

CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR MAIS-
FACMAIS



COMO O PACIENTE E A FAMÍLIA LIDAM
EMOCIONALMENTE
COM A
DEPRESSÃO

ITUIUTABA-MG
2024

SUMÁRIO

Introdução	04
Compreendendo a Depressão	05
Impacto da depressão no paciente	08
Para (não) finalizar	12
Identificação dos sinais e sintomas	13
O papel da família	14
Desafio da família	15
Tratamento	17
Estágio de Apoio	18
Considerações Finais	20
Referências	21

JOSIANE APARECIDA FERREIRA
LAURA BEATRIZ DE OLIVEIRA MARQUES
MARIA JÚLIA MENDES MUNIZ
MARIA EDUARDA BOLAK
MARLENE MARTINS DE OLIVEIRA
NOAH VICTOR CARVALHO MALTA

ITUIUTABA-MG
2024

INTRODUÇÃO

No Brasil, o número de pacientes acometidos pelas chamadas doenças crônicas cresce cada vez mais. Essas doenças se desenvolvem lentamente no decorrer da vida, persistindo por longos períodos, e sendo, muitas vezes, assintomáticas. As doenças crônicas são caracterizadas por uma progressão lenta e por uma longa duração, sendo que algumas podem se estender por cerca de três meses ou mesmo perdurar por toda a vida.

A depressão é uma doença psiquiátrica crônica multifatorial, que gera alterações no humor, voltadas, principalmente, aos sentimentos de tristeza. Ela trás sofrimento e afeta drasticamente a qualidade de vida das pessoas, podendo levar até ao suicídio se não for tratada, pode também apresentar algumas mudanças nos pensamentos e tornar o ritmo do nosso corpo mais lento.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, o Brasil é o país com maior prevalência de depressão da América Latina. Pesquisas apontam que cerca de 12 milhões de brasileiros têm o transtorno, mas apenas 16% procuram ajuda. A prevalência ao longo da vida é, em média, de 14,6% em países desenvolvidos e 11,1% em países em desenvolvimento. Metade dos casos apresenta o início dos sintomas na faixa etária de 20 a 50 anos.

Com isso, o intuito deste presente E-book é informar o leitor sobre a doença crônica de depressão, quais são seus sintomas, prevenção, e a importância do acolhimento no meio do diagnóstico.

COMPREENDENDO A DEPRESSÃO

A DEPRESSÃO E AS DOENÇAS CRÔNICAS

• O QUE DEFINE UMA DOENÇA CRÔNICA?

As doenças crônicas são caracterizadas por uma progressão lenta e por uma longa duração, sendo que algumas podem se estender por cerca de três meses ou mesmo perdurar por toda a vida. Elas não são emergências médicas, ou seja, não precisam de tratamento imediato. No entanto, essas condições podem agravar e afetar seriamente a qualidade de vida dos pacientes.

As doenças crônicas não têm uma causa única. Geralmente, é uma consequência de algum dano no organismo de longa progressão, que muitas vezes levamos por toda vida, podendo ser silenciosas ou sintomáticas.

DOENÇAS CRÔNICAS CONGÊNITAS E NÃO CONGÊNITAS

É importante fazer também a distinção das doenças crônicas em congênicas, ou seja, que está presente desde o nascimento, e não congênicas, que ocorrem depois do nascimento.

Entre as doenças congênicas, elas podem ser divididas em genéticas ou não.

fenilcetonúria (incapacidade do organismo em metabolizar um tipo específico de aminoácido, a fenilalanina) é um exemplo de doença crônica congênita genética. Já a rubéola congênita não é uma doença genética e sim, adquirida.

Quanto às doenças não congênicas, que se desenvolvem ao longo da vida, podemos citar como exemplo algumas doenças, infelizmente, comuns, como a esclerose múltipla, a hipertensão e a doença de Alzheimer. O tratamento para esses tipos de doenças pode, em alguns casos, não levar à cura — mas, melhorar a qualidade de vida e reduzir a morbimortalidade.

DOENÇAS CRÔNICAS TRANSMISSÍVEIS E NÃO TRANSMISSÍVEIS:

As doenças crônicas podem ser transmissíveis ou não. As transmissíveis têm em comum o fato de serem causadas por um agente infeccioso, como os vírus e as bactérias. Um exemplo de doença crônica transmissível é a AIDS.

Já as doenças crônicas do grupo não transmissíveis estão muitas vezes relacionadas ao estilo de vida de cada um. Assim, sedentarismo, alimentação em desequilíbrio, consumo de álcool, fumo e drogas têm sido responsáveis por um grande número de doenças crônicas. Outro fator importante é a predisposição genética, ou seja, o histórico familiar. Um exemplo clássico de doença crônica não transmissível é o diabetes mellitus. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) elas são responsáveis por 63% das mortes no mundo. No Brasil são responsáveis por 74% dos óbitos.

fenilcetonúria (incapacidade do organismo em metabolizar um tipo específico de aminoácido, a fenilalanina) é um exemplo de doença crônica congênita genética. Já a rubéola congênita não é uma doença genética e sim, adquirida.

• O QUE É A DEPRESSÃO?

A depressão é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o "Mal do Século". (SAUDE.GOV.BR).

No sentido patológico, há presença de tristeza, pessimismo, baixa autoestima, que aparecem com frequência e podem combinar-se entre si. A depressão provoca ainda ausência de prazer em coisas que antes faziam bem e grande oscilação de humor e pensamentos, que podem culminar em comportamentos e atos suicidas.

A depressão é considerada um transtorno de humor grave, sendo uma psicopatologia que merece um cuidado especial, é a alteração afetiva e comportamental mais estudada e divulgada na atualidade, é um transtorno mental complexo e multifatorial onde suas causas podem ser encontradas nas interações dos fatores orgânicos, psicológicos, ambientais e sociais.

Com isso, na tentativa de compreender melhor a doença, teorias postuladas creditam o quadro à diversos fatores. Atualmente, a teoria mais aceita relaciona o quadro depressivo à alteração de neurotransmissores de serotonina, dopamina e noradrenalina.

Na sociedade atual é tratada como uma patologia com características graves ou leves, ou até mesmo apresentar apenas sintomas componentes de outras patologias. Os sintomas que compõem esse quadro

afetam a vida do paciente de maneira significativa, na extensão do humor, cognição ou pensamentos, vida social e expressão corporal.

Esta problemática é um desafio para os profissionais da psicologia que diariamente recebem em seus consultórios um público em busca de tratamento para os sintomas.

A resistência, a falta de conhecimento e o preconceito a respeito da própria fragilidade emocional também são fatores de desafio na lida com essa doença. A avaliação e o manejo clínico qualificado oferece ao deprimido um lugar seguro e de amparo.

A depressão é uma patologia historicamente foco de estudos e questionamentos vários séculos antes de Cristo, sendo possível encontrar registros bíblicos e na filosofia, a medicina foi a primeira a conceituar tais comportamentos como atípico e não fenômenos sobrenaturais como sucedia até então. (TEODORO, 2009)

É um transtorno mental, sua causa é um conjunto de fatores orgânicos, psicológicos e sociais. Tanto na antiguidade quanto no mundo moderno a depressão atinge os sujeitos de bom poder aquisitivo, bem como os que se situam em ambiente menos privilegiado.

O termo depressão, na linguagem corrente, tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal (a tristeza), quanto um sintoma, uma síndrome e uma (ou várias) doenças. (PORTO,1999).

“Enquanto sintoma, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas. Enquanto síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (sono, apetite). Finalmente, enquanto doença, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, etc.” (PORTO,1999, p.6).

A depressão é a alteração afetiva mais estudada e divulgada na atualidade. Embora o ser humano tenha obtido inúmeras conquistas ao longo do tempo no campo científico ainda assim classificada como um transtorno de humor, ela controla as atitudes dos sujeitos modificando a percepção de si mesmos, passando a enxergar suas problemáticas como grandes catástrofes. (ESTEVES; GALVAN, 2006).
Embora o ser humano tenha obtido inúmeras conquistas ao longo do tempo no campo científico ainda assim o campo dos processos psíquicos é de difícil compreensão.

IMPACTO DA DEPRESSÃO NO PACIENTE

Mais de 300 milhões de pessoas ao redor do mundo são afetadas pela depressão e no Brasil cerca de 5,8% da população tem a doença. Conforme a OMS, a doença pode ser a mais comum no mundo até 2030, mais do que doenças cardíacas ou até mesmo o câncer, embora gere impacto significativo, pode melhorar se devidamente tratada. É um transtorno que acomete mais frequentemente mulheres do que homens, numa proporção estimada em 2 por 1 (duas vezes mais mulheres do que homens). Sem um tratamento adequado, a depressão apresenta um curso crônico e recorrente.

Estima-se que após o primeiro episódio o risco de recorrências seja de 50%; após o segundo episódio este risco se eleva para 70-80% e após três episódios depressivos, o risco de episódios seguintes é de 90%.

O número de faltas ao trabalho ao longo de um período de 30 dias, entre pacientes deprimidos, chega a ser duas vezes maior, acarretando perdas salariais significativas.

É também uma importante questão de saúde pública, pois está associada a altos índices de incapacitação, prejuízo no funcionamento global, elevados custos socioeconômicos, queda da qualidade de vida, maior risco de desenvolvimento de outras doenças de alta mortalidade (como por exemplo, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer), piores índices de saúde geral e elevado risco de suicídio.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é a primeira causa de incapacitação entre todas as doenças médicas. Ocupa a quarta posição entre todas as causas que contribuem para a carga global de doenças, de acordo com o “Global Burden of Diseases Project” da OMS, correspondendo a 4,4% dos anos de vida vividos com incapacitação. Para os indivíduos que estão na faixa etária compreendida entre 15 e 44 anos, a depressão é responsável por 8,6% dos anos vividos com incapacitação.

Os custos socioeconômicos com a depressão são elevados. Podem ser relacionados em custos diretos (p. ex.: custos com médicos, medicamentos), indiretos (p. ex.: custos decorrentes da incapacidade ocupacional, de morte prematura) e intangíveis (p. ex.: piora da qualidade de vida). Para se ter uma estimativa da gravidade, no Reino Unido, por exemplo, o custo total com a depressão supera os custos somados de diabetes e a hipertensão. Os custos diretos, especialmente com internações, são elevados.

A depressão está também associada à maior utilização dos serviços de saúde: entre os pacientes que mais utilizam serviços de saúde, a prevalência de depressão chega a 40%. Custos com consultas, exames laboratoriais e hospitalizações, por exemplo, chegam a ser desde duas até quatro vezes maiores entre os portadores de depressão. Cerca de 50% dos pacientes que buscam serviços primários de saúde por queixas físicas apresentam depressão e, entre estes, de 40% a 60% não têm o diagnóstico firmado por médicos não psiquiatras. Entre os custos indiretos, a perda de produtividade e as faltas ao trabalho podem corresponder a 60% dos custos totais com a depressão.

OS IMPACTOS DA DOENÇA PARA A EMPRESA

Produtividade, motivação, foco – as primeiras áreas impactadas quando o colaborador tem depressão. Ao ter a doença, o funcionário tem dificuldades para se concentrar em suas atividades e até mesmo socializar com seus colegas de trabalho. Como consequência, as faltas e os atrasos se tornam constantes e as entregas vão perdendo a qualidade.

Tudo isso se agrava quando a empresa não possui uma cultura humanizada, em que, pautas como ritmo de trabalho e estresse não são discutidas pelo RH ou pela gestão de pessoas. Em um levantamento com 267 empresas, feito pela Mercer, consultoria global de RH, menos de 20% investem em um programa de saúde mental para seus colaboradores.

Isso demonstra que o apoio das empresas é fundamental para o colaborador que desconhece muitas vezes sua situação ou é desencorajado a pedir ajuda devido ao tabu que acompanha a depressão. O investimento do cuidado ao colaborador beneficia ambas as partes: enquanto o empregado se beneficia por estar recebendo o auxílio necessário – enquanto a doença é mais facilmente contida – a companhia consegue reter seu funcionário e fortalecer a sua marca empregadora.

OS IMPACTOS EMOCIONAIS

Os impactos emocionais estão no cerne do diagnóstico de depressão. Não por menos, é fundamental que o paciente apresente sintomas como humor deprimido ou perda de interesse em atividades antes satisfatórias para consolidar o diagnóstico do transtorno depressivo maior. Esse segundo traço do quadro depressivo recebe o nome de anedonia. Ela pode ser caracterizada tanto pela perda de prazer em quase todas as atividades ou a dificuldade para reagir estímulos prazerosos.

IMPACTO FÍSICO

Vale considerar também que diferentes subtipos de depressão podem fazer com que as manifestações dos sintomas que provocam maior impacto emocional sejam diferentes. Nos chamados quadros de distímia, por exemplo, o paciente pode apresentar mau humor crônico e irritabilidade constante e não necessariamente o humor deprimido.

A ansiedade, por sua vez, costumam ser um sintoma associado a diversos quadros depressivos. Desse modo, o paciente pode apresentar sinais como tensão e inquietação motora, além de angústia associada aos sintomas depressivos. Outras alterações comuns associadas à ansiedade no quadro

De qualquer forma, quando se fala de prevenção ao suicídio, é importante desmitificar alguns pontos. O principal deles é aquele bastante comum que aponta que pessoas que vão pôr fim à própria vida não falam sobre isso e só querem chamar a atenção. Embora não seja fácil identificar, em parte dos casos quem concretiza uma tentativa de suicídio percorreu um longo processo e deixou vários sinais pelo caminho.

De qualquer forma, quando se fala de prevenção ao suicídio, é importante desmitificar alguns pontos. O principal deles é aquele bastante comum que aponta que pessoas que vão pôr fim à própria vida não falam sobre isso e só querem chamar a atenção. Embora não seja fácil identificar, em parte dos casos quem concretiza uma tentativa de suicídio percorreu um longo processo e deixou vários sinais pelo caminho.

Dentro das principais alterações físicas, os distúrbios no sono costumam ser um sintoma frequente, por exemplo. A insônia costuma ser o mais comum deles e muitas evidências indicam que a dificuldade para dormir pode ser um primeiro indicativo da evolução de um quadro depressivo.

Pacientes deprimidos também podem apresentar maior sensação de apatia e fadiga, fazendo com que eles se sintam incapazes de levar adiante tarefas que exijam esforço físico ou mental. A apatia pode também contribuir para uma perda de interesse em atividades prazerosas, para uma percepção de indiferença ou mesmo para uma maior dificuldade em tomar decisões.

Quando isso se acentua, o paciente pode experimentar um distanciamento emocional, onde os pacientes alegam não conseguir sentir nada, mesmo quando determinado evento ou experiência apresentam um importante valor emocional.

Outro sintoma de natureza complexa, mas muito relatado por quem sofre com a depressão são as disfunções sexuais.

Elas são caracterizadas pela diminuição da libido e do desejo sexual, redução da excitação sexual, menor frequência sexual e um indesejado período maior para alcançar o orgasmo.

Embora a prevalência desse sintoma seja alta em pacientes com depressão, ela pode ainda ser exacerbada pelo uso de determinados antidepressivos.

IMPACTOS COGNITIVOS

Além da dificuldade de tomar decisões e de se concentrar ou da presença de esquecimentos constantes, a depressão pode levar a uma série de outros impactos cognitivos. Eles dizem respeito à dificuldade de atenção, compreensão verbal ou não verbal, comprometimento da memória, na capacidade de resolver problemas e na velocidade de processamento dos pensamentos, fazendo com que até mesmo a função motora fique mais lenta.

Embora muitas vezes esses sintomas sejam ignorados, eles podem estar por trás de boa parte do comprometimento funcional gerado pela depressão. Dessa forma, ajudar o paciente a lidar com esses sintomas durante o tratamento pode ajudá-lo a obter uma evolução melhor em relação ao seu quadro, uma vez que essas dificuldades tendem a trazer impactos psicossociais significativos, além de uma série de déficits que podem permanecer mesmo após a remissão dos sintomas do quadro depressivo.

Ou seja, é importante considerar essas manifestações como parte da depressão e não uma lista de sinais secundários.

O maior risco de pacientes de doenças crônicas apresentarem depressão é bem conhecido.

Diabetes, doenças cardiovasculares, doenças hematológicas, doenças autoimunes e moléstias inflamatórias intestinais, por exemplo, co-ocorrem frequentemente com a depressão. A vulnerabilidade genética comum

a estas doenças pode explicar a elevada frequência com que ocorrem concomitantemente, em um mesmo indivíduo – ou seja, como comorbidades. Este é um tema que tem recebido particular atenção em pesquisas na área dos transtornos do humor.

E a comorbidade com a depressão agrava os índices de saúde de qualquer doença médica. Um estudo conduzido pela OMS que recrutou mais de 200.000 participantes com idades acima de 18 anos, em diferentes países do mundo, indicou que a depressão, isoladamente, produziu a maior redução nos índices de saúde, quando comparada àquela causada pelas doenças crônicas como angina, artrite, asma e diabete, isoladamente. Mais ainda, a comorbidade com a depressão piorou os índices de saúde de qualquer uma destas condições isoladas, aumentando seus riscos.

PARA (NÃO) FINALIZAR

A depressão é uma das doenças médicas mais frequentes, e acarreta importantes prejuízos pessoais, ocupacionais, econômicos e sociais, além de se relacionar à maior morbidade e mortalidade por outras doenças clínicas, se não tratada.

Portanto, sua identificação precoce e a instituição de um tratamento adequado, que leve à remissão dos sintomas, é fundamental.

A depressão é recorrente, a cada novo episódio a possibilidade de recorrências aumenta o que reforça a importância da eficácia dos tratamentos antidepressivos, e a adesão ao tratamento.

Depressão é uma doença como qualquer outra. Não é sinal de loucura, nem de preguiça, nem de fraqueza e nem de irresponsabilidade.

O tratamento é por longo prazo e há pessoas que precisam ser tratadas por toda a vida, para evitar recaídas.

A Depressão pode ocorrer em qualquer fase da vida: na infância, adolescência, maturidade e velhice. Os sintomas podem variar conforme o caso

Os familiares de pacientes com depressão devem manter-se informados sobre a doença, suas características, sintomas e riscos.

É importante que ofereçam um ponto de referência para certos padrões, como a alimentação equilibrada, a higiene pessoal e a necessidade de interagir com outras pessoas.

IDENTIFICAÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS

Além das alterações de humor ou irritabilidade, ansiedade e angústia, a depressão possui diversos sinais e sintomas, que podem ser isolados ou somatizados.

Os principais sintomas da depressão são:

- Irritabilidade, ansiedade e angústia;
- Desânimo, cansaço fácil, necessidade de maior esforço para fazer as coisas;
- Diminuição ou incapacidade de sentir alegria e prazer ;
- Desinteresse, falta de motivação e apatia;
- Sentimentos de medo, insegurança, desesperança, desespero e desamparo;
- Pessimismo, ideias frequentes e desproporcionais de culpa, baixa autoestima;
- Sensação, inutilidade, ruína e fracasso;
- Interpretação distorcida e negativa da realidade;
- Dificuldade de concentração, raciocínio mais lento e esquecimento;
- Diminuição do desempenho sexual;
- Perda ou aumento do apetite e do peso;
- Insônia ou despertar matinal precoce;
- Dores e outros sintomas físicos não justificados por problemas médicos;

Vale ressaltar que não é necessário apresentar todos esses sintomas, e eles podem flutuar ao longo do tempo.

É importante procurar ajuda de um profissional, pois, cada situação é avaliada de forma única, garantindo que cada paciente receba um diagnóstico adequado e um tratamento direcionado.

O diagnóstico da depressão é clínico e somente pode ser dado por um médico especialista, no caso o psiquiatra, que é responsável por tratar pessoas com transtornos psicológicos.

Durante uma consulta com um médico especialista, serão feitos alguns testes e questionários, que podem apontar para o distúrbio.

Nesse momento, o psiquiatra fará, também, outras observações, como histórico do paciente e familiares, e poderá pedir alguns exames laboratoriais específicos para se chegar ao diagnóstico. A depressão também pode estar associada a outros transtornos psiquiátricos e tem níveis de intensidade. Pode ser leve, moderada ou grave.

Cada caso é avaliado individualmente e cada paciente recebe um diagnóstico e é encaminhado para tratamento específico. Que varia de acordo com vários fatores, como a gravidade da doença, a causa, a resposta do paciente a medicamentos e a vontade de seguir com o tratamento. Por isso não existe um prazo fixo para o tratamento.

O PAPEL DA FAMÍLIA

A depressão pode afetar indivíduos de ambos os sexos, de qualquer idade, classe social, nível de instrução, nível cultural, religião e ideologia. (Silva et al., 2012)

Afetando não apenas a pessoa doente, mas todo o seu contexto relacional. Isso origina alterações na dinâmica pessoal, familiar e social. (Marques, 2009)

Com a publicação da Lei de Saúde Mental (Lei 36/98 de 24 de julho), verificou-se uma alteração no modelo assistencial de referência (PNSM e DSIA, 2013), priorizando a promoção dos cuidados de saúde mental a nível da comunidade.

Isso significa manter o doente em seu ambiente habitual garantindo que os cuidados sejam prestados no ambiente menos restrito possível, garantindo um tratamento tranquilo, logo o internamento é considerado o último recurso; portanto, é em um ambiente familiar e social que a pessoa vive sua depressão.

A família tem grande importância pois ela é o primeiro contato que o indivíduo tem com a sociedade, onde é apresentado as regras, os princípios e aspectos culturais, influenciando na formação e no crescimento do indivíduo.

A família tem um importante impacto na vida do indivíduo, uma vez que transmite crenças e valores e influencia sua forma de enxergar e construir as relações sociais e a si mesma. (DESSEN; POLONIA, 2007).

A relação entre o doente e o familiar cuidador é muitas vezes marcada por distanciamento e falta de confiança e comunicação, uma vez que o doente não reconhece a capacidade do familiar para ajudar. Ele ignora suas intervenções e conselhos, considerando que seu comportamento é autoritário e só agrava seu estado de saúde.

O doente sente-se perdido e sem saber o que fazer ou em quem confiar, relatando que muitas vezes só "atrapalham" em vez de ajudar. O relacionamento entre eles se torna complicado pois a pessoa doente pode isolar-se, para evitar diálogo assim, o silêncio se torna a maior barreira na relação entre família cuidadora e paciente.

O doente não entende a família e não sabe o que ele pensa sobre sua situação. Assume uma posição defensiva e fecha-se sobre si mesmo, impossibilita a sua capacidade de confiar na família que tenta encontrar formas de ajudar.

Algumas pessoas com depressão sentem que podem lidar sozinhas com o problema ou acreditam que na realidade não precisam de ajuda. (Clement et al., 2014)

O papel da família é cuidar, incentivar, estar presente, ser um suporte seguro e confiável. É no meio familiar que seus integrantes buscam apoio, compreensão e amor. A relação da família com a pessoa que tem depressão, por vezes, é tensa, mas quando os sintomas estão controlados, a convivência pode ser harmoniosa e menos estressante.

DESAFIOS DA FAMÍLIA

Quando a doença surge, é no meio familiar que as alterações comportamentais do indivíduo com depressão começam a ficar mais intensas, pelo abandono das tarefas e papéis que tinha a seu cargo, pela inércia nas atitudes e principalmente pela marcada transformação das relações que acontecem no ambiente intrafamiliar (Silva, Hoga & Stefanelli, 2004; Marshall & Harper-Jaques, 2008). De toda essa problemática emerge o papel do cuidador familiar buscando responder às necessidades da pessoa com depressão. No entanto, segundo Feitosa, Bohry & Machado (2011), a maior parte dos familiares não têm conhecimento suficiente para fornecer a assistência necessária ao doente, causando sofrimento em ambas as partes. Considerando o caráter insidioso da depressão (Alonso-Fernandez, 2010), coadjuvar no processo dos cuidados implica que o familiar se torne cuidador através de um processo adotado ao longo da vida – muitas vezes de forma inconsciente e progressiva – resultante na maioria das vezes da adaptação à situação familiar (Parker et al., 2012).

Além disso, é preciso considerar que a convivência da família com o paciente com transtorno mental nem sempre é boa; ela pode ser cheia de conflitos, uma vez que é nesse espaço que as emoções são mais facilmente expressas. Assim, a família precisa reorganizar e repensar suas estratégias e dinâmicas como grupo de convivência.

Exige dos sujeitos o respeito à individualidade, pois, apesar das pessoas morarem na mesma casa, há uma diversidade de formas de ser e estar no mundo; elas pensam, interpretam os fatos e se comportam de maneiras diferentes.

Para Borba et al. (2011), viver com uma pessoa com depressão representa um verdadeiro desafio que envolve sentimentos inerentes à vivência de um acontecimento inesperado, bem como o confronto com os próprios preconceitos relacionados à doença e suas exigências. A depressão pode causar um egocentrismo na pessoa, dificultando a convivência dela com os demais da família, pois ela não considera os demais, não porque ela queira mas por estar doente. (Alonso-Fernandez, 2010).

Assim sendo, a forma como ela vê o cuidador familiar é profundamente influenciada por esse pensamento, impossibilitando a compreensão do comportamento do familiar e resultando na consequente rejeição das suas atitudes cuidativas. Deste modo, uma vez que a depressão é na maioria dos casos vivida em contexto domiciliário, tal circunstância pode constituir uma sobrecarga que compromete a estabilidade da vida familiar e pode significar um fator desfavorável à recuperação do doente.

Quando há uma pessoa com depressão na família, tudo muda tanto o papel na casa quanto os familiares, quando se assume o papel de cuidadores na família. As estratégias de cuidado desenvolvem-se de modo reativo, conforme o comportamento do doente, adotando mudanças particulares que nem sempre são adequadas para a situação de saúde vivida.

A família não faz parte da relação entre o doente e a doença, sendo uma relação intimista. O doente não se sente cuidado nem reconhece o familiar como um parceiro ativo no seu processo de recuperação.

A família, por outro lado, deve se considerar indispensável para o tratamento do paciente para a efetividade da assistência psiquiátrica, sendo entendida como um grupo com grande potencial de acolhimento e ressocialização de seus integrantes.

A capacidade da família de ajustar-se a novas situações, como a convivência com um membro que possui uma doença crônica, depende das relações que eles possuem e dos laços de solidariedade, que dá possibilidade de solicitar apoio de outras pessoas e instituições.

Uma pesquisa exploratória foi realizada entre setembro e novembro de 2008 com seis famílias com portadores de algum transtorno mental em uma associação de pacientes e familiares em Curitiba. Os objetivos foram conhecer o papel da família em relação ao portador de transtorno mental e identificar a percepção da família sobre saúde mental, transtorno mental, sobre o portador do transtorno mental e sobre o tratamento em saúde mental.

Os participantes declararam que a família é o suporte com o qual podem contar independentemente das dificuldades que enfrentam. É no núcleo familiar que as relações mais verdadeiras são estabelecidas e as soluções para os problemas podem ser elaboradas. Eles reconhecem a família ideal como aquela capaz de viver em harmonia. Constata-se um conceito ampliado de família que vai além dos laços consanguíneos ou da família nuclear; envolve também as relações que fazem parte da dinâmica familiar.

Consideraram que a família, ao vivenciar uma doença, passa por um processo de crise que pode ocasionar desentendimentos e tornar a convivência tensa. Os participantes relataram que diante do diagnóstico de depressão se sentem, na maioria das vezes, impotentes, fragilizados e culpados; podem até negar a existência do transtorno. Mostram-se frustrados em relação às suas expectativas quanto ao desenvolvimento do ente querido que adoeceu e afirmam que não sabem como ajudar; ao passo que se o problema fosse físico, acreditam saber lidar melhor com a situação.

Neste estudo ficou claro a necessidade dos familiares de falarem, compartilharem suas vivências e terem alguém para ouvir as angústias e as vitórias conquistadas no tratamento, no relacionamento com o familiar adoecido e nas descobertas de estratégias de enfrentamento.

Ressalta-se o número reduzido de 6 famílias participantes dentre as 56 convidadas como uma limitação do estudo e aponta para a necessidade de os profissionais da área da saúde mental desenvolver mais trabalhos que abordem essa temática e incluam essa clientela. Esses dados reforçam a necessidade na inclusão dos familiares nos projetos terapêuticos, com o objetivo de uma qualidade de vida e um tratamento melhor, permitindo o compartilhamento do andamento do paciente e o conhecimento necessário sobre saúde mental para essa família.

TRATAMENTO

O tratamento da depressão pode envolver uma abordagem multidisciplinar, adaptada às necessidades individuais do paciente. Os métodos de tratamento mais comuns incluem:

- Uso de medicamentos antidepressivos, prescritos por um médico;
- Estratégias de autocuidado, como a prática regular de exercícios, alimentação saudável e gerenciamento do estresse;

O moderno tratamento da depressão apresenta uma gama de opções que permitirá uma flexibilidade ao psiquiatra clínico, no sentido de adequar para cada paciente a melhor abordagem terapêutica.

Embora a depressão possa ser uma condição debilitante, é tratável. Com o apoio adequado, que pode incluir terapia, medicamentos, mudanças no estilo de vida e apoio social, muitas pessoas podem aprender a gerenciar seus sintomas e levar uma vida plena e gratificante.

O primeiro passo é procurar ajuda de um profissional de saúde mental qualificado para obter um diagnóstico preciso e um plano de tratamento adequado.

O SUS desempenha importante papel no tratamento de depressão, oferecendo atendimento na Atenção Básica e nos CAPS com assistência multiprofissional.

ESTÁGIO DE APOIO PARA O PACIENTE

Uma rede de apoio é de extrema importância para todos os pacientes em tratamento, pois, além dos especialistas da área, ela é que vai estar com o indivíduo a maior parte do tempo e conseguirá observar mudanças, além de ajudar na retomada das atividades.

A rede de apoio deve servir de suporte ao paciente e ser composta por pessoas que possam orientar e ajudar o indivíduo a manter o tratamento e enfrentar as crises. Durante uma crise, o ideal é a rede avisar aos especialistas que acompanham o paciente e ficar atenta a algum comportamento que esteja muito fora do padrão. O melhor caminho para ajudar é sugerir passeios, convidar para dar uma volta na praia, fazer algum trabalho manual e até mesmo atividades físicas, sempre, respeitando as limitações que a pessoa apresentará no momento.

Algumas formas de demonstrar apoio a pessoa diagnóstica é:

1- ESTEJA PRESENTE:

Será difícil, mas se faça presente, mostre que você está lá para apoiar, mesmo que seja apenas para ficar ao lado da pessoa.

Ouvir o que a pessoa tem a dizer é uma das melhores formas de ajudá-la. Olhe nos olhos, preste atenção e leve em consideração o que ela está dizendo. Não desmereça a sua condição, exerça a empatia e ofereça o seu suporte e acolhimento, sem julgamentos.

2- REFORCE O FATO DE QUE A DEPRESSÃO É UMA DOENÇA QUE TEM TRATAMENTO:

A depressão é um transtorno complexo e que não pode ser superada sem ajuda médica especializada, é uma doença tratável. No início do tratamento, há um período de adaptação e pode ser difícil enxergar um horizonte. Mas é importante lembrar à pessoa deprimida de que, na grande maioria dos casos, o tratamento funciona. É muito importante que você leve a ajuda até a pessoa, em vez de esperar que ela a procure por si própria.

3-NÃO IGNORE COMENTÁRIOS SUICIDAS:

Existe uma ideia muito difundida que diz que – ‘quem vai se matar não avisa ou tenta, apenas se mata’. Isso é completamente falso. De acordo com pesquisas realizada pela PUC, Metade das pessoas que tentam se suicidar realmente conseguem. Além disso, 35% das tentativas malsucedidas são realizadas novamente dentro de um ano.

Portanto, nunca ignore um comentário sobre suicídio. Nesse caso, o que você pode fazer é conversar com a pessoa sobre isso e estimulá-la a procurar ajuda profissional, quanto antes. É importante avisar o terapeuta ou o psiquiatra responsável pelo tratamento.

**4- INCENTIVE A BUSCA POR AJUDA
PROFISSIONAL:**

A pessoa precisa entender a importância de consultar um profissional de saúde mental.

5- NÃO JULGUE:

Evite fazer julgamentos ou dizer coisas como 'só melhore' ou 'você está exagerando'. Quando a pessoa quiser falar sobre seus sentimentos, esteja disposto a ouvir sem interromper ou julgar.

6- OUÇA:

Tente compreender o que a pessoa está passando e demonstre que você se importa com ela. Aja com delicadeza e peça que a pessoa compartilhe pensamentos, sentimentos. Pergunte como você pode ajudar. E quando não tiver o que dizer, apenas ouça.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a população de pessoas com diagnóstico de depressão, condição de certo modo comum nos dias atuais, é também cercada de preconceito, falta de entendimento e condução monopolizada de tratamento. O crescimento progressivo de casos, pode-se cogitar que não há uma resolução efetiva até o presente momento, visto que hoje a depressão é considerada quase uma pandemia, dado ao seu índice mundial. Mais da metade da população faz uso de medicamentos, tanto para depressão quanto para outras doenças associadas ou decorrentes. No predomínio da concepção médica e estímulo ao uso de medicamentos como recurso conhecido para o alívio de sintomas, parece existir uma aceitação generalizada que aprova o tratamento medicamentoso, conhecido para a resolução de problemas, como a depressão.

As rápidas mudanças sociais e, principalmente familiares, que estão ocorrendo atualmente parecem ter alguma relação com a prevalência da depressão na população. A depressão é um diagnóstico delicado e é sabido que a família funciona como uma rede de apoio para os eventos estressores, pelos quais os pacientes com a doença enfrentam no cotidiano. A conscientização sobre os sintomas e a importância do cuidado psicológico são passos cruciais para evitar estigmatizar essa condição. Ao promover um ambiente mais empático e diálogo aberto, podemos ajudar aqueles que sofrem a buscar ajuda necessária e encontrar caminho para a recuperação. É possível construir uma sociedade mais solidária e informada, onde todos se sintam seguros para compartilhar suas lutas e buscar apoio.

REFERÊNCIA

ARAÚJO, ALVARO CABRAL; NETO, FRANCISCO LOTUFO. A NOVA CLASSIFICAÇÃO AMERICANA PARA OS TRANSTORNOS MENTAIS - O DSM-5. REV. BRAS. TER. COMPORT.

COGN. VOL.16 NO.1 SÃO PAULO ABR. 2014. DISPONÍVEL EM:

[HTTP://PEPSIC.BVSALUD.ORG/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1517-55452014000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007). ACESSO EM 05 OUT.21.

ACESSO DISPONÍVEL EM: BARROS, BRUNO GUSTAVO LINS DE. PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA COM METANÁLISE / BRUNO GUSTAVO LINS DE BARROS.- MACEIÓ, 2018. DISPONÍVEL EM:

[HTTPS://RI.CESMAC.EDU.BR/HANDLE/TEDE/808](https://ri.cesmac.edu.br/handle/tede/808).

ACESSO EM 05 OUT.21.

ACESSO DISPONÍVEL EM: CAMPOS, ÉRICO BRUNO VIANA. UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA SOBRE AS DEPRESSÕES NA ATUALIDADE. EST. INTER. PSICOL. [ONLINE]. 2016, VOL.7, N.2, PP. 22-44.

ISSN 2236-6407. DISPONÍVEL EM:

[HTTP://PEPSIC.BVSALUD.ORG/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S2236-64072016000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072016000200003). ACESSO EM 05 OUT.21.

ACESSO DISPONÍVEL EM: ESTEVES, FERNANDA CAVALCANTE; GALVAN, ALDA LUIZA. DEPRESSÃO NUMA CONTEXTUALIZAÇÃO CONTEMPORÂNEA. ALETHEIA, N.24, P.127-135, JUL./DEZ. 2006.

DISPONÍVEL

EM:

[HTTP://PEPSIC.BVSALUD.ORG/PDF/ALETHEIA/N24/N24A12.PDF](http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ALETHEIA/N24/N24A12.pdf). ACESSO EM: 05 OUT. 2021.

COURSE OF DEPRESSION, HEALTH SERVICES COSTS, AND WORK PRODUCTIVITY IN AN INTERNATIONAL PRIMARY CARE STUDY. GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY 2002; 24: 328-35.SOCIAL AND ECONOMICAL BURDEN OF MOOD DISORDERS. BIOLOGICAL PSYCHIATRY 2003; 54: 208-15.REDUCING THE SOCIETAL BURDEN OF DEPRESSION: A REVIEW OF ECONOMIC COSTS, QUALITY OF CARE AND EFFECTS OF TREATMENT. PHARMACOECONOMICS 2007; 25: 7-24.

BORBA, LETÍCIA DE OLIVEIRA ET AL. A FAMÍLIA E O PORTADOR DE TRANSTORNO MENTAL: DINÂMICA E SUA RELAÇÃO FAMILIAR. REVISTA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP [ONLINE]. 2011, V. 45, N. 2 [ACESSADO 19 OUTUBRO 2024], PP. 442-449. DISPONÍVEL EM: <<HTTPS://DOI.ORG/10.1590/S0080-62342011000200020>>. EPUB 26 MAIO 2011. ISSN 1980-220X. <HTTPS://DOI.ORG/10.1590/S0080-62342011000200020>.

MARQUES, MARIA DE FÁTIMA; LOPES, MANUEL JOSÉ. O CUIDADOR FAMILIAR NO OLHAR DA PESSOA COM DEPRESSÃO. REVISTA PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL, PORTO, N. SPE2, P. 51-56, FEV.2015. DISPONÍVEL EM <HTTP://SCIELO.PT/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1647-21602015000100009&LNG=PT&NRM=ISO>. ACESSOS EM 20 OUT.2024.

ACESSO DISPONÍVEL EM: <HTTPS://WWW.GOV.BR/SAUDE/PT-BR TJDFT> • PRAÇA MUNICIPAL • LOTE 1 • CEP 70094-900 • BRASÍLIA/DF • TELEFONE 159 • CNPJ 00531954/0001-20

ACESSO DISPONÍVEL EM: HTTPS://WWW.EINSTEIN.BR/DOENCAS-SINTOMAS/DEPRESSAO?UTM_SOURCE=GOOGLE&UTM_MEDIUM=CPC&UTM_CAMPAIGN=G.SEARCH-SEM-ECONOMIA-SAUDE-DEPRESSAO-VISITAS-BR&UTM_ID=0021_020&UTM_CONTENT=ECONOMIA-SAUDE-DEPRESSAO&UTM_TERM=TEXTO1&UTM_MEDIUM=CPC&UTM_SOURCE=GOOGLE&UTM_TERM=COMO%2520TRATAR%2520A%2520DEPRESSÃO&UTM_CAMPAIGN=G.SEARCH-SEM-ECONOMIA-SAUDE-DEPRESSAO-VISITAS-BR&HSA_ACC=3052981847&HSA_CAM=20224875990&HSA_GRP=152670647271&HSA_AD=701382982043&HSA_SRC=G&HSA_TGT=KWD-3436134647&HSA_KW=COMO%2520TRATAR%2520A%2520DEPRESSÃO&HSA_MT=P&HSA_NET=ADWORDS&HSA_VER=3&GAD_SOURCE=1&GBRAID=0AAAAA CORNHIDHFHCC670KXG2ARWQDVLBE&GLID=CJWKCAJW1NK4BHAWEIWAVU HPUKWXWTBYWPPTFB-QMPYPLW1PYZEE_TZ42QOKN3KSON9GL8KE8ZFBROCRJUQAVD_BWE

FRANÇA, ENMILLY OLIVEIRA ET AL. FATORES DE RISCO PARA DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. REVISTA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA, V. 26, N. 1, 2022.

SANTO, PATRÍCIA FERREIRA ET AL. AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE DEPRESSÃO EM INDIVÍDUOS COM FERIDAS CRÔNICAS. REVISTA BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA, V. 28, P. 665-671, 2023.

SANTOS, MARIA LUIZA CUNHA ET AL. SINTOMAS DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUA ASSOCIAÇÃO COM AS CARACTERÍSTICAS SOCIECONÔMICAS E DE APOIO SOCIAL. ESCOLA ANNA NERY, V. 26, 2022.

CONTEÚDO PRODUZIDO A PARTIR DE ENTREVISTA COM O DR. LUIZ SCOCCA, MEMBRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA (ABP) E DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA) EM SETEMBRO/2018 DEPRESSÃO. DR. LUIZ CARLOS SCOCCA, PSIQUIATRIA -PSICOTERAPIA. [ACESSO EM 29/08/2023].

12 MANEIRAS DE AJUDAR UM AMIGO COM DEPRESSÃO. VITUDE. [ACESSO EM 29/08/2023].

ORIENTAÇÕES PARA FALAR COM QUEM ESTÁ PASSANDO POR UMA CRISE DE DEPRESSÃO. UOL – DRAUZIO. [ACESSO EM 29/08/2023].

ALMEIDA, S. P.; SOARES, S. M. APRENDIZAGEM EM GRUPO OPERATIVO DE DIABETES: UMA ABORDAGEM ETNOGRÁFICA. CIÊNC. SAÚDE COLETIVA, [S.1.], SÃO PAULO, V. 15, P. 1123-1132, 2010. (SUPLEMENTO 1).

BARRETO-FILHO, J. A. S; KRIEGER, J. E. GENÉTICA E HIPERTENSÃO ARTERIAL: CONHECIMENTO APLICADO À PRÁTICA CLÍNICA. REV. SOC. BRAS. CARD. ESTADO DE SÃO PAULO, SÃO PAULO, V. 13, N. 1, P. 46-55, 2003.

BODENHEIMER, T.; WAGNER, E. H.; GRUMBACH, K. IMPROVING PRIMARY CARE FOR PATIENTS WITH CHRONIC ILLNESS. JAMA, CHICAGO, V. 288, P. 1775-1779, 2002.

BRASIL. DECRETO Nº 7.508, DE 28 DE JUNHO DE 2011. REGULAMENTA A LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. DISPÕE SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), O PLANEJAMENTO DA SAÚDE, A ASSISTÊNCIA À SAÚDE E A ARTICULAÇÃO INTERFEDERATIVA, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, PODER EXECUTIVO, BRASÍLIA, DF, 29 JUN. 2011A, SEÇÃO 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 1.559, DE 1º DE AGOSTO DE 2008. INSTITUI A POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS). DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, PODER EXECUTIVO, BRASÍLIA, DF, 2 AGO. 2008, SEÇÃO 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. APROVA A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA, ESTABELECENDO A REVISÃO DE DIRETRIZES E NORMAS PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, PARA A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) E O PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS). DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, PODER EXECUTIVO, BRASÍLIA, DF, 22 OUT. 2011B, SEÇÃO 1.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.528, DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. APROVA A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA. DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, PODER EXECUTIVO, BRASÍLIA, DF, 20 OUT. 2006, SEÇÃO 1.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FOURTH EDITION. WASHINGTON, DC [MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS - 1995]. TRAD. DAYSE BATISTA. PORTO ALEGRE: ARTES MÉDICAS.

ANDOLFI, M.; ANGELO, C.; MENGHI, P. E NICOLO-CORIGLIANO, A. N. (1984). POR TRÁS DA MÁSCARA FAMILIAR. PORTO ALEGRE: ARTES MÉDICAS.

ARO, H. (1994). RISK AND PROTECTIVE FACTORS IN DEPRESSION: A DEVELOPMENTAL PERSPECTIVE. ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA, 89: 59 - 64.

BANDURA, A (1978). THE SELF SYSTEM IN RECIPROCAL DETERMINISM. AMERICAN PSYCHOLOGIST, APRIL: 344 - 358.

BAPTISTA, M. N. (1997). DEPRESSÃO E SUPORTE FAMILIAR: PERSPECTIVAS DE ADOLESCENTES E SUAS MÃES. CAMPINAS: INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA PUCCAMP (DISSERTAÇÃO MESTRADO).

AMA - AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. (1995). GUIDES TO THE EVALUATION OF PERMANENT IMPAIRMENT. (4ª ED.). ARLINGTON/VA: AMA.

ANTUNES, R. (2002). OS SENTIDOS DO TRABALHO: ENSAIO SOBRE A AFIRMAÇÃO E A NEGAÇÃO DO TRABALHO SÃO PAULO, SP: BOITEMPO.

APA - ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. (2002). MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS (4ª ED.). PORTO ALEGRE: ARTMED.

BENDASSOLLI, P. (2009). PSICOLOGIA E TRABALHO: APROPRIAÇÕES E SIGNIFICADOS SÃO PAULO: CENGAGE LEARNING.