

ARTIGO ORIGINAL

HISTÓRIA DE FAMILIARES QUE VIVENCIAM O CUIDADO DA PESSOA COM DEPRESSÃO*

Naiane Ribeiro Prandini¹, Miriam Aparecida Nimtz², Marcio Roberto Paes³, Monica Macedo⁴, Rita de Cassia Nascimento Lages⁵

RESUMO

Objetivo: conhecer a vivência dos familiares no cuidado da pessoa com depressão.

Método: História Oral Temática Híbrida, tendo como local um CAPS III de uma capital do sul do Brasil, com coleta de dados entre janeiro e julho de 2019. Incluiu-se o familiar da pessoa em tratamento para depressão no CAPS III e excluídos os que tinham indisponibilidade de tempo, e familiar menor de idade. Participaram quatro colaboradores.

Resultados: revelaram-se quatro temas: O entendimento sobre a doença e a trajetória nos serviços de saúde; O impacto da depressão na saúde física e na questão financeira dos familiares; O impacto emocional da depressão nas relações familiares; A religiosidade e a espiritualidade como elementos para o enfrentamento da doença.


Conclusão: a depressão vulnerabiliza e afeta a vida do familiar. A pesquisa sugere focos de intervenção dos profissionais de saúde com os familiares, agrega conhecimento sobre a depressão e colabora para novas pesquisas.


DESCRITORES: Depressão; Enfermagem; Família; Profissionais de saúde; Relações Familiares.


*Artigo extraído da dissertação de mestrado "História de familiares que vivenciam o cuidado da pessoa com depressão". Universidade Federal do Paraná, 2019.


COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:


Prandini NR, Nimtz MA, Paes MR, Ignácio MM de M, Lages R de CN. História de familiares que vivenciam o cuidado da pessoa com depressão. Cogitare enferm. [Internet]. 2020 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.70406>.

¹Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Universidade Federal do Paraná. São José dos Pinhais, PR, Brasil. 

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. 

³Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. 

⁴Terapeuta Ocupacional. Doutora em Psicologia. Docente da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. 

⁵Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Enfermeira do Serviço de Transplante de Células-Tronco Hematopoiéticas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil. 

HISTORY OF FAMILY MEMBERS WHO ARE HAVING THE EXPERIENCE OF CARING FOR SOMEONE WITH DEPRESSION

ABSTRACT

Objective: To know the experience of family members in the care of people with depression. Method: Thematic Oral History that uses a hybrid methodology performed in a CAPS III (Psychosocial Care Center) in the capital of a state in southern Brazil, with data collected between January and July 2019. Family members of individuals undergoing treatment for depression in the CAPS III were included in the study and those family members who had no time to participate in the study and those who were underage were excluded. Four collaborators participated in the study.

Results: Four themes were revealed: Understanding the disease and the historical path in health services; the impact of depression on the physical health and on the financial situation of family members; the emotional impact of depression on family relationships; Religiosity and spirituality as elements for coping with the disease.

Conclusion: Depression makes patients' families vulnerable and affects their lives. The study suggests foci for interventions by health professionals with family members, adds knowledge on depression and collaborates with further studies.

DESCRIPTORS: Depression; Nursing; Family; Health professionals; Family relationships.

HISTORIA DE FAMILIARES QUE VIVEN EL CUIDADO DE LA PERSONA CON DEPRESIÓN

RESUMEN:

Objetivo: conocer la vivencia de los familiares en el cuidado de la persona con depresión.

Método: Historia Oral Temática Híbrida, cuyo sitio fue un Centro de Atención Psicosocial III de una capital del sur de Brasil, con obtención de datos entre enero y julio de 2019. Se añadió el familiar de la persona en tratamiento para depresión en el CAPS III y se excluyeron los que tenían indisponibilidad de tiempo, además de familiar menor de edad. Participaron cuatro empleados.

Resultados: emergieron cuatro temas: El entendimiento acerca de la enfermedad y la trayectoria en los servicios de salud; El impacto de la depresión en la salud física y en la cuestión financiera de los familiares; El impacto emocional de la depresión en las relaciones familiares; La religiosidad y la espiritualidad como elementos para el afrontamiento de la enfermedad.

Conclusión: la depresión vuelve vulnerable y afecta la vida del familiar. La investigación sugiere focos de intervención de los profesionales de salud con los familiares, añade conocimiento sobre la depresión y colabora para nuevas investigaciones.

DESCRIPTORES: Depresión; Enfermería; Familia; Profesionales de salud; Relaciones Familiares.

INTRODUÇÃO

Com as transformações globais na saúde mental, que perpassaram por interações integrais, psiquiatria preventiva, hospitais colônia, entre outros, modificaram-se as formas e os dispositivos de tratamento nesta área⁽¹⁾. No Brasil, a Portaria nº 3.088⁽²⁾, de 23 de dezembro de 2011, estabeleceu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por serviços municipais variados como Consultório na Rua, Serviços Residenciais Terapêuticos, serviços emergenciais e leitos de atenção integral. Dentre estes, inserem-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Instituídos em 2002, os CAPS são serviços comunitários, abertos, com equipe multiprofissional e substitutivos à internação hospitalar⁽²⁾.

Dentre os tratamentos ofertados nos CAPS III, está aquele para a depressão, considerada uma das doenças psiquiátricas mais prevalentes da atualidade⁽³⁾, atingindo cerca de 322 milhões de pessoas no mundo, com estimativas de aumento. A prevalência é 2,5% maior entre mulheres do que homens, comumente na idade entre 55 e 74 anos, atingindo também crianças e adolescentes menores de 15 anos⁽⁴⁾. As causas da depressão são biopsicossociais e, por isso, é considerada doença multifatorial. Os sintomas incluem alterações intensas a nível emocional e de humor, lentificação no pensamento, sono e concentração, podendo apresentar ideação suicida, tentativa de suicídio e sintomas psicóticos⁽⁴⁾.

Devido ao impacto causado pelos sintomas na vida do indivíduo, é importante o apoio social – relacionado à dimensão funcional ou qualitativa de uma rede social, processo recíproco entre as pessoas com contato frequente, o que auxilia positivamente todos os envolvidos⁽⁵⁾ –, geralmente ofertado pelos familiares. Esse apoio prestado pela família perpassa por dificuldades, pois os familiares podem se sentir frustrados, sobrecarregados emocionalmente, financeiramente, e até incapazes de cuidar⁽⁶⁾. O diagnóstico de depressão impõe lidar com o desconhecido e inesperado; a família, além de fragilizada, precisa, muitas vezes, se reorganizar frente a essa realidade. Assim, é relevante ofertar cuidado profissional aos familiares, através de atendimentos individuais, visitas domiciliares, atividades grupais nos próprios CAPS, pois possibilita aos familiares falarem sobre sua vivência, resignificarem a experiência de adoecimento e instrumentalizarem-se para o cuidado domiciliar⁽⁶⁾.

Ponderando as transformações da política de saúde mental, a prevalência da depressão na atualidade, o impacto causado ao indivíduo e à família, o objetivo deste estudo foi conhecer a vivência do familiar no cuidado à pessoa com depressão.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa, com o método História Oral Temática Híbrida, que considera a história vivida pelos colaboradores sobre determinado tema, possibilitando elucidar circunstâncias sobre esse assunto. Após estabelecido o texto narrado pelos colaboradores, os achados são relacionados com outras fontes para, nesse confronto, evidenciar singularidades do estudo em questão. Este método centraliza e destaca as narrativas, revelando a vivência dos familiares de pessoas que têm depressão, em que especialmente o colaborador é significativo ator, pois vivenciou o que se pretende conhecer⁽⁷⁾.

A pesquisa desenvolveu-se em um CAPS III da cidade de Curitiba-PR, que atende, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pessoas com sofrimento ocasionado por transtornos mentais, sendo gerenciado por fundação estatal em parceria com a prefeitura municipal, possuindo leitos de acolhimento noturno e 185 usuários inseridos. Os critérios de inclusão foram ser familiar da pessoa em tratamento para depressão no referido local. Considerou-se como “familiar” a pessoa que cuidava e/ou acompanhava o tratamento (como “pessoa que cuidava” elencou-se o colaborador que destinava cuidados domiciliares ao familiar

adoecido, e como “acompanhante” aquele que frequentava o tratamento de seu familiar no CAPS), sem tempo pré-determinado, que possuísse, ou não, vínculo consanguíneo; diagnóstico confirmado de depressão para a pessoa em tratamento (incluído entre F32 e F33); e familiar com disponibilidade para participar da pesquisa. Critérios de exclusão foram o familiar que não disponibilizasse de tempo e familiar menor de idade.

O recrutamento dos participantes deu-se com a exposição do convite contendo informações sobre a pesquisa e contato com a pesquisadora, nos murais no local da pesquisa, bem como procura direta da pesquisadora nos espaços do CAPS. Verificou-se o diagnóstico de depressão em documento administrativo (registro de pacientes inseridos), contudo a confirmação foi feita por profissional do serviço consultando o prontuário do paciente. No primeiro contato, tendo concordância em participar da pesquisa, agendou-se a entrevista.

Participaram desta pesquisa quatro Colaboradores; nas pesquisas em História Oral, os participantes são chamados de Colaboradores, dada a colaboração estabelecida entre pesquisador e pesquisado⁽⁷⁾. A coleta de dados foi de fevereiro até junho de 2019, no período diurno, em sala reservada preparada cuidadosamente para a entrevista, agendada individualmente conforme disponibilidade do colaborador.

As entrevistas iniciaram com a apresentação da pesquisadora e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com posterior assinatura. Utilizaram-se dois aparelhos gravadores de voz, acionados ao mesmo tempo para garantia do registro, em todas as entrevistas. Estas foram dirigidas por entrevista semiestruturada, sendo o questionário de uso permitido pelo método. Foi utilizado o caderno de campo. Quando no transcurso houve demonstrações emocionais, prestou-se acolhimento e continuidade do processo conforme desejo do colaborador. Ao fim de cada entrevista, foi agendado novo encontro individual, conforme disponibilidade do colaborador, para devolução do texto.

Seguiu-se à análise dos dados em História Oral. Cada entrevista foi transcrita integralmente, constituindo a etapa da transcrição absoluta. A segunda etapa foi a textualização, o texto foi relido exaustivamente, palavras sem peso semântico foram revistas, a pontuação foi adequada, perguntas foram subtraídas permitindo leitura mais fluida. Na textualização se elenca o “tom vital”, frase que norteou a narrativa do colaborador, ou seja, tudo que foi dito pelo colaborador se relaciona ao tom vital. Estabeleceu-se, assim, o texto final, que retornou ao colaborador para concordância com seu uso, assinando a Carta de Cessão de Direitos⁽⁷⁾. Na leitura dos relatos, apreenderam-se pontos de intersecção, ideias centrais que culminaram no elenco de quatro Temas Relevantes sobre os quais se desenvolveu a discussão.

Considerando os aspectos éticos, os nomes dos colaboradores foram substituídos por nomes fictícios, ainda mantendo sua individualidade. No conteúdo dos relatos, as iniciais de pessoas mencionadas foram substituídas por letras sem significância. O estudo respeitou os preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos. A pesquisa iniciou após parecer favorável do Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba sob número 3.000.661 e Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, parecer número 2.898.381, e concordância da gerência dos CAPS do município pela fundação estatal e apresentação à coordenação do CAPS III em questão.

RESULTADOS

Apresentamos a caracterização dos colaboradores, bem como o tom vital de cada entrevista, no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos Colaboradores, Curitiba, PR, Brasil, 2019

Colaborador	Tom Vital	Grau de Parentesco	Sexo	Idade	Estado Civil	Escolaridade	Atividade laboral	Nº pessoas na casa	Religião
Vitória, 1	<i>A superação e a espiritualidade para enfrentar os desafios da doença</i>	Mãe	F	60	Divorciada	Ensino fundamental completo	Cuidadora de Idosos	3	Evangélica
Eloísa, 2	<i>Aprender a lidar e acostumar-se com as nuances da doença</i>	Esposa	F	58	Casada	Ensino médio incompleto	Cuidadora	3	Evangélica
Antonia, 3	<i>O desespero diante do cansaço e da impotência para lidar com a doença</i>	Irmã	F	58	União Estável	Ensino fundamental incompleto	Diarista	4	Católica
Augusto, 4	<i>O entendimento do adoecimento e a preocupação com o tratamento</i>	Irmão	M	42	Solteiro	Ensino médio profissionalizante completo	Entregador	3	Não possui

Após a leitura exaustiva dos textos e apreendidos os pontos de intersecção, elencou-se os seguintes Temas Relevantes: O entendimento sobre a doença e a trajetória nos serviços de saúde, O impacto da depressão na saúde física e na questão financeira dos familiares, O impacto emocional da depressão nas relações familiares, e A religiosidade e a espiritualidade como elementos para o enfrentamento da doença.

O entendimento sobre a doença e a trajetória nos serviços de saúde

Compreende-se que os colaboradores entendem o diagnóstico de depressão de maneiras diferentes.

[...] Síndrome do Pânico? Alguma coisa assim que fala que é. Depressão? Essas coisas [...]. Agora não sei que tipo de doença é essa, que tipo de depressão. Fez tomografia, porque pode ser pelas vivências que não deram certo [...]. Ela tem essa endometriose. Tem muitos anos que ela toma injeção a cada 90 dias. Pensávamos que poderia ser porque o sangue não descia, talvez tivesse atacado. (Colaboradora 1, Vitória)

Ele foi para um hospital que não devia. Hospital de louco, como diz. Deu aquele surto, nunca tinha acontecido. (Colaboradora 3, Antonia)

[referindo-se ao diagnóstico de depressão da irmã] Não, para mim foi simplesmente usar o livro. Eles viram a pessoa chorando e falaram: você tem depressão. Eles viram a pessoa falar que não queria viver: você tem depressão. [referindo-se à irmã] – Ah eu sou triste, eu não me conformo até hoje com o falecimento dos meus pais. Então você tem depressão. Então toma um antidepressivo aqui. É isso. Para mim, não teve nenhuma surpresa. Foi nada mais que o óbvio ululante. (Colaborador 4, Augusto)

Neste Tema Relevante, apreendeu-se a trajetória que os colaboradores e seus familiares viveram até o atendimento no CAPS III, sendo predominante o suporte inicial

pelos serviços de urgência e emergência e Unidade Básica de Saúde (UBS).

Quando ele veio para cá [CAPS] foi porque ele foi encontrado no mato, perdido. O SAMU o levou para a UPA P. [nomeia]. Como não havia vaga, cuidei dele em casa até haver vaga de permanência dele aqui. (Colaboradora 2, Eloísa)

A Colaboradora 3, Antonia, conta que seu familiar foi atendido pela rede de urgência e emergência, seguiu para internação psiquiátrica hospitalar e posteriormente foi encaminhado para tratamento em Curitiba.

[...] Quando ele estava em PG, eu conversava com a assistente social por telefone e pedi que ela me desse um encaminhamento para fazer tratamento aqui. Eu não conhecia o CAPS, foi essa assistente social que me falou que ele precisaria de tratamento no CAPS, com psicólogo e tal. Com encaminhamento ficou tudo mais fácil, eu fui no postinho de saúde, eles ligaram e já marcaram para comparecer aqui o quanto antes. (Colaboradora 3, Antonia)

Demonstraram percepções favoráveis, desconhecimento e também críticas sobre a função do CAPS III no tratamento de seu familiar.

[...] Agradeço a Deus de ter esse lugarzinho aqui que acolheu ela [chorosa], que tratam tão bem ela e a gente [...] aqui [no CAPS] pelo menos ela anda um pouco, vê outras pessoas, passa a entender que precisa de cuidado e que tem que ter alguém para dar cuidado [pausa] [...] então, agradeço a Deus por ter essa oportunidade, estar aqui, conseguir pelo menos entender o que é isso. Tentar entender. (Colaboradora 1, Vitória)

[...] É. Não sei. Como te explicar. Está ajudando ele [referindo-se ao tratamento no CAPS], ele tem participado das reuniões aqui. (Colaboradora 3, Antonia)

Não tem [referindo-se ao tratamento no CAPS]. Não tem. É triste, mas infelizmente era esperado. Infelizmente era esperado porque nossa situação cultural, social, sul-americana, latina, não sei o que é, faz com que eu, pessoalmente, o que puder fugir do serviço público eu vou fugir, sempre que eu puder não usar o serviço público, eu vou não usar o serviço público, porque eu sei que ele tem uma tendência, no Brasil, a ser ineficiente. Eu não tinha grandes esperanças de que aqui fosse acontecer alguma coisa diferente [...] Devido ao pequeno ditador que colocaram como suposto terapeuta de referência dela, supõe-se que ela venha só duas a três vezes por semana. Porque por ela, ela viria todos os dias da semana, mas agora, de acordo com esse suposto terapeuta, não é para vir todos os dias, é para vir só quando tiver alguma atividade do plano terapêutico singular, como se ele existisse realmente [referindo-se ao plano terapêutico singular]. (Colaborador 4, Augusto)

O impacto da depressão na saúde física e na questão financeira dos familiares

O adoecimento por depressão reverbera na saúde física do familiar. Nesse sentido, a nota do caderno de campo sinaliza que a colaboradora 3, Antonia, relatou ser hipertensa e ter abandonado seu tratamento em virtude da nova rotina e demandas pelo cuidado ao irmão; disse estar cansada e preocupada e que diminuiu suas atividades de lazer.

Revelaram o impacto financeiro sofrido, uma vez que, das pessoas adoecidas, algumas não recebem auxílio financeiro e tiveram que se mudar para a moradia de seus familiares.

[...] 5 meses ela assim. Ainda estou trabalhando. E se fico desempregada? Se precisar, eu sei, sem dúvida, fazer qualquer outra coisa, mas se eu estiver trabalhando em outro lugar, ficará mais difícil, porque ela tem que ter alguém que a acompanhe. (Colaboradora 1, Vitória)

[...] ele diz que conseguindo essa aposentadoria de volta, ele fica mais tranquilo, mais calmo. Eu dou razão. Precisa. Trabalhar ele não consegue. (Colaboradora 3, Antonia)

[...] E estão me falando que ela não pode fazer uma perícia no INSS para conseguir um auxílio doença? Então ela está doente, desempregada, já contribuiu e agora vai tirar o dinheiro de onde para comprar os remédios? Os remédios que estão receitando para ela aqui não têm no posto de saúde. [...] E eu percebi da parte daqui também um “mas é isso, não tem o que fazer”. Então, paciência. Não tem ingresso nenhum, então eu tenho feito ingresso de maneira informal fazendo essas entregas [...] A situação da falta de dinheiro está fazendo com que eu me reinvente em outros aspectos. (Colaborador 4, Augusto)

O impacto emocional da depressão nas relações familiares

Apreende-se a interferência causada pela doença nas relações interpessoais, especialmente gerada pelos sintomas relacionados ao afeto e emoções enfrentados por quem tem depressão.

[...] O comportamento dela mudou total: ela fala baixinho, quase não conversa com a gente mais [emocionada], e fica mais deitada quando está em casa, se recua da gente [...] Não está fácil [emocionada] Eu tenho dó dela [...]. Estou levando. Só que estou me acabando [chorando]. Fica puxado para mim [...]. Ela ficou a ponto de a gente ter que dar banho, colocar comida na boca [...]. Dói demais! [chorando, seca lágrimas com papel toalha, mexe no papel toalha, olha para baixo, fala expressando dor e pesar] (Colaboradora 1, Vitória)

[...] Olha, eu peço a Deus que me dê força, porque tem momentos que eu mesma tenho vontade de desistir. Meu Deus do céu, eu preciso trabalhar, eu tenho a minha família, eu tenho meu marido, eu tenho meu filho também. Tudo isso me pegou nesse fim de ano. (Colaboradora 3, Antonia)

[...] Basicamente eu poderia usar as palavras triste e frustrante como sendo algumas das primeiras que vêm à cabeça no lidar com essa situação, porque é você ver uma pessoa em casa, sem motivação, sem drive para fazer nada, e você perceber que a pessoa funciona no modo completamente passivo com tendência do passivo para o negativo [...]. Não, eu não sofro. Dói. É o que eu falei. É triste. Você me perguntou dessa situação, mas é uma situação e eu não faço dela, eu. Eu não internalizo essa situação. Então, não, não sofro, não [...] Eu não vejo como um fardo, eu vejo como algo que eu tinha que fazer. Eu tinha que fazer, mas eu queria, eu não vejo um problema em fazer isso [...] (Colaborador 4, Augusto)

A religiosidade e a espiritualidade como elementos para o enfrentamento da doença

As narrativas evidenciaram a religiosidade e espiritualidade como fatores positivos no enfrentamento das dificuldades vividas. As colaboradoras trouxeram sua crença como baluarte para encarar esse processo na busca de compreensão para o que tem acontecido.

[...] Agora, é pedir a Deus e ter força e fé para conseguir. Ela precisa ativar. Não sei o que pode acontecer. Só Deus. E eu tenho fé em Deus que ela vai melhorar. Debaixo de Deus, com o acompanhamento dos médicos, Deus me dando força e compreensão para entender ela também, porque, fica difícil. [pausa]. (Colaboradora 1, Vitória)

[...] Meu Deus do céu! Só peço a Deus que me dê força [...] Digo que ele tenha fé, que participe mais da igreja, que Deus vai ajudar e vai dar certo. (Colaboradora 3, Antonia)

[...] Penso que Deus não dá um fardo além daquilo que possamos carregar... tudo tem seu tempo (pausadamente), acho que Deus deu esse tempo para ele ficar longe da família, longe de tudo e de todos. (Colaboradora 2, Eloísa)

DISCUSSÃO

A caracterização demonstra que três dos quatro colaboradores são do sexo feminino, achado comum a outros estudos^(8,9) que revelam que o cuidado principal da pessoa com transtorno mental geralmente recai sobre a mulher, cuja vida se transforma, em virtude das demandas de cuidado⁽¹⁰⁾.

As causas da depressão podem estar relacionadas a fatores biopsicossociais, tais como os neurotransmissores monoaminérgicos, hormônios, fatores genéticos, sociais, ambientais, vivências e acontecimentos de vida⁽¹¹⁾. Independente da causa, o adoecimento desnorteia a família, pois o curso de vida esperado se fragilizou, a perspectiva relacionada ao familiar que adoeceu foi interrompida; os familiares precisam se reorganizar diante dessa nova realidade imposta^(10,12), ainda que se sintam fragilizados, incapazes, culpados ou que neguem o diagnóstico⁽¹³⁾. Essas questões, somadas ao contexto sociocultural e às interpretações de cada familiar sobre o que vivenciam, podem clarear as diferenças de entendimento sobre o adoecimento pela depressão⁽¹⁰⁾.

Os colaboradores revelaram a trajetória nos dispositivos de saúde onde seus familiares foram atendidos. Em geral, os atendimentos iniciais foram na Unidade de Pronto Atendimento 24h e na UBS. Isso corrobora com o objetivo de trabalho dos serviços emergenciais, que prestam assistência emergencial com posterior articulação com serviços especializados e com a atenção ofertada na UBS, dispositivo mais próximo do usuário, com ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, reabilitação, manutenção da saúde e redução de danos, que pode se articular com outros dispositivos da rede no cuidado em saúde mental⁽²⁾. Assim foi relatado por estudo realizado em Sobral-CE, em que o encaminhamento aos serviços especializados em saúde mental dava-se por meio das UBS, unidades sociais e unidades privadas⁽¹⁴⁾.

As percepções sobre o tratamento recebido no CAPS III foram reveladas nas entrevistas e nas apreensões do caderno de campo. Percebe-se que, para alguns, não fica evidente a atuação deste serviço de saúde; houve críticas relacionadas ao Plano Terapêutico Singular (PTS), à rotatividade de profissionais, à postura do Técnico de Referência (TR). Quando as famílias não são engajadas no tratamento, este se mantém de modo vertical, desconsiderando o que as pessoas que convivem com o problema têm a revelar⁽¹⁵⁾. Estudos realizados sugerem que o CAPS auxilia a família no entendimento sobre a doença e, por vezes, torna-se o único suporte que os familiares têm^(8,16,17).

O impacto na saúde física apresentado neste estudo não apresentou questões profundas como as relatadas em outros estudos, como o desenvolvimento de doenças crônicas, perturbações no sono e lesões físicas⁽¹⁰⁾. Contudo, alerta aos profissionais de saúde sobre esse quesito da saúde do colaborador. Estudo com cuidadores de pessoas com transtorno mental revelou que 52,5% dos entrevistados faziam tratamento para questões clínicas e mentais⁽¹⁸⁾.

Somada à carga física, ocasionada por fatores como a difícil convivência e a perda da individualidade⁽¹⁵⁾, o familiar tem o encargo financeiro de suprimento da casa e da pessoa adoecida, visto que o adoecimento mental crônico pode levar à incapacidade, afetando a atividade laboral, devido aos sintomas, interferindo na produtividade e causando afastamento do trabalho, gerando custos sociais e prejudicando a qualidade de vida⁽¹⁹⁾. Nesse estudo, todos os familiares têm empregos flexíveis, facilitando o cuidado e acompanhamento do doente, também já descrito por outras autoras⁽⁹⁾.

O ato de cuidar e seus impactos podem ser diferentes para cada familiar^(9,20), o que foi verificado neste estudo, visto metade dos colaboradores apresentar impacto emocional, especialmente sentido pela fragilidade no diálogo e vivência diária, também relatadas em outro estudo⁽¹⁰⁾. As anotações do caderno de campo também revelam o cansaço e a tristeza dos colaboradores, transposta em choro e voz embargada. A carga emocional dos familiares de pessoas com transtorno mental manifesta-se nos sentimentos de medo, vergonha, angústia, fragilidade⁽¹⁶⁾, tristeza⁽⁶⁾, cansaço, preocupação, sofrimento⁽¹⁰⁾. Cuidar da pessoa em sofrimento mental exige empenho dos familiares que, muitas vezes, não sabem como ajudar⁽¹⁰⁾, o que pode contribuir para o sofrimento emocional.

Pode haver distanciamento no núcleo familiar em virtude da depressão, da falta de informações, da dificuldade dos familiares em lidar com suas emoções. Isso contribui para rigidez nas relações familiares, no convívio^(9,21) e para a sobrecarga familiar⁽²⁰⁾. Quando os familiares não são ouvidos e instrumentalizados no cuidado, tende-se a gerar solidificação nas relações afetivas, produzida com base na vivência da família e no entendimento de que não haverá cura⁽⁹⁾.

É importante pensar o bem-estar espiritual das colaboradoras, visto que impacta positivamente na saúde mental. A crença em algo superior ao ser humano auxilia a pessoa a definir um propósito de vida, a manter a esperança e a resiliência, e estimula hábitos saudáveis de vida. A religiosidade contribui para a estabilidade mental, auxilia na explicação dos transtornos mentais⁽²²⁾, nas relações interpessoais, na saúde física e também mental, podendo ser fator protetivo contra o suicídio e auxiliar na qualidade de vida⁽²²⁾.

As narrativas sobre religiosidade e espiritualidade sugerem abordagem profissional nesse aspecto, pois foram reveladas como fator positivo e pedem maior investigação desse assunto na área acadêmica. Os profissionais de saúde pensam sobre a necessidade desse tema, contudo, a fragilidade da instrução na formação acadêmica, a demanda de trabalho e a ausência de modelos para introdução na prática clínica geram desconforto e insegurança em abordar o suporte da religiosidade e espiritualidade a pacientes e familiares⁽²³⁾.

Uma possível limitação deste estudo é o foco na depressão, considerando que as publicações retratam experiências dos transtornos mentais como um todo, havendo disparidade entre os sintomas gerados, o que fomenta a importância de estudos com foco na depressão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou entendimentos diferentes sobre o surgimento da depressão, suas causas, sintomas, evolução da doença e reestabelecimento da pessoa. Alguns colaboradores demonstraram não saber o papel do CAPS III na recuperação de seu familiar, e teceram críticas sobre a postura do TR, elaboração do PTS e rotatividade de profissionais. Revelaram que o atendimento no serviço especializado se deu após atendimento, em sua maioria, nos serviços de emergência, contudo, fizeram uso de outros dispositivos de saúde como emergência e UBS.

Foi demonstrada como é a vivência do familiar de quem tem depressão. A doença interfere negativamente na saúde física, nas questões financeiras, na saúde emocional e nos relacionamentos interpessoais. Cada familiar sofre e vivencia essa experiência da sua forma, alguns mais intensamente, outros com maior resiliência.

A vivência do familiar da pessoa que tem depressão pode ser entendida como difícil, frustrante, em virtude, principalmente, dos sintomas que a depressão gera no indivíduo, fazendo sofrer a todos. Conhecendo essa vivência e disseminando os achados desta pesquisa entre os serviços de saúde mental, evidencia-se que os familiares sofrem e também precisam de cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Borges CF, Baptista TW de F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2008 [acesso em 30 mar 2020]; 24(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025.

2. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 21 maio 2013; Seção 1.
3. Igreja L, Paiva C, Morato M. Depressão [Internet]. 2017 [acesso em 24 nov 2019]. Disponível em: <http://www.canal.fiocruz.br/video/index.php?v=Depressao-LES-1894>.
4. World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [acesso em 24 nov 2019]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>.
5. Amendola F, Oliveira MA de C, Alvarenga MRM. Influência do apoio social na qualidade de vida do cuidador familiar de pessoas com dependência. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2011 [acesso em 28 mar 2020]; 45(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400013>.
6. Costa GM da, Pessôa CKL, Soares CA, Rocha SAM. A importância da família nas práticas de cuidado no campo da saúde mental. Cadernos ESP [Internet]. 2014 [acesso em 24 nov 2019]; 8(1). Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/82b1/d1124c787652ef6d960fbd11dcb54ace578f.pdf>.
7. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2017.
8. Santin G, Klafke TE. A família e o cuidado em saúde mental. Barbarói [Internet]. 2011 [acesso em 24 nov 2019]; 34. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1643/1567>.
9. Silva LI da, Martins AKL, Maia KK de O, Oliveira FB de, Souza AMA e. Experiências dos familiares de pessoas com transtorno mental. Rev RENE [Internet]. 2014 [acesso em 24 nov 2019]; 15(2). Disponível em: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2014000200017>.
10. Rosa LCS. Transtorno mental e o cuidado na família. São Paulo: Cortez; 2003.
11. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artmed; 2017.
12. Almeida ACMCH de, Felipes L, Dal Pozzo VC. O impacto causado pela doença mental na família. Rev. port. enferm. saúde mental. [Internet]. 2011 [acesso em 24 nov 2019]; 6. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602011000200007.
13. Borba L de O, Paes MR, Guimarães AN, Labronici LM, Maftum MA. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2011 [acesso em 24 nov 2019]; 45(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>.
14. Quinderé PHD, Jorge MSB, Franco TB. Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental? Physis [Internet]. 2014 [acesso em 24 nov 2019]; 24(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n1/0103-7331-physis-24-01-00253.pdf>.
15. Navarini V, Hirdes A. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. Texto contexto-enferm. [Internet]. 2008 [acesso em 24 nov 2019]; 17(4). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/08.pdf>.
16. Brusamarello T, Maftum MA, Alcântara CB de, Capistrano FC, Pagliace AG da S. Famílias no cuidado à saúde de pessoas com transtorno mental: reflexos do modelo de assistência. Saúde e Pesquisa [Internet]. 2017 [acesso em 24 nov 2019]; 10(3) Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880196/05_5993-tatiana-maftum_norm_port_ingl.pdf.
17. Duarte LGMF, Ferreira Neto JL. Familiares responsáveis pelo cuidado de pessoa com transtorno mental em um município de pequeno porte. Pesqui. prá. psicossociais [Internet]. 2016 [acesso em 24 nov 2019]; 11(2). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v11n2/16.pdf>.
18. Dourado DM, Rolim JA, Ahnerth NM de S, Gonzaga NM, Batista EC. Ansiedade e depressão em cuidador familiar de pessoa com transtorno mental. ECOS [Internet]. 2018 [acesso em 24 nov 2019]; 8(1).

Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/2377>.

19. CREMESP. Saúde mental e trabalho. 2015. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2016.
20. Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras; 2008.
21. Nascimento KC, Kolhs M, Mella S, Berra E, Oschowski A, Guimarães AN. O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2016 [acesso em 24 nov 2019]; 10(3). Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/569c/7ef1d9347f7afc005440730bf497f0353d0a.pdf>.
22. Rodriguez-Yunta E. Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. Persbioét [Internet]. 2016 [acesso em 22 nov. 2019]; 20(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5294/PEBI.2016.20.2.6>.
23. Thiengo PC da S, Gomes AMT, Mercês MC das, Couto PLS, França LCM, Silva AN da. Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: revisão integrativa. Cogitare enferm. [Internet]. 2019 [acesso em 14 nov 2019]; 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>.

Recebido: 27/11/2019
Finalizado: 02/07/2020

Editora associada: Susanne Elero Betioli

Autor Correspondente:
Naiane Ribeiro Prandini
Universidade Federal do Paraná
Al. Bom Pastor, 715 – 83015-140 – São José dos Pinhais, PR, Brasil
E-mail: naiane.prandini@gmail.com

Contribuição dos autores:

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo - MRP
Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo - MRP, MMMI, RCNL
Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo - NRP, MAN



Este obra está licenciado com uma Licença [Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).