



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E TECNOLOGIAS – CCET
DEPARTAMENTO DE DESENHO E TECNOLOGIA
CURSO DE DESIGN

TAYANE CRISTINE OLIVEIRA PIRES

DESIGN COMO AGENTE DE TRANSFORMAÇÃO: informação versus estigma do
transtorno mental

São Luís

2021

TAYANE CRISTINE OLIVEIRA PIRES

DESIGN COMO AGENTE DE TRANSFORMAÇÃO: informação versus estigma do
transtorno mental

Relatório final apresentado ao curso de Design da
Universidade Federal do Maranhão, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em Design.

Orientador: Prof. Dr. Márcio James Soares Guimarães

São Luís

2021

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Pires, Tayane Cristine Oliveira.

Design como agente de transformação: informação versus estigma do transtorno mental / Tayane Cristine Oliveira Pires. - 2021.

113 p.

Orientador(a): Márcio James Soares Guimarães.

Curso de Design, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

1. Design da informação. 2. Saúde pública. 3. Transtornos mentais. I. Guimarães, Márcio James Soares. II. Título.

TAYANE CRISTINE OLIVEIRA PIRES

DESIGN COMO AGENTE DE TRANSFORMAÇÃO: informação versus estigma do
transtorno mental

Relatório final apresentado ao curso de Design da
Universidade Federal do Maranhão, como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em Design.

Aprovado em: ____/____/____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Márcio James Soares Guimarães (Orientador)

Universidade Federal do Maranhão

Profa. Ma. Inez Maria Leite da Silva

Universidade Federal do Maranhão

Prof. Me. Carlos Delano Rodrigues

Universidade Federal do Maranhão

Dedico ao meu pai Israel. Queria que tivesse tido a chance de presenciar o fruto de seus ensinamentos.

“A natureza do processo, até certo ponto, envolve fracasso”.

(Saul Bass)

RESUMO

Este trabalho estabelece um diálogo entre o Design da Informação e a saúde mental. Dessa forma, tem por objetivo desenvolver material gráfico e editorial, com conteúdo voltado para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), visando o esclarecimento quanto aos transtornos de humor e personalidade mais comuns, bem como orientar quanto aos tratamentos disponíveis. Para tanto, adotou-se uma adaptação da metodologia de Alina Wheeler e Jorge Frascara. Como resultado, foram elaboradas três cartilhas com os temas: depressão, ansiedade e dependência química.

Palavras-chave: design da informação; transtornos mentais; saúde pública.

ABSTRACT

This work establishes a dialog between Information Design and Mental health. Therefore, it aims to develop graphic and editing material, with content geared for Sistema Único de Saúde (SUS) users, aiming clarification about standard mood and personality disorders and aiming to guide people in relation to possible treatment. For this purpose, it was adopted some amendments of Alina Wheeler and Jorge Frascara's methodology. As results, there were developed three booklets with themes such as depression, anxiety and chemical dependence.

Keywords: information design; mental disorders; public health.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - PRINCIPAIS STAKEHOLDERS DO SUS	21
FIGURA 2 - MODELOS DE CARTILHAS PRODUZIDAS PELAS SECRETARIAS DE SAÚDE	22
FIGURA 3 - DADOS E RELATOS DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS DIVERSOS	24
FIGURA 4 - DESORDENS MENTAIS, NEUROLÓGICAS, DO USO DE SUBSTÂNCIAS E SUICÍDIO	26
FIGURA 5 - SUPORTE DO INSTAGRAM	29
FIGURA 6 - CAMPANHAS E PROJETOS SOBRE TRANSTORNOS	30
FIGURA 7 - FORMATO GRÁFICO DE CARTILHA	34
FIGURA 8 - FAMÍLIA TIPOGRÁFICA	34
FIGURA 9 - TIPOGRAFIA DA FILSON SOFT E OMNES	35
FIGURA 10 - FAMÍLIA TIPOGRÁFICA FILSON	35
FIGURA 11 - CÁLCULO DE ENTRELINHA	36
FIGURA 12 - DIMENSÃO DE MÓDULO	36
FIGURA 13 - DIMENSÕES DO MÓDULO NO PAPEL	36
FIGURA 14 - CARTILHA DE ANSIEDADE	37
FIGURA 15 - CARTILHA DE DEPRESSÃO	38
FIGURA 16 - CARTILHA DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA	38
FIGURA 17 - RELAÇÃO ENTRE AS REAÇÕES EMOCIONAIS E AS CORES	40
FIGURA 18 - ILUSTRAÇÃO AUTOEXPLICATIVA	41
FIGURA 19 - CAPA DA CARTILHA “DEPRESSÃO”	43
FIGURA 20 - CAPA DA CARTILHA “ANSIEDADE”	43
FIGURA 21 - CAPA DA CARTILHA “DEPENDÊNCIA QUÍMICA”	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1 Design da Informação	12
2.2 A história da loucura e a definição de sanidade	13
2.3 Tratamentos psiquiátricos no Brasil	14
2.4 Reforma manicomial	15
2.5 Medicina preventiva na Saúde Mental	17
2.6 Transtornos mentais	17
3 METODOLOGIA	20
4 FASE ANALÍTICA	21
4.1 Pesquisa de necessidades e análise de informações	21
4.1.1 Governo	21
4.1.2 Público	23
4.1.3 Instituições/Organizações	25
4.1.4 Profissionais da saúde	27
4.1.5 Mídia	27
4.2 Análise de similares	30
4.3 Estratégia, posicionamento e atributos	32
5 FASE CRIATIVA	33
5.1 Geração de alternativas	33
5.1.1 Estrutura	33
5.1.2 Espelho de publicação	37
5.1.3 Paleta de cores	39
5.1.4 Ilustrações	40
6 FASE EXECUTIVA	42
6.1 Especificação técnica e produção (arte-final)	42
6.2 Planejamento de distribuição	42
7 CONCLUSÃO	45
REFERÊNCIAS	46

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	50
APÊNDICE B – CARTILHA SOBRE ANSIEDADE	52
APÊNDICE C – CARTILHA SOBRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA	72
APÊNDICE D – CARTILHA SOBRE DEPRESSÃO	92

1 INTRODUÇÃO

Em diversas esferas da sociedade ocidental, permanece o tabu relacionado aos transtornos de ordem mental. Historicamente, o tratamento referente às pessoas acometidas por transtornos mentais consistia em alternativas de eficácia questionável, como terapias de eletrochoque, choque insulínico, hidroterapia e lobotomias (AMARANTE, 1995). A desinformação em relação ao funcionamento da mente, a crença em possessões demoníacas e os poucos e eficazes tratamentos disponíveis levaram a população a isolar seus doentes em manicômios, espaços separados da residência ou abandoná-los por completo. O tratamento a esses pacientes não é mais o mesmo, porém o estigma ainda está presente (SILVEIRA, 2005).

Avanços em neurociência, psicologia e psiquiatria, bem como em tecnologia, possibilitaram o mapeamento do cérebro em imagens, propiciando o esclarecimento de diversas incertezas relacionadas ao assunto (ANDRADE; PRADO, 2003). Os psicofármacos começaram a ser utilizados ao final da década de 50 e se mostraram uma opção de tratamento mais eficaz, capaz de proporcionar uma vida mais tranquila a quem os utilizassem (MORENO; MORENO; SOARES, 1999).

Por fatores ainda desconhecidos pelas organizações de saúde mental, houve um aumento na incidência de transtornos como depressão, ansiedade, estresse e vício. Os casos diagnosticados de depressão tiveram um aumento de 18% na última década. Até 2020, esta será a doença mais incapacitante do planeta (ONU, 2017). Conseqüentemente, o número de suicídios se elevou, nas últimas décadas, de forma alarmante. Dados coletados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) também mostram que 78% desses suicídios ocorrem em países de média e baixa renda.

No Brasil, desde 2015, o Centro de Valorização à Vida (CVV) promove o Setembro Amarelo, campanha de prevenção ao suicídio que visa conscientizar e sensibilizar a população quanto a tal questão. O suicídio, entretanto, é o último recurso de quem é acometido por transtornos mentais. Há a necessidade de enfatizar os métodos de prevenção e diagnóstico precoce junto à rede de saúde pública.

O material disponibilizado por secretarias da saúde são inacessíveis em sua linguagem e de difícil localização. Por conseguinte, é papel de um *designer*, ao gerar uma nova campanha, auxiliar na elaboração de material mais apropriado e próximo dos potenciais

leitores contribuindo, assim, para informar a população quanto a um aspecto da saúde até então negligenciado.

As descobertas relacionadas aos transtornos de humor e personalidade são historicamente recentes, em que uma parcela da sociedade que se beneficiaria desses avanços ainda desconhece as opções existentes de diagnóstico e tratamento. O estigma que cerca as pessoas com transtornos de saúde mental gera dificuldades na busca de tratamento, não só pela resistência em admitir o problema, como também pelo receio de que assumir o fato possa acarretar constrangimentos no meio escolar, acadêmico, profissional e até mesmo no seio familiar, em que nem sempre se encontra suporte.

Desse modo, o objetivo geral deste trabalho se ocupa do desenvolvimento de um material gráfico e editorial, com conteúdo voltado para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), visando o esclarecimento quanto aos transtornos de humor e personalidade mais comuns e, assim, orientar quanto aos tratamentos disponíveis. Para tanto, adotar-se-á os seguintes objetivos específicos: organizar material disponibilizado em cartilhas, *posters* e campanha para redes sociais; alertar o leitor sobre as consequências físicas e mentais que resultam de um transtorno mental não diagnosticado e tratado e disponibilizar dados de prevenção ao suicídio.

Os principais pontos positivos que o projeto visa alcançar são: levar a informação para os — até então — leigos no assunto, de forma clara, objetiva e descomplicada; buscar desmistificar crenças equivocadas e facilitar a busca por tratamento para quem sofre de transtornos mentais, assim como a compreensão por quem está no convívio dessas pessoas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Design da Informação

“Design da Informação é definido como a ciência de preparar as informações para que elas possam ser usadas por pessoas com eficiência e eficácia”.

(Robert E. Horn, 1999)

Design da Informação é uma área do *design* que vem ganhando destaque por intermédio de novas descobertas e publicações. Essa área recente difere do design gráfico tradicional ao estruturar informações de forma precisa para atingir objetivos específicos. Sendo assim, deve-se realizar uma análise mais aprofundada em relação à fonte de informação, transmissão, recepção e decodificação, minimizando ruídos e dando ênfase ao entendimento da mensagem.

A compreensão da mensagem pode ser estabelecida por meio da eliminação de ambiguidade, repetição e reforço da informação. Paivio (1971, 1986) realiza estudos aliando estímulos verbais e não verbais avaliando, assim, o nível de eficácia na transmissão da informação. Esta ficou conhecida como Teoria do Código Duplo e sugere que a informação é processada por dois canais distintos. Em um canal, seriam captadas informações verbais (texto e fala) e, no outro, informações não verbais (imagem e som). Dessa forma, o usuário teria duas possibilidades de alcançar a informação, armazenando-a com mais facilidade.

Barthes (1985 apud Frascara, 2000) elaborou algumas classificações que relacionam texto e imagem a partir da forma como são elaboradas:

Ancoragem: há uma hierarquização e a interpretação da imagem muda de acordo com a informação textual que a acompanha;

Relação: imagem e texto se complementam. Ambos possuem o mesmo nível de importância, transmitindo a mesma informação em formatos diferentes;

Ilustração: a imagem retrata uma parte do texto e é possível compreendê-la de forma isolada.

O Design de Informação pode ser usado como ferramenta de transformação para difundir dados relevantes para a saúde pública. Nesse caso, facilitando a compreensão das informações médicas ao tornar a linguagem mais acessível ao público que dela necessita.

2.2 A história da loucura e a definição de sanidade

Neste século, o que é considerado sanidade passou por diversas mudanças em seu significado ao longo da História. A definição do que é apontado ser mentalmente equilibrado teve interferências de acordo com o período histórico e a organização social, religiosa e política de seu tempo.

“A loucura é para nós a fonte dos maiores bens, quando ela é efeito de um fator divino”.

(Platão, 1981)

Na Grécia Antiga, a loucura era considerada um privilégio para poucos, pois se acreditava que a perda da sanidade seria causada por intervenção divina. Inere-se, a partir das obras de Homero e Hesíodo, entre outros autores do período, que a razão era retirada pelos deuses para que seus desejos não fossem confrontados com as ações dos homens. Sendo assim, os indivíduos que possuíam essa ligação direta com os deuses não eram considerados doentes, e sim abençoados pela capacidade de se comunicar com o divino (PESSOTTI, 1994).

Na Antiguidade Clássica, já houve uma transição na definição de loucura. A crença de intervenção divina ainda se fazia presente, porém, aos poucos, a ideia de que conflitos internos inerentes à existência humana também atuavam na perda da razão foi ganhando espaço (SILVEIRA, 2005). Posto isso, a segregação se dá no período da Idade Média, haja vista que o catolicismo — religião vigente na Europa — encarava a perda da razão como castigo e não uma bênção, como na Antiguidade. Nesse período, os hospitais eram considerados espaços não só para os enfermos, mas também para os carentes, os órfãos, as prostitutas, os criminosos e os loucos. Além disso, o espaço conduzido pela Igreja Católica possuía função de caridade e servia também para isolar indivíduos considerados inaptos a viver em sociedade (AMARANTE, 1995) (SILVEIRA, 2005).

Houve, no séc. XVII, o início do processo de divisão entre o espaço ao qual eram dedicadas as atividades de auxílio da população vulnerável e o hospital como é conhecido atualmente, onde são tratadas as enfermidades. Adiante, no séc. XVIII, a questão da sanidade mental se torna objeto de estudo em faculdades de Medicina, sendo Philippe Pinel considerado o pai da Psiquiatria. Pinel, influenciado por ideais iluministas e pela Revolução Francesa, desenvolveu técnicas de tratamento mais dignas, compostas por terapias ocupacionais. Até então, o tratamento dado aos pacientes psiquiátricos consistia em sangrias, purgações e vômitos induzidos (AMARANTE, 1995) (QUEIROZ, 2009).

Pinel postula o isolamento como fundamental a fim de executar regulamentos de polícia interna e observar a sucessão de sintomas para descrevê-los. Organizando, dessa forma o espaço asilar, a divisão objetiva da loucura e dá-lhe unidade. desmascarando-a ao avaliar suas dimensões médicas exatas (AMARANTE, 1995, p. 25).

Pinel implantou, no meio médico, a ideia de curabilidade da loucura por intermédio de novas técnicas de tratamento. O resultado de seus estudos foi primeiramente aplicado no Hospital Bicêtre, na França, e disseminado gradualmente pela Europa (QUEIROZ, 2009). Após a Segunda Guerra, houve a necessidade de revisão do modelo hospitalar, cuja pauta era a desinstitucionalização, o que levou a uma nova discussão em relação ao conceito de “doença mental” e as diferentes formas de tratamento. Foi, nesse período, que se introduziu na literatura médica os ideais que auxiliaram no que mais tarde seria conhecida como a reforma manicomial no Brasil (SILVEIRA, 2005).

2.3 Tratamentos psiquiátricos no Brasil

Tal qual a Europa na Idade Média, o Brasil deixou a cargo das Santas Casas de Misericórdia o tratamento de seus doentes mentais. Nesse espaço, abrigavam-se não somente os loucos, mas também órfãos, mendigos, pobres, velhos e pessoas que não atendiam às condutas sociais estabelecidas na época (SILVEIRA, 2005). Ou seja, conforme aponta Resende (2000, p. 31), “as famílias mais abastadas, estas escondiam em casa seus doentes em quartos próprios ou construções anexas especialmente levantadas; se violentos ou agitados também contidos ou amarrados”.

No Rio de Janeiro do séc. XIX, com o aumento populacional, a urbanização e a vinda da Família Real para o Brasil, deu-se início ao processo de higienização das ruas, em que os

mendigos e os loucos foram levados em massa para as Santas Casas, onde eram submetidos a abusos físicos em locais insalubres e superlotados (SILVEIRA, 2005).

Em 1852, inaugurou-se o Hospital Dom Pedro II — primeiro hospital psiquiátrico do Brasil — com capacidade para 350 pacientes, no Rio de Janeiro, e, ao final do seu primeiro ano de funcionamento, o hospital já havia atingido sua capacidade máxima. O Hospital Dom Pedro II seguia os preceitos de Pinel e fazia uso da terapia ocupacional como ferramenta de recuperação. Foram realizadas oficinas de artesanato, alfaiataria, manufatura de calçados, entre outras. Aos pacientes mais agitados, persistia o uso de tratamentos pouco humanitários com o uso de violência (AMARANTE, 2007).

Além disso, o Hospital também foi local de estudo no qual acadêmicos de Medicina e demais profissionais realizavam pesquisa e avaliações com os internados. Em 1892, transformou-se no Hospital dos Alienados, em decorrência da declaração da República. Já no início do século XX, com uma tentativa de abrandar a situação de superlotação do Hospital Psiquiátrico, houve a criação de Colônias de Alienados, que continuavam a fazer uso de terapias ocupacionais. Entretanto, tais colônias se mostraram ineficientes por também alcançarem a superlotação em pouco tempo, a exemplo da Colônia de Juqueri, em São Paulo, a qual chegou a 16 mil internos nos anos 40 (AMARANTE, 1995).

2.4 Reforma manicomial

As primeiras experiências de reforma psiquiátrica foram realizadas na Europa, após os acontecimentos da Segunda Guerra Mundial. Houve mudanças em hospitais e presídios causadas pelo impacto dos campos de concentração e a forma sub-humana em que eram tratados os prisioneiros. A partir de então, há uma repulsa, na Europa, por todo e qualquer tratamento que infringia os direitos humanos (AMARANTE, 1995).

No Brasil, criou-se o Serviço Nacional de Doenças Mentais, tendo como diretor Aduino Botelho, com gestão de 1941 a 1954. Botelho foi responsável pela expansão dos hospitais psiquiátricos públicos no país, feito que só foi possível pela aliança realizada entre governos estaduais e o governo federal, partilhando os custos para a realização de tais obras. Os 16 mil leitos criados nesse período ainda não foram o suficiente para amenizar a situação de superlotação dos hospitais e das colônias psiquiátricas do país, situação que se agravou nas décadas seguintes (PAULIN; TURATO, 2004).

Sendo assim, o estopim da reforma manicomial brasileira se deu em 1978, quando membros da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) do Rio de Janeiro entraram em greve, reivindicando renovações no quadro de funcionários e por melhores condições de trabalho. Não havia, desde 1957, concurso para a entrada de novos funcionários, cuja solução encontrada para sanar o desfalque foi a contratação de bolsistas, graduados ou estudantes universitários que atuavam como psicólogos, assistentes sociais e psiquiatras (AMARANTE, 1995).

As condições de trabalho encontradas por bolsistas incluíam ameaças aos funcionários, pacientes sofrendo constantes agressões físicas e verbais, estupros e mortes com causas suspeitas. Tais condições vieram a público pela denúncia de três desses bolsistas que atuavam no Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII) do Rio de Janeiro, apontando as irregularidades da unidade. Além disso, os profissionais de outras unidades relataram condições semelhantes, iniciando um ciclo de debates, assembleias e reuniões entre médicos, sindicatos e demais grupos interessados.

A sequência de denúncias acarretou a demissão de 260 funcionários, intensificando os protestos que obtiveram cobertura pela mídia. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi criado e serviu de espaço para que fossem debatidas as reivindicações dos trabalhadores, as quais incluíam: reajuste salarial, melhores condições de atendimento, realização de concursos e fiscalização dos setores administrativos (AMARANTE, 1995).

Nise de Silveira foi uma das responsáveis por implantar terapias ocupacionais no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II, no Engenho de Dentro. Por se recusar a aplicar tratamentos abusivos, tais como eletrochoque, camisas de força e isolamento, Nise de Silveira foi transferida para o trabalho com terapia ocupacional que recebia poucos recursos e era um setor desprezado pelos médicos responsáveis pelo hospital. Nesse setor, Nise revolucionou o tratamento dado aos internos oferecendo a estes pincéis, telas e tinta para que pudessem se expressar. O trabalho realizado resultou no Museu de Imagens do Inconsciente, cujas obras foram levadas à Zurique na Suíça e apresentada à sociedade europeia pelo próprio Carl Jung com quem frequentemente correspondia e exaltava as iniciativas em terapia ocupacional realizadas no Brasil¹.

¹ O MUSEU Vivo de Engenho de Dentro. **Museu de Imagens do Inconsciente**. 2014. Disponível em: <http://www.ccms.saude.gov.br/museuvivo/mii.php>. Acesso em: 21 jun. 2021.

Deflagrou-se uma greve dos profissionais em Saúde Mental, no Rio de Janeiro, em 1978. O MTSM continuou atuante obtendo apoio do Sindicato dos Médicos, da Associação Médica do Estado do Rio de Janeiro, da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, da Associação de Médicos Residentes do Estado do Rio de Janeiro, entre outras. Com a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em outubro de 1978, foi possível expandir o movimento para os demais estados brasileiros que passavam por problemas semelhantes aos enfrentados tanto no Rio de Janeiro quanto em São Paulo (BRASIL, 2005).

Nos anos seguintes, a partir da pressão feita por profissionais, familiares e demais membros da sociedade, iniciaram-se projetos que objetivavam findar o modelo hospitalocêntrico. Em 1986, as unidades de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e de Núcleo de Assistência Psicossocial (NAPS) iniciaram suas atividades seguindo os preceitos de Pinel, ao utilizar terapias ocupacionais como forma de tratamento. Também ficou disponível à população ambulatoriais e opções de tratamentos intensivo, semi-intensivo e não intensivo (BRASIL, 2005).

O Deputado Paulo Delgado (PT/MG) propôs, em 1989, um projeto de regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais, bem como a extinção gradual de manicômios no país. Em 1992, acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental em que o Brasil firma, mediante a Declaração de Caracas, o compromisso de implantar, por meio de normas federais, serviços de atenção diária como: CAPS, NAPS e Hospitais-dia, classificação de hospitais psiquiátricos e a fiscalização desses espaços para a preservação dos direitos de pacientes e funcionários (BRASIL, 2005).

2.5 Medicina preventiva na Saúde Mental

A medicina preventiva comumente prioriza as mazelas do corpo. São constantes as campanhas do Ministério da Saúde condizentes à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), aos cuidados para prevenção à obesidade, contra o tabagismo e diversas campanhas de imunização contra as mais diversas doenças (MATALON, 2013).

Em se tratando de Saúde Mental, a prevenção primária se dá ao promover ações de estilo de vida saudável que contemplem a mente, bem como relações próximas com familiares e/ou amigos para evitar a solidão; descansar de forma satisfatória; evitar *stress* em excesso;

praticar atividade física; alimentar-se adequadamente e buscar atividades prazerosas, a fim de criar sensação de bem-estar (MATALON, 2013).

A prevenção secundária se dá com a realização de exames e consultas periódicas para o diagnóstico precoce de doenças. Quanto à saúde mental, o(a) médico(a) deve questionar o paciente quanto aos seus hábitos, seu temperamento e sua disposição emocional. A partir do momento em que a saúde mental do indivíduo está comprometida, o corpo também sofre consequências: as chamadas doenças psicossomáticas, as quais possuem origem psicológica, mas se manifestam fisicamente. Tais doenças geram sintomas como taquicardia, insônia, baixa na imunidade, enxaquecas, entre outras que — a longo prazo — podem causar problemas mais graves (RIBEIRO, 2009).

2.6 Transtornos mentais

“Saúde Mental pode ser considerada como o funcionamento mental bem sucedido que resulte em atividades produtivas, relacionamentos satisfatórios e a habilidade de lidar com as mudanças e adversidades”.

(Keys, 2005)

Transtornos de ordem mental podem ter múltiplos fatores, que variam entre histórico de abuso físico e/ou verbal, genética, alimentação, sedentarismo, trauma, etc. O consenso, até o momento, é de que o indivíduo possui pré-disposição genética e o transtorno se manifesta associado ao meio social e ao estilo de vida. Por conseguinte, tais transtornos são identificados nos mais distintos países, culturas, idades e gêneros. A diferença decorre na forma de diagnóstico e tratamento que em muitos países ainda não é tratado de forma preventiva (SPERRY, 2016).

A seguir, as definições de transtornos mentais (DSM-5), segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (1980), apontam que:

– Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionadas.

Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou de situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideação cognitiva associada;

- Os transtornos depressivos: a característica comum desses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida;

- O espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos. Esses transtornos são definidos por anormalidades em um ou mais dos cinco domínios, quais sejam: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos;

- Um transtorno da personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo. É difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta; é estável ao longo do tempo e leva ao sofrimento ou ao prejuízo;

- O Transtorno Obsessivo Compulsivo é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados, enquanto compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente.

- Os transtornos alimentares são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou em absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial.

- Os transtornos relacionados às substâncias dividem-se em dois grupos: transtornos por uso de substância e transtornos induzidos por substância. As condições, a seguir, podem ser classificadas como induzidas por substância: intoxicação, abstinência e outros transtornos mentais induzidos por substância/medicamento (transtornos psicóticos, transtorno bipolar e transtornos relacionados, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtorno obsessivo-compulsivo e transtornos relacionados, transtornos do sono, disfunções sexuais, *delirium* e transtornos neurocognitivos).

- Transtornos do neurodesenvolvimento são um grupo de condições com início no período do desenvolvimento. Os transtornos se manifestam tipicamente cedo no

desenvolvimento, em geral antes de a criança ingressar na escola, sendo caracterizados por déficits no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, acadêmico ou profissional.

– Os transtornos dissociativos são caracterizados por perturbação e/ou descontinuidade da integração normal de consciência, memória, identidade, emoção, percepção, representação corporal, controle motor e comportamento. Os sintomas dissociativos podem potencialmente perturbar todas as áreas do funcionamento psicológico.

– Os transtornos relacionados a trauma e a estressores incluem transtornos nos quais a exposição a um evento traumático ou estressante está listada explicitamente como um critério diagnóstico e reúnem o transtorno de apego reativo, o transtorno de interação social desinibida, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), o transtorno de estresse agudo e os transtornos de adaptação. O sofrimento psicológico subsequente à exposição a um evento traumático ou estressante é bastante variável. Em alguns casos, os sintomas podem ser bem entendidos em um contexto de ansiedade ou medo. Entretanto, está claro que muitos indivíduos que foram expostos a um evento traumático ou estressante exibem um fenótipo no qual, em vez de sintomas de ansiedade ou medo, as características clínicas mais proeminentes são sintomas anedônicos e disfóricos, externalizações de raiva e agressividade ou sintomas dissociativos.

3 METODOLOGIA

O presente projeto engloba aspectos que envolvem, além do desenvolvimento gráfico, elementos relacionados à saúde pública e gestão. A metodologia deve então possuir componentes capazes de nortear um projeto com tais características, logo, fez-se necessária a mesclagem de duas metodologias pautadas ora em Wheeler (2008) ora em Frascara (2000), as quais se mostraram satisfatórias para o cumprimento dos objetivos estabelecidos.

Wheeler (2008) promove em sua metodologia de desenvolvimento de identidade institucional certo destaque à gestão do projeto, levando em consideração aspectos mais subjetivos que contribuem à geração de estratégias, com foco no posicionamento da marca em relação ao público de interesse e suas necessidades, além dos elementos visuais. Neste projeto, inicialmente, serão utilizadas as duas primeiras etapas de sua metodologia: condução de pesquisa e classificação de estratégia.

Após isso, estabelecer-se-á um diálogo com a metodologia desenvolvida por Jorge Frascara (2000), a qual privilegia as informações que deverão ser transmitidas visualmente da maneira mais clara possível, utilizando técnicas de design e arquitetura da informação. O projeto contemplará as seguintes etapas: Definição de objetivos (diretrizes do projeto, requisitos e restrições); Geração de alternativas; Especificação das ações e desenvolvimento das versões (3ª definição do problema); Refinamento da alternativa; Especificação técnica e produção (arte final); Implementação e Mediação de resultados (validação). Sendo assim, os procedimentos metodológicos adotados correspondem às seguintes fases:

QUADRO 1 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Fase 1	Pesquisar necessidades e percepções dos stakeholders; Concluir auditorias sobre marketing, concorrência, tecnologia, jurídica e linguagem.
Fase 2	Sistematizar as informações levantadas; Classificar a estratégia de marca; Desenvolver uma plataforma de posicionamento; Cocriar atributos de marca; Escrever resumo de marca (BRIEF); Escrever um resumo criativo.
Fase 3	Definição de objetivos (diretrizes do projeto, requisitos e restrições); Geração de alternativas; Refinamento da alternativa; Especificação técnica e produção (arte-final).

Fase 4	Implementação; Mediação de resultados (validação).
-----------	---

Fonte: Adaptado de Wheeler (2008) e Frascara (2000).

4 FASE ANALÍTICA

4.1 Pesquisa de necessidades e análise de informações

Nesse processo de desenvolvimento, deve-se apontar, mediante a pesquisa, os principais *stakeholders* (partes interessadas), os quais consistem nas partes que — direta ou indiretamente — têm interesse no funcionamento da organização e/ou empresa. Conforme aclara Wheeler (2009, p. 12), “à medida que o processo de *branding* se desenrola, a pesquisa sobre as partes interessadas informará uma ampla gama de soluções, desde o posicionamento para a inclinação das mensagens da marca, até a estratégia e ao plano de lançamento”.

O projeto em questão tem como objetivo elaborar material gráfico e editorial, com conteúdo voltado para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A seguir (FIGURA 1), dispõem-se os principais *stakeholders* do SUS:

FIGURA 1 - PRINCIPAIS STAKEHOLDERS DO SUS



Fonte: A autora (2021)

4.1.1 Governo

Segundo o portal do Governo Federal,

O Ministério da Saúde é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros. É função do Ministério dispor de condições para a proteção e recuperação da saúde da população, reduzindo as

enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando, assim, mais qualidade de vida ao brasileiro. (BRASIL, 2020, [s.p]).

Sendo assim, cabe ao Ministério da Saúde direcionar recursos públicos de acordo com as demandas e informar às secretarias estaduais e municipais quanto às diretrizes do SUS. Os estados e municípios possuem autonomia para realizar campanhas conforme necessidades regionais. Adiante, seguem exemplos de cartilhas produzidas por tais secretarias:

FIGURA 2 - MODELOS DE CARTILHAS PRODUZIDAS PELAS SECRETARIAS DE SAÚDE

 <p>Fonte: Ministério da Saúde (2015)</p>	<p>Material desenvolvido pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde. O arquivo possui 550 páginas e é composto por artigos e reportagens que abordam sobre saúde mental. Apresenta linguagem técnica, grid modular, textos longos e não possui imagens. Consta na Biblioteca Virtual em Saúde, do Ministério da Saúde, disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/saude_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.</p>
 <p>Fonte: Portal de Enfermagem (2009)</p>	<p>Material desenvolvido em 2009, de acesso apenas digital. O arquivo contém 28 páginas, possui linguagem acessível. Grid em colunas, textos curtos com títulos em destaque, imagens com baixa relação ao assunto tratado. Disponível no Portal da Enfermagem em: https://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/cartilha-orientacao-saude-mental-secr-t-saude-df.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.</p>

 <p>Fonte: Ministério da Saúde (2004)</p>	<p>Material desenvolvido pela Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, do Ministério da Saúde. Trata do funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial e das normas a serem seguidas. Publicado em 2004, possui 86 páginas, linguagem técnica direcionada aos profissionais da saúde, bem diagramado e hierarquizado. Porém, inacessível para o público.</p> <p>Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.</p>
 <p>Fonte: FIOCRUZ (2011)</p>	<p>Material produzido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), do qual foram impressas 10.000 cópias. Possui 20 páginas e descreve alguns dos principais transtornos mentais. Linguagem acessível, grid modular, textos longos com imagens pouco representativas. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/resource/369773. Acesso em: 18 jun. 2020.</p>

Fonte: Compilação feita pela autora (2021)²

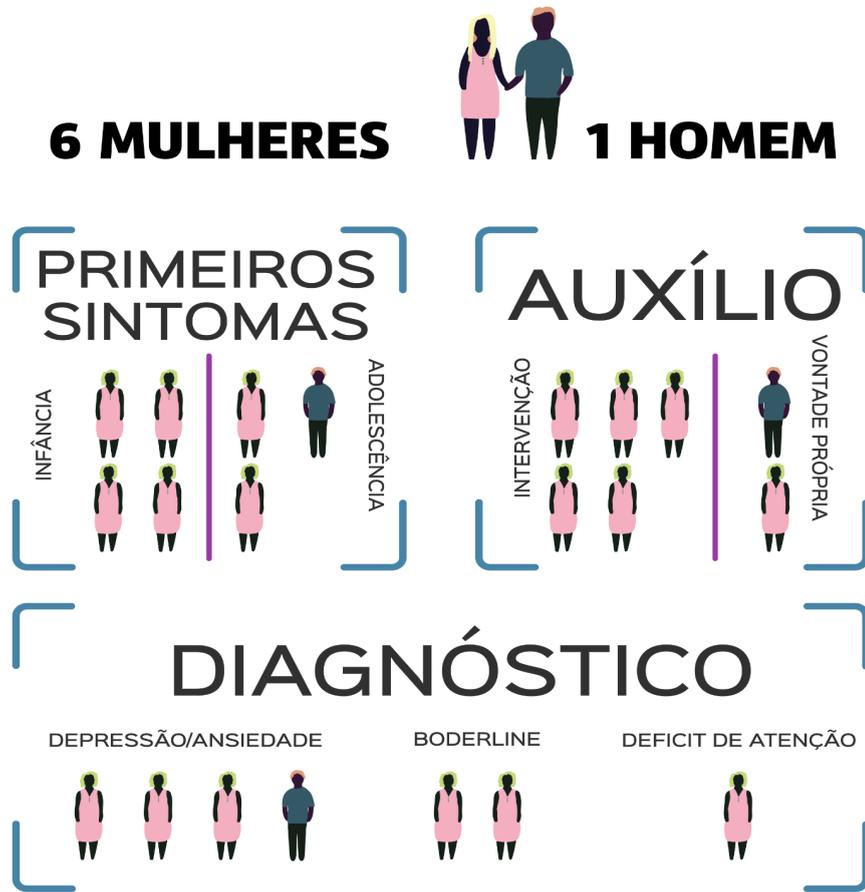
4.1.2 Público

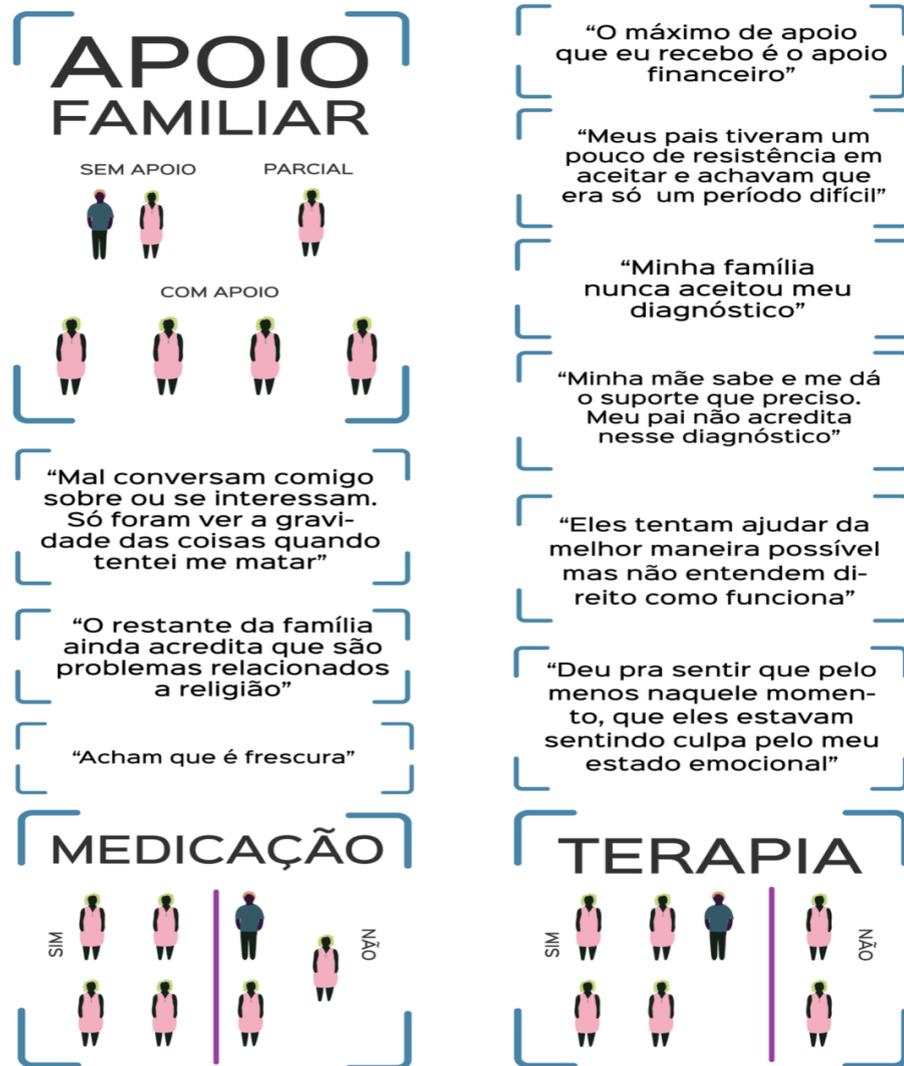
Medo, preocupação, incerteza e vergonha são alguns dos sentimentos que pessoas com transtornos mentais lidam diariamente. O medo vem, principalmente, da falta de compreensão da própria situação e pelo estigma que ainda existe na sociedade quanto aos estereótipos de “louco”. Sete entrevistas foram feitas, com jovens entre 18 e 27 anos que se voluntariaram através de redes sociais, realizadas entre os dias 05 e 06 de junho de 2020, nas quais foram

² Montagem a partir de imagens coletadas nos sites da Biblioteca Virtual em Saúde, do Portal da Enfermagem, do Ministério da Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz.

abordadas questões a respeito da experiência de indivíduos diagnosticados com transtornos mentais variados.

FIGURA 3 - DADOS E RELATOS DE INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS DIVERSOS





Fonte: A autora (2021)

Os relatos das entrevistas coletadas apresentam a perspectiva dos acometidos por transtornos mentais e as diferentes formas em que o transtorno afeta as suas vidas. Pode-se observar que em 71% dos casos foi necessária a intervenção de familiares ou terceiros. Por intervenção, entende-se internação ou auxílio na busca por profissionais em saúde mental. Em apenas um dos casos, a escola foi ponto interventor auxiliando no processo de entendimento da família e na orientação quanto ao tratamento adequado. Nos demais casos, envolvendo crianças/adolescentes, em idade escolar, não houve tal interferência.

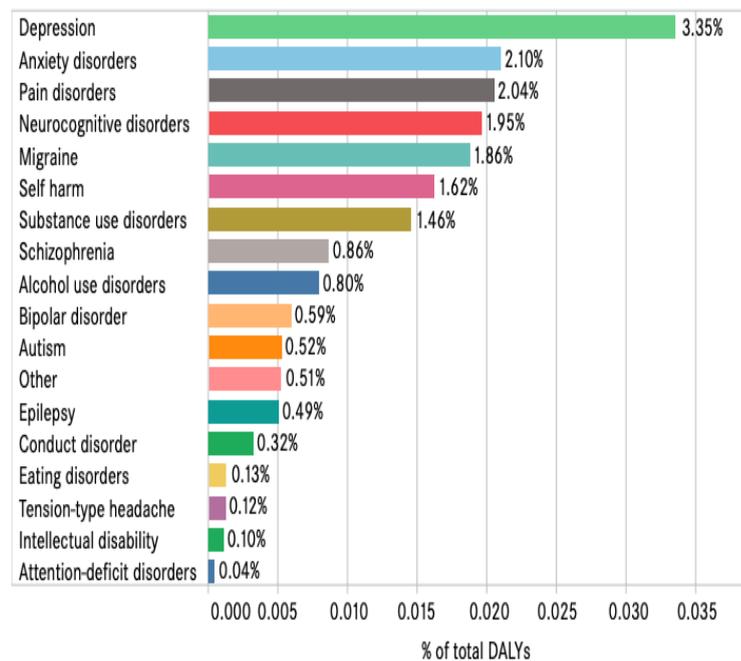
4.1.3 Instituições/Organizações

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os transtornos mentais constituem 34% das deficiências nas Américas, e, ainda assim, não recebem o investimento necessário para tratamento e prevenção. A Organização, em 2018, mediante relatório intitulado “A carga dos transtornos mentais na Região das Américas, 2018”, fornece dados referentes aos transtornos mais incapacitantes e analisa a discrepância entre o índice de acometidos com transtornos mentais e os investimentos não realizados ou mal alocados.

Países de baixa renda tendem a alocar a maior parte de seus recursos financeiros na manutenção de hospitais psiquiátricos, ato que entra em divergência com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual solicita a desativação gradual de hospitais psiquiátricos e investimentos na atenção primária, enfatizando a prevenção e o diagnóstico precoce.

FIGURA 4 - DESORDENS MENTAIS, NEUROLÓGICAS, DO USO DE SUBSTÂNCIAS E SUICÍDIO

Figure 2: Ranking of mental, neurological, and substance use disorders, and suicide DALYs



Fonte: PAHO (2018)³

No Brasil, instituições como o Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NAPS), o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e

³ Baseado nos dados coletados no relatório, como forma de alerta à necessidade de aumentar os investimentos em saúde mental nas Américas. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275120286_eng.pdf?sequence=10&isAllowed=y. Acesso em: 30 fev. 2021.

as Unidades Básicas de Atendimento (UBS) realizam, atualmente, atendimentos de atenção primária. Esse é o ponto de contato em que pacientes e familiares buscam informações e orientações, e, os casos mais graves são encaminhados aos hospitais psiquiátricos ainda ativos.

4.1.4 Profissionais da saúde

Pacientes com transtornos mentais são comumente atendidos por psicólogos (as), psiquiatras, assistentes sociais e enfermeiros(as). Esses profissionais prestam serviços para CAPS, NASF, UBS e hospitais psiquiátricos. Sendo assim, realizaram-se entrevistas com quatro profissionais, entre os dias 23 de maio e 7 de junho de 2020, na modalidade online, por meio da rede social profissional *LinkedIn* e pelo aplicativo de mensagens *WhatsApp*. Durante as entrevistas, questionou-se sobre a atividade profissional e as principais dificuldades no exercício da ocupação.

As principais observações apontadas pelos profissionais entrevistados condizem ao atendimento básico preventivo. Aqueles que atuam na UBS e no CRAS realizam, junto às comunidades, programas que prestam visitas e orientam os moradores acerca de meios para desenvolver a própria saúde mental acompanhando também casos que exigem tratamento ou intervenção. As principais demandas são para o tratamento de depressão, ansiedade, problemas familiares, abuso de substâncias e violência doméstica. De acordo com as entrevistas, pacientes e familiares costumam indagar a respeito das causas do que sentem, querem compreender e resolver de forma imediata, além de questionarem sobre as opções de tratamento, as possíveis medicações e os efeitos colaterais.

4.1.5 Mídia

A representação de transtornos mentais na mídia é uma forma simples de levar o conhecimento até a população; todavia, ocasionalmente, essa representação é feita de maneira irresponsável. Diferentes novelas, séries e minisséries foram alvo de críticas de associações de profissionais em Saúde Mental e do Conselho Federal de Medicina. A exemplo, cita-se “O Outro Lado do Paraíso” (2017-2018), novela da Rede Globo, escrita por Walcyr Carrasco, em

que a protagonista Clara Tavares (interpretada por Bianca Bin) possui diagnóstico de transtorno esquizofrênico e é obrigada a realizar um tratamento de eletroconvulsoterapia.

Tanto o transtorno quanto o tratamento foram representados de forma errônea. Partindo desse cenário, a Associação Brasileira de Psiquiatria alega que:

A ABP manifesta a sua profunda inconformidade à cena veiculada, que descaracteriza esse procedimento médico, além de prestar um desserviço à população, estimulando o preconceito e o estigma relacionados às doenças mentais, aos pacientes psiquiátricos e à psiquiatria⁴.

A Associação Brasileira de Familiares (ABRATA), amigos e pessoas com transtornos afetivos se pronunciaram quanto à personagem Nelita (interpretada por Bárbara Paz), na novela “A Regra do Jogo” (2015-2016), também da Rede Globo. Em nota, a Associação informa que:

(...) a novela veicula uma informação incorreta sobre o que é transtorno bipolar e, como foi ressaltado nos capítulos iniciais, confunde transtorno de múltiplas personalidades (ou transtorno dissociativo de identidade) com transtorno bipolar com sintomas psicóticos e mostra o personagem em questão com comportamentos que não se identificam com os sintomas dos Transtornos de Humor⁵.

A emissora, em resposta, afirma que “as novelas são obras de ficção sem compromisso com a realidade, como registramos ao final de cada capítulo. Ao recriar livremente situações presentes em nosso cotidiano, a teledramaturgia busca apenas tecer o pano de fundo para as histórias”.

Em noticiários, casos que envolvem saúde mental são comumente relacionados a crimes. Nas situações que envolvem suicídio, há preocupação quanto ao Efeito *Werther* (suicídio copiado), termo criado pelo pesquisador David Phillips (1982), que descreve que ouvir a notícia de um suicídio pode influenciar pessoas vulneráveis a cometer o ato. Destarte, a OMS dá as seguintes diretrizes para noticiar suicídios:

- Evitar descrever o suicídio como inexplicável e esclarecer os sinais de alerta;
- Evitar glorificar ou romantizar o ato do suicídio e tentar apresentar uma história equilibrada sobre a pessoa;

⁴ Trecho retirado de uma carta aberta, feita pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), divulgada em seu site e direcionada à Rede Globo, emissora da qual a novela pertence e foi emitida. Carta completa disponível em: http://abpbrasil.websiteseuro.com/portal/wp-content/upload/2018/05/Nota_O-outro-lado-do-paraiso.pdf. Acesso em: 30 fev. 2021.

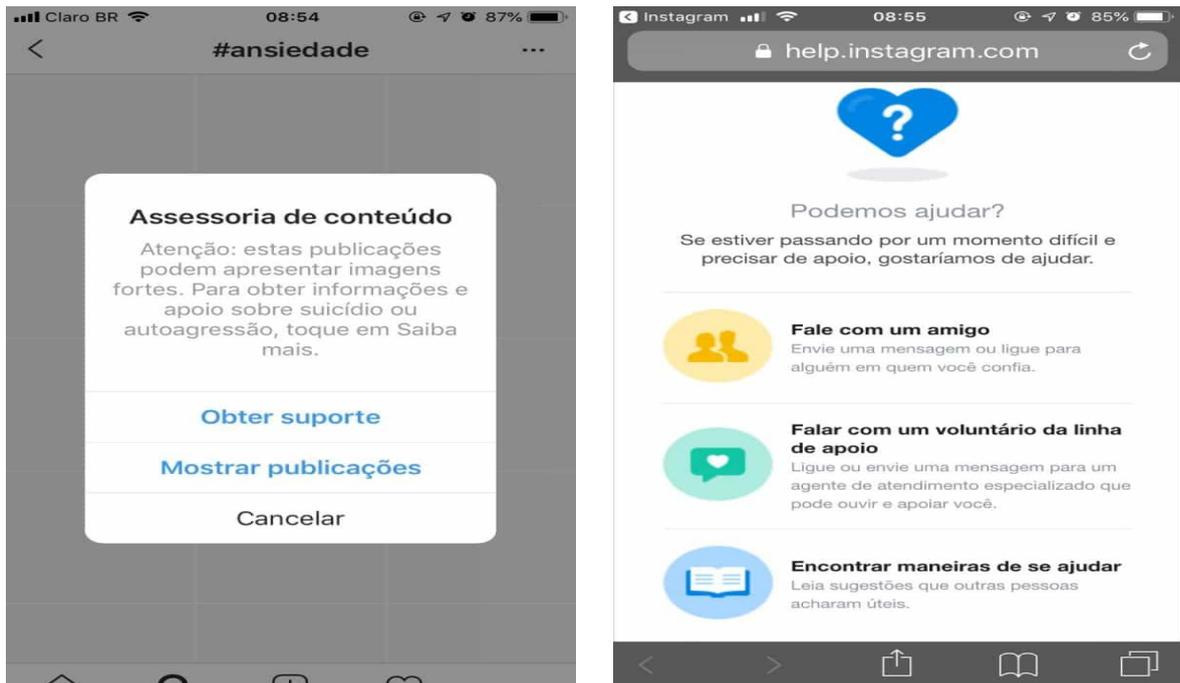
⁵ Trecho retirado de uma nota de esclarecimento, feita pela Associação Brasileira de Familiares (ABRATA), sobre abordagem e informação incorretas do que se trata o transtorno bipolar. Nota completa disponível em: <https://www.abrata.org.br/nota-de-esclarecimento-abrata-novela-regra-do-jogo-abordagem-e-informacao-incorreta-sobre-o-que-e-o-transtorno-bipolar/>. Acesso em: 30 fev. 2021.

- Evitar incluir o método, local ou detalhes da pessoa que faleceu e limitar as informações aos fatos que o público precisa saber;
- Evitar retratar o suicídio como uma resposta aceitável às adversidades da vida;
- Evitar títulos sensacionalistas;
- Evitar imagens gráficas e fotografias prejudiciais;
- Evitar o uso de linguagem estigmatizante;
- Não compartilhar o conteúdo de cartas suicidas;
- Evitar citar a polícia ou as primeiras pessoas que presenciaram o ato;
- Apresentar recursos sempre que possível, como o telefone de linhas de ajuda.

As redes sociais também se mostram poderosas ferramentas que podem ser prejudiciais à saúde mental de acordo com o conteúdo consumido. A estética de vida fabricada em redes sociais cria um ambiente em que a perfeição é o padrão e a comparação com o fabricado é inevitável. As redes sociais também geraram um novo fenômeno na Psicologia: a síndrome FOMO (Fear of Missing Out) ou “medo de ficar de fora”, em que o indivíduo teme, de maneira exacerbada, perder conteúdo ou não ser capaz de acompanhar as constantes atualizações das redes.

Algumas redes sociais, quais sejam *Instagram*, *Tumblr* e *Twitter*, possuem mecanismos que direcionam o usuário para sites de apoio, como o do Centro de Valorização à Vida (CVV), de acordo com as buscas realizadas no aplicativo/site. O uso de inteligência artificial para identificar mudanças nos padrões de comportamento dos usuários tem sido aperfeiçoado e é uma das formas em que tais redes tentam conter o aspecto negativo de seu uso.

FIGURA 5 - SUPORTE DO INSTAGRAM



Fonte: Fotocópia retirada no Instagram (2020)

4.2 Análise de similares

Foram analisados projetos objetivos similares que tratam de saúde mental de maneira ampla ou a respeito de algum transtorno em específico. As campanhas e os projetos analisados, a seguir, são de origem nacional ou internacional, veiculados em mídia impressa.

FIGURA 6 - CAMPANHAS E PROJETOS SOBRE TRANSTORNOS

 <p>#EuOuçoVocê.</p> <p>UM MOVIMENTO DE CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE SUICÍDIO E SAÚDE MENTAL.</p> <p>AJUDE A ROMPER A BARREIRA DO DIÁLOGO. PARTICIPE UTILIZANDO A HASHTAG #EUOUÇOVOCE NAS REDES SOCIAIS.</p> <p>CCG Setembro Amarelo</p>	<p>Campanha #EuOuçoVocê, veiculada durante o “Setembro Amarelo”.</p> <p>Produzida pela Agência Bistrô para o Centro Clínico Gaúcho (CCG).</p>
 <p>MUNDO ESPECIAL estranho</p> <p>ANSIEDADE & DEPRESSÃO</p> <p>Um raro e dos transtornos mentais é como eles surgem? Quais são os sintomas? Quando é hora de procurar ajuda? O que fazer com os sintomas? Como lidar com eles? Você sabe como lidar com eles? Saiba mais!</p>	<p>Revista Mundo Estranho, Edição 210.</p> <p>Edição especial da Editora ABRIL, a qual trata de ansiedade e depressão.</p>

	<p>A agência <i>Mother London</i>, contratada pelo Grupo Samaritans, criou a Campanha “<i>Real People, Real Stories</i>” (Pessoas Reais, Histórias Reais).</p>
	<p>Agência: Giacometti Londrina</p> <p>Ação “Janeiro Branco”, para o Shopping Avenida Center Maringá.</p>
	<p>Campanha “Não deixe sua Luz apagar, Mais Informação, Menos Depressão”, criada para a Secretaria Municipal de Ação Social, de Nova Viçosa.</p>

Fonte: Compilação da autora (2021)⁶

Percebe-se que, entre os exemplos citados, são utilizados diferentes linguagens visuais em que a mensagem é retratada por meio de tipografias, fotografias e ilustrações.

⁶ Montagem a partir de imagens coletadas nos sites da Centro Clínico Gaúcho, Revista Mundo Estranho, Grupo Samaritans, Shopping Avenida Center Maringá, Secretaria Municipal de Ação Social de Nova Viçosa.

4.3 Estratégia, posicionamento e atributos

A estratégia adotada tem como base os dados levantados durante a pesquisa. Os pontos em que os indivíduos podem buscar informações são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) e o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). Vale ressaltar que é essencial que o material esteja disponível nesses pontos, a fim de esclarecer as competências de cada um e melhor direcionar ao especialista ao qual necessita o indivíduo.

Dados levantados também evidenciaram que, além de ser distribuído em pontos de atendimento, o material também deve estar disponível em escolas, a julgar que os primeiros sintomas tendem a surgir na infância e/ou adolescência.

QUADRO 2 – MATERIAIS EDUCATIVOS SOBRE TRANSTORNOS E SINTOMAS

Pontos de contato/distribuição:	Escolas	UBS	UPAS(área de espera)	Redes Sociais
Direcionado à:	Família	Professores	Pacientes em potencial	
Linguagem:	Simples	Levemente coloquial	Amigável/acolhedora	
Imagens:	Ilustrações digitais vetoriais, no estilo flat. Utilizando cores amigáveis e situações do dia a dia em que o leitor possa se identificar.			

Fonte: A autora (2021)

5 FASE CRIATIVA

Findada a fase analítica, em que foram definidos os elementos estratégicos do projeto como tom da mensagem, público e pontos de distribuição, dar-se-á início à fase criativa, cuja estratégia elaborada servirá de guia para a construção dos componentes visuais do projeto.

5.1 Geração de alternativas

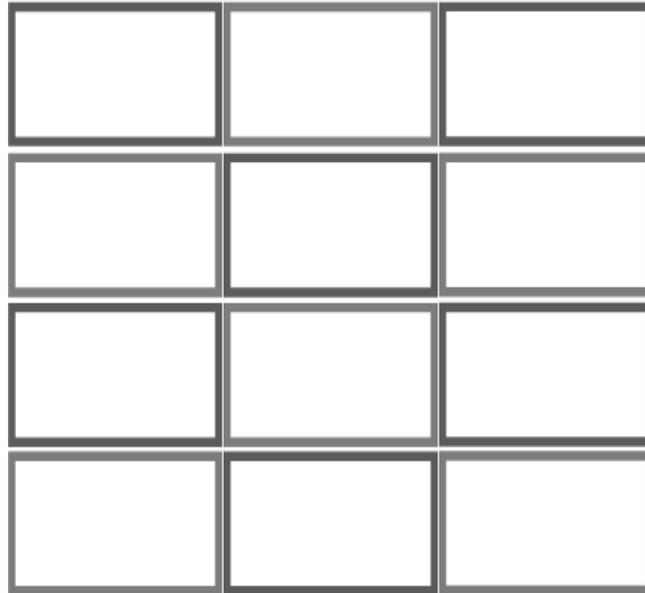
5.1.1 Estrutura

A estruturação do projeto será feita tendo como base a metodologia de design editorial desenvolvida por Castro e Perassi (2013), que usam as características da tipografia como base de planejamento. A metodologia é composta pelas seguintes etapas:

- Predefinição da forma da página/aproveitamento de papel;
- Definição da tipografia;
- Estabelecimento da entrelinha;
- Determinação do módulo;
- Dimensionamento da forma da página/construção da grade;
- Criação de uma escala modular;
- Representação do diagrama (largura de colunas e margens);
- Configuração e ativação da linha de base.

Dessa metodologia, serão utilizadas cinco etapas, quais sejam: predefinição da forma da página/aproveitamento de papel, definição da tipografia, estabelecimento da entrelinha, determinação do módulo e dimensionamento da forma da página/construção da grade. As demais não serão utilizadas por serem melhor empregadas em blocos de texto mais densos, o que não se aplica ao projeto em questão.

Quanto ao **aproveitamento de papel**: As cartilhas seguirão o formato 12 para folha BB (66cm x 96cm). Essa distribuição define o formato gráfico de 33 cm x 16 cm.

FIGURA 7 - FORMATO GRÁFICO DE CARTILHA

Fonte: A autora (2021)

Quanto à **definição da tipografia**: de acordo com a estratégia e o público previamente estabelecidos, a linguagem adotada para comunicar o conteúdo desenvolvido deve ser amigável, simples e espontânea, quase em tom de conversa. Logo, as características tipográficas que melhor comunicam tal estratégia são as tipografias sem serifa, por dialogarem melhor com o público jovem e por serem adequadas para pequenos blocos de texto; e geométrica, porém com as extremidades levemente arredondadas, deixando-as mais amigáveis e modernas. Seguindo tais pré-requisitos, foram selecionadas cinco famílias tipográficas.

FIGURA 8 - FAMÍLIA TIPOGRÁFICA

Lorem Ipsum_{Moniker}
 Lorem Ipsum_{Brevia}
 Lorem Ipsum_{Omnes}
 Lorem Ipsum_{Filson}
 Lorem Ipsum_{Terfens}

Fonte: A autora (2021)

Testes preliminares com o texto produzido, apontaram a *Filson Soft* e a *Omnes* como as mais adequadas. Ambas possuem famílias tipográficas mais completas e formas geométricas.

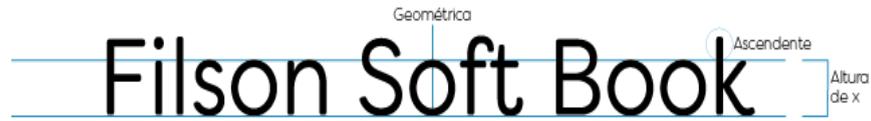
FIGURA 9 - TIPOGRAFIA DA FILSON SOFT E OMNES

filson
 omnes
 Lorem Ipsum

Fonte: A autora (2021)

Finalizados os testes com ambas as tipografias inseridas na dimensão final da cartilha, que será de 19,8cm x 13,7cm, a família tipográfica *Filson* apresentou melhor desempenho quanto a mancha gráfica e distribuição em três pesos diferentes (10pt, 12pt e 14pt).

FIGURA 10 - FAMÍLIA TIPOGRÁFICA FILSON



Filson Soft Thin

Filson Soft Thin Italic

Filson Soft Light

Filson Soft Light Italic

Filson Soft Book

Filson Soft Book Italic

Filson Soft Regular

Filson Soft Regular Italic

Filson Soft Medium

Filson Soft Medium Italic

Filson Soft Bold

Filson Soft Bold Italic

Filson Soft Black

Filson Soft Black Italic

Filson Soft Heavy

Filson Soft Heavy Italic

Fonte: A autora (2021)

Quanto ao **estabelecimento da entrelinha**: o valor aplicado à entrelinha é fundamental para que a legibilidade de um texto seja o mais agradável possível e sua configuração se dá mediante o cálculo de $X_{pt} + 20\%$. O peso escolhido para ser utilizado com a família tipográfica *Filson* foi o 12pt com entrelinha configurada em 14.4pt, de acordo com o cálculo abaixo.

FIGURA 11 - CÁLCULO DE ENTRELINHA

$$12pt + 20\%(2.4pt) = 14.4pt$$

Fonte: A autora (2021)

Quanto à **determinação do módulo**: a determinação da dimensão do módulo se dá mediante o valor da entrelinha em milímetros. Dessa forma, $1pt = 0,35275\text{ mm}$; ao multiplicar esse valor pela configuração de entrelinha encontrada no item anterior, tem-se:

FIGURA 12 - DIMENSÃO DE MÓDULO

$$1pt = 0,35275\text{mm}$$

$$14,4pt = 5,0796\text{mm}$$

Fonte: A autora (2021)

Convertido o valor de entrelinha (14,4pt) em milímetros (5,0796), tem-se a dimensão do módulo que será então inserida no formato do papel definido anteriormente com seu devido ajuste. O formato do papel após o refilamento é de 198mm x 137mm e o formato de cada página 99mm x 137mm.

FIGURA 13 - DIMENSÕES DO MÓDULO NO PAPEL

$$\begin{aligned} &\text{Largura da página:} \\ &137\text{mm}/5,0796 = 26.9706276 = 26 \text{ módulos} \\ &26 \times 5,0796 = 132\text{mm} \\ \\ &\text{Altura da página:} \\ &99\text{mm}/5,0796 = 19.4897236 = 19 \text{ módulos} \\ &19 \times 5,0796 = 96\text{mm} \end{aligned}$$

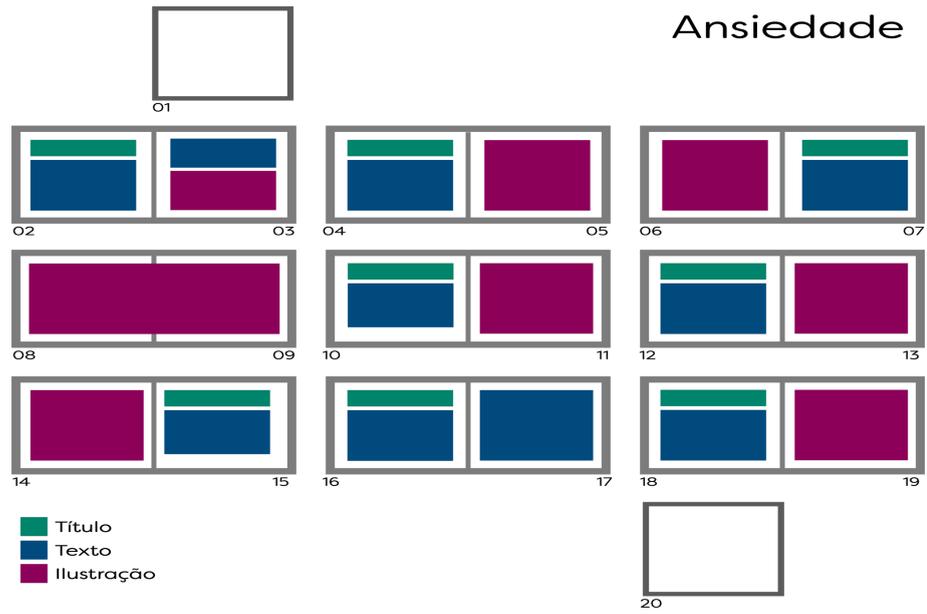
Fonte: A autora (2021)

Realizando os devidos arredondamentos, tem-se a dimensão final da página em 132mm x 96mm. A partir daí, este será o padrão utilizado e a área em que serão aplicados textos e ilustrações.

5.1.2 Espelho de publicação

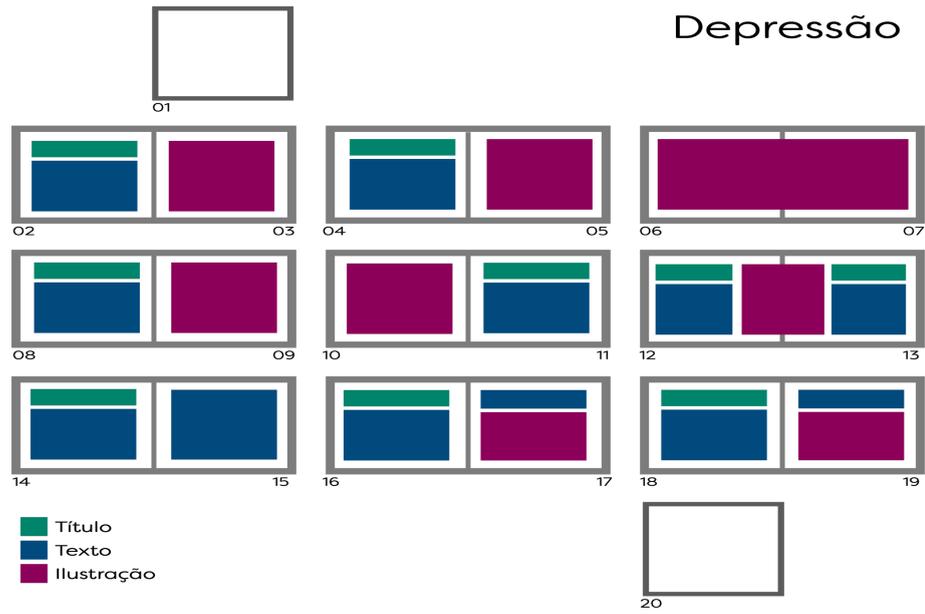
A organização do material é feita por meio do espelho de publicação, em que o texto e as imagens produzidos serão distribuídos no espaço definido (20 páginas, 99mm x 137mm), mantendo a leiturabilidade e a legibilidade, a fim de que a compreensão do conteúdo não seja comprometida. Sendo assim, serão 3 (três) cartilhas: Ansiedade, Depressão e Dependência Química. Cada cartilha deve possuir seu próprio planejamento quanto à disposição dos textos e de imagens, tendo em vista que cada uma possui conteúdos distintos.

FIGURA 14 - CARTILHA DE ANSIEDADE



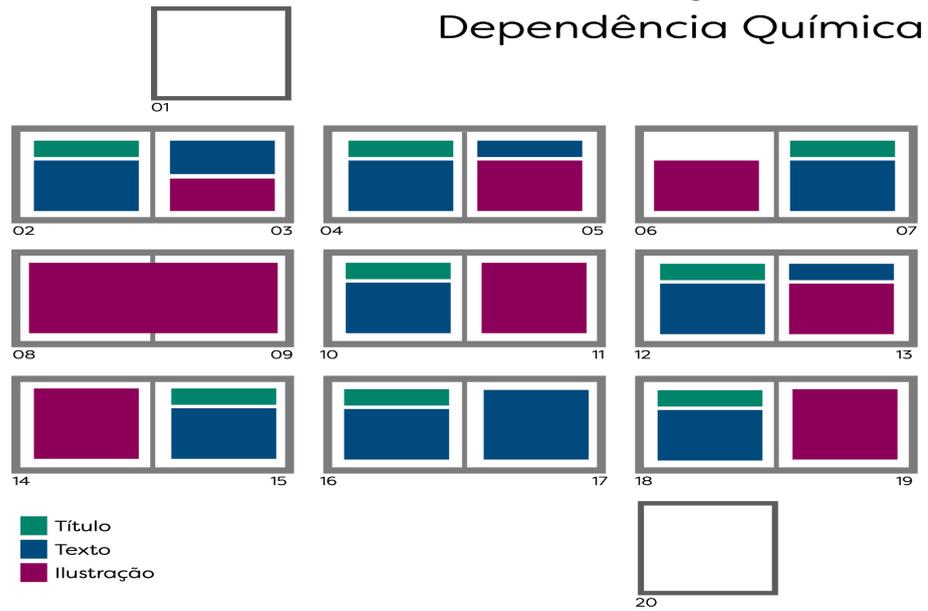
Fonte: A autora (2021)

FIGURA 15 - CARTILHA DE DEPRESSÃO



Fonte: A autora (2021)

FIGURA 16 - CARTILHA DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA



Fonte: A autora (2021)

5.1.3 Paleta de cores

"Determinadas cores dão sensação de proximidade, outras de distância, da mesma forma que uma pessoa comunicativa, vibrante, mais facilmente se aproxima de nós, enquanto outra parece manter-se à distância por ser de poucas palavras ou sem um sorriso".

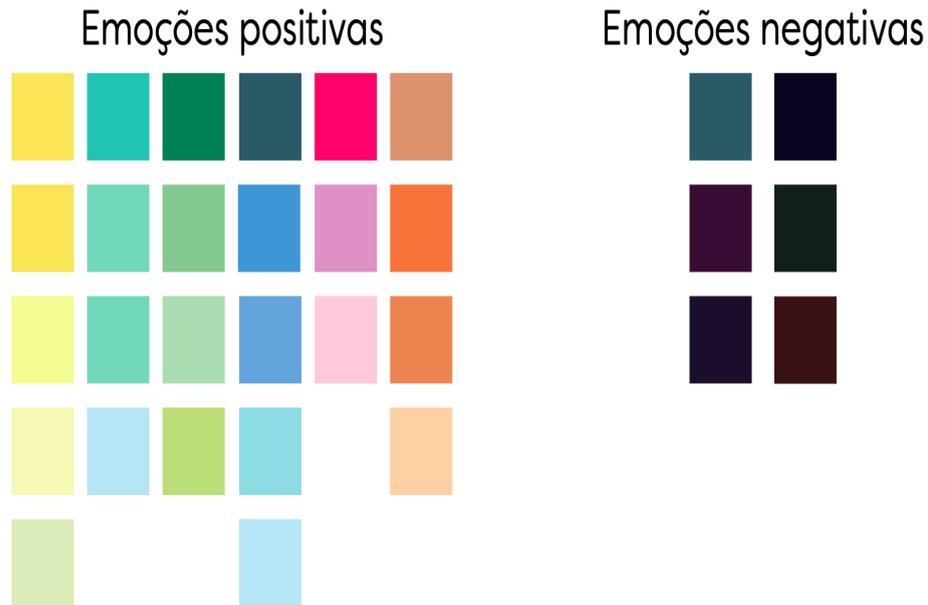
(Farina, Perez, Bastos, 2011)

A cor pode ser usada para representar associações materiais ou afetivas. Possui carga cultural, psicológica e emocional influenciando na percepção do que ocorre ao redor do indivíduo com impacto ora positivo ora negativo, a depender do contexto. Neste projeto, o uso das cores se associa com diferentes níveis de saturação e luminosidade ao humor e disposição emocional. Sendo assim, cores com saturação mais elevada e maior luminosidade representam estados emocionais considerados positivos, tais como: alegria, amor, paz, calma, etc. Enquanto as cores com baixa saturação e luminosidade devem retratar estados emocionais considerados negativos: tristeza, medo, raiva, desespero, frustração, etc.

O projeto conta com ilustrações de pessoas em situações cotidianas, das quais suas peles e vestes irão refletir o estado emocional de cada uma. Dessa maneira, demonstrando como o transtorno mental pode afetar o indivíduo no dia a dia e que, mesmo em situações de lazer idealizadas para despertar prazer e satisfação aos seus participantes, pode gerar reações emocionais negativas.

A seguir, a imagem ilustrando tal pressuposto:

FIGURA 17 - RELAÇÃO ENTRE AS REAÇÕES EMOCIONAIS E AS CORES



Fonte: A autora (2021)

5.1.4 Ilustrações

Para reforçar a mensagem a ser transmitida pelas cartilhas, será aplicada a abordagem desenvolvida por Paivio (1971, 1986), em sua Teoria de Código Duplo, na qual afirma que a utilização de associações verbais e não verbais favorecem o aprendizado ao utilizar recursos que facilitem a memorização. No projeto atual, a abordagem escolhida para auxiliar na memorização foi a ilustração. A ilustração é uma ferramenta usada para explicar visualmente um conceito e pode vir acompanhada de texto ou ser autoexplicativa. Nesse caso, elas foram criadas digitalmente, pela facilidade de reprodução e pela possibilidade de aplicação tanto impressa quanto digital.

O texto do material foi desenvolvido utilizando como base a empatia, evocando a compreensão de como o transtorno mental funciona e como é a vida de quem vive com estes transtornos. A linguagem visual deve estar alinhada com a linguagem verbal e evocar as mesmas sensações. Além das cores utilizadas para evidenciar humor e estado emocional, a forma é utilizada para criar o sentimento de identificação no leitor. Os personagens são compostos por diversos corpos, gêneros e idades, um reflexo do perfil sociodemográfico dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (RIBEIRO *et al.*, 2006).

FIGURA 18 - ILUSTRAÇÃO AUTOEXPLICATIVA

Fonte: A autora (2021)

6 FASE EXECUTIVA

6.1 Especificação técnica e produção (arte-final)

A qualidade do produto final — projeto impresso — depende das características físicas que devem ser transmitidas de maneira clara à gráfica. As especificações técnicas para impressão das cartilhas estão descritas a seguir:

Designação do produto – Cartilha

Formato fechado (altura x largura) – 16cm x 33cm.

Formato fechado (altura x largura) – 16cm x 16,5.

Número de páginas – 20 páginas.

Número de cores – 4 tabela CMYK

Papel – Couché fosco, 120g

Tipo de acabamento – Refilado

Tiragem – Indefinido

Encadernação – Canoa

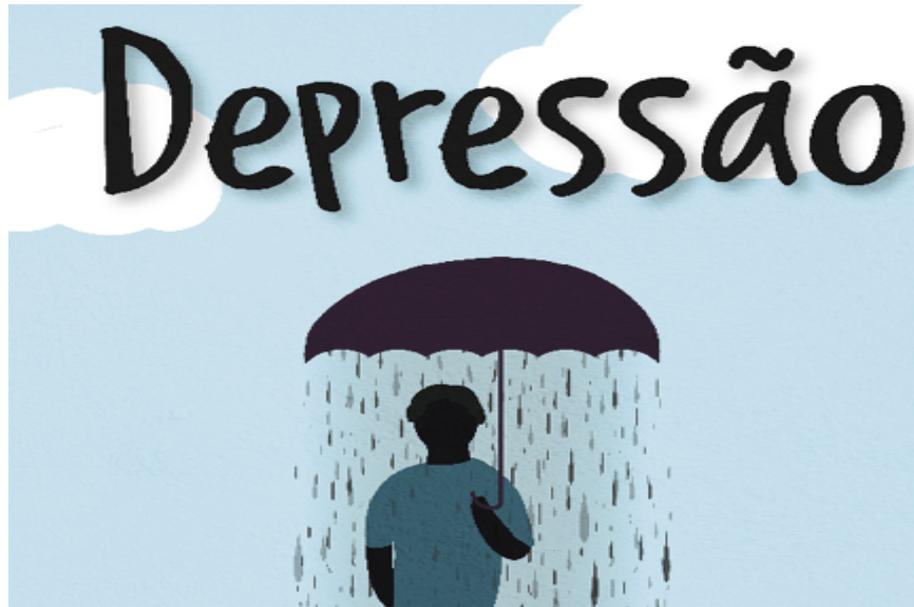
6.2 Planejamento de distribuição

O material gráfico elaborado tem como objetivo levar esclarecimento quanto aos principais transtornos mentais para a população. Para que esse objetivo seja cumprido carece não só o desenvolvimento do projeto em si como também o planejamento de distribuição.

Segundo os dados da OMS (2018), os primeiros sintomas tendem a surgir na juventude com prevalência em jovens de 16 a 29 anos. Por essa razão, o projeto que a princípio tinha como objetivo a distribuição em pontos de atendimento do SUS, tornou a incluir escolas. Logo, o material impresso deve ser disponibilizado para consulta pública em postos de atendimento médico e em escolas das redes pública e privada.

Não foi possível validar o material produzido por conta das limitações em relação à COVID-19. Escolas fechadas e postos de atendimento médico restritos à urgências e emergências.

FIGURA 19 - CAPA DA CARTILHA “DEPRESSÃO”



Fonte: A autora (2021)

FIGURA 20 - CAPA DA CARTILHA “ANSIEDADE”



Fonte: A autora (2021)

FIGURA 21 - CAPA DA CARTILHA “DEPENDÊNCIA QUÍMICA”

Fonte: A autora (2021)

Sendo os jovens os mais acometidos por tais transtornos, faz-se necessária a inclusão das redes sociais a este planejamento como forma de disseminar conhecimento, sendo possível entregar essas informações a pacientes em potencial, familiares e seu círculo de amizades.

7 CONCLUSÃO

A sociedade em muito avançou quanto à compreensão das mazelas que afligem o corpo. Porém, as mazelas da mente ainda estão cercadas de incertezas e desinformação. O Design foi utilizado neste projeto como ferramenta de promoção da saúde mental.

Durante o processo de desenvolvimento deste trabalho, pôde-se vislumbrar as dificuldades tanto dos profissionais da saúde, em esclarecer aos pacientes, quanto dos pacientes, em acessar ou identificar o ponto de acesso ao tratamento adequado. A elaboração deste trabalho teve como objetivo amparar, na medida do possível, aqueles que necessitam de tais informações.

Assim sendo, acredita-se que o objetivo foi alcançado no que cerne à elaboração do material gráfico para os fins citados. Por conseguinte, auxiliaram a autora a mais uma vez experienciar o que o Design tem a oferecer quanto a sua interdisciplinaridade, expandindo seus conhecimentos na área editorial e da psicologia clínica.

REFERÊNCIAS

A REGRA do jogo. João Emanuel Carneiro. Brasil: TV Globo, 2015-2016.

ABP – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. ABP, 2018. Associação Brasileira de Psiquiatria alerta sobre o uso pejorativo do ECT em novela. Disponível em: http://abpbrasil.websiteseuro.com/portal/wp-content/uploads/2018/05/Nota_O-outro-lado-do-paraiso.pdf. Acesso em: 30 fev. 2021.

ABRATA – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE FAMILIARES, AMIGOS E PORTADORES DE TRANSTORNOS AFETIVOS. ABRATA, 2015. Nota de esclarecimento ABRATA: Novela “A Regra do Jogo” – abordagem e informação incorretas sobre o que é o transtorno bipolar. Disponível em: <https://www.abrata.org.br/nota-de-esclarecimento-abrata-novela-regra-do-jogo-abordagem-e-informacao-incorreta-sobre-o-que-e-o-transtorno-bipolar/>. Acesso em: 30 fev. 2021.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): SNE/ENDP, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018.

ANDRADE, P.; PRADO, P. S. Psicologia e Neurociência cognitivas: alguns avanços recentes e implicações para a educação. **Interação em Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 73-80, 2003.

BRANDÃO, R. Doenças psicossomáticas: o que é, quais os tipos, sintomas e tratamento?. **Zenklub**. 12 ago. 2020. Disponível em: <https://zenklub.com.br/oleção-psicossomaticas/>. Acesso em: 30 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Institucional**. 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/acesso-a-informacao/institucional>. Acesso em: 30 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. **Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/olec_mental/pdf/sm_sus.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível

em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/oleçãorio/oleç_mental_volume_5.pdf. Acesso em: 18 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. **Saúde do adolescente e do jovem**. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Portal da Enfermagem. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Gerência de Enfermagem. **Saúde Mental – Inclusão Social**. Brasília: SEPS, 2009. Disponível em: <https://www.portaldafenmagem.com.br/downloads/cartilha-orientacao-saude-mental-secrts-aude-df.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2020.

CASTRO, L.; PERASSI, R. A tipografia como base do projeto gráfico-editorial. In: GRAPHICA 13. Simpósio Nacional de Geometria Descritiva e Desenho Técnico; Internacional Conference On Graphics Engineering For Arts And Design, 21./10., 2013, Florianópolis. **Anais: Expressão Gráfica – Tecnologia e Arte para Inovação**. Florianópolis, SC: UFSC, 2013.

CVV. **Prevenção ao Suicídio**. 2017. Disponível em: <https://www.prevencaosuicidio.blog.br/dados>. Acesso em: 6 dez. 2020.

FIOCRUZ. Cadernos de Monitoramento Epidemiológico e Ambiental. In: ENSP. **O que são os transtornos mentais?** – Noções Básicas. N. 1. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011. Disponível em: <http://www.6.ensp.fiocruz.br/oleçãorio/resource/369773>. Acesso em: 18 jun. 2020.

FRASCARA, J. **Diseño gráfico y comunicación**. Buenos Aires: Ediciones Infinito, 2000.

LANDIM, F. L. P. Et al. Estudo-síntese: interfaces da análise de rede social com o campo da saúde mental. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2010. Disponível em: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2010_4/artigos/CSC_v18n4_527-535.pdf. Acesso em: 13 maio 2021.

MATALON, A. A medicina preventiva também é importante para a saúde mental. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 29, n. 4, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v29i4.11106>. Acesso em: 30 jun. 2020.

MORENO, R. A.; MORENO, D. H.; SOARES, M. B. M. Psicofarmacologia de antidepressivos. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 21(Suppl. 1), p. 24-40, 1999.

O OUTRO lado do paraíso. Walcy Carrasco. Brasil: TV Globo, 2017-2018.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **OMS registra aumento de casos de depressão em todo o mundo; no Brasil são 11,5 milhões de pessoas**. jan. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-ver-115-milhoes-de-pessoas/>. Acesso em: 6 dez. 2020.

PAHO – PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **The Burden of Mental Disorders in the Region of the Americas, 2018**. Washington, D.C.: PAHO, 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275120286_eng.pdf?sequence=10&isAllowed=y. Acesso em: 21 maio 2021.

PAIVIO, A. **Imaginação and Verbal Processes**. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1971.

PAIVIO, A. **Mental Representations**. New York: Oxford University Press, 1986.

PAULIN, L. F.; TURATO, E. R. Antecedentes da Reforma Psiquiátrica no Brasil: as contradições nos anos 1970. **História, Ciências e Saúde**, Manguinhos, v. 11, n. 2, p. 241-258, 2004.

PESSOTTI, I. **A loucura e as épocas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.

PHILLIPS, D. P. The impact of fictional television stories on U.S. Adult Fatalities: New Evidence on the Effect of the Mass Media on Violence. *The American Journal of Sociology*, 1982.

QUEIROZ, V. D. C. **Entre o passado e o presente: a atuação do assistente social no campo da saúde mental**. 2010. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/oleção.php?strSecao=resultado&nrSeq=15056@1&msg=28#>. Acesso em: 30 jun. 2020.

RESENDE, H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, Nilson do Rosário (org.). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 6. Ed. Petrópolis: Vozes, 2000. P. 31.

RIBEIRO; D. Nos limites da linguagem: uma leitura das doenças psicossomáticas à luz da psicanálise lacaniana. **InterScience Place**, v. 1, n. 8, 2009.

RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F.; SILVA, Z. P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, dez. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/chq6THyDdxKvbqckqTKqfKH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 fev. 2021.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Ver. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 591-595, jul./ago. 2005.

SPERRY, L. **Mental Health and Mental Disorders: An Encyclopedia of Conditions, Treatments, and Well-Being**. California: Greenwood, 2016.

WHEELER, A. **Design de identidade de marca: um guia completo para a criação, construção e manutenção de marcas fortes**. Porto Alegre: Bookman, 2008.

WHEELER, A. **Designing Brand Identity**: an essential guide for the entire branding team. 3rd ed. John Wiley & Sons, Inc. New Jersey: Hoboken, 2009. p. 12.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título do Projeto de pesquisa: **TRANSTORNOS MENTAIS: o estigma do paciente e a informação através do Design**

Pesquisador Responsável: Tayane Cristine Oliveira Pires

Você está sendo convidado (a) para ser participante do Projeto de pesquisa intitulado **TRANSTORNOS MENTAIS: o estigma do paciente e a informação através do Design de responsabilidade do (a) pesquisador Tayane Cristine Oliveira Pires..**

Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Caso se sinta esclarecido (a) sobre as informações que estão neste Termo e aceite fazer parte do estudo, peço que assine ao final deste documento, em duas vias, sendo uma via sua e a outra do pesquisador responsável pela pesquisa. Saiba que você tem total direito de não querer participar.

1. O trabalho tem por Desenvolver material gráfico e editorial, com conteúdo voltado para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), visando o esclarecimento quanto aos transtornos de humor e personalidade mais comuns e orientar quanto aos tratamentos disponíveis;

2. A participação nesta pesquisa consistirá em avaliar os principais pontos quanto a linguagem verbal e visual do material gráfico desenvolvido..

3. Os benefícios com a participação nesta pesquisa serão auxiliar na elaboração do material que visa esclarecer à população usuária do SUS(sistema unico de saúde) a respeito dos principais transtornos mentais que acometem jovens e adultos;

4. Os participantes não terão nenhuma despesa ao participar da pesquisa e poderão retirar sua concordância na continuidade da pesquisa a qualquer momento.

5. Não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar aos voluntários pela participação, no entanto, caso haja qualquer despesa decorrente desta participação haverá o seu ressarcimento pelos pesquisadores.

6. O nome dos participantes será mantido em sigilo, assegurando assim a sua privacidade, e se desejarem terão livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queiram saber antes, durante e depois da sua participação.

7. Os dados coletados serão utilizados única e exclusivamente para fins desta pesquisa, e os resultados poderão ser publicados.

Qualquer dúvida, pedimos a gentileza de entrar em contato com Tayane Oliveira, pesquisador (a) responsável pela pesquisa, telefone: 98 981384537 e-mail: tayane_cristine@hotmail.com.

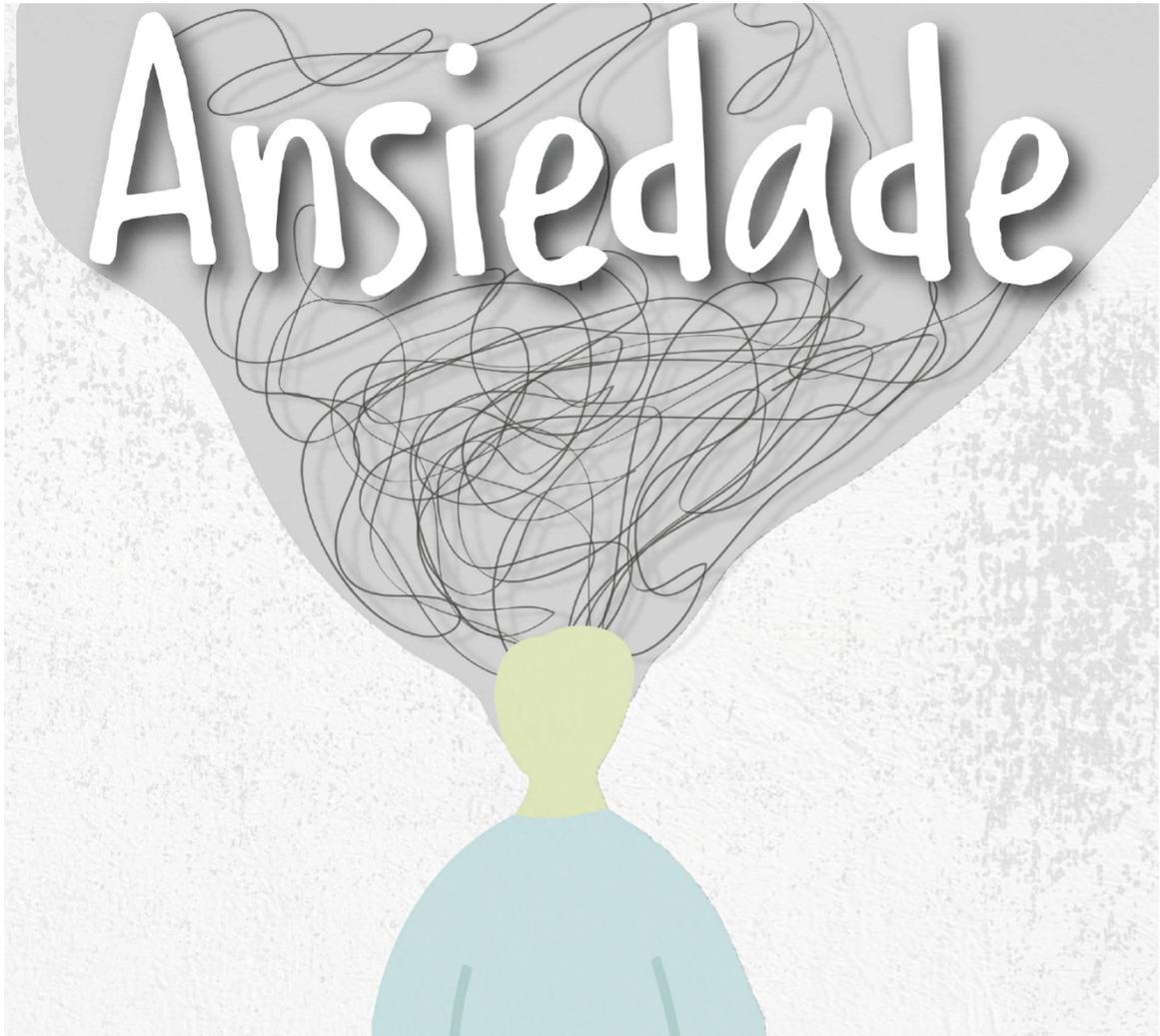
Eu, _____, RG
nº _____ declaro ter sido informado e concordo em ser participante do
Projeto de pesquisa acima descrito.

São Luís, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

APÊNDICE B – CARTILHA SOBRE ANSIEDADE



O que é Ansiedade

A ansiedade é um transtorno psicológico muito comum, principalmente no Brasil. O país ocupa primeiro lugar no ranking mundial da doença: cerca de 18,6 milhões de brasileiros a possuem. Seu principal sintoma é a sensação de medo e preocupação com o futuro, de forma extrema, constante e desproporcional.

Essa sensação está ligada à vida pessoal, relacionamentos amorosos ou familiares, ao trabalho ou em diversos outros âmbitos. Entretanto, o transtorno de ansiedade não deve ser confundido com o medo ou a ansiedade normais, que sentimos em algumas ocasiões - quando, por exemplo, estamos esperando alguma notícia ou nos preparando para algum evento importante. Nesses casos, o medo aparece quando há um “perigo” próximo e desaparece quando ele vai embora. Já o transtorno de ansiedade é o estágio de vigilância em que o indivíduo permanece atento a uma ameaça futura, imaginando-a pior do que ela realmente é, e tende a permanecer nessa agonia por pelo menos seis meses.

Imagine um empregado que está o sempre aflito por medo de ser demitido, mesmo que seu chefe não tenha feito reclamações sobre ele; ou uma pessoa que frequentemente imagina que seu parceiro a esteja traíndo,

mesmo que ele não tenha dado razões para que essa preocupação existisse.

Essa sensação constante de que algo de ruim está prestes a acontecer é a ansiedade, que além do desconforto mental é geralmente acompanhado de algumas reações do corpo - como aceleração do batimento cardíaco, mãos suadas, respiração ofegante, falta de ar e tremedeiras - e pode tornar as atividades do dia-a-dia incapacitantes.



Sintomas Comuns

Os sintomas mais comuns da ansiedade são a sensação de medo e vigilância constantes e desproporcionais em relação a algo de ruim que possa vir a acontecer no futuro. Isso inclui: nervosismo, inquietação, insônia e dificuldade de concentração.

Diferente do medo, a ansiedade persiste, em geral, por seis meses ou mais - e pode apresentar picos, que surgem de repente e em questão de minutos. Durante essas crises, o coração da pessoa ansiosa passa a bater mais rápido, seu corpo produz mais suor, há tremedeiras, a respiração acelera, pode ter falta de ar, tontura, vertigem, calafrios, formigamentos, náuseas e dores no tórax e no abdômen.

Em casos mais intensos, o indivíduo pode até ter a sensação de que está distante do próprio corpo ou que aquilo à sua volta não é real, além de sentir medo de enlouquecer ou de morrer. A longo prazo, para tentar evitar as crises, o sujeito ansioso tende a “fugir” e evitar situações, eventos ou ocasiões que podem desencadeá-las.





Sintomas FÍSICOS

Os sintomas psicológicos e as reações do corpo aos momentos de crise não estão apenas na esfera mental; eles são resultados de um desbalanceamento de substâncias químicas produzidas no cérebro.

Quando ficamos ansiosos, produzimos um hormônio chamado cortisol, que aumenta de forma temporária a nossa glicose, responsável por nos fazer lutar ou reagir contra o perigo.

Uma pessoa que tem transtorno de ansiedade, entretanto, se sente constantemente nessa situação - e o corpo acaba produzindo o hormônio em excesso, causando mazelas ao longo do tempo.

As mais comuns são tensões musculares no pescoço, costas, lombar e músculos - a sensação de "músculo travado" parecida com a dor que você sente depois que dorme em uma posição ruim -, dores de cabeça, enjoo ou sensação de queimação no estômago, necessidade de urinar com frequência e sensação de cansaço mesmo sem ter feito nada que gaste energia. Algumas pessoas podem também ter queda de cabelo, alergias e infecções mais frequentes do que alguém sem ansiedade.

• Como é o Diagnóstico

O diagnóstico é feito por psicólogos e psiquiatras por meio de sessões periódicas. Nesses encontros, o profissional entrevista o paciente levando em consideração seu depoimento pessoal, suas expressões faciais e suas atitudes.

Em alguns casos, também são considerados depoimentos de quem convive com a pessoa suspeita de ansiedade. Depois das consultas, tanto o terapeuta quanto o psiquiatra analisam se há pelo menos quatro dos principais sintomas presentes na vida do paciente por um período de, no mínimo, seis meses. Se sim, o transtorno e sua gravidade são diagnosticados. O próximo passo é o tratamento.



Como é o Tratamento

O tratamento mais indicado para o transtorno de ansiedade é a psicoterapia, e, dependendo da gravidade da doença, pode ser combinada com o uso de medicamentos específicos. A terapia é feita a partir de encontros periódicos com um psicólogo, que podem acontecer várias vezes na semana, semanalmente ou em espaços de tempo maiores em casos menos graves.

Nas sessões, o profissional ouve o paciente contar suas queixas e acontecimentos da vida e o guia a encontrar a raiz do seu problema de ansiedade, o seu autoconhecimento, e como lidar com as crises. Se o transtorno necessitar de auxílio de remédios, o paciente é encaminhado ao psiquiatra.

Esse profissional é responsável por analisar o quadro específico e receitar os medicamentos adequados. A duração de ambos os tratamentos, tanto com o psicólogo quanto com o psiquiatra, são definidos a partir do grau do transtorno, e podem durar de meses a anos para ser concluídos.





Como é a Medicação



No tratamento da ansiedade, às vezes utilizar medicamentos torna-se essencial. Isso acontece porque o transtorno não é apenas mental: seus sintomas se devem, também, ao desequilíbrio químico de algumas substâncias do nosso cérebro. Daí, o remédio entra, com a função de regular essas substâncias e tornar o dia-a-dia da pessoa ansiosa mais equilibrado.

Alguns deles servem para controlar a doença a longo prazo e, outros, a curto prazo. Esses últimos geralmente têm efeito rápido e aliviam momentaneamente os sintomas físicos nos momentos de crise - como os batimentos cardíacos e respiração acelerados, a tremedeira etc.

Esses medicamentos, chamados de psicotrópicos, normalmente são receitados pelo médico psiquiatra após uma ou mais consultas. Eles podem ser “tarja preta” ou “tarja vermelha” e, por serem mais fortes, precisam de uma receita especial para ser comprados.

Seu tipo, dosagem e também a duração do tratamento dependem do grau de intensidade da condição de cada indivíduo. Ao longo do tempo, conforme a pessoa vá melhorando, os medicamentos são reduzidos aos poucos. Por fim, quando o paciente estiver com o transtorno controlado, o psiquiatra pode retirá-los completamente.

Principais Dúvidas

Onde buscar ajuda?

O tratamento da ansiedade pode ser feito gratuitamente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no Núcleo de Atendimento Psicossocial (NAPs), no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e, em casos urgentes, em hospitais psiquiátricos da sua cidade. Os atendimentos psicológico e psiquiátrico também podem ser feitos em clínicas particulares.

A medicação vicia?

Um dos grandes preconceitos que permeiam o tratamento para ansiedade é a crença de que os medicamentos viciam, já que alguns deles precisam de uma receita especial para ser adquiridos. Essa ideia é precipitada e faz as pessoas terem ainda mais receio em procurar ajuda profissional. Na verdade, a função do medicamento é ajudar o cérebro a reestabelecer os níveis normais de algumas substâncias que ajudam a regular nosso corpo - que, devido às crises de ansiedade, ficam desreguladas. Conforme o tratamento avança, essas substâncias voltam a se equilibrar naturalmente, sem depender do medicamento. Por isso, quando a ansiedade é controlada, o psiquiatra suspende os remédios - porque, ao fim, o corpo já está “reequilibrado” e não precisa mais deles..

Tem cura?

Não, a ansiedade não pode ser curada ou superada permanentemente. Por

ser um transtorno psicológico crônico - uma doença que dura por toda a vida -, ela pode ser apenas controlada através do tratamento adequado. Podemos dizer que uma pessoa está com a ansiedade controlada quando ela apresenta cada vez menos crises, com menos intensidade e com o espaço de tempo maior entre elas. Esse período sem crises é chamado de “remissão”.

Melhor evitar o que deixa a pessoa ansiosa então?

Não. A ansiedade não existe por causa dos gatilhos ou das situações externas, mas sim por conta do problema psicológico da pessoa que a possui. Se alguém com ansiedade passar a evitar certos eventos que podem lhe render crises, ela não estará tratando o problema, e sim fugindo dele. Ocasionalmente, ainda mais situações vão deixar a pessoa ansiosa - além daquela que ela estava evitando -, e ela vai se privar tanto que pode acabar incapacitada de fazer qualquer atividade cotidiana. Portanto, a melhor alternativa não é evitar situações que podem gerar ansiedade, mas sim tratar a doença para que elas não sejam mais um gatilho.

E se não tratar?

Se o transtorno de ansiedade nunca for tratado, ele não vai simplesmente sumir. Pelo contrário: ele tende a evoluir e apresentar sintomas cada vez mais graves, comprometendo a vida da pessoa que o possui. Além de prejuízos no estudo, trabalho e em relacionamentos pessoais, os sintomas físicos como tontura, fraqueza, taquicardia e aperto no peito podem se intensificar. A longo prazo, o quadro de ansiedade pode até evoluir para um transtorno depressivo ou para problemas cardíacos irreversíveis.

Checklist

Resumindo bem, os principais sintomas da depressão são:

- Humor deprimido, melancólico, desanimado e desesperançoso na maior parte do dia - ou irritado e impaciente, mais apresentado em crianças e adolescentes;
- Perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades do dia-a-dia, inclusive as que costumavam ser agradáveis;
- Perda ou ganho de apetite e de peso sem estar fazendo nenhuma dieta;
- Falta de sono (insônia) ou sono em excesso (sonolência) recorrentes;
- Movimentos ou “tiques” que indicam inquietação ou sossego além do comum, normalmente percebidos por outras pessoas;
- Sensação de cansaço e falta de energia, mesmo sem ter feito nada que canse;



Como ajudar

Se você conhece alguém que tenha pelo menos quatro dos sintomas mais comuns de um transtorno de ansiedade, o principal passo a ser tomado é convencer essa pessoa a procurar tratamento.

Pessoas com transtornos psicológicos demoram a procurar ajuda porque ouvem com frequência que aquela condição é “fraqueza” ou que não é nada demais - então, tentam ignorar a condição ou até ingerir drogas e álcool para “fugir” delas. Esse tipo de comportamento, entretanto, acaba atenuando o transtorno e tornando a situação ainda mais delicada.

Então, para ajudar, você tem que se mostrar compreensível e disposto a ouvir, além de nunca reproduzir preconceitos ou julgamentos por conta da condição do outro. Deixe claro que a ansiedade é uma doença como qualquer outra que precisa de acompanhamento médico. Que, assim como não dá para ignorar asma ou diabetes, não se pode ignorar um transtorno psicológico, já que ele também tem efeitos químicos e físicos. Acima de tudo, deixe claro que você se importa e nunca ignore pedidos de ajuda.



Ilustração: Tay Oliveira
Texto: Giovana Kury

APÊNDICE C – CARTILHA SOBRE DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O que é Dependência Química

A dependência química é um transtorno psicológico que normalmente se desenvolve depois que alguém usa quantidades muito grandes de substâncias psicoativas - ou seja, drogas - que podem ser medicamentos, álcool ou drogas ilícitas. Ao contrário do que se pensa, a dependência não pode ser causada apenas por drogas "pesadas", como álcool ou cocaína, mas também por substâncias que parecem inofensivas, como um simples remédio para dor de cabeça.

A diferença é que algumas delas, como por exemplo o crack, têm potencial de viciar o usuário desde a primeira vez que usa; e outras precisam ser utilizadas mais vezes e em maiores doses para isso. A dependência acontece porque a maioria das drogas nos dá prazer - e, instintivamente, tendemos a repetir as ações que estimulam a parte do cérebro responsável por ele.

Esse foi um modo que nosso corpo criou ao longo da evolução para perpetuarmos nossa espécie. Por exemplo: quando estamos em um lugar muito frio e nos aquecemos, sentimos prazer, conforto. Essa sensação boa é uma forma de nosso cérebro fazer nós repetirmos a ação que nos protegeu. Ou seja: de fazer nós sempre nos aquecermos quando estivermos em locais gelados.

A mesma coisa acontece com uma substância psicoativa: ela nos dá prazer, e, quando nos tornamos dependentes, nosso corpo sente necessidade de usá-la repetidas vezes porque acha que a substância está nos fazendo bem. Os principais sintomas do vício são a vontade incontrolável de fazer uso da substância em questão, a ingestão de doses cada vez maiores dela e até crises de abstinência quando se passa muito tempo sem.

Algo comum entre pessoas com dependência química é substituir atividades normais do dia-a-dia, como lazer ou trabalho, para fazer uso dessas substâncias; ou mesmo conseguir fazê-las somente sob efeito delas. Se for grave e não for tratado, esse transtorno pode causar danos irreversíveis à vida da pessoa em relação ao estudo, trabalho e relacionamentos e também para o seu próprio corpo.



Sintomas Comuns

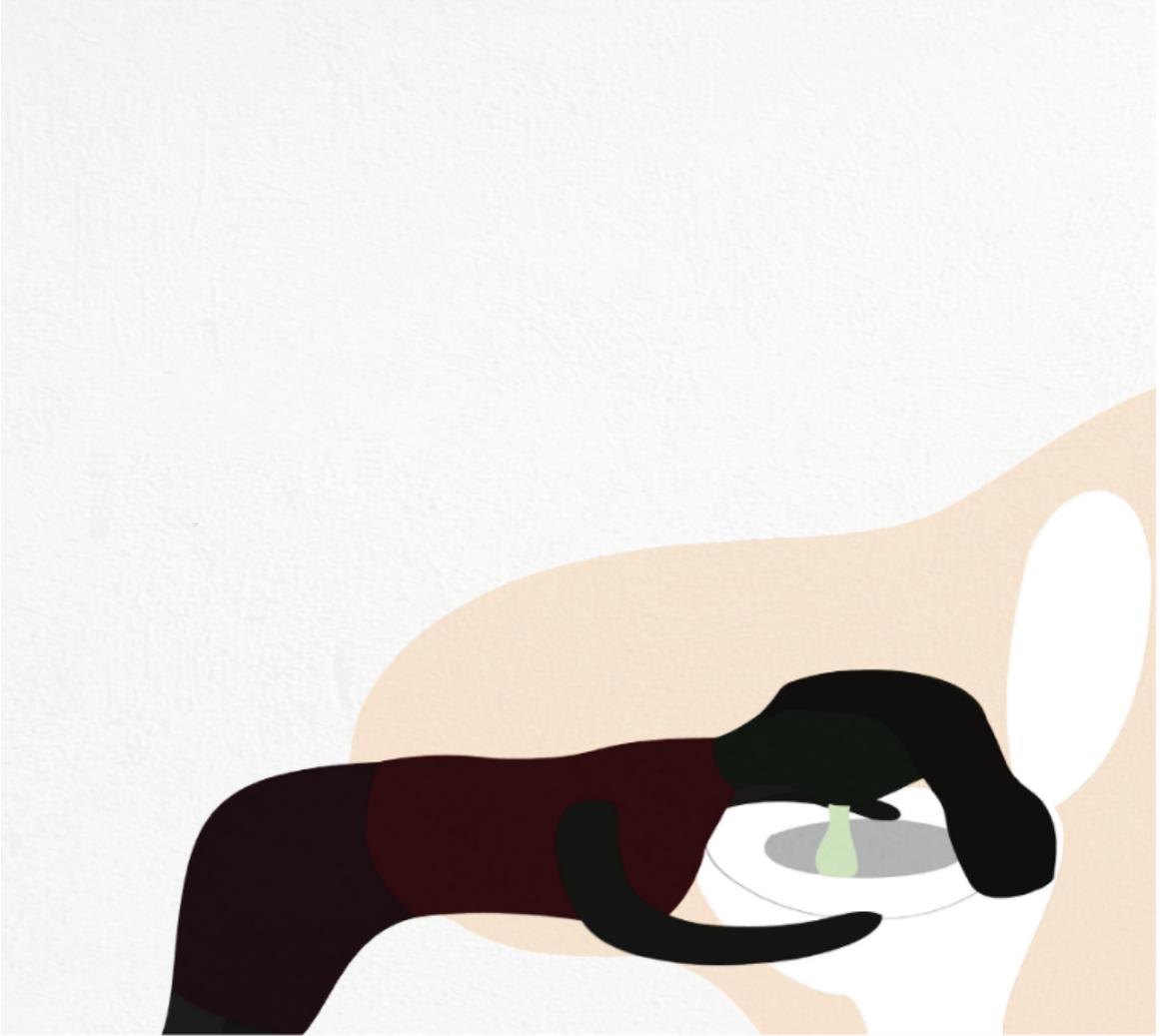
O principal sintoma da dependência química gira em torno da “fissura” pela droga em que a pessoa é viciada - ou seja, da vontade incontrollável de usá-la, mesmo sabendo de suas consequências negativas.

No cérebro de uma pessoa com esse transtorno, usar a droga fica em primeiro plano e todas as outras coisas - família, trabalho, amigos e autocuidado - vêm depois. Então, ela também pode passar a não frequentar eventos ou atividades para, no lugar deles, fazer uso da droga. Muitas vezes, como o cérebro do dependente “se acostuma” com certa quantidade da substância, ele tende a usar doses cada vez maiores para atingir o mesmo efeito - e isso pode acabar sendo prejudicial à sua saúde.

Alguém com vício em álcool, por exemplo, tem mais chances de desenvolver cirrose ou de sofrer um acidente de carro ao ingerir quantidades abusivas da substância.

Outro sintoma que pode acompanhar essa condição são as crises de abstinência, que é quando o dependente começa a manifestar alguns “sinais” de que seu corpo está sentindo falta da droga. Ele pode se mostrar mais irritado, ansioso, menos concentrado e pode sentir tremedeiras e dores físicas. Em casos mais extremos de vício, a dependência pode inclusive se sobrepor às necessidades básicas da pessoa: o seu corpo “esquece” de comer, beber água ou dormir.





Sintomas Físicos

Além de mudar o jeito que interage com pessoas à sua volta e apresentar alguns sintomas da ansiedade - como irritabilidade e tremedeiras - , o dependente químico pode apresentar sintomas físicos durante uma crise de abstinência da droga. Os mais comuns são vômitos, dores abdominais, de cabeça, gastrite, aumento do fígado e diarreia.

A longo prazo, o uso abusivo da substância - dependendo de que substância é - pode trazer problemas graves à saúde da pessoa, como o câncer, problemas no coração e no fígado, impotência sexual, falta de ânimo ou até tentativas de suicídio.

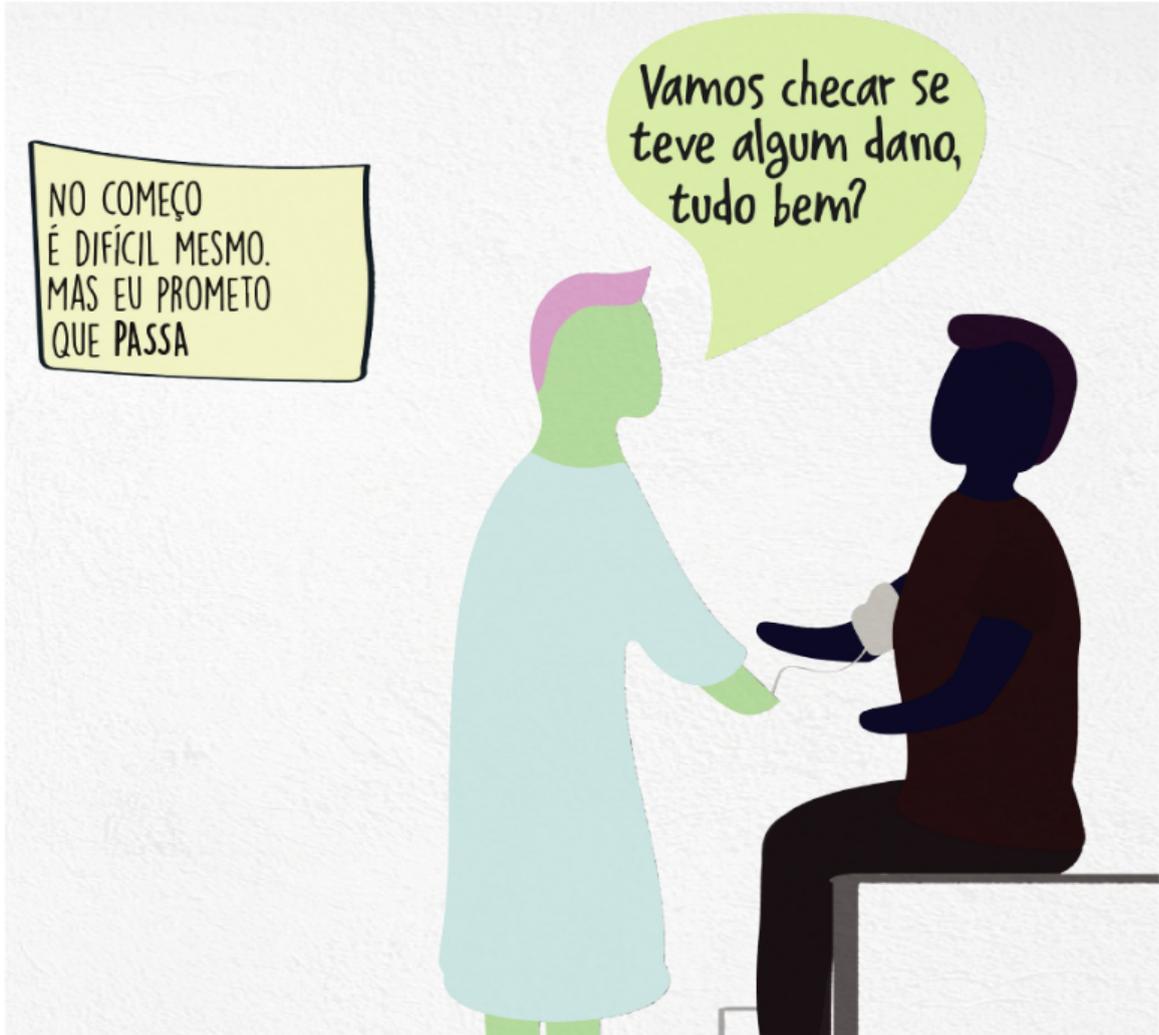
Como é o Diagnóstico

O diagnóstico de dependência, assim como qualquer outro transtorno psicológico, é feito a partir de sessões periódicas com profissionais da saúde mental - mas é um transtorno bem complicado de se diagnosticar.

Isso ocorre porque, na nossa sociedade, há uma “naturalização” do uso de algumas substâncias psicoativas, então às vezes é difícil de sublinhar quando uma droga está sendo usada ocasionalmente ou quando ela já é um vício. Por exemplo: uma pessoa que bebe álcool “socialmente” três vezes por semana pode estar viciada e nem se dar conta disso. Seu diagnóstico vai depender da análise do profissional, que tentará descobrir por que a pessoa precisa usar tantas vezes aquela substância.

Às vezes, ela faz isso para fugir de algum outro problema interno; às vezes ela usa para socializar, porque outras pessoas também estão usando; e, às vezes, a pessoa pode ter maior facilidade genética em se viciar naquela substância.

Se o problema de vício for grave, o paciente pode ter que procurar também um médico psiquiatra, que o auxiliará com medicamentos que diminuam os sintomas das crises de abstinência e da “fissura” pela droga em questão.



Como é o Tratamento

O tratamento para a dependência química ideal conta com a ajuda de profissionais de psicologia, da psiquiatria e com o suporte de grupos de apoio, amigos e familiares. O objetivo dele é fazer a pessoa superar o vício e parar de usar a droga em questão, apesar da abstinência mental, física e química.

A psicoterapia é feita em sessões periódicas. Nela, o psicólogo tentará guiar o indivíduo a explorar a raiz do seu problema com drogas, o porquê do vício e também o ajudará a controlar as crises de abstinência.

Por outro lado, a função do psiquiatra é analisar o grau do transtorno e receitar, caso necessário, medicamentos que suavizem os sintomas de abstinência do paciente e sua vontade de consumir a droga.

Durante o tratamento, é normal que a pessoa tenha uma “recaída” e use a droga outra vez. Faz parte do processo e ela não deve perder a motivação por isso. Em casos mais extremos de dependência, também há a possibilidade de internação da pessoa viciada, podendo ser voluntária - quando ela mesma quer ser internada - ou compulsória - quando é internada a força, com a permissão dos familiares.

Durante a internação, a pessoa fica em um lugar onde não há aces-

so à droga de jeito nenhum, não abrindo espaço para recaídas, além de fazer acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

Por último, há os grupos de apoio: encontros frequentes com grupos de pessoas que têm o mesmo problema de dependência, onde se pode compartilhar histórias, desabafos e conquistas em relação ao vício e obter apoio mútuo para ajudar a superá-lo. Em geral, o tratamento pode durar de meses a anos, dependendo da gravidade da condição do paciente.



Como é a Medicação

Após a consulta com o psiquiatra, ele pode achar necessário receitar medicamentos que auxiliem na superação do vício. O passo mais difícil do tratamento é fazer com que a pessoa não consuma a substância de jeito nenhum, mesmo que esteja com vontade incontrolável. Mesmo depois de ter o transtorno controlado, uma única dose no futuro pode fazê-la voltar para a mesma situação de antes.

Por isso, a importância dos remédios: servem para diminuir os sintomas de abstinência sentidos pelo paciente quando ele estiver muito tempo sem a droga. Esses medicamentos podem ou não ser psicotrópicos. Para um vício em nicotina (cigarro), por exemplo, normalmente são receitados antidepressivos “tarja-preta”, que, por serem mais fortes, precisam de um receituário especial para ser comprados. Já em alguns casos de dependência em cocaína, é recomendado o uso de medicamentos que não são tão fortes quanto um antidepressivo, mas que diminuam o impulso, a vontade de usar aquela substância novamente.

O tipo, a dosagem e a duração do tratamento dependem da gravidade do problema do paciente. Ao longo do tempo, com a melhora, a tendência do psiquiatra é ir reduzindo aos poucos os remédios. Por fim, quando o transtorno estiver controlado, eles podem ser retirados completamente.



Principais Dúvidas

O tratamento só pode ser feito com psicólogo?

Não, a psicoterapia não é a única forma de tratar a dependência química - mas ela é muito importante. É muito comum ver dependentes químicos que entram em grupos de apoio, formado por pessoas que possuem o mesmo transtorno que se encontram periodicamente. Nessas reuniões, cada membro tem liberdade para expressar sua história, suas fraquezas e seu progresso no tratamento do vício sem que se sintam julgadas. Às vezes esses grupos são institutos ligados à igreja, podendo ser guiados por uma linha religiosa ou espiritual. Mas, de qualquer forma, o ideal é que o tratamento seja definido após um diagnóstico psicológico. Afinal, nem sempre o apoio do grupo basta e podem ser necessárias sessões de terapia, uso de medicamentos ou até mesmo internação.

Quanto tempo leva a reabilitação?

A reabilitação - ou internação - é um dos passos do tratamento recomendados para pessoas em situação mais crítica do transtorno de dependência química. Sua duração depende da gravidade de cada caso, mas leva, em média, de um mês a um ano, sendo que as reabilitações de maior sucesso duram três meses.

O que é uma clínica de reabilitação? Precisa mesmo disso?

Clínicas de reabilitação são locais especializados para tratar dependentes químicos de casos mais graves. O tratamento é feito de forma singular, de acordo com o diagnóstico de cada pessoa, e conta com acompanhamento médico próximo e constante. Inclusive, toda a infraestrutura do local é pensada para criar um ambiente confortável para a melhora do dependente. Durante a internação na clínica, os pacientes passam pela desintoxicação - ou seja, ficam em um ambiente em que não têm acesso à substância em que são viciados, o que os força a parar de consumi-las. Neste ponto, medicamentos podem ser utilizados para diminuir a abstinência. Além disso, eles frequentam terapias, fazem atividades que promovem seu bem-estar mental e físico e são preparados para ser postos novamente na sociedade com o vício controlado.

A reabilitação não é obrigatória para o tratamento de todos com esse transtorno, mas se faz necessária em alguns casos, principalmente quando o comportamento do dependente começa a apresentar perigo a ele mesmo ou a pessoas à sua volta. A internação pode ser feita de forma voluntária - quando a própria pessoa procura a clínica -, involuntária - quando familiares fazem o pedido à clínica para internar a pessoa sem seu consentimento - ou compulsória - quando há uma ordem judicial para a internação.

Checklist

Em resumo, os principais sintomas de uma pessoa com dependência química são:

- Vontade incontrolável ou “fissura” por usar alguma substância psicoativa;
- Uso abusivo e com doses cada vez maiores dessa substância, mesmo sabendo de suas consequências negativas;
- Deixar de frequentar lugares, eventos ou atividades do dia-a-dia para fazer uso da droga;
- Mudar a forma que age com pessoas à sua volta, se mostrando irritado, ansioso, desanimado ou menos concentrado e produtivo;
- Crises de abstinência com tremedeiras, vômitos, dores de cabeça e abdominais, diarreia, aumento do fígado;
- Problemas mais graves de saúde devido ao uso das drogas, como câncer, problemas no fígado, impotência sexual até mesmo tentativas de suicídio.





Como ajudar

Um vício nunca pode ser tratado como um problema que depende apenas da “força de vontade” para ser superado: o corpo de um dependente se acostuma a certa substância e sente necessidade de usá-la para não sentir as dores da abstinência. Muitas pessoas que têm esse transtorno não procuram ajuda por medo de julgamentos ou mesmo por não saber que estão viciados.

Como em qualquer transtorno psicológico, o passo mais importante para ajudar uma pessoa que possa ter dependência química é tentar convencê-la a procurar tratamento, assim como se mostrar disposto a ouvir, ajudar e nunca julgá-la por estar na situação onde está.

Diga que, assim como não podemos ignorar asma ou diabetes ou esperar que elas se curem sozinhas, não podemos esperar que a dependência simplesmente desapareça: ela é uma doença como qualquer outra e precisa ser tratada com profissionais.

Se a pessoa estiver em abstinência, incentive-a a continuar sem a droga, deixando claro que entende que é um processo muito difícil e que é normal ter uma recaída às vezes - mas que não se deve desistir por isso. Acima de tudo, demonstre suporte e esteja disponível quando a pessoa precisar de ajuda.



Ilustração: Tay Oliveira
Texto: Giovana Kury

APÊNDICE D – CARTILHA SOBRE DEPRESSÃO

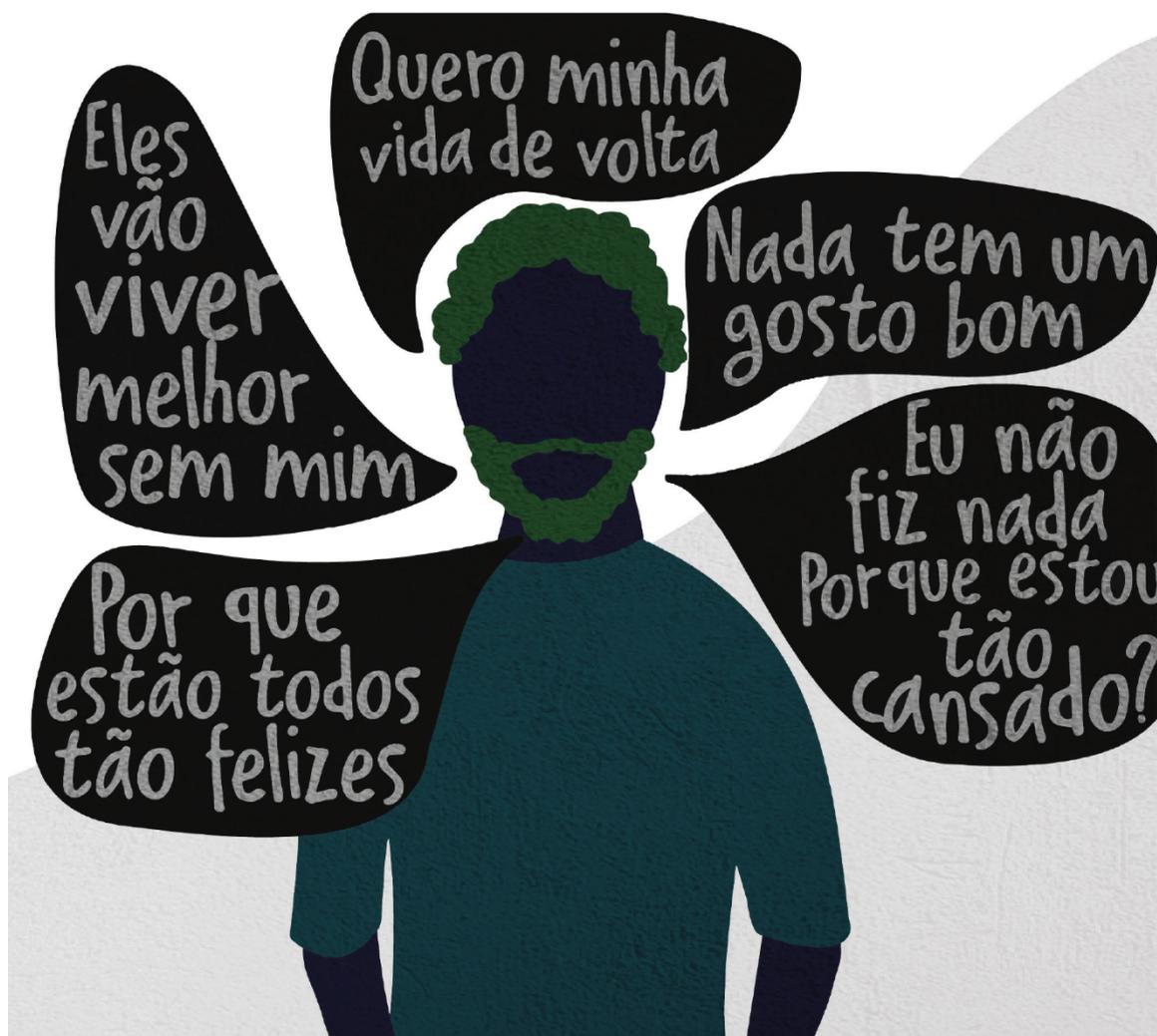


O que é Depressão?

A depressão é um transtorno psicológico muito frequente, presente em cerca de 264 milhões de pessoas de todas as idades no mundo inteiro. Seus principais sintomas são um humor melancólico, vazio ou irritável, que podem tornar incapacitantes as atividades simples do dia-a-dia, como o trabalho ou a convivência com outras pessoas.

É comum que se confunda a depressão com um simples sentimento de tristeza - mas os dois não são a mesma coisa. A diferença é que, enquanto a tristeza pode vir depois de você passar por uma situação desagradável e ir embora quando as coisas melhoram, em um episódio de depressão o desânimo e seus sintomas tendem a continuar por, no mínimo, duas semanas, independente do que aconteça.

Apesar de ser uma condição psicológica, controlar a depressão não depende da força de vontade do indivíduo e tê-la não é uma fraqueza. Assim como você não pode ignorar uma doença como a asma ou a hipertensão, o transtorno depressivo também é uma condição médica que exige tratamento, muitas vezes feito com remédios e terapia.



Sintomas COMUNS

O sintoma mais comum da depressão é o desânimo e o cansaço constantes, geralmente acompanhados de pensamentos autodepreciativos - quando você pensa que não é bom o suficiente, que não merece coisas boas ou que ninguém gosta de você.

Durante uma crise, a pessoa com depressão pode perder o interesse em atividades de que costumava gostar, como um programa de televisão, um jogo, um esporte ou um passatempo que a deixavam feliz e de repente perdem a graça.

Além disso, ela pode se irritar com facilidade ou se distanciar das pessoas à sua volta, ganhar ou perder peso, dormir por mais tempo ou ter insônia, perder o desejo sexual, ter dificuldades para se concentrar, fazer movimentos involuntários ou “tiques” que denotam nervosismo, como sacudir a perna, ou até mesmo ter pensamentos suicidas recorrentes.



Sintomas Físicos

O fato de a depressão ser uma condição psicológica não significa que os incômodos sejam somente mentais. Isso acontece porque, quando uma pessoa tem o transtorno depressivo, ela produz uma quantidade menor das substâncias químicas chamadas serotonina, dopamina e noradrenalina. Normalmente, essas substâncias são produzidas no cérebro e enviadas para todo o nosso corpo, regulando diversas das nossas funções.

Então, como um indivíduo depressivo não produz o bastante, ele acaba por ter não só seu sono, apetite e humor desregulados - mas também seu sistema imunológico e sua capacidade de sentir dor. Por conta disso, pessoas com depressão podem ter de 3 a 4 vezes mais chances de adoecer do que as que não têm, além de sentirem dores físicas com mais intensidade que o normal. Outros sintomas dos transtornos depressivos que podem se manifestar de forma física são dores de cabeça, nuca, peito e ombros.

Você conhece alguém que se queixe constantemente dessas dores mas que, apesar de investigar e mudar de hábitos, nunca conseguiu encontrar uma origem ou solução? Elas podem ser resultado da depressão. Nesse caso, o melhor a se fazer é procurar tratamento com especialistas na área da psicologia e psiquiatria.







Como é o Diagnóstico

O diagnóstico é feito por psicólogos ou psiquiatras e dividido em sessões de entrevistas. Nelas, são analisados os depoimentos pessoais do paciente, suas expressões faciais e suas atitudes antes que se possa afirmar se ele possui ou não a condição.

As características mais relatadas por pacientes diagnosticados com depressão são o humor desestimulado e desesperançoso, presente na maior parte do tempo, e a insônia e cansaço recorrentes. Em crianças e adolescentes, o humor irritado ou rabugento é mais comum que o triste e abatido.

Lembre-se de que uma pessoa deprimida não é igual a uma triste, já que o transtorno depressivo persiste por duas semanas ou mais e não depende tanto de mudanças externas; enquanto a tristeza normalmente vem após um episódio frustrante - como perder o emprego ou terminar um relacionamento - e tende a ir embora quando algo agradável acontece. Se o profissional detectar que o paciente possui, no mínimo, cinco dos sintomas principais da depressão e que eles são duradouros, o paciente é diagnosticado com depressão.

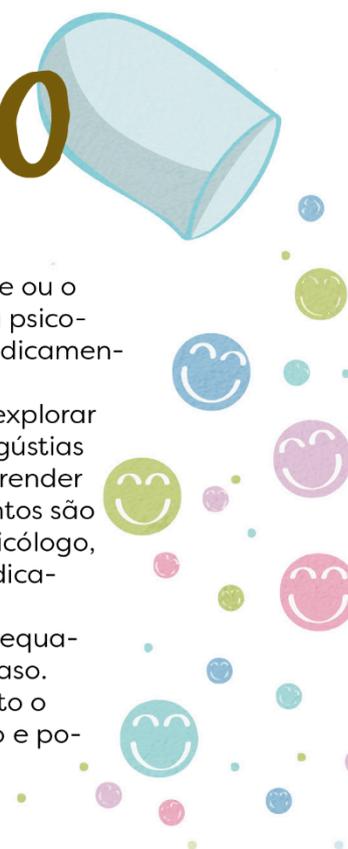


Como é o Tratamento

Em todos os transtornos depressivos, do mais leve ou o mais intenso, a recomendação essencial é que se faça a psicoterapia, que é geralmente combinada com o uso de medicamentos. A terapia são sessões periódicas com um psicólogo.

Nas sessões, esse profissional guia o paciente a explorar as raízes do seu problema, refletindo acerca de suas angústias e aumentando seu autoconhecimento - levando-o a aprender a lidar com o transtorno e controlá-lo. Já os medicamentos são prescritos por um médico: o psiquiatra. Assim como o psicólogo, o psiquiatra faz o acompanhamento do paciente periodicamente.

A partir de sua análise, ele define a dosagem adequada dos remédios, que depende da gravidade de cada caso. A duração dos tratamentos, tanto o psicoterápico quanto o psiquiátrico, variam de acordo com o grau do transtorno e podem levar de meses a anos.





Como é a Medicação

No tratamento da depressão, a função dos medicamentos receitados pelo psiquiatra - chamados psicotrópicos - é ajudar o cérebro a repor as substâncias químicas que deixam de ser produzidas de forma satisfatória em pessoas com o transtorno.

Essas substâncias - serotonina, dopamina e noradrenalina - são responsáveis por regular nosso humor, sono, apetite e outras funções importantes. Sem elas, nosso corpo fica “desregulado” e começa a apresentar os sintomas clássicos e desagradáveis da depressão. O tipo e a dosagem dos psicotrópicos, que podem ser de “tarja preta” ou “tarja vermelha”, são definidas pelo médico de acordo com a gravidade do caso do paciente.

Por serem medicamentos mais fortes, eles só podem ser vendidos com receituário especial, que possui cor branca ou azul. Ao longo do tempo, conforme a pessoa vá melhorando, a tendência do psiquiatra é diminuir a dosagem aos poucos. Por fim, quando a doença estiver controlada, os remédios podem ser retirados completamente.

Principais Dúvidas

Onde buscar ajuda?

O tratamento da depressão pode ser feito gratuitamente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), no Núcleo de Atendimento Psicossocial (NAPs), no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e, em casos urgentes, em hospitais psiquiátricos da sua cidade. Os atendimentos psicológico e psiquiátrico também podem ser feitos em clínicas particulares.

A medicação vicia?

Um dos muitos preconceitos que permeiam a depressão é a crença de que os medicamentos antidepressivos viciam, já que eles precisam de uma receita especial para ser adquiridos. Essa ideia é precipitada e faz as pessoas terem ainda mais receio em iniciar o tratamento. Na verdade, a função do antidepressivo é ajudar o cérebro a reestabelecer os níveis normais de algumas substâncias que ajudam a regular nosso corpo - que, durante uma crise de depressão, ficam desreguladas. Conforme o tratamento avança, essas substâncias voltam a se equilibrar naturalmente, sem depender do medicamento. Por isso, quando a depressão é controlada, o psiquiatra suspende os remédios - porque, ao fim, o corpo já está "reequilibrado" e não precisa mais deles.

Tem cura?

Outra crença comum acerca da depressão é que ela pode ser curada ou vencida de uma vez por todas. Isso também não é verdade. Os transtornos depressivos são crônicos - são doenças longas e duradouras - e podem apenas ser controlados através do tratamento. Podemos dizer que a depressão de alguém está controlada quando as crises são menos frequentes, menos graves e com períodos cada vez maiores de "remissão" - ou seja, com um maior espaçamento de tempo entre um episódio e outro.

Quanto tempo dura o tratamento?

A duração do tratamento da depressão é relativo e varia de acordo com a gravidade de cada caso. Normalmente, dura de um a dois anos.

Como assim transtornos? Tem mais de um tipo de depressão?

Sim, há vários tipos de transtornos depressivos. Cada possui suas próprias motivações e especificidades - mas todos giram em torno dos mesmos sintomas de melancolia e desânimo constantes. O mais comum é o Transtorno Depressivo Maior, cujos episódios têm duração de, no mínimo, duas semanas; mas também há a Distímia, que é ainda mais persistente, durando no mínimo dois anos; o Transtorno Disruptivo da Desregulação do Humor, em que a pessoa apresenta explosões de raiva recorrentes; e diversos outros tipos. O diagnóstico correto deve ser feito por um profissional da área da saúde mental após as análises necessárias.

Checklist

Resumindo bem, os principais sintomas da depressão são:

- Humor deprimido, melancólico, desanimado e desesperançoso na maior parte do dia - ou irritado e impaciente, mais apresentado em crianças e adolescentes;
- Perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades do dia-a-dia, inclusive as que costumavam ser agradáveis;
- Perda ou ganho de apetite e de peso sem estar fazendo nenhuma dieta;
- Falta de sono (insônia) ou sono em excesso (sonolência) recorrentes;
- Movimentos ou “tiques” que indicam inquietação ou sossego além do comum, normalmente percebidos por outras pessoas;
- Sensação de cansaço e falta de energia, mesmo sem ter feito nada que canse;

- Sensação de culpa extrema e pensamentos autodepreciativos - de não ser bom o suficiente, não ser querido e não merecer coisas boas;
- Dificuldade em se concentrar, memorizar e aprender coisas, assim como indecisão frequente;
- Diminuição ou perda do desejo sexual;
- Pensamentos de morte ou suicídio, além da própria tentativa de suicídio;
- Se você possui ou conhece alguém que possua pelo menos cinco destes sintomas, fique atento: pode ser depressão.



Como ajudar

A maioria das pessoas acredita que, por ser um transtorno psicológico, a depressão é algo que apenas “pessoas fracas” têm, ou mesmo que inventam para chamar atenção. Por isso, pessoas com depressão acabam se esforçando para esconder os sintomas e não procuram ajuda por medo de ser julgadas. Já sabemos que esse preconceito em torno do transtorno não é verdade: além de ser uma condição mental, a depressão desbalanceia substâncias do nosso cérebro, mexe de forma negativa com o nosso corpo e pode se manifestar até por meio de dores físicas. Então, para ajudar uma pessoa que possa estar com a condição, demonstre apoio, acolha-a e tente convencê-la a fazer o tratamento.

Explique-lhe que, apesar de ser difícil no começo e durar muito tempo, o acompanhamento médico funciona, e que a depressão não se trata de fraqueza e sim de uma doença como qualquer outra e que precisa de atenção. Assim como alguém não consegue simplesmente parar de ter gripe, asma ou diabetes quando quiser, não dá para se livrar do transtorno depressivo com a pura força de vontade. Se essa pessoa fizer uso de álcool e drogas, tente convencê-la a diminuir. Muitas vezes, pessoas depressivas se refugiam nessas substâncias tentando fugir de seu real problema.

E, por fim, nunca reforce esses preconceitos e nem ignore quando compartilharem com você pensamentos suicidas. Leve-os a sério, pois eles são pedidos de ajuda de alguém que pode estar sofrendo com a depressão, mesmo que você não perceba.





Ilustração: Tay Oliveira
Texto: Giovana Kury