

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE DE EDUCAÇÃO CONTINUADA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TERAPIA DE CASAL E FAMÍLIA

ROSANE PURPER SIMON

ESTUDO SOBRE SUPORTE FAMILIAR EM FAMÍLIAS COM DEPRESSÃO DE
MUNICÍPIO DO VALE DO CAÍ

SÃO LEOPOLDO

2014

Rosane Purper Simon

ESTUDO SOBRE SUPORTE FAMILIAR EM FAMÍLIAS COM DEPRESSÃO DE
MUNICÍPIO DO VALE DO CAÍ

Artigo apresentado como requisito parcial para a obtenção do grau de Especialista em Terapia de Casal e Família, pelo Curso de Especialização em Terapia de Casal e Família da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora: Patrícia Manozzo Colossi

São Leopoldo

2014

ESTUDO SOBRE SUPORTE FAMILIAR EM FAMÍLIAS COM DEPRESSÃO DE MUNICÍPIO DO VALE DO CAÍ

Rosane Purper Simon*

Patrícia Manozzo Colossi**

RESUMO: A depressão é atualmente um importante problema de saúde pública. É relevante o conhecimento dos fatores associados à doença que podem interferir no estabelecimento do quadro e na manutenção de sua sintomatologia. Elaborar intervenções com foco na prevenção e promoção de qualidade de vida pode ser uma valiosa estratégia de trabalho no setor público de saúde. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi investigar o suporte familiar de pacientes diagnosticados com depressão de um município do Vale do Caí/RS. Para a coleta de dados, foi feito um levantamento dos prontuários dos pacientes atendidos pelo serviço de saúde municipal para identificação das famílias com membros diagnosticados com depressão e que faziam uso de medicação psiquiátrica. Foram separados por estágio do ciclo vital e então, identificado que a fase com maior incidência da doença é o estágio tardio da vida. Dos pacientes que integraram este grupo, foram sorteados três participantes para realização de uma análise qualitativa. Os resultados revelaram que os pacientes com depressão, participantes deste estudo, percebem a família como capaz de oferecer o suporte familiar necessário para o enfrentamento da doença, o que tem sido de destacada importância para manutenção da saúde mental dessas pessoas.

Palavras-chave: Depressão. Suporte familiar. Saúde mental.

1 INTRODUÇÃO

A depressão é atualmente uma das doenças que mais afeta a humanidade e é reconhecida como um problema de saúde pública em atendimento médico primário no país. (BOING et al., 2012). A literatura internacional tem mostrado evidências de que os pacientes depressivos utilizam os serviços médicos com maior frequência, tem diminuição da produtividade no trabalho e prejuízo da qualidade de vida quando comparados a portadores de outras doenças de caráter crônico. (BOING et al., 2012, FLECK et al., 2002). Estudos em diferentes países confirmam que a alta prevalência de depressão na comunidade é um dado consistente na cultura ocidental, inclusive no Brasil. (FLECK et al., 2002, MOLINA et al., 2012). Os mesmos estudos estimam que em 2020, a incidência da doença será superada apenas pelas doenças cardíacas. (FLECK et al., 2002, MOLINA et al., 2012).

* Aluna do Curso de Especialização em Terapia de Casal e Família

** Orientadora Professora do Curso de Especialização em Terapia de Casal e Família da Unisinos

A prevalência de depressão distribui-se de maneira desigual na população: é mais comum entre as mulheres, mais jovens, mais desprivilegiados economicamente e que vivem sem um(a) companheiro(a) afetivo(a). (BOING et al., 2012). Eventos estressores, como separação, luto, perda de renda/emprego, carência afetiva, doenças crônicas entre outros problemas cotidianos podem contribuir para o desencadeamento do problema. (BOING et al., 2012, MOLINA et al., 2012). Segundo Boing (2012), pessoas com depressão apresentam maiores gastos em saúde, incapacidade para o trabalho e menor aderência ao tratamento médico, causando, com isso, um elevado impacto econômico na sociedade.

A lógica atual de atenção à saúde mental requer compreender o sujeito de forma integral, e coloca a família em um papel principal em sua integração social, procurando mantê-lo em seu contexto familiar e comunitário. As famílias, em seu modo próprio e singular de viver, podem experimentar seu cenário de relacionamento interpessoal, situações estressantes, como mudanças de vida ou eventos vitais, que podem desencadear transformações nos relacionamentos e na saúde dos seus membros. Diante disso, muda a forma de ser pensada a implicação da família no aparecimento da doença mental, uma vez que a literatura atual coloca o sistema familiar tanto como possível causador do adoecimento psíquico quanto como potente meio de cuidado e melhora. (MOMBELLI et al., 2011; SANTIN; KLAFKE, 2011).

Nessa perspectiva, o suporte familiar tem papel fundamental nestes contextos, sendo caracterizado pelas variáveis psicológicas presentes nas relações familiares no desenvolvimento de seus membros. Ele influencia, em certa medida, na forma como são vivenciados e reproduzidos comportamentos, afetividade e valores sociais. Pode ser considerado ótimo quando existe, na família, altos níveis de expressões de carinho e permissão para autonomia e independência. (BAPTISTA, 2005).

Neste sentido, o presente estudo investigou a qualidade do suporte familiar de pacientes depressivos em um município do Vale do Café, explorando também possibilidades de intervenções no âmbito familiar, grupal e/ou individual, no que se refere à prevenção e promoção de saúde e tratamento desta doença.

1.1 Depressão e Suporte Familiar

As metáforas produzidas para se imaginar a depressão inevitavelmente remetem ao frio, ao silêncio gelado, ao desaparecimento aparente de qualquer vida. E, embora frequentemente faltem metáforas na queixa depressiva, devido a uma espécie de exaustão da linguagem, não é raro escutar os pacientes deprimidos descreverem uma solidão absoluta, de onde teriam desaparecido emoções, desejos e sentimentos, como se a vida tivesse parado. (FÉDIDA, 2009, p. 33).

A depressão consiste em um transtorno mental cujos principais sintomas são as alterações de humor, que podem trazer prejuízos em diversos domínios da vida. A estimativa da Organização Mundial de Saúde aponta que a depressão tem alta prevalência, se configurando na doença mental que mais causa incapacidade e, de forma prospectiva, a que mais provocará dificuldades na vida social e ocupacional das pessoas nas próximas duas décadas. (MOLINA et al., 2012; ZANCA et al. 2013).

O desenvolvimento de cada pessoa, segundo Eizirik (2001), está intimamente ligado, desde o nascimento, às interações com seus pais, ou outra pessoa que os substitua; garantido, assim, a sobrevivência do sujeito.

Assim como há uma organização biológica que regula a emergência das características físicas e temperamentais de cada indivíduo, há uma organização social que regula a forma como os seres humanos se adaptam em sua sociedade. Essa organização opera por meio dos laços afetivos da família e dos padrões de organização cultural. (EIZIRIK, 2001, p. 42).

Desde o nascimento e por toda a vida poderá haver “falhas” nesta organização e desenvolvimento – o que é natural – mas, conforme o momento em que acontecem, poderão contribuir para o estabelecimento de transtornos psíquicos, na qualidade de vida e saúde mental do indivíduo.

Fédida (2009) refere que, considerando as possibilidades medicamentosas, existem atualmente meios de retirar do paciente os sintomas de sua depressão. A melhora farmacoterápica não pode ser negada em muitos casos tratados pelos medicamentos. Contudo, o autor destaca que é importante reconhecer que “[...] a cura da depressão não foi conquistada apenas pelo fato de termos controlado seus sintomas incapacitantes”. (FÉDIDA, 2009, p. 15). É preciso ir além de intervenções puramente medicamentosas e ampliar as possibilidades de intervenção em saúde. Nesse sentido, a família é apontada como um dos principais coadjuvantes no tratamento da depressão.

Ao considerar a importância da família destaca-se que o ser humano, quando tem suas expectativas satisfeitas pelo suporte social e familiar, apresenta uma menor predisposição a distúrbios mentais, assim como auto-estima elevada, quando comparado aos que não tem suas necessidades satisfeitas. Além do suporte familiar atenuar cotidianamente os eventos estressores na vida do indivíduo, ele constitui-se um fator de proteção diante de condições adversas. (ARPINI et al., 2003 *apud* MOMBELLI et al., 2011).

Segundo Beltrame e Bottoli (2010), a família moderna constitui-se através do progresso da vida privada, em que a família assume um espaço maior em detrimento da sociedade. Assim, é

importante considerar que “[...] a relação da família com o portador de transtorno mental é historicamente construída” mentalmente (ROSA 2003, p. 28) sendo que nem sempre foi vista como uma instituição capaz de acolher e cuidar de um familiar que adocece.

Santin (2011) refere que os estudos sobre família ganharam visibilidade na década de 1950, como surgimento das terapias familiares, especialmente as de abordagem sistêmica que têm seus conceitos oriundos principalmente da teoria geral dos sistemas e da cibernética. De modo geral, o enfoque das terapias familiares recai sobre as mudanças nos padrões relacionais e de comunicação no sistema familiar. Esses conceitos foram incorporados ao trabalho dos profissionais brasileiros, mas é a partir do movimento da reforma psiquiátrica que se passa a dar maior atenção à relação da família com o portador de sofrimento psíquico. (SANTIN; KLAFKE, 2011).

Neste sentido, a família pode ser definida, de forma ampla, como um sistema dinâmico em interação dialógica que pretende (ou deve pretender) ajudar a pessoa a desenvolver uma presença afetiva, responsável e livre no mundo. Cada pessoa tem e terá ao longo de sua existência, várias famílias (a de seus ancestrais, a de sua infância, a de sua adolescência, a de sua vida adulta e de sua velhice), assumindo em cada fase características peculiares, mas mantendo a função primordial, a de preservar a integridade física e emocional de seus membros e do próprio grupo, propiciando o seu desenvolvimento. (PAVARINI; COLS, 2008; FREITAS; MONTEIRO, 2008 *apud* REIS et al., 2011).

Entender como as famílias funcionam e interagem, e quais as consequências no comportamento das crianças, jovens, adultos e velhos é fundamental para novas possibilidades de intervenções possam ser elaboradas. Neste sentido, investigar as questões familiares dos pacientes com depressão, dando ênfase ao suporte familiar, mostrou-se uma estratégia potencial para ampliar a percepção do sintoma, bem como para exploração do fenômeno com vistas a ampliar questionamentos, reflexões e possibilidades acerca de intervenções possíveis. Tem ainda a intenção de contribuir com a geração de conhecimento tanto teórico quanto técnico para o aprimoramento das políticas de atenção à saúde do município.

2 MÉTODO

Estudo qualitativo com delineamento exploratório.

2.1 Delineamento

O presente estudo tem caráter qualitativo, com delineamento exploratório, baseado em casos múltiplos. (YIN, 2005). A presente escolha metodológica pautou-se na necessidade de aprofundar os aspectos do suporte familiar de pacientes com diagnóstico de depressão. O mesmo autor refere que estudos de caso representam a estratégia preferida quando as indagações do pesquisador são de cunho investigativo, com pouco controle sobre os acontecimentos pesquisados e com o foco em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

2.2 Participantes

Pacientes com diagnóstico de depressão, atendidos pelo Programa Estratégia de Saúde da Família (ESF/SUS), cadastrados no Centro de Saúde de um município do Vale do Caí. Realizou-se um levantamento prévio do total de pacientes com diagnóstico positivo de depressão em uso de medicamento antidepressivo. A faixa etária de maior prevalência foi de pessoas com idade de 61 anos ou mais e neste grupo, foram sorteados 3 participantes para a realização da investigação qualitativa. Como critério de inclusão teve-se o cuidado de que os participantes tivessem em sua composição familiar, no mínimo duas gerações residentes no mesmo domicílio.

2.3 Instrumentos

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados:

Prontuários médicos: oriundos do Programa Estratégia de Saúde da Família do município investigado.

Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) de autoria e validação de Baptista (2007), que é composto por 42 afirmações relacionadas a situações familiares, em que o sujeito deve marcar a frequência com que cada uma delas acontece em sua família. Este instrumento avalia como as pessoas percebem as relações familiares em relação à afetividade, autonomia e adaptação entre os membros, revelando sua percepção acerca do suporte do sistema familiar. O referido inventário foi utilizado como guia para a pesquisadora que, fez a aplicação buscando adaptar o conteúdo das questões às possibilidades de compreensão dos participantes. Assim, o instrumento foi utilizado como um roteiro norteador da coleta dos dados.

Entrevista semi-estruturada: elaborada especialmente para o presente estudo, buscou investigar aspectos das relações familiares do participante. Conforme Victora (2000), este tipo de entrevista oportuniza o estabelecimento de uma aproximação com os participantes. Dado seu caráter aberto e objetivo exploratório, tem o propósito de proporcionar um espaço mais livre de escuta para que o pesquisador possa coletar informações acerca da temática a ser investigada.

2.4 Procedimentos éticos, de coleta e análise dos dados

Após autorização expressa pelo Termo de Cessão de Informações foram acessados os prontuários médicos, com a intenção de identificar casos de pacientes com depressão, possíveis participantes do presente estudo. Os participantes foram agrupados por faixa etária, conforme descritos na seção resultados deste artigo, a fim de identificar a fase do ciclo vital de maior incidência da doença.

A partir da identificação dos casos, foi feito contato telefônico, com o objetivo de apresentar a presente pesquisa, seus objetivos, utilização dos dados e verificar a possibilidade de sua participação. Diante do aceite na participação, as entrevistas foram marcadas na residência dos participantes. Foi fornecido um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com a descrição do estudo conforme aprovado pelo Comitê de Ética (CEP 14/073). Após assinaturas foram realizados os procedimentos de coleta dos dados, com duração média de uma hora e meia.

Os resultados obtidos a partir dos instrumentos foram analisados qualitativamente à luz da perspectiva psicanalítica, buscando compreender o significado da percepção das relações familiares e do suporte ou apoio recebido por parte da família frente aos aspectos do enfrentamento da doença, tomando-se o cuidado de compreender os participantes de forma integral, considerando seus contextos familiares e comunitários. (CUNHA, 2007; MELMAN, 2008). Os dados foram interpretados à luz da perspectiva psicanalítica com o objetivo de identificar a percepção do suporte familiar em pacientes com diagnóstico de depressão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados, a prevalência da depressão, considerando os pacientes atendidos pelo Programa Estratégia de Saúde da Família, é assim apresentada:

Tabela 1 - Total de habitantes cadastrados no Programa ESF/SUS com diagnóstico para depressão

Faixa etária	Total	Feminino	Masculino
de 0 a 18 anos	6	4	2
19 a 40 anos:	38	31	7
41 a 60 anos	97	76	21
61 anos ou mais	100	63	37
Total geral	241	174	67

Fonte: Elaborada pela autora.

O total de 241 habitantes identificados com diagnóstico de depressão representa 10,7% da população do município, considerando uma população estimada pelo IBGE para o ano de 2014, de 2.240 habitantes, segundo o último censo populacional. Com relação ao estado civil, o grupo etário de maior incidência (61 anos ou mais) é constituído por 64 sujeitos casados e 36 solteiros(as) ou viúvos(as). Quanto à moradia, o mesmo grupo é constituído por 14 sujeitos que residem sozinhos, 39 com companheiro(a), 23 são solteiros(as) ou viúvos(as) mas residem com familiares e 24 residem com companheiro(a) e familiares.

Os dados mostram a alta incidência da depressão no sexo feminino, corroborando com resultados da literatura. (BOING et al., 2012; MOLINA et al., 2012). Na população em geral a depressão acomete, em média, 16% da população em alguma fase da vida. (WARAICH et al., 2004). É possível que o fato de ser um município de pequeno porte e com a visita frequente de Agentes Comunitárias de Saúde, com gestão dos serviços de saúde pública, representado pelo Programa ESF, seja um aspecto de destacada relevância no que se refere aos referidos dados.

Caso 1 – Araci¹

Araci tem 75 anos, estudou até a 4ª série do Ensino Fundamental, sendo que atualmente lê e escreve com dificuldades. É aposentada e sempre trabalhou em casa e na roça. Tem 4 filhos com 58, 53, 47 e 43 anos, dois netos e 1 bisneto. Dois filhos são casados e moram em outros municípios e dois são solteiros e moram com ela. O marido faleceu há 4 anos e, segundo Araci,

¹ Os nomes dos participantes e dados que pudessem identificá-los foram alterados, a fim de preservar seu anonimato.

esta morte está sendo difícil de ser aceita pela família. Durante a entrevista, relatou vários episódios do passado que envolveram o marido, dando a entender a possibilidade de haver um luto ainda em processo de elaboração.

Araci toma medicação antidepressiva “*há bastante tempo*” (sic), mesmo antes da morte do marido. Ele sofria de doença crônica e no período agudo da doença, ela e a família envolveram-se muito nos cuidados dele. Refere sentir-se “*bem sempre que dá, precisa né...*” (sic), mostrando que a tristeza e a depressão são “expulsas” ou negadas num esforço contínuo. Na literatura, o luto é definido como um conjunto de reações e comportamentos desencadeados pelo rompimento de um vínculo existente entre dois indivíduos. O tempo do luto não pode ser preciso, podendo durar meses ou anos, e até mesmo nunca terminar. O processo de luto é vivenciado pelas pessoas de forma individual, o que torna inadequado estipular um prazo para o seu término; mas admite-se a existência de um padrão comum de tempo para a maioria dos casos. (OLIVEIRA, 2009). Pode ser considerado complicado quando apresenta intenso desejo e saudade do falecido, pensamentos intrusivos e angustiantes que impedem de pensar sobre o futuro sem a pessoa que faleceu, prejudicando seu funcionamento e a relação com os outros. Esses sintomas devem estar presentes por pelo menos seis meses, sendo considerada então, como desordem do luto. (BOERNER; SCHULZ, 2009).

Araci não consegue subir e descer as escadas que tem em redor da casa, pois tem dificuldades nas articulações e problemas nos joelhos. Os filhos a ajudam com isso e uma vizinha a visita regularmente, sendo considerada pela participante como uma importante figura de apoio. Ainda que os filhos ajudem nos afazeres domésticos, Araci refere sentir-se com alguma autonomia. Toma banho sozinha e passa o dia em casa, enquanto os filhos trabalham. Consegue fazer o almoço, “*devagarinho*” (sic), pois não pode levantar nenhum tipo de peso ou fazer força, e os dois filhos retornam do trabalho para almoçar e ajudar na limpeza e organização da cozinha e da casa.

Não gosta de sair de casa, participando muito raramente de atividades na comunidade. Os filhos que moram com ela sobrevivem do trabalho na roça, tendo pouca atividade de lazer. A família extensas e reúne três a quatro vezes ao ano, em momentos em que Araci sente-se bem. Eles conversam e decidem juntos o rumo das coisas, buscando sempre considerar a opinião da mãe. A participante relata que quando o marido ficou doente, os filhos compartilharam as despesas para pagar a cirurgia do pai. A este fato, ela refere como muito bom, já que os filhos se entenderam e decidiram assim; podendo indicar aspectos de coesão familiar. A capacidade de um viúvo ou uma viúva para enfrentar os novos papéis e responsabilidades depende claramente, em parte, da personalidade e

experiência anterior, e, em parte, das exigências feitas pelo ambiente familiar e de apoio que encontrar nele. (ANTHONY; KOUPERNIK, 1970 *apud* BOWLBY, 2006). Neste sentido, a participante parece sentir-se apoiada pela família que lhe acompanha, já que, de alguma forma, seus membros se organizam para não deixá-la sozinha ou passando alguma dificuldade. Assim, a família é um organismo vivo, um sistema aberto que se desenvolve e se transforma com o tempo, sendo capaz de flexibilizar-se a adaptar-se às novas demandas. Consta de pelo menos três gerações, definindo regras de funcionamento que variam com o estágio do ciclo vital e as crises situacionais enfrentadas. (FALCETO, 1993 *apud* CORDIOLI, 1993).

Quando perguntada sobre como percebe sua família comparada com outras, ela refere que percebe-se igual, nem melhor, nem pior, que teve um filho que foi estudar para ser padre mas que não deu certo, acabou desistindo, e sendo caminhoneiro. Acha que o marido poderia estar vivo ainda hoje, pois entende que ele foi mal atendido pelos profissionais da saúde que o encaminharam muito tarde para fazer a cirurgia. A raiva se manifesta como parte da elaboração do luto considerado “normal”, sendo, por vezes, subestimada. Os alvos desta raiva podem ser médicos, pessoas da família, funcionários da rede de assistência, ou pessoas que possam fazer parte da vida da pessoa. (BOWLBY, 1961 *apud* CORDIOLI, 1993).

Já quando questionada acerca do futuro, Araci diz “*como? igual, como é hoje, não quero mais nada... saúde*” (sic), podendo apontar alguma dificuldade de vislumbrar perspectivas futuras de vida.

Caso 2 – Lorena

Lorena tem 67 anos, é viúva, estudou até 4ª série do Ensino Fundamental, sabendo ler e escrever com alguma dificuldade. É aposentada, trabalhou em casa e na roça a vida toda. Tem 3 filhos com 48, 47 e 41 anos, todos casados (sendo 1 recasado) e possui 6 netos. O filho mais novo com sua esposa atual mora junto na casa de Lorena.

A participante relata que seu marido faleceu em decorrência de problemas cardiovasculares aos 59 anos, há 15 anos, dois dias após uma neta ter nascido natimorta. Relata, com sofrimento, a morte inesperada de seu marido que “*foi um homem querido e trabalhador*” (sic). Uma forma de abrandar o luto é manter a sensação de que a pessoa está

por perto e criar uma idealização por meio do reviver as lembranças felizes. Podem ser neste caso, bem-vindos os tributos ao falecido, já que se constitui em uma forma de mantê-lo vivo, representando que ele é merecedor da dor dos sobreviventes. (OLIVEIRA, 2009). A perda do marido esta muito presente no discurso de Lorena, como uma fatalidade que está fora do seu lugar, fora do lugar “certo”, o que pode contribuir para a dificuldade de elaboração do luto. Parkes (2006) desenvolveu uma pesquisa sobre o luto com viúvas e constatou que mais da metade delas, após um ano de viuvez, ainda achavam difícil aceitar o fato de o marido estar morto; a maioria delas ainda passava muito tempo pensando no passado e, por vezes, ainda tinham a sensação da presença próxima do marido. (PARKES, 2006, *apud* BOWLBY, 2006).

Lorena percebe-se como uma mulher que não gosta de sair de casa e participa esporadicamente de atividades na comunidade. Uma das filhas é ecônoma em um clube em município vizinho e por isso, eventualmente, ela participa de algum almoço que esta filha organiza. Às vezes, joga carta com vizinhos e dois irmãos que moram nas imediações de sua casa. Questionada sobre tornar rotina esta atividade que lhe é prazerosa ela comenta que “*não é bom acostumar mal, todos precisam trabalhar*” (sic). Os filhos insistem para ela sair mais, ir a bailes, mas ela não quer, gosta de trabalhar no jardim da casa, na horta, cuidar dos animais domésticos e receber visitas. Para passar o tempo que lhe sobra, assiste televisão e ouve rádio; na maior parte do tempo, sozinha. Refere dormir bem, mesmo tendo esse “*problema dos nervos*” (sic), referindo-se à depressão. Toma medicação psiquiátrica “*há muitos anos, deste antes da morte do meu marido*” (sic). Quando perguntada sobre a depressão relata que a vida sempre foi muito difícil, trabalhavam muito e “*não se tinha tempo para pensar*” (sic) e quando ficou sem o marido teve que reduzir os afazeres na roça.

O luto pode representar um processo de grande impacto no idoso, pois este traz consigo perdas pessoais e sociais decorrentes do fato de a velhice ser estigmatizada como fase da invalidez ou da condescendência. Por isso, devemos considerar que trabalhar emocionalmente as perdas decorrentes de alterações físicas e isolamento social é uma tarefa delicada, e pior se associada à morte do cônjuge e/ou de um filho. (OLIVEIRA, 2009). Lorena “escolhe” deliberadamente o isolamento e, quando questionada sobre isso, sorri dizendo “*eu prefiro assim*” (sic).

Refere que repartiu igualmente as heranças entre os filhos depois que o marido faleceu, referindo ter sido justa com isso. Lorena apresentou muitas preocupações com o que os vizinhos pensam sobre sua família; ela mora numa localidade com várias casas perto e parece sentir uma “cobrança” em relação ao que cada um faz. Tem como valor “fazer

bonito” perante os outros, nem que para isto, precise pagar o preço da reclusão e do isolamento. Ao considerar as características familiares de Lorena, deve-se levar em conta a temporalidade, a etnia, o grupo social a que pertence e o contexto econômico local, entre outras variáveis. (BAPTISTA; 2009).

Lorena sente-se apoiada pelos seus irmãos, sendo num total de 12; todos estão vivos e alguns, que moram mais perto, às vezes visitam-se e isso é muito bom, segundo ela. Quando perguntada sobre a iniciativa dela em visitá-los, refere fazer pouco disso, pois não quer incomodar os outros que tem seus compromissos. Semelhante ao caso anterior, parece haver uma confusão na mudança de papéis: passar de enlutada para o papel de viúva, que poderia significar ter mais iniciativas e desejos próprios. Em vez disso, a tendência de Lorena é voltar-se ao passado, buscando constantemente o marido, que ela só pode encontrar nas recordações, e de condenar-se a um pesar persistente. (ANTHONY; KOUPERNIK; 1970 *apud* BOWLBY, 2006). Segundo o mesmo autor, a expressão destes sentimentos, no meio familiar, serve de apoio para o fortalecimento de vínculos existentes e assim obter um resultado razoavelmente satisfatório em relação a superação da perda e melhora da saúde mental.

Quando perguntada sobre seu futuro, Lorena afirma que quer ficar em sua casa (comparando-se com pessoas que foram para instituições para serem cuidadas), espera que um dos filhos sempre more junto a ela, pois sente-se apoiada e protegida. Gostaria, ainda, de sempre conseguir fazer o seu serviço, cuidar dos bichos e passear às vezes, conseguindo esboçar alguma perspectiva de futuro.

Caso 3 – Nelsi

Nelsi tem 61 anos, é casada, estudou até a 4ª série do Ensino Fundamental e sabe ler e escrever com relativa facilidade. Tem 3 filhos de 35, 32 e 30 anos, 2 netos. O filho mais novo mora em casa com sua esposa. Sempre residiu na família uma cunhada de Nelsi (irmã de seu marido), uma mulher de 64 anos, que teve paralisia infantil aos seis meses de idade, é semi-dependente e precisa de cuidados diários. Nelsi relata que em anos atrás esta cunhada lhe dava mais trabalho, pois sofria de ataques, o que atualmente não acontece mais. Segundo Borba (2011), a capacidade da família de ajustar-se a novas situações, como a de conviver com um membro com doença crônica, depende das fortalezas que possui, dos laços de solidariedade que agrega e da possibilidade de solicitar apoio das outras pessoas e instituições. (BORBA et al., 2011).

Nelsi é a filha mais velha de três irmãos e refere que todos se relacionam muito bem e visitam-se relativamente bastante e ajudam-se mutuamente. A mãe, com 86 anos, vive em outro município e goza de boa saúde para sua idade e visitam-se regularmente. A participante tem suas expectativas satisfeitas pelo convívio familiar e social, corroborando com a literatura que traz o suporte familiar como um atenuante dos eventos estressores da vida, funcionando como um fator de proteção para o indivíduo. (MOMBELLI et al., 2011).

A participante é aposentada e continua trabalhando em casa e na roça por duas a três vezes na semana, o que se acentua em época de colheita. Diferentemente dos outros dois casos, gosta de sair para divertir-se. Ela e o marido frequentam os bailes da terceira idade; gostam de dançar e participam sempre que possível da vida comunitária. O papel dos amigos e da comunidade deve ser considerado como importante provedor de suporte ao indivíduo, além do papel de destaque da família. (MOMBELLI et al., 2011). Neste sentido, o suporte social deve ser analisado de forma ampla a fim de que se considerem todas as relações significativas do sujeito.

A participante relata que sofre de muitas dores pelo corpo, para os quais os médicos ainda não descobriram uma causa orgânica/fisiológica. Refere que estas dores intensificaram-se após a morte de seu ex-genro, por ver o sofrimento da neta de ter perdido o pai tão cedo. A partir disso, foi iniciado a medicação antidepressiva, a título de teste/experiência, a qual deu resultado positivo, culminando no alívio parcial das dores e tornando assim o dia-a-dia “*mais fácil de trabalhar e fazer as coisas*” (sic).

Nelsi refere que o marido é um homem depressivo, que teve tentativas de suicídio quando mais jovem, com internações psiquiátricas e que “*é sempre ansioso*” (sic). Antigamente ele conversava pouco; atualmente conversam muito. O cônjuge, estando melhor emocionalmente, parece ser, em alguma medida, suporte emocional para a esposa. Neste sentido, a família pode ser percebida como um sistema dinâmico em interação, capaz de preservar a integridade física e emocional dos seus membros e do próprio grupo, promovendo o desenvolvimento de ambos. (REIS et al., 2011).

A participante refere que é difícil ver coisas inacabadas, como a horta por terminar, jardim desarrumado ou a grama mal cortada. Conta que isso a angustia e que gosta de ter tudo organizado e no seu devido lugar. Novamente, há que se considerar os padrões culturais, em que estar tudo bonito e arrumado é referência para o bem estar e reconhecimento social. Quando sobra tempo, Nelsi tem como passatempo fazer crochê.

Quando perguntada sobre o futuro, refere que gostaria de ter mais netos; ver o progresso dos filhos; e continuar vendo todos juntos, como família. O marido chega em casa no final da

entrevista, muito interativo e falando sem parar, faz questão de mostrar as fotos de seus antepassados na parede da sala, mostrando sentir orgulho dos mesmos. O casal parece estabelecer uma relação de reciprocidade, interação e alegria um com o outro, fato este que pode estar potencializando a saúde mental e o convívio social da participante.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil sistemas familiares e as funções a ele relacionados podem ser diferentes conforme a localização geográfica e características étnicas, já que se trata de um país com variadas influências culturais e regionais. (CEBERIO, 2006 *apud* BAPTISTA, 2009). As concepções de saúde e doença, com seus aspectos objetivos e subjetivos, se apresentam de forma diferente para as pessoas, conforme seu modo de vida, aspectos familiares, sociais, econômicos e culturais. Um dado a ser considerado nesta pesquisa é a destacada origem étnica alemã das participantes, e o modo como a cultura local influencia a saúde e o adoecimento da população estudada.

Os casos apresentados trazem como fator codjuvante na sintomatologia da depressão a morte de entes queridos. A morte de uma pessoa com quem se tem laço afetivo pode ser uma experiência marcante, e por vezes, assustadora para o idoso. A perda de um ente querido alcança níveis elevados na escala de estresse e os indivíduos que sofrem perdas tornam-se mais vulneráveis às doenças, principalmente se na ocasião da perda não conseguem obter forças para superá-la. (ROSS, 2002). Falta, nesse momento, uma relação mais íntima, seja terapêutica, seja de amizade, para uma ajuda eficaz. Isso exige um compartilhar de sentimentos, que não é facilmente conseguido. (OLIVEIRA, 2009).

Os construtos subjetivos sobre o que é certo, errado, o que pode e não pode, que prazeres são possíveis de serem usufruídos e quais são proibidos, influenciam na saúde mental das pessoas em geral. Nos três casos, as mulheres parecem negar sua dificuldade de transpor “leis” impostas pela cultura local e pela vizinhança, parecendo forte preocupação “com o que os outros vão dizer”. Há uma negação para o prazer da vida, não permitindo-se terem desejos. No caso da Araci e Lorena, esses aspectos ficaram realçados. Já no caso da Nelsi, essa preocupação parecia estar amenizada. É possível que a presença do marido e a idade menor em relação às outras participantes possam ser fatores que contribuam, em alguma medida para essa condição. É possível ainda, que, para essas e nesta cultura, ser viúva tenha alguma importante representação de uma vida pacata, com menos prazer e menos interação social. Pode-se pensar que esses aspectos acabam por reforçar os quadros de depressão a que estão vinculadas.

Nos casos estudados a noção de saúde indica estar fortemente atrelada ao físico/orgânico, referindo por exemplo as queixas de dores no corpo, em que a saúde mental parece não ter muito espaço, já que não se questiona se poderia haver algo do psíquico influenciando nestas dores do corpo. A capacidade intelectual e simbólica está pouco valorizada. Neste sentido, os conceitos de saúde e/ou doença possuem a dimensão objetiva mais clara e valorizada do que sua dimensão subjetiva, que pode ficar num status de inexistência.

Um modo de intervir neste contexto seria o de criar espaços para a fala e a escuta, sejam eles coletivos e/ou individuais. Estratégias de conexão aos sentimentos, de abertura para o pensar, sentir e quem sabe o falar. Provocar aprendizagens para novas e diferentes formas de expressão dos sentimentos e experiências, para que assim haja não só produção de sintomas físicos, mas também criação de demanda emocional e necessidade de convivência com o outro, evitando o isolamento.

Para muitos pacientes, o sucesso do tratamento depende do entendimento da dinâmica familiar e da função que a doença assume na família e na vida do próprio paciente. O envolvimento da família no tratamento de todas as manifestações de uma doença, seja ela psiquiátrica ou não, frequentemente torna a intervenção mais efetiva e multiplica os recursos de auxílio ao paciente, em especial sua adesão ao tratamento. (FALCETO, BUSNELLO, BOZZETTI, 2000). Neste sentido, torna-se importante, para os profissionais, a compreensão da dinâmica familiar para reconhecer os sinais da família e por consequência intervir nas disfunções e/ou potencializar os recursos familiares existentes, contribuindo para a ampliação da saúde familiar.

Tomando como base as investigações feitas neste estudo, pode-se considerar o suporte familiar como um dos importantes mantenedores da saúde mental para as pessoas investigadas com diagnóstico de depressão. O presente estudo investigou como se dão as relações familiares de pacientes depressivos, com vistas a ampliar a compreensão dos sintomas e assim, quiçá, poder refletir sobre as possibilidades de intervenções com este público. É possível que o presente estudo seja o primeiro realizado nesta localidade. Não teve a pretensão de dar respostas ou definir verdades, mas busca levantar questionamentos acerca da importância da família e do suporte que ela pode oferecer ao paciente acometido pela depressão. Se a família, em alguma medida, contribui para o estabelecimento da sintomatologia depressiva, pode, em medida semelhante, contribuir para a retomada da saúde familiar e conseqüente melhora do paciente que manifesta os sintomas. Neste sentido, mais estudos se fazem necessários, com vistas a subsidiar políticas públicas de promoção de saúde e qualidade de vida de pacientes depressivos e incremento nas redes de assistência de suas famílias.

STUDY ON FAMILY SUPPORT IN FAMILIES FACING DEPRESSION IN A DISTRICT OF VALE DO CAÍ, RS, BRAZIL

ABSTRACT: Depression is currently a major public health problem. It is important to understand disease's associated factors that may interfere with the establishment of the framework and maintenance of their symptoms. Elaborate interventions focusing on prevention and promotion of quality of life can be a valuable work strategy in the public health sector. In this sense, the goal of this study was to investigate the family support of patients diagnosed with depression in a town from Vale do Caí, Rio Grande do Sul, Brazil. To collect data, a survey of medical records of patients who were cared by the municipal health service was done to identify families with members diagnosed with depression and who were taking psychiatric medication. The patients were divided by stage of life cycle and it was identified that the phase of life with higher incidence of the disease is the elderly. Three participants were chosen by chance from those of this group to perform a qualitative analysis. The results showed that patients with depression notice the family as able to offer family support needed to face the disease which has been of particular importance for maintaining mental health of these people.

Keywords: Depression. Family support. Mental health.

REFERÊNCIAS

ARPINI, Dorian Mônica; QUINTANA, Alberto Manuel. Identidade, família e relações sociais em adolescentes de grupos populares. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 20, n. 1, p. 27-36, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2003000100003>. Acesso em: 04 maio 2014.

BAPTISTA, Makilim Nunes: *Inventário de percepção de suporte familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações*. São Paulo: Vetor, 2007.

_____. *Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares*. *Psico-USF*, Itatiba, v. 10, n. 1, p. 11-19, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n1/v10n1a03.pdf> >. Acesso em: 21 abr. 2014.

BOERNER, Kathrin; SCHULZ, Richard. Caregiving, bereavement and complicated grief. *Bereavement Care*, Richmond, v. 8, n. 3, p. 10-13, Dec. 2009. Disponível em: <<http://www.cmu.edu/qolt/Publications/2009Pubs/BereavemntCare-Boerner-09.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2014.

BOING, Antonio Fernando et al. Associação entre depressão e doenças crônicas: um estudo populacional. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 4, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400005&Ing=pt&nrm=iso&ting=pt>. Acesso em: 09 abr. 2014.

BORBA, Letícia de Oliveira et al. A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *RevEscEnferm USP São Paulo*, v. 45, n.2, p:442-9.2011. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp. Acesso em 04 dez.2014.

BOWLBY, John. *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes, 4ª. Ed. 2006.

CORDIOLI, Aristides Volpato(org).*Psicoterapia - abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed, 1993.

CUNHA, Gustavo Tenório. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. Segunda edição, São Paulo: Hucitec, 2007.

EIZIRIK, Cláudio Laks, KAPCZINSKI, Flávio, BASSOLS, Ana M.S.: *O ciclo da vida humana*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

FÉDIDA, Pierre. *Dos benefícios da depressão*. São Paulo: Escuta, 2009.

FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n.4, p. 431-438, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 abr.2014.

FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3ª. edição, (2009). Porto Alegre: Artmed, 2009.

YIN, R. K. (2005). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

MELMAN, Jonas. *Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares*. São Paulo, Escrituras, 2008.

MOLINA, Mariane R. A.L et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Rev. Psiquiatria Clínica*, v.39, n.6, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832012000600003>. Acesso em: 04 maio 2014.

MOMBELLI, Mônica Augusta; COSTA, Jaqueline Barreto da¹; MARCON, Sonia Silva; MOURA, Cynthia Borges de. Estrutura e suporte familiar como fatores de risco de stress infantil. *Estud. Psicol.*. Campinas, v.28, n.3, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2011000300004&script=sci_arttext>. Acesso em: 03 maio 2014.

OLIVEIRA, João Batista Alves de; LOPES, Ruth Gelehrter da Costa. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. *Psicologia Estudo* [online]. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 04 dez. 2014.

REIS, Luciana Araújo dos et al. Avaliação do suporte familiar em idosos residentes em domicílio. *Aval. psicol.* v.10, n.2, Itatiba/SP, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712011000200002>. Acesso: em 03 maio 2014.

ROSA, Lúcia. *Transtorno Mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSS, Kubler. *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SANTIN, Gisele and KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. *Barbaroi*, jun 2011, n.34, p.146-160. ISSN 0104-6578. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/1643/1567>>. Acesso em: 03 maio 2014

VICTORIA, C.G.; Knauth, D.R., Hassen, M.N.A. *Pesquisa qualitativa em saúde. Uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial. Cap. 6, 2000.

YIN, R. K. *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZANCA, Camila Garcia et al. Percepção do apoio social de famílias que convivem com a depressão materna. Ver. *Estudos de Psicologia*, junho 2013, vol 18, PA 249-257. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a10.pdf>>. Acesso em: 03/05/2014.

APÊNDICE A - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Dados sócio-demográficos

Idade: _____ Estado civil: _____

Profissão: _____ Escolaridade: _____

Local de moradia: _____ Casa própria () Alugada ()

1. Configuração familiar/genograma:

2. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões? Você acredita que sua família contribua, de alguma forma, para você sentir-se deste modo?

3. Você acha que recebe o apoio de que necessita por parte de sua família?

4. Como você se vê na sua família no futuro?

5. Existe algo em relação à sua família e as relações que você estabelece com seus familiares que você queira compartilhar e que não tenha sido perguntado?
