



CENTRO UNIVERSITÁRIO DO ESTADO PARÁ
ÁREA DE CIÊNCIAS AMBIENTAIS, BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

CÍCERA ROMANA DE LUNA NUNES

**SAÚDE MENTAL:
UMA NARRATIVA SOBRE AS REALIDADES VIVENCIADAS**

BELÉM
2020

CÍCERA ROMANA DE LUNA NUNES

**SAÚDE MENTAL:
UMA NARRATIVA SOBRE AS REALIDADES VIVENCIADAS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de medicina do Centro Universitário do Estado do Pará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharelado em Medicina.

Orientadora: Prof^ª Ms. Ivete Moura Seabra de Souza.

Coorientadora: Prof^ª Ms. Cybelle Cristina Pereira Rodrigues.

BELÉM
2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
Biblioteca do CESUPA, Belém – PA

Nunes, Cícera Romana de Luna.

Saúde mental: uma narrativa sobre as realidades vivenciadas / Cícera Romana de Luna Nunes; orientadora Ivete Moura Seabra de Souza, coorientadora Cybelle Cristina Pereira Rodrigues. – 2020.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Centro Universitário do Estado do Pará, Medicina, Belém, 2020.

1. Saúde mental. 2. Medicina – Estudo e ensino. 3. Narrativas. I. Souza, Ivete Moura Seabra de, orient. II. Rodrigues, Cybelle Cristina Pereira. III. Título.

CDD 23º ed. 610.7

AGRADECIMENTOS

Meu primeiro e principal agradecimento é a Deus, o responsável pela realização do meu sonho em me tornar Médica! A Ele, toda a minha gratidão.

Não posso deixar de agradecer especialmente ao meu amado esposo, Marden Érico, que foi o grande incentivador desde o início, sempre depositando sua confiança em meu potencial e me auxiliando de variadas maneiras na concretização desse projeto.

À minha pequena filha, Alice, que, com seu sorriso meigo, deixou essa caminhada mais suave.

À minha família, que, mesmo de longe, sempre torceu e orou pelo meu sucesso.

Aos meus mestres dessa jornada, em especial à minha orientadora, Prof^a Ivete Seabra, que foi determinante para a construção deste trabalho. Também faço o meu agradecimento especial à minha coorientadora, Cybelle Cristina Pereira, que também contribuiu para a conclusão.

A todos, o meu muito obrigada!

“Por meio do portfólio os estudantes pensam analisando, sintetizando e avaliando as informações, geram ideias e tomam decisões com autonomia para, no final, aplicarem o conhecimento que estão adquirindo.

Cotta, Costa e Mendonça¹

RESUMO

Introdução: Durante a graduação, o estudante de medicina é colocado em contato direto com a saúde mental desde muito cedo. O contexto em que o graduando é inserido pode interferir de forma positiva ou não na maneira como ele lidará com pacientes com afecções mentais. Vale ressaltar que a saúde mental do próprio estudante sofre influência desses fatores, daí a importância de, desde cedo, trabalhar e preparar o acadêmico de medicina para tais situações. O manejo clínico de pacientes com sofrimento mental é adquirido com o tempo, com as experiências vividas. **Objetivo:** Narrar as vivências com a saúde mental em vários momentos da caminhada pessoal e acadêmica. **Método:** Desenvolvimento em formato de portfólio, com uma narrativa descritiva, crítica e reflexiva sobre a problemática do sofrimento mental. Em relação aos aspectos éticos, na presente narrativa não foram realizadas entrevistas com qualquer pessoa, portanto, não foi necessária a submissão ao Conselho de Ética e Pesquisa. **Desenvolvimento:** Muitas vezes, diagnósticos que poderiam ser feitos passam despercebidos pelos olhos ainda despreparados do estudante. No presente trabalho, relata-se experiências da vida acadêmica que tiveram impacto no modo em que se enfrenta situações que impostas. O portfólio foi dividido em 6 partes interligadas entre si, narrando as vivências com situações que se remetem ao atendimento em saúde mental em pessoas em diversos ciclos de vida. Cada atendimento de paciente com sofrimento mental aqui retratado me fizera passar a olhar de maneira diferente cada um que atendo. **Considerações Finais:** Pôde-se concluir o quão necessário é que cada estudante do curso passe por experiências semelhantes ao longo de sua vida acadêmica, contudo, que tenham uma preparação prévia e contínua para que tais experiências surtam efeitos positivos na formação profissional.

Palavras Chaves: Saúde mental. Realidade. Vivência. Narrativa.

ABSTRACT

Introduction: During graduation, the medical student is placed in direct contact with Mental Health from an early age. The context in which the student is inserted can interfere positively or not with the way he will deal with patients with mental disorders. It is worth mentioning that the student's mental health is influenced by these factors, hence the importance of working from an early age to prepare the medical student for such situations. The clinical management of patients with mental suffering is acquired over time, with the experiences lived. **Objective:** To narrate the experiences with Mental Health in various moments of the personal and academic journey. **Method:** Development in Portfolio format with a descriptive, critical and reflective narrative about the problem of mental suffering. Regarding ethical aspects, the present narrative did not carry out any interviews with anyone, so it was not necessary to submit to the Ethics and Research Council. **Development:** Often diagnoses that could be made go unnoticed by the student's unprepared eyes. In this paper I report personal and academic life experiences that had an impact on the way I face situations that are imposed on me. The portfolio was divided into 6 parts, each interconnected. Narrating experiences with situations that complement Mental Health care in people in different life cycles. Each care of patients with mental disorders portrayed here made me start to look differently for each one I attend. **Final Considerations:** I was able to conclude how necessary it is for each student of the course to go through similar experiences throughout their academic life, however that they have a previous and continuous preparation for such experiences to have positive effects on professional training.

Keywords: Mental health. Reality. Experience. Narrative.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	Específicos.....	13
3	MÉTODO.....	14
4	INSERÇÃO PRECOCE DO ESTUDANTE DE MEDICINA NAS UNIDADES DE SAÚDE.....	15
5	OS DESAFIOS DA CRIANÇA COM AFECÇÕES MENTAIS.....	22
6	A VISÃO DA FAMÍLIA DIANTE DA PATOLOGIA MENTAL DE SEUS JOVENS.....	25
7	A MULHER E A SOCIEDADE PATRIARCAL: SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE MENTAL.....	28
8	O HOMEM COM SOFRIMENTO MENTAL.....	32
9	O IDOSO FRENTE ÀS SITUAÇÕES ADVERSAS.....	35
10	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
	REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

As ações norteadoras do presente estudo estão ligadas às minhas experiências de vida associadas ao meu caminhar no curso de medicina.

A divergência financeira vivenciada por meus pais e o início difícil com uma tragédia que abalou a todos, inclusive a mim, apesar de ainda muito pequena. A partir desse acontecimento muita coisa foi fundamentada em minha vida, minhas escolhas, a imposição de meus limites, as frustrações dos meus sonhos e as tentativas de me encontrar em meio a um turbilhão de acontecimentos e emoções.

Decidi encarar os meus medos e frustrações na busca da minha principal idealização que antes era abafada por diversas questões, inclusive psicológicas, que não me permitiam admitir o sonho de me tornar médica. Como me formei no curso de fisioterapia, procurei me inserir no Sistema Único de Saúde (SUS), já que sempre tive um interesse em atender a essa clientela. Diante da realidade de cada paciente e da minha sensação de impotência em várias situações, tive mais certeza ainda do que queria para minha vida, e isso impulsionou a busca pelo meu objetivo.

Nos últimos cem anos, o Brasil fez progressos sensíveis em termos de saúde pública. O crescimento da população de 20 milhões de habitantes no início do século XX para 170 milhões no final do século é resultado, entre outros fatores, da redução das taxas de mortalidade infantil, bem como dos índices de mortalidade por doenças infectocontagiosas, que em 1930 respondiam por mais de 45% dos óbitos e em 1999 não passaram de 6%. A expectativa de vida da população também se elevou no mesmo período, de 33,7 para 68,6 anos. No entanto, o sistema de saúde no Brasil está muito longe do ideal, ainda enfrentando problemas estruturais graves e apresentando grandes diferenças inter-regionais¹.

As metodologias ativas me fizeram conhecer ferramentas que auxiliam o estudante a se autoavaliar, dentre elas o portfólio, que, na maioria das vezes, não é reconhecido como uma ferramenta de autoavaliação.

O portfólio é uma ferramenta de aplicabilidade dentro do processo de aprendizagem, e uma de suas possibilidades é poder levar o indivíduo a refletir sobre as suas práticas. Esse método permite que o estudante reveja os conceitos a ele repassados, de acordo com a sua visão, e como foi a participação de cada etapa na construção do seu conhecimento.

No processo de ensino-aprendizagem dos profissionais de saúde no Brasil, as Diretrizes Curriculares Nacionais — DCNs² preconizam a formação de profissionais crítico-reflexivos, o que permite um melhor desenvolvimento do trabalho de saúde em equipes, enxergando o paciente de forma holística, incluindo sempre os valores humanísticos, tão necessários para esse profissional. Nesse contexto, o portfólio reflexivo possui papel fundamental, contribuindo de forma direta na construção do perfil buscado para os profissionais da área.

Esse modelo de trabalho, o portfólio, vem sendo apontado como uma das mais importantes contribuições para uma avaliação eficaz do ensino nos países anglo-saxões, difundindo-se em âmbito universitário desde os anos 1990, onde tem sido utilizado para qualificar avaliações tanto formativas como somativas. No Brasil, com o avanço nas discussões sobre educação médica e a construção de currículos com base em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a avaliação formativa e os portfólios vêm ganhando espaço e contribuindo para o acompanhamento do progresso individual de estudantes, ainda que de maneira pouco institucionalizada³.

A reflexão é um pré-requisito para a aprendizagem no contexto da prática real, que é uma característica marcante de muitos currículos médicos inovadores. Quando o aluno para e pensa, e posteriormente descreve o que ocorreu, está contribuindo para o acúmulo de competências e melhorando suas habilidades, principalmente as destinadas à reflexão.

O tema central do presente portfólio está relacionado à saúde mental, algo que me afetava bastante desde criança, mas que pude ter uma visão melhor enquanto estudante de medicina. O portfólio está dividido em seis partes, interligadas entre si.

A primeira parte retrata a **INSERÇÃO PRECOCE DO ESTUDANTE DE MEDICINA NAS UNIDADES DE SAÚDE**. Esse estudante, desde o primeiro semestre do curso, experimenta o contato com o paciente, o que permite que o aspirante a médico experimente situações distintas e sentimentos, às vezes, conflitantes, como a satisfação de estar no lugar em que sempre sonhou e a insegurança diante da complexidade do que ele enxerga e vivencia nas unidades de saúde.

Pressupõe-se que a inserção de estudantes do curso médico nas Equipes de Saúde da Família (ESF) possa melhorar a qualidade da assistência à saúde das pessoas do território onde estão inseridas, principalmente com a atuação conjunta e integrada de profissionais de saúde e estudantes na equipe. 3:478

A segunda parte, OS DESAFIOS DA CRIANÇA COM AFECÇÕES MENTAIS, destaca como a saúde mental da criança ainda é um âmbito complexo dentro da medicina. Reconhecer as afecções mentais no paciente tão jovem e entender como a família pode ser influenciada com essa realidade é desafiador para o profissional da saúde. Na situação abordada neste portfólio até o ambiente escolar da criança em questão foi envolvido, o que mostra o quanto essa realidade envolve toda a comunidade em que a criança está inserida.

As crianças têm diferentes oportunidades no seu desenvolvimento, dadas por seus atributos pessoais (físico e mental) e pelo meio social em que vivem. Conforme diversos estudos demonstraram, podem ocorrer ameaças diretas ao desenvolvimento geradas por problemas genéticos e biológicos adquiridos, embora isso possa ocorrer também pela ausência de oportunidades esperadas. Em síntese, as formas pelas quais se manifesta o risco de dificuldades quanto ao desenvolvimento infantil podem estar relacionadas ao substrato biológico, à continuidade direta ou indireta de entraves ambientais e a processos cognitivos. 4:5

A terceira parte trata sobre A VISÃO DA FAMÍLIA DIANTE DA PATOLOGIA MENTAL DE SEUS JOVENS. Os jovens representam, para grande parte das famílias, uma esperança de dias melhores, a perpetuação da linhagem familiar a partir de futuros descendentes. Desse modo, muitas expectativas são colocadas nessa população e a família, em alguns momentos, não consegue lidar quando a realidade imposta é outra, quando esse jovem possui algumas limitações por uma afecção mental. A não aceitação, ou a minimização do diagnóstico, pode colocar a saúde desse paciente em risco e contribuir negativamente com todo contexto em que ele está inserido.

No Brasil, Gomide (2006), com base nas práticas parentais e estratégias de socialização de crianças e adolescentes, considera que o estilo parental, ou seja, o conjunto de práticas, valores e atitudes utilizadas pelos pais para socializar os filhos, inclui práticas parentais positivas e práticas negativas. As primeiras são orientadas para o comportamento pró-social, tais como comportamento moral e monitoria positiva. Já as práticas parentais negativas são associadas ao comportamento antissocial, incluindo negligência, punição inconsistente, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico. 5: 322

A quarta parte disserta um pouco sobre A MULHER E A SOCIEDADE PATRIARCAL: SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE MENTAL. A mulher sempre foi sobrecarregada com os cuidados da casa, da família. Quando algum familiar adoece, por exemplo, automaticamente a responsabilidade tende a ser da filha, da mãe.

Assim, essa população vive a sobrecarga de tentar manter uma vida pessoal funcional e o cuidado com o paciente, estando constantemente em uma “gangorra emocional”, o que, em muitas situações, adoce psicologicamente essas cuidadoras.

As mulheres estão mais expostas a estressores incontroláveis, tanto psicológicos como físicos, incluindo violência, abuso e estupro, a partir de uma idade precoce, muito mais frequentemente do que os homens. Ainda que esses eventos estressantes da vida possam influenciar o início e o curso da depressão, nem todas as mulheres que se deparam com situações estressantes desenvolvem esses transtornos. Sugere-se que a resposta de um indivíduo às agressões ambientais é moderada pela sua constituição genética. 6:41-42

A quinta parte retrata O HOMEM COM SOFRIMENTO MENTAL. Estatisticamente, o público masculino é o que menos procura cuidados com a saúde, assim como também é o que mais se expõe a riscos, ocupando o primeiro lugar no *ranking* de doenças e mortes evitáveis. Com a saúde mental não é diferente, a sensação de potência de grande parte dos homens, aliada ao discurso de que esses indivíduos devem sempre expressar fortaleza, acaba fazendo com que protelem os cuidados com sua saúde mental. No caso exposto no trabalho, temos um homem que passou a apresentar distúrbios psiquiátricos após um trauma cranioencefálico, paciente em questão esse que teve toda a sua vida mudada, assim como a de sua família.

Estudos sobre o impacto da violência sofrida em agravos à saúde da população masculina mostram que episódios de agressão se associam a sintomas de sofrimento mental de várias intensidades e formas para transtornos mentais comuns e transtornos mentais mais graves. 7:532

A sexta parte vai mostrar O IDOSO FRENTE A SITUAÇÕES ADVERSAS. A população geriátrica é mais propensa a alterações psicológicas, principalmente quando se fala em depressão e demência. A primeira, geralmente pela sensação de finitude da vida, assim como de solidão, e a segunda, por questões fisiológicas, na maioria das vezes do próprio envelhecimento, aliadas, claro, a questões ambientais que esse idoso foi exposto ao longo da vida. O paciente apresentado mostrava um grau de depressão e ansiedade desencadeado por uma sucessão de episódios de adoecimentos. Os cuidados com esse idoso se limitavam aos sistêmicos e a atenção à saúde mental era negligenciada. Isso mostra como a visão de um todo do paciente faz a diferença na qualidade do atendimento desse.

A depressão se destacou entre os diagnósticos médicos identificados e corresponde a um problema comum e preocupante entre os idosos,

podendo passar despercebida pelo mesmo e por seus familiares ou até mesmo precipitar o óbito dessa população. Além de que, pode ser acompanhada por outros sintomas, como a falta de sono e de apetite, entre outros. 8:130

Os relatos foram incluídos na narrativa dos atendimentos vivenciados pela narradora sobre saúde mental, realizados entre o quarto e oitavo semestres, tendo sido acordado com a orientadora a narrativa descritiva do atendimento: da criança, do adolescente, da mulher adulta, do homem adulto e de um idoso.

Os atendimentos realizados no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) reforçam a importância desta. Apesar de a APS ter como princípio a prevenção de agravos à saúde, na maioria das vezes é a porta de entrada que os usuários do SUS possuem. Muitos pacientes já chegam com afecções instauradas, e o nível de atenção acaba mudando nestes contextos.

2 OBJETIVOS

2. 1 Geral

- Narrar as vivências com a saúde mental em vários momentos da caminhada acadêmica no curso de Medicina.

2. 1 Específicos

- Destacar a importância da compreensão da saúde mental para o estudante de medicina.
- Contribuir para a preparação do acadêmico em medicina em situações de atendimento.
- Discutir o sofrimento mental e o seu manejo clínico.

3 MÉTODO

Desenvolvimento em formato de portfólio, com uma narrativa descritiva, crítica e reflexiva sobre a problemática do sofrimento mental.

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

A narrativa não foi cadastrada na Plataforma Brasil e nem submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário do Estado Do Pará, pois não foram realizadas entrevistas com qualquer pessoa, por isso não foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Teve o aceite da orientadora e coorientadora, para que pudesse ser desenvolvida a narrativa ao longo da caminhada acadêmica.

3.2 O CONTEXTO DA NARRATIVA

O contexto foi construído ao longo dos atendimentos em vários cenários oferecidos pela instituição de ensino. Em cada cenário foi possível observar, avaliar e refletir. Para atingir o objetivo da narrativa, os portfólios reflexivos foram realizados ao longo dos semestres, a partir da quarta etapa do curso.

3.3 COLETA DOS RELATOS

Os relatos foram incluídos na narrativa dos atendimentos vivenciados pela narradora sobre saúde mental, realizados entre o quarto e oitavo semestres; foi realizada a narrativa descritiva do atendimento: da criança, do adolescente, da mulher adulta, do homem adulto e de um idoso.

4 INSERÇÃO PRECOCE DO ESTUDANTE DE MEDICINA NAS UNIDADES DE SAÚDE

Iniciei os estudos no curso de medicina em 2016 e me deparei com um método de ensino totalmente novo para mim até então, a chamada metodologia ativa, o PBL (*Problem-based Learning*). Tive que me adaptar a essa nova realidade e, ao contrário do que eu acreditava no começo, acho que essa é a melhor maneira de formar bons profissionais, por despertar a atitude crítica, a ânsia por busca de conhecimento, e o raciocínio, fatores fundamentais em qualquer profissão.

A Metodologia Ativa (MA) tem uma concepção de educação crítico-reflexiva com base em estímulo no processo ensino-aprendizagem, resultando em envolvimento por parte do educando na busca pelo conhecimento. Dentro do conceito de metodologia ativa, existe o método a partir da construção de uma situação problema (SP), a qual proporciona uma reflexão crítica; mobiliza o educando para buscar o conhecimento, a fim de solucionar a SP; ajuda na reflexão e a proposição de soluções mais adequadas e corretas. As concepções teóricas e metodológicas da MA convergem com a Metodologia da Problematização (MP). 9:2

A demanda cada vez maior do mundo do trabalho por profissionais com características voltadas à capacidade de iniciativa, flexibilidade, autonomia e trabalho em equipe, levou as instituições de ensino profissionalizante à necessidade de se adaptarem a essa nova realidade social. Para formar esse novo perfil de estudante a Educação Profissional deve deixar de lado as metodologias tradicionais de ensino focadas na memorização e na transmissão do conteúdo e promover metodologias ativas cuja aprendizagem se dá por meio da reflexão e problematização de experiências reais. 10:1

Já na primeira semana de curso, tive contato com a Unidade básica de Saúde (UBS) no Módulo de Interação de Saúde na Comunidade (MISC). Esta é uma unidade desenvolvida hora/aula de 50 minutos, continuamente em todos os períodos do curso, fazendo parte de uma proposta pedagógica educacional baseada na comunidade, com trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. O ambiente de ensino desse módulo é a comunidade em torno da unidade básica de saúde (área de abrangência) e inclui grupos sociais, escolas, locais de trabalho, instituições sociais e familiares, entre outros¹¹.

Um dos programas de saúde propostos pelo governo, que estão presentes na UBS, que me chama a atenção é o Programa de Saúde Mental. O fato de eu ter passado por experiências pessoais de natureza psicológica que, de certa forma, dificultaram o decorrer da minha vida na época, despertou-me o desejo de ajudar

esses pacientes e entender o que está por trás do estigma do paciente mental, além de compreender o ponto de vista do mesmo, como se sente mediante o diagnóstico, quanto à aceitação e anseios, além da adesão ao tratamento. Saúde mental inserida em programas de atenção básica "... evidencia a busca pela regionalização e redirecionamento do cuidado, numa perspectiva de atenção integral e humanizada aos sujeitos, em articulação com profissionais e serviços já inseridos nos territórios". 12:297

As atividades e intervenções no contexto da assistência em Saúde Mental, tanto no âmbito hospitalar como na atenção básica à saúde, são permeadas de "estórias" que refletem a dinâmica do sujeito e das famílias que precisam aprender a lidar com a situação da doença mental. Tais atividades junto a estas famílias nos apresentam cotidianamente os nossos limites profissionais e os desafios para a superação de obstáculos rumo a uma atenção qualificada em saúde mental. No entanto esse movimento da busca da qualificação da assistência não é propriamente uma novidade, mas fruto de processos históricos vividos no em nosso país e no mundo. 13:785

Os fatores que estão envolvidos no fato de como os pacientes se veem diante do quadro têm repercussões importantes na maneira como ele irá evoluir e controlar a sua patologia.

Ao ser conceituado como doente, o cidadão perde o domínio da responsabilidade, o poder de decisão e se torna servo do especialista e da família. É uma servidão produzida por uma sujeição total ao saber e ao poder que, num certo sentido, não só comanda quase totalmente a vida e o destino do homem, mas também acaba interferindo e exercendo controle nas rotinas da família do doente mental. Nesse sentido, só é cidadão quem é normal; a cidadania só é adquirida a partir da condição de normalidade social, orgânica e mental. 14:118

Ainda no terceiro semestre da graduação em medicina, atendi pacientes psiquiátricos, além de vítimas de transtornos de ansiedade e depressão. Dentre os casos, dois me chamaram a atenção. Nas duas situações, os pacientes apresentavam esquizofrenia, sendo que um deles, um homem jovem, estava desacompanhado e apresentava sinais de inquietude, com alterações de humor, gargalhadas de início súbito – sem nada que, a priori, as justificassem – e olhares fixos para a condutora da consulta, no caso eu.

A esquizofrenia é uma das mais intrigantes e também estudadas condições psiquiátricas. A riqueza psicopatológica e as características clínicas, tais como o seu início na adolescência e o curso deteriorante sem grandes alterações neurológicas, despertam curiosidade e geram um número considerável de pesquisas sobre os processos neurofisiológicos envolvidos na doença. 15:199

Confesso que aquilo me deixou em uma situação desconfortável. Por ser um paciente que nitidamente mostrava variações de humor e comportamento, ficou claro o acometimento psíquico do mesmo. Além disso, tratava-se de um cliente inscrito no programa de saúde mental da unidade de saúde básica em questão, a UBS Júlia Seffer, em Ananindeua-Pará, região metropolitana de Belém, situação essa que, de certa forma, favoreceu a condução da consulta.

Ainda que individualmente o comprometimento funcional associado à esquizofrenia seja muito variável, o risco de desemprego e de se tornar morador de rua é significativamente maior entre esquizofrênicos. A severidade dos sintomas, entre outros fatores, afeta a qualidade de vida do paciente, tanto percebida subjetivamente, quanto avaliada objetivamente. Familiares também têm sua qualidade de vida afetada e referem maiores sobrecargas subjetiva e objetiva que familiares de pacientes com outras doenças crônicas. O estigma associado à condição persiste, apesar de esforços para representá-la junto ao público em geral como uma doença como outra qualquer, e contribui para o custo individual, familiar e social da esquizofrenia. 16:28

O segundo paciente se tratava de uma mulher, com grande dificuldade de comunicação. Estava acompanhada do cuidador, que contribuiu na obtenção da história. Em ambos os casos, ficou perceptível a dificuldade de colher dados e direcionar a consulta. No primeiro, pela variação constante de comportamento, no segundo, pela dificuldade de comunicação. Além disso, nos dois casos existiam históricos de agressões a terceiros, por parte deles, o que, confesso, permitiu a criação de um pequeno bloqueio, pela sensação de insegurança. Em nenhuma das duas consultas a queixa principal era a patologia psiquiátrica ou os sintomas referentes à mesma ou a outro tipo, mas afecções de cunho sistêmico, que necessitavam de sensibilidade suficiente para colher os dados, sem que houvesse interferências do estado atual do paciente, nem do cuidador. Essas interferências poderiam dificultar a hipótese diagnóstica, comprometendo todo o tratamento subsequente.

... tanto o discurso desorganizado quanto a redução da produção verbal parecem ser traços estáveis na esquizofrenia, embora pacientes mais velhos, e com curso crônico e contínuo da doença, apresentem essas deficiências com maior gravidade em relação aos mais jovens. Contudo, apesar da constatação da cronicidade do distúrbio de comunicação e da vasta literatura dedicada aos fatores etiológicos envolvidos nessa condição, suas implicações funcionais são pouco conhecidas nessa população de pacientes. 17:117

A partir daquele momento ficou nítida, para mim, a necessidade de um trabalho precoce no entendimento da relação médico-paciente em pessoas com sofrimento

psíquico. O curso, na disciplina de humanidades médicas, tem a proposta de trabalhar essa relação de maneira geral. Contudo, dar ênfase nesse contexto se faz importante. Isso poderia ter facilitado, em parte, o meu atendimento, sensibilizando-me mais em relação à necessidade de tentar discernir aquilo que era real do que era fantasioso para o cliente.

Apesar de ser algo subjetivo e oriundo da experiência, tentar ler nas entrelinhas aquilo que o paciente apresenta precisa ser uma habilidade desenvolvida pelo médico, principalmente quando se trata de pacientes psiquiátricos. Algumas orientações prévias, nesse sentido, podem fornecer o *start* necessário para a busca inicial desse treinamento.

Na sociedade atual, a saúde mental se tornou um dos principais focos da medicina, visto que as patologias de cunho psiquiátrico acometem uma camada significativa da população mundial. O estilo de vida moderno, em muitas situações, contribui para o aumento nos casos de doenças psicológicas, a velocidade e a intensidade com que as tarefas diárias devem ser executadas, a partir de uma pressão, que seja do ambiente de trabalho, acadêmico ou familiar, predispõem as pessoas a esse tipo de acometimento.

A demanda de cuidado em saúde mental não se restringe apenas a minimizar riscos de internação ou controlar sintomas. Atualmente, o cuidado envolve também questões pessoais, sociais, emocionais e financeiras relacionadas à convivência com o adoecimento mental. Tal cuidado é cotidiano e envolve uma demanda de atenção nem sempre prontamente assistida devido a inúmeras dificuldades vivenciadas tanto pelos pacientes e seus familiares, quanto pelos profissionais e a sociedade em geral ... 18:88

Além das afecções oriundas do estresse, como grande parte dos distúrbios de ansiedade, ainda há as patologias de natureza mais grave, como a esquizofrenia, sendo que nessa não se tem uma relação comprovada entre o estilo de vida “corrido” e sua instalação. Desse modo, as doenças psiquiátricas correspondem a uma importante parcela das queixas principais, nos consultórios médicos, e a preparação para se lidar com elas deve ser efetiva.

Os “distúrbios da mente” não são exclusivos do século XXI, apesar de, sabidamente, ter-se todo um aumento nas suas documentações. Desde o início da civilização, têm-se relatos da existência dos chamados “loucos”. De acordo com a sociedade em que esse indivíduo estivesse inserido, ele teria um tipo de classificação e tratamento: enquanto alguns deveriam ser exilados da comunidade, em outras sociedades eram tidos como amuletos de sorte.

A loucura como fenômeno é relatada, inicialmente, na Antiguidade grega e romana, junto a outras tantas doenças classificadas como práticas mitológicas, manifestações sobrenaturais motivadas por deuses e demônios. Nessa época, a loucura era identificada pela influência da ideologia religiosa e pela força dos preconceitos sagrados. ... nos tempos da Inquisição, a loucura foi entendida como manifestação do sobrenatural, demoníaco e até satânico, e classificada como expressão de bruxaria, cujo tratamento caracterizou-se pela perseguição aos seus portadores, tal como se praticava com os hereges. Em virtude do forte poder da Igreja, o movimento de caça às bruxas, liderado pela Inquisição, objetivava manter a aceitação e a concordância da crença religiosa. Assim, os chamados hereges e os divergentes da ideologia cristã dominante eram considerados loucos, bruxos e feiticeiros, servidores do mal e de forças malignas. 19:2

Na história do Brasil, têm-se um caso emblemático, ainda no século XVII. Com a vinda da família real portuguesa para o país, a então rainha D. Maria, mãe de D. João VI, possuía problemas mentais.

No século XVIII, a melancolia, conhecida como a doença de que padeciam muitos monarcas, era designada como: “Tristeza, que de ordinário, procede de humor melancólico. Para os que tem este humor, são sementeiras de penas. Tudo o que elles vem os molesta. Quando lhes faltam motivos de sentimento, a imaginação lhes ministra”, isto é, os indivíduos que tivessem características de melancolia, eram propensos à tristeza e ao mal-estar²⁰.

Com o tempo, percebeu-se a necessidade de oferecer algum tipo de tratamento médico para esses indivíduos, ao mesmo tempo em que existia o interesse de retirá-los do convívio social. A partir disso se observou a criação de instituições que ofereceriam um certo tratamento para a doença psiquiátrica, que era tida como um “mal”, o que manteria os “doentes” afastados da comunidade.

Essas instituições, os hospícios ou manicômios, fizeram parte da realidade mundial por um longo período de tempo. Na sociedade brasileira, assim como no restante do mundo, os doentes passaram a ser tratados nesses locais.

... o processo de exclusão foi efetivado pela hospitalização em asilos; pelo surgimento da psiquiatria e dos psiquiatras, os quais passaram a ser os tutores dos considerados insanos e incapazes de convívio social. É importante ressaltar que isso ocorreu num clima de necessidade de produção exigido pelo sistema capitalista, que enfatiza a normalidade e a produtividade. 14:16

É importante ressaltar, que o tipo de tratamento recebido estava longe de ser o ideal – na maioria das vezes, tendo em vista a própria evolução técnico-científica, que na época não era tão avançada. Além disso, muitos doentes viviam em condições desumanas, em ambientes insalubres, que poderiam potencializar o avanço da

patologia psicológica ou ainda favorecer o acometimento de afecções de cunho sistêmico.

Durante séculos, o modelo hospitalocêntrico foi o principal meio para tratar os doentes psiquiátricos, sendo substituído já no século XXI por formas de tratamento em que o paciente não é excluído do convívio social, existindo o interesse de incluí-lo socialmente. Atualmente, têm-se os Centros de Apoio Psíquico Social (CAPS), que oferecem atendimento médico, psicológico, odontológico, entre outros. Além disso, as Casas Dias fazem o apoio de pacientes no horário comercial.

Nesses dois casos, o paciente retorna diariamente para a sua residência, para, com isso, exista a tentativa de que a companhia e o apoio familiar contribuam com a boa evolução do cliente. Entretanto, todo município deve ter uma quantidade de vagas, ou destino para cidades vizinhas que as tenham, para internações, caso necessário – como para pacientes em crise que ofereçam riscos a si mesmos ou a outrem. Assim, a partir desse novo modelo de tratamento, os consultórios médicos têm tido uma maior procura por parte desse tipo de paciente, o psiquiátrico.

A atenção básica, por ser a porta de entrada para variados níveis de atenção à saúde, do primário aos demais, vem atendendo, assim, a um número expressivo de doentes acometidos por paralisias psicológicas. Partindo disso, é perceptível a necessidade de uma preparação adequada do profissional para o recebimento desse paciente. Além disso, dentro de algumas unidades de saúde, observa-se a presença de um certo número de estudantes de medicina, realizando junto aos seus professores atendimentos médicos.

Contudo, quando esses estudantes, ainda na fase inicial do curso, deparam-se com situações de pacientes psiquiátricos encontram o medo do desconhecido e um certo pré-conceito em relação àquele cliente. Com as instituições de ensino médico incluindo cada vez mais cedo os acadêmicos no contato com o paciente, essa falta de preparo inicial pode se tornar uma lacuna naquele momento, deixando o estudante apreensivo e relutante para atendimentos futuros a esse tipo de paciente.

A visão de um leigo diante do paciente psiquiátrico é, muitas vezes, permeada pelo medo, principalmente de sofrer algum tipo de agressão, quer seja física ou verbal. No caso do estudante de medicina, que se encontra nos primeiros anos da graduação, quando ainda não teve contato com as disciplinas que exploram a saúde de mental, muitas vezes tem a visão desse cliente semelhante à do leigo, justamente por ser, até

então, ignorante quanto ao assunto, passando, assim, pelas mesmas sensações de anseio e insegurança, aliadas ao sentimento de impotência diante do quadro.

Nesse sentido, seria interessante, já que o aluno inicia o contato com o paciente precocemente, que se realizasse nas instituições de ensino médico uma preparação prévia, para como saber lidar com tais situações, quanto à importância do contato visual com o paciente, sem temores, além do contato verbal e físico, durante o exame. É necessário desmistificar o “louco”, mostrando que ele é um paciente como qualquer outro, com uma queixa principal e uma história a ser colhida.

Assim como qualquer outra patologia, as doenças psiquiátricas necessitam de um olhar diferenciado para cada paciente. Ao longo da minha formação, tenho percebido realidades diferentes, pois vejo colegas que apresentam sinais de algum tipo de alteração psicológica, principalmente pela pressão que é exercida pelo meio acadêmico, além, claro, dos inúmeros pacientes, a maioria dos quais não possui uma condição socioeconômica favorável, ou um nível educacional elevado. Isso me fez ratificar a ideia de que o paciente de saúde mental independe de meio social.

Sabe-se que qualquer indivíduo pode desenvolver formas pessoais de lidar com eventos percebidos como estressores, e que essas formas podem gerar atitudes e comportamentos inadequados, contribuindo como fatores preditivos de estresse. Acredita-se não ser diferente o que ocorre com os alunos do curso médico. Eles precisam desenvolver habilidades para exercer a prática da medicina, tendo que lidar com a própria imaturidade e as circunstâncias inerentes ao modelo de ensino. 21:168

O século XXI está repleto deles, sendo que a maioria se quer percebe que necessita de ajuda, ou possuem um forte preconceito em relação à patologia. Daí a importância de uma preparação adequada para os estudantes que lidarão diretamente com essas pessoas. Muitas delas estarão pedindo ajuda através apenas do olhar, e a intervenção poderá mudar o rumo do prognóstico do paciente, melhorando ou mantendo a sua qualidade de vida, independência e funcionalidade.

5 OS DESAFIOS DA CRIANÇA COM AFECÇÕES MENTAIS

A faixa etária de pacientes com doenças mentais é muito variada, acometendo desde crianças a idosos. No ambulatório de pediatria, durante a graduação, não era incomum o atendimento de pacientes psiquiátricos. Nesses casos, a precocidade no diagnóstico às vezes é fundamental no prognóstico.

O Brasil tem grande número de crianças e adolescentes que necessitam de atendimento especializado em saúde mental. Porém, ainda é limitado o número de profissionais com formação específica em psiquiatria da infância e adolescência. Para agravar ainda mais a situação, os transtornos mentais nas crianças e adolescentes tem recebido pouca atenção e o diagnóstico desses transtornos tem sido um desafio. Entretanto a problemática não é só aqui: nos EUA, por exemplo, 21% das crianças apresentam algum transtorno mental, 16% apresentam algum prejuízo em suas vidas e dessas crianças acometidas apenas 20% recebem o tratamento apropriado. 22:285

Além disso, hoje se tem um leque muito maior de possíveis diagnósticos, não se restringindo apenas ao atraso cognitivo, mas também à apresentação de novas nuances, como o Autismo, o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), entre outros. Nesse sentido, o Transtorno do Espectro Autista (TEA):

... é definido como uma síndrome comportamental que compromete o desenvolvimento motor e psiconeurológico dificultando a cognição, a linguagem e a interação social da criança.

Sua etiologia ainda é desconhecida, entretanto, a tendência atual é considerá-la como uma síndrome de origem multicausal envolvendo fatores genéticos, neurológicos e sociais da criança. Estima-se que, atualmente, a prevalência mundial do TEA esteja em torno 70 casos para cada 10.000 habitantes, sendo quatro vezes mais frequente em meninos. No Brasil, apesar da escassez de estudos epidemiológicos que possam melhor estimar os dados nacionais, constatou-se em recente pesquisa que os índices de acometimento pelo autismo são de 27,2 casos para cada 10.000 habitantes. 23:2

Estudos em torno do TDAH e salientam que não há comprovações que apontem com segurança as causas do transtorno, embora exista certo consenso em torno dos fatores genéticos e ambientais:

A contribuição genética é substancial; assim como ocorre na maioria dos transtornos psiquiátricos, acredita-se que vários genes de pequeno efeito sejam responsáveis por uma vulnerabilidade (ou suscetibilidade) genética ao transtorno, à qual somam-se diferentes agentes ambientais. Desta forma, o surgimento e a evolução do TDAH em um indivíduo parece depender de quais genes de suscetibilidade estão agindo, de quanto cada um deles contribui para a doença (ou seja, qual o tamanho do efeito de cada um) e da interação desses genes entre si e com o ambiente. 24:62

Um caso em particular no ambulatório de pediatria (no Preventório Santa Terezinha) chamou a atenção, não só a mim, mas também de todos que estavam presentes no dia daquele atendimento. Tratava-se de um menino de apenas 10 anos, com o diagnóstico de retardo mental. A mãe, que estava acompanhando a consulta, relatou uma história no mínimo curiosa. O filho, durante uma visita ao banco, assistiu a uma transação realizada por um gerente. O garoto, por ter “memória fotográfica”, memorizou a senha de um cliente. Ao chegar à escola, tendo acesso à *internet*, entrou no site do banco e, com posse da senha do cliente, tentou realizar uma movimentação bancária. A situação tomou importantes proporções, sendo inclusive investigada pela Polícia Federal (PF).

A memória humana é capaz de realizar uma rica variedade de operações. De um lado, a memória humana nos permite a identificar e classificar sons, sinais, cheiros, gostos e sensações. De outro lado ela é capaz de reter e manipular informações que adquirimos durante nossa vida²⁵.

Nesse caso, dois vieses me chamaram atenção: se essa criança, de fato, tinha retardo mental e estaria sendo responsabilizada por algo que não fez; ou se o diagnóstico não teria sido dado de maneira errônea e essa criança não teria outra afecção, como transtorno de personalidade, inclusive com traços de psicopatia.

Pode-se afirmar que a presença de traços de psicopatia na infância e adolescência ainda suscita questionamentos, demandando por estudos empíricos que explorem aspectos evolutivos e a etiologia multifatorial do construto, preferencialmente, dentro da concepção geral dos transtornos de personalidade. 26:453

De acordo com estudos²⁷, a Classificação Internacional de Doenças (CID) descreve oito tipos de transtornos específicos de personalidade: paranoide; esquizoide; antissocial; emocionalmente instável; histriônico; anancástico; ansioso; e dependente.

Transtorno esquizóide: predomina o desapego, ocorre desinteresse pelo contato social, retraimento afetivo, dificuldade em experimentar prazer; tendência à introspecção. Transtorno anti-social: prevalece a indiferença pelos sentimentos alheios, podendo adotar comportamento cruel; desprezo por normas e obrigações; baixa tolerância a frustração e baixo limiar para descarga de atos violentos. 27:75

A criança em questão apresentava atitudes que se enquadravam tanto no transtorno esquizoide quanto no antissocial. Entretanto, sem a avaliação adequada de um serviço de psiquiatria era inviável o tratamento direcionado para tais afecções.

Discutimos o caso com o professor presente no atendimento e concluímos que o diagnóstico correto seria de fundamental importância. Primeiro, pela vulnerabilidade da criança e, inclusive, pela necessidade de uma investigação detalhada com a inserção de um assistente social. Segundo, para o próprio atendimento adequado, que se fosse esse o caso, de um diagnóstico equivocado, não estaria sendo realizado.

É importante que se reflita nesse sentido, o quanto o atendimento com o segmento correto, principalmente nas crianças, é importante e fará diferença na vida dela, como indivíduo e como ser inserido na sociedade.

6 A VISÃO DA FAMÍLIA DIANTE DA PATOLOGIA MENTAL DE SEUS JOVENS

Quando se fala em transtorno mental em adolescentes, é notável a preocupação do profissional da saúde e da família com o futuro daquele jovem. Principalmente no que concerne a sua relação com o outro o mais importante é a qualidade de vida. A qualidade de vida, atualmente, não provém de teologia, filosofia ou ética, mas sim da economia e sociologia, com uma ideia de liberdade, o que coloca o ser humano antropocentricamente, considerando-o capaz de mudar a si mesmo e, com isso, a sociedade.

Desse modo, é perceptível que o conceito de qualidade de vida usado pelo autor acima está incutido na cabeça da maioria dos indivíduos, da preocupação enquanto uma afecção mental que poderá interferir nessa liberdade e autonomia do sujeito, o que confere objeto de preocupação aos que o cercam.

Estima-se que, no nível mundial, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), cerca de 20% de crianças e adolescentes apresentam algum problema de saúde mental, situação que pode trazer consequências negativas a curto e longo prazo nas trajetórias de desenvolvimento dos indivíduos. No Brasil, o “Fórum Nacional de Saúde Mental Infantojuvenil” identificou como prioritárias ações voltadas para a prevenção e reversão da institucionalização de crianças portadoras de transtornos psiquiátricos. 5:321

Realizado o atendimento de um jovem 18 anos, com diagnóstico de retardo mental, cromossomopatia 2N=46 (18q+) e hipotireoidismo, pude me deparar com dois polos dessa inquietação quanto ao futuro do jovem. De um lado, a mãe aparentava não aceitar a gravidade da situação, de outro, a equipe de profissionais que ficou se sentindo incapaz de intervir de forma eficaz diante da situação apresentada.

Ao receber o prontuário do paciente, deparei-me com os dados de um cliente que apresentava importantes alterações e já fazia acompanhamento no serviço há cerca de um ano. Segundo relatos colhidos, tratava-se de alguém muito bem assistido pela família. A mãe, a principal cuidadora, demonstrava possuir os devidos cuidados com o filho. Entretanto, uma informação em particular me chamou a atenção. Na época do primeiro atendimento, o paciente fazia uso de tabaco, sendo em uma frequência de três cigarros por semana. Aquilo me fez ligar o “botão de alerta”: afinal de contas, como associar um cuidado devido a um menor vulnerável com o tabagismo?

O cuidado de uma criança ou adolescente com transtornos mentais é tido como sendo física e emocionalmente desgastante, pois exige

preocupação e vigilância constantes do cuidador, que precisa estar acessível o tempo todo. O monitoramento deve ser constante para evitar o comportamento prejudicial do filho para consigo mesmo ou os outros, além da busca incessante para obter os serviços de saúde necessários, associado ao cumprimento de outros compromissos e obrigações, como cuidar de outras crianças, trabalhar e manter as relações conjugais. 28:200

Ao chamar o paciente na sala de espera, a mãe se apresentou dizendo que ele havia se ausentado por um instante, mas já estaria de volta. Recebi a cuidadora e fiquei no aguardo. Quando o paciente entra, vejo um jovem de baixa estatura, provavelmente devido aos seus problemas hormonais, com uma aparência peculiar. Seguindo a proposta da “moda jovem”, trajava um boné de aba larga, grandes óculos escuros azuis, calça *jeans* e camiseta larga. Além disso, vários acessórios o adornavam, como colares, anéis e *piercings*. Pelo aroma, era notório que sua saída tinha sido com o intuito de alimentar um pouco mais o seu vício pelo cigarro. Apesar da aparência lembrar um jovem como qualquer outro, sua marcha, atitudes e expressões deixavam clara a patologia mental existente.

Iniciei a anamnese, não havia nenhuma queixa nova, mas eu precisava entender até onde aquele rapaz estava sendo acompanhado pela família. Indagado quanto ao tabagismo, quantos cigarros costumava consumir, obtive como resposta o número de oito cigarros ao dia. Esse dado já me fez perceber que a assistência aquele jovem não estava sendo suficiente. Percebendo o jeito meio extrovertido do rapaz, apesar da pouca logicidade em seus pensamentos, aproveitei e fui mais a fundo em meus questionamentos. Perguntei quanto ao estilismo, e ele respondeu que fazia uso de bebidas alcoólicas. A mãe, de maneira permissiva, tentou diminuir a gravidade da situação, informando que o consumo não era frequente.

Quando perguntei quanto ao uso de outras substâncias entorpecentes, ele sorriu de maneira tímida e cabisbaixo negou, comportamento esse que não me convenceu quanto a veracidade da informação. Depois de “vasculhar” os hábitos de vida, tentando entender como e por que aquele moço estava sendo tão negligenciado. Perguntei se ele tinha atividade sexual ativa, e mais uma vez a mãe interveio dizendo que ele não possuía nenhum relacionamento fixo, mas várias “ficantes”.

A combinação entre o consumo considerado problemático de drogas e os transtornos psiquiátricos é chamada pela literatura biomédica de diagnóstico duplo ou comorbidade, sendo percebida na clínica cotidiana de serviços de saúde cada vez mais frequentemente. 29:1244

Dessa maneira, achei imprescindível indagar quanto ao uso de preservativos nas relações sexuais. Nesse momento, ele e mãe riram e naturalmente revelaram que ele não costumava usar, apesar de ser orientado pela psicológica e receber preservativos gratuitamente. Mais um ponto que me deixou assustada em relação à qualidade de vida desse jovem, pois era exposto a muitas situações de risco, em que a sua vulnerabilidade passava a comprometer não apenas ao próprio, mas também ao outro, visto que ele era um potencial disseminador de várias doenças infecciosas sexualmente transmissíveis. Visando uma prevenção nesse sentido, encaminhamos o cliente ao serviço de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do Centro de Especialidades Médicas do Cesupa (CEMEC).

No eixo epidemiológico do Projeto PESSOAS, estudo recente multicêntrico nacional, realizado com mais de duas mil pessoas, acompanhadas em instituições públicas de atenção em saúde mental no Brasil, evidenciou que pessoas com transtornos mentais apresentam altas taxas de infecções sexualmente transmissíveis, sendo que as taxas pelo HIV foram superiores aos da população em geral. Além disso, identificou-se que essa população tem vida sexual ativa, bem como comportamentos sexuais de risco. 30:2166

Além da preocupação com a saúde do paciente e de suas parceiras sexuais, outro ponto exigia atenção: a cromossomopatia que ele possuía era de caráter dominante. Desse modo, caso o rapaz tivesse filhos, esses teriam 50% de chance de herdar a patologia. Outras questões também eram relevantes, como o risco cardiovascular aumentado pelo tabagismo e o estresse, além de outras afecções que podem ser oriundas desses dois fatores.

Com esse atendimento pude refletir acerca da maneira como a família ou o tutor de um paciente como esse pode ser responsabilizado pelos atos do mesmo, já que a vulnerabilidade é um fator importante em relação aos comportamentos de risco. Até onde o médico pode interferir sem ferir o poder de escolha do próprio paciente e da família, garantindo, ao mesmo tempo, a devida proteção a ele e a terceiros? Fizemos uma breve discussão do caso com o professor sobre a atitude dessa mãe em relação a esse filho e essa pergunta ficou no ar, pois como conscientizar uma família que não vê uma perspectiva de melhora com esse jovem.

7 A MULHER E A SOCIEDADE PATRIARCAL: SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE MENTAL

Diante das variadas nuances dentro da saúde mental, deparamo-nos dia a dia com histórias que nos comovem e nos revoltam. Na realidade, permitem que façamos uma reflexão na forma como podemos contribuir diretamente na qualidade da saúde psíquica daqueles com os quais mantemos relações de convivência. E o quanto é importante se colocar no lugar do outro, nas mais variadas situações do cotidiano. A primeira vez que fiz, de fato, esse tipo de reflexão foi após o atendimento de uma senhora de 48 anos, solteira e mãe de três filhos adultos que chegou ao consultório pedindo, literalmente, socorro.

Suas lágrimas eram de dor física e mental, a angústia era vista com clareza em seus olhos e a esperança já não estava tão presente. Segundo o seu relato, há cerca de nove meses antes da consulta, começou a apresentar quadros álgicos inexplicáveis, de início súbito e que irradiava para todo o corpo, com uma parestesia importante, ao ponto que chegava a lambear os membros superiores e inferiores na tentativa de perceber no paladar o que estava ocasionando tal desconforto. Junto aos sintomas álgicos vinha o medo da morte, a taquicardia, sensação de sufocamento, inquietação, sudorese fria, típicos sintomas de transtorno do pânico. Já não dormia, não se alimentava adequadamente, tendo perdido seis quilos em torno de dois meses.

O relato da paciente se tornou ainda mais tocante quando ela revelou que no dia anterior atentou contra a própria vida, sendo impedida por uma conhecida. O sofrimento daquela mulher era nítido e a mesma começou a desencadear uma crise no consultório, diante de todos.

Depois de tentar acalmá-la, procurei compreender o que estava por trás da sintomatologia. Há cerca de dois anos, sua mãe teria sofrido um acidente vascular encefálico (AVE), deixando-a em um quadro de total dependência. A partir daquele momento, o cuidado com a mãe passou a ser de responsabilidade integral da paciente em questão, ficando essa exposta a uma intensa sobrecarga física e mental, próprias da maior parte dos cuidadores de pacientes com patologias crônicas.

A prática das mulheres no exercício do cuidar de membros da família tem raízes históricas. O sentido original do desempenho de papel de cuidadora nas práticas das mulheres, no âmbito familiar se traduziu em diferentes modos de identificação à medida que os tempos evoluíam. Essas práticas começam com a fecundidade e são modeladas pela herança cultural do cuidado a cargo da mulher para

prover proteção, nutrição e abrigo para garantir a manutenção e a continuidade da vida do grupo e da espécie. 31:2

Indagada quanto à existência de irmãos com os quais ela pudesse dividir a responsabilidade, o velho discurso patriarcal veio à tona. O fato de não existir irmãs, apenas irmãos, sentenciou a paciente ao fardo de ser a única cuidadora, já que a condição socioeconômica não lhe permitia a contratação de um cuidador profissional.

O patriarcalismo pode ser definido como uma estrutura sobre as quais se assentam todas as sociedades contemporâneas. É caracterizado por uma autoridade imposta institucionalmente, do homem sobre mulheres e filhos no ambiente familiar, permeando toda organização da sociedade, da produção e do consumo, da política, à legislação e à cultura. Nesse sentido, o patriarcado funda a estrutura da sociedade e recebe reforço institucional, nesse contexto, relacionamentos interpessoais e personalidade, são marcados pela dominação e por vezes violência. 32:64

Esse modelo de sociedade em que estamos inseridos, com o patriarcalismo vigente, torna a mulher, na maioria das vezes, sobrecarregada das tarefas do cuidado com a casa, filhos e parentes que necessitam de maior atenção. Em muitas dessas situações ela ainda precisa trabalhar fora, exercendo dupla jornada. Com essa intensa sobrecarga não é incomum que muitas desenvolvam transtornos psicológicos, oriundos do excesso de cobrança diária.

A cliente em questão já tinha procurado outros serviços médicos, realizados inúmeros exames, feito uso de medicamentos, entretanto, nenhum deles com resultados satisfatórios. Até então, ainda não havia indagado quanto a sua qualidade de vida, para que eu pudesse ter um raciocínio clínico direcionado a isso.

Com o auxílio da professora, chegamos a algumas hipóteses diagnósticas: fibromialgia, síndrome do pânico e transtorno de ansiedade generalizada. Estipulamos uma conduta com o intuito, inicialmente, de tirá-la da crise, com um inibidor da receptação de serotonina, benzodiazepínico e relaxante muscular. Marcamos um retorno com quinze dias, tempo em que a medicação já estaria promovendo os seus principais efeitos. Também iríamos encaminhá-la à psicoterapia.

A fibromialgia (FM), por ser entendida como uma síndrome clínica dolorosa associada a outros sintomas, recebe também a denominação de Síndrome da Fibromialgia. A FM é uma condição comumente observada na prática clínica diária e uma das principais causas de consultas referentes ao sistema musculoesquelético, sendo ainda considerada o segundo distúrbio reumatológico mais encontrado, superada apenas pela osteoartrite. 33:359

Em se tratando dos ataques de pânico, existe muita incompreensão por parte da sociedade, o que pode gerar desinformação, preconceito e medo. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5.

Transtorno de pânico se refere a ataques de pânico inesperados recorrentes. Um ataque de pânico é um surto abrupto de medo ou desconforto intenso que alcança um pico em minutos e durante o qual ocorrem quatro ou mais de uma lista de 13 sintomas físicos e cognitivos. O termo recorrente significa, literalmente, mais de um ataque de pânico inesperado. O termo inesperado se refere a um ataque de pânico para o qual não existe um indício ou desencadeante óbvio no momento da ocorrência – ou seja, o ataque parece vir do nada, como quando o indivíduo está relaxando ou emergindo do sono (ataque de pânico noturno). Em contraste, os ataques de pânico esperados são ataques para os quais existe um indício ou desencadeante óbvio, como uma situação em que os ataques de pânico ocorrem geralmente. A determinação de os ataques de pânico serem esperados ou inesperados é feita pelo clínico, que faz esse julgamento com base na combinação de um questionamento cuidadoso quanto à sequência dos eventos que precederam ou conduziram ao ataque e do próprio julgamento do indivíduo do quanto o ataque lhe pareceu ocorrer sem razão aparente. 34:215

É bastante comum pessoas que possuem o transtorno de ansiedade generalizada apresentarem preocupações sociais, embora a principal característica seja a natureza das relações e não a avaliação negativa. Isso fica mais evidente em crianças com o transtorno em questão, as quais são mais propícias a apresentarem preocupação excessiva em torno do seu desenvolvimento social. No entanto, essa preocupação também se manifesta em situações que não há relações sociais e/ou avaliações. “No transtorno de ansiedade social, as preocupações focam no desempenho social e na avaliação dos demais”. 34:2015

Concluí esse atendimento refletindo como a forma em que convivemos com o outro pode contribuir para o surgimento de uma patologia psicológica em potencial. Nesse caso, o patriarcalismo e o machismo, incutidos na nossa cultura, fizeram com que os demais pouco se importassem com a qualidade de vida da irmã, tornando o comportamento deles egoísta ao ponto de interferir diretamente na saúde psíquica da paciente. Além disso, só se corrobora o fato de que a boa coleta de dados da história do paciente pode fazer toda diferença no protocolo estipulado e, conseqüentemente, no acesso do tratamento.

Na consulta de retorno, a paciente apresentava melhora considerável, as dores não mais a incomodavam, o desejo de suicídio não representava mais uma ameaça a sua integridade física, a ansiedade, o pânico e todos os outros sintomas associados

tenham melhorado significativamente. Essa melhoria me deixou com uma sensação de dever cumprido e com a certeza de que, quando exercida com dedicação e afinco, a medicina pode contribuir para a qualidade de vida do paciente como um todo.

8 O HOMEM COM SOFRIMENTO MENTAL

Atender um paciente do Programa Saúde Mental sempre se configurou como um desafio para mim, uma vez que em grande parte das vezes não se consegue seguir uma sequência lógica para o atendimento, tendo que sempre estar buscando adequações para se chegar ao objetivo final. Por vezes, as informações obtidas são descontinuadas, abstratas, necessitando de um olhar mais sensível para a percepção de pontos cruciais para o atendimento.

A interação entre o entrevistador e o paciente não se constitui, necessariamente, numa distorção das condições “naturais” de observação, se considerarmos que a conduta humana ocorre sempre “num contexto de vínculos e relações humanas” e não isoladamente. Assim, a situação de entrevista psiquiátrica constitui-se numa forma particular de interação, que ocorre dentro de um campo delimitado pelos seus objetivos, adquirindo características próprias. 35:44

Tive a oportunidade de atender um paciente, na UBS em que cumpro o módulo de Interação e Saúde na Comunidade, que até então foi um dos maiores desafios que enfrentei ao longo do curso. Tratava-se de um rapaz jovem com 28 anos, com diagnóstico prévio de sequelas de traumatismo crânio-encefálico (TCE) – CID10 T 90.9 – e transtorno de personalidade (TP) – CID10 F61.

O conceito de TP sofreu deslocamentos diversos até chegar à concepção atualmente adotada. Levando em conta que desde a antiguidade os estados emocionais e o temperamento já eram estudados, a descrição e definição dos quadros da personalidade devem considerar o momento histórico estudado³⁶.

O paciente em questão tinha sofrido ferimento por arma de fogo em região temporal esquerda, com perda óssea e de massa encefálica do lobo temporal, parte do lobo frontal e parietal. No momento da consulta, estava acompanhado pela genitora e mostrava-se com um grau importante de agressividade com a acompanhante.

Os dois discordavam no tocante à História da Doença Atual (HDA). Nesses momentos o paciente se irritava e ordenava que a mãe não falasse mais. Inconformada, continuava o seu relato contrariando o filho e, emocionalmente abalada, chegava a chorar, situação que o deixava mais inquieto, enquanto me olhava fixamente, o que me dava uma sensação de insegurança e vulnerabilidade física muito grande naquele momento.

Os critérios para o transtorno de personalidade do paciente em questão, no caso o paranoide são: Desconfiança e suspeitas em relação aos outros, de modo que

as intenções são interpretadas como maldosas, que se manifesta no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos:

- 1) suspeita, sem fundamento suficiente, de estar sendo explorado, maltratado ou enganado por terceiros
- 2) preocupa-se com dúvidas infundadas acerca da lealdade ou confiabilidade de amigos ou colegas
- 3) reluta em confiar nos outros por um medo infundado de que essas informações possam ser maldosamente usadas contra si.
- 4) Interpreta significados ocultos, de caráter humilhante ou ameaçador em observações ou acontecimentos benignos.
- 5) Guarda rancores persistentes, ou seja, é implacável com insultos, injúrias ou deslizes.
- 6) Percebe ataques a seu caráter ou reputação que não são visíveis pelos outros e reage rapidamente com raiva ou contra-ataque.
- 7) Tem suspeitas recorrentes, sem justificativa, quanto à fidelidade do cônjuge ou parceiro sexual. 34:649

Passei a sentir uma angústia e um medo que não me permitiam sequer compreender as palavras que estavam sendo ditas. O pequeno consultório abafado contribuía para a minha atual instabilidade emocional. Foi quando precisei “calçar, mais uma vez, as sandálias da humildade” e pedir ajuda à preceptora, já que eu sozinha não conseguiria ajudar o meu paciente.

O curso médico, em função da dinâmica pedagógica, conteúdo curricular, tempo de graduação, relação aluno-professor e aluno-paciente, expõe o aluno a situações estressoras, que podem comprometer sua qualidade de vida. Entretanto, ao adentrar a universidade, ele não traz essa percepção, porque existe um sonho: ser médico. 21:168

Com o devido auxílio da professora a consulta conseguiu ocorrer, pois com a sua experiência ela foi colhendo os retalhos da história que eram soltos no meio desse turbilhão de emoções, de mãe e filho, e eu pude ter com clareza a HDA. Atendeu à solicitação do paciente em parte, o que não era fácil, já que seria uma transcrição de medicamento de uso restrito que eles sequer sabiam o nome. A partir da história e da queixa principal, ela traçou uma conduta e encaminhou o cliente para um serviço especializado.

Consegui retirar muitos aprendizados dessa situação. Um deles, e acho que o principal, é o de sempre procurar o bem-estar do seu paciente. Mesmo quando formado, ou especialista de longa data, faz-se importante a busca de ajuda de um colega, quando necessário. Um bom médico não é aquele que se fecha com os seus certificados e se acha autossuficiente dentro de sua carreira. O profissional ideal é

aquele que troca experiências, admite quando precisa de auxílio, principalmente quando o objetivo é não ferir o princípio da beneficência.

Outra lição aprendida com essa experiência diz respeito à forma como a família do paciente com transtornos psíquicos está envolvida nessa realidade, podendo, inclusive, também apresentar patologias psiquiátricas, interferindo no contexto em que o doente vai estar inserido e, conseqüentemente, em sua melhora ou não. Nesse ponto, vem-me à cabeça o princípio da integralidade do SUS: se eu acompanho não só o doente, mas também a sua família, tenho uma possibilidade maior de atender suas demandas e evitar futuras complicações.

Na literatura internacional, a sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos tem sido amplamente discutida. Diversos estudos investigaram os fatores que contribuem para uma menor ou maior sobrecarga e o impacto dessa sobrecarga na saúde mental dos familiares, utilizando instrumentos de medida com validade e fidedignidade aferidas³⁷.

Além disso, continuo acreditando que é necessária uma preparação prévia para o aluno, desde o primeiro pedido da faculdade, para lidar com os pacientes acometidos por doenças psiquiátricas, já que se configuram um tipo de cliente que exige maior sensibilidade para o atendimento.

9 OS IDOSOS FRENTE ÀS SITUAÇÕES ADVERSAS

Durante a graduação em medicina, os estudantes precisam passar por diversos ambulatórios, cobrindo o máximo de patologias que se consegue no período de seis anos. As aulas ambulatoriais são uma ferramenta importante no processo de ensino-aprendizagem, por ser uma forma prática a partir da qual os acadêmicos têm contato com pacientes e afecções reais das mais diversas áreas.

No sétimo período de curso, eu já havia passado por alguns desses ambulatórios obrigatórios da grade curricular, entre eles: clínica médica, pediatria, espirometria, HiperDia (hipertensão e Diabetes), reumatologia e um em especial, que me trouxe a experiência descrita neste capítulo, o de infectologia.

A região Norte brasileira é permeada de várias doenças infecciosas, assim como nas demais regiões do país. Entretanto, um grupo delas se sobressai: as arboviroses. Por estarmos na região amazônica a presença de mosquitos típicos do lugar e que, por vezes, associada aos maus costumes dos moradores, como a invasão de territórios florestais e o acúmulo de lixo, favorece o adoecimento de um número considerável de indivíduos. Sendo essa uma região endêmica para muitas dessas arboviroses: destaca que:

... é fácil saber onde começa a Amazônia. Quando as florestas deixam de ser apenas galerias amarradas ao fundo aluvial dos vales; quando as matas sobem e fecham as vertentes e interflúvios das colinas onduladas, onde antes, para o sul, o sudeste e o leste existiam extensos cerrados; ou, ainda, quando cerrados e matas secas cedem lugar para intermináveis florestas de “terra firme”: aí começa a Amazônia. 38:8

Arbovírus são vírus transmitidos por artrópodes (Arthropod-borne virus) e são assim designados não somente pela sua veiculação através de artrópodes, mas, principalmente, pelo fato de parte de seu ciclo replicativo ocorrer nos insetos. São transmitidos aos seres humanos e outros animais pela picada de artrópodes hematófagos. Os arbovírus que causam doenças em humanos e outros animais de sangue quente são membros de cinco famílias virais: *Bunyaviridae*, *Togaviridae*, *Flaviviridae*, *Reoviridae* e *Rhabdoviridae*. 39:55

A floresta amazônica é uma das maiores reservas de arbovírus do mundo, não só devido às condições climáticas favoráveis, mas também à grande diversidade da fauna, com abundante variedade de artrópodes hematófagos e vertebrados silvestres que constituem os elementos fundamentais para a manutenção desses vírus. No Brasil, já foram isolados pelo menos 210 tipos de arbovírus, dos quais 196 foram

identificados inicialmente na Amazônia brasileira, e muitos deles, inclusive, jamais foram encontrados fora dessa região⁴⁰.

Estando no Instituto Evandro Chagas, em Ananindeua- PA, em mais uma tarde de atendimentos no ambulatório de infectologia, deparei-me com um paciente do sexo masculino, 74 anos, acompanhado da esposa e filho. O senhor parecia ter um bom nível sociocultural e expressava-se bem, o que auxiliava na coleta da história clínica.

A queixa principal do paciente em questão era febre prolongada, intermitente, além de outros sintomas sistêmicos. Já havia recebido o diagnóstico de malária em outubro de 2018, e até então, abril de 2019, já estava no quarto episódio de apresentação da doença.

Apesar do bom estado geral, encontrava-se emagrecido, ainda um pouco icterício, não apresentando mais febre. Ao colher as informações necessárias sempre busco “pescar” algo a mais, que tenha representatividade na vida do paciente e que por algum motivo ele não tenha relatado. Quanto a isso, obtive do mesmo a seguinte informação: já não dormia bem, desde o aparecimento da primeira infecção por malária. Encontrava-se apreensivo e ansioso, perguntando-se como era possível tamanha “coincidência”.

Solicitei que o paciente fosse realizar uma segunda consulta conosco, na Unidade de Básica de Saúde Julia Seffer, onde eu teria mais tempo para me dedicar a entender o que, além da malária, afligia-o tanto.

Ao chegar na UBS os seus relatos permeavam a preocupação com o ganho de peso, o medo de nova contaminação o assombrava, ao passo que as extremidades frias durante o banho o banho era motivo de preocupação com seu estado de saúde geral. Esse senhor, agricultor ainda na ativa, estava desenvolvendo um quadro de ansiedade, por algo comum na região onde ele residia. Segundo o seu relato e de seus acompanhantes, a maioria dos vizinhos já tinha apresentado infecções repetidas de malária, alguns de até cinco a seis vezes. Sobre a malária, trata-se de uma doença parasitária, ocasionada “... por protozoários do gênero *Plasmodium* que se multiplicam nos eritrócitos (células vermelhas do sangue) do hospedeiro, sendo transmitida pelo mosquito fêmea do gênero *Anopheles*”. 41:1

No Brasil, apenas as espécies *P. vivax*, *P. falciparum* e *P. malariae* estão presentes. As outras espécies que causam malária humana são *P. ovale* e *P. knowlesi*. A clínica da malária caracteriza-se principalmente por febre elevada, sudorese profusa e calafrios, em padrões geralmente cíclicos, de acordo com o agente etiológico. Se não for tratada adequadamente, pode evoluir para a forma grave, com

febre superior a 41° C, hiperparasitemia (> 200.000/mm³), anemia intensa, icterícia, hemorragias e hipotensão arterial, levando a coma e óbito. 42:33

Tentando acalmar o senhor, expliquei que a região amazônica era uma área endêmica, e que o instalar da doença, uma vez, não conferia imunidade contra a mesma. Mas a angústia daquele senhor ainda permeava o seu olhar, pois saiu de sua residência, no interior do estado, e estava em Ananindeua, com a esposa, morando na casa de um filho.

Esse conjunto de situações me fazia entender o quão complexo para aquele senhor era tudo aquilo. Ele sentia medo da doença, de passar por todo desconforto e prejuízo à sua saúde novamente. Além disso, vinha o medo da morte, já que sempre relatava que, por ser idoso, não suportaria outra infecção pelo protozoário.

Aliado a isso, estava longe da sua casa, da sua plantação de pimentas, morando na casa do filho e nora. Tudo isso para um senhor de 74 anos, extremamente ativo, causou um turbilhão no seu estado emocional, culminando em um distúrbio de ansiedade que repercutia diretamente na qualidade do seu sono, o que era retroalimentado diariamente pela falta de repouso, graças à insônia, e pelas preocupações já citadas.

Os fatores que desencadeiam a insônia primária podem ser diferentes daqueles que mantêm o processo. Na maioria dos casos, o início é repentino, coincidindo com uma situação de estresse psicológico (tristeza, afastamento de um familiar), social (perda do emprego, dificuldade econômica) ou médico (iminência de uma intervenção cirúrgica). A insônia primária persiste geralmente muito tempo depois do desaparecimento da causa original, devido à presença de um nível elevado de alerta e de um condicionamento negativo. 43:32

Esse paciente poderia ter o seu quadro evoluído para uma depressão, que não é raro em idosos, e ele, em especial, passava por um período delicado psicológica e fisicamente durante o seu envelhecer.

A depressão é uma das doenças que atingem frequentemente os idosos, potencializando a probabilidade do desenvolvimento de incapacidade funcional. É uma patologia que demanda atenção, particularmente quando se dá pela primeira vez na terceira idade. Além de que, há casos em que os estados depressivos não são percebidos e, conseqüentemente, não tratados. E isso, compromete a saúde do idoso em intensidade relevante, a ponto de acarretar aumento da mortalidade por essa causa nessa faixa etária. 44:130

Como conduta, instituímos uma medicação para melhorar o ciclo sono-vigília, além de orientações não medicamentosas, como caminhadas e exercícios físicos

supervisionados. Quanto ao seu regresso para casa, deixamos claro que não era impossível, mas que alguns cuidados deveriam ser redobrados, como a telagem de portas e janelas, o uso de mosquiteiros, repelentes e evitar banhos de rios ao fim das tardes. Orientações essas que são passadas para todo “caboclo paraense” que vive e tem a vida permeada pelos riscos das arboviroses.

Percebi, diante desse atendimento, que muitas vezes o idoso necessita de uma atenção especial nas situações do dia a dia. Por mais que aquela pessoa aparente independência funcional e seja social e economicamente ativa, nunca saberemos como ela reagirá diante de situações adversas. Ademais, esse indivíduo já traz consigo uma carga enorme de situações vividas, muitas vezes traumáticas e que estão guardadas até que o “gatilho” seja disparado e delas “fluam como larvas de um vulcão”.

A atenção à pessoa idosa implica a construção de um novo paradigma das práticas de saúde, na medida em que demanda a ampliação do olhar em relação ao modelo biomédico vigente focado na doença e na cura. O idoso apresenta características peculiares quanto à apresentação, instalação e desfecho dos agravos em saúde, traduzidas pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, necessitando de intervenções multidimensionais e multissetoriais com foco no cuidado. 45:20

Foi criada entre 2013 e 2014, pela Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (MS), as “Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de Modelo de Ação Integral”, com o intuito de ampliar e qualificar a atenção à população idosa, permitindo uma assistência global e individualizada para cada paciente, sendo a atenção básica a porta de entrada aos diversos pontos de referência para as atenções individuadas e as necessidades específicas de cada indivíduo.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir de toda essa vivência narrada no contato e atendimento de pessoas com sofrimento mental durante o curso de medicina, percebi o quão importante é que o estudante de medicina tenha uma visão completa do seu paciente, não enxergando apenas os aspectos sistêmicos, mas também sempre explorando as questões relacionadas à saúde mental de cada indivíduo, que pode repercutir de forma direta em sua saúde como um todo e na dos que o cercam.

Com a escrita de cada ponto deste portfólio pude rever aprendizados, conceitos e usar da experiência vivida como degraus na construção de minha formação. Esta narrativa me fez refletir como pessoa, estudante e futura médica acerca da importância que cada sentimento e situação vivida tem no desfecho de vida de cada pessoa.

As decisões a serem tomadas, a atenção que é dada ao paciente, em como será dado um diagnóstico, que irá refletir diretamente na forma como a pessoa o receberá, assim como em relação à sua aceitação ao tratamento, tudo isso perpassa a forma como nós, profissionais da saúde, lidamos com nossa saúde mental.

A reflexão dos atendimentos me permitiu solidificar o meu aprendizado em cada situação revista, reescrita e refletida. Creio que ao me deparar com situações semelhantes em minha vida profissional terei bagagem para lidar de uma melhor maneira com cada uma delas. O papel do professor nos atendimentos foi para mim ponto de extrema importância em vários aspectos, no sentido técnico, em entender com a ciência da medicina deve ser aplicada de maneira personalizada para cada paciente, assim como o lado humano do profissional da saúde faz grande diferença no entender e atender o paciente com afecção mental. De cada acompanhamento tirei para mim uma reflexão da profissional que quero ser diante do exemplo dado por cada um dos professores nos atendimentos prestados.

Cada estudante de medicina é colocado à prova dentro de uma UBS. Muitos se deparam com situações que, para eles, seriam inimagináveis, como a extrema pobreza e a falta de acesso. Para outros, talvez mais acostumados com essa realidade, algumas questões também podem influenciar, como a insegurança nos atendimentos e o medo de não serem capazes de atender à demanda de seus pacientes depois de formados. Tudo isso implica uma influência na forma de pensar de cada um, com sua individualidade e perspectivas diferentes, mas com certeza

todos sofrem um impacto mental após a experiência de seus quatro anos em Saúde Pública dentro de uma UBS.

Acredito que cada estudante deve ser preparado, inicialmente, antes de lidar com um paciente com afecção mental. Já no primeiro semestre, isso deveria ser abordado em encontros, pois a possibilidade de se atender pacientes com alterações mentais é grande. A necessidade de abordar, mesmo aqueles que aparentemente não apresentam nada, é maior ainda, objetivando minimizar futuros danos para os mesmos.

Ter essa sensibilidade para descobrir a dor do outro é algo que deve ser trabalhado ao longo de todo o curso de medicina, objetivando, assim, formar profissionais que consigam sanar as dores físicas e mentais de seus doentes.

REFERÊNCIAS

1. Araújo CF. Avaliação da empatia em médicos de diferentes níveis de atenção à saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro; 2008.
2. Brasil. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Ministério Da Educação. Conselho Nacional De Educação. Câmara de Educação Superior. Brasília; 2014 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192.
3. Caldeira ES, Leite MTS, Rodrigues-Neto JF. Estudantes de Medicina nos serviços de atenção primária: percepção dos profissionais. Rev. bras. educ. med. 2011; 35(4):477-485 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n4/a06v35n4.pdf>.
4. Halpern R, Figueiras A. Influências ambientais na saúde mental da criança. Jornal de pediatria. 2004; 80(2):104-110 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa12.pdf>.
5. Benetti SPC, Pizetta A, Schwartz CB, Hass RA, Melo VL. Problemas de saúde mental na adolescência: características familiares, eventos traumáticos e violência. Psico-usf. 2010; 15(3):321-332 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pusf/v15n3/v15n3a06.pdf>.
6. Steiner M. Saúde mental da mulher: o que não sabemos? Rev. Bras. Psiquiatria. 2005; 27(III):41-42 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbp/v27s2/pt_a02v27s2.pdf.
7. Albuquerque FP, Barros CRS, Schraiber LB. Violência e sofrimento mental em homens. Rev Saúde Pública. 2013; 47(3):531-9 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rsp/2013.v47n3/531-539/pt>.
8. Andrade, Fábila Barbosa de; Ferreira Filha, Maria de Oliveira; Dias, Maria Djair; Silva, Antonia Oliveira; Costa, Iris do Céu Clara Costa; Lima, Édja Anália Rodrigues de; Mendes, Cristina Kátia Torres Teixeira. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. Texto Contexto Enfermagem. 2010; 19(1):129-36 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a15.pdf>.
9. Macedo KDS, Acosta Beatriz S, Silva EB, Souza NS, Beck CLC, Silva KKD. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. Escola Anna Nery. 2018; 22(3) [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/ean/v22n3/pt_1414-8145-ean-22-03-e20170435.pdf.

10. Klein NA, Ahlert EM. Aprendizagem baseada em problemas como metodologia ativa na educação profissional. *Revista Destaques Acadêmicos*. 2019; 11(4) [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <http://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/2398/1605>.
11. Modelo Pedagógico Curso de Medicina – CESUPA [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.cesupa.br/Graduacao/Biologicas/med.asp>.
12. Gazignato, Elaine Cristina da Silva; Silva, Carlos Roberto de Castro. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. *Saúde em Debate*, v. 38, p. 296-304, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0296.pdf>. Acesso em: 27 set. 2020.
13. Munari DB, Melo TS, Pagotto V, Rocha BS, Soares CB, Medeiros M. Saúde Mental no contexto da atenção básica: potencialidades, limitações, desafios do Programa Saúde da Família. *Rev. Eletr. Enf.* 2008; 8(10) [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46643/22894>.
14. Maciel SC, Maciel CMC, Barros DR, Sá RCN, Camino LF. Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. *Psico-USF*. 2008; 13(1):115-124 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psuf/v13n1/v13n1a14.pdf>.
15. Araripe Neto AGA, Bressan RA, Busatto Filho G. Fisiopatologia da esquizofrenia: aspectos atuais. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*. 2007; 34:198-203 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s2/a10v34s2.pdf>.
16. Dantas CR. Psicopatologia dos sintomas negativos da esquizofrenia: síndromes deficitária e não-deficitária [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2011.
17. Almeida BPB; Cunha MC. Alterações da comunicação em pacientes institucionalizados portadores de esquizofrenia crônica. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2011;16(1) [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsbf/v16n1/22.pdf>.
18. Cardoso L, Galera SAF. O cuidado em saúde mental na atualidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011; 45(3):687-691 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a20.pdf>.
19. Millani HFB, Valente MLLC. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*. 2008; 4(2):1-19 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v4n2/v4n2a09.pdf>.
20. Necho ACPS. A melancolia do poder: representações e imagens de D. Maria I, a Piedosa (1734-1799) [tese]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2012.

21. Trindade LMDF, Vleira MJ. O aluno de medicina e estratégias de enfrentamento no atendimento ao paciente. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2013; 37(2):167-177 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v37n2/03.pdf>.
22. Baldaçara L. A Saúde Mental Infantil e seu Impacto. *Revista Neurociências*. 2010;18(3):285-286 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8454/5988>.
23. Pinto RNM, Torquato IMB, Tollet N, R APS, Souza Neto VL, Saraiva AM. Autismo infantil: impacto do diagnóstico e repercussões nas relações familiares. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2016; 37(3) [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/0102-6933-rgenf-1983-144720160361572.pdf>.
24. Rohde LA, Halpern R. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*. 2004; 80 (2):61-70 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2s0/v80n2Sa08.pdf>.
25. Dividino R, Faigle A. Distinções entre memória de curto prazo memória de longo prazo; 2004 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/joaomaria/distines-entre-memria-de-curto-prazo-e-memria-de>.
26. Davoglio TR, Gauer GJC, Jaeger JVH, Tolotti MD. Personalidade e psicopatia: implicações diagnósticas na infância e adolescência. *Estudos de Psicologia (Natal)*. 2012; 17(3):453-460 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/14.pdf>.
27. Morana HCP, Stone MH, Abdalla-Filho E. Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2006; 28(III) [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s2/04.pdf>.
28. Campelo LLCR, Costa SME, Colvero LA. Dificuldades das famílias no cuidado à criança e ao adolescente com transtorno mental: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2014; 48:192-198 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-196.pdf.
29. Vieira FS, Minelli M, Corradi-Webster CM. Consumo de drogas por pessoas com diagnósticos psiquiátricos: percursos possíveis em uma rede de atenção psicossocial. *PhysisRevista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*. 2017; 27(4):1243:1263 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01243.pdf>.
30. Barbosa JAG, Souza MCMR, Freitas MIF. A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20:2165-2172 [acessado em: 27 set.

2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2165.pdf>.

31. Meira EC, Reis LA, Gonçalves LHT, Rodrigues VP. Vivências de mulheres cuidadoras de pessoas idosas dependentes: orientação de gênero para o cuidado. *Escola Anna Nery*. 2017; 21(2):1-8 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v21n2/1414-8145-ean-21-02-e20170046.pdf>.

32. Barreto MP. Patriarcalismo e o feminismo: uma retrospectiva histórica. *Revista Ártemis*. 2014; 1:64-73 [acesso em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/artemis/article/view/2363/2095>.

33. Junior MH, Goldenfum MA, Siena CAF. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2012; 58(3):358-365 [acesso em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n3/v58n3a18.pdf>.

34. American Psychiatric Association. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Artmed Editora; 2014 [acesso em: 27 set. 2020]. Disponível em: http://www.clinicajorgejaber.com.br/2015/estudo_supervisionado/dsm.pdf.

35. Zuardi AW, Loureiro SR. Semiologia Psiquiátrica. *Medicina*, Ribeirão Preto. 1996; 29:44-53 [acesso em: 27 set. 2020]. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/711/723>.

36. Campos RN, Campos JAO, Sanches M. A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. *Ver. Psiq. Clín*. 2010; 37:162-6 [acesso em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n4/v37n4a04.pdf>.

37. Batista CMF, Bandeira MB, Quaglia MAC, Oliveira DCR, Albuquerque EPT. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos: influência do gênero do cuidador. *Cadernos Saúde Coletiva*. 2013; 21(4): 359-369 [acesso em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a02.pdf>.

38. Ab'Saber AN. Bases para o estudo dos ecossistemas da Amazônia brasileira. *Estudos avançados*. 2002; 16(45):7-30 [acesso em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ea/v16n45/v16n45a02.pdf>.

39. Lopes N, Nozawa C, Linhares REC. Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*. 2014; 5(3):10-10 [acesso em: 27 set. 2020]. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v5n3/v5n3a07.pdf>.

40. Casseb AR, Casseb LMN, Silva SP. Arbovírus: importante zoonose na Amazônia brasileira. *Veterinária e Zootecnia*. 2013; 20(3): 391-403 [acesso em: 27 set. 2020]. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/285851225_Arbovirus_importante_zoonose_na_Amazonia_brasileira.

41. Amaral EF. Malária: Aspectos históricos e utilização da Artemisinina em seu tratamento [monografia]. São João Del-Rei: Universidade Federal de São João del-Rei. São João del-Rei. 2015 [acesso em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/coqui/TCC/Monografia-TCC-Edna-Ferreira-Amaral-20152.pdf>.
42. Monteiro MRCC, Ribeiro MC, Fernandes SC. Aspectos clínicos e epidemiológicos da malária em um hospital universitário de Belém, Estado do Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*. 2013; 4(2):33-43 [acesso em: 27 set. 2020]. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v4n2/v4n2a05.pdf>.
43. Monti JM. Insônia primária: diagnóstico diferencial e tratamento. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2000; 22(1):31-34 [acesso em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n1/v22n1a09.pdf>.
44. Andrade, Fábila Barbosa de; Ferreira Filha, Maria de Oliveira; Dias, Maria Djair; Silva, Antonia Oliveira; Costa, Iris do Céu Clara Costa; Lima, Édja Anália Rodrigues de; Mendes, Cristina Kátia Torres Teixeira. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. *Texto Contexto Enfermagem*. 2010; 19(1):129-36 [acessado em: 27 set. 2020]. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a15.pdf>.
45. Hoffmann MCCL, Lobo MCA. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral; 2014 [acesso em: 27 set. 2020]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/abril/05/diretrizes-cuidado-pessoa-idosa-sus.pdf>.

