**Titulo:** O familiar como cuidador da pessoa com depressão

Resumo

A partir de um desenho de investigação de natureza qualitativa e indutiva com recurso à Grounded Theory, realizaram-se entrevistas narrativas semiestruturadas a 8 famílias de doentes com depressão, o que correspondeu a 20 participantes.

Pretendeu-se caraterizar a depressão na perspetiva do familiar e do doente e descrever as estratégias utilizadas pelo familiar para cuidar da pessoa com depressão.

A codificação axial permitiu 2 categorias relacionadas com a narrativa da doença e as estratégias de cuidados.

Constatou-se que a depressão é perspetivada de forma diferente pelo familiar e pelo doente e que as estratégias do familiar para cuidar, se revelaram desadequadas para a situação de saúde do doente.

**Palavras-chave:** cuidador familiar; depressão; enfermagem

**1 – INTRODUÇÃO**

A depressão é provavelmente a mais antiga e uma das mais frequentemente diagnosticadas doenças do foro mental. Os seus sintomas têm sido descritos há quase tanto tempo quanto as evidências de documentação escrita (Townsend, 2002), existindo casos relatados há cerca de 3000 anos (Serra, 1990).

Classificada como transtorno do estado de humor (ICD 10), a depressão é encarada como um grande problema de saúde pública, pela forma como pode deteriorar a qualidade de vida dos doentes e pelas implicações familiares e sociais que acarreta, razão pela qual é o centro de atenção de profissionais e investigadores que atuam no campo da saúde mental. Considerada a principal causa de incapacitação em todo o mundo, assume uma forte expressão de incidência e prevalência, situando-se em quarto lugar entre todas as doenças, e sendo ainda esperada uma tendência ascendente desta patologia nos próximos 20 anos (OMS;2001).

Segundo a European Alliance Against Depression (EAAD, 2012), estima-se que 18,4 milhões de europeus sofrem de depressão, enquanto um estudo de saúde mental realizado em Portugal (2010), revelou que 7,9% da população tinha perturbações depressivas, resultado superior à média dos países europeus.

Fenómeno de caráter universal, a depressão pode afetar indivíduos de ambos os sexos, de qualquer idade, de qualquer classe social, nível de instrução, nível cultural, religião e ideologia (Silva, 2012), não se limitando a atingir só a pessoa doente mas também a sua família, provocando sérios problemas na dinâmica pessoal, familiar e social.

Tendo em conta as atuais políticas de saúde e o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, o internamento é considerado um recurso de última linha e como tal, é no contexto familiar e social que a pessoa vive a sua depressão, devendo os familiares, através de uma atitude pró-ativa, adotar um papel de relevo e ser vistos como parceiros importantes na prestação de cuidados. Esse papel não é passivo e tem consequências importantes, nomeadamente nos estilos de vida e nas relações interpessoais (Ballester Ferrando et. al., 2006). É esperado que os familiares se assumam como cuidadores informais de uma pessoa cuja situação clinica muitas vezes desconhecem e para a qual não estão preparados, por não saber o que fazer. É-lhes pedido que cuidem. Mas como o fazem?

Como as experiências dos sujeitos só são conhecidas se forem reveladas pelos próprios, sentimos a necessidade de investigar de forma a compreendermos o modo de cuidar. O querer compreender algo, surge em consequência de uma inquietação para a qual não temos resposta concreta e satisfatória. Assim, formulámos uma questão norteadora, que segundo Quivy e Campenhoudt (1992) não é mais do que uma tentativa de expressar com a maior fidelidade possível o que procuramos saber e/ou compreender:

**Como é que o familiar cuida da pessoa com depressão?**

De modo a clarificar o caminho de pesquisa, definimos ainda os seguintes objetivos:-caraterizar a depressão na perspetiva do familiar e do doente; descrever as estratégias utilizadas pelo familiar para cuidar do doente com depressão.

**2 – METODOLOGIA**

O desenho de investigação é de natureza qualitativa, onde o investigador tem como preocupação a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em causa, através da descrição e interpretação do mesmo (Fortin,1999). A investigação qualitativa refere-se a processos que não se sujeitam a uma medição experimental em termos de quantidade, intensidade ou frequência, mas baseia-se na suposição de que a realidade é socialmente construída nas relações entre o investigador e o objeto de investigação, bem como nos constrangimentos situacionais que condicionam o processo (Quartilho, 2001). De acordo com o desenho de investigação anteriormente referido, utilizámos a Grounded Theory como método estruturante da pesquisa, sendo este de natureza primeiramente indutiva na medida em que procura gerar teoria a partir dos dados recolhidos em campo, não privilegiando a análise dos mesmos em função de teorias pré-existentes (Fortin,1999)

O trabalho de campo decorreu durante os meses de fevereiro e julho de 2009, em 2 polos das consultas externas do departamento de psiquiatria e saúde mental do Hospital do Espírito Santo E.P.E. de Évora, situados em duas cidades distintas do distrito de Évora.

Os participantes selecionados para o estudo obedeceram aos seguintes critérios: ser adulto e/ou idoso com diagnóstico clinico de reação depressiva breve ou prolongada (ICD-9)[[1]](#footnote-1); viver com familiares; ter capacidade cognitiva que permitisse a recolha de informação; participação voluntária do doente e família. Utilizámos a amostragem não probabilística intencional, selecionando todos os indivíduos a que tivemos acesso durante os meses atrás referidos, de acordo com os critérios de seleção definidos. Assim, aquando da ida à consulta, e após verificarmos o diagnóstico médico (critério de seleção), foram abordados 13 doentes e convidados a participar no estudo. Foi-lhe revelada a finalidade e objetivos do mesmo, tendo 8 acedido a participar, representando cada um uma família, o que perfez um total de 20 participantes. A recolha de informação foi feita através de entrevistas narrativas semiestruturadas, as quais foram gravadas em formato áudio com recurso ao gravador e transcritas integralmente por nós. Todas as entrevistas ocorreram nas casas das pessoas. Foram respeitados todos os procedimentos éticos que a pesquisa exigia e os participantes preencheram o consentimento escrito.

**3 – ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Após a codificação aberta, de acordo com os procedimentos da Grounded Theory e com recurso ao programa informático NVivo 8, chegamos à codificação axial a qual permitiu identificar duas categorias:

1ª - **Narrativa da doença** onde se situam os eixos referentes ao início, causas, manifestações e caraterização da depressão. O início da doença é claramente identificado pelo familiar e pelo doente, sendo coincidente o momento ou período da vida referido por ambos. Quanto às causas, são referidas unicamente pelo doente e relacionam-se com momentos de crise familiar, luto por perda de familiares muito próximos, situações de doença física ou fatores de natureza genética.

Para o familiar, a depressão manifesta-se por comportamentos agressivos, isolamento, desinvestimento e passividade. É ainda caraterizada como uma “coisa má” porque destrói a relação familiar e manipuladora porque é uma maneira do doente conseguir o que quer.

Para o doente a depressão manifesta-se por sinais somáticos variados, perda de vontade, tristeza, medo e isolamento. É caraterizada como uma doença da cabeça, não se vê, é inconstante e muda completamente a pessoa.

2ª- **Estratégias de cuidados** onde se situam os eixos referentes à fuga, indiferença, conflito, chantagem e não envolvência. Como forma de cuidar, o familiar afasta-se, está menos tempo em casa para evitar conflitos; aumenta o consumo de bebidas alcoólicas como escapatória; ignora os comportamentos do doente, fingindo que não vê o que se passa, para não entrar em desacordo com ele; para estimular o doente a sair da sua passividade exige que ele faça atividades e por isso raramente participa nas tarefas domésticas, o que gera muitas vezes conflitos. Por vezes responsabiliza o doente pela instabilidade familiar, procurando desta forma ajudá-lo a ter consciência do seu comportamento e a promover a mudança de atitudes. Com frequência o familiar recusa o convívio e interação social se o doente não o acompanhar, como forma de o pressionar a relacionar-se com os outros e assim diminuir o seu isolamento. Não entra nas consultas médicas para que o doente fique mais à vontade, mas acompanha-o até ao local da consulta.

**4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

 Sendo a depressão uma das mais frequentemente diagnosticadas doenças do foro mental, ela continua a ser de difícil compreensão para quem não a vive. A presença em casa de um familiar com depressão, pressupõe que todos os elementos da família tenham que refazer os seus planos de vida e redefinir muitas vezes quase que integralmente os seus objetivos. De acordo com Oliveira (2005), as rotinas domésticas, a vida social e de relação entre os membros da família, o desempenho profissional, a disponibilidade financeira e os papéis familiares alteram-se.

A forma como a depressão é vista no seio da família, depende do olhar de cada um dos elementos. Se para o doente ela é uma doença que muda a pessoa, para o familiar a depressão é algo de que o doente se serve para obter os seus fins.

A passividade própria do doente que vive uma situação de depressão, incomoda o familiar e como tal, as estratégias que ele utiliza para cuidar, são provocadoras com a finalidade de obter reações e diminuir a letargia do doente.

De todo o modo, os familiares sofrem uma mudança para dar resposta às necessidades do doente e o papel de cuidador constrói-se cada dia na interação entre as pessoas que coabitam. O cuidado, sendo um ato intencional, adquire neste contexto, características particulares de conteúdo desadequado à situação de saúde. Tudo o que o familiar faz tem como intenção ajudar o doente a melhorar e vencer a sua depressão, através de um modo diferente de cuidar, mas as estratégias utilizadas conduzem o doente a um maior isolamento.

Algumas vezes o familiar tem um sentimento de culpa não como consequência de ter feito algo de mal, mas por ter tido um comportamento mais duro com o doente e não saber se isso é correto. Por sua vez, o doente sente-se incompreendido, mal aceite e mal-amado. Assim, é importante a intervenção de enfermagem para que os cuidadores tenham orientações e apoio na forma de cuidar acautelando consequências negativas para o doente.

**5 – CONCLUSÕES**

 Os familiares vivem o processo de cuidar com muita instabilidade, porque estão a viver um processo de mudança, de transição e não sabem se estão a cuidar bem. Por sua vez, a transição é um conceito central e está dentro do domínio de conhecimento em enfermagem (Meleis, 2007). Se os enfermeiros souberem como os elementos da família enfrentam a depressão do seu familiar e as estratégias que usam para cuidar, podem planificar intervenções adequadas para que a transição se faça com estabilidade.

 É preciso conhecer a família cuidadora, qual o seu potencial para cuidar, como o faz e as suas necessidades para que os enfermeiros possam ajudar os seus membros (Oliveira et al, 2005), definir estratégias e levar a cabo intervenções que ajudem a cuidar de quem cuida (Ballester Ferrando, et al, 2006)

**6 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Ballester, Ferrando D (2006).Cambios en los cuidadores informales en cuanto a estilos de vida, relaciones y alteraciones de salud mental. Revista Presencia vol 2, nº4

Fortin, Marie-Fabienne (1999). El proceso de investigación: de la concepción a la realización. México:McGraw-Hill Interamericana

Meleis, A. I. (2007). Theoretical nursing: development and progress. 4th ed. Philadelphia: L.W.& Wilkins.

Oliveira, A. M. N.; lunardi, L.; Silva, M.R.S. (2005).Repensando o modo de cuidar do ser portador de doença mental e sua família a partir de Heidegger. Cogitare enfermagem. vol 10 nº1 (pp.9-15).

Organização Mundial da Saúde (2002). Relatório Mundial da Saúde 2001. Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança. Lisboa: Climepsi Editores.

Pera, Pilar Isla (2000).El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. Cultura de los Cuidados –Universidad de Alicante, año 4, nº7 y 8, 1º y 2º semestres, (pp.187-194)

Pereira, Isabel Carvalho Beato Ferraz; Silva, Abel Avelino de Paiva (2012). Ser cuidador familiar: a perceção do exercício do papel. Pensar Enfermagem Vol. 16 Nº1 1º semestre, (pp.54-42)

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008).Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo. Lisboa

Disponível em <http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudemental2007-2016__resumoexecutivo.pdf>

Quartilho, Manuel João Rodrigues (2001). Cultura, Medicina e Psiquiatria: do sintoma à experiência. Coimbra: Quarteto Editora

Silva, Natália Chantal Magalhaes; Guarda, Thamyres de Faria; Mendes, María

Angélica; Godinho, Monica La-Salette da Costa; Lima, Karolina Vitorelli Diniz; Soares, Mirelle Inácio (2012).Respuestas de la persona adulta mayor frente a la depresión: revisión integrativa. Desarrollo Científico Enfermería. Vol.20 nº2 marzo (pp.46-50)

Townsend, M. C. (2002). Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara

World Health Organization (2011). ICD-10 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision

1. Instrumento de classificação em uso no departamento de psiquiatria e saúde mental do Hospital do Espirito Santo E.P.E. de Évora, quando realizámos a colheita de dados. [↑](#footnote-ref-1)