

DINÂMICA FAMILIAR E DEPRESSÃO

FAMILIAR DYNAMICS AND DEPRESSION

Rosângela Lourdes de Lima

Enfermeira Especialista em Administração dos Serviços de Saúde

Ana Maria Bellani Migott

Mestre em Assistência de Enfermagem, professora da UPF, doutoranda em Clínica Médica

Instituição: Universidade de Passo Fundo - UPF

RESUMO

Introdução: A depressão é um transtorno psiquiátrico que leva a muitas conseqüências desagradáveis, tanto para a pessoa que foi diagnosticada ou não com depressão, como para seus familiares. As pessoas deprimidas, muitas vezes, são deixadas de ser cuidadas por seus familiares e, às vezes, abandonadas, principalmente, quando a família não entende o que está se passando com o indivíduo.

Objetivo: Verificar a dinâmica familiar de pacientes diagnosticados com depressão.

Metodologia: O estudo caracterizou-se como de abordagem qualitativa, buscando as categorias dos dados e, para os dados quantitativos, foi utilizado o percentual de dados. Este estudo foi realizado no município de Carazinho/RS, com cinco famílias que estão em cobertura do Programa Saúde da Família. A coleta dos dados foi através de questionário auto-aplicado às famílias, colagens, entrevistas, visitas domiciliares e dinâmicas de grupo. Foi realizada análise de conteúdo em Minayo.

Resultados: Foram encontradas quatro categorias: alteração da relação social, negação da doença, tutelação do paciente e alteração da comunicação.

Conclusão: Na dinâmica familiar, ocorre alteração na relação social, um medo constante de não saber manejar com a situação de saúde, até o retraimento social, diminuição do poder aquisitivo e, muitas vezes, quando o doente é o pai ou a mãe, ocorre a inversão de papéis.

PALAVRAS-CHAVE

Depressão, família.

ABSTRACT

Introduction: Depression is a psychiatric disorder leading to many unpleasant consequences both for the person who was diagnosed with depression or not, and his/her family. Many times, the depressed people are not taken care by their family, and sometimes are abandoned, mainly when the family does not understand what is happening with this person.

Objective: To verify the family's dynamics of patients who are depressive diagnosed.

Methodology: The study is a qualitative approach, aiming at the data categories, and, for the quantitative data, it has been used the data percentage. This study has been carried out in Carazinho town, RS, with five families being cared by the Family Health Program. The data collection was developed with a self-applied questionnaire to the families, collage, interviews, visits and group dynamics. Content analysis was performed in Minayo.

Results: Four categories had been found: social-relation alteration, illness negation, patient tutelação and communication alteration.

Conclusion: In the familiar dynamics, it occurs alteration in the social relation, a constant fear of not knowing how to manage the health situation reaching the social retraction, reduction of purchasing power and, many times, when the sick person is the father or the mother, it occurs the inversion of roles.

KEY WORDS

Depression, family.

INTRODUÇÃO

Popularmente, a depressão é vista como um problema ou dificuldade de as pessoas realizarem tarefas, ou seja, é considerada “falta de vontade”. O humor deprimido, a perda de interesse, de prazer e de energia, o cansaço marcante após esforços leves são alguns sintomas que as pessoas deprimidas apresentam. As limitações impostas pela depressão, os sofrimentos que esta doença traz, os custos sociais e de saúde elevados, aliados ao fato de apenas uma pequena parcela das pessoas acometidas pela depressão ter acesso ao diagnóstico e aos tratamentos adequados, fazem com que este agravo à saúde se intensifique, levando, muitas vezes, as pessoas a um estado de cronificação e incapacidade, até o desmantelamento familiar.

A depressão é um transtorno muito frequente na população em geral, estimando-se sua prevalência em 17,1% da população. Essa morbidade está associada a uma incapacitação social importante, assim como a uma grande utilização de serviços de saúde não especializados, retardando o diagnóstico, curso, prognóstico, tratamento, cura ou reabilitação. Nesse sentido, a depressão deve merecer uma atenção maior da saúde pública. A falta de tratamento adequado e de atenção à saúde nos estados depressivos tem evidenciado e refletido uma consequência desastrosa, principalmente para a família do deprimido, que é o suicídio.

O suicídio, fato que pode ocorrer em até 15% dos estados depressivos, e a dependência de drogas encontram-se entre as possíveis condições das depressões não tratadas. (LAFER; ALMEIDA, 2000).

A saúde física e emocional dos membros da família ocupa um papel muito importante no funcionamento e na dinâmica familiar, uma vez que as pessoas estão interconectadas e são dependentes umas das outras. Ao ocorrer qualquer alteração de saúde em um desses membros, todos os demais serão afetados, e a unidade familiar, como um todo, sofrerá alterações, ou seja, a família influencia a saúde e bem-estar dos seus membros, mas pode sofrer as influências da saúde, do bem-estar e do mal-estar dos seus membros. (BRASIL, 2001, p. 14-16).

Identificar como é a vida dos membros na família, que padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros são fatores relevantes.

Diante de tais considerações, a família não pode ser vista apenas como aquela que cumpre as ações determinadas por profissionais de saúde. Ao reconhecer o papel da família em responder pela saúde de seus membros, o profissional deve considerar as dúvidas, opiniões e atuação da família na proposição de suas ações e promover o contexto familiar para desencadear as mudanças e estratégias, propiciando seu encorajamento para lidar com o seu familiar doente.

Vemos que a família é mais do que a soma dos seus membros - é um organismo com leis próprias de funcionamento. Essas leis configuram uma estrutura estável, mas com flexibilidade para mudar, com o passar do tempo, ou quando forem necessárias mudanças. À medida que os membros da família vão tendo opiniões próprias, gradativamente vão se abrindo para o exterior, em contato mais íntimo com a sociedade e, cada vez mais, a dinâmica familiar sofre alterações.

O sistema cultural, influenciando a responsabilidade que cada um tem, é imprescindível para melhorar as relações afetivas e as delimitações de papéis a serem desempenhados dentro da dinâmica familiar. Diante do exposto, o objetivo desse estudo é verificar a dinâmica familiar de pacientes com depressão.

METODOLOGIA

Este estudo é uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa. Foi realizado no município de Carazinho/RS, com famílias que estão em cobertura do Programa Saúde da Família. Foram escolhidas aleatoriamente cinco dessas famílias, com um membro diagnosticado com depressão, para participarem da pesquisa, após assinarem um termo de consentimento informado, previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo. Para a obtenção dos dados, foram realizadas cinco visitas domiciliares a cada família, com duração de mais ou menos uma hora. No primeiro encontro, foi utilizado um questionário auto-aplicado, com onze perguntas, contendo dados sociais e outros referentes à dinâmica familiar.

Do segundo ao quarto encontros, foram realizadas oficinas, com técnicas de colagens e técnicas de grupos operativos, buscando as experiências e a dinâmica familiar. No quinto encontro, foram feitos a validação dos dados cole-

tados e o desligamento da pesquisadora com as famílias. Para os registros, foi utilizado o diário de campo, transcrevendo, com fidelidade, as palavras dos interlocutores.

Os dados foram agrupados e analisados, buscando as categorias temáticas e subcategorias, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo modalidade temática. (MINAYO, 1996). As categorias são empregadas para estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com as categorias significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger o fenômeno.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise das respostas possibilitou a identificação de quatro categorias temáticas e seus subgrupos, quanto à questão da dinâmica familiar com um paciente deprimido. A seguir, serão apresentadas as descrições dos núcleos temáticos.

Alteração da relação social e retraimento social

“[...] não saímos mais para fazer mercado, ou ‘ir na igreja’, nos vizinhos, pois ela só quer ficar em casa, sem conversar e sem barulho [...].” (DEPOIMENTO 1).

“[...] Começamos a ficar mais em casa, pois ela não tinha interesse em sair, queria ficar em silêncio e sozinha [...].” (DEPOIMENTO 2).

Depressão refere-se a um estado anormal do corpo e da mente, em que o indivíduo experimenta sofrimento psicológico associado a prejuízos em sua vida social e familiar. As pessoas deprimidas podem relatar que já não se interessam pelos seus passatempos prediletos, as atividades sociais são freqüentemente negligencia-

das, e tudo lhes parece, agora, ter o peso de terríveis “obrigações.” (CORDAS; MORENO, s.d.).

“[...] precisei ter muita força, coragem e apoio da minha família (pai, mãe, irmãos e avós) para poder ajudar minha esposa [...].” (DEPOIMENTO 3).

Qualquer tentativa de tratar o indivíduo isoladamente de sua família é inútil para ele, pois os principais passos para a promoção da saúde mental e seu tratamento devem ser planejados dentro do contexto familiar. (SARACENO, 1999).

Negação da doença

“[...] tivemos muita dificuldade em lidar com a doença em si, pois não sabíamos como fazer para as coisas melhorarem [...].” (DEPOIMENTO 4).

“[...] achei que era só mostrar ânimo e pronto, ela ia melhorar e, que depressão não era uma doença tão preocupante [...].” (DEPOIMENTO 5).

A família deve estar adequadamente orientada no sentido de que os comportamentos dos pacientes são originários de uma doença, pois existem ocasiões em que o paciente se nega a aceitar o tratamento, mostrando-se contrário às orientações. Neste momento, é muito importante o papel da família, pois depressão não é preguiça, falta de caráter ou vontade. (CORDAS; MORENO, s.d.).

Tutelação do paciente, com perda da colaboração do membro doente para tarefas comuns

“[...] me ajudava na padaria, agora ela não tem vontade de fazer nem o almoço [...].” (DEPOIMENTO 6).

Os pacientes deprimidos, às vezes, parecem não estar conscientes de sua depressão e não se queixam de uma perturbação do humor, embora exibam retraimento em relação à família, amigos e atividades que, anteriormente, lhes interessavam. Decisões antes quase automáticas parecem, agora, causar esforços intransponíveis. O curso do pensamento pode estar notavelmente lentificado. (KAPLAN; SADOCK, 1997). As famílias demonstram dificuldades, necessitando esclarecimentos sobre a noção da doença mental e orientações sobre o relacionamento no domicílio. (SARACENO, 1999).

“[...] participamos dos grupos na comunidade [...].” (DEPOIMENTO 7).

A família, no contexto sócio-cultural é um núcleo básico de atenção à saúde. Neste sentido, o trabalho, que congregue a atenção à família, deve ser valorizado. Na década de cinqüenta, a área da saúde mental apontou o importante papel da atenção ao paciente com sofrimento psíquico e o trabalho envolvendo as famílias.

Alteração da comunicação, com silêncios prolongados

“[...] não realizamos mais as refeições juntos, como antes, pois ela geralmente não senta à mesa [...].” (DEPOIMENTO 8).

Conversam sobre a doença, mas não sobre os efeitos para a pessoa e família. Só quem passou por uma depressão sabe o quanto é sofrido precisar reagir e não conseguir fazê-lo sozinho, pois o deprimido sofre calado na sua insegurança, pode aceitar o estigma de “fraco”, além de temer o rótulo de “doente mental” e de “louco.” Enquanto síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor, como a tristeza,

irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer e apatia para tudo, mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas, como sono e apetite diminuídos. (LAFER; ALMEIDA, 2000).

Inversão de papéis e medo

“[...] precisamos esconder a medicação da mãe, pois, senão, ela tenta o suicídio de novo, tomando toda a medicação [...]” (DEPOIMENTO 9).

Freqüentemente, a inversão de papéis em geral ocorre quando o diagnóstico de depressão é feito no membro responsável como o pai, a mãe, sendo o cuidado do paciente transferido para os filhos (administração de medicamentos, acompanhamento em consultas ou em grupos de apoio ou vigília).

O medo gerado na família, pelo fato de o paciente já ter tentado suicídio, enfatiza os aspectos de vigilância, mas não os da atenção psicológica. Por isso, os pensamentos relativos à morte devem ser sistematicamente investigados, uma vez que essa conduta poderá prevenir atos suicidas, dando ensejo ao doente de se expressar a respeito. O pessimismo é detectável a partir do olhar negativamente a vida e seu futuro, e do surgimento de preocupações sérias, por parte do paciente, a respeito de pessoas próximas e queridas, refletidas como medo da separação ou morte, e acompanhadas de grande ansiedade. (LAFER; ALMEIDA, 2000).

Aumento do dispêndio financeiro

“[...] os gastos aumentaram, pois têm muitos remédios que precisam comprar [...]” (DEPOIMENTO 10).

As enormes pressões psicológicas, sociais e econômicas criam necessidades de ajustes e adap-

tações no contexto familiar, pois há gastos gerados para aquisição do tratamento de um de seus membros, levando à diminuição do poder aquisitivo. Sintomas depressivos e dificuldades para lidar com a solução de problemas, como a perda de bens materiais ou valores, podem acontecer quando o indivíduo atribui a causa do problema a algum erro, tem dúvidas sobre sua capacidade para solucionar problemas ou lidar com a situação atual, e se sente culpado e fracassado por não corresponder mais às suas expectativas, muitas vezes projetadas na sociedade. (LAFER; ALMEIDA, 2000).

CONCLUSÃO

Na dinâmica familiar, ocorre uma alteração na relação social e um medo constante de não saber manejar com a situação de saúde. As famílias, que apresentam um paciente deprimido, acabam diminuindo seu poder aquisitivo em função da doença e, muitas vezes, quando o doente é o pai ou a mãe, ocorre a inversão de papéis nas relações familiares quanto aos cuidados. O estudo revelou, ainda, a negação da doença como forma de se reajustar à nova situação de saúde familiar. Há perda da colaboração de um elemento do ciclo familiar no cotidiano, fazendo com que a tensão seja elevada. Ocorre, também, uma dificuldade de comunicação nas relações, o que altera a dinâmica familiar com presença de silêncios prolongados.

Este estudo não tem a pretensão de esgotar o assunto. A pesquisa constitui-se em uma contribuição para uma maior instrumentalização dos profissionais da área de atenção à saúde, que trabalham com famílias. Também serve para abrir as portas para novos estudos com diferentes metodologias.

Os dados aqui encontrados não podem ser generalizados, circunscrevem-se aos participantes do estudo, embora os achados evidenciados encontram ressonância nas famílias com portadores de pacientes deprimidos.

REFERÊNCIAS

ANGELO, Margareth; BOUSSO, Regina Szyliet. Fundamentos da assistência à família em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de enfermagem**: Programa Saúde da Família. Brasília, DF, 2001. p. 14-16.

CORDAS, Táki Athanássios; MORENO, Ricardo Alberto. **Família**: o que toda família deve saber sobre depressão. Encarte: WYTH [200?]

KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamin J. **Manual de psiquiatria clínica**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LAFER, Beny; ALMEIDA, Osvaldo. **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psíquica social à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.