. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/refased/article/view/4927>>. Acesso em: 04 mai. 2015.

SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre**, v. 2, n. 2, p. 78-84, 2009. Disponível em:

<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4843/5389>. Acesso em: 30 mar. 2015.

STELLA, Florindo et al. Depressão no idoso: diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. **Motriz**, v.8, n.3, p.91-98, 2002. Disponível em: <<http://www.rc.unesp.br/ib/efisica/motriz/08n3/Stela.pdf>>. Acesso em: 08 mai. 2015.

TENG, CheiTung; HUMES, Eduardo de Castro; DEMETRIO, Frederico Navas. Depressão e comorbidades clínicas. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v.32, n.3, p. 149-159, jun. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832005000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan- abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2015.

TORRE, Eduardo Henrique Guimarães; AMARANTE, Paulo. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2015.

TORRES, Albina R. Diagnóstico diferencial do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v.23, supl. 2, p. 21-23, out. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mar. 2015.

TORRES, Albina Rodrigues; LIMA, Maria Cristina Pereira. Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a review. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo v.27, n.3, p. 237-242, set. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462005000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2015.

TORRES, Albina R; SMAIRA, Sumaia I. Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 23, supl. 2, p. 6-9, out. 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mar. 2015.

VALLE, Luiza Elena Leite Ribeiro do. **Estresse e distúrbios do sono no desempenho de professores**: saúde mental no trabalho. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em:

<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-22072011-104245/>>. Acesso em: 22 mai. 2015.

VARELA, Roger Bitencourt; RESENDE, Wilson rodrigues; QUEVEDO, João. Modelo animal de mania induzido por anfetamina como método de identificação de novos alvos terapêuticos para o transtorno bipolar. **Revista Debates em Psiquiatria**, ano 4, n.2, p.6-14, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/download/2014/RDP2.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2015.

VASCONCELLOS, Vinicius Carvalho de. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 mai. 2015.

VIEIRA, Carlos Eduardo Carrusca. Causal link between posttraumatic stress disorder and work: controversies about a judicial expert's appraisal. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v.34, n. 120, p. 150-162, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572009000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 mai. 2015.

VIETTA, Edna Paciência; KODATO, Sérgio; FURLAN, Reinaldo. Reflexões sobre a transição paradigmática em saúde mental. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.9, n.2, p.97-103, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11521.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2015.

YANO, Yuristella; MEYER, Sonia B.; TUNG, Teng C. Modelos de tratamento para o transtorno do pânico. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v.20, n.3, p.125-134, dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2003000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 mai. 2015.

WIDMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSÉN, Ingrid. O cuidado interdisciplinar à família do portador de transtorno mental no paradigma da desinstitucionalização. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 341-349, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 nov. 2014.

WETZEL, Christine et al. A rede de atenção à saúde mental a partir da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.35, n.2, p.27-32, 2014. Disponível em: <www.seer.ufrgs.br/revistagauchadeenfermagem>. Acesso em: 28 mar. 2015.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; PERRONE, Claudia Maria. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312008000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 mai. 2015.

ZEITOUNE, Regina Célia Gollneretal . O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v.16, n.1, p. 57-63, mar. 2012 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100008&lng=en&nrm=iso>. accesson 01 June 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100008>.

ANEXO A – LEI No 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001.

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Art. 1o Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2o Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3o É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4o A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1o O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2o O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3o É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2o e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2o.

Art. 5o O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6o A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7o A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8o A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1o A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2o O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9o A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Fonte: BRASIL. **Lei nº10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 6 de abril de 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 10 mai. 2015.

ANEXO B – LEI No 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003.

Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações

Art. 1º Fica instituído o auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora de unidade hospitalar, de pacientes acometidos de transtornos mentais, internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, nos termos desta Lei.

Parágrafo único. O auxílio é parte integrante de um programa de ressocialização de pacientes internados em hospitais ou unidades psiquiátricas, denominado "De Volta Para Casa", sob coordenação do Ministério da Saúde.

Art. 2º O benefício consistirá em pagamento mensal de auxílio pecuniário, destinado aos pacientes egressos de internações, segundo critérios definidos por esta Lei.

§ 1º É fixado o valor do benefício de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta reais), podendo ser reajustado pelo Poder Executivo de acordo com a disponibilidade orçamentária.

§ 2º Os valores serão pagos diretamente aos beneficiários, mediante convênio com instituição financeira oficial, salvo na hipótese de incapacidade de exercer pessoalmente os atos da vida civil, quando serão pagos ao representante legal do paciente.

§ 3º O benefício terá a duração de um ano, podendo ser renovado quando necessário aos propósitos da reintegração social do paciente.

Art. 3º São requisitos cumulativos para a obtenção do benefício criado por esta Lei que:

I - o paciente seja egresso de internação psiquiátrica cuja duração tenha sido, comprovadamente, por um período igual ou superior a dois anos;

II - a situação clínica e social do paciente não justifique a permanência em ambiente hospitalar, indique tecnicamente a possibilidade de inclusão em programa de reintegração social e a necessidade de auxílio financeiro;

III - haja expresso consentimento do paciente, ou de seu representante legal, em se submeter às regras do programa;

IV - seja garantida ao beneficiado a atenção continuada em saúde mental, na rede de saúde local ou regional.

§ 1º O tempo de permanência em Serviços Residenciais Terapêuticos será considerado para a exigência temporal do inciso I deste artigo.

§ 2º Para fins do inciso I, não poderão ser considerados períodos de internação os de permanência em orfanatos ou outras instituições para menores, asilos, albergues ou outras instituições de amparo social, ou internações em hospitais psiquiátricos que não tenham sido custeados pelo Sistema Único de Saúde - SUS ou órgãos que o antecederam e que hoje o compõem.

§ 3º Egressos de Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico poderão ser igualmente beneficiados, procedendo-se, nesses casos, em conformidade com a decisão judicial.

Art. 4º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será suspenso:

I - quando o beneficiário for reinternado em hospital psiquiátrico;

II - quando alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente.

Art. 5º O pagamento do auxílio-reabilitação psicossocial será interrompido, em caso de óbito, no mês seguinte ao do falecimento do beneficiado.

Art. 6º Os recursos para implantação do auxílio-reabilitação psicossocial são os referidos no Plano Plurianual 2000-2003, sob a rubrica "incentivo-bônus", ação 0591 do Programa Saúde Mental no 0018.

§ 1º A continuidade do programa será assegurada no orçamento do Ministério da Saúde.

§ 2º O aumento de despesa obrigatória de caráter continuado resultante da criação deste benefício será compensado dentro do volume de recursos mínimos destinados às ações e serviços públicos de saúde, conforme disposto no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Art. 7º O controle social e a fiscalização da execução do programa serão realizados pelas instâncias do SUS.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará o disposto nesta Lei.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 31 de julho de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

Fonte: BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF, 31 de julho de 2003. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 10 mai. 2015.

ANEXO C – LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006.

Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

Art. 1º Esta Lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes.

Parágrafo único. Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as substâncias ou os produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União.

Art. 2º Ficam proibidas, em todo o território nacional, as drogas, bem como o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de vegetais e substratos dos quais possam ser extraídas ou produzidas drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar, bem como o que estabelece a Convenção de Viena, das Nações Unidas, sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971, a respeito de plantas de uso estritamente ritualístico-religioso.

Parágrafo único. Pode a União autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no caput deste artigo, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, em local e prazo predeterminados, mediante fiscalização, respeitadas as ressalvas supramencionadas.

TÍTULO II

DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Art. 3º O Sisnad tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com:

I - a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

II - a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

CAPÍTULO I
DOS PRINCÍPIOS E DOS OBJETIVOS
DO SISTEMA NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Art. 4º São princípios do SISNAD:

I - o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana, especialmente quanto à sua autonomia e à sua liberdade;

II - o respeito à diversidade e às especificidades populacionais existentes;

III - a promoção dos valores éticos, culturais e de cidadania do povo brasileiro, reconhecendo-os como fatores de proteção para o uso indevido de drogas e outros comportamentos correlacionados;

IV - a promoção de consensos nacionais, de ampla participação social, para o estabelecimento dos fundamentos e estratégias do SISNAD;

V - a promoção da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, reconhecendo a importância da participação social nas atividades do SISNAD;

VI - o reconhecimento da intersetorialidade dos fatores correlacionados com o uso indevido de drogas, com a sua produção não autorizada e o seu tráfico ilícito;

VII - a integração das estratégias nacionais e internacionais de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito;

VIII - a articulação com os órgãos do Ministério Público e dos Poderes Legislativo e Judiciário visando à cooperação mútua nas atividades do SISNAD;

IX - a adoção de abordagem multidisciplinar que reconheça a interdependência e a natureza complementar das atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas;

X - a observância do equilíbrio entre as atividades de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao seu tráfico ilícito, visando a garantir a estabilidade e o bem-estar social;

XI - a observância às orientações e normas emanadas do Conselho Nacional Antidrogas - CONAD.

Art. 5º O Sisnad tem os seguintes objetivos:

I - contribuir para a inclusão social do cidadão, visando a torná-lo menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso indevido de drogas, seu tráfico ilícito e outros comportamentos correlacionados;

II - promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;

III - promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de repressão à sua produção não autorizada e ao tráfico ilícito e as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios;

IV - assegurar as condições para a coordenação, a integração e a articulação das atividades de que trata o art. 3º desta Lei.

Fonte: BRASIL. **Lei nº11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF, 23 de agosto de 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 10 mai. 2015.