

CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

IARINDA FRANCA DE ALMEIDA

**DEPRESSÃO E FAMÍLIA: O IMPACTO NO CONTEXTO FAMILIAR**

Juazeiro do Norte-CE  
2018

IARINDA FRANCA DE ALMEIDA

**DEPRESSÃO E FAMÍLIA: O IMPACTO NO CONTEXTO FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso – *Artigo Científico*, apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Psicologia do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, em cumprimento às exigências para a obtenção do grau de Bacharel.

**Orientador:** Prof. Me. Joaquim Iarley Brito Roque

IARINDA FRANCA DE ALMEIDA

**DEPRESSÃO E FAMÍLIA: O IMPACTO NO CONTEXTO FAMILIAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Psicologia do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, como requisito para obtenção de grau de Bacharelado em Psicologia.

Aprovado em: 10/12/2018

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Me. Joaquim Iarley Brito Roque  
Orientador

---

Prof. Esp. Marcos Teles do Nascimento  
Avaliador

---

Prof<sup>a</sup> Esp. Indira Feitosa Siebra de Holanda  
Avaliadora

## DEPRESSÃO E FAMÍLIA: o impacto no contexto familiar

Iarinda Franca de Almeida<sup>1</sup>  
Joaquim Iarley Brito Roque<sup>2</sup>

### RESUMO

O presente artigo teve como objetivo principal compreender de que forma o contexto familiar é afetado pela presença do transtorno depressivo em um de seus membros. Após o movimento da Reforma Psiquiátrica, a família passa a ser incluída no tratamento do familiar portador de transtorno mental e permanece em contato diário com os sintomas manifestados pelo sujeito portador do transtorno. A partir dessa mudança de paradigma, no manejo do cuidado da saúde mental, começaram a ser desenvolvidas pesquisas a respeito dos impactos que esse convívio pode acarretar no contexto familiar. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada a partir do levantamento de literaturas sobre a Depressão e o contexto familiar nas plataformas digitais do Google Acadêmico e *Scielo*, disponíveis em língua portuguesa e publicados nos últimos dez anos (2008 e 2018). A partir das informações coletadas verificou-se que, a família é afetada desde a manifestação dos primeiros sintomas, mas que o contato diário e a realização de atividades voltadas para o tratamento e cuidado do portador do transtorno podem agravar os sentimentos negativos, gerando a sobrecarga no contexto familiar, e principalmente no membro responsável por exercer a função do cuidado. Com isso faz-se necessário avaliar o nível de sobrecarga e conhecer de que forma o psicólogo pode atuar diante dessa situação.

**Palavras-chave:** Depressão. Família. Adoecimento. Sobrecarga.

### ABSTRACT

The main purpose of this article was to understand how the family context is affected by the presence of depressive disorder in one of its members. After the Psychiatric Reform movement, the family becomes included in the treatment of the family member with mental disorder and remains in daily contact with the symptoms manifested by the person with the disorder. From this paradigm shift in the management of mental health care, research began to be developed on the impacts that this conviviality can have on the family context. This is an exploratory bibliographical research based on the literature on the Depression and the family context in the digital platforms of Google Academic and *Scielo*, available in Portuguese and published in the last ten years (2008 and 2008). Based on the information collected, it was verified that the family is affected from the manifestation of the first symptoms, but that the daily contact and the accomplishment of activities aimed at the treatment and care of the patient of the disorder can aggravate the negative feelings, generating the overload in the family context, and especially in the member responsible for exercising the care function. With this, it is necessary to evaluate the level of overload and to know how the psychologist can act in this situation.

**Keywords:** Depression. Family. Sickness. Overload.

## 1 INTRODUÇÃO

Segundo o relatório global da OMS “Depressão e outros distúrbios mentais comuns: estimativas globais de saúde”, divulgado em 2017, os casos de depressão aumentaram 18% entre os anos de 2005 e 2015. Estima-se que no Brasil sejam mais de 11,5 milhões de pessoas

---

<sup>1</sup>Discente do curso de psicologia da UNILEÃO. E-mail: iarindafranca11@hotmail.com

<sup>2</sup>Docente do curso de psicologia da UNILEÃO. E-mail: joaquimiarley@leaosampaio.edu.br

afetadas (CARVALHO, 2017). Atualmente a depressão é considerada o transtorno mental de maior prevalência. Segundo o DSM-V (2014) esse é um transtorno que possui caráter crônico, recorrente e afeta o funcionamento físico e emocional do sujeito (FLECK et al, 2010).

O diagnóstico de uma doença, seja ela física ou mental, afeta não somente o paciente, mas todas as pessoas que o cercam, como amigos e família (BORBA et al, 2011). Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo geral investigar os possíveis impactos causado no contexto familiar após a manifestação da depressão em um de seus membros. Objetivou-se também apresentar os transtornos depressivos, analisar o papel da família junto ao cuidado e a atuação do psicólogo frente aos impactos gerados pelo transtorno.

A escolha do tema se deu diante da necessidade de voltar o olhar para o impacto do transtorno depressivo no contexto familiar, que de forma direta ou indiretamente pode ser afetado pela doença. A relevância desta pesquisa consiste em ampliar os conhecimentos acadêmicos acerca do tema, para que a família do sujeito depressivo receba maior atenção dos profissionais da saúde, em especial da psicologia, tendo em vista que o adoecimento de um dos membros familiar acaba afetando todos os outros, gerando sobrecarga física, emocional e financeira.

O presente estudo consiste em uma pesquisa bibliográfica, realizada a partir do levantamento de literaturas sobre a Depressão e o contexto familiar. Segundo Gil (2010), a pesquisa bibliográfica é realizada através de materiais já produzidos, que inclui artigos disponíveis na internet, teses, dissertações, livros, entre outros. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos publicados nos últimos dez anos (2008-2018), disponíveis em língua portuguesa no Google Acadêmico e *Scielo*. Os descritores utilizados foram: Depressão; Transtorno depressivo e impacto; Sofrimento psíquico e sobrecarga familiar.

## **2 DEPRESSÃO**

O aumento significativo de casos de depressão nos últimos anos tem tornado esse um assunto de saúde pública, já que além de incapacitante trata-se de um transtorno que pode levar o indivíduo a morte em decorrência do suicídio. Segundo a OMS, são mais de 300 milhões de pessoas afetadas em todo mundo. Entre os seus sintomas o mais conhecido recorrente é o humor deprimido (BARLOW, 2015).

Segundo o DSM-V (2014), os transtornos depressivos são caracterizados pela presença de alterações no campo afetivo e cognitivo, que afetam o funcionamento do sujeito. Neste grupo estão incluídos: o transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (disti-

mia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno disruptivo de desregulação de humor, transtorno depressivo devido à outra condição médica, transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. Sendo que a diferença entre eles consiste na duração, causa e intensidade dos sintomas. A origem do transtorno depressivo pode envolver fatores biológicos, psicológicos e socioculturais.

Na CID-10 (1993) a depressão é classificada enquanto transtornos de humor e está dividida em cinco categorias, podendo atingir três níveis de gravidade: leve, grave e moderada. No entanto, apesar da existência de algumas diferenças entre o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e a Classificação Internacional das Doenças, os critérios diagnósticos utilizados por ambos são os similares.

O transtorno depressivo maior, conhecido popularmente como depressão, é considerado o mais grave e o clássico dentro dos transtornos depressivos. Pode ter sua etiologia em fatores biológicos, genéticos e psicossociais (SADOCK, 2017). Dentre os critérios diagnósticos que o caracterizam no DSM-V (2014) está o humor deprimido, desânimo, falta de prazer, alterações no sono, na psicomotricidade, no apetite, e em alguns casos, no surgimento da ideia suicida. Sendo que esses sintomas devem estar presentes durante o período de mais de duas semanas.

Apesar de acometer ambos os sexos, a depressão tem maior prevalência nas mulheres do que nos homens, algumas variáveis podem explicar esse dado, como: mudanças hormonais causadas pela menarca, puerpério e menopausa, além do lugar ocupado pela mulher na sociedade que as expõe a fatores estressores, como os causados pela violência doméstica e sexual (CAMARGO et al, 2016).

Para tratar os sintomas é indicado o uso de fármacos antidepressivos e o acompanhamento psicológico do sujeito com transtorno depressivo. Existem também alguns tratamentos paliativos, como a musicoterapia e realização de atividades físicas(BOHRY; MACHADO; FEITOSA, 2011).

A depressão acarreta prejuízos em diversas áreas da vida do sujeito, interferindo na sua qualidade de vida e no seu funcionamento. Pode também desestabilizar todo o contexto familiar e afetar os relacionamentos interpessoais com amigos e família (LIMA; FLECK 2009). Mas antes de falar sobre os impactos da depressão na família é importante que se faça uma apresentação da instituição familiar.

A família possui papel fundamental no cotidiano da sociedade, é considerada berço da socialização, sendo o local onde ocorre a primeira relação entre indivíduo e comunidade. É o

lugar indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção integral dos membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como se estrutura, é a família que propicia os aportes afetivos e, sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes (BRASIL, 2013).

De acordo com Santos (2014), além de fornecer cuidado e afeto, a instituição familiar também é responsável por transmitir os valores, crenças e costumes, o que contribuem para a constituição dos sujeitos e da sociedade no geral.

O contato diário com a pessoa em sofrimento mental é desgastante, e pode gerar nos membros familiares sentimentos de impotência frente à doença, além de sobrecargas psíquicas, físicas e emocionais, principalmente nos casos de doenças recorrentes (NASCIMENTO et al 2016). Como nos casos da depressão onde cerca de 80% dos pacientes apresentam outro quadro depressivo ao longo da vida, e 12% não tem remissão total dos sintomas (LIMA; FLECK, 2009).

Logo, a família pode sim vir a ser uma ferramenta importante no cuidado do sujeito em sofrimento psíquico, desde que receba o suporte que necessita para enfrentar as dificuldades impostas pela doença, para que possa acolher, apoiar, cuidar e participar do tratamento, sem adoecer psiquicamente ou se tornar um fator de risco e agravamento dos sintomas.

### **3 A FAMÍLIA NO CUIDADO DA SAÚDE MENTAL**

Estudos indicam que cerca de 25% da população mundial irá desenvolver ao longo da vida algum tipo de transtorno mental (VICENTE et al, 2013), sendo os transtornos depressivos os mais recorrentes (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008). A descoberta de uma doença é sempre um momento delicado para a família, e com o transtorno mental não é diferente. Borba et al (2011) afirma que a presença do transtorno mental provoca impactos em diversas áreas da vida do sujeito e das pessoas próximas a ele, como amigos e família.

Ao longo dos anos o lugar da família no cuidado da saúde mental passou por algumas transformações. Nas sociedades pré-capitalistas, pacientes acometidos por transtornos mentais eram de responsabilidade da família. Já no século XX, o modelo asilar ganha força com o movimento sanitário de higiene mental e com o surgimento da teoria freudiana que afirma ser a família uma das responsáveis pelo adoecimento psíquico de um de seus membros. Com isso, na tentativa de proteger a família das possíveis consequências do convívio com a doença, o sujeito passa a ser excluído e isolado em hospitais psiquiátricos para receber o tratamento necessário (SANTINI; KLAFKE, 2011).

Após a Segunda Guerra Mundial, o modelo asilar passou a receber severas críticas, principalmente pela sua semelhança com os campos de concentração mantido pelos nazistas durante a guerra. É nesse período que surge na Europa o movimento da Luta Antimanicomial, que critica o modelo asilar e visa modificar a forma de cuidado vigente, defendendo a desinstitucionalização do sujeito com transtorno mental e a sua reinserção no contexto social e familiar. Esse movimento de mudança de paradigma influenciou diretamente o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (JASNIEVSKI et al, 2011).

No Brasil esse movimento político, ideológico e social ganha força em 1970, devido à superlotação dos manicômios, as constantes denúncias de maus tratos, o alto custo financeiro em decorrência da estadia prolongada dos pacientes e o alto índice de mortalidade. Com a Reforma, a família que até então era tida como responsável pelo adoecimento desse sujeito, passa a ser convocada para assumir seu papel no processo terapêutico como peça fundamental (BESSA; WAIDMAN, 2013).

Com a mudança no modelo de assistência médica ao doente, promovido pelo movimento da reforma, o tratamento passa a ser em rede, contando com a participação da família e dos profissionais de saúde, utilizando serviços substitutivos, visando a desinstitucionalização com a utilização de estratégias alternativas e humanizadas dentro do território do paciente, com ênfase na reinserção social (LIMA; NOGUEIRA, 2013).

Um dos serviços substitutivos criados a partir da reforma psiquiátrica foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que fornecem cuidado diário aos sujeitos que apresentam sofrimento psíquico severo e persistente (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012). Nos CAPS's são desenvolvidas atividades terapêuticas como: oficinas, grupos, atendimento individual psicoterápico, artesanato, entre outras. Dessa forma o paciente recebe seu tratamento sem precisar ser retirado do seu território ou internado em uma instituição psiquiátrica (salvo casos de crise em que o sujeito apresente risco para si ou para os demais) (BRASIL, 2013).

A partir da desinstitucionalização os pacientes psiquiátricos passam a receber atendimento ambulatorial e voltam para o convívio familiar. Nesse momento a família passa a desempenhar papéis que antes eram realizados pelas instituições psiquiátricas. Administram a medicação, convivem com os sintomas, acompanham tratamento, lidam com os comportamentos problemáticos, arcam com as despesas médicas (NASCIMENTO et al, 2016).

De acordo com Navarini e Hirdes (2017 p. 681), além de ser a instituição responsável por fornecer afeto e subsistência, a família deve ser “compreendida como aliada da equipe de saúde, atuando como um recurso na promoção do conforto, para o paciente adquirir confiança e, assim, investir na sua recuperação”. Nesse caso, a família juntamente com os profissionais,

deve participar da elaboração de estratégias de cuidado, para que melhor se adequem a realidade vivenciada pelo sujeito adoecido psicologicamente.

Em casa o tratamento prossegue e a família passa a ser corresponsável no processo, sendo ela um agente de cuidado e a responsável pela subsistência do sujeito com transtorno mental (ELOIA et al, 2014). Os membros familiares ao assumirem esse papel de cuidador, deixam suas necessidades em segundo plano para priorizar as necessidades apresentadas pelo parente adoecido. Passam a realizar tarefas como: cuidados com a higiene pessoal, administração de medicamentos e arcar com as despesas financeiras. Além de lidar com os comportamentos problemáticos, com os sintomas da doença e os sentimentos negativos, a família também passa a conviver com o estigma e o preconceito da sociedade (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

Cunha e Gandini (2009) acreditam que para além dos sintomas, e os comportamentos apresentados pelo paciente depressivo, o estigma que envolve o transtorno mental é responsável pelo elevado índice de não-adesão e abandono ao tratamento medicamentoso da depressão, onde em muitos casos os pacientes deixam de tomar a medicação por vergonha ou preconceito. Os autores ressaltam a importância da rede de suporte para apoiar, administrar, monitorar e incentivar o sujeito com transtorno mental a prosseguir com o tratamento.

Assim, de acordo com Pimenta (2008), a rede de suporte social é composta pelas relações estabelecidas pelos sujeitos e que são fundamentais para o seu desenvolvimento. A família enquanto componente dessa rede contribui não somente para adesão do paciente ao tratamento, mas também com a permanência e reabilitação do sujeito adoecido.

A inclusão da família no processo terapêutico envolve a sua participação em reuniões do serviço de saúde, acompanhamento das consultas e a administração dos medicamentos. Porém, de acordo com a pesquisa realizada por Jasniewski et al (2011), no processo do cuidado um dos membros acaba por desenvolver prioritariamente a função do cuidador familiar, sendo ele o principal responsável por suprir as necessidades do parente adoecido.

Entretanto a presença do transtorno mental e o contato diário com os seus sintomas impacta negativamente o contexto familiar, evocando sentimentos contraditórios e sofrimento psíquicos nos familiares, e que resultam no surgimento da sobrecarga.

#### **4 SOBRECARGA FAMILIAR**

O termo sobrecarga diz respeito ao impacto negativo gerado no contexto familiar pela presença de um paciente psiquiátrico. Estudos acerca desta temática começaram a ser desen-

volvidos a partir da década de 50, a fim de investigar os impactos da mudança de paradigma provocado pelo movimento de reforma no modelo de cuidado ao sujeito com transtorno mental iniciado na Europa, que reinsere o indivíduo em sofrimento psíquico no seu contexto familiar e convoca a família para participar do tratamento (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2009).

A nova forma de cuidado proposta pela reforma psiquiátrica base no pressuposto da desinstitucionalização, o portador de transtorno mental, antes internado em hospitais psiquiátricos, retorna a sociedade e passa a receber tratamento em serviços substitutivos baseados no modo psicossocial e na lógica ambulatorial que permitem que o paciente receba seu tratamento sem precisar ser retirado do convívio familiar (LIMA; NOGUEIRA, 2013).

A expressão sobrecarga tem origem no termo inglês *family burden*, e é o resultado do convívio com o transtorno mental e os seus sintomas, que transforma a rotina familiar, cria novos papéis, além de gerar sentimentos negativos e positivos que se entrelaçam durante o processo (ELOIA, et al 2014).

A sobrecarga pode ser objetiva e subjetiva, sendo que a dimensão objetiva envolve as atividades desenvolvidas no dia a dia, e a subjetiva engloba os sentimentos e emoções que são geradas por essas atividades, sendo que as duas estão diretamente relacionadas (AZEVEDO; MIRANDA; GAUDÊNCIO, 2009). Segundo Brischiliri e Waidman (2012, p.148): “a presença de sobrecarga é independente do diagnóstico da doença e a experiência de conviver com o sujeito com transtorno mental resulta em um cotidiano conturbado”.

Logo, o diagnóstico do transtorno mental afeta todo o seu contexto familiar. Sentimentos como desamparo e tristeza passam a ser vivenciados diariamente em decorrência do contato com o transtorno e seus sintomas, que podem fragilizar as relações familiares e desencadear uma série de sofrimentos e sobrecargas, que afetam principalmente os familiares mais próximos (SANTOS, 2014).

No estudo realizado por Marques e Lopes (2015), os primeiros sintomas da depressão são vivenciados silenciosamente pelo indivíduo, principalmente pelo fato do mesmo acreditar que se trata de uma situação passageira. Com isso, aos poucos, o sujeito passa a se isolar e vivenciar sozinho o seu sofrimento, buscando ajuda apenas quando está no limite.

Para Lima e Nogueira (2013), quanto mais intenso os sintomas, maior o comprometimento dos familiares, que ao se deparar com uma situação a qual não está preparada para lidar acaba sendo sobrecarregada pelas exigências das responsabilidades que assume, e com isso surgem sentimentos de impotência, desamparo, culpa, vergonha, raiva, medo, tristeza e impotência.

Ao assumir as responsabilidades do cuidado, a família passa a demandar cuidados devido ao alto nível de sobrecarga objetiva a que é submetida em consequência da realização de atividades de cuidado em prol do membro adoecido, além do fato de que o convívio diário com os sintomas e com os comportamentos apresentado pelo paciente, podem gerar impactos negativos, já que geralmente a família não está preparada para lidar sozinha com essa situação e por isso também necessita de apoio e cuidado (JASVIEVSKI et al, 2013).

As atividades exercidas pela família no processo de cuidado diário envolve a administração de medicamentos, acompanhamento a consultas médicas, participação das reuniões com a equipe de saúde, entre outros, logo a família deixa de ser uma mera informante e assume o papel de corresponsável no tratamento (BRASIL, 2013).

A sobrecarga subjetiva é na maioria dos casos o resultado do “[...] sofrimento experienciado pelas famílias, diante dos constantes momentos de tensão e restrições em suas vidas sociais, pode provocar sentimentos de culpa, raiva, desamparo, tristeza, solidão e vergonha [...]” (SCHEIN; BOECKEL, 2012, p. 35).

Dentre as características dos transtornos depressivos, a falta de energia para a realização de tarefas diárias ou laborais, é um dos principais responsáveis pelo aumento da sobrecarga subjetiva (MEDEIROS; SOUGEY, 2010). Isso ocorre principalmente nos casos de Transtorno Depressivo maior, já que ele possui caráter incapacitante devido ao seu elevado grau de severidade. O sujeito acometido por esse transtorno pode ser visto pelos familiares como “preguiçoso” ou “folgado”, por não ter interesse ou não conseguir realizar atividades que até então eram executadas sem qualquer dificuldade, como higiene pessoal, ou atividades laborais (BRISCHILIARI; WAIDMAN, 2012).

Geralmente essa percepção da família acerca do comportamento apático do sujeito com transtorno depressivo é explicada pela falta de conhecimento acerca da etiologia da doença e dos seus sintomas, sendo esse um fator que pode gerar conflitos familiares que resultam no aumento da sobrecarga familiar e no desgaste dos vínculos afetivos (OLIVEIRA et al, 2011).

Outro fator que contribui para o aumento da sobrecarga subjetiva é o fato dos familiares não saberem o que fazer diante de alguns comportamentos apresentados pelo paciente depressivo, o que acabam gerando sentimentos de incerteza e impotência que acarretam no sofrimento do familiar (SCHEIN; BOECKEL, 2012).

O adoecimento pode desorganizar o contexto familiar e afetar as relações como aponta Sadok (2017) ao afirmar que as emoções são contagiosas, e que o convívio diário com um sujeito depressivo pode ocasionar o fim de uma relação matrimonial, pois a convivência com

alguém constantemente triste e pessimista acaba desencadeando o fim da relação. Em outros casos, os familiares podem optar por se afastar do parente adoecido por não saber o que fazer diante da situação.

Outra situação que aumenta a sobrecarga é a não-adesão do paciente ao tratamento, comum nos casos de depressão por causa da sua sintomatologia que envolve “[...] falta de energia e iniciativa, dificuldades para tomar decisões, desesperança e ideias de menos valia[...]” (BORBA et al 2018, pg. 6). Segundo Cunha e Gandini (2009), essa não-adesão ao tratamento, também pode ser explicada pelos efeitos colaterais provocados pela medicação, a percepção sujeito frente seus sintomas, a duração e eficácia do tratamento.

O caráter incapacitante da depressão contribui para o surgimento da sobrecarga financeira, já que a impossibilidade de exercer uma atividade laboral torna o sujeito dependente financeiramente da família, principalmente nos casos onde antes de adoecer o membro contribuía com a renda família. As preocupações com aspectos financeiros atingem principalmente famílias com baixas condições econômicas e são responsáveis pelo aumento da sobrecarga subjetiva (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2009).

Ainda segundo os autores supracitados, dependendo da gravidade dos sintomas manifestados, o familiar responsável por exercer a função de cuidador pode precisar abandonar seu emprego para prestar assistência aos sujeitos que apresentem risco a própria vida e demandem de vigilância ou cuidado 24h por dia, sendo necessária a internação hospitalar em alguns casos.

No estudo realizado em 2012 por Brischiliari e Waidman, a internação foi considerada um momento crítico para a família, que se depara com uma situação de impotência frente à doença e são vivenciados sentimentos de incerteza e medo que aumenta a sobrecarga subjetiva. Já para Bitencourt (2015), um dos fatores que contribuem para o aumento dessa sobrecarga é o fato de que um dos membros, sem receber qualquer suporte da rede familiar, passa a assumir toda a responsabilidade da função do cuidado.

No geral, a família ao se deparar com o diagnóstico do transtorno mental passa a lidar com o estigma social que cerca o adoecimento psíquico. Além disso, o cuidado gera encargos físicos e psíquicos que resultam na sobrecarga, fazendo com que os familiares vivenciem sentimentos negativos, como: tristeza, medo, incerteza, culpa, desamparo, angustia, desesperança, impotência.

## **5 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO FRENTE A SOBRECARGA FAMILIAR GERADA PELA PRESENÇA DO TRANSTORNO DEPRESSIVO**

Como já foi visto anteriormente, o diagnóstico e o convívio com o transtorno mental promove impactos negativos dentro do contexto familiar, deixando a família em um estado de vulnerabilidade emocional. Trata-se de um momento delicado e complexo, em que a família vivencia situações problemáticas que geralmente não consegue enfrentar sozinha e precisa da ajuda de profissionais preparados para fornecer o suporte necessário.

De acordo com o estudo realizado por Silva e Sadigursky (2008, p. 434) é importante que:

A família receba uma assistência por parte das equipes de saúde. Devem existir programas que garantam à família do doente mental uma assistência com acompanhamento médico e pela equipe multiprofissional, para que a carga de cuidar de um portador de transtornos mentais torne-se menos pesada (SILVA; SADIGURSKY, 2008, p. 434).

Nesse caso, para o cuidado da família e o alívio da sobrecarga as estratégias desenvolvidas pelos profissionais da psicologia são: acolhimento, intervenções psicoterapêuticas, orientação familiar. Sendo que o trabalho desenvolvido deve estar voltado prioritariamente para o alívio, e se possível, a eliminação da sobrecarga, de forma a promover qualidade de vida e prevenir possíveis adoecimentos psíquicos nos membros familiares, além do trabalho voltado para o fortalecimento dos vínculos (BRASIL, 2013).

A aplicação de escalas para avaliar as dimensões da sobrecarga pode ser outra forma de atuação do profissional de psicologia. A partir dessa avaliação é possível identificar de que forma essa família está sendo afetada e quais são as estratégias que podem ser desenvolvidas para amenizá-la. Por permitir a aquisição de informações concretas e a identificação das áreas mais afetadas pela presença do transtorno mental (BANDEIRA; CALZAVARA; CASTRO, 2008).

O psicólogo também pode atuar realizando visita domiciliar, com o intuito de acolher o sofrimento dos familiares e amenizar os impactos da sobrecarga emocional gerada pelo contato diário com o transtorno mental. Trabalhando com uma perspectiva mais educativa, nesse momento os familiares podem receber orientações e informações a respeito da doença, tirar dúvida e até falar sobre suas angústias, com o intuito minimizar o desgaste familiar e fortalecer os vínculos (BRASIL, 2013).

Toda família vivencia o fenômeno do adoecimento de acordo com suas regras e normas próprias, dessa forma, a terapia familiar tem como foco compreender como as relações se estabelecem dentro do contexto familiar (ROSSATO, 2017). Essa intervenção psicoterapêuti-

ca compreende a família enquanto sistema que está diretamente interligado e por isso enfatiza a importância das relações estabelecidas no núcleo familiar (BIAGI; RASERA, 2018).

A terapia familiar ao promover espaços de fala que permitem a expressão de sentimentos e percepções acerca do que é vivenciado por cada sujeito possibilita a reflexão dos membros familiares e a construção de conhecimento compartilhado (ROSSATO, 2017). Segundo Rasera e Guanaes (2010) ao compreender a situação que está vivenciando a família pode elaborar estratégias de enfrentamento. Para os autores, o processo terapêutico proporciona aos sujeitos espaço para expressar sentimentos e percepções a respeito o que é vivenciado e permite a troca de experiência.

O processo terapêutico na Terapia Familiar é compreendido por Rasera e Guanaes (2010) como lugar de fala, que ao promover espaços de diálogo permite o reestabelecimento da comunicação e possibilita a construção de estratégias que tenham significado para família assim como o fortalecimento dos vínculos afetivos.

Quanto maior a capacidade de enfrentamento desta família frente à situação adversa vivenciada, melhor é o cuidado oferecido ao familiar doente. Já que ao receber o apoio adequado a família passa a integrar o processo terapêutico de forma satisfatória. Sendo essa sua participação fundamental para que o membro possa aderir ao tratamento medicamentoso e psicológico (BORBA et al, 2018).

Em um dos relatos presente no estudo feito por Schein e Boecker (2012), fica evidente que em alguns casos, a rede de apoio social que o cuidador não encontra em casa, ele busca no serviço dos Centros de Atenção Psicossocial. Através da promoção de espaço de escuta e acolhimento para que esses familiares expressem suas experiências e dificuldades enfrentadas a fim aliviar o nível da sobrecarga gerada pela presença do transtorno mental no do contexto familiar.

Desse modo, o psicólogo trabalhará com a família ao longo do tratamento auxiliando-a enfrentar as dificuldades, avaliando os efeitos da convivência diária com os comportamentos problemáticos apresentados pelo transtorno, oferecendo espaço de fala, reflexão e construção de novos padrões de funcionamento.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os transtornos depressivos são caracterizados por sintomas que afetam diretamente o contexto em que o sujeito está inserido, principalmente o familiar. Sabe-se que a depressão é atualmente um problema de saúde pública que acomete milhares de pessoas no mundo todo e

que nos últimos anos tem sido cada vez mais comum. Nesse sentido, o estudo possibilitou conhecer de que forma a família é afetada pela presença dos transtornos depressivos no seu contexto.

Ficou evidente que o impacto gera elevados níveis de sobrecargas que podem ser subjetivas ou objetivas, e que estão diretamente relacionadas, que envolve aspectos financeiros, físicos e emocionais. Logo, a relevância em identificar os impactos da depressão no contexto familiar é importante pela necessidade de desenvolver estratégias e políticas públicas que atendam os membros familiares, em especial o cuidador familiar, a fim de prevenir seu adoecimento físico e mental, para que ele possa exercer com excelência o seu papel no tratamento e reabilitação do paciente depressivo.

E diante do que foi apresentado ao longo do trabalho, fica evidente que em alguns casos a convivência diária com o transtorno mental, neste caso o transtorno depressivo, causa uma série de impactos e transformações dentro do contexto familiar, resultando no aparecimento de sentimentos de culpa, vergonha, medo, impotência, desamparo, tristeza, entre outros, que precisam ser acolhidas nos serviços de saúde mental.

Os profissionais de saúde além de acolher, devem também esclarecer e orientar essa família para que ela possa fornecer o suporte necessário ao doente psíquico. O trabalho do psicólogo nesse contexto torna-se indispensável, pois ficou nítida a necessidade de elaborar estratégias que atendam as demandas psíquicas desencadeadas pela sobrecarga subjetiva provocada pela convivência diária com o transtorno mental.

Sugere-se a realização de mais estudos acerca desta temática, a fim de se construir mais conhecimento a respeito da sobrecarga gerada pelo convívio diário com os sintomas da depressão, e que resulte em uma melhor compreensão dessa temática para que se possam elaborar estratégias para a diminuição e o alívio das sobrecargas objetivas e subjetivas e suas consequências.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de; MIRANDA, Francisco Arnoldo Nunes de; GAUDENCIO, Mércia Maria de Paiva. Percepções de familiares sobre o portador de sofrimento psíquico institucionalizado. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 485-491, Sept. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452009000300005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000300005&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000300005>.

BANDEIRA, Marina; CALZAVARA, Maria Glauca Pires; CASTRO, Ildevane. Estudo de validade da escala de sobrecarga de familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos. **J. Bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 98-104, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004720852008000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852008000200003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 21 nov. 2018.

BARLOW, David Harrison. **Psicopatologia: Uma abordagem integrada**. 2 ed. São Paulo, 2015.

BARROSO, Sabrina Martins; BANDEIRA, Marinda; NASCIMENTO, Elizabeth do. Fatores preditores da sobrecarga subjetiva de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 1957-1968, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/10.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

BESSA, Jacqueline Botura; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. Família da pessoa com transtorno mental e suas necessidades na assistência psiquiátrica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 61-70, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072013000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072013000100008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 nov. 2018.

BIAGI, Berenice Araújo Dantas De; RASERA, Emerson Fernando. A construção da responsabilidade relacional em terapia familiar. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 3-17, 2018. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679494X2018000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X2018000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 nov. 2018.

BITENCOURT, J. C. S. **Avaliação do nível de sobrecarga de cuidadores no âmbito domiciliar**. (Projeto de pesquisa) IF, Porto Alegre, Rio Grande, 2015. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2015/35519/35519-1179.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

BOHRY, Simone. MACHADO, Eleuza Rodrigues. FEITOSA, Michele Pereira. Depressão: família e seu papel no tratamento do paciente. **Encontro: Revista de Psicologia**. v. 14, n. 21, p. 127-144, 2011. Disponível em: <<http://www.pgsskroton.com.br/seer/index.php/renc/article/view/2499/2393>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

BORBA, Letícia de Oliveira et al. Adesão do portador de transtorno mental à terapêutica medicamentosa no tratamento em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.52, e03341, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342018000100425&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342018000100425&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 nov. 2018.

BORBA, Letícia de Oliveira et al. A Família e o Portador De Transtorno Mental: Dinâmica e sua relação familiar. **Revista Esc Enferm, USP**, v. 45, n. 2, p. 442-9, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/v45n2a19.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

BRISCHILIARI, Adriano; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini. O portador de transtorno mental e a vida em família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 147-

156, Mar. 2012. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452012000100020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000100020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 nov. 2018.

CAMARGO, V. P et al. Distúrbios psiquiátricos menores em mulheres do extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados / Minor psychiatric disorders in women from southern Brazil: prevalence and associated factors. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, Rio Grande, v. 14, n. 1, p. 27-32, 2016. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/05/17/27-32.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

CARVALHO, A. Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes. **Direção Geral de Saúde**, 2017. Disponível em: <<file:///C:/Users/Win7/Downloads/i023461.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

**CID-10 Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10a ver. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1. 5. **Organização Mundial da saúde**.

CUNHA, Marines de Fátima; GANDINI, Rita de Cássia. Adesão e não-adesão ao tratamento farmacológico para depressão. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 409-418, set. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010237722009000300015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722009000300015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 nov. 2018.

ELOIA, Sara Cordeiro; OLIVEIRA, Elyane Nazaré; ELOIA, Suzana Maria Cordeiro; LOMEO, Roselane da Conceição; PARENTE, José Reginaldo Feijão. Sobrecarga do cuidador familiar de pessoas com transtorno mental: uma revisão integrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.38, n.103, p.996-1007.

GIL, Antonio Carlos. Como Classificar as Pesquisas. In: GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, p.25-43, 2010.

GONÇALVES, D. M; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 24, n.9, p. 2043-2053, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n9/10.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

JASNIEVSKI, Clarissa Regina. et al. Tratamento da pessoa com transtorno mental em face da Reforma Psiquiátrica Brasileira: percepções dos familiares. **Colomb. Med.**, v. 42, (supl.1), p. 63-69, 2011. Disponível em: <<http://www.bioline.org.br/pdf/rc11041>>. Acesso em: 27 out. 2018.

LIMA, Ana Flavia Barros da Silva; FLECK, Marcelo Pio de Almeida. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 31, n. 3, s/p, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a02s1.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2018.

LIMA, Marcelo Theophilo; NOGUEIRA, Fernanda Maria Duarte. O modelo brasileiro de assistência a pessoas com transtornos mentais: uma revisão sistemática da literatura. **Rev.**

**bras. promoç. Saúde**, Fortaleza – CE, v. 26, n.1, p. 128-138, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/408/40827988018.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2018.

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://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S164721602015000100009&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602015000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 29 nov. 2018.

MEDEIROS, Heydrich Lopes Virgulino de; SOUGEY, Everton Botelho. Distorções do pensamento em pacientes deprimidos: frequência e tipos. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro , v. 59, n. 1, p. 28-33, 2010 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S004720852010000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852010000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 nov. 2018.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>. Acesso em: 27 out. 2018.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane. et al. O desafio familiar no cuidado às pessoas acometidas por transtorno mental. **Revista de Enfermagem UFPE On Line.**, Recife. v. 10, n. 3, p. 940-948, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11044/12449>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

NAVARINI, Vanessa; HIRDES, Alice. A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto and Contexto Enfermagem*, v.17, n. 4, p.608, 2008, OLIVEIRA, E. N. et al. A família não é de ferro: ela cuida de pessoas com transtorno mental. **Rev Fund Care Online**. Ceará, v. 9, n.1, p. 71-78, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.71-78>>. Acesso em: 05 nov. 2018.

PIMENTA, Eliane de Souza. **A relação das Famílias no Tratamento dos Portadores de Transtorno Mental Realizado no Centro de Atenção Psicossocial**: uma perspectiva institucionalista. Belo Horizonte, 2008. 128f. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-graduação em Psicologia)- Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

RASERA, Emerson F.; GUANAES, Carla. Momentos marcantes na construção da mudança em terapia familiar. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 26, n. 2, p. 315-322, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010237722010000200013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722010000200013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 nov. 2018.

ROSSATO, Mara Lúcia. Terapia familiar como um espaço de ressignificação das relações. **Pensando fam.**, Porto Alegre , v. 21, n. 1, p. 137-145, jul. 2017 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-94X2017000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-94X2017000100011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 30 nov. 2018.

SADOCK, Benjamin James. **Compêndio de Psiquiatria**. 5 ed. Porto Alegre: Artemed, 2014.

- SANTIN, Gisele; KLAFKE, Teresinha Eduardes. A família e o cuidado em saúde mental. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n.34, p. 146-160, 2011. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010465782011000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010465782011000100009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 05 nov. 2018.
- SANTOS, Daniela Cristina Souza; BANDEIRA, Marina. Estratégias de enfrentamentos e sobrecarga dos familiares cuidadores de pacientes psiquiátricos: revisão de literatura. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora , v. 9, n. 1, p. 88-104, jun. 2015 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198212472015000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198212472015000100011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 01 nov. 2018.
- SANTOS, Solange Souza dos. Influencia familiar no tratamento terapêutico de paciente portador de transtorno mental. 2014. 28f. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- SILVA, Marcela Bruno de Carvalho; SADIGURKY, Dora. Representações sociais sobre cuidar do doente mental no domicílio. **Rev Bras Enferm**, Brasília, p. 428-34, 2008.
- SCHEIN, Silva; BOECKER, Mariana Gonçalves. Análise da Sobrecarga familiar no cuidado de um membro com transtorno mental. **Saúde e Transformação Social**, v.3, n.2, p.32-42, 2012.
- VICENTE, Jéssica Batistela. et al. Aceitação da pessoa com transtorno mental na perspectiva dos familiares. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 34, n. 2, p. 54-61, June 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472013000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472013000200007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 nov. 2018.