

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ
FACENE/ RN

WELINE DE PAIVA MAIA

**A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO DE UM FAMILIAR COM
DEPRESSÃO**

MOSSORÓ/RN
2015

WELINE DE PAIVA MAIA

**A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO DE UM FAMILIAR COM
DEPRESSÃO**

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR: Prof. Me Lucidio Clebeson de Oliveira

MOSSORÓ

2015

M184p

Maia, Weline Paiva.

A participação da família no cuidado de um familiar com depressão/ Weline Paiva Maia. – Mossoró, 2015.

53f.

Orientador: Prof. Me. Lucidio Clebeson de Oliveira

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Depressão – cuidado familiar. 2. Psiquiatria. 3. Saúde Mental. I. Título. II. Oliveira, Lucidio Clebeson.

CDU 616.89

WELINE DE PAIVA MAIA

**A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO DE UM FAMILIAR COM
DEPRESSÃO**

Monografia apresentada pela aluna Weline de Paiva Maia, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Lucidio Clebeson de Oliveira (FACENE/RN)
ORIENTADOR

Prof^ª.Esp. Patrícia Helena de Morais Cruz Martins (FACENE/RN)
MEMBRO

Prof^ª. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)
MEMBRO

Dedico este trabalho a Deus por ser o autor do meu destino e sempre me guiou nos momentos mais difíceis. Ao meu irmão João, divido com você e para você, agora, o mérito desta conquista. As alegrias de hoje também são suas, pois sua ajuda, seu carinho, foram os alicerces desta vitória. AMO-TE!

AGRADECIMENTOS

Eis que chega a hora dos agradecimentos. Pensei um dia e nada... Dois, três e nada! Então resolvi agradecer as pessoas que verdadeiramente foram motivações para mim. Agradeço a Deus por proporcionar todos esses anos de grandes lutas e vitórias, pois, sem Ele, nada sou e nada posso. Obrigada, por tudo que vi, ouvi e aprendi. Obrigada pela graça. Obrigada pela Vida!

A elaboração de um trabalho de Monografia, para universitários inexperientes, onde nunca se depararam com um projeto tão difícil de começar e, principalmente, de finalizar, pois são nos momentos que tive mais dificuldade, nos momentos que não sabia mais o que escrever, que do nada surgia uma força de vontade, uma perseverança dentro de mim que só o Senhor sabia o quanto chorei durante as noites que achava que não teria a capacidade e competência de conseguir fazer essa monografia, cheguei muitas vezes a pensar em desistir, e não mais apresentar esse semestre. E foi nesses momentos que não tinha mais de onde tirar ideias e conteúdos sempre tão nervosa, estressada que a minha amiga Ríssia Kelly, incentivava-me com seu jeito tão meigo, calmo e doce de explicar as coisas, de me dar uma mão amiga, pois, para mim, ela foi bem mais que uma amiga, ela foi alguém que posso, sim, dizer que tive a sorte de escolher como minha irmã de coração, muitas vezes acordei desanimada muito ansiosa, mas quando abria o Whatsapp ali estava uma mensagem dela de apoio, uma oração ou até mesmo um simples “amiga estou aqui” e pelo fato que sempre consegui me entender.

Também não poderia esquecer uma pessoa muito especial na minha vida, minha irmã de coração Tâmara Fagundes. Quantas vezes pensei em desistir e você não permitiu, nunca vou esquecer quando me pegava na faculdade de bicicleta às 22h, foi você que me deu a mão e me guiou no escuro quando eu já não tinha mais saída, foi você que me deu um teto, uma família, e sua confiança, quando mais precisei. Sempre será minha irmã de coração.

Agradeço ao meu pai Urbano e minha mãe Maria das Dores, que me deram a vida e me deixaram voar. Pelo amor, orações, palavras de conforto, compreensão, acreditando sempre no meu potencial. AMO VOCÊS!

Aos meus irmãos Widenilson, Wiliane, Wigna, Wilame, Welia, Francisco e, em especial, Wilma, Manoel e João, que sempre acreditaram na minha capacidade de chegar até aqui. Obrigada pelo apoio e votos de confiança depositados em mim. A estrada foi longa e sempre

encontrei em vocês a força e o incentivo necessários para que eu continuasse caminhando.
AMO CADA UM DE VOCÊS!

Ao meu ex. Augusto Filho, luz da minha vida, que por inúmeras vezes, mesmo cansado, foi me deixar e buscar na faculdade, que entendeu minhas ausências, aceitou minhas omissões, compartilhou de minhas lágrimas e sorrisos.

Ao meu orientador Lucidio Clebeson, pela disponibilidade, pela paciência e o incentivo durante essa caminhada e por não ter desistido de mim.

As professoras Patrícia Helena e Karla Simões que me proporcionaram a honra de serem membros de minha banca examinadora, contribuindo na minha qualificação acadêmica, permitindo observar percepções preciosas no desenvolvimento desse trabalho.

A todos os funcionários que me recebiam durante todo esse tempo de forma gentil sendo mais que agradáveis, passando a serem amigos: Maria Santiago por sempre me ouvir e aceitar minhas solicitações, Raimundo, por cada abraço; Priscila, a qual perturbei constantemente com o assunto "fies"; Natalia, Vanessa que sempre acrescentaram em meus trabalhos seus dedinhos mágicos nas correções. E todos os outros que enriquecem a faculdade deixando a Faculdade um ambiente familiar.

As amigas Eliane, Liz, Priscila, Jessica, Eliza, Andressa, Lorica, Cimar, Paulo Rauphloren, Rafael, Cida em especial Mikarla Silva pela mão amiga que nunca me faltou em nenhum momento, por deixar de lado suas rotinas tão corridas para me dar atenção e me ajudar durante minha graduação, e pelo simples fato de estar presente na minha vida há tanto tempo.

Enfim a todos que me acompanharam nesses quatro anos de luta, e estresse, porém muito gratificante e mais que uma vitória em minha vida, uma conquista.

Muito obrigada a Todos!

“Para as coisas importantes, nunca é tarde demais, ou no meu caso, muito cedo, para sermos quem queremos. Não há um limite de tempo, comece quando quiser. Você pode mudar ou não. Não há regras. Podemos fazer o melhor ou o pior. Espero que você faça o melhor. Espero que veja as coisas que a assustam. Espero que sinta coisas que nunca sentiu antes. Espero que conheça pessoas com diferentes opiniões. Espero que viva uma vida da qual se orgulhe. Se você achar que não tem, espero que tenha a força para começar novamente”.

O curioso caso de Benjamin Button

RESUMO

A depressão é uma patologia que compromete o humor do indivíduo, altera o físico e o psíquico. Considera dentre seus múltiplos fatores, a importância da família como cuidadora de um parente depressivo. O presente estudo tem como objetivo geral: analisar a participação da família no cuidado de um familiar com depressão, e como objetivos específicos: caracterizar a condição social dos participantes da pesquisa; conhecer na opinião dos participantes da pesquisa a relação com o ente familiar com depressão; verificar, na opinião dos entrevistados, os desafios no processo de retomada do ente familiar com depressão ao convívio social. Procedimentos e Métodos: trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva exploratória, com abordagem qualitativa, realizada na Casa de Saúde São Camilo de Lellis – Mossoró/RN, envolvendo 10 famílias de pacientes depressivos, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo a participação voluntária. O projeto tem como número de parecer: 1.007.576, CAAE: 42571015.0.0000.5179 e Protocolo CEP: 051/2015, autorizados pela Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança/FACENE/PB. A coleta de dados foi efetivada por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, por meio de dados qualitativos, desenvolvida pela técnica analítica do discurso por categorização, analisando a situação socioeconômica dos participantes envolvidos na entrevista. No que reflete a relação do ente familiar que apresenta depressão, destacou-se as necessidades do portador de distúrbios e a família, o acompanhamento humanizado, conhecimento e dedicação são pontos relevantes e influentes para a recuperação e promoção a saúde. E os outros dados estão perpendiculares à atuação dos portadores em consonância com os familiares de forma ativa, a qualificação da necessária assistência desempenhada, sua participação de forma direta atuando como protagonistas para a integralidade do acesso e a ruptura de estigmas sociais que marginalizam essa parcela da população, a qual deveria ter amplo respaldo por necessitar de maiores cuidados, e a conscientização que a depressão é uma doença e deve ser tratada com a seriedade de tal categoria. Portanto, há uma necessidade urgente por parte da família e do portador em se dedicar ao novo, enfrentando dificuldades que chegou junto com o distúrbio sejam de caráter físico, mental ou social, pois engloba essas esferas de forma agressiva, onde o cliente que se encontra com depressão é excluído do seu convívio social.

Palavras-chave: Família. Depressão. Enfermagem.

ABSTRACT

Depression is a condition that compromises the individual's mood changes the physical and the psychic. Considers one of its multiple factors the importance of the family as caregiver of a relative depression. The present study has as its overall objective: to analyze the participation of the family in the care of a relative with depression and as specific goals: characterize the social condition of the participants of the survey meet in the opinion of the participants of the research relationship with the loved one familiar with depression; check in the opinion of the respondents the challenges in the process of resuming between familiar with depression to social conviviality. Procedures and Methods: a descriptive, exploratory research with qualitative approach, held at Casa de Saúde São Camilo de Lellis - Mossoró/RN, involving 10 families of depressive patients after signing the informed consent (TFCC), being voluntary participation. The project has the number of opinion: 1.007.576 CAAE: 42571015.0.0000.5179 and Protocol CEP: 051/2015, authorized by the Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança FACENE/PB. Data collection was carried out by means of a semi-structured interview by means of qualitative data developed by analytical technique of the speech by categorizing, analyzing the socio-economic situation of the participants involved in the interview. What reflects the relationship of the family entity that presents depression, the needs of disturbances and the family; monitoring, knowledge and dedication are humanized points relevant and influential to recovery and health promotion. And other data are perpendicular to the performance of the carriers in line with family members of active form, the necessary assistance played, your participation directly acting as protagonists for the completeness of access and rupture of social stigmas that marginalize that portion of the population which should have broad support by need bigger, care and awareness that depression is a disease and should be treated with the seriousness of such a category. Therefore there is an urgent need on the part of the family and of the carrier on to new, experiencing difficulties that came along with the disorder are of physical, mental or social character since it encompasses these spheres in an aggressive way where the client is depressed is deleted from your social conviviality.

Keywords: Family. Depression. Nursing.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	12
1.2 JUSTIFICATIVA	14
1.3 PROBLEMA	15
1.4 HIPÓTESE	15
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA	17
3.2 BREVE HISTÓRICO DA DEPRESSÃO	18
3.3 DEPRESSÃO	19
3.4 SINAIS E SINTOMAS DA DEPRESSÃO.....	22
3.5 TRANSTORNOS MENTAIS ASSOCIADOS	23
3.7 O PAPEL DA FAMÍLIA NO CONTEXTO VIVENCIADO POR UM DEPRESSIVO...25	
4 METODOLOGIA.....	28
4.1 TIPO DE PESQUISA.....	28
4.2 LOCAL DE PESQUISA	28
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	28
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	29
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	29
4.6 ESTRATÉGIA PARA ANÁLISE DOS DADOS	30
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	30
4.8 FINANCIAMENTO.....	31
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS	32

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	32
5.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	33
5.2.1 Relação com o ente familiar que apresenta depressão	33
5.2.2 Agressividade do familiar portador	34
5.2.3 Visitas dos familiares.....	36
5.2.4 Qualidade do tratamento	37
5.2.5 Participação poderia ser útil.....	37
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES	47
ANEXO	52

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Os seres humanos, ocasionalmente, podem se deparar com sensações de sentimentos negativos como a tristeza, melancolia, agressividade e irritabilidade. São emoções naturais que todo e qualquer indivíduo pode ser afetado se tratando de doenças comportamentais e da mente, podendo ser ocasionada por motivos de ordem atípica, genética, comportamental, proveniente de doenças secundárias e de ordem ansiogênica; provocando na sua plenitude o desequilíbrio emocional de cada indivíduo (BAGGIO, 2004).

A OMS (Organização Mundial da Saúde), no que se refere à Classificação Estatística Internacional relacionado às doenças e problemas mentais, houve uma atual revisão quanto à sigla CID-10 e DSM, fazendo parte em um capítulo exclusivo os distúrbios mentais e do comportamento, apresentando diferenças significativas quanto a ambas. Enquanto o CID-10 é mais utilizado em resultados clínicos, o DSM-IV é utilizado em pesquisas (AMORIM, 2014).

É reconhecido, atualmente, como transtornos mentais classificados em CID-10 e DSM-IV a depressão, ansiedade, autismo e esquizofrenia. O diagnóstico de atraso mental, dificultando o desenvolvimento da inteligência, podendo ser leve, moderado, grave ou profundo pode ser incluídos nos considerados transtornos mentais CID-10 e DSM IV (ASSIS, 2012).

Essas sensações quando descontroladas começam a interferir no comportamento pessoal e deixa explicitar no corpo físico o reflexo do que o emocional sofre. A depressão tem seu início com essa fase de humor alterado e uma sequência de etapas com uma melancolia acentuada. O indivíduo passa a sentir angústia, ansiedade, desânimo, desinteresse e, acima de tudo, uma tristeza profunda sem que nada lhe cause interesse pelas coisas que se apresentam ao seu redor (LEAHY, 2011).

No ano de 2000 os transtornos mentais e neurológicos foram responsáveis por um percentual de 12% do total de anos de vida por incapacitação (AVAI). Com isso, há uma projeção de estimativas que no ano de 2020 esse índice seja acrescido para 15%. Contudo, uma pequena parcela desta estimativa afetada será contemplada em receber qualquer tratamento para eventuais transtornos mentais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001).

Caracterizada como uma doença que envolve sofrimento tanto pessoal quanto familiar, tornando, muitas vezes, difícil de ser tratada, pois o próprio paciente não tem vontade e energia para agir e realizar o tratamento. Quando a família procura ajuda para enfrentar o problema, pode minimizar o sofrimento e refletir positivamente na terapêutica do paciente depressivo (FRAGA, 2011).

O suporte que a família oferece é extremamente importante para o depressivo, onde diariamente o familiar que é acometido dessa patologia, saiba que existem pessoas a sua volta capaz de ajudar em qualquer situação. A paciência e a convicção são pontos necessários para que a família venha progredir no tocante a doença. Fazer com que a autoestima permaneça é ponto principal nessa contribuição (RUIZ, 2009).

A família é sem dúvida o sustentáculo para toda base emocional de um portador que apresente transtorno mental, tanto para a recuperação do paciente diante de um quadro depressivo quanto para reverter situações de recuperação da patologia. Portanto, as ações que favorecem e fortalecem as relações das famílias e profissionais que lidam com esses transtornos é essencial para que o tratamento do paciente seja eficaz (BAPTISTA, 2011).

Quando falamos de depressão- clinicamente relatando- referimo-nos a sintomas específicos, com intensidades e duração significantes, afetando as funções naturais do bem estar individual e abrangendo para além dos laços familiares. É essencial que haja uma preocupação por parte da família no que se refere aos cuidados iniciais da doença (GONÇALVES, 2010).

Ainda segundo Gonçalves (2010), o tema exposto propõe uma análise acerca de interpretações no que se refere à participação da família no tratamento de um parente depressivo. A depressão é muitas vezes associada aos sentimentos negativos, é uma doença que tem se alastrado ao decorrer dos tempos afetando qualquer faixa etária e gerando problemas sérios na pessoa que é acometida deste mal e tem em sua caracterização o desinteresse pela vida, provocando no paciente a consciência de incapacidade de cumprir um ideal, proporcionando assim mudança de humor.

A Evolução da Reforma Psiquiátrica traz a tona o real conceito que todos formulavam sobre pacientes com distúrbio mental. As preocupações se restringiam somente aos sofrimentos, fragilidades e dificuldades do paciente, descartando as causas e processos pelos quais o ser humano foi acometido. Deste modo, a Reforma Psiquiátrica, quanto a sua evolução, conquista novos olhares e novos conceitos no que se refere ao portador de transtornos mentais, como também, cada caso é estudado individualmente, mesmo apresentando os mesmos sintomas (BRANDÃO, 2010).

O histórico de loucura na sociedade se apresenta nas mais variadas épocas, onde os pacientes recebiam tratamento diferenciado, dependendo do contexto histórico, econômico, político ou social. Sabe-se que em toda a Europa os considerados “loucos” eram colocados em uma nau e ficavam a deriva a mercê dos marinheiros, sem rumo nem direção certa (TRENTINI, 2011).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve início com discussões sobre as práticas em saúde mental na década de 1970, com o término da Ditadura Militar e o começo da Anistia Política. São acontecimentos importante devido o amadurecimento de ideias de liberdade, justiça e igualdade, direito que todos deveriam ter em especial a minoria da sociedade (PARASSEN, 2008).

Dados divulgados pelo Ministério da Saúde revelam que os hospitais psiquiátricos no Brasil foram reduzidos de 313 (1991) para 260 (2001). Enquanto que o número de leitos especializados foi reduzido de 86 mil para 62. Enquanto que as CAPS e os NAPS existentes em 1991 elevaram seu número para 266 em 2001 (BORSA, 2005).

1.2 JUSTIFICATIVA

O tema proposto surgiu em decorrência de experiências acadêmicas vividas em práticas integradoras de estágios na área da saúde mental na Casa de Saúde São Camilo de Lellis na cidade de Mossoró.

Ao realizar um estudo situacional da área pude perceber a importância que a família exerce aos pacientes portadores da depressão, onde os familiares muitas vezes cuidam com dedicação essencial de que precisa o paciente na tentativa de amenizar o quadro depressivo.

Nessa perspectiva existe a necessidade de se fazer um trabalho com as famílias que tem parentes com essa patologia, pois ficam, muitas vezes, sobrecarregados diante de quadros depressivos.

A pesquisa é relevante para a academia, profissionais de saúde, familiares e portadores da depressão, pois é uma patologia grave que tem a necessidade de ser tratada e não ignorada como doença, para que futuras pessoas não sejam acometidas com quadros severos de depressão.

Mediante o assunto proposto, instigou cada vez mais e houve a necessidade de uma profunda pesquisa bibliográfica para que novos conhecimentos sejam adquiridos com a finalidade de colaborar com as famílias que lutam em prol de amenizar os quadros

depressivos apresentados por um familiar explicitando, dessa forma, a qualificação no processo saúde e doença desses pacientes.

1.3 PROBLEMA

A família realmente está contribuindo para que um parente depressivo progrida quanto ao seu tratamento?

A família vem contribuindo ao longo dos anos para que seu familiar depressivo retome sua vida habitual devido sua contribuição quanto ao tratamento e sua participação nessa superação?

1.4 HIPÓTESE

É de extrema importância que a família possa ajudar no tratamento de um parente depressivo, acredita-se que é possível reverter o quadro de uma depressão por parte de um paciente quando toda estrutura familiar é fortificada nos conhecimentos da causa e efeito que essa patologia pode causar, sendo a melhor ferramenta utilizada na busca por uma cura diante de um transtorno mental.

Acredita-se que a família não está contribuindo de forma adequada no tratamento do familiar portador de depressão, onde muitas vezes o trabalho físico e emocional se torne uma carga para aqueles que lidam diretamente com o depressivo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a participação da família no cuidado de um familiar com depressão.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a condição social dos participantes da pesquisa;
- Conhecer, na opinião dos participantes da pesquisa, a relação com o ente familiar com depressão;
- Verificar, na opinião dos entrevistados, os desafios no processo de retomada do ente familiar com depressão ao convívio social.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA

A Reforma Psiquiátrica durante o final dos anos 70 foi firmada em interpretações críticas com a finalidade de transformar as concepções sociais e políticas no que se refere à atuação profissional de saúde mental. A competência com que se detectavam os profissionais desta área ofuscava o tratamento que era destinado aos pacientes portadores de comportamento normal. Sendo que os manicômios eram vistos como uma não atenção aos doentes mentais, os próprios manicômios e o autoritarismo das instituições psiquiátricas (MACHADO, 2002). “Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (AMARANTE, 1995, p. 91).

A psiquiatria nasceu na França, com a Revolução Francesa, e trouxe consigo a tentativa de explicar as perturbações anormais da mente. O homem sempre via as doenças internas como manifestações demoníacas e que esses fenômenos não visíveis eram considerados algo sobrenatural. Para os estudiosos da época, o comportamento adquirido facilitava sua explicação, mas os advindos das causas psicológicas lhes causavam diversas indagações (SILVA, 2011). “A loucura sempre existiu, bem como o lugar para se tratar dos loucos: templos, domicílios e instituições, mas a Instituição psiquiátrica, propriamente dita, é uma construção do século XVIII”. (GONÇALVES; SENA, 2001, p. 49).

Para as pessoas que estão inseridas de forma atuante em uma sociedade, a loucura pode ser conceituada como a pessoa se relaciona consigo mesma, com os outros e como vislumbra o mundo e ao mesmo tempo o que pensa a respeito de como o mundo o vê. Há uma diferença de como os primitivos definiam a loucura do conceito para sociedade atual, muitas vezes devido às manifestações e rituais dos povos da época e da época recente (JACOBINA, 2003).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira traz consigo uma marca bastante importante em seu processo, que é sua relação com a Reforma Sanitária. Sua trajetória tem início com a mesma linha das formulações regidas pela proposta do Movimento Sanitário, sendo orientada

pelos parâmetros do estado e pela reformulação das políticas diante a realidade frente à assistência da década de 1970 (SILVA, 2011).

O movimento nos dias atuais quanto a Reforma Psiquiátrica brasileira pôde contar com seu período de ascensão a luta em longa escala pela redemocratização do país, mais precisamente na metade da década de 1970. Ainda pode ser destacada a aproximação com os pacientes com essa patologia, onde a formação de grupos para que formulassem trabalhos em prol da cura da depressão (TENÓRIO, 2002).

A assistência psiquiátrica do Brasil no século XX era baseada em uma forma de cuidar de seus pacientes em locais definidos como asilos, cumprindo o estatuto do usuário referente à política de saúde mental do país. No ano de 1912, a autonomia da Psiquiatria alcançou seu patamar, sendo que logo após houve um aumento nos números de locais destinados ao atendimento com doentes mentais (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Com as duas vertentes da Reforma Psiquiátrica, há uma análise que merece interpretações para que haja uma melhor compreensão. De um lado, as grandes conquistas no campo do direito sanitário, onde as leis e as normas são reflexivas quanto ao direito e a cidadania para as pessoas que apresentam quadro de loucura. Por outro lado, as profundas raízes do positivismo e a falta de credibilidade quanto à pessoa considerada louca (JACOBINA, 2003).

3.2 BREVE HISTÓRICO DA DEPRESSÃO

Segundo Abreu (2006), para um bom entendimento a respeito das alterações comportamentais, estudos são necessários no que se refere aos sentimentos e como os mesmos foram explorados ao longo de uma vida. Uma pesquisa se faz necessário para elencar os possíveis eventos que antecederam os comportamentos de caráter depressivo (CARDOSO, 2011).

Estudar a história da depressão e conhecer detalhadamente essa patologia requer também um conhecimento minucioso acerca do ser humano. São pontos que merecem destaque ao serem analisados, como perspectivas científicas, filosóficas e poéticas. Para tanto, vale salientar que os grandes estudiosos e pensadores eram matemáticos, filósofos, médicos e de outras especialidades (GONÇALES; MACHADO, 2007).

Os países com renda alta têm 14,6% de pessoas deprimidas, contra 11% nos países pobres. São Paulo conta com 18% de pessoas com essa patologia. No Brasil, o índice se acentua com grande significância na área urbana devido ao estresse em razão da grande violência que se mostra nos grandes centros urbano. A desigualdade é bastante acentuada e o índice que é apontado fica em torno de 18% desse transtorno psiquiátrico, enquanto que no Japão, esse percentual cai para 6% de deprimidos (GARCIA, 2011).

3.3 DEPRESSÃO

A depressão como sendo um transtorno que apresenta uma baixa queda quanto à energia para trabalhos rotineiros, uma tristeza com longa duração, apresentação de irritabilidade, uma ausência de prazer e diversos sentimentos negativos como a culpa e o desinteresse por coisas que antes lhe dava prazer, vem preocupando estudiosos no assunto da depressão de maneira que os resultados descobertos progridam à maneira de tratamento por parte dos familiares (INÁCIO, 2008).

A depressão pode ser causada por uma combinação de fatores tais como: desequilíbrio químico no cérebro, herança genética, características psicológicas e situações emocionais estressantes. Muitas pessoas não procuram tratamento porque ficam constrangidas ou pensam que vão superar sozinho o problema. Ainda existe uma crença de que a depressão é uma ‘característica de pessoas frágeis’. O tratamento com medicamentos associados à psicoterapia pode ajudar muito (DALGALARRONDO, 2000, p.190 apud INÁCIO, 2008, p. 9).

A depressão tem uma associação em comum com as conformidades que a sociedade apresenta, onde muitas pessoas se deparam com a incapacidade social ao tentar seu ingresso no convívio social, assim como na saúde e demais serviços prestados pelo Estado. São atendimentos que deixam a desejar por parte da saúde pública atual. Embora muitos profissionais não estejam preparados para lidar com pacientes depressivos (TRENTINI, 2011).

O preconceito ainda se encontra bastante acentuado quanto aos indivíduos depressivos, onde são rotulados de preguiçosos, desinteressados e todos os defeitos que aparenta um acometido de patologias da mente que todos necessitam um tratamento adequado, começando pela atenção e respeito (INÁCIO, 2008).

Pode ser considerada como um transtorno psiquiátrico geralmente não raro, com incidência em toda a esfera global e que se caracteriza como um grande problema de saúde pública. Segundo a OMS, um paciente acometido de problemas depressivos se torna mais grave em seu quadro, quantas outras patologias, como hipertensão, diabetes e muitas dores crônicas (ALMEIDA, 2009).

A depressão tem sua origem quanto ao seu termo no Ocidente. Pode ser definida como um transtorno que afeta o caráter, a abstenção quanto à vontade por determinadas coisas ou a própria fraqueza ao executar determinadas ações. Em detrimento a esses aspectos, muitas pessoas se resguardam a esse diagnóstico e adiam seu tratamento (BAGGIO, 2004).

Definida como palavra que pode expressar uma série de sentimentos negativos e tristes. A depressão se diferencia da tristeza, mau humor e estresse, justamente porque na tristeza o paciente se torna triste por fatores e causas conhecidas, por um período de duração, enquanto que a depressão envolve uma série de sentimentos sem nexos, com longa duração e que pode esta associada a uma angústia profunda. Para tanto, muitos psiquiatras costumam colocar em evidência que tanto a depressão quanto a tristeza diferem uma da outra (GOMES 2013).

Segundo Baggio (2004) a depressão é uma doença que merece toda atenção e que seu índice tende a aumentar progressivamente nos próximos anos. Para Cecil (2001 apud BAGGIO, 2004) essa patologia é o termo utilizado para expressar o estado de ânimo ao qual a pessoa se depara estando triste ou melancólica. É uma resposta a tudo que é absorvido de negativo durante a vida do ser humano, sejam problemas, perdas ou situações de conflito familiar. São reações emocionais expressas ao ponto de resposta do organismo quando o acúmulo no mesmo se encontra sobrecarregado.

A importância que se tem quanto a este estudo, consiste no cuidado e atenção que se deve quanto à depressão que vem alcançando, atualmente, um alto patamar, inquietando os estudiosos deste assunto, mais precisamente a preocupação em chamar essa patologia “mal do século” (AMORIM, 2014).

A terminologia depressão é uma das mais usadas nos dias atuais por toda sociedade. O seu uso pode ser proferido em situações onde o ser humano apresente sintomas que sejam característicos dessa patologia. Na maioria das vezes as pessoas utilizam esse termo e não sabem ao certo seu real significado (STACCIARINI; TRÓCCOLI, 2001).

Dessa forma, na maioria dos casos, o sentimento de luto ou tristeza é considerado uma manifestação natural do ser humano em momentos de transição, especificamente em período de crescimento, amadurecimento em pensar como a vida pode ser analisada por

diversos ângulos e diante das expectativas de vida quando surgem novas oportunidades (ALMEIDA, 2009).

No decorrer da pesquisa, serão abordados itens como conceito de depressão, sintoma da depressão, breve histórico da depressão, Reforma Psiquiátrica, Reforma Psiquiátrica Brasileira e o importante papel que a família desenvolve com um familiar portador de depressão.

Muitos teóricos voltados para o estudo da depressão são bastante enfáticos ao declarar que a depressão já é considerada um problema de saúde pública do século. Segundo dados da OMS, cerca de 12% a 15% de toda população adulta teve ou terá histórico de depressão de grau severo e com tendência a um tratamento (INÁCIO, 2008).

Segundo Calábria e Calábria (2005), a depressão é uma das patologias que afeta a mente, bastante frequente nos dias atuais devido ao fato de que a rotina do ser humano está bastante agitada e há um desequilíbrio em organizar as atividades do campo profissional e pessoal.

A depressão em si ou algum tipo de transtorno mental quando se apresenta de maneira intensa pode ser considerada uma patologia psíquica severa e que acarreta sintomas como diminuição na cognição, fadiga, anedonia, apresentando déficit em diversas áreas da vida que impossibilitam as execuções diárias das funções de um depressivo (TADOKORO, 2012).

A depressão é uma patologia que afeta o corpo em diversos aspectos, compromete o humor e chega a modificar o pensamento. São modificações perceptíveis que descontrola a alimentação e o relógio biológico do sono, transformando os conceitos de si próprio e das demais pessoas que estejam inseridas no convívio (INÁCIO, 2008).

Para muitas pessoas que estudam ou se interessam pelo comportamento humano, enfatizam que tanto a genética, a história de vida e os acontecimentos atuais da vida podem determinar uma possível depressão. Para tanto, faz-se necessário uma análise no que se referem aos acontecimentos no contexto de vivência, muitos deixam de receber estímulos e são levados a assumir uma postura de repressão e abandono (TAVARES, 2005).

Calcula-se que até o ano 2020, essa doença será a segunda incapacidade em todo o mundo, perdendo apenas para patologias como doenças do coração e isquemia. A depressão não escolhe gênero, classe social, idade ou faixa etária. Alguns especialistas relatam e apontam que 80% dos pacientes são mulheres e 20% homens (ALMEIDA, 2009).

3.4 SINAIS E SINTOMAS DA DEPRESSÃO

São diversos os sintomas de depressão, podem ser de ordem emocional ou somato vegetativos. Dentre as problemáticas emocionais, surgem a tristeza, a anedonia e dificuldade de concentração, como sendo os sintomas proeminentes. (FEIJO, BRIGANTI e ANGELOTTI, 2001).

O paciente expressa uma lentidão quanto aos seus pensamentos que, antes, as conclusões acerca de assuntos eram tidas como fácil de solucionar. A própria família muitas vezes observa seu cansaço e falta de atenção nas atividades. Há uma grande diferença entre a tristeza e depressão, partindo daí o motivo pelo quais muitos depressivos não procuram ajuda por pensarem que se trata de uma tristeza profunda ou uma fase ruim que está enfrentando em sua vida. Piorando assim, cada vez mais o quadro da doença (ALMEIDA, 2009).

A depressão pode variar de pessoa para pessoa, mas podem ocorrer sinais e sintomas que geralmente são comuns a um depressivo. É importante ressaltar que muitos sinais que fazem parte de uma depressão podem ser algumas dificuldades normais da vida do ser humano. Logo, à medida que esses sintomas forem se intensificando, prejudicando e atrapalhando as ações diárias, é chegada a hora de procurar ajuda de um especialista (GRANGEIRO, 2011).

Segundo Cardoso (2011) diversos sinais e sintomas podem ser analisados quanto à depressão:

***Sentimentos de desamparo e desesperança:** o paciente se vê em uma situação desoladora, imagina que jamais sairá da situação que se encontra e que não há nada nem ninguém capaz de ajudá-lo, independente dos esforços que o outro lhe ofereça;

***Perda de interesse nas atividades do cotidiano:** a falta de interesse por atividades praticadas anteriormente como o lazer, encontros com amigos, à prática do sexo e demais ações que acarretam alegria e prazer deixam de ser interessantes;

***Modificações quanto ao apetite e o peso:** tanto o aumento quanto a perda de peso ficam alterados em 5% do peso durante um mês;

***Alterações do sono:** tanto a insônia quanto a hipersonia fazem parte da vida de um paciente que apresenta quadro depressivo;

***Irritabilidade ou inquietação:** tudo e todos incomodam de uma forma que causa agitação e inquietação, produzindo um nível de tolerância significativo a frustração;

***Disposição:** o cansaço e a fadiga se fazem presente, como também se torna lento e fisicamente esgotado, isso devido à falta de energia. As mínimas ações tornam-se exaustivas e o tempo demorado para concluir tarefas;

***Autoaversão:** acentuado sentimentos de inutilidade ou culpa. A autocobrança se intensifica por erros e falhas cometidas;

***Falta de concentração:** há uma dificuldade maior quanto à concentração, tomada de decisões e lembranças quanto às atividades e coisas;

***Dores sem explicações:** as reclamações e as queixas se intensificam, como dores de cabeça, nas costas, músculos e estômago.

3.5 TRANSTORNOS MENTAIS ASSOCIADOS

Clinicamente os transtornos mentais são caracterizados como alterações na maneira de pensar e como o humor se apresenta bem como comportamentos seguidos de angústia e/ou degradação do funcionamento individual (SILVA, 2010).

Segundo dados da OMS (2001 apud GRANGEIRO, 2011), toda e qualquer pessoa acometida de um problema mental, são afetados não somente a própria pessoa como também a família e os que estão inseridos ao seu redor. O próprio ser humano que apresenta sintomas de inquietação de certa forma sofre pelo fato de não poder colaborar e senti a incapacidade e a discriminação por parte de muitos.

Os transtornos da mente considerados graves representam diferentes maneiras de uma patologia. Quando essas patologias se manifestam, compromete as atividades diárias do ser humano negativamente. Hoje, o mercado de trabalho competitivo como se apresenta, requer pessoas com saúde para atuarem. As modificações psicopatológicas explicitadas por uma pessoa pode comprometer sua inserção no mercado de trabalho. Generalizando seu potencial (ZAMBRONI-DE-SOUZA, 2006).

Segundo Silva (2010), a desigualdade social também favorece e influencia a saúde mental das pessoas, má distribuição de renda, e impotência sobre determinadas ações, acabam por gerar conflitos como marginalidade, suicídio. Álcool e drogas acentuam as atitudes e comportamentos psicossociais.

Os transtornos mentais são responsáveis, em grande parte, pela procura quanto à utilização dos serviços de saúde, contribuindo negativamente para os índices de manifestações

que afetam a qualidade de vida e no cotidiano dos indivíduos acometidos (GONÇALES; MACHADO, 2007).

A doença mental era definida para o homem primitivo como manifestações espirituais que acometiam o ser humano, onde só, recentemente, descobriu que essas manifestações eram próprias da mente do homem e que as magias não interferiam como causa dessas ações. Eram manifestações expostas do próprio desejo, temores e emoções, como Freud considerou de repressão (SILVA, 2011).

Segundo Facó (2008), conceituar a depressão se torna um tanto difícil devido os vários sintomas e assim evidenciar uma patologia que se camufla como uma simples tristeza por um problema rotineiro, como também a dor e a angústia, sinais que também se manifestam em outras patologias.

Para Lima (2003), as distorções cognitivas permeiam todos os sintomas afetivos, de comportamento e os que motivam o ser humano. Pode ocorrer de maneira rápida e breve por pensamentos negativos.

Beck et al (2006 apud FREITAS; RECH, 2010) sugerem que as pessoas que apresentam transtornos depressivos possuem uma autoimagem pessimista, como também do futuro e do mundo. É sabido que esses tipos de comportamentos são prévios de uma apresentação motivada pela depressão.

Muitas pessoas apresentam quadros depressivos e resistem em não procurar atendimento médico e outras que apresentam leves sintomas e depois recaídas tornam-se pacientes que necessitam de ajuda tanto médica quanto familiar (PARANHOS; WERLANG, 2009).

Segundo Inácio (2008), nenhum ser humano consegue expressar o que realmente um deprimido sente. O próprio paciente ou alguém que já passou pelo problema pode expressar tal angústia. Os especialistas, como psicólogos e psiquiatras, não conseguem definir com precisão tais sensações; conhecem e sabem como tratar, mas não conhecem os sentimentos e todo sofrimento de um paciente depressivo. A socialização em todas as esferas fica abalada, devido ao fato do comprometimento nas interações sociais, dificultando o relacionamento entre amigos, colegas e familiares, reprimindo os desejos e permanecendo isolados.

Muito se sabe a respeito de pessoas nas antigas civilizações com transtorno mental, onde as que eram consideradas doentes eram abandonadas a própria sorte, chegando a morrer de fome ou através de ataques por animais ferozes. Atualmente, o que se pode observar é o tratamento de rejeição e o preconceito que o próprio ser humano demonstra com o seu semelhante (SPADINI, 2006).

3.7 O PAPEL DA FAMÍLIA NO CONTEXTO VIVENCIADO POR UM DEPRESSIVO

À medida que a família procura conhecer mais sobre a depressão, mais fácil de um diagnóstico depressivo se tem consciência, descartando as interpretações que se tem a respeito da mesma e sobre o comportamento do paciente depressivo. Essa conscientização juntamente com a firmeza supre em grande parte no que se refere ao auxílio que a família deposita diante da situação (AMORIM, 2014).

Com o movimento de crítica e reforma na psiquiatria veio à tona outra realidade no que se refere à saúde mental, com novos conceitos que englobam uma prática diferenciada a qual inclui a família tanto em áreas sociais quanto sua responsabilidade como família e cuidadora de seus familiares que apresentem transtorno mental. Melman (2002, p.61) ressalta que

As famílias se viram estimuladas e pressionadas a voltar a assumir a responsabilidade pelo cuidado de seus membros doentes. A presença do usuário na comunidade demandava a criação de dispositivos terapêuticos mais complexos e abrangentes de existência cotidiana dos pacientes psiquiátricos no espaço social.

Na maioria dos casos a família se responsabiliza pela defesa do familiar que apresenta estágio depressivo, fazendo a mediação para conquistas que, como cidadão, deveria ter automaticamente. Nesse contexto, a família acaba sofrendo por lutar com a depressão familiar e a omissão por parte do Estado de alguns direitos que deveriam ser assegurados (BOTTOSO, 2003).

É interessante que o paciente saiba que sempre pode contar com a família como suporte disponível em momentos necessários e que o tratamento aceito pode fazer a diferença na vida dele. O apoio familiar e de amigos é essencial para motivar a pessoa a continuar com o tratamento (CAVALCANTI, 2001).

Diante de um processo depressivo por parte de um familiar, a compreensão de como se apresenta suas forças e fraquezas exprime o tamanho da dedicação pelos membros familiar ao qual faz parte o paciente. Com ajuda da família, pessoas próximas e profissionais de saúde, a depressão vai sendo amenizada e com menos sofrimento para as partes envolvidas (ALMEIDA, 2009).

Quanto ao tratamento e a família, faz-se necessário uma avaliação com bastante critério a respeito da sintomatologia apresentada e se a mesma tem relação com maus tratos

por parte de um membro da família, sobre as informações repassadas e como se dá o processo de funcionamento psicossocial que o paciente enfrenta (FERNANDES; MILANI, 2005).

Segundo Almeida (2009) a estrutura familiar conta com estruturas pelas quais todos os membros se organizam e tentam suprir as dificuldades que surgem em seu cotidiano e quando um problema bruscamente se apresenta todos, ou grande parte, de alguma forma sofre ou é atingido. A depressão em um depressivo requer uma atenção e apoio de seus familiares, buscando junto, um tratamento adequado para a cura.

Atualmente a depressão atinge um número maior de pessoas em todo o mundo, sendo que dentre todos os distúrbios psiquiátricos a mesma ocupa uma colocação bastante acentuada no que se refere aos transtornos mentais. Considerada um dos principais transtornos do século, a mesma pode ocorrer em todas as faixas etárias, sendo uma das maiores ameaças do mundo (BRANDÃO, 2010).

No que se refere às informações a respeito da depressão, quanto maior e mais clara forem, melhor serão assimiladas e aplicadas, com efeito, aderindo ao tratamento com mais facilidade, onde o paciente passa a confiar na segurança que é repassada pelos seus próprios familiares. Os profissionais também exercem um papel importante, pois expressando as informações com clareza e segurança o processo se torna menos complexo (PEREIRA; DIAS, 2007).

A própria família, parentes mais próximos e amigos, devem colaborar com o depressivo, procurando ter um relacionamento normal, com afeição, respeito, incentivos, elogios, fazendo atividades que eram habituais do mesmo e, acima de tudo, procurar não censurar a respeito de comportamentos executados pelo paciente, levando sempre a sério os comentários proferidos a respeito do assunto suicídio, já que é um pensamento que na maioria das vezes faz parte de pessoas que apresentam quadros com transtornos mentais. Devemos tecer comentários sobre a importância da vida e da família (ALMEIDA, 2009).

Uma base estrutural familiar quanto as suas regras, nem sempre os membros se manifestam explicitamente, cada um em determinado tipo de família desempenham papéis diferentes, onde há padrões de relacionamentos e comportamentos que funcionam durante as execuções em determinados casos ou surgimento de anormalidades em indivíduos que compõe a rede familiar, seja por uma patologia aparente ou de profunda complexidade (MORAES, 2011).

O membro da família, que é considerado cuidador do portador de transtorno mental, exerce um papel de mediador entre o mundo novo da patologia e o mundo real, pois muitas vezes o depressivo não tem capacidade suficiente de tomar suas próprias decisões. Há uma

necessidade que o cuidador deve ter quanto ao histórico de vida do paciente, pois são novos acontecimentos e atitudes tomadas devido ao agravamento da patologia. São medos e inseguranças que todo depressivo carrega e que impede de viver normalmente (BAPTISTA 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva visa caracterizar populações e/ou fenômenos por meio da descrição de suas características, tais como incidência, prevalência, fisiopatologia, manifestações (FIGUEIREDO, 2004).

Segundo Gil (2009), uma pesquisa exploratória tem como sua maior função desenvolver, esclarecer e modificar as já citadas opiniões contidas no trabalho exposto, como também adquirindo a formulação de entraves minuciosos ou possíveis hipóteses que foram adquiridas para que o homem as utilizasse futuramente. A pesquisa aplicada no referido trabalho geralmente é utilizada pelo fato de que determinados temas são pouco explorados tornando-se difícil quanto à formulação de hipóteses de categoria precisa.

Para Minayo (2007) o método qualitativo supre as necessidades do que se refere às particularidades das questões. Cabe a esse método se ocupar em desvendar as práticas envolvendo a área social, bem como o universo, as crenças, os valores e as atitudes. Explicitando a maneira como o ser humano pensa sobre o que executa em suas ações perante o seu semelhante.

4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa realizou-se na casa de saúde São Camilo de Lellis. Que é uma instituição psiquiátrica de apoio a pacientes com depressão, localizado na Rua Manoel Cristino de Moraes, 123, no bairro Nova Betânia, na cidade de Mossoró- RN, CEP: 59611-380. A Casa de saúde citada tem como principal objetivo oferecer atendimento de qualidade, tratar seus pacientes com respeito e dignidade como também oferecer suporte aos pacientes da cidade, bem como as cidades circunvizinhas.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Expor a população sobre um estudo é oferecer a mesma detalhes do seu objeto de estudo que se encontra incluído no universo da pesquisa. A população é a quantidade de

sujeitos que são inseridas no estudo. Logo, a amostra se caracteriza como sendo o número de sujeitos selecionados para que sejam cumpridas suas indagações e estas satisfaçam suas fontes de análises. (GIL 2009)

A população foi composta por familiares que acompanhavam seus entes com patologia depressiva em observação na casa de saúde São Camilo de Lellis a critério médico, pois como se trata de uma patologia onde não escolhe idade, cor, raça ou outro critério como manifestação similar, o autor pode se deparar com escolhas múltiplas para coleta de dados. A amostra foi composta por 10 familiares destes pacientes. Os critérios de exclusão foram: familiares que não possuem interesse e/ou disponibilidade em participar da referida pesquisa, e que possuem familiares com outra patologia que não seja depressão. Como critério de inclusão: A família que possui familiares responsáveis pelo paciente portador da patologia citada e que aceitem participar da pesquisa assinando o TCLE.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados constituiu-se de um roteiro de entrevista semiestruturada, que condiz com uma abordagem onde o roteiro desdobrou indicadores essenciais e suficientes condizentes com as informações esperadas. (APÊNDICE A), foi realizado previamente, com perguntas abertas e fechadas, aplicado após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE - APÊNDICE B) pelos participantes, para maior confiabilidade dos dados e a garantia de sigilo dos mesmos. (MINAYO, 2010)

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE – FAMENE João Pessoa – PB e encaminhamento de Ofício pela Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE, Mossoró-RN, a coleta de dados foi realizada através de um roteiro de entrevista semiestruturada, onde as entrevistas foram gravadas através de um aparelho *ipod* para garantir a fidedignidade dos dados. Foram aplicados com as famílias dos pacientes depressivos podendo ser na Casa de saúde São Camilo de Lellis ou conforme foi combinado com os familiares dos pacientes. Sendo que o objetivo maior foi à coleta das informações e a observação da reação das famílias que passaram a adotar uma habitual vivência para

disponibilizar seu tempo em prol de um ente com depressão. Tudo com registro escrito por parte da autora da pesquisa.

O pesquisador armazenou os dados no computador de uso particular devendo permanecer por, no máximo, cinco anos e o entrevistado recebeu pseudônimo a fim de mantermos o sigilo.

Após a coleta, os dados coletados foram analisados/interpretados para uma organização e sistematização das informações para fins de concretização de um pensamento sobre a temática em estudo.

4.6 ESTRATÉGIA PARA ANÁLISE DOS DADOS

Como se trata de uma pesquisa qualitativa, na qual se questionou sobre a convivência da família ao se deparar com um ente depressivo, sendo que toda interpretação dos dados obtidos foi analisada juntamente com as respostas ao qual se submeteram as famílias.

A pesquisa qualitativa desenvolve-se considerando que há presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características (BARDIN, 2010).

Propôs-se trabalhar com a análise de conteúdo de Bardin (2010) obedecendo a sua sequência que é desenvolvida em três fases:

1) Pré-análise, 2) exploração do material 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Nesta última etapa foi feita a interpretação do discurso das famílias dos pacientes depressivos, procurando inferir neste de forma a compreender as suas definições acerca do trabalho que é desempenhado por toda família, dos fatores que estão a elas associados e das ações que podem ser desenvolvidas para amenizar essa patologia que é a depressão.

Os participantes da pesquisa foram identificados por nomes de personagens de desenho animado como forma de preservar a identidade.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa foi analisado pelo Comitê de Ética da Facene/Famene e a coleta e análise de dados foram realizadas após a aprovação por parte dos membros deste comitê.

Todos os procedimentos foram realizados em conformidade com a legislação vigente acerca da ética em pesquisa com seres humanos. Teremos como base a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a Resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem.

Na enfermagem, a Resolução COFEN nº 311/2007 do Código de Ética profissional da enfermagem amplia as questões relacionadas aos direitos e deveres dos profissionais desta área e relaciona com os danos referentes à falta de perícia, negligência, imprudência e omissão, sendo 141 estas destacadas no item dos Deveres I, Art. 34 – não provocar, cooperar, ser conivente ou omissor com qualquer forma de violência. (BOTTOSSO 2014)

A presente Resolução Nº 466/12 incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referências da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta Resolução (OLIVEIRA, 2013).

4.8 FINANCIAMENTO

O custeio com a construção da pesquisa foi de total responsabilidade da pesquisadora participante. A faculdade de enfermagem FACENE/RN disponibilizou a banca examinadora, além do acervo bibliográfico para consultas literárias.

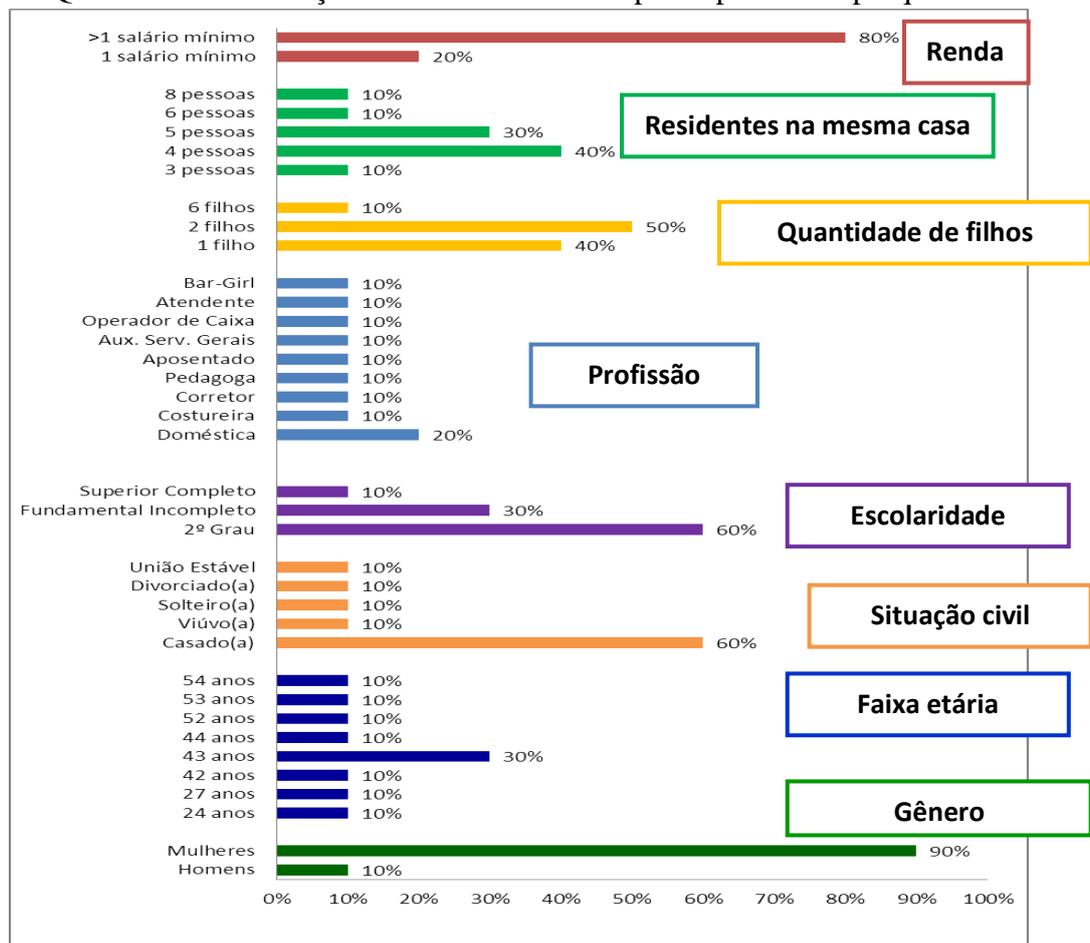
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este tópico descreve os dados coletados no decorrer da pesquisa, organizando e discutindo os resultados por meio de uma análise de dados qualitativa para alcance dos objetivos propostos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A coleta dos dados se deu por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, na qual se observou a situação socioeconômica dos participantes, onde as perguntas foram direcionadas ao sexo, idade, estado civil, escolaridade, profissão, número de filhos, número de pessoas que residem no mesmo ambiente familiar e renda familiar, conforme gráfico descrito a seguir:

Gráfico 1 – Quanto a caracterização socioeconômica dos participantes da pesquisa



Fonte: Pesquisa de Campo (2015)

Para a caracterização da amostra, foram entrevistados 10 responsáveis familiares, dentre estes 90% são do sexo feminino e 10% do sexo masculino. No aspecto idade verificou-se que 20% tem a faixa etária de 43 anos; e 54 anos, 53 anos, 52 anos, 44 anos, 42 anos, 27 anos e 24 anos constatou-se 10% cada. No quesito estado civil, 60% são casados; e viúvo, solteira, divorciada e união estável somando 10% cada. No que tange a escolaridade, 60% possui 2º grau completo, 30% fundamental incompleto e 10% com nível superior completo. Na categoria “profissão”, 20% são domésticas; e costureira, corretor, pedagoga, aposentado, ASG (Auxiliar de Serviços Gerais), operadora de caixa, atendente e *bar girl* caracterizou-se 10% cada.

No que concerne ao número de filhos, 50% possui 2 filhos, 40% possui 1 filho e 10% possui 6 filhos. A respeito do número de pessoas que residem no mesmo ambiente familiar, 30% tem 4 pessoas; 30%, 5 pessoas; 10%, 8 pessoas; 10%, 6 pessoas e 10%, 3 pessoas. No que alude à renda familiar, 80% possuem acima de um salário mínimo e 20% um salário.

As modificações sociais e econômicas, acarretadas por transformações espaço-temporais, as quais são submetidas a nossa sociedade, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), refletem diretamente nas condições de vida e saúde da população, além do acesso as mesmas, influenciando no quadro de necessidades de cada cidadão.

5.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.2.1 Relação com o ente familiar que apresenta depressão

Segundo Melman (2002), os distúrbios mentais são considerados os problemas que de forma mais prevalentes atingem o âmbito familiar, desencadeando sentimento de vergonha na família perante a sociedade.

O tratamento que se enquadra a um paciente com distúrbio mental sofre comprometimento devido a não aceitação dos familiares na condição da deficiência mental, ressaltando a culpabilidade dos familiares em omitir a necessidade do tratamento adequado. A sociedade segrega essa parcela da população a qual possui problemas mentais, coagindo a

família e intensificando o aparecimento das doenças, onde a atuação da família durante o processo de tratamento é imprescindível (CARRAPATO; CHAVES, 2006).

“Sempre foi uma relação muito boa, apesar do problema da patologia. Ele é uma fácil de lidar, ele não é agressivo, só alguns momentos, da pra se conviver bem” (BETTY BOOP).

“Foi mais chegada porque antes ela foi criada com a minha mãe, não foi criada comigo... é depois que ela começou com os problemas foi que eu... que meu pai e minha mãe, já velho, doente né e que depois eu comecei a cuidar dela porque ela tava. Começou com a depressão e meu pai e minha mãe não tinha condições de cuidar dela” (MAGALI).

“Até então era boa só que com o quadro depressivo, né impossível você às vezes não perder a paciência. Tem aquela gritaria, tem aquela briga por ela ser uma pessoa bem difícil de lidar com tratamento... não se ajuda” (MÔNICA).

Evidenciou-se que a convivência com o familiar depressivo requer paciência em todos os sentidos, pois diante de eventuais situações nem todos os pacientes apresentam quadros patológicos semelhantes aos demais. Generalizar os casos pode não surtir efeito para as famílias cuidadoras.

Mediante as necessidades do portador de distúrbios e a família o conhecimento, dedicação e medidas de promoção à saúde de depressivo são consideradas um ponto de extrema importância na recuperação do mesmo e diminuição de agravos no âmbito familiar e social. O conhecimento adquirido facilitará em situações de emergências por parte do familiar depressivo, existindo a necessidade que esse paciente tenha um acompanhamento humanizado juntamente com sua família para quebra de estigmas excludentes a essa parcela da sociedade.

5.2.2 Agressividade do familiar portador

Alencastre e Moreno (2003) destacam que o Ministério da Saúde, por meio de suas diretrizes que regem sobre a saúde mental, portaria de número 224, dispõe sobre a assistência a família em serviços de forma diversa, são estes: centros de atenção psicossocial, hospitais dia, serviços de urgências psiquiátricas, unidades psiquiátricas em hospitais gerais e hospitais especializados, com o intuito de proporcionar ao núcleo familiar uma assistência pautada no cuidado, atendendo as suas necessidades, enquanto a família passa pelo momento de crise.

De acordo com as estimativas feitas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) destacam que no ano de 2020 os distúrbios depressivos serão a segunda maior causa de comprometimento funcional ficando atrás somente das doenças coronarianas (MICHELON; CORDEIRO; VALLADA, 2008).

A própria definição de conduta agressiva aduz que a empatia é deficitária: ao causar um dano a outro indivíduo, supõe-se que o agressor não reconhece os sentimentos alheios nem tão pouco se sensibiliza por eles (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2003). Esta agressividade pode ser estimulada por pais ou responsáveis ditos negligentes, cuja conduta é de irresponsabilidades quanto às necessidades dos filhos ou parentes, promovendo reações negativas de agressividade pela pobreza de apego e carinho na relação com/entre eles (GOMIDE, 2003), desencadeando dificuldades no desenvolvimento da autonomia, baixa autoestima e comportamentos delinquentes (MALDONADO, 1996).

“Sim. Em alguns momentos, mas no geral ele não é agressivo” (BETTY BOOP).

“Já... ela já, ela é agressiva que não era né; depois do problema é que ela ficou agressiva” (MAGALI).

“Já, já por isso a gente trucemos porque ele apresentou ele... ele é. Uma vez tentou porque ele queria se se a gente não tivesse escondido o pai dele nu canto, ele tinha matado que ele saiu com uma faca desse tamanho, grandona, pra procurando, ele procurou ele... ele entro nos comércio em todo canto procurando ele, o vei, é porque a gente tinha escondido, ai o vei tinha 81 ano... 80 ano, ai ele tem... ele tem medo dele” (MARIA CASCUDA).

Situações desagradáveis surgem diante de uma família que cuida de paciente depressivo. Uma simples caminhada, visitas públicas ou até mesmo acompanhamento a um parente torna-se momentos desagradáveis, pois a situação de desconforto do portador transforma-se de medo em agressividade como proteção de julgamentos e preconceitos.

Devido às ações ou reações que eles tomam diante de locais e pessoas nem sempre os portadores de depressão reagem de maneira uniforme. Há situações em que alguns pacientes se manifestam agressivos e outros tendem a obedecer a seus familiares, isto depende bastante da relação destes com aqueles, e do teor desta relação, se é harmoniosa ou conflituosa.

5.2.3 Visitas dos familiares

A depressão é uma patologia que possui vários sintomas, os quais envolvem questões cognitivas, fisiológicas, afetivas, comportamentais e de motivação (LIPP, 2013). A atuação do profissional de enfermagem no que se refere a comunicar-se com o familiar é um importante instrumento, diante dos desafios que a família sofre em meio à problemática em questão que, no caso, vê seu ente familiar com distúrbio mental (ANGELO, 2010).

No que se refere ao âmbito familiar, o acolhimento, respeito e entendimento, são fatores que contribuem de forma ativa para o bom resultado no processo saúde e doença de pacientes com depressão (CUNHA; GANDINI, 2009).

Paralelo a isto, há necessidades de formulação de estratégias como a escuta ativa que proporciona identificar sintomas depressivos, comportamentos negativos a terapêutica, constituindo, assim, medidas psicossociais e educativas para motivar os pacientes para o tratamento de forma positiva (Souza et al., 2013).

“Minha irmã sempre tá vindo agora comigo. Vem ai a irmã dela veio é que assim não que não queira vi é por que tem uns que não gosta, tá entendendo? De ver a situação que ela se encontra aqui” (MAGALI).

“Não. Só eu!” (CINDERELA).

“Não. Nunca vem” (BELA).

A preocupação da família, com seu familiar portador de depressão, é fundamental no tratamento, pois ao perceber que esse cuidado pelo mesmo, é um instrumento norteador para o controle da doença. Destacando que o déficit de atenção ocasiona o comprometimento do tratamento, desencadeando sentimento de solidão e revolta.

A visita é um fator imprescindível para o bom desempenho da terapêutica, e obtenção de um bom resultado por parte da família no que se refere à qualidade de vida desse paciente que irá melhorar de forma considerável, demonstra o real interesse em se preocupar com o bem-estar do parente, pois muitos não conseguem efetuar tal ação. É gratificante esse ato, pois contribui com o tratamento.

5.2.4 Qualidade do tratamento

A Saúde mental no âmbito das políticas públicas abrange conhecimento e atuação técnica, destacando inúmeras áreas direcionadas a uma assistência sem limites não podendo reduzir o paciente a sua patologia (AMARANTE, 2007). De acordo com Rosa (2003) saúde é um direito de todos, garantido pelo estado, estando o paciente que possui distúrbios mentais inserido na universalidade do acesso.

Segundo Vasconcelos (2002), o serviço social após a reforma psiquiátrica teve uma importante contribuição na elaboração de projetos intervencionistas destacando a qualidade de vida, atenção domiciliar, psicossocial, trabalho, moradia e um grande respaldo na escuta no que se refere às demandas de cunho imediato.

“Eu acho um tratamento bom” (FIONA).

“Até agora né... O tratamento eu tô gostando do tratamento, assim é, tem as outras que é perturbada assim como ela, elas briga, mas é isso mesmo que na rua acontecia do mesmo jeito ou pior, né. Eu gosto do tratamento daqui” (MÔNICA).

“Eu acho bom o tratamento daqui” (BOB ESPONJA).

A maneira precoce com que muitas pessoas procuram tratamento para a depressão influencia como o tratamento procede e em uma mais rápida ressocialização. A conscientização da família e posteriormente do depressivo geralmente torna mais eficaz o tratamento, pois um prévio conhecimento a respeito do que está sendo defrontado garante mais sutileza e segurança ao enfrentar o tratamento. Para qualquer patologia, um tratamento eficaz e consciente, cercado de cuidados e lutas positivas, surtirá efeitos para todos.

5.2.5 Participação poderia ser útil

De acordo com Santos (2009), os pacientes com distúrbios mentais são marginalizados pela sociedade, onde a inclusão social e garantia do direito como cidadão seria uma necessidade imediata, estando estes pacientes vulneráveis enfrentando risco social, tendo

seus laços familiares prejudicados pela cronificação da perda de personalidade, limitados ao sistema social de exclusão da cidadania.

A idealização da figura do louco, que muitas vezes é visto como um contestador das normas e dos princípios sociais, o qual é uma vítima da alienação geral de uma sociedade conservadora, segmentária; é considerado um elo desastroso da família. Desse modo, a proposta terapêutica baseia-se em um “processo de reconstrução das pessoas como atores sociais em suas múltiplas dimensões sociais”, objetivando restabelecer a posição de cidadãos frente à sociedade, pois o valor do homem suplanta as noções de saúde e doença. (MELMAN, 2002, p.59-67).

O incentivo às famílias a responsabilizarem-se pelo cuidado de seus membros doentes é indispensável e recorrente dos tratamentos terapêuticos, pois é de demasiada importância à presença daquelas na recuperação dos portadores, lhes acolhendo (MELMAN, 2002).

“Eu acho assim devido ele ter muita confiança na minha pessoa né, é ajuda muito no tratamento até na medicação ele não de trabalho pra tomar, em tudo, no cuidar” (CINDERELA).

“Porque eu acho assim se a família não apoiar quem é que vai apoiar? Então, a gente ela tem que ter um incentivo da família por que se a família não apoiar cada vez mais ela vai ficar pior do que o que ta né se abandonar” (MAGALI).

“É que toda quarta-feira eu visito ela, aconselho ela, digo coisas boas pra ela” (BOB ESPONJA).

“Eu acho que o apoio seja de quem for quando a gente dá amor, dá carinho o apoio mesmo que estou falando tudo contribui né pra melhora” (FIONA).

Todo ser humano precisa de atenção, amor, carinho e demais sentimentos para que possam viver. Com um portador depressivo não é diferente. Muitos abandonam pelo simples fato de que o parente se torna um fardo em suas vidas, os privando de exercer suas atividades diárias e conseqüentemente modificando suas vidas.

Nos dias atuais, com esse imediatismo que já faz parte da vida de muitas pessoas, ninguém está livre de ser acometido por patologias da mente, pois são situações que aos poucos se acumulam e tornam-se graves. Uma vez instalado o quadro na família, as futuras decisões devem ser a de colaboração e ajuda em todos os sentidos, pois a hora é de reverter à

situação ou procurar apoiar o máximo possível o necessitado, nesse caso, o parente depressivo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante aos pressupostos adquiridos durante o estudo e construção da pesquisa, todo embasamento do referencial teórico metodológico, fortaleceu o tema proposto, onde na depressão, a família como suporte para otimização do tratamento de um familiar dessa patologia. Os conhecimentos adquiridos revelam a importância da participação e contribuição da participação da família de forma positiva no tratamento.

Nesse contexto, vale salientar o modo como a família se apresenta diante de um familiar acometido por um transtorno depressivo, cujo objetivo é uma maior identificação a respeito diante de uma patologia mental que acomete em grande escala os seres humanos. Mesmo inseridos em um século com tantos avanços na medicina, as falhas sobrepõem esse aspecto que envolve uma instituição familiar. Muitos membros inseridos em processos patológicos de forma direta ou indireta necessitam de um acompanhamento consciente para lidar com as transformações que se revelam no decorrer da descoberta e tratamento da doença.

Diante de todas as descobertas e questionamentos há uma necessidade urgente por parte da família e do portador em se dedicar ao novo, enfrentando dificuldades que chegou junto com o distúrbio sejam de caráter físico, mental ou social, pois engloba essas esferas de forma agressiva, onde o cliente que se encontra com depressão é excluído do seu convívio social, é essa questão excludente interfere na quantificação e qualificação do tratamento, atrapalhando na integralidade, promoção e recuperação sejam de cunho individual ou coletivo.

A família necessita vislumbra de forma geral, facilitando os cuidados futuros com o familiar depressivo. Essa aprendizagem facilitará em obter resultados satisfatórios perante o transtorno.

Diante deste contexto, observam-se os membros envolvidos e estes sobressaíram sem possíveis sequelas, pois a real intenção é reverter o quadro e resgatar o parente de uma situação ao qual foi levado por motivos particulares ou não.

Portanto, a intenção desta pesquisa foi explicitar a importância do papel de desempenho do familiar diante de um quadro depressivo, fatores que possam tangenciar estatísticas lineares a diminuição da depressão, e que a família passe a contar com a presença sadia de seu parente. Requer inúmeros esforços, mas para o resgate de um familiar acometido por um transtorno psíquico.

REFERÊNCIAS

ABREU, P. R. **Terapia analítico-comportamental da depressão: Uma antiga ou uma nova ciência aplicada?** Revista de Psiquiatria Clínica, 33(6), 322-328, 2006.

ALMEIDA, Márcia Regina de Moraes. **Depressão na família.** 2009. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/posdistancia/33145.pdf. Acesso em: 20 ago. 2014

AMARANTE, Paulo (Org.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMORIM, Valdirene Machado. **A depressão na atualidade: diagnóstico e tratamento.** 58f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, 2014.

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

ASSIS, Pablo. **Um breve manual de transtornos mentais: um guia introdutório à psicopatologia e os sistemas diagnósticos de classificação.** 2012. Disponível em: <http://pablo.deassis.net.br/wp-content/uploads/2010/02/Transtornos-Mentais.pdf> Acesso em: 20 de nov. de 2014

BAGGIO, Ana Lúcia. **A depressão na ótica da medicina ocidental e da medicina tradicional chinesa.** 44f. Monografia (Especialização em Acupuntura) - Centro Integrado de Estudos e Pesquisas do Homem, Porto Alegre, RS, 2004.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Lisboa: edições 70, 2010.

BAPTISTA, Ana Pina. A integração do portador de transtorno mental na família. 86f. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Jean Piaget de cabo Verde, Cidade Praia, 2011.

BORSA, J.C DELWEIN, K.E. Conhecendo a realidade da saúde mental no Rio G. do Sul. **Revista de Psicologia da PUC. RGS**, v.36, n. 2, 2005.

BOTTOSSO, Rosa Maria. **Processo de enfermagem nas escolas de nível técnico e superior de Mato Grosso: estudo sobre concepções e práticas educativas docentes.** 211f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2014.

BRANDÃO, Katiucia. **A reforma psiquiátrica: um olhar Gestaltico**. 31f. Monografia (Especialista em Psicologia) – Comunidade Gestáltica, Florianópolis, 2010.

CALÁBRIA, Luanda; CALÁBRIA, Querles de Paula Alves. **Câncer de Mama: a relação com estresse e depressão**. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 23, n^a 40, p. 31-36, jan. /março 2005.

CARDOSO, Luciana Roberta Donola. Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 29, n. 67, p. 479-489, out./dez. 2011.

CARRAPATO, J.F.L.; CHAVES, E.M.S. Emergência Psiquiátrica: uma necessidade social? **Construindo o Serviço Social**. Bauru: Edite n^o. 17, 2006, p.167-180.

CAVALCANTI, Leda. **Almanaque Brasileiro de saúde e Cultura: De perto, ninguém é normal**. São Paulo, Ano 1, n.5, p. 12, mai-jun. 2001.

CORDEIRO, J. C. Dias. **Manual de psiquiatria clínica**. 2. ed Lisboa: Fundação CalousteGulbenkian, 2002. p. 814.

CUNHA, M; GANDINI, RC. **Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [Internet]. 2009 Set; 25(3), 409-418. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000300015&Ing=en&nrm=iso. Acesso em: 20 de mai. de 2015.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. Aprendizagem socioemocional na infância e prevenção da violência: questões conceituais e metodologia de intervenção. Em: Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: Questões conceituais e metodologia de intervenção**. Campinas: Alínea, 2003, p. 83-128.

DEVERA, Disete; COSTA-ROSA, Abílio da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v.6, n.1, 2007.

FACÓ, M. L. **Um Mosaico da Depressão: dos Sujeitos Singulares aos Transtornos Universais**. São Paulo: Escuta, 2008.

FEIJO, Ana Maria de; BRIGANTI, Carlos R.; ANGELOTTI, Gilda. **Depressão e Psicossomática**. São Paulo: Pioneira, 2001.

FERNANDES, Andréia Mara; MILANI, Rute Grossi. **A etiologia e o tratamento da depressão infantil: uma revisão da literatura**. [2005]. Disponível em:

http://www.cesumar.br/curtas/psicologia2008/trabalhos/A_ETIOLOGIA_E_O_TRATAMENTO_DA_DEPRESSAO_INFANTIL_UMA_REVISAO_DA_LITERATURA.pdf Acesso em: 19 nov. 2014

FIGUEIREDO, Nébia Maaria Almeida de (Org.). **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Caetano do Sul, SP: Hucitec, 2004.

FRAGA, Sabrina Souza. **Olhar da família sobre o sofrimento psíquico**: uma referencia bibliográfica. 30f. Monografia (Especialização em Educação em saúde mental coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FREITAS, Partinobre Brito; RECH, Terezinha. O uso da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno depressivo: uma abordagem em grupo. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 32, jan./jul. 2010.

GARCIA, Rafael. **Países ricos têm maiores índices de depressão**. Folha de S. Paulo, São Paulo, 2 ago. 2011. Folha Saúde.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, Antonio Maspoli de Araujo. **Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva**. Revista Estudos de Religião, v. 25, n. 40, 81109, jan./jun.2011. Disponível http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087082312006000300017&script=sci_arttext. Acesso em: 23 ago. 2013.

GOMIDE, P. I. Estilos Parentais e comportamento anti-social. Em: Z. A. P. Del Prette & A. Del Prette (Orgs.). **Habilidades Sociais, desenvolvimento e aprendizagem**. Campinas: Alínea, 2003, p. 21-60.

GONÇALES, Cintia Adriana Vieira; MACHADO, Ana Lúcia. Depressão, o mal do século: De que século? **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.298-304, abr./jun. 2007.

GONÇALVES, Alda Martins; SENA Roseni Rosângela de. A Reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.9, n. 2, p.48-49, 2001.

GONÇALVES, Liana Sousa Vasconcelos. **A família e o portador de transtorno mental**: estabelecendo um vínculo para reinserção à sociedade. 28f. Monografia (Especialização Atenção básica em saúde da família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Manhuaçu, MG, 2010.

GRANGEIRO, Alex Sandro de Moura. **Transtornos mentais comuns e qualidade de vida**. 66f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

INÁCIO, Luzia Vargas. **Assistência à saúde prestada aos usuários dos SUS com o diagnóstico de depressão**. 69f. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2008.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Saúde mental e direito: um diálogo entre a reforma psiquiátrica e o sistema penal**. 99f. Monografia (Especialização em direito sanitário) - Faculdade de Direito da UnB, Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, Brasília, 2003.

LIMA, C. V. de O. Depressão. In: ABREU, C. N. DE; ROSO, M. e cols. **Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: Novas Fronteiras da Prática Clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

LEAHY, Robert L. **Livre de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LIPP, Men. **Contribuições da Terapia Comportamental e Cognitiva no tratamento e compreensão da depressão**. Instituto de Psicologia e Controle do Stress, 2013. Disponível em: <http://www.estrresse.com.br/publicacoes/contribuicoes-da-terapia-comportamental-ecognitiva-no-tratamento-e-comprensao-da-depressao/>. Acesso em: 20 de mai. de 2015.

MACHADO, M. N. da M. **Entrevista de pesquisa: a interação pesquisador/entrevistado**. Belo Horizonte: Ed. C/Arte, 2002.

MALDONADO, M. T. **Comunicação entre pais e filhos: A linguagem do sentir**. São Paulo: Saraiva, 1996.

MELMAN, J. **Família e Doença Mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras Editora, 2002.

MICHELON, L.; CORDEIRO, Q.; VALLADA, H. **Depressão: Como diagnosticar e tratar**. Revista Brasileira de Medicina, São Paulo, dez: 2008, p.15-25.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa e saúde**. 12. Ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORENO, Vânia; ALENCASTR, Márcia Bucchi. **A trajetória da família do portador de sofrimento psíquico**. Rev. esc. Enferm. USP vol.37 n°. 2. São Paulo June 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342003000200006 Acesso em: 20 de mai. De 2015.

MORAES, Angela Maria Lessa de. **A percepção de pacientes obesos com depressão sobre os fatores envolvidos na manutenção da obesidade: uma investigação no programa saúde**

da família – Lapa. 99f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2011.

MOREIRA, Virgínia. **Clínica Humanista-fenomenológica**: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica. São Paulo: Annablume, 2009.

OLIVEIRA, Sonia Maria. **Resolução 466/2012 e resolução 196/ 96**: elementos diferenciais. Campo Grande, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001**: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genève, Suíça, 2001. Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf> Acesso em: 20 nov. 2014.

PARANHOS, Mariana Esteves; WERLANG, Blanca Guevara. Diagnóstico e intensidade da depressão. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 31, ago./dez. 2009.

PARASSEN, Paola Caroline. **Reforma psiquiátrica em questão**: uma reflexão dos avanços a partir da década de 80. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, 2008.

PEREIRA, Lílian Lopes; DIAS, Ana Cristina Garcia. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. **Psico**, v. 38, n. 1, pp. 55-65, jan./abr. 2007.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado com a família**. São Paulo: Cortez, 2003.

RUIZ, Letícia Neto. **Depressão na terceira idade**. 42f. Monografia (Graduação em Psicologia) – Faculdades Integradas FAFIPE, Bebedouro, 2009.

SANTOS, Thais Carvalho. **A importância da família na qualidade de vida das pessoas com doença mental**. 2009. Disponível em: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/%20ETIC/article/viewFile/2195/2343.pdf> Acesso em: 20 de mai. de 2015.

SILVA, Aldemir Cavalcante da. **Rede de saúde mental e reforma psiquiátrica**: breve revisão. Monografia (Especialização em Sistemas e serviços de saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

SILVA, Dilma Ferreira da. **Transtornos mentais e pobreza no Brasil**: uma revisão sistemática. 20f. Monografia (Especialização em saúde pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SPADINI, Luciene Simões; CONCEIÇÃO, Maria; SOUZA, Bernardo de Mello e. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v 40 n. 1, p.123-127.2006.

STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. **Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros (IEE)**. Rev. Latino-am enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 40-49, dez. 2000.

TADOKORO, Daize Carvalho. **Transtornos mentais na atenção primária: uma reflexão sobre a necessidade de organizar e acolher a demanda dos usuários do SUS**. 22f. Monografia (Especialização em Atenção básica) – Universidade Federal de Minas Gerais, Uberada, MG, 2012.

TAVARES, Lorine. **Abordagem cognitivo - comportamental no atendimento de pacientes com história de depressão e déficit em habilidades sociais**. 236f. Relatório de Estágio (Graduação em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, vl. 9, n.1, p.25-59, jan./abr. 2002.

TRENTINI, Fabiana Vosgerau. **Representações sociais sobre o sofrimento mental e os modelos de tratamento psiquiátrico: o olhar dos familiares – cuidadores e dos trabalhadores em saúde mental de Ponta Grossa – PR**. 143f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais Aplicadas) – Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, 2011.

VASCONCELOS M. E. **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. Ed.2. São Paulo: Cortez, 2002.

ZAMBRONI-DE-SOUZA, Paulo Cesar. Trabalhando com saúde: trabalho e transtornos mentais graves. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 175-183, jan./abr. 2006

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada como A Participação Da Família No Cuidado De Um Familiar Com Depressão será desenvolvida por Weline de Paiva Maia, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró sob a orientação do pesquisador responsável Prof. Lucídio Clebeson de Oliveira

A pesquisa apresenta o seguinte objetivo geral: Analisar a importância da família no processo cuidar de parentes com depressão. Os objetivos específicos são: Refletir sobre a importância do papel que a família exerce cuidar de um depressivo; Conhecer a dimensão a qual esta inserida a família de um paciente depressivo.

A importância deste estudo é passar para as demais pessoas a gravidade que apresenta essa patologia e a necessidade que ela tem que ser tratada e não ser ignorada como doença. Mostrar que ela pode atingir qualquer faixa etária, e ressaltar que existem também estratégias para evitá-las.

O tema proposto surgiu em decorrência de experiências vividas em estágios na área de saúde na Casa de Saúde São Camilo de Lellis na cidade de Mossoró.

Ao realizar um estudo situacional da área podemos perceber a importância que a família exerce aos pacientes portadores da depressão, onde os familiares muitas vezes cuidam com a dedicação essencial de que precisa o paciente na tentativa de amenizar o quadro depressivo.

Nessa perspectiva existe a necessidade de se fazer um trabalho com as famílias que tem parentes com essa patologia, pois ficam muitas vezes sobrecarregados diante de quadros depressivos.

Dessa forma, o assunto instigou cada vez mais e houve a necessidade de uma profunda pesquisa bibliográfica para que novas descobertas fossem adquiridas com a finalidade de colaborar com as famílias que lutam em prol de amenizar os quadros depressivos apresentados por um familiar.

Riscos: A pesquisa não apresenta riscos profundos aos participantes durante a coleta de dados.

Benefícios: Entretanto os questionamentos não tem intenção de produzir, em momento algum, constrangimento à pessoa pesquisada, dessa forma esta apresenta riscos mínimos como possível constrangimento aos responder as perguntas, contudo os benefícios superam os riscos.

Quanto a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente e no item III. 1 alínea b: “ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos”.

Solicitamos sua contribuição no sentido de participar da pesquisa. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, e o direito de desistir da mesma, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação. Ressaltamos que os

dados serão coletados através de um roteiro de entrevista gravada pessoalmente com os familiares do pacientes depressivos. Os dados farão parte de um Trabalho de Conclusão de Curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tantos a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, os nomes dos entrevistados serão mantidos em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

O pesquisador responsável¹ e o Comitê de Ética em Pesquisa² estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, agradecemos a contribuição da senhora na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, justificativas, direito de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE/FAMENE.

Estou ciente que receberei uma copia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, ____ / ____ / 2014

Lucídio Clebeson de Oliveira
Pesquisador responsável

Participante da Pesquisa

Impressão
datiloscópica

¹Endereço (Setor de Trabalho) do Pesquisador Responsável: Av. Presidente Dutra, 701. Alto de São Manoel – Mossoró/RN. CEP 59628-000 Fone/Fax : (84) 3312-014
Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Roteiro de entrevista**I. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO**

Sexo:

Idade:

Estado civil:

Escolaridade:

Profissão:

Número de filhos:

Nº de pessoas na residência:

Renda familiar: () menor de um salário mínimo.

() um salário mínimo.

() mais de um salário mínimo.

II. QUESTÕES REFERENTES À TEMÁTICA**III.**

1. Como é a sua relação com o seu ente familiar que apresenta depressão?
2. Com o surgimento da patologia na família, que mudanças ocorreram em relação aos outros?
3. Quanto ao familiar portador do transtorno, o mesmo já expressou algum tipo de agressão?
4. Quem trouxe o ente familiar para este lugar em busca de tratamento?
5. Os demais familiares o visitam? Com que frequência?

6. Na sua preferencia, seu familiar deveria ser cuidado em casa, junto dos seus familiares? Por quê?
7. O que você acha do tratamento?
8. Há quanto tempo está internado?
9. Como pensou que sua participação poderia ser útil?

ANEXO

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 3º Reunião Ordinária realizada em 12 de Fevereiro 2015 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "A PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO CUIDADO DE UM FAMILIAR COM DEPRESSÃO", Protocolo CEP: 51/2015 e CAAE:42571015.0.0000.5179 . Pesquisador responsável: Lucidio Clebeson de Oliveira e da Pesquisadora associada: Weline de Paiva Maia.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/2015, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 01 de Abril de 2015



Rosa Rita da Conceição Marques
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE