



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

VANILDA SARAIVA DUTRA

**“ENTRE OS MUROS DA TRISTEZA”: O CUIDADO FAMILIAR À PESSOA COM  
DEPRESSÃO**

CUITÉ  
2015

UFCG BIBLIOTECA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM

VANILDA SARAIVA DUTRA

**“ENTRE OS MUROS DA TRISTEZA”: O CUIDADO FAMILIAR À PESSOA COM  
DEPRESSÃO**

*Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à  
coordenação do Curso de Bacharelado em  
Enfermagem da Unidade Acadêmica de  
Enfermagem do Centro de Educação e Saúde da  
Universidade Federal de Campina Grande campus  
Cuité em cumprimento às exigências parciais para  
obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.*

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Alynne Mendonça Saraiva  
Nagashima

CUITÉ  
2015



Biblioteca Setorial do CES.

Julho de 2021.

Cuité - PB

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE  
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

D978e

Dutra, Vanilda Saraiva.

Entre os muros da tristeza: o cuidado familiar à pessoa com depressão. / Vanilda Saraiva Dutra. – Cuité: CES, 2015.

60 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Enfermagem) – Centro de Educação e Saúde / UFCC, 2015.

Orientadora: Alynne Mendonça S. Nagashima.

1. Transtorno depressivo. 2. Relações familiares. 3. Cuidador. I. Título.

CDU 616.895.4

UFCC BIBLIOTECA

VANILDA SARAIVA DUTRA

**“ENTRE OS MUROS DA TRISTEZA”: O CUIDADO FAMILIAR À PESSOA COM  
DEPRESSÃO**

APROVADO EM \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup>. Dra. Alynne Mendonça Saraiva Nagashima  
**Orientadora**  
**(UFCG) / CES / UAENFE)**

---

Prof.<sup>a</sup>. Msc. Lorena de Farias Pimentel Costa  
**Membro**  
**(UFCG / CES / UAENFE)**

---

Prof.<sup>a</sup>. Msc. Mariana Albernaz Pinheiro de Carvalho  
**Membro**  
**(UFCG / CES / UAENFE)**



*Dedico esta vitória a Deus em primeiro lugar, por estar sempre presente em minha vida, não me deixando fraquejar nos momentos difíceis, guiando-me.*

*Aos meus pais, **Maria de Fátima e Fernando Dutra** que enfrentaram comigo tantas dificuldades para que eu chegasse até aqui, nunca me deixando desistir de um sonho que é nosso. Amo-os sem medidas! Nós conseguimos!*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço primeiramente a **Deus** por, em sua grandiosa bondade estar sempre ao meu lado, guiando-me, segurando minha mão quando quis fraquejar, iluminando meu caminho, nunca me deixando perder o foco mesmo diante das dificuldades. Obrigada Senhor, por existir e por cuidar tão bem de mim!*

*Aos meus pais, **Fernando Dutra e Maria de Fátima**, por todo o cuidado, amor, carinho, e confiança. Por vibrarem comigo a cada conquista, por estarem presentes nas dificuldades também. Nós sabemos o quanto foi difícil, árduo, o quanto vocês trabalharam para que a realização desse sonho fosse possível. Muitas vezes chorei sem ter como pagar as contas ou comprar algo que estava precisando, mas vocês sempre me acalmavam e diziam que iria dar certo e eu me agarrava à fé pra superar sem cobrar de vocês, porque sabia o quanto se esforçavam para me darem ao menos o básico. Minha mãe, a mulher mais forte e guerreira que conheço e meu pai, o meu "xodozinho", o sinônimo de paciência, que transmite uma paz imensa. Sem vocês eu nada seria. Não tenho palavras para descrever o quanto os amo e lhes sou grata. Pai e Mãe, vocês são meus maiores exemplos de vida e essa conquista é nossa, amo vocês!*

*Aos meus irmãos, **Francisco, Fabiana e Vanuza** por todo o apoio, companheirismo, as imensas ajudas, o amor, carinho, preocupação e por torcerem e acreditarem em mim. Amo muito vocês!*

*Ao meu cunhado, **José Idalino (Dedé)**, por toda a ajuda diversas vezes, pelo apoio, por torcer e acreditar em mim. Admiro-te muito cunhado nerd!*

*Ao meu namorado, **Renan Guedes**, por me apoiar, aguentar minhas crises de choro, de estresse e impaciência. Por todo o amor, carinho, atenção, incentivo, preocupações e companheirismo. Por todas as brincadeiras, por tentar sempre tirar meu melhor sorriso mesmo quando eu estava triste, por me acolher no seu abraço quando me senti sozinha e com saudades da minha família. Por tudo que fazes por mim, muito obrigada meu amor. Amo-te muito!*

*Aos meus avós, **Maria Lira e Francisco Dutra**, pelo apoio e por acreditarem que eu conseguiria. Sempre presentes, à sua maneira. Amo vocês!*

*Aos meus pais de coração de Cuité, **Dn. Zefa e Chimba**, por me cuidarem quando estive doente, por me ajudarem quando meus pais não podiam, por tanta preocupação, cuidado, carinho, amor. Por todas as vezes que me ouviram, me aconselharam, me chamaram de filha e disseram que sempre estariam aí, para o que eu precisasse. As pessoas*

de coração mais grandioso que já conheci, á quem não passo um dia dos pais ou das mães sem dar um abraço ou ligar. Obrigada meus segundos pais por acreditarem tanto em mim e torcerem por meu sucesso. Os levarei para sempre em meu coração. Amo tanto vocês!

A **Wágner Maia**, por todos os anos de convivência, risos e choros; por todos os momentos compartilhados; você faz parte desta história, muito Obrigada!

A todos os amigos e amigas que fiz nessa jornada, em especial a minha amiga **Verinha** (minha Lulu), por estar sempre comigo, nos risos, nos choros, me indo, aconselhando, alegrando, me dando trabalho e me aguentando. Uma verdadeira irmã, com seu jeito atrapalhado de ser, mas que sempre estava disposta a me ajudar e não me deixar desanimar, dizendo o quanto acredita em mim, a quem posso dizer um grandioso Eu te Amo!

Ao **CAPS-I de Cuité-PB**, por abrir as portas para a realização desta pesquisa; nas pessoas da Coordenadora **Socorro**, Enfermeiro **Sandro Filho** e os **usuários**, por serem sempre tão receptivos e por sua contribuição grandiosa que possibilitou a realização deste trabalho, meu muito obrigada!

A todos os **professores** por todos os conhecimentos repassados nessa longa jornada acadêmica.

A minha orientadora, **Alyne Mendonça Saraiva**, por ter me repassado tão bem um pouco de seus conhecimentos. Por toda a paciência, carinho e confiança, responsabilidade e compromisso desde o início. Por todos os incentivos e ensinamentos, por tudo que significa pra mim enquanto pessoa e profissional, sem você eu não teria realizado um trabalho tão bonito e em uma área tão linda, meu muito obrigado. Gosto-te muito!

A **Lorena de Farias Pimentel Costa**, minha orientadora, mesmo que por pouco tempo, e membro da banca examinadora, por toda a atenção, compromisso e responsabilidade. Pela forma carinhosa e atenciosa que sempre me tratou. Agradeço imensamente por todo o apoio para a concretização do meu sonho. Tenho por te um carinho e admiração imensos!

A **Mariana Albernaz**, por ter aceitado o convite em participar da banca examinadora e pelas contribuições que possibilitaram o aprimoramento deste trabalho. És uma profissional brilhante e uma pessoa encantadora. Obrigada!

A **Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cuité**, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram minha formação acadêmica.

A **Cuité**, cidade acolhedora onde fui recebida com afago e carinho por seus habitantes. Minha casa durante os cinco anos de graduanda, só tenho a agradecer.

**MUITO OBRIGADA!**

ACERVO BIBLIOTECA

*“De tudo ficaram três coisas...  
A certeza de que estamos começando...  
A certeza de que é preciso continuar...  
A certeza de que podemos ser interrompidos  
antes de terminar...  
Fazemos da interrupção um caminho novo...  
Da queda, um passo de dança...  
Do medo, uma escada...  
Do sonho, uma ponte...  
Da procura, um encontro!”*

*“Encontro Marcado”- Fernando Sabino*

# RESUMO

DUTRA, Vanilda Saraiva. "Entre os Muros da Tristeza, '': O Cuidado Familiar à Pessoa com Depressão. 2015. 60f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) (Bacharelado em Enfermagem) - Federal Universidade de Campina Grande, campus Cuité, 2015. Introdução: a depressão é uma das principais correntes de transtornos mentais e corporais mudanças que afetam o padrão de vida dos indivíduos e de suas famílias, sendo esta a paciente buscando compreensão, ajuda e consolo. Assim, considerando a importância de cuidado da família à pessoa com depressão, tornou-se relevante conhecer, compreender e discutir o em torno dos conceitos e experiências dos cuidadores, bem como desafios. e não família estratégias de vida, abordando suas implicações neste mcidium. Objetivos: Compreender como desenvolver cuidados com a família antes de ficar deprimido; Expondo a compreensão da família sobre a depressão; Saber como é realizado o cuidado e acompanhamento da pessoa depressiva, enfatizando as estratégias-chave encontradas e desenvolvidas pelos membros da família; Identificar o dificuldades vivência-das por essas famílias no cuidado à pessoa com depressão. Metodologia: Trata-se de um rcscarch qualitativo realizado no I Centro de Atenção Psicossocial do município de Cuité-PB, Abrii-20 15 de maio, seguindo os princípios da Resolução 466112. Participantes definidos consistiu em uma amostra de 6 familiares usuários com diagnóstico de depressão, atendidos e cadastrados em serviço, escolhido por análise de prontuários médicos. Para coletar empírica! dados que usamos semiestruturados entrevista com perguntas sobre o assunto. Logo após, houve a análise do material, segundo a análise de Bardin, onde emergiram as seguintes categorias: A família compreensão sobre depressão, ideias e experiências;



Depressão: dificuldades na vida familiar; O cuidado à família com a concepção: estreitando laços, restabelecendo laços. Resultados aud

Discussão: Segundo os cuidadores familiares, como foi relatado o entendimento da depressão como uma profunda tristeza, doença causada pela mente e ainda como a pior doença existente. Segundo os entrevistados, as dificuldades de enfrentamento da depressão na família devem ser muito paciente ao isolamento, introversão e falta de apoio de outros membros da família. Lidar as estratégias foram pautadas principalmente no controle da medicação, da vida do paciente e do trabalho e lazer.

Conclusão: Os estudos apontam para a necessidade, cada vez mais, a inserção da família no cuidado de um com depressão. É o cuidar, o mais desafiador; muito disso ainda governou medicalização. Preconceito, impotência, sobrecarga e isolamento foram as principais dificuldades apontou, o que torna vital o apoio da família neste contexto. Portanto, é necessário que as equipes dos serviços de família desenvolvem estratégias de integração no cuidado, com a enfermagem profissional, capaz de atuar nesse sentido, prestando o suporte necessário. estudando ideias e elaborar estratégias para estimular o cuidado à família na depressão.

**Palavras-chave:** transtorno depressivo. Relações familiares. Cuidador

## ABSTRACT

DUTRA, Vanilda Saraiva. “Entre os Muros da Tristeza”: O Cuidado Familiar à Pessoa com Depressão. 2015. 60f. Work Course Conclusion (TCC) (Bachelor of Nursing) - Federal University of Campina Grande, campus Cuité, 2015.

**Introduction:** Depression is one of the main current of disorders causing mental and bodily changes that affect the standard of living of individuals and their families, being this the patient seeking understanding, help and consolation. Thus, considering the importance of family care to the person with depression, it became relevant to know, understand and discuss the around the concepts and experiences of caregivers, as well as challenges, and not family life strategies, addressing its implications in this medium. **Objectives:** To understand how to develop family care before a being depressed; Exposing the understanding of the family about the depression; Knowing how is performed the care and monitoring of depressive person, emphasizing the key strategies found and developed by family members; Identify the difficulties experienced by these families in the care of one with depression. **Methodology:** This is a qualitative research conducted in-I Psychosocial Care Center in the city of Cuité-PB, April-May 2015, following the principles of Resolution 466/12. Defined participants consisted of a sample of 6 family users diagnosed with depression, attended and registered in this service, chosen by analysis of medical records. To collect empirical data we used semi-structured interview with questions on the subject. Soon after, there was the analysis of the material, according to Bardin analysis, where the following categories emerged: The family understanding about depression, ideas and experiences; Depression: difficulties in family life; The care to family with depression: Narrowing ties, reestablishing ties. **Results and Discussion:** According to family caregivers, as the understanding of depression was reported as a deep sadness, disease caused by the mind and yet as the worst existing disease. According to respondents, the difficulties in coping with the depression in the family must be very patient to isolation, introversion and lack of support from other family members. Coping strategies were guided mainly in controlling medication, the patient care and work and leisure. **Conclusion:** The studies point to the need, increasingly, the family's insertion in care for one with depression. It is the caring, the most challenging; much of this yet ruled on medicalization. Prejudice, impotence, overload, and isolation were the main difficulties pointed out, which makes it vital family support in this context. Therefore it is necessary that the teams of family services develop integration strategies in the care, with the nursing professional, able to act in this regard by providing the necessary support, studying ideas and devise strategies to encourage family care in depression.

**Keywords:** depressive disorder. Family relationships. Caregiver.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Perfil dos Familiares Cuidadores.....	33
---	----



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CID-10: Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento

DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICPE: Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica

KM: Kilômetro

NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde

PB: Paraíba

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TM: Transtornos Mentais

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1.Aproximação com a Temática.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2.Contextualizando a Problemática.....</b>	<b>17</b>
<b>2.OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
2.1.Objetivo Geral.....	19
2.2.Objetivos Específicos.....	19
<b>3.REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1.O caminho trilhado: Dos conceitos históricos da loucura a concepção de saúde mental e os serviços substitutivos.....</b>	<b>21</b>
<b>3.2.Visão geral da epidemiologia dos transtornos mentais e acometimento populacional por depressão: Revisão de conceitos.....</b>	<b>22</b>
<b>3.3.O cuidado familiar à pessoa com depressão.....</b>	<b>26</b>
<b>4.PERSURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>30</b>
4.1.Tipo de Pesquisa.....	30
4.2.Local do Estudo.....	30
4.3.Participantes da Pesquisa.....	31
4.3.1.Critérios de Inclusão e Exclusão.....	32
4.4.Instrumento de Pesquisa e Coleta de material.....	32
4.5.Análise do Material.....	33
4.6.Considerações Éticas.....	34
<b>5.RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>37</b>
<b>5.1.Unidade Temática: (Sobre)viver com depressão – singularidades do cuidado.....</b>	<b>37</b>
<b>Categoria I: A compreensão familiar sobre a depressão, percepções e vivências.....</b>	<b>38</b>
<b>Categoria II: O Cuidado ao familiar depressivo: Estreitando laços, reestabelecendo vínculos.....</b>	<b>40</b>
<b>Categoria III: Depressão: Dificuldades no convívio familiar.....</b>	<b>43</b>
<b>6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>47</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>49</b>



# *1. Introdução*

---

### **1.1. Aproximação com a temática**

Há sete anos a depressão se instalou no meu meio familiar, acometendo um dos membros mais jovens, o mais brincalhão, mais engraçado, o xodozinho da casa, o único “menino” dentre quatro filhos; o meu irmão. Tão jovem tão cheio de vida e tão triste, sem vontade de viver, com o olhar que partia-nos o coração de vê-lo.

Assim, iniciou-se uma luta contra essa doença assustadora, são anos de subidas e descidas, de alegrias e tristezas, de esperanças e desmoronamentos, de desgastes, de choro, de uma família toda “adoecida”, de buscas por novos tratamentos, novas estratégias e ações.

Nessa busca por conhecimento para ajudá-lo, ao ingressar em um curso de saúde, o curso da arte do cuidar, Enfermagem, deparei-me não só com novas vivências, mas também com partilhas de vidas. Passei a conhecer pessoas com experiências parecidas com as minhas. Eis então que surge o desejo de ajudar não só a minha família, como também a tantas outras pessoas que se encontram neste mesmo contexto e/ou situação.

Assim justifica-se a aproximação e interesse pela temática. O convívio com esta realidade despertou-me o desejo de conhecer mais sobre essa doença que tanto maltrata pacientes e familiares, gerando medo, ansiedade, desânimo, mas sobretudo uma vontade incontrolável de não desistir, de vencer, conhecer para poder ajudar.

### **1.2. Contextualizando a problemática**

A depressão é um dos principais transtornos da contemporaneidade, podendo ser classificada como uma neurose, fazendo parte do grupo que se conhece como dos transtornos afetivos e/ou de humor, que provoca alterações mentais e corporais. Também pode ser compreendida como um conjunto de sinais e sintomas que afetam o padrão de vida do indivíduo, com duração e permanência variantes; semanas, meses ou anos, interferindo de forma significativa nos aspectos pessoais, sociais e laborais do indivíduo (JARDIM, 2011).

A maior prevalência nos últimos anos foi registrada no Brasil, onde 17 milhões de pessoas são vítimas da doença, de acordo com o Ministério da Saúde. Na Paraíba, a depressão afeta cerca de 133,5 mil pessoas com mais de 18 anos de idade, o que representa 4,8% dos habitantes nesta faixa etária, de acordo com mapeamento do número de depressivos no estado apresentado pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde no ano de 2013. Segundo os números, a maior parcela de depressivos no Estado está entre as mulheres.



que representam quase 74% do total. Ainda de acordo com a pesquisa, 20,6% das pessoas diagnosticadas com depressão possuíam grau intenso ou muito intenso de limitações das atividades habituais, nesses casos, os homens eram os mais acometidos, representando cerca de 31% dos diagnosticados, enquanto apenas 16,9% das mulheres com depressão estavam afastadas das suas atividades diárias.

Os estados depressivos mais intensos ou graves podem gerar no indivíduo ideias pessimistas, de inutilidade, culpa, baixa autoestima, levando-o muitas vezes, a não sentir-se estimulado a aderir a propostas de tratamento, de cunho medicamentoso ou psicoterápico, recusando-se, por vezes, também a ouvir uma orientação familiar ou profissional. Neste contexto, toda a família é afetada e acometida por sentimentos de frustração, raiva e incapacidade (ALMEIDA, 2009).

Na vida de qualquer ser humano, a família desempenha um papel muito importante. É nela que o doente busca compreensão, ajuda e consolação. Quanto mais à família conhecer o contexto da depressão, menos traumática será a experiência de cuidado e mais aptidões serão desenvolvidas para auxiliar o ente durante os momentos de crise. Entretanto, a maior parte dos familiares não tem conhecimento suficiente para fornecer o suporte necessário, causando maior sofrimento em ambas as partes. Reconhecer que parte das atitudes e comportamento daquela pessoa está relacionada à doença, possibilita um melhor relacionamento entre os membros da família (ROSA, 2010).

Toda a família é afetada quando um membro desta encontra-se deprimido, pois com as mudanças no comportamento e humor do indivíduo, torna-se difícil o processo de interação do grupo, levando todo ele a sofrer com as consequências da depressão. (ALMEIDA, 2009). Quando a depressão emerge no seio familiar, a maioria dos membros busca estratégias e formas de manejo individuais para lidar com a condição depressiva instalada e, só tendem a procurar os serviços de saúde quando não obtém êxito em suas tentativas, apresentando, por vezes, sentimentos como impotência, exaustão e desespero (BEZERRA, DIMENSTEIN, 2008).

É importante que o serviço de saúde mental esteja atento às dificuldades da família e possa oferecer suporte para o desempenho de tarefas e decisões para o cuidado com seu familiar, buscando fortalecer as relações que podem produzir saúde. Para isso é necessário que as equipes dos serviços desenvolvam estratégias de inserção da família no cuidado, ofertando espaços de escuta e acolhimento, construindo e mantendo um vínculo entre equipe, família, usuário e comunidade, não esperando que estes simplesmente convivam com aquele que sofre, mas se torne, apesar das dificuldades, um aliado importante na recuperação do

indivíduo e manutenção da boa convivência, e que sejam compreendidos em suas dificuldades para lidar com esse fato (BEZERRA, DIMENSTEIN, 2008).

Os profissionais de enfermagem, no papel de cuidadores, precisam estar atentos aos sinais e sintomas da depressão em seus pacientes, assim como identificar suas necessidades e de seus familiares, a fim de contribuir na manutenção ou restauração do equilíbrio familiar, considerando as dúvidas, opiniões e a atuação da família na proposição de suas ações, estudando as ideias e traçando estratégias para encorajar a mesma a como lidar com seu familiar depressivo (ROCHA, 2008).

Considerando o fato que a depressão afeta diversas e significativas áreas da vida do sujeito, este sofrimento psíquico dever ser percebido como problema de saúde pública principalmente em função do aumento no número de casos diagnosticados e da exigência de investimentos públicos governamentais para o cuidado e uma construção coletiva de parcerias entre serviços de saúde, família e comunidade em geral, merece atenção especial dos profissionais de saúde, estudantes e atividades científicas, a fim de promover suporte efetivo e melhoria do cuidado nos pontos de atenção.

Portanto, dentro do contexto, justifica-se a realização deste estudo, a fim de conhecer a realidade das famílias, compilar informações que possam oferecer auxílio aos serviços de saúde no fornecimento de um suporte de como lidar com um familiar depressivo frente as suas peculiaridades.

Conhecer o sofrimento do outro é ressignificar o próprio sofrimento, assim, serão vistas as vivências das famílias participantes deste estudo, sob um olhar de partilha, de reconhecimento e de compreensão, a partir das seguintes questões que nortearão essa pesquisa: Como os familiares entendem a depressão? Como se dá o cuidado familiar diante da pessoa depressiva? Quais as dificuldades enfrentadas por esses familiares no cuidado à pessoa depressiva? Quais as estratégias os familiares utilizam para enfrentamento dessas dificuldades?

## *2. Objetivos*

---



### 2.1 Geral:

- Compreender como se desenvolve o cuidado familiar diante de um ente em depressão.

### 2.2 Específicos:

- Evidenciar o entendimento dos familiares a respeito da depressão;
- Conhecer as dificuldades vivenciadas por esses familiares no cuidado à pessoa com depressão;
- Identificar as principais estratégias utilizadas por familiares na perspectiva do cuidado destinado ao ente com depressão.

### *3. Revisão de Literatura*

---

### **3.1.O caminho trilhado: Dos conceitos históricos da loucura à concepção de saúde mental e os serviços substitutivos**

No contexto histórico, saúde e doença mental estão intimamente relacionadas à cultura, religião e crenças da sociedade que estabelece o comportamento tido como normal e aceitável, assim, primitivamente, os indivíduos com transtornos mentais eram percebidos e tachados como possuídos por demônios, ou que poderes mágicos ou sobrenaturais haviam penetrado em seu corpo. Ainda tinha a crença de que indivíduos doentes mentalmente eram aqueles que haviam pecado contra Deus e necessitavam de um ritual de purificação (TOWNSEND, 2014).

Os conceitos de saúde mental e doença mental são amplamente discutidos por Townsend (2014), que traz a saúde mental atrelada à realização pessoal como objeto principal para tê-la, de acordo com a pirâmide da “hierarquia das necessidades” identificada por Maslow (1970), apontando da base para o ápice: Necessidades fisiológicas, segurança e certeza, amar e pertencer, autoestima e realização pessoal. Já doença mental é caracterizada como uma síndrome do padrão comportamental, onde o indivíduo apresenta respostas desajustadas a fatores de estresse do ambiente interno ou externo, bem como pensamentos, sentimentos e comportamentos incongruentes com os padrões culturais, vindo a interferir em todo seu funcionamento.

Neste contexto, a pessoa considerada anormal ou louca, era abandonada à própria sorte pra morrer de fome, por ataque de animais ou ainda submetida a ritual de cura como o exorcismo para aqueles vistos como possuídos por forças malignas. Muitos eram queimados vivos na tentativa de exterminar os demônios que os possuíam (SPARDIN, 2005).

A visão a cerca da loucura começou a mudar a partir do século XIII, quando o homem inventou uma nova maneira de se perceber e vivenciar a condição humana, uma forma nova de ver os “diferentes”, dando à loucura a sua concepção de fato patológica. (SILVEIRA, 2005).

Partindo dessa nova concepção, Townsend (2014), traz que a loucura, então reconhecida como doença, começou a institucionalizar-se através da admissão de indivíduos em hospitais dando início ao tratamento para os doentes mentais, contudo, utilizando ainda empregava métodos mais severos, como sangrias, contenção física e extremos de temperatura.

No século XIX, os hospitais que tratavam os doentes mentais cresciam em número, porém, o quantitativo destes pacientes surgia em um ritmo ainda maior, havendo a



necessidade de se ampliar os meios de cuidados, sendo assim criados os asilos estaduais. (TOWNSEND, 2014).

No Brasil, no processo histórico de lidar com a loucura, destaca-se a Reforma Psiquiátrica no final da década de 70, com o compromisso de promover e reestruturar a assistência psiquiátrica, sendo 1978 considerado o ano do início efetivo da luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país, com o propósito de assegurar os direitos civis, a dignidade pessoal, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua continuação em seu meio comunitário (HIRDES, 2009).

A Reforma Psiquiátrica brasileira veio a reformular o modelo psiquiátrico em suas práticas e saberes. Incorpora não a cura como objetivo principal, mas sim viabilizar o resgate ou o estabelecimento da cidadania do doente, o respeito à sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito do seu tratamento, esperando assim, a afirmação de sua autonomia e integração à família e a sociedade (GONÇALVES, 2010).

Santin e Klafke (2011) traz que as Reformas Sanitária e Psiquiátrica no Brasil vêm ao longo dos anos passando por significativos avanços no setor saúde, um destes, no campo de saúde mental, é a desinstitucionalização da pessoa acometida por sofrimento psíquico e a gradual implementação de serviços de saúde em meio aberto, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Hospitais-dia e os Residenciais Terapêuticos. Tudo isso, leva os sujeitos acometidos de transtornos mentais, que antes viviam enclausurados em hospitais psiquiátricos, a terem agora um tratamento mais próximo de seus familiares e da comunidade onde vivem, contando com políticas de saúde e de assistência social voltada para tais.

### **3.2. Visão geral da epidemiologia dos transtornos mentais e acometimento populacional por depressão: revisão de conceitos.**

As doenças com manifestações psicológicas, denominadas Transtornos Mentais (TM) pela Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento (CID-10), que as associa ainda a algum comprometimento funcional resultante de disfunção biológica, social, psicológica, genética, física ou química, tem se tornado o mal do século, prejudicando o desempenho do indivíduo no âmbito pessoal, social, ocupacional e familiar, estando associadas a alterações do modo de pensar, do humor e angústia expressiva (ANDRADE, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), os TM correspondem a 12% da carga mundial de doenças e a 1% da

mortalidade. Um estudo realizado pelo Consórcio Internacional de Epidemiologia Psiquiátrica (ICPE) da OMS revelou que, dentre os países da América Latina, o Brasil apresentou a maior prevalência de TM na população adulta de 15-59 anos, com índices elevados para os transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e do humor e os transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. (DIAS, 2010).

Os levantamentos epidemiológicos populacionais realizados no Brasil apontam para uma prevalência de TM aproximada de 30% na população adulta no período de um ano. Quando essa prevalência é ajustada para os casos que demandam algum tipo de cuidado médico, chega-se a uma estimativa aproximada de 20%, tendo-se que um em cada cinco adultos demanda algum tipo de atenção em saúde mental num período de 12 meses (ANDRADE, 2006).

Dentre os TM que mais acometem a população brasileira está a depressão. As estatísticas apontam para uma estimativa de 17% da população geral afetada, sendo o país de renda média com maior prevalência, 18,4%. Grande parte dos indivíduos adultos sofreu ou sofrem de episódios depressivos de importância clínica, sendo este um dos TM mais frequentes na contemporaneidade. (MOLINA et al, 2012).

A depressão tem atingido um número significativo de pessoas nas mais diversas faixas etárias, afetando crianças, adolescentes, jovens, adultos, sendo estes os de maior prevalência, e terceira idade. A origem deste transtorno está associada tanto a fatores biológicos, genéticos quanto aos ambientais ou à sobreposição dos mesmos (DIAS, 2010).

Os aspectos biológicos da depressão resultam de um baixo nível de atividade neurológica nas áreas do cérebro, responsáveis pelo prazer, dando origem a quantidades insuficientes de neurotransmissores nas sinapses, sendo em número dois destes implicados na depressão, a norepinefrina, e a serotonina (GÓIS, MARTINS, VIEIRA 2006).

Sintomas como reduções do sono, apetite, libido e atividade motora estão associados aos baixos níveis de norepinefrina e de serotonina, sendo estes característicos da depressão devido ao fato de que, ambos os neurotransmissores desempenham um papel crucial no funcionamento do hipotálamo, responsável pelo controle do sono, do apetite, do sexo e do comportamento motor (GÓIS, MARTINS, VIEIRA 2006).

Dentre outros fatores, podem-se destacar os aspectos psicológicos e sociais envolvidos na depressão, como frustrações, derrotas, aspectos econômicos, desemprego, conflitos familiares e sociais, processos adaptativos e estresse (INÁCIO, 2008).

Do ponto psicológico e social, os sintomas depressivos têm uma relação fundamental com as experiências de perda significativas para o indivíduo, como, perda de uma pessoa



querida, de um emprego, de um local de moradia, do status socioeconômico, ou de algo puramente simbólico (INÁCIO, 2008).

Em muito se associa depressão ao estado de humor, contudo, são diversos os sinais e sintomas que a caracterizam, tendo-se uma variedade de alterações somáticas como lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável, ansiedade, angústia, redução de energia para atividade de vida diária, desânimo, cansaço fácil, incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer (anedonia), desinteresse, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e pensamentos de cunho negativo, com perda da capacidade de planejar o futuro e alteração do juízo da realidade com predomínio de tendências suicidas (TAVARES, 2010).

A depressão, segundo Gonçalves (2010), pode ser classificada de acordo com a causa, com a presença ou não de um componente genético (história familiar), com os sintomas e com a gravidade do quadro, em: Primária, secundária ou reativa, genética, depressão menor ou distímia, depressão maior ou unipolar e depressão maior ou psicose maníaco-depressivo.

A primária não tem uma causa detectável. A depressão reativa ou secundária surge em resposta a um estresse identificável como perdas, reações de luto, doença física, tumores cerebrais, acidente vascular encefálico, hipo ou hipertireodismo e a utilização de drogas como promazina, barbitúricos, atropina.

A genética dá-se quando outros membros da família possuem o quadro. A depressão menor ou distímia é uma desordem depressiva crônica, durando pelo menos dois anos em adultos e manifesta-se pela presença do transtorno depressivo, em que o paciente consegue funcionar socialmente, mas sem experimentar prazer (GONÇALVES, 2010).

A depressão maior ou unipolar é uma desordem depressiva primária, endógena, e que não tem relação causal com situações estressantes, patologias orgânicas ou psiquiátricas, caracterizando-se por episódios puramente depressivos em períodos variáveis da vida do paciente geneticamente predisposto à doença. Durante o episódio, os sintomas depressivos são severos e intensos, impedindo o indivíduo de agir normalmente, havendo alto risco de suicídio se não tratado (GONÇALVES, 2010).

Segundo alguns autores há, ainda, a depressão melancólica, atípica, sazonal, depressão com sintomas psicóticos e a depressão pós-parto (INÁCIO, 2008).

Quanto ao diagnóstico da depressão, de acordo com o DSM-V (2013) deve-se levar em consideração se cinco ou mais dos sintomas estão presentes como: humor deprimido na maior parte do dia, interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta,

distúrbio do sono (insônia ou hipersonia), agitação ou letargia, fadiga ou perda de energia quase todos os dias, sentimentos de desvalia ou de culpa sem causa aparente, concentração diminuída ou dificuldades para tomar decisões quase todos os dias e pensamentos de morte recorrentes com ideação suicida durante o período mínimo de duas semanas.

É notório enfatizar que a depressão é um grave problema de saúde pública, dada a sua importância e das doenças mentais em relação às demais doenças. Nela, os indivíduos necessitam de suporte terapêutico especial e contínuo (ROCHA, 2008).

Com base no tratamento farmacológico, este se utiliza de medicamentos antidepressivos que atuam na química do cérebro, agindo sobre os mecanismos de neurotransmissão, seus efeitos terapêuticos derivam aparentemente da correção do desequilíbrio químico causador da depressão (GONÇALVES, 2010).

No Brasil, existe um grande número de psicofármacos antidepressivos, incluindo os antidepressivos tricíclicos, inibidores da monoaminoxidase, inibidores seletivos da recaptação da serotonina e os atípicos. Os antidepressivos tricíclicos como imipramina, desipramina, amitriptilina e nortriptilina são os fármacos mais frequentemente utilizados na depressão (CUNHA; GANDINI, 2009).

A posologia e a duração do tratamento devem ser adequadas para as necessidades de cada paciente. De forma geral, a indicação para o uso de psicofármacos irá depender do diagnóstico, considerando fatores como o tipo de droga, a dosagem, a farmacocinética e a sensibilidade individual (GÓIS; MARTINS; VIEIRA, 2006).

A obtenção de êxito no tratamento da depressão está ligada à terapêutica empregada, a colaboração do paciente ao tratamento e ainda de suma importância a participação e apoio das famílias destes indivíduos (GONÇALVES, 2010).

O emprego da psicoterapia, incluindo terapia de grupo e familiar, segundo Coutinho (2010) é o tratamento mais escolhido na maioria dos casos de depressão, associada ao tratamento farmacológico. Devendo ter um suporte psicológico contínuo, auxiliando a desmembrar sentimentos e percepções não saudáveis presentes nos quadros depressivos.

A depressão é uma doença que compromete corpo, humor e pensamento. Ela afeta a forma como a pessoa se alimenta e dorme, como se sente em relação a si própria e como pensa sobre as coisas e os outros (INÁCIO, 2008).

O indivíduo depressivo necessita de carinho, apoio e proteção dos familiares, amigos e profissionais. Daí percebe-se a importância da psicoterapia, uma vez que o indivíduo precisa de alguém para ouvi-lo e fornecer suporte psicológico neste momento de angústia e



sofrimento; ele precisa recuperar a vontade, o desejo, a motivação para voltar a realizar atividades que antes eram prazerosas (VIEIRA; SARAIVA; COUTINHO, 2010).

No que se refere à família, Szymansky, (2010), define família como uma instituição responsável pelo desenvolvimento cultural, educacional e social do indivíduo, por meio de compartilhamentos e direcionamento de vivências entre os transmissores, os pais, e os receptores, filhos. Assim sendo, a instituição família exerce uma influência direta no desenvolvimento da pessoa, contribuindo para que esta seja ou não uma pessoa doente.

No CAPS, defende-se que a inserção da família deve se constituir como uma dinâmica singular, na qual esse relacionamento deve sustentar-se na ideia de apoio e enfrentamento do sofrimento psíquico, integrando, acolhendo, cuidando e incluindo os atores dessa relação nos espaços cotidianos da vida. A parceria com o familiar constitui-se também como garantia de continuidade do cuidado e progresso no tratamento de seus parentes (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

### **3.3.O cuidado familiar à pessoa com depressão**

Percebe-se que é no contexto familiar que se aprende a compartilhar experiências de alegrias e tristezas, vitória e fracassos, a respeitar os limites, a viver em grupo, a estabelecer vínculos e suportar perdas. Aprende-se a lidar com sentimentos de amor, ódio, inveja, ciúmes, egoísmo, altruísmo, companheirismo, fidelidade, amizade, respeito, solidariedade (SANCHEZ; BAPTIST, 2009).

Portanto, é na família que o indivíduo acometido por transtorno mental busca compreensão, ajuda e consolação. Reconhecer todas as fases da doença permite a família auxiliar melhor ao paciente durante os momentos de crise. Entretanto, a maior parte dos familiares e pessoas mais próximas não tem conhecimento suficiente para fornecer assistência necessária, causando maior sofrimento para ambas as partes (ROSA, 2010).

Por suporte familiar pode-se entender a quantidade de pessoas que moram na casa e suas respectivas funções. É considerada ótima quando houver na família altos índices de carinho e permissão para autonomia e independência. Segundo Alves et al (2008), aqueles que têm a ausência do suporte social ou familiar, estariam mais predispostos a apresentarem um distúrbio psicológico e ou psiquiátrico quando submetidos a eventos estressantes. Sendo que os relacionamentos pobres na infância e adolescência contribuem significativamente para a aquisição de personalidades vulneráveis, as quais auxiliam na propensão para depressão e modelos insatisfatórios de relacionamento (SILVA, 2013).



Nos casos de depressão, para a família, conviver com estes pacientes traz para si problemas e desafios, levando-a a sobreviver de maneira estressante, onde o convívio com um depressivo torna-se árduo ao familiar, sobretudo ao cuidador, que além de fornecer o suporte emocional, físico e financeiro ao doente, precisa lidar com as adversidades apresentadas pelo mesmo nos momentos de crise, como as alucinações, delírios, agressividade, isolamento, redução nos cuidados pessoais, recusa ao tratamento, ideias suicidas, tornando-se uma fonte de estresse acentuado (YACUBIAN; NETO, 2010).

A relação interfamiliar e com o paciente depressivo torna-se complexa e produz sobrecargas físicas, emocionais e financeiras para todo o grupo e principalmente para o cuidador, este, acaba deixando de lado seus compromissos, anulando suas vontades e necessidades em prol de sanar a dependência do familiar doente (ALMEIDA, 2009).

A presença da sobrecarga física e emocional é identificada pelo aparecimento de doenças relacionadas ao sistema nervoso como gastrite e problemas gastrintestinais, mostrando como os problemas de ordem emocional repercutem sobre a saúde física dos indivíduos. Emocionalmente, as pessoas que convivem com a realidade do transtorno mental encontram-se esgotadas, pela privação do sono ou pelo fato de não suportarem mais as implicações que essa convivência gera (MELMAN, 2008).

A situação financeira dessas famílias ver-se também agravada, principalmente para aquelas de poder aquisitivo médio ou baixo, o que já as torna vulneráveis. Esta vulnerabilidade tende-se a se intensificar quando em convívio com o paciente em sofrimento mental, pois a família vivencia um processo complexo, que exige uma nova estrutura nas relações de trabalho, nas inter-relações e no orçamento familiar, tendo que adequar-se e custear todas as despesas com tratamentos e necessidades específicas do indivíduo relativas à sua condição patológica (MORENO, 2009).

As famílias, na medida do possível e à medida que as instituições de saúde abrem suas portas, vão cumprindo seu papel de cuidadoras em um contexto conturbado e repleto de contradições. A reabilitação psicossocial é um dos caminhos para o processo de inserção do sujeito em sofrimento mental no contexto familiar e na comunidade. Os serviços de saúde e as famílias devem estar dispostos a resgatar as habilidades “adormecidas” dos usuários e projetá-las na comunidade, restaurando, assim, a autonomia e a autoestima desses sujeitos. A família deve ser utilizada pelos serviços de saúde mental como um recurso fundamental no processo de reabilitação psicossocial do indivíduo, e para que isso aconteça é necessário que as instituições de saúde lhes ofereçam suporte e apoio no convívio com o seu doente (SILVA, 2013).

Os profissionais de saúde devem refletir sobre as intervenções junto ao sujeito em sofrimento psíquico e seus familiares, identificando as necessidades deste grupo. Os profissionais devem trabalhar com o conceito de recuperação, um dos mais recentes acréscimos em reabilitação psiquiátrica, que significa a reformulação de aspirações de vida e eventual adaptação à doença. Desta forma, observa-se e preocupa-se mais com o sujeito e menos com os sintomas, enfatizando as possibilidades de conviver com as limitações e expandir as potencialidades, tanto na família como na comunidade. (NAVARINI; HIRDES, 2008).

Na perspectiva de intervenção ampliada de assistência, as ações dos enfermeiros devem possibilitar um cuidado que vise à totalidade do indivíduo, ou seja, uma pessoa com sentimentos, família e inserido em um contexto social. Esse profissional deve desprender-se do modelo biomédico e evoluir para um papel terapêutico entre os serviços de saúde e família, buscando e conhecendo novas práticas assistências.

*4. Percurso  
Metodológico*

---

#### 4.1. Tipo de Pesquisa

O estudo apresentado desenvolveu-se a partir de abordagem qualitativa e exploratória cujo objetivo principal é à exposição das características de uma determinada população ou fenômeno, fundando as relações entre as variáveis, tendo como características mais expressivas à utilização de técnicas unificadas de coleta de dados (GIL, 2008).

A pesquisa qualitativa é revelada por aquilo que não pode ser mensurável, pois o fato e o sujeito são elementos indissociáveis; Logo, quando se trata do sujeito, consideram-se seus traços subjetivos e suas particularidades, os quais podem não ser expressos em informações quantificáveis (MINAYO, 2012).

Com base nessas características, afirma-se que a pesquisa qualitativa tem um caráter exploratório, logo vez que incita o entrevistado a pensar e a se expressar livremente sobre o assunto em questão. Na pesquisa qualitativa, os dados, em vez de serem tabulados, de forma a apresentar um resultado preciso, são retratados por meio de depoimentos, levando-se em conta aspectos tidos como relevantes, como as concepções e os comentários do público entrevistado. Deste modo, considera-se que as duas modalidades não podem ser consideradas como excludentes, pois apenas se diferenciam por apresentarem funções específicas (RÚDIO, 2007).

#### 4.2. Local de Estudo

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial Sebastião Paulo de Souza (CAPS-I) do município de Cuité-PB.

Cuité é um município situado no estado da Paraíba (Brasil), localizado na microrregião do Curimataú Ocidental paraibano. De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), neste ano de 2015, sua população é estimada em 20.325 habitantes. Área territorial de 741,840 km<sup>2</sup>. Sendo sede da 4ª Região Geo-administrativa do estado da Paraíba. Limita-se com o Estado do Rio Grande do Norte e os municípios de Cacimba de Dentro (45 km), Damião (27 km), Barra de Santa Rosa (29 km), Sossego (32 km), Baraúna (22,5 km), Picuí (23 km) e Nova Floresta (7 km)

O município dispõe de um (1) CAPS-I, voltado a assistir pessoas em sofrimento mental, seja de forma individual e/ou coletiva. O serviço conta com uma equipe multiprofissional: Psicóloga, Enfermeiro, Assistente Social, Médico Psiquiatra, Pedagoga, Técnico de Enfermagem e Oficineiro.



Nas suas formas de atenção o CAPS-I é destinado a abranger um contingente populacional de 20 a 70 mil, dispondo de ambulatório de psicologia e psiquiatria, atenção grupal com oficinas terapêuticas, ajuda a pessoas com necessidades especiais com transtorno psíquico, grupo de meditação, grupo de familiares, atenção diária a pessoas em psiquismo severo, oficinas terapêuticas (pintura em tecido, vidro, tapeçaria, crochê, tricô e costura) (PEGORARO; CALDANA, 2008).

O ingresso do paciente no serviço é feito por meio de encaminhamento das Unidades Básicas de Saúde, seguido de triagem, com a qual se estabelece a necessidade do cuidado específico, reencaminhamento ou demanda espontânea.

Funcionando de segunda a sexta, o CAPS-I em Cuité, tem bem estabelecido, suas metas e funções, sendo: Prestar atendimento em regime de atenção diária; acolher e atender as pessoas com transtornos mentais, procurando preservar e fortalecer os laços sociais do usuário em seu território; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental; organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios; promover a reinserção social do indivíduo através do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Às 8:00 horas da manhã, o serviço abre as portas, logo após a chegada dos usuários, estes são acolhidos pelos profissionais e visitantes com o “Bom dia CAPS”, onde todos são ouvidos e podem contar um pouco como foi sua noite, como estão se sentindo e o que mais queiram relatar. Logo após este momento, tem o café da manhã e posteriormente começam as oficinas. Nas terças feira, é o dia reservado para atendimento psiquiátrico com o médico e aconselhamento das famílias.<sup>1</sup>

### **4.3.Participantes da Pesquisa**

Os participantes definidos para este estudo foram representados por seis familiares de usuários com diagnóstico de depressão, atendidos e cadastrados no CAPS-I em Cuité-PB e que estavam dentro dos critérios de inclusão delimitados neste estudo.

#### **4.3.1.Critérios de inclusão e exclusão**

---

<sup>1</sup> Informações observadas na pesquisa de campo.

Os critérios de inclusão para seleção dos participantes constituíram-se: Familiares maiores de 18 anos; familiares que residiam na zona urbana do município de Cuité-PB, familiares de usuários cadastrados no CAPS, familiares de usuários que faziam uso de medicação e acompanhamento da depressão.

Como critérios de exclusão: Familiares que não conviviam com a pessoa em depressão.

Assim, foram selecionados seis familiares responsáveis pelos usuários com depressão, os quais foram identificados por pseudônimos, como se segue, a fim de preservar o anonimato de cada familiar e a partir daí, criou-se uma unidade temática e categorias para discutir os relatos dos familiares.

**Quadro 1: Perfil dos familiares Cuidadores**

Sexo	Idade	Grau de Parentesco	Religião	Pseudônimo
Feminino	52	Esposa	Indefinida	Orquídea
Feminino	58	Tia/madrinha	Católica	Jasmin
Masculino	35	Esposo	Protestante	Lírio
Feminino	40	Filha	Evangélica	Margarida
Feminino	45	Filha	Católica	Bromélia
Feminino	18	Filha	Católica	Girassol

Fonte: Arquivos da autora, 2015.

#### 4.4. Instrumento de pesquisa e Coleta do material

Para Rúdio (2007), o instrumento da pesquisa é percebido como o mecanismo construído que ira possibilitar a coleta do material necessário para a construção da pesquisa. Diante disso, o instrumento desta pesquisa consiste em um roteiro semiestruturado para entrevista, que por sua vez, pode ser entendido como uma técnica que envolve duas pessoas numa situação 'face a face' e em que uma delas formula questões e a outra responde (GIL, 2008).

Para a realização de uma entrevista semiestruturada, necessita-se de um instrumento de investigação e abordagem, o qual, nesse estudo revela-se por meio da aplicação de

entrevistas com uso de perguntas (APÊNDICE II), previamente estruturadas condizendo com os objetivos propostos para esta produção do conhecimento (RÚDIO, 2007).

A coleta de material é uma das etapas mais importantes da pesquisa, contudo não deve ser confundida com a pesquisa propriamente dita, pois os dados coletados posteriormente serão elaborados, analisados, interpretados, e por fim será realizada a discussão dos resultados da pesquisa (MINAYO, 2012).

Nessa perspectiva, o período de realização da coleta do material empírico se deu entre os meses de abril e maio de 2015. Através de entrevistas gravadas em fita cassete com um gravador, o que permitiu a transcrição dos depoimentos fidedignamente para posterior análise do conteúdo, onde se utilizou a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

A escolha dos entrevistados se deu através de análise de prontuários do CAPS I de Cuité-PB, com o apoio e concordância dos profissionais do serviço, logo após, em dias consulta psiquiátrica, nos quais se encontravam os usuários e responsáveis objetos do estudo, obteve-se 80% das entrevistas, sendo os outros 20% realizados nas casas destes. Em média quanto tempo durou cada entrevista.

As entrevistas ocorreram em momentos individuais, com apresentação prévia do estudo e seus objetivos, bem como de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do questionário, descrevendo assim um primeiro momento de diálogo com os cuidadores, sendo, logo após, realizada a gravação.

#### **4.5. Análise do material**

De acordo com Bardin (2009) a análise de conteúdo abrange técnicas empregadas para análise de comunicações, por meio de métodos ordenados e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, visando obter que permitam conhecimentos referentes às condições de produção/recepção dessas mensagens. Assim Richardson (2008) afirma que análise de conteúdo é um conjunto de meios metodológicos modernos que se utilizam em discursos variados.

Bardin (2009) afirma que a análise de conteúdo se divide em:

Para realização da pesquisa foram percorridas e respeitadas as etapas quanto ao material colhido. Na pré-análise foi estabelecido o primeiro contato com o material, ou seja, com as entrevistas gravadas, as quais foram transcritas na íntegra para o word, permitindo a identificação das falas principais que atendiam aos objetivos propostos; em seguida, veio a fase da Exploração do material: onde o material foi explorado por meio de recortes das partes



representativas, de acordo com a entrevista proposta, logo após, os materiais foram agregados, dispostos em categorias e interpretados em temas.

A codificação: Que envolve a escolha de unidades de registro, onde a unidade de registro é a unidade de definição a codificar podendo ser palavra, frase ou tema;

Escolha de categorias: onde estas são espelhos da realidade, sendo sínteses, em determinado momento. A categorização permite reunir material e posteriormente organizá-los, e assim, as categorias serão produtivas se os resultados obtidos forem produtivos em hipóteses e deduções. A última etapa do estudo consistiu na elaboração deste documento, evidenciando as principais discussões e resultados encontrados.

Diante disso e com base nos objetivos propostos, criou-se a unidade temática, **(Sobre)viver com depressão: Singularidades do cuidado**; apresentada nas seguintes categorias:

- Categoria I: **A compreensão familiar sobre a depressão, concepções e vivências.**
- Categoria II: **Depressão: Dificuldades no convívio familiar.**
- Categoria III: **O Cuidado ao familiar com depressão: Estreitando laços, reestabelecendo vínculos.**

Ao se descobrir um tema no material coletado, é preciso comparar enunciados e ações entre si, com intuito de unificá-los através de suas semelhanças. Durante a interpretação do material, é necessário ter atenção ao referencial relacionado à investigação, pois ele dará o embasamento e as perspectivas significativas para o estudo.

#### **4.6.Considerações Éticas**

Ao serem convidados a participar da pesquisa e após concordância em fazer parte do estudo, foram esclarecidos aos participantes os objetivos deste estudo. Garantiu-se o sigilo, anonimato, através dos pseudônimos de flores atribuídos a cada participante, e a desistência em qualquer momento da pesquisa, mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), fornecido no ato da entrevista (APÊNDICE I).

Os critérios utilizados obedeceram à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que norteia pesquisas envolvendo seres humanos. Também foi solicitada a permissão para gravar as entrevistas. A pesquisa realizou-se após a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, onde a mesma foi aprovada sob o número CAAE: 40512114.9.0000.5182.



Todas essas exigências foram devidamente respeitadas durante a operacionalização desta pesquisa, assim como as premissas observadas na Resolução nº311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem, que trata da reformulação do Código de Ética Profissional (COFEN, 2007).

## *5. Resultados e Discussões*

---

Para alcance dos objetivos propostos, realizou-se a análise do material obtido a partir dos questionamentos trazidos na entrevista semiestruturada, quanto ao entendimento acerca da depressão, as estratégias de cuidado e as principais dificuldades no enfrentamento da depressão. Para responder a tais, emergiu-se a seguinte unidade temática:

### **5.1 (Sobre)viver com depressão – singularidades do cuidado.**

No Brasil, a atual política de saúde mental ao impulsionar a criação de serviços substitutivos de cuidado, demonstra a necessidade de inserção da família do paciente no tratamento, a fim de proporcionar apoio ao membro doente. Neste sentido, ela pode ser considerada como um locus do cuidado, espaço indispensável da sobrevivência, do desenvolvimento e da assistência incondicional de filhos e demais membros, independentemente do arranjo ou da forma como se estrutura essa família (PEGORARO; CALDANA, 2008).

O suporte familiar, por sua vez, pode apresentar variáveis em sua eficácia de acordo com singularidades e desempenhos dos membros do núcleo familiar, como ações, atitudes e comportamentos que carregam grande carga de emoções, assim como cada um percebe esse suporte. Assim, cada família possui tendências ou elementos funcionais indispensáveis no cuidado ao paciente depressivo como também podem agravar ou não saberem lidar com a enfermidade de seus membros (FEITOSA, 2014).

Seguindo esta premissa, Feitosa (2014), traz ainda que o apoio familiar abrange ações individuais ou de grupo as quais resultam em efeitos emocionais, que levam o sujeito a confiar que ele é cuidado, amado, que pertence a uma rede social. Em contrapartida, a fragilidade de relações sociais compõe fator de risco à saúde, acrescentando dificuldade de cura.

A depressão é um transtorno que afeta toda a família. A convivência com indivíduos deprimidos pode despertar sentimentos de frustração, culpa e até impotência nos familiares, os quais podem ter grandes dificuldades de entender os problemas da relação que se estabelece entre o sujeito e a depressão (BORBA, 2008).

De acordo com as abordagens realizadas e as vivências e experiências compartilhadas, lidar com a depressão é uma das situações mais desafiantes em um sistema familiar, aonde todas as suas fragilidades e potencialidades vem à tona no processo do cuidar, traduzindo-se em momentos de limitações e elaboração de novas estratégias de enfrentamento da doença, deixando transparecer, muitas vezes, percepções deficientes acerca da depressão e a

necessidade de maiores conhecimentos relativos. Tais contextos traduzem-se nas categorias a seguir:

#### **Categoria I: A compreensão familiar sobre a depressão, concepções e vivências**

Vários sentimentos, concepções e vivências foram descritas ao longo das entrevistas, nas quais os familiares relataram com frequência, situações que envolvem o entendimento da depressão como medo, tristeza, dentre outros adjetivos.

No que diz respeito à compreensão familiar acerca da depressão, elucidam-se os seguintes discursos:

*“Depressão pra mim é... uma tristeza... assim, muito forte que se instala numa pessoa, o qual ela quer sair, mas não consegue. Porque a mente dessa pessoa tem o poder mais forte do que a vontade própria da pessoa” (Orquídea).*

*“É... assim...é...pelo que eu vejo nela...a depressão é...uma doença silenciosa...né...que precisa de muitos cuidados...que a pessoa fica muito triste...não consegue se alegrar...né...ela mesma...pra ela parece que as coisa perde o sentido...” (Girassol).*

De acordo com as falas, pode-se dizer que a depressão é vista como algo que vai se instalando pouco a pouco e vai se apoderando das emoções e de toda a vida do sujeito, sem que este ou a família cheguem a perceber de imediato o caminho escuro o qual começam a trilhar. O indivíduo com depressão parece viver sempre às sombras, deixando transparecer traços cotidianos de melancolia, expostos principalmente por expressões faciais de tristeza, discursos negativistas e desânimo para as atividades diárias.

Corroborando com os discursos, Brant e Minayo (2008) trazem que a tristeza brota como maldita, levando o sujeito a sentir-se abatido e isolado. Essa silenciosa angústia é diagnosticada como depressão. Já Esteves e Galvan (2009), classificam a depressão como um transtorno de humor, que rege as atitudes do sujeito modificando a percepção de si mesmo, passando a enxergar seus problemas como grandes catástrofes, sendo a tristeza e desolação um dos sintomas desta e não a depressão propriamente dita.

A tristeza, como sinal aparente, leva a pessoa depressiva a não sentir prazer em coisas que antes lhes deixava alegre, a perder o desejo de convívio social ou não sentir bem em meio a outras pessoas, por mergulhar em uma tristeza profunda e ver-se em um mundo sem sentido,



vindo, muitas vezes, em momentos de crises, referir ideias suicidas ou até mesmo praticá-las, o que vem abordado no discurso abaixo:

*“A depressão pra mim...eu acho que é uma das piores doenças que existe na face da terra, por que...é uma coisa que o ser humano se isola, ele chega ao ponto de tirar a própria vida [...]” (Jasmin).*

Em outra vertente, considerando os danos causados a vida do sujeito e da família frente a depressão, pode-se perceber a vulnerabilidade ao suicídio como agravante a estabilidade emocional dos demais membros da instituição familiar. A relação, entre suicídio e depressão, segundo Vieira, Saraiva e Coutinho (2010) é estreita, sendo o primeiro considerado um sintoma ou uma consequência do segundo sendo um dos dados mais conhecidos na literatura psiquiátrica.

Além da instabilidade emocional e dos danos psíquicos, a convivência com um familiar com depressão leva toda a família ao adoecimento, principalmente se esta conviver com a eminência de suicídio do seu ente doente, o que a limita e faz direcionar toda a sua atenção e olhares para ele.

A inconstância de ideias e ações em um paciente depressivo acaba incapacitando-o e também a sua família, tendo esta, muitas vezes, que abandonar trabalho, abdicar de atividades de lazer e conviver com danos financeiros, dentre outros prejuízos. Essa incapacidade é revelada no relato a seguir:

*“A depressão... pra mim... é uma doença que incapacita a pessoa; ela fica sem ânimo, sem vontade de viver [...] é uma coisa criada pela mente né? e a gente sabe que a nossa mente tem um poder muito grande...” (Bromélia).*

Na fala, o familiar reforça o poder incapacitante da depressão na vida dos sujeitos, mas também nos traz outro ponto muito importante no cuidado ao paciente depressivo, relacionando ao poder da mente, ao que se passa no psicológico desta pessoa, partindo do fato de que toda pessoa atribui uma causa para sua patologia, mesmo que irrelevante para quem ouve, torna-se totalmente relevante para o doente e o leva a desenvolver todo o conjunto de sinais e sintomas da depressão.

Pinho (2010) em concordância com o discurso, traz que a depressão é individualizada pela tristeza constante e outros sintomas negativos que incapacitam o sujeito para as atividades diárias, como trabalhar, estudar, cuidar da família e até passear, o que significa que

quem sofre de depressão tem a sua rotina alterada do avesso, tornando-se, na maioria das vezes, improdutivo; cita ainda a Organização Mundial de Saúde, segundo a qual, até 2020 a depressão será a doença mais incapacitante no mundo.

Tão importante quanto conhecer a concepção do familiar cuidador acerca da depressão é conhecer seus métodos de cuidado e enfrentamento da doença de seu ente; assim, traz-se a seguinte categoria:

### **Categoria II: Depressão: Dificuldades no convívio familiar**

Como explicitado no decorrer desse estudo, o familiar que convive com um ente em depressão, vivência significativas limitações em diversos aspectos de sua vida, além disso, as singularidades da doença provocam a necessidade de enfrentamento de várias dificuldades, tais como: Sentimento de impotência, sobrecarga familiar, dificuldade de interação e distanciamento, como é percebido na fala:

*“É...primeiramente é a impotência que a gente sente né...De poder fazer alguma coisa...”(Orquídea).*

Na construção social do pensamento familiar, segundo Tosin (2005), no que diz respeito ao fato de sentir-se responsável pelo bem estar do doente, o familiar cuidador tende, involuntariamente a individualizar o sofrimento, sendo, sozinho, cuidador e agente elaborador de novas estratégias de cuidado, assim, de acordo com natureza da percepção humana de que a doença precisa ser curada, o familiar pode se sentir impotente por ter que conviver com a cronicidade da depressão e não alcançar a cura.

Em busca da melhora da pessoa em depressão, o cuidador acaba, por muitas vezes, querendo estar sempre por perto, cobrindo-o de atenção e cuidados, no entanto, pode fazer o paciente sentir-se superprotegido e até mesmo irritado com a situação e provocar possíveis desentendimentos, atrelando a isso, também o fato da tendência ao isolamento social em que esses pacientes se encontram.

*“[...] “Bom...é... porque as vezes quero conversar, me distrair com ela, mais acabamos não nos entendendo.....eu queria...(se emociona) queria poder fazer mais por ela...né...mas sabe...tem hora que...que eu não sei o que fazer mais...eu fico muito triste de ver ela assim.” (Girassol).*



Mais uma vez, a impotência aparece relatada por um cuidador, tornando-se um sentimento comum diante da convivência com um familiar com depressão, quando parecem que tudo que podia já foi feito, que todas as estratégias foram utilizadas, principalmente quando tarefa do cuidar não é compartilhada no grupo familiar recando apenas sobre um cuidador, o que gera, além da impotência, a sobrecarga.

*“Ah...a dificuldade principalmente de gente pra conversar com ela...alguns filhos mesmo...alguns inventam todo tipo de desculpa que não pode vir aqui...aí...uns tem carro...mas não vem um dia pra sair com ela...pra levar ela pra passear...sabe...aí pra mim fica difícil pra fazer tudo sozinha...” (Bromélia).*

Além de não participarem do cuidado do ente dentro de casa, muitos familiares também se abstêm de acompanharem as consultas, as terapias. É bastante comum a equipe do CAPS chamá-los para uma conversa sobre o paciente. Infelizmente, algumas vezes, estes não comparecem e a responsabilidade pelo cuidado continua sobrecarregando somente o familiar cuidador mais próximo, o que configura o distanciamento familiar e aquela que serviria de proteção para o doente, acaba muitas vezes excluindo-se ou excluindo-o, muitas vezes, estando esta exclusão, erroneamente pautada no preconceito.

A sociedade ainda enxerga a depressão de modo estigmatizante e em alguns casos, a resistência em relação ao transtorno parte do próprio usuário, com receio de ser rotulado como louco, e acaba por não aceitar o diagnóstico nem querer falar para ninguém sobre o problema, o que dificulta a interação social e aumenta a carga do cuidador.

Segundo Melman (2008) nos últimos anos, o conceito de sobrecarga familiar foi aperfeiçoado, incluindo, além dos encargos físicos e emocionais, também os econômicos os quais os familiares enfrentam no cuidado e o quanto a convivência com um paciente depressivo representa em “peso” material, individual, organizativo e social, o que deve ser levado em consideração pelos profissionais de saúde, toda essa representação da depressão para a família.

Remetendo-se ainda ao “peso” social, os danos sociais provocados pela depressão podem ser relatados não só como prejuízos na interação social do paciente com a sociedade, mas, sobretudo, dentro do seu próprio grupo familiar, como podemos perceber no relato de Jasmin:

*“É porque ele...se tranca...e a gente pra conversar com uma pessoa assim... pra arrancar alguma coisa dela é muito difícil...” (Jasmin).*

A dificuldade de interação social é algo que aparece constantemente nas falas dos familiares, sendo para estes, algo comum à depressão. Contudo, essa dificuldade pode ocorrer quando os familiares atingem a exaustão emocional, onde o vínculo afetivo em momentos de crises, muitas vezes, se torna comprometido, fazendo com que o familiar se sinta que as tentativas de interação foram falhas, ineficazes. Assim, esse fator somado ao isolamento característico da depressão, leva a introversão do indivíduo.

Reafirmando o contexto relatado, Sant'Ana e Pereira, et al (2011) destacam que um dos sintomas da doença mental é a redução da motivação, levando o doente a não conversar, ficar indiferente, isolado e reservado socialmente, o que dificulta o cuidado, uma vez que, é a interação dessas pessoas na sociedade, o fortalecimento de laços de amizade, culturais, de comunidade, de trabalho ou de estudo, que se constituem como importantes bases de apoio ao indivíduo e à família, diante da depressão (SANTIN; KLAFKE, 2011).

A pessoa depressiva não deve ser de responsabilidade somente da família, de um cuidador ou dos serviços de saúde, mas sim de todos esses, construindo uma rede de cuidados, integrando todas as estratégias possíveis para atendê-lo de forma integral e humanizada, o que amenizaria a sobrecarga familiar, o sentimento de impotência e permitiria alcançar, de fato, o cuidado em saúde mental, como preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

### **Categoria III: O Cuidado ao familiar depressivo: Estreitando laços, reestabelecendo vínculos.**

Embora se perceba o quão difícil é lidar com a situação, existe um mecanismo de renovação, de reativação de formas que impulsionam os familiares a recomeçarem quando se faz necessário; a buscar novas alternativas de cuidado e de inserção social. Fazendo do cuidado um exercício diário, um teste de amor, paciência, compreensão e de colocar-se no lugar do outro.

Foi percebida na pesquisa, a diversidade de formas de cuidados e estratégias de superação das dificuldades com base principalmente em habilidades pessoais, executadas em prol da melhoria do estado de saúde da pessoa acometida por depressão, sem existir unanimidade de ações. Deste modo, seguem as falas nas quais os familiares descrevem como é feito esse cuidado:



*“Eu cuido com muito carinho, dou muito amor, compreensão...até pode não ser compreendida, mas eu tenho muita compreensão com ela. Deixo ela, quando ela tem desejo de ta no cantinho dela, eu deixo ela lá no cantinho dela. Quando ela abre a porta pra que eu entre no mundo dela, eu entro...” (Orquídea).*

*“Eu ajudo a ela a fazer as coisa...né...acordo ela, já faço o café já pra evitar aborrecimento...ter bastante paciência...paciência tem que ter muita né...(Lírio).*

Os discursos trazem o carinho, o amor, a afetividade como fundamentais no cuidado ao familiar depressivo. No entanto, observa-se nas falas a paciência como fator essencial no convívio com o ente em depressão, o que é reforçado por Sant’ Ana e Pereira, et al (2011) quando referem que o trabalho de cuidar, e ao mesmo tempo ser um familiar, demanda muita disponibilidade e ao mesmo tempo paciência e estes frisam ainda que para exercício de tal, é necessário que a árdua tarefa do cuidar seja dividida ou compartilhada com os demais membros da família, o que é bem visto no discurso de Orquídea.

*“Eu utilizo...primeiramente os nossos filhos né...que são sete crianças...então eu me utilizo deles pra que eles alegrem a mãe...” (Orquídea).*

Quando a tarefa do cuidar é compartilhada entre familiares, traz benefícios significantes, visto o “peso” desta tarefa. Não é fácil ver e viver a depressão e quando ela está dentro da família, porém, recaindo o cuidado a uma única pessoa, torna-se, muitas vezes, improdutivo ou ineficaz, necessitando assim de um suporte dos demais familiares.

Para Moreno (2009), o seio familiar é um espaço de troca de vivências, de experiências, onde uns se identificam com os problemas dos outros e acaba por refletir em sua própria realidade, o que fortalece vínculos e permite um alívio para o familiar cuidador e o próprio doente, minimizando o isolamento, proporcionando um espaço de trocas solidárias, o que é indispensável no cuidado à pessoa com depressão. Bromélia reforça isso em sua fala.

*“Bom...ela...ela gosta muito de conversar...então eu sempre converso com ela...chamo as pessoa da familia pra conversar com ela...sabe...às vezes...eu vejo que ela ta tristinha...aí eu saio na casa do povo...pedindo pra ir fazer uma vista pra ela...porque assim ela se distrai...eu levo ela pra feira[...] lá ela compra as coisa dela, encontra os amigos...aí faz aquela farrá...ri, brinca...conversa...aí eu vejo que faz tão bem pra ela sabe...ela chega volta assim... volta pra casa com aquele brilho diferente no olhar...” (Bromélia).*

[...] *“Dar alegria, brincar muito com ele, dar amor, dar atenção e tirar esse medo dessas coisas...” (Margarida).*

Além de utilizar de outras pessoas no cuidado ao ente doente, como nos traz Bromélia, percebe-se no discurso de Margarida, que ela se remete a brincadeiras, amor e atenção como formas de cuidar. Interligando as falas, observa-se que levar o doente a se distrair, ter momentos diferentes, fazer algo novo ou até mesmo voltar a fazer algo que antes lhe era satisfatório, são estratégias eficazes no cuidado a pessoa depressiva, pois ela pode novamente sentir-se integrada ao meio social.

Segundo Cardoso (2011) a estrutura de intervenção baseada na busca por melhoria nos relacionamentos sociais, retorno às atividades que foram deixadas de serem praticadas por conta da depressão, prática de atividades descritas como prazerosas; planos sobre o futuro, aceitação de mudanças e planos e adequação de estratégias trazem significativos resultados no cuidado à pessoa com depressão. O trabalho é visto como benéfico na concepção do seguinte familiar:

[...] *“chamo ela pra sair...mas ela não quer...agora...assim...ta melhor porque ela ta trabalhando nos fim de semana...aí eu acho bom...né...porque ela ocupa a mente e num fica só...só dentro de casa pensando besteira.” (Girassol).*

Além das estratégias de cuidado relatadas pelos outros cuidadores, Girassol, em seu discurso, nos traz o trabalho como forma de inserção social e importante aliado no cuidado à pessoa com depressão. Texeira (2007) refere que o trabalho é um importante aliado da psicologia e psiquiatria, partindo do ponto de vista de que o homem procura dar sentido ao trabalho como um valor essencial no seu crescimento enquanto pessoa, contribuindo, assim, para o seu desenvolvimento. Acrescenta ainda, que o ato de trabalhar ganhou importância como instrumento de inclusão social e de definição da própria identidade.

Enquanto trabalha, a pessoa com depressão, que, na maioria das vezes, sente-se inútil e um “peso” para a família, passa a mudar essa percepção de si mesmo e potencializar suas habilidades, ao mesmo tempo em que não dá espaço para pensamentos negativistas enquanto ocupa a mente no trabalho, sendo este um aliado não só do paciente, mas também da família que convive com este.

As formas de enfrentamento da depressão, mesmo que semelhantes, apresentam peculiaridades, porém foi observado que o cuidado familiar ainda se pauta de maneira prioritária no controle da medicação, como é observado nos relatos:

[...] “Mais atenção...brinco muito com ele...tomando o medicamento certinho graças a Deus ele ta melhor, muito melhor....” (*Margarida*).

[...] “não deixar ela só...levo ela pras consultas no caps...cuido da medicação dela...ela sempre toma na hora...” (*Bromélia*).

Com relação ao tratamento medicamentoso da depressão, Cardoso (2011), faz críticas ao modelo biomédico de cuidado introjetado na população, remetendo-se a ensaios clínicos que mostram que o tratamento farmacológico combinado com psicoterapia tem proporcionado resultados mais eficientes na redução e prevenção do reaparecimento de episódios de depressão, do que aqueles apenas medicamentosos, não tendo este, por si só, total eficiência como medida terapêutica, tendo, a família, que enfrentar inúmeras dificuldades no cuidado e convívio com o ente em depressão, conforme mostra a categoria a seguir.

## *6. Considerações*

*Finis*

---



Os estudos apontam para a necessidade, cada vez maior, da inserção da família no tratamento do paciente com depressão, a fim de proporcionar apoio ao indivíduo doente. Neste sentido, ela pode ser considerada como um locus de cuidado, espaço indispensável da sobrevivência, do desenvolvimento e da assistência.

O suporte familiar, por sua vez, pode apresentar fragilidades no cuidado de acordo com singularidades e desempenhos dos membros de seu núcleo, como ações, atitudes e comportamentos que carregam grande carga de emoções, assim como cada um percebe esse suporte. De acordo com as abordagens realizadas e as vivências e experiências compartilhadas, lidar com a depressão é uma das situações mais desafiantes em um grupo familiar, aonde todas as suas fragilidades e potencialidades vem à tona no processo do cuidar, traduzindo-se em momentos de limitações e elaboração de novas estratégias de enfrentamento da doença, deixando transparecer, muitas vezes, percepções deficientes acerca da depressão e da necessidade de maiores conhecimentos relativos.

Quanto ao entendimento da depressão, observou-se nos relatos que esta é entendida como uma tristeza profunda, doença causada pela mente e uma doença silenciosa, ou seja, algo que não se pode observar ou perceber de imediato. Assim o familiar define a depressão pelos sinais apresentados pelo seu ente doente, exigindo diariamente a elaboração de novas estratégias de enfrentamento.

O processo do cuidar, no relato dos familiares, ver-se baseado no amor, carinho, paciência e reinserção social, porém, muito deste ainda se pauta na medicalização como principal forma de tratamento da depressão.

Inúmeros foram os desafios e dificuldades apresentados nas falas, sendo o preconceito, o sentimento de impotência, a sobrecarga, o isolamento e ameaças de suicídio os principais pontos abordados pelos cuidadores, o que para eles, todavia, torna indispensável o suporte familiar neste contexto tão sofrido e difícil na vida de uma pessoa, uma doença, segundo estes, na qual o indivíduo tenta sair, mas dificilmente consegue, vendo-se aprisionado em sua própria mente.

O enfermeiro, em todos os tipos de instituição de saúde, tem a responsabilidade de reconhecer e intervir apropriadamente nos casos em que o indivíduo está sofrendo, incluindo o sofrimento advindo dos transtornos mentais. É este, o profissional que ocupa posição singular nos serviços de saúde, pois, geralmente, ele é o primeiro a ter contato com a pessoa que busca atenção nesses serviços, fazendo parte de todos os âmbitos do cuidado.

Diante disso é necessário que as equipes dos serviços desenvolvam estratégias de inserção da família no cuidado, ofertando espaços de escuta e acolhimento, construindo e

mantendo um vínculo entre esta, a equipe, usuário e comunidade. Os profissionais de enfermagem, no papel de cuidadores, são habilitados para reconhecer as necessidades afetivas dos pacientes depressivos e das famílias inseridas neste contexto, considerando as dúvidas, opiniões e a atuação do cuidador na proposição de suas ações, estudando as ideias e traçando estratégias para encorajar o mesmo a como lidar com seu familiar depressivo.

Portanto, esta pesquisa vem a contribuir, na perspectiva de esclarecer a importância do aprimoramento técnico científico do profissional de enfermagem no que diz respeito ao cuidado destinado ao paciente em depressão, diante de suas peculiaridades e particularidades, despertando-os para o desenvolvimento de novas formas de atenção a estes e seus familiares, para a melhoria na qualidade da atenção à saúde mental, com foco na integralidade em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS).

No âmbito pessoal, enquanto pesquisadora, futura profissional e cuidadora de um ente em depressão, poder conhecer o sofrimento do outro é re significar seu próprio sofrimento e poder identificar novas formas de enfrentamento da depressão, podendo perceber a necessidade de conhecer cada vez mais dessa doença e disseminar estes conhecimentos para o mundo científico e fazê-los chegar a tantas famílias adoecidas como a minha, mas que não tem a mesma oportunidade de estudar e se aprimorar como eu tive.

Ressalto ainda as limitações vivenciadas para realização desta pesquisa, as quais se traduzem na dificuldade de coleta do material, vista a necessidade de um contato prévio com os familiares cuidadores. Muitos destes apresentavam uma necessidade imensa de conversar, desabafar, ouvir uma palavra de ajuda, até se emocionavam, o que, em alguns casos, fez com que o primeiro contato durasse em média de três horas, havendo remarcação para a entrevista.



## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. R. M. Depressão na Família. UCM, **Diretoria de Projetos Especiais. Instituto a Vez do Mestre**. Rio de Janeiro, 2009.
- ANDRADE, L. H. S. G; Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na Mulher. **Revista Psiquiátrica Clínica**. São Paulo, v. 33, n. 2. P. 43-54, 2006.
- BARDINI, L. Análise de Conteúdo. **Lisboa**; Ed 70, 2009.
- BEZERRA, E; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o Trabalho em Rede: Tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, 2008, 28 (3), 632-645.
- BORBA, L. O; SCHWARTZ, E; KANTORSKI, L. P; A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Acta Paul Enfermagem** 2008; 21(4):588-94.
- BRANT, L.C.; MINAYO, G. C; Da tristeza à depressão: a transformação de um mal-estar em adoecimento no trabalho. **Interface Comunicação Saúde e Educação**. V.12; n.26; p.667-76, jul./set. 2008.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 466. Brasília, 2012.
- CARDOSO, et al. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. **Psicologia Argumentativa**. Curitiba, v. 29, n. 67, p. 479-489, out./dez. 2011
- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde; **Rev. São Paulo**; 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro; 2007.
- CUNHA, M. F.; GANDINI, R. C. Adesão e Não-Adesão ao Tratamento Farmacológico para Depressão. **Psic.: Teor. e Pesq.** Brasília, Jul-Set 2009, Vol. 25 n. 3, pp. 409-418
- DIAS, A. M. Do crescimento das taxas de depressão e de suas causas. **Ciências & Cognição** 2010; Vol 15 (2): 165-172 <http://www.cienciasecognicao.org>
- DSM-V: **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5ª Ed; São Paulo; 2013.
- ESTEVES, C. F; GALVAN, L. A; Depressão numa contextualização contemporânea. **Aletheia**. n.24. Canoas dez. 2009.
- FEITOSA, M. P; BOHRY, S; MACHADO, E. R. Depressão: Família, e seu Papel no Tratamento do Paciente. **Encontro, Revista de Psicologia**. Vol. 14, Nº 21, 2014. Disponível em: [rc.ipade@aesapar.com](mailto:rc.ipade@aesapar.com)

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, L. S. V; A família e o portador de transtorno mental: Estabelecendo um vínculo para a reinserção à sociedade. UFMG: **Curso de capacitação em atenção básica em saúde da família**. Manhuaçu, Minas Gerais, 2010.

GÓIS, C. C; MARTINS, G.L; VIEIRA, M.G; A importância da participação e acompanhamento da família no processo de tratamento do portador de transtorno mental. **Tese apresentada à Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente**, 2006.

HIRDES, A; KANTORSKI, L. P. A família como um recurso central no processo de reabilitação psicossocial. **Rev Enferm UERJ**. 2005; 13(2):160-6.

HIRDES, A; A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**. Gravataí RS. 2009; 14(1): 297-305,200.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=250510&search=paraiba|cuite>. Acesso em: Agosto de 2015.

IBGE: **Pesquisa Nacional de Saúde de 2013**. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>. Acesso em: Novembro, 2015.

INÁCIO, L. V; Assistência à saúde prestada aos usuários do sus com diagnóstico de depressão. **Monografia apresentada à UNESC, Pós-Graduação em Saúde Coletiva**. Criciúma, 2008.

JARDIM, S. Depressão e trabalho: Ruptura de Laço Social. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, n. 3, p. 84-92, 2011.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. 3. ed. São Paulo: Escrituras, 2008.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Cienc. E saude colet**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MOLINA, M.R.A.L, et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Rev Psiq Clín**. 2012; 39(6):194-7.

MORENO, V. Familiares de portadores de transtornos mental: Vivenciando o cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial. **Rev Esc Enferm USP**; 43(3): 566-72, 2009.

NAVARINI, V; HIRDES, A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. **Texto Contexto Enferm**. 2008;17(4):680-8.

PEGORARO, R.F.; CALDANA, R.H.L. Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.295-307, abr./jun. 2008.



PINHO, C. Até 2020, a depressão será a doença mais incapacitante do mundo, diz OMS. Publicado em: 07/02/2010. Disponível em: <http://noticias.r7.com/saude/noticias/ate-2020-a-depressao-sera-a-doenca-mais-incapacitante-do-mundo-diz-oms-20100130.html>

REINALDO, A. A inserção da família na assistência em saúde mental. **Saúde Debate**. 2005; 29(69):5-16.

ROCHA, R. M. Enfermagem em saúde mental. 2ª ed. Rio de Janeiro: **Senac Nacional**, 2008.

ROSA, M. A. Importância da Família para pacientes em Depressão. Disponível em: [www.neuroestimulacao.com.br/blog.php](http://www.neuroestimulacao.com.br/blog.php). Acesso: Maio de 2014.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 32 Ed., Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

SANCHEZ, F. I. A.; BAPTIST, M. N. Avaliação familiar, sintomatologia depressiva e eventos estressantes em mães de crianças autista e assintomáticas. **Revista contextos Clínicos**, São Paulo, v. 2, n. 1, jan/jun. 2009.

SANT'ANA, M. M; PEREIRA, V. P, et Al; O significado de ser familiar cuidador do portador de transtorno mental. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 Jan-Mar; 20(1): 50-8.

SANTIN, G; KLAFKE, T. E; A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 34, jan/jul. 2011.

SCHRANK, G; OLSCHOWSKY, A. O CAPS e as estratégias para a inserção da família. **Rev Esc Enferm USP**. 2008;42(1):127-34.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B., Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Latino- am Enfermagem** 2005 julho-agosto; 13(4): 591-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a19.pdf>

SZMANSKI, H. **A relação família/escola: Desafios e perspectivas**. 2ª ed. Brasília: Liber livro, 2010.

SILVA, M. C. F. Depressão: Pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 7-13, jan/fev. 2013.

SPARDINI, L. S; A Doença Mental sob o Olhar de Pacientes e Familiares. **Rev Esc Enferm USP** , 2006; 40(1):123-7. Disponível em: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/).

TAVARES, L. A.T. A depressão como "mal-estar" contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo. **Cultura Acadêmica**; Editora UNESP; 371 p. São Paulo, 2010. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

TOWNSEND, M. C. Enfermagem Psiquiátrica Conceitos de Cuidados na Prática Baseada em Evidências. 7ª ed. Rio Janeiro; RJ: Guanabara Koogan. 2014.

TEIXEIRA, S. A Depressão no meio ambiente do trabalho e sua caracterização como doença do trabalho. **Rev. Trib. Reg. Trab. 3ª Reg.**, Belo Horizonte, v.46, n.76, p.27-44, jul./dez.2007.

VIEIRA, L. K. F; SARAIVA, A. R. E; COUTINHO, L. P. M; Entrelaçamentos entre depressão e suicídio segundo os futuros psicólogos. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 41, n. 2, pp. 176-183, abr./jun. 2010.

WETZEL, C. Avaliação de serviços em saúde mental: A construção de um processo participativo. Ribeirão Preto: **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo**; 2005.

YACUBIAN, J. NETO, F. L. Psicoeducação Familiar. **Revista Família Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 98-108, jul/dez. 2010.

**APÊNDICES**

BIBLIOTECA

## APÊNDICE I



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCC**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**ESTUDO: “ENTRE OS MUROS DA TRISTEZA”: O CUIDADO FAMILIAR À**  
**PESSOA COM DEPRESSÃO**

*Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.*

Eu \_\_\_\_\_, portador da Cédula de identidade, RG \_\_\_\_\_, e inscrito no CPF/MF \_\_\_\_\_ nascida em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, abaixo assinado(a), concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário(a) do estudo **“Entre os Muros da Tristeza”: O Cuidado Familiar à Pessoa com Depressão** que tem como **objetivos**:

- Averiguar o entendimento dos familiares a respeito da depressão;
- Conhecer como é realizado o cuidado e acompanhamento da pessoa depressiva, pelos familiares;
- Identificar as dificuldades vivenciadas por esses familiares no cuidado ao ente com depressão;
- Reconhecer quais as estratégias que os familiares utilizam diante das dificuldades no cuidado à pessoa depressiva.

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Estou ciente que:

- I) O estudo se faz necessário para que se possam conhecer as o cuidado familiar à pessoa com depressão, sua dificuldades e estratégias;



- II) A participação neste projeto não tem objetivo de me submeter a um tratamento, bem como não me acarretará qualquer ônus pecuniário com relação aos procedimentos, clínico-terapêuticos efetuados com o estudo;
- III) Tenho a liberdade de desistir ou de interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação;
- IV) A desistência não causará nenhum prejuízo à minha saúde ou bem estar físico.
- V) Será utilizado o gravador para registro de minhas informações, no entanto, poderei solicitar a qualquer momento para que não seja mais gravada a entrevista, sem que isto acarrete nenhum prejuízo a mim;
- VI) Os resultados obtidos durante este ensaio serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados;
- VII) Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa.

Desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

Não desejo conhecer os resultados desta pesquisa.

IX) Observações Complementares. Cuité, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Cliente /  Responsável: \_\_\_\_\_

Polegar direito

Testemunha 1 (nome/RG/Tel.): \_\_\_\_\_

Alynne Mendonça Saraiva

Vanilda Saraiva Dutra

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Autora

Endereço Profissional: Universidade Federal de Campina Grande-Campus, Centro de Educação e Saúde. Olho D'Água da Bica S/N, CEP: 58175-000 – Cuité, PB – Brasil.  
Telefone: (83) 33721900 Ramal: 1954 ou (83) 33721950.

**Comitê de ética e Pesquisa com Seres Humanos**

Rua Dr. Carlos Chagas s/n, São José

Campina Grande-PB Tel (83) 2101554

## APÊNDICE II



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**  
**CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

**Título do Estudo: “Entre os Muros da Tristeza”: O Cuidado Familiar à Pessoa com Depressão**

Pesquisadores: Alynne Mendonça Saraiva  
Vanilda Saraiva Dutra

Iniciais do nome \_\_\_\_\_ idade: \_\_\_\_\_

Religião:

Grau de Parentesco:

Sexo:

Quanto tempo de convivência com seu familiar depressivo?

Há quanto tempo a Depressão foi diagnosticada?

1. O que você entende por depressão?
2. Como você cuida de seu paciente com depressão?
3. Quais as dificuldades que você encontra no convívio com o seu familiar depressivo?
4. Quais as estratégias que você utiliza para minimizar essas dificuldades?

## APÊNDICE III



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE – CES  
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE  
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

**TERMO DE COMPROMISSO DO RESPONSÁVEL PELO PROJETO EM CUMPRIR OS  
TERMOS DA RESOLUÇÃO 196/96 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE**

Título do Estudo: **“Entre os Muros da Tristeza”: O Cuidado Familiar à Pessoa com  
Depressão**

Eu, **Alyne Mendonça Saraiva**, Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora efetiva do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, campus Cuité, portadora do RG: 95029017897 SSP/CE, comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 466/12 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cuité, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

\_\_\_\_\_  
Orientadora e Pesquisadora Responsável

**ANEXOS**

UFCC BIBLIOTECA



## ANEXO I



## TERMO INSTITUCIONAL

Cuité, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

Tendo lido e estando de acordo com a metodologia proposta, a instituição autoriza a execução da pesquisa intitulada **“Entre os Muros da Tristeza”: O Cuidado Familiar à Pessoa com Depressão**, desenvolvida pelo pesquisador **Vanilda Saraiva Dutra**, sob orientação do professor **Alynne Mendonça Saraiva** neste serviço.

Destaco que é de responsabilidade do pesquisador e do orientador a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12. Sendo necessário após o término da pesquisa o encaminhamento de uma cópia para o serviço.

---

Secretário Municipal de Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde de Cuité - PB

---

Coordenadora do CAPS  
Socorro Souto

UFCC BIBLIOTECA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



### DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE PROJETO

Declaro para fins de comprovação que foi analisado e aprovado neste Comitê de Ética em Pesquisa – CEP o projeto de número CAAE: 40512114.9.0000.5182, Número do Parecer: 1.013.004 intitulado: **“ENTRE OS MUROS DA TRISTEZA”: O CUIDADO FAMILIAR À PESSOA COM DEPRESSÃO.**

Estando o (a) pesquisador (a) ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 466/ 2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, responsabilizando-se pelo andamento, realização e conclusão deste projeto, bem como comprometendo-se a enviar por meio da Plataforma Brasil no prazo de 30 dias relatório do presente projeto quando da sua conclusão, ou a qualquer momento, se o estudo for interrompido.

Campina Grande - PB, 19 de Novembro de 2015.

*Januse Nogueira de Carvalho*

Januse Nogueira de Carvalho  
Coordenadora CEP/ HUAC

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.  
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: [cep@huac.ufcg.edu.br](mailto:cep@huac.ufcg.edu.br)