

A VIVÊNCIA DOS FAMILIARES DE PACIENTES COM DEPRESSÃO

The experience of relatives of family patients with depression

Josimeri Maciel Generoso¹, Rafaela Abatti Simon², Elisete Rossato Rick³, José Otávio Feltrin⁴, Maria Tereza Soratto⁵

¹ Acadêmica da 8ª fase do Curso de Enfermagem – UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: josimerigenerosos@hotmail.com.

² Acadêmica da 8ª fase do Curso de Enfermagem – UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: rafaelasimon@gmail.com.

³ Enfermeira. Mestrado em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Enfermagem – UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: elisete.rick@unisul.net.

⁴ Enfermeiro. Mestrado em Saúde Coletiva. Professor do Curso de Enfermagem – UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: bimba@unesc.net.

⁵ Enfermeira. Mestrado em Educação. Professora do Curso de Enfermagem – UNISUL - Universidade do Sul de Santa Catarina – Araranguá – SC - Brasil. Email: guiga@engeplus.com.br.

Endereço para correspondência:

Maria Tereza Soratto – R. Dom Joaquim Domingos de Oliveira, 50. Apt 301. Ed. Jatobá. Centro. Criciúma - SC. CEP: 88.801-230.
Email: guiga@engeplus.com.br; guiga@unesc.net.

Resumo

A depressão é considerada um grave problema de Saúde Pública. O presente estudo teve como objetivo identificar a vivência dos familiares de pacientes com depressão em tratamento no CAPS no município de Araranguá-SC. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória e de campo, realizada com 7 familiares de pacientes com depressão em tratamento no CAPS. Os dados foram coletados através da entrevista semiestruturada e analisados a partir da categorização de dados. Os resultados da pesquisa denotam o grande impacto da depressão na vida cotidiana do familiar; as mudanças que foram necessárias para o cuidado; o medo de lidar com a doença; e o não saber como se aproximar e manter o diálogo relacionado ao isolamento do paciente com depressão. Os familiares vivenciam dificuldades inerentes ao cuidado do portador de depressão; a preocupação, sentir-se perdido com a doença e a necessidade de ter força para ajudar. As narrativas desvelaram a dor, as dificuldades e sofrimentos vivenciados pela família. Somente através da reflexão sobre o processo de cuidado que envolve a doença mental e o conhecimento da realidade vivenciada pelos cuidadores na ótica dos próprios sujeitos pesquisados poderemos ter uma aproximação da realidade vivenciada na cultura dos mesmos.

Palavras-chave: Depressão; Família; Saúde Mental; Enfermagem.

Abstract

Depression was considered a serious public health problem. The present study aimed to identify the experiences of family members of patients with depression treated in CAPS in the Araranguácity - SC. This is an exploratory descriptive qualitative research and field, occurred with 7 relatives of patients with depression treated in Psychosocial Care Center. Data were collected through semi - structured interview and analyzed from the data categorization. The results denote the great impact of depression on daily life of the family, the changes that were necessary for the care, fear of dealing with the disease, and not knowing how to approach and maintain related to patient isolation dialogue with depression. Family members experiencing difficulties in the patientscare with depression, worry, feel lost with the disease and need are strength to help them. The narratives unveiled is the pain,

difficulties and sufferings experienced by the family. Only through reflection on the process of care that involves mental disease and knowledge of the reality experienced by caregivers in the view of the subjects studied; we have an approximation of the reality experienced in the culture of the same.

Keywords: Depression; Family; Mental Health; Nursing.

INTRODUÇÃO

A depressão se tornou um problema nos dias de hoje e parece estar relacionada a uma reação ao mundo moderno (Lopez et al, 2011).

Os transtornos depressivos são um grave problema de saúde pública, pela alta prevalência na população, e grande impacto na morbidade, mortalidade e qualidade de vida dos afetados (Michelon; Cordeiro; Vallada, 2008; Cunha; Gandini, 2009; Fleck, 2009; Teng; Cezar, 2010; Lopez et al, 2011).

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

A Organização Mundial da Saúde estima que em 2020 os transtornos depressivos sejam a segunda maior causa de comprometimento funcional, perdendo apenas para as doenças coronarianas (Michelon; Cordeiro; Vallada, 2008).

Apesar dos avanços científicos que abrangem estudos genéticos, neurobiológicos, psicossociais, sociológicos, econômicos e terapêuticos, os transtornos depressivos ainda são um desafio para a psiquiatria e a medicina, gerando ônus para a sociedade e para os indivíduos afetados. Isso ocorre por perda de dias de trabalho e queda na produtividade; na piora da qualidade de vida, além do grave sofrimento psíquico e físico que pode levar à evolução de doenças clínicas concomitantes e até a morte por suicídio. Todas essas consequências têm suas dimensões ampliadas pela alta prevalência da depressão, que acomete em média 16% da população em alguma fase da vida (Teng; Cezar, 2010).

A não adesão ao tratamento antidepressivo está associada a fatores relativos aos pacientes, à doença, ao tratamento, ao profissional de saúde e ao ambiente social (Cunha; Gandini, 2009).

No contexto familiar, sentir-se acolhido, entendido e respeitado, pode funcionar como fator importante para a continuidade de um tratamento para depressão (Cunha; Gandini, 2009).

A forma como a população identifica os sintomas de depressão e as crenças sobre sua etiologia podem influenciar a procura por ajuda, a adesão aos tratamentos, bem como a atitude e o comportamento da comunidade em relação aos portadores desse transtorno (Peluso; Blay, 2008).

A adesão ao tratamento medicamentoso pelos pacientes depressivos está relacionada às questões relativas ao próprio paciente (aspectos intrapessoais), como seu desejo pelo tratamento, seu entendimento sobre a doença depressiva e sua crença em relação aos resultados do tratamento; questões referentes ao relacionamento do paciente com os profissionais da saúde, os familiares e a rede social extensa (aspectos interpessoais); e questões relativas à disponibilidade de tempo do médico, à localização do serviço, ao tempo/conveniência do paciente, à gratuidade da medicação e às condições para marcação de consultas (aspectos contextuais) (Cunha; Gandini, 2009).

Nesta perspectiva a enfermagem deve apoiar o familiar cuidador, sendo presença atenta e orientando tanto o paciente como o familiar sobre os cuidados necessários e a importância da adesão ao tratamento buscando a melhoria da qualidade de vida dos portadores e familiares.

Desta forma, tem-se como objetivo conhecer a vivência dos familiares de pacientes com depressão em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Araranguá-SC.

MÉTODOS

O estudo caracterizou-se como qualitativo, descritivo, exploratório e de campo, realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do município de Araranguá, Santa Catarina, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada com 7 familiares de pacientes com depressão em tratamento no

CAPS. Os critérios de inclusão foram: familiares de pacientes com depressão em tratamento no CAPS; aceitação para participar da pesquisa segundo os preceitos éticos da Resolução 466/12 (Brasil, 2012). A análise de dados foi realizada através da categorização de dados (Minayo, 2009).

A coleta de dados foi realizada no período de outubro a novembro de 2013, no CAPS do município pesquisado. As informações foram transcritas conforme o depoimento dos familiares.

Para preservar o sigilo e o anonimato dos sujeitos pesquisados, utilizou-se indicador alfanumérico (F1 a F7).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISUL pelo nº Projeto 427.942/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização do perfil dos familiares cuidadores

Em relação ao perfil dos familiares, 05 são do sexo masculino e 02 do sexo feminino, a idade variou de 26 a 66 anos. Quanto ao estado civil, 05 são casados (a), 01 solteira, 01 viúva. A escolaridade dos familiares cuidadores está entre a categoria analfabeto até 2º grau completo. Quanto à profissão, dois (02) são aposentados e duas (02) do lar; um (01) estudante; um (01) agricultor e um (01) padeiro.

Em relação ao portador, cinco (05) são do sexo masculino e dois (02) do sexo feminino, a idade variou de 26 a 66 anos. O tempo de descoberta da depressão relatado pelos familiares variou entre 1 a 10 anos.

A história do processo de adoecimento

A história do processo de adoecimento desvela a dor, as dificuldades e sofrimentos vivenciados pela família. Na história da depressão a agressividade do portador, a tristeza e o choro foram relatados pelos familiares F1, F2 e F7:

“Logo percebeu que era depressão, ficou agressiva, e triste após a descoberta de um câncer”(F1).

“Foi difícil, ficou agressivo, chorava muito, a mãe adoeceu por ver o filho assim, apareceu todo cortado em casa do serviço, está sendo difícil mas vamos levar” (F7).

“Desde a infância é assim, não sai, sempre triste e agressivo, às vezes” (F2).

Destaca-se que na fala do familiar F2 a sintomatologia associada à depressão era visível desde a infância.

O quadro de depressão na infância traz a presença de comorbidades e os sintomas manifestam-se muitas vezes de forma mascarada, sendo mais frequentes os seguintes: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, baixa autoestima, tristeza, medo, distúrbios do sono e baixo rendimento escolar. Sintomas somáticos também podem estar associados. Os pais ou responsáveis geralmente procuram ajuda do pediatra por problemas que inicialmente não são identificados como sendo de depressão. A criança depressiva envolve-se, com frequência, em situações que oferecem perigo à sua integridade física. Muitas vezes tem consciência do perigo; no entanto, conflitos inconscientes predominam e levam-na a emitir determinados comportamentos de risco, numa tentativa de mobilizar a atenção das pessoas para que percebam o seu sofrimento (Calderaro; Carvalho, 2005).

O luto relacionado à depressão foi destacado na fala do familiar F3:

“Começou quando o marido faleceu, com isso começou a depressão” (F3).

O luto é a resposta emocional a uma perda. As manifestações que o indivíduo sente durante o luto são baseadas em experiências pessoais, crenças espirituais e expectativas culturais. O enfrentamento do luto após uma perda envolve o processo de pesar que consiste na expressão externa e social de uma perda. O trabalho de luto acontece até que o indivíduo aceite e se adapte às suas expectativas de continuar a viver sem aquilo que foi perdido. O luto normal consiste nos sentimentos, comportamentos e reações normais a uma perda. O luto complicado é quando o indivíduo tem dificuldade de passar pelas fases ou estágios normais do luto (Potter; Perry, 2005).

O luto é um quadro clínico que apresenta sinais e sintomas específicos tanto emocionais quanto cognitivos e comportamentais sobre a depressão e outros sintomas do luto, a qualidade dessa relação afeta a saudade percebida após a perda; entre jovens, é relatada maior incidência de depressão e alcoolismo nos dois anos seguintes a perdas por morte imprevista. No caso de morte de cônjuge, os parceiros sobreviventes sofrem grande pressão social para rapidamente retornarem às suas rotinas, tendo seus recursos internos fortemente mobilizados para conseguirem lidar com a tristeza e, simultaneamente, retomarem sua funcionalidade. Pacientes em luto apresentam maior incidência de problemas psicossomáticos e busca por atendimento médico. O período mais propício para prevenção de episódios depressivos após o luto é aquele próximo à ocorrência da morte para queixas orgânicas e maior número de internações do que a população geral (Silva; Nardi, 2011).

O familiar F4 relatou as dificuldades inerentes ao cuidado do familiar, com histórico de tentativa de suicídio, associado a alucinações e insônia:

“Está bem difícil, estou levando, mas está complicado, saio do serviço às vezes para correr com ela quando ela está mal. Não dorme à noite, tem alucinações, emagreceu 20 quilos, já tentou 2 vezes se matar, temos muito medo do que ela possa fazer”(F4).

Pessoas acometidas por depressão têm maior risco de suicídio. O risco é maior na vigência da doença e de comorbidades. O risco é menor quando a doença é tratada ou está em remissão. Assim, a detecção e o tratamento adequado de pessoas acometidas por transtornos mentais, notadamente depressão, a partir do atendimento em serviços gerais de saúde, parece ser a forma mais efetiva de prevenir o suicídio. O tratamento adequado da depressão pode reduzir o número de suicídios (Chachamovich et al., 2009).

As doenças mentais, com especial destaque para o transtorno depressivo, é responsável por 30% dos casos de suicídio relatados em todo o mundo (Vieira; Coutinho, 2008).

O medo da morte associado ao histórico de depressão foi relatado na fala do familiar F6:

“No começo foi difícil porque não sabia o que era, e a depressão dele é que ele tem medo de morrer. Foi em consulta particular e foi encaminhado para psiquiatra, e trouxe ele no CAPS” (F6).

As dificuldades frente ao relacionamento interpessoal do casal foram destacadas na história da depressão:

“Para nós foi difícil mas sempre estamos perto dele, começou quando ele e a ex-mulher brigavam muito e um dia ele estourou e acabaram separando e ela não deixava ele ver o filho, daí ele foi ficando pior e hoje ele depende da gente para tudo” (F5).

“Uma perda real é qualquer perda de uma pessoa ou objeto que não pode ser mais sentido, ouvido, conhecido ou experienciado pelo indivíduo”. Exemplos de perdas reais incluem: uma parte do corpo, um ente querido, um relacionamento. “A morte é a perda definitiva” (Poter; Perry, 2005, p. 607).

Sintomatologia da depressão

A sintomatologia apresentada pelos portadores de depressão segundo o relato dos familiares foi principalmente a agressividade, nervosismo, irritabilidade, isolamento e choro (04); seguido do portador *“querer ficar quieto”* (03). Também foi relatada a tristeza, impaciência, paciente só ficar deitado; falta de cuidados de higiene; além do medo e da ansiedade (01).

A agressividade, impaciência; o isolamento; a tristeza e o choro dos portadores de depressão foram relatados pelos familiares:

“Agressão, se isolou, chora muito” (F1).

“Agressivo, sem paciência, chora muito” (F2).

“Mudou muito, vive triste, quieta, só quer ficar sozinha, antes não chorava mas agora chora muito” (F3).

“Agressivo, chora muito, tremores, se tranca no quarto, quieto, não conversa” (F7).

Destaca-se na fala do familiar F4 a sintomatologia da depressão interferindo no auto cuidado do portador relacionado à higiene e banho:

“Quieta, chora muito, só fica deitada, não quer sair de casa, não toma banho, já ficou 2 semanas sem tomar banho” (F4).

A depressão é uma doença de grande importância que merece atenção. É um transtorno mental comum que tem como principais sintomas humor deprimido, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa, baixa autoestima, distúrbios do sono e do apetite, perda da energia e da concentração. Esses problemas podem tornar-se crônicos ou recorrentes e levar a prejuízos substanciais na capacidade da pessoa cuidar de suas responsabilidades diárias (Souza et al., 2013).

Destaca-se na fala do Familiar F6 a ansiedade e o medo do portador de depressão:

“Se isola, fica muito nervoso, com medo, ansioso” (F6).

Para Lipp (2013, p. 1) a depressão envolve sintomatologia nos aspectos afetivos, motivacionais, cognitivos, fisiológicos e comportamentais:

Afetivos: desalento, baixa autoestima, perda de gratificação, perda de vínculos, períodos de choro e perda de reação de alegria; motivação: incluindo: perda de motivação para executar uma série de atividades, baixo nível de atividades e desejo de suicídio; cognitivos: baixa auto-avaliação, expectativas negativas, culpar-se a si mesmo e criticar-se, indecisão e autoimagem distorcida; sintomas fisiológicos: perda de apetite e do interesse sexual, distúrbios do sono e fadiga; sintomas comportamentais: passividade, [...] e déficit social.

O medo e a insegurança do familiar diante da possibilidade velada de suicídio do portador de depressão foi destacado na fala do F5:

“Fala pouco, sempre de cabeça baixa, nervoso, irritado, fica agressivo mas nunca atacou ninguém, esses dias notei ele muito quieto, fiquei com medo de ele

fazer alguma besteira, mas chamei ele, conversei muito com ele e ele melhorou” (F5).

Suicídio é uma das maiores causas de mortalidade ao redor do mundo. Suicídio é considerado o desfecho de um fenômeno complexo e multidimensional, e decorrente da interação de diversos fatores. Dentre os diagnósticos psiquiátricos associados a suicídio, a depressão se destaca (CHACHAMOVICH et al., 2009).

Tratamento para depressão

Dos sete (07) familiares entrevistados, a maioria (06) citou como tratamento da depressão a medicação e consulta com psicóloga (06) e com psiquiatra (04); o cuidado dos familiares (02); participação em grupo terapêutico (01); o próprio tratamento no CAPS (01) e a consulta médica (01).

As falas dos familiares F2 e F5 são representativas da necessidade de um acompanhamento de uma equipe multidisciplinar para o tratamento da depressão e realização de grupos terapêuticos para os pacientes, objetivando melhorar a adesão ao tratamento; melhora da sintomatologia e qualidade de vida:

“Consulta ao psiquiatra, toma medicação, conversa com a psicóloga” (F2).

“Participa de grupo terapêutico, acompanhamento psicóloga, psiquiatra e toma medicamentos” (F5).

Desde 1950, consistentes evidências têm sido obtidas acerca da eficácia do tratamento farmacológico nas depressões. Os medicamentos antidepressivos têm reduzido a morbidade e melhorado o desfecho clínico da doença. Assim, as medicações antidepressivas têm sido consideradas eficazes no tratamento de todos os graus de depressão, melhorando os sintomas ou eliminando-os, auxiliando na manutenção e prevenção de recorrência, em qualquer ambiente de tratamento, e em pacientes com ou sem doença física concomitante (Cunha; Gandini, 2009).

A necessidade de vigilância do familiar e cuidado constante em relação aos portadores de depressão, inclusive com o tratamento medicamentoso, que deve ser

administrado na hora certa e realizada adequação da dosagem, conforme reação do paciente, foi destacado nas falas:

“Traz no CAPS direto, psicóloga, medicamentos, mas ela disse que não está aguentando, que o remédio não faz mais efeito, pois ela está pior há dias, acho que tem que dar mais remédios para ela, mas vou trazer ela semana que vem para nova consulta” (F4).

“Cuidados dos medicamentos para tomar na hora certa, consulta com psiquiatra e psicólogo” (F3).

“Psicóloga, psiquiatra, medicamentos e sempre de olho” (F6).

“Acompanhamento psicólogo, medicamentos e cuidado dos familiares” (F7).

Destaca-se na fala do familiar F1 o tratamento conjunto para o câncer realizado pelo portador de depressão: *“Consulta médica, medicamentos para o tratamento do câncer e da depressão” (F1).*

Desde o diagnóstico, as alterações físicas e psicológicas causadas pelo câncer são evidentes e de grande impacto, com destaque para a ansiedade e a depressão, as quais muitas vezes persistem mesmo durante o tratamento. Essas alterações psicológicas podem estar relacionadas aos efeitos colaterais decorrentes do tratamento. Queda de cabelo, vômitos e diversas alterações corporais frequentemente estão presentes e, ainda que temporários, esses eventos adversos podem contribuir para a continuidade da depressão (Souza et al., 2013).

Em relação à frequência de participação do portador no CAPS, varia de 1 vez por semana até de 2 em 2 meses.

Quando os familiares foram questionados sobre as atividades as quais o portador de depressão participa do CAPS, novamente a maioria respondeu a consulta com psicóloga (5), psiquiatra (3), além de grupos terapêuticos (2), psicoterapia (1) e palestra (1).

Dentre as falas destaca-se a do familiar F4, que citou a participação em grupos de pintura que já não existem mais.

“Não participa de atividades, só vem para consulta com a psicóloga [...]” (F1).

“Psicoterapia e palestra” (F2).

“Participa do grupo terapêutico e psicóloga [...]” (F3).

“No ano passado ela participava de grupos de pinturas, mas tiraram, não participa de nada, só vem para consulta com a psicóloga [...]” (F4).

“Grupo terapêutico, psicóloga [...], psiquiatra [...]” (F5).

“Não participa de nenhuma atividade, só vem para consulta com psicóloga” (F6).

“Não frequenta nenhum grupo, só com o psiquiatra [...]” (F7).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tem como objetivo oferecer atendimento à população moradora na área de abrangência em um modelo que prioriza a reabilitação e a reintegração psicossocial do indivíduo adoecido mentalmente, mediante acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (Tomasi et al., 2010; Brasil, 2013).

Orientações recebidas da equipe multiprofissional do CAPS em relação ao cuidado do paciente com depressão

A maioria dos familiares destacou as orientações recebidas tanto da equipe multiprofissional como da enfermeira relacionada à importância da adesão ao tratamento medicamentoso e aos cuidados para tomar a medicação na hora e quantidades certas:

“Orientam nas medicações, para cuidar e dar muito apoio e carinho” (F1).

“Sempre ficar perto dele, orientam nos cuidados, nos medicamentos. Enfermeira [...] orienta nas datas das consultas com o médico e nos dias de pegar os remédios dele” (F2).

“Ter bastante paciência, não deixar ela sozinha e a enfermeira [...] orienta na medicação e nas datas da consulta” (F3).

“Para cuidar da medicação, passear com ele, e a enfermeira orienta no dia de pegar os remédios, como tomar, dias da consulta” (F5).

“Psiquiatra mandou tomar os medicamentos nos horários certos e qualquer piora ligar para ele, psicóloga conversa muito com ele, enfermeira orienta a levar ele para passear, se distrair” (F6).

A importância do apoio, carinho, a necessidade de paciência para lidar com o portador de depressão, a conversa e a ressocialização também foram destacadas nas falas dos familiares F1, F2, F5 e F6.

Os cuidados necessários para evitar tentativa de suicídio e a vigilância constante foram ressaltados na fala do familiar F4:

“Disseram para esconder os remédios dela e as facas, pois ela tenta se matar tomando remédio, e para ficar sempre perto dela” (F4).

O Familiar F7 relatou: *“Não recebi nenhuma orientação” (F7).*

Considera-se essencial a promoção de estratégias, nos serviços de saúde, voltadas para a escuta ativa e para o estabelecimento de vínculos, propiciando espaço para a identificação de sintomas depressivos e comportamentos de não adesão, bem como para intervenção educativa e psicossocial adequada, de forma que esses pacientes desenvolvam a motivação necessária para dar seguimento da terapêutica (Souza et al., 2013).

A comunicação aberta e continuada entre o enfermeiro e as famílias necessita ser promovida, para que o enfermeiro compreenda o que melhor funciona para a família manter a sua resiliência enquanto vive os desafios do processo de adoecimento do paciente (Angelo, 2010).

Impacto do diagnóstico e do processo de adoecimento na estrutura familiar

Todos os familiares citaram o grande impacto da depressão na vida cotidiana; as mudanças que foram necessárias para o cuidado; o medo de lidar com a doença; o não saber como se aproximar e manter o diálogo relacionado ao isolamento do portador.

“Foi bem complicado” (F1).

“Foi difícil, pois tive que me desligar de muitas coisas para cuidar dele” (F2).

“No começo não era tão grave, agora piorou, está mais quieta, chora muito” (F3).

“Foi difícil aceitar, medo de dar os remédios, os filhos já conhecem e sabem quando ele está mal, está sendo difícil e triste para conviver, mas vamos levar” (F6).

“Foi muito difícil aceitar, lidar com a situação, evitava conversa com ele, pois ele não conversa, se isola” (F7).

“A gente fica perdido sem saber o que fazer, não tem ninguém na família assim, está sendo muito difícil para nós, pois ela não quer comer, não conversa, é muito difícil, mas somos família e vamos ajudar ela” (F4).

A fala do familiar F5 representa o impacto da depressão na família, observando a falta de vontade de viver do portador e as mudanças que a depressão acarretou em suas vidas:

“Ficamos aborrecidos, nunca teve ninguém da família assim, ele trabalhava e levava uma vida normal, agora perdeu o gosto da vida e nós tivemos que mudar nossas vidas para cuidar dele” (F5).

Os efeitos da doença sobre a família e sobre os membros individuais da família não são unidimensionais ou lineares, mas multifacetados e recíprocos, afetando toda a família (Angelo, 2010).

Dificuldades da família para o cuidado do paciente com depressão

Todos os familiares foram unânimes em discorrerem sobre as dificuldades inerentes ao cuidado do portador de depressão, a preocupação, o sentir-se perdido com a doença e a necessidade de ter força para ajudar:

“Todos se preocupam, ter todo cuidado e evitar deixar sozinha” (F1).

“Ficamos perdidos, tivemos que ter força para ajudar, todos ficaram bem preocupados” (F2).

“Tem bastante dificuldade, pois ela não quer falar” (F3).

“Fui forte e sempre tentei cuidar bem dele, para a família foi difícil mas já acostumamos e vai levando” (F6).

“Sempre quieto com a família, pouco comunicativo, mas sempre conversamos com ele e tentamos fazer ele falar mais” (F7).

À medida que a família vive os eventos relacionados à doença ela não apenas atribui significado a eles, mas também passa a interpretar o contexto e a reagir de acordo com a interpretação que faz. Esta percepção que a família constrói determina a maneira como ela se comunica com os elementos presentes no ambiente, em relação a tudo o que acontece à sua volta (Angelo, 2010).

Destaca-se nas falas dos familiares F4 e F5 a interferência do adoecimento nas atividades profissionais dos familiares.

“Está bem difícil, pois eu trabalho fora e não tem quem fique com ela para cuidar dela” (F4).

“Eu tinha padaria, com tudo que aconteceu tive que largar tudo, vendi minha padaria e passei a cuidar dele, foi muito difícil para mim e para minha mulher” (F5).

A depressão é considerada como a condição que mais sofrimento traz ao ser humano. É capaz de destruir a felicidade e a qualidade de vida de qualquer pessoa. Reduz a criatividade e a produtividade do ser humano, tira a vontade de viver e interagir com os outros. Pessoas com depressão vivem a vida pela metade, como se todas as cores e todas as alegrias ao seu redor estivessem cobertas por um filó escuro (Lipp, 2013).

A redução na qualidade de vida do paciente interfere diretamente na qualidade de vida do familiar.

Adaptação ao processo de adoecimento do familiar e ao tratamento proporcionado pelo CAPS

Apesar das dificuldades relatadas por todos os cuidadores familiares, faz-se necessário se adaptar para conseguir cuidar; sendo necessário estar perto do portador, apoiá-lo, não desistir nunca, pois faz parte da vida.

“Se adaptou, tem que se adaptar, pois não vou desistir dela” (F1).

“Adaptamos bem” (F2).

“A gente se acostuma né, sempre vou estar do lado dela, é difícil mas está indo. É assim mesmo, vai fazer parte da nossa vida sempre, e nós como família vamos estar perto dele e ajudando no que precisar” (F4).

Ressalta-se ainda a importância do CAPS e do tratamento para os familiares dos portadores de depressão.

“Foi difícil, mas me adaptei bem, depois, foi a melhor coisa o CAPS na vida dela” (F3).

“Foi difícil e ainda está muito difícil, mas temos que assimilar isso, não estamos contente, às vezes vou para o quarto e choro por lembrar da pessoa que ele era e agora depende da gente, e vamos estar do lado dele sempre. O tratamento do CAPS ajudou muito ele, os remédios fizeram ele melhorar, mas mesmo assim tem dias que ele está mal, quieto e nós evitamos se meter e deixamos ele se virar, mas sempre de olho” (F5).

“Adaptamos bem, porque temos que ajudar ele e dar todo apoio, em relação ao tratamento ele teve boa melhora” (F6).

“Adaptação foi difícil, ele não conversa, não quer sair de casa, foi difícil o processo de adaptação, o tratamento começou no CAPS com acompanhamento com psicóloga, psiquiatra ajudou muito ele” (F7).

A impressão que fica é que a família sofre uma perda em virtude da doença mental do familiar, perde-se a pessoa como era antes e nesta luta cotidiana a família tenta construir novamente a imagem do familiar perdido pela doença. Nesta reconstrução, a família se adapta; luta para ajudar o familiar e talvez recuperar um pouco do que foi perdido.

O sofrimento não afeta apenas a pessoa que está doente. A doença é uma questão da família e todos os membros da família sofrem. Se o enfermeiro assumir esta única crença, de que a doença é uma questão de toda a família, isto poderia modificar o aspecto da prática de enfermagem (Angelo, 2010).

A família deve ser incluída no cuidado, ouvindo-a e oferecendo as informações necessárias. O enfermeiro deve ser considerado um elo entre a família e a equipe de saúde, a fim de ajudá-la a compreender a situação e expressar seus sentimentos, necessidades e dificuldades sem constrangimentos (Pettengill; Angelo, 2006).

O relacionamento terapêutico estabelecido entre enfermeiro-família permite tanto ao enfermeiro quanto à família momentos de reflexão, gerando crescimento interno para ambos e ajudando a família no processo de fortalecimento (Pettengill; Angelo, 2006).

Pettengill e Angelo (2006) ressaltam a importância de incentivar as narrativas da doença, com a utilização de conversações terapêuticas, durante as interações com a família, a fim de extravasar sentimentos e permitir uma reflexão sobre a própria situação. Buscando, desta forma, fortalecer a autoestima da família, capacitando-a a lidar com as demandas da doença e interagir com a equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As histórias do processo de adoecimento narradas pela família foi relacionada aos sintomas da depressão desde a infância; o histórico de tentativa de suicídio, alucinações e insônia do paciente; o luto e as dificuldades nos relacionamentos interpessoais associadas ao desenvolvimento da depressão.

Todos os familiares citaram o grande impacto da depressão na vida cotidiana; as mudanças que foram necessárias para o cuidado; o medo de lidar com a doença; o não saber como se aproximar e manter o diálogo relacionado diante do isolamento do portador.

Os familiares vivenciam dificuldades inerentes ao cuidado do portador de depressão; a preocupação, o sentir-se perdido com a doença e a necessidade de ter força para ajudar. As narrativas desvelaram a dor, as dificuldades e sofrimentos vivenciados pela família.

A maioria dos familiares destacou as orientações recebidas tanto da equipe multiprofissional como da enfermeira relacionada à importância da adesão ao tratamento medicamentoso e os cuidados para tomar a medicação na hora e quantidades certas. A família foi orientada pela equipe acerca dos cuidados

necessários para evitar tentativa de suicídio e a vigilância constante. A família deve ter paciência para lidar com o portador de depressão, apoiando, dando carinho, conversando e incentivando a ressocialização.

A partir desta pesquisa percebeu-se que a depressão afeta a família inteira, modifica hábitos; rotinas; faz com que a família, se não cuidada e orientada, se sinta perdida e sem respostas, sem saber como ajudar o paciente, ocorrendo a desestruturação familiar.

A enfermagem deve apoiar o familiar cuidador, sendo presença atenta e orientando tanto o paciente como o familiar sobre os cuidados necessários e a importância da adesão ao tratamento buscando a melhoria da qualidade de vida dos portadores e familiares.

A partir do conhecimento da vivência dos familiares de pacientes com depressão em tratamento no CAPS, realizou-se reflexão acerca da importância de voltarmos nosso olhar enquanto enfermeiros ao familiar que cuida, respeitando as diferenças culturais e buscando fortalecer a família para o enfrentamento da depressão.

REFERÊNCIAS

Angelo M.Ouvindo a voz da família: narrativas sobre sofrimento e espiritualidade.O Mundo da Saúde, São Paulo. 2010;34(4):437-443.

Brasil. Ministério da Saúde. Centros de atenção psicossocial – CAPS, 2013. [acesso 2014 jan 26]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29797&janela>.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. [acesso 2014 jan 26]. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

Calderaro RSS, Carvalho CV. Depressão na Infância: um estudo Exploratório. Psicologia em Estudo.2005 mai/ago; 10(2): 181-189.

Chachamovich E, Stefanello S, Botega N, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio?. Rev. Bras. Psiquiatr. [Internet]. 2009 Mai [acesso 2014 Jan 26] ; 31(Suppl 1): S18-S25. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000500004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000500004>.

Artigo Original

Atenção à Saúde

Cunha MF, Gandini RC. Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Internet]. 2009 Set [acesso 2014 jan 26]; 25(3), 409-418. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000300015&lng=en&nrm=iso>.

Fleck MP. Temas atuais em depressão. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [Internet]. 2009 Mai [acesso 2014 Jan 26] ; 31(Supl 1): S1-S2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000500001&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000100001>.

Lipp MEN. Contribuições da Terapia Comportamental e Cognitiva no tratamento e compreensão da depressão. Instituto de Psicologia e Controle do Stress, 2013. [acesso 2014 Maio 11]. Disponível em: <<http://www.estresse.com.br/publicacoes/contribuicoes-da-terapia-comportamental-e-cognitiva-no-tratamento-e-compreensao-da-depressao/>>

Lopez MRA, Ribeiro JP, Ores LC, Jansen K, Souza LDM, Pinheiro RT et al . Depressão e qualidade de vida em jovens de 18 a 24 anos no sul do Brasil. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* [Internet]. 2011 [acesso 2014 Jan 26] ; 33(2): 103-108. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082011000200007&lng=en. Epub Apr 08, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082011005000001>.

Michelson L, Cordeiro Q, Vallada H. Depressão-Depression. *Rbm (São Paulo). Revista Brasileira de Medicina*, São Paulo. 2008 dez; 65 (nsp):15- 25. [acesso 2014 Jan 26]. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3944>.

Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 108 p.

Peluso ETP, Blay SL. Percepção da depressão pela população da cidade de São Paulo. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2008 Fev [acesso 2014 Jan 26] ; 42(1): 41-48. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000100006>.

Pettengill MAM, Angelo M. Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2006 Jun [acesso 2014 Jan 26] ; 40(2): 280-285. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000200018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000200018>.

Potter PA, Perry AG. *Fundamentos de Enfermagem*. 6ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005. 866p.

Artigo Original

Atenção à Saúde

Silva ACO, Nardi AE. Terapia cognitivo-comportamental para luto pela morte súbita de cônjuge. Rev. psiquiatr. clín. [Internet]. 2011 [acesso 2014 Jan 27] ; 38(5): 213-215. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832011000500010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832011000500010>.

Souza BF, Pires FH, Dewulf NLS, Inocenti A, Silva AEBC, Miaso AI. Pacientes em uso de quimioterápicos: depressão e adesão ao tratamento. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 Fev [acesso 2014 Jan 27] ; 47(1): 61-68. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100008>.

Teng CT, Cezar LTS. Depressão= Depression. Rbm (São Paulo).Revista Brasileira de Medicina, São Paulo [Internet]. 201º dez [acesso 2013 Ago 5]; 67 (nsp):37-52. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4526.

Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H et al . Efetividade dos centros de atenção psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2010 Abr [acesso 2014 Jan 27] ; 26(4): 807-815. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000400022&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400022>.

Vieira KFL , Coutinho MPL. Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia.Psicol.cienc. prof. [Internet].2008 [acesso 2014 Jan 27]; 28(4):714-727. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000400005&lng=en&nrm=iso. ISSN 1414-9893. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000400005>.