



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

SABRINA DÉRICA ARRUDA ROSA

**O SER HUMANO E SOCIAL EM ACENTUADO DECLIVE:
UM ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E PROGRAMAS
DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NO MUNICÍPIO DE OCARA**

FORTALEZA-CEARÁ
DEZEMBRO/ 2007

SABRINA DÉRICA ARRUDA ROSA

O SER HUMANO E SOCIAL EM ACENTUADO DECLIVE:
UM ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E PROGRAMAS
DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NO MUNICÍPIO DE OCARA

Monografia apresentada ao Centro de Treinamento e
Desenvolvimento (CETREDE) para a obtenção do
grau de Especialista em Avaliação Psicológica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tania Vicente Viana

FORTALEZA-CEARÁ

DEZEMBRO/ 2007

SABRINA DÉRICA ARRUDA ROSA

O SER HUMANO E SOCIAL EM ACENTUADO DECLIVE:
UM ESTUDO DA RELAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E PROGRAMAS
DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NO MUNICÍPIO DE OCARA

Esta monografia foi submetida à Coordenação do Curso de Especialização em Avaliação Psicológica, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Avaliação Psicológica, outorgado pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e encontra-se à disposição dos interessados na Biblioteca da referida Universidade.

A citação de qualquer trecho desta monografia é permitida, desde que feita de acordo com as normas de ética científica.

Data da aprovação ____/____/____

Sabrina Dérica Arruda Rosa

Aluna

Prof^a. Dr^a. Tania Vicente Viana

Orientadora

Prof^a. Gláucia Maria de Menezes Ferreira
Coordenadora do Curso

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre me dar a fortaleza, coragem e perseverança necessários para um bom desempenho.

A minha família, por sempre ter acreditado em mim e me apoiado em todos os momentos.

As minhas colegas, pela troca de experiências, que tanto contribuiu para o meu aprendizado.

E, em especial, a minha orientadora Tania, por sua dedicação, carinho, compreensão e incentivo que me fez crescer ainda mais como profissional e pessoa, e que contribuiu bastante para a realização deste trabalho.

RESUMO

A depressão, atualmente, encontra-se entre os cinco transtornos mais freqüentes no atendimento clínico em geral, e passou a se fazer presente no cotidiano da maioria das pessoas, dada sua grande proliferação. O objetivo desta pesquisa é investigar a relação dessa patologia com os pilares da vida social, visto que se tem observado que a depressão não constitui uma patologia elitista, estando presente em todos os segmentos sociais, inclusive nas classes menos favorecidas. Dessa forma, realiza-se uma reflexão sobre a possível relação entre o crescente aumento no número de casos de depressão nas classes sociais menos favorecidas e os benefícios sociais. Reflete-se também acerca da importância da avaliação psicológica para o diagnóstico dessa patologia, bem como do papel da família nesse processo.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão. Benefícios Sociais. Família. Avaliação Psicológica.

ABSTRACT

The clinical depression, nowadays, is among the five more frequent disorders in general clinical attendance, and became present in everyday life of many people, because of its large proliferation. The objective of this research is to investigate the relation of this pathology with the pillars of social life, since it has been observed that depression does not constitute an elitist pathology, being present in all social segments, as well as at the less economic favored ones. In such a way, it is accomplished a reflection about the possible relation between the increasing increase number of cases of depression in the less social favored segments and social benefits. There is also a reflection concerning to the importance of psychological evaluation for the diagnosis of this pathology, as well as the role of family in this process.

KEY-WORDS: Depression. Social Benefits. Family. Psychological Evaluation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
1 DEPRESSÃO: DECLIVE NEGRO DO HOMEM BIOPSIKOSSOCIAL	11
1.1 Breve histórico	12
1.2 A perspectiva médica	13
<i>1.2.1 O diagnóstico</i>	13
<i>1.2.2 A terapêutica farmacológica</i>	16
1.3 A perspectiva social	18
2 FAMÍLIA EM TODOS OS SEUS SENTIDOS	21
2.1 A evolução histórica da família	22
<i>2.1.1 A família medieval</i>	22
<i>2.1.2 A família moderna</i>	24
<i>2.1.3 A família patriarcal brasileira</i>	26
3 FAMÍLIA E SOCIEDADE	30
3.1 Pobreza e exclusão social	31
<i>3.1.1 Benefícios sociais</i>	33
<i>3.1.2 Programa Bolsa Família</i>	34
<i>3.1.3 Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC-LOAS)</i>	35
3.2 Psicopatologia Social	36
3.3 A importância da família no tratamento das psicopatologias	39
4 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA	42
4.1 Psicodiagnóstico	42
4.2 Entrevistas Clínicas	47
4.3 Depressão e avaliação psicológica	49
CONCLUSÃO	52
REFERÊNCIAS	55

INTRODUÇÃO

Considerada um dos grandes males do século XX, a depressão, atualmente, encontra-se entre os cinco transtornos mais freqüentes no atendimento clínico em geral, atingindo cerca de 12% da população masculina e 25% da feminina. Estima-se que mais de quatrocentas milhões de pessoas, no mundo inteiro, sofram com essa enfermidade. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos próximos vinte anos, essa patologia sairá do quarto para o segundo lugar no *ranking* de doenças dispendiosas e fatais, perdendo somente para as enfermidades do coração.

Sendo considerada uma das maiores patologias da contemporaneidade, a depressão passou a se fazer presente no cotidiano da maioria das pessoas, dada sua grande proliferação. Daí, a importância em se estudar esta patologia, bem como sua origem, diagnóstico, tratamento e, sobretudo, prevenção.

No que se refere à prevenção, deve-se ressaltar a importância do âmbito social. Segundo Carreteiro (2004), quanto mais o sujeito se afasta dos eixos de trabalho e proteção social, mais estará propenso a formas de desafiliação social; por isso as pessoas que vivem em meios sociais menos favorecidos mantêm posições sociais frágeis, visto que permanecem à margem das grandes dimensões institucionais, como educação, saúde e trabalho, o que gera, dessa forma, uma sensação de inutilidade ou um mal-estar, que produz sofrimento psíquico. Esse sofrimento, por ter uma raiz social, pode ser considerado *sofrimento social* (CARRETEIRO, 2004). O sofrimento social só passa a receber reconhecimento institucional através da doença e isso promove uma passagem do sofrimento *social* para o *individual*. Desse modo, as instituições oferecem, aos indivíduos, *projetos-doença*, que acabam por aceitá-los a fim de ter legitimada sua cidadania e melhores condições de vida.

Assim, pode-se constatar que o termo depressão está intimamente relacionado aos pilares da vida social, podendo, inclusive, ser considerada como a “Epidemia das sociedades democráticas contemporâneas” (BARBOSA, 2004, p. 4).

Associada a essa relação da depressão com os pilares da vida social, tem-se observado que a depressão não constitui uma patologia elitista, estando presente em todos os segmentos sociais, inclusive nas classes menos favorecidas. Nesta monografia, com base na minha experiência profissional com programas de transferência de renda, através do trabalho realizado no *Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)*, no município de Ocara, será realizada uma reflexão sobre a possível relação entre o crescente aumento no número de casos de depressão nas classes sociais menos favorecidas e os benefícios sociais, como: *Bolsa Família* e *Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC-LOAS)*.

Em 2003, a partir do governo Lula, novas ações de políticas sociais foram criadas, dentre as quais uma das mais importantes é o Programa *Fome Zero*, que inclui o Bolsa Família. O programa Fome Zero foi lançado numa tentativa do governo Lula de acabar com a fome e a exclusão social, universalizando os direitos básicos por meio da articulação de políticas emergenciais para assegurar o direito à vida e à integridade familiar com políticas emancipatórias.

O Bolsa Família unificou os antigos programas denominados *Bolsa Escola*, *Bolsa Alimentação*, *Cartão Alimentação e Auxílio Gás*, todos de transferência de renda. Assim, esse programa consiste numa tentativa de gerar melhores condições de vida para a população, contribuindo para a emancipação dos grupos familiares, promovendo o acesso à rede de serviços públicos, principalmente à saúde e educação, visto que as condições básicas para o recebimento do benefício se referem à frequência escolar das crianças e adolescentes de 6 a 15 anos de idade e o acompanhamento da saúde e nutrição das pessoas da família, em especial crianças de 0 a 6 anos e mulheres grávidas. As famílias que não cumprem essas condicionalidades podem ter seu benefício cancelado. Além do acesso à saúde e educação, o programa também promove o acesso à assistência social.

Os critérios para a transferência de renda são os seguintes:

- As famílias com renda mensal por pessoa de até R\$ 60,00 recebem um benefício básico de R\$ 50,00 mais um valor variável de R\$ 15,00 por filho de até 15 anos e gestantes, até o limite de R\$ 45,00

- As famílias com renda de R\$ 60,01 a R\$ 120,00 recebem o benefício variável, de acordo com a composição familiar, também com o limite de R\$ 45,00 (BRASIL, 2005).

Cada família pode receber de R\$ 15,00 a R\$ 95,00 por mês.

Já o Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC) é um benefício assistencial, não contributivo, previsto na Constituição Federal e regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social com as alterações do Estatuto do Idoso. É um direito dos cidadãos brasileiros. Parte integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o benefício é pago pelo governo federal. Tem por objetivo garantir um salário mínimo mensal aos idosos com 65 anos ou mais e às pessoas com deficiência, que se encontram incapacitadas para o trabalho e para a vida independente, não tendo condições de se sustentarem ou de serem sustentadas pela família (BRASIL, 2005).

Ambos os programas visam gerar melhores condições de vida para a população, porém, mesmo com as suas vantagens, tem-se observado que, em muitos casos, ao invés de melhorarem a situação dessas pessoas, tornando-as mais autônomas e independentes, acabam gerando um efeito inverso. Segundo a revista VEJA (16 de agosto de 2006), o programa Bolsa Família tem transformado seus beneficiários em *reféns do assistencialismo*, colocando-os numa armadilha que, assim como a esmola, não lhes dá a possibilidade de ter um futuro autônomo.

As famílias pobres brasileiras estão cada vez mais dependentes desses benefícios: existem inúmeros municípios brasileiros cuja principal atividade da população carente consiste em se postar nas filas para o recebimento do benefício. Um exemplo disso é o Município de Ocara, no estado do Ceará, que, de acordo com seu Cadastro Único (banco de dados das famílias do município), há um excesso de cobertura (102%) do programa Bolsa Família, isto é, a estimativa de atendimento é de 3.700 famílias, porém, atualmente, 3.833 famílias são beneficiadas pelo programa. As famílias desse município se encontram cada vez mais dependentes desse benefício e de outros, como o BPC.

Assim, ao observar a existência dessa relação entre os benefícios sociais e o aumento crescente no número de casos de depressão, em especial, no município de Ocara, motivei-me a compreender a dinâmica dessa relação, bem como a investigar a associação dessa patologia a categorias como: família, sociedade, pobreza, exclusão social e, principalmente, benefícios sociais. No que se refere a essa última categoria, procurou-se compreender até que ponto esses benefícios estão facilitando a vida da população a que são destinados e até que ponto estão resultando num ciclo vicioso de comodismo e adoecimento. Com esse propósito, procurou-se investigar as contribuições da avaliação psicológica para um diagnóstico satisfatório dos casos de depressão.

A pesquisa realizada foi de natureza bibliográfica. O primeiro capítulo versa sobre a depressão, que é considerada um dos grandes males do século XX. Delimita um breve histórico acerca de seu surgimento; de como é vista sob a perspectiva médica; dos critérios necessários para a realização do diagnóstico; da terapêutica farmacológica utilizada na realização do tratamento; e, por fim, da depressão sob o ponto de vista social.

O segundo capítulo trata das inúmeras significações dadas ao termo *família*, bem como sua evolução histórica, desde a Idade Média, com a família medieval, até a família moderna. Também se encontram, nesse capítulo, algumas reflexões acerca da família patriarcal brasileira e suas contribuições para o surgimento da família contemporânea.

O terceiro capítulo discorre acerca da relação existente entre família e sociedade, de como as inúmeras mudanças ocorridas na sociedade a partir da metade do século XIX interferiram na formação de novas constituições de família, tornando-a agora uma família trabalhadora, dando-lhe novas características a partir da classe social pertencente. Esse capítulo também trata das categorias de *pobreza* e *exclusão social*, bem como dos benefícios sociais Bolsa Família e Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC), associando-os ao crescente comodismo e adoecimento da população brasileira. Por fim, nesse capítulo, tem-se uma discussão acerca da importância da família para o tratamento das psicopatologias.

O quarto capítulo trata da avaliação psicológica, especificamente do psicodiagnóstico, seus objetivos e suas etapas; da importância das entrevistas clínicas utilizadas para a realização de um diagnóstico psicológico, principalmente a diagnose da depressão, e da importância de algumas técnicas projetivas para um diagnóstico de depressão bem sucedido.

1 DEPRESSÃO: DECLIVE NEGRO DO HOMEM BIOPSIKOSSOCIAL

“O paciente reclama de uma impotência comum, porém vital, que ensurdece qualquer tentativa de denominar o que se passa (nele), depressão sendo evocada como ignorância mesma de uma vida psíquica... A designação do seu estado depressivo participa de uma sensação de si (que podemos chamar de ‘fisgo’) que reduz toda a vida psíquica num ponto - ponto de uma observação continuamente acordada e voltada, exclusivamente, para o desaparecimento de si ... uma economia de morte” (Prefácio de Fédida para o livro de A. Triandafillidis, *Lá dépression et son inquiétante familiarité*, 1991).

Considerada um dos grandes males do século XX, a depressão, intitulada por Biancarelli (1998) de “a patologia do final do milênio”, tem sido tema de inúmeros debates e pesquisas. Atualmente, encontra-se entre os cinco transtornos mais frequentes no atendimento clínico em geral, atingindo cerca de 12% da população masculina e 25% da feminina. Estima-se que mais de quatrocentas milhões de pessoas no mundo inteiro sofram com essa enfermidade.

Grande destaque tem sido dado à proliferação dessa doença, principalmente no que se refere ao alto investimento das indústrias farmacêuticas a fim de lançarem, no mercado, medicamentos cada vez mais promissores no combate à depressão. Como exemplo, temos o Prozac (cloridrato de fluoxetina) que recebeu, inclusive, a pretensiosa denominação de “pílula da felicidade”. Nesse sentido, o psiquiatra norte-americano Kramer (1994) critica o excessivo *marketing* realizado no lançamento desses fármacos, visto que “[...] não se limitava aos efeitos antidepressivos da droga, mas, anunciava a chegada de uma nova era: a era da psicofarmacologia cosmética, na qual bastaria uma pílula para modificar a personalidade, tornando-a compatível com as exigências do mundo capitalista” (p.15).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), nos próximos vinte anos, essa patologia sairá do quarto para o segundo lugar no *ranking* de doenças dispendiosas e fatais, perdendo somente para as enfermidades do coração. Assim, pode-se perceber que a depressão, nos dias contemporâneos, tornou-se algo bastante comum, inserindo-se expressivamente no cotidiano de inúmeras pessoas. Faz-se extremamente importante, portanto, um maior conhecimento acerca de sua origem histórica, de como

se efetivam o diagnóstico, o tratamento e as relações com o meio social. Aspectos esses que serão explorados nos tópicos seguintes deste capítulo.

1.1 Breve histórico

Historicamente, têm sido registradas referências ao conceito de depressão desde o ano 450 a.C. Durante esse período, Hipócrates, médico de Cós, descreveu um estado de melancolia, que se caracterizava por tristeza, apatia e perda da auto-estima, condição que supostamente proviria dos fluidos da bÍlis negra, justificando sua denominação (*melanos* = negro; *cholle* = bÍlis). Em 1686, Bonet descreveu uma doença a qual denominou de *manÍaco melancholicus*, atualmente conhecida como transtorno afetivo bipolar ou depressão bipolar, que consiste em períodos alternados de elevação e rebaixamento do humor e da atividade (DELOUYA, 2001; OMS, 2004).

Já o termo depressão foi introduzido, na Medicina, no século XVIII, para designar um quadro fortemente associado à melancolia, “[...] mas que se estende para um estado geral da mente, de ser abatido e consternado, no qual se incluem o baixo espírito, a hipocondria e a melancolia” (DELOUYA, 2001, p.25). Essa definição está presente na etimologia da palavra depressão, proveniente do latim: *de* (para baixo) e *premere* (pressionar), aludindo portanto ao sujeito que encontra o seu estado de ânimo *pressionado para baixo*.

Durante o século XIX, houve uma ampliação no uso do vocábulo, que foi difundido na escola alemã a partir dos trabalhos de Wilhelm Greissinger e Émil Kraeplin. Ainda nesse século, houve a primeira tentativa de exilar o termo da melancolia, assimilando-o às patologias depressivas, por intermédio do psiquiatra suÍço Adolph Meyer. Essa tentativa foi consolidada definitivamente com a psiquiatria moderna através de seus manuais oficiais, nos quais as depressões são delimitadas como transtornos afetivos ou de humor.

No que se refere a esses manuais, Juruena (2003) propõe que os modernos sistemas classificatórios em psiquiatria operacionalizaram o diagnóstico de depressão, facilitando seu reconhecimento e a comunicação científica entre profissionais. DaÍ sua grande importância, pois contêm as diretrizes necessárias para a realização do

diagnóstico da doença e serão essas diretrizes que possibilitarão ao profissional ter um quadro preciso acerca daquele paciente, como também da melhor forma de tratá-lo.

1.2 A perspectiva médica

O diagnóstico da depressão ocorre principalmente através do médico, seja clínico geral ou psiquiatra, que costuma ser o primeiro profissional procurado pela população. Em sua prática, visa detectar então a presença de determinados sintomas que se manifestam conforme certa frequência, duração e intensidade. Diretamente associada ao prognóstico, a avaliação médica intenciona prever a evolução da doença, com a intenção de indicar a forma mais adequada de tratamento. Na reflexão de Pontes (1993), “Diagnosticar é se reportar ao passado objetivando determinar o futuro” (p.134).

1.2.1 O diagnóstico

A diagnose é orientada por diretrizes que permitem caracterizar a natureza e a severidade do quadro depressivo. Os aspectos sintomáticos se encontram minuciosamente descritos em dois manuais da literatura médica, de reconhecimento mundial: a quarta revisão do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais* (DSM-IV), documento elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) e a décima revisão da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10), publicada pela OMS. No DSM-IV (APA, 2002), a depressão é especificada no item Transtornos de Humor; já na CID-10 (OMS, 2004), é descrita no item referente a Transtornos Mentais e Comportamentais.

De acordo com o DSM-IV (APA, 2002), para se diagnosticar um caso de transtorno de humor depressivo, é necessário que o indivíduo apresente, no mínimo, cinco dos sintomas seguintes por um período de pelo menos duas semanas:

- Humor deprimido a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros;
- Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, por quase todos os dias;
- Perda ou ganho significativo de peso sem estar de dieta, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
- Insônia ou hipersonia quase todos os dias;
- Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observáveis por outros, não apenas sensação subjetiva de inquietação ou de estar mais lento);
- Fadiga ou perda de energia por quase todos os dias;
- Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente);
- Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou por observação de terceiros);
- Pensamentos recorrentes de morte (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou um plano específico para cometer suicídio.

Ainda no que se refere ao DSM – IV (APA, 2002), o manual classifica os seguintes subtipos de depressão: i) melancólica (com severos sintomas de astenia, insônia e anorexia); ii) atípica (com sintomas anômalos de hiperfagia, hipersonia e humor hiper-reativo); iii) psicótica (com sintomas de alucinação, idéias delirantes, lentidão psicomotora ou estupor); iv) secundária (associada a uma doença anterior); v) bipolar (com elevação e rebaixamento do humor); vi) pós-parto e vii) distimia (com rebaixamento crônico do humor).

Como já mencionado anteriormente, na CID-10 (OMS, 2004), a palavra afeto é estreitamente associada a humor. O episódio depressivo é primariamente identificado por sintomas de rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade, sendo classificado em três níveis, conforme a sua intensidade - *leve*,

moderado ou grave. Pontes (1993), todavia, ressalta que o paciente pode apresentar sintomas adicionais, como: i) concentração e atenção reduzidas; ii) auto-estima e autoconfiança reduzidas; iii) idéias de culpa e inutilidade; iv) visões desoladas e pessimistas do futuro; v) idéias ou atos autolesivos ou suicídio; vi) sono perturbado e vii) apetite diminuído.

No *episódio depressivo leve* (OMS, 2004), geralmente estão presentes dois ou três dos sintomas supracitados. O paciente frequentemente sofre com a presença desses sintomas, porém, consegue desempenhar grande parte de suas atividades cotidianas. No *episódio depressivo moderado*, são identificados quatro ou mais sintomas e o paciente já apresenta alguma dificuldade em desempenhar suas atividades rotineiras. No *episódio depressivo grave*, subdivido em quadros com e sem sintomas psicóticos, constata-se prejuízo significativo das atividades. Em sua forma psicótica, a depressão grave apresenta sintomas acentuados e angustiantes, sendo comuns idéias ou atos suicidas, como também sintomas somáticos. Observam-se ainda indícios de alucinações, idéias delirantes, lentidão psicomotora ou estupor, cuja gravidade impede o exercício das atividades sociais normais do indivíduo. O documento faz, igualmente, menção a *outros episódios depressivos*, como a *depressão mascarada*, sem manifestações clínicas típicas.

De acordo com o pensamento de Pontes (1993), tem havido um movimento contracultural, com a desvalorização do diagnóstico devido à classificação por ele imposta. Assim, diagnosticar seria uma forma de etiquetar, rotular e reduzir o sofrimento do indivíduo a um simples código. Contudo, o autor critica essa visão como míope, “[...] pois o diagnóstico vai além da terminologia utilizada, embora esta tenha um papel histórico a ser cumprido” (p. 134). Desse modo, ressalta que a avaliação diagnóstica psiquiátrica deve sondar meticulosamente a história familiar do sujeito; a forma como se instalou a doença; a existência ou não de outras crises e a maneira como ocorre a relação da pessoa e seus familiares com a doença. Esclarece então que “[...] só assim o diagnóstico é seguro e o prognóstico mais provável” (p.135).

A partir de um diagnóstico preciso, o psiquiatra tem condições de traçar um roteiro para o tratamento do paciente. Dentro desse tratamento, a terapêutica

farmacológica terá grande importância, já que a bioquímica tem sido um dos campos mais frutíferos no estudo da biologia da depressão. Segundo Ballone (2005), as primeiras hipóteses biológicas da fisiopatologia dos Transtornos Afetivos nasceram juntamente com o estudo dos possíveis mecanismos de ação dos antidepressivos.

Acredita-se que a depressão esteja relacionada ao hipofuncionamento bioquímico da atividade de neurotransmissores, notadamente da serotonina, noradrenalina e dopamina. Dessa forma, o aumento da disponibilidade de neurotransmissores melhora o quadro depressivo, ação essa realizada pelos antidepressivos. Porém, vale ressaltar que, cada vez mais, parece também verdadeira a idéia de que a depressão não pode ser atribuída exclusivamente ao hipofuncionamento desses neurotransmissores ou à diminuição de seus níveis no cérebro. Trata-se, com efeito, de uma fisiopatologia multifatorial (BALLONE, 2005).

Assim, dentre as novas hipóteses propostas, encontra-se a possibilidade da:

“depressão estar relacionada mais à uma desregulação da sensibilidade do neuroreceptor do que com deficiências do neurotransmissor, e que a demora dos efeitos terapêuticos do tratamento antidepressivo estaria relacionada com alterações na sensibilidade dos neuroreceptores dependentes do tempo de uso dos medicamentos. Outra idéia é a de que os neuroreceptores, por serem proteínas, têm sua quantidade aumentada ou diminuída apenas por síntese ou degradação e, ao tratar-se de um processo que consome tempo, este poderia ser a causa da lenta ação terapêutica dos antidepressivos” (BALLONE, 2005, p. 4).

Segundo o autor, existem novas hipóteses acerca dos fatores biológicos da depressão, principalmente, devido ao fato de que os níveis de neurotransmissores aumentam três horas depois de tomados os antidepressivos, porém a melhora no quadro só ocorre de duas a três semanas depois. A terapêutica farmacológica ainda investiga esses mecanismos, buscando uma melhor forma de obter equilíbrio químico cerebral.

1.2.2 A terapêutica farmacológica

As primeiras drogas que foram utilizadas para o tratamento da depressão foram as anfetaminas, conhecidas hoje como psicoestimulantes; fizeram bastante

sucesso durante as décadas de 1930 e 1940, contudo acabaram relegadas por estimularem pensamentos paranóides e impulsos agressivos (PONTES, 1993).

Atualmente, são utilizadas quatro classes principais de antidepressivos: i) inibidores da monoaminoxidase, como tranilcipromina e fenelzina; ii) inibidores seletivos da recaptação da serotonina, como citalopram (Cipramil, Parmil, Procimax); fluoxetina (Prozac, Daforim); paroxetina (Benepax, Pondera); sertralina (Zoloft, Assert) e fluvoxamina (Luvox); iii) inibidores mistos, como venlafaxina (Efexor, Venlift); tricíclicos, como Imipramina (Tofranil, Imipra); Amitriptilina (Amytril, Tryptanol); Clomipramina (Anafranil). Esses antidepressivos procuram realizar uma correção bioquímica, havendo assim um aumento no nível dos neurotransmissores, juntamente com um ajuste na quantidade e qualidade dos neuroreceptores.

Desde o descobrimento dos primeiros antidepressivos, houve grandes progressos. Atualmente, os medicamentos para depressão são cada vez mais específicos e eficientes e com menos efeitos colaterais. Para uma maior eficácia, o tratamento com antidepressivos deve ser realizado, pelo menos, durante quatro a seis semanas (BALLONE, 2005).

Na concepção de Pontes (1993), esse tratamento apresenta três fases, principiando pelo *tratamento agudo*, referente ao período de cuidados iniciais até o controle da sintomatologia. Em seguida, o *tratamento de continuação*, por seis meses a um ano após a fase aguda. Por fim, a *manutenção*, indicada para pacientes com quadros de depressão recorrente, ou que mantêm sintomas crônicos de baixo grau. Ainda com relação à eficácia do tratamento, deve-se enfatizar a importância da participação do paciente, pois “o tratamento deve ser realizado com o paciente e não para o paciente” (SOUZA, 1999, p.18). É necessário que ele tenha conhecimento acerca da natureza dos medicamentos, como também sobre suas ações e efeitos diversos, sobre o tempo previsto para sua ação terapêutica e a previsão de tempo de uso.

Vale ressaltar que tão importante quanto o tratamento com antidepressivos é o tratamento psicoterápico, no qual tanto são beneficiados os pacientes quanto suas famílias. De acordo com Karasu (1990), os principais modelos de tratamento psicoterápico são: psicodinâmico (que engloba a psicoterapia breve, psicanálise,

psicoterapia analítica, dentre outros); cognitivo-comportamental (que tem demonstrado grandes resultados, inclusive na prevenção de recaídas); interpessoal (em que a terapia possui um tempo limitado, é focal e há uma grande valorização do relacionamento interpessoal).

Por fim, segundo Souza (1999), o tratamento da depressão “deve ser entendido de uma forma globalizada, levando em consideração o ser humano como um todo, incluindo dimensões biológicas, psicológicas e sociais” (p.18). Não se trata a depressão de maneira abstrata, mas sim de pacientes deprimidos, que estão inseridos dentro de um contexto social e cultural. Daí a grande importância de se levar em consideração todos os aspectos referentes ao paciente, principalmente, o aspecto social.

1.3 A perspectiva social

Foram mencionados os principais tipos de tratamento recomendados ao paciente com depressão, entretanto, deve-se enfatizar a prevenção, estreitamente relacionada a elementos sociais. Por que, desde o final do século passado, tem crescido tanto o número de pessoas com depressão? Por que essa patologia, outrora associada às classes socioeconômicas mais elevadas, acomete hoje inúmeras pessoas de segmentos menos favorecidos?

Em conformidade a essas reflexões, Carreteiro (2004) discute a idéia do indivíduo como ser social e essa relação com o que denomina de *projeto-doença*. Segundo a autora, visto que os seres humanos são sociais, procuram sempre participar de grupos, associações e instituições, produzindo, em decorrência, valores, desejos, ideais e normas que perpassam os sujeitos, transformando-se, muitas vezes, em projetos a serem alcançados.

O homem seria então criador de projetos, que o motivariam a participar de sua história e cultura, bem como a ser sujeito de seu corpo. Assim, ao se associar a projetos, o homem participa da construção da civilização, porém essa participação é experimentada de diferentes formas pelo sujeito (tanto individual como coletivo), pois irá incluir elementos do lugar social que ocupa. O Estado terá um papel fundamental

nesse processo, pois, na maior parte das sociedades contemporâneas, constitui o organismo principal de criação e regulação dos mecanismos que visam à integração social. O Estado faz com que o indivíduo participe e se realize na vida coletiva, principalmente, através de dois eixos: trabalho e proteção social. No Brasil, esses eixos estão interligados, uma vez que a maioria efetiva dos direitos sociais vincula-se à condição de ser trabalhador.

Dessa forma, quanto mais o sujeito se afasta desses eixos, mais ele poderá viver formas de desafiliações sociais, por isso as pessoas que vivem em meios sociais menos favorecidos mantêm posições sociais frágeis, visto que permanecem à margem das grandes dimensões institucionais, como educação, saúde e trabalho. “A sensação de inutilidade se apresenta como um mal estar [...] Mas ela é sempre geradora de sofrimento psíquico, o qual por ter uma raiz social, deve ser considerado sofrimento social” (p. 93). O sofrimento social só passa a receber reconhecimento institucional através da doença e isso promove uma passagem do sofrimento social para o individual.

Acerca disso, Carreiro (2004) argumenta:

“Para sujeitos que pertencem a categorias que têm um acúmulo de desafiliações sociais (habitação, educação, etc.), muitas vezes o nível ‘trabalho legalizado’ é o único que lhes possibilita manter atuante um vínculo operatório com a cidadania. Neste sentido eles encontram no corpo doente um modo de ter a cidadania reconhecida, ao experimentarem grande sofrimento de origem social. Esta passagem do mal-estar para a doença, se por um lado encontra reconhecimento institucional, por outro, busca calar as angústias do sofrimento de origem social” (p. 94).

Afirma, do mesmo modo, que as instituições acabam por oferecer, aos indivíduos, *projetos-doença*, que acabam por aceitá-los a fim de ter legitimada sua cidadania e melhores condições de vida.

No que se refere ao aspecto cultural, Pontes (1993) observa que, devido ao grande aumento na incidência de casos de depressão, a população tem buscado diversas formas coletivas de lidar com o problema. Assim, “[...] o número de seitas religiosas tem aumentado assustadoramente nestes últimos cinquenta anos [...] festas coletivas têm aumentado nestes últimos anos e todas objetivando quase que exclusivamente a catarse. No Rio Grande do Norte, o sucesso é o Carnatal, [...] no Ceará é o Fortal” (p.150).

Dessa forma, pode-se perceber que o termo depressão está intimamente relacionado aos pilares da vida social, podendo, inclusive, ser considerada como a “epidemia das sociedades democráticas contemporâneas” (BARBOSA, 2004, p. 4).

Dias (2003) afirma que essa relação se dá:

“[...] muito em função de que o sistema econômico atual qualifica-se por uma economia livre, marcada por ritmos ciclotímicos, e essa oscilação vai marcar a posição dos sujeitos que estão na dependência das diferenças de oferta do mercado de trabalho, e nesse sentido, a perda de lugar é co-extensiva à estruturação da vida social, permitindo a afirmação de que, diante de tal conjuntura, a depressão é solidária do avanço da sociedade capitalista, com todas suas transformações e riscos impostos pela modernidade. Por fim, o sujeito na posição depressiva mobiliza a evitação que é promovida pela acumulação do capital, qual seja, a experiência da queda como sinônimo da falência” (p.84).

Assim, conclui-se que é necessário ampliar o olhar e a presença de abordagens plurais para se compreender o conflito entre a complexidade social e a vivência individual e coletiva. Pois para a reflexão e solução de problemas sócio-ambientais de sociedades complexas, convém reconhecer a importância da articulação entre indivíduo e sociedade (BARBOSA, 1999).

Além do reconhecimento dessa articulação do indivíduo com seu meio social, da importância do trabalho e da proteção social, vale ressaltar o papel fundamental que a família apresenta no tratamento e na evolução do paciente depressivo, pois consiste no principal meio social em que o paciente com depressão está inserido. Constitui o primeiro grupo ao qual o ser humano pertence, fonte das primeiras manifestações da sociabilidade humana e aprendizagem. Há de se considerar que, além de incluir a capacidade individual, o impacto social da depressão abrange também todo o fardo familiar associado à doença (BARBOSA, 2004).

2 FAMÍLIA EM TODOS OS SEUS SENTIDOS

“[...] se é verdade que a família é apenas uma palavra, também é verdade que se trata de uma palavra de ordem, de uma categoria, princípio coletivo de construção da realidade coletiva” (BOURDIEU, 1996, p.126).

Segundo Engels (1977), a palavra família deriva do termo *famulus*, que significa escravo doméstico. Ele propõe que a expressão “família” tenha sido criada pelos romanos a fim de denominar o novo grupo social que havia surgido, a partir da introdução da agricultura e da escravidão legal, entre as tribos latinas. Esse grupo constituía-se de um chefe que tinha poder sobre sua mulher, seus filhos e alguns escravos. A partir daí, o termo família passou a designar inúmeros agrupamentos sociais ao longo da História.

Atualmente, sabe-se que a família é o primeiro grupo ao qual o ser humano pertence e onde esse indivíduo terá suas primeiras necessidades básicas supridas, como alimentação e higiene. Dentro desse convívio, surgirão as primeiras manifestações de sociabilidade e será iniciado o processo de desenvolvimento e aprendizagem. Os laços familiares são de fundamental importância para a formação dos indivíduos. Pôster (1979) afirma que “a família é o segredo do indivíduo” (p.22).

No que se refere ao conceito de família para a população brasileira, Osterne (2001) afirma que, a família tem significado abrangente. “É tudo e vale por tudo. Como unidade de vida social e centro de vivência e convivência da maioria, torna-se ambiente privilegiado para a construção da consciência e conseqüentemente da subjetividade dos indivíduos” (p.78).

Ao se pensar em família, a imagem que instantaneamente surge é a de um pai, uma mãe e seus filhos vivendo na mesma casa. Essa imagem se refere ao modelo tradicional, baseado na família nuclear burguesa, na qual o sangue e a habitação em comum constituem características determinantes da formação da família. Há, dessa forma, a união entre um homem e uma mulher, selada como eterna, com a finalidade

principal de reprodução e cujos papéis são bem definidos: o pai é provedor financeiro e a mãe, provedora dos cuidados domésticos (OSTERNE, 2001).

Porém, esse conceito de família tem adquirido novas formatações ao longo da História. Mas, para compreender melhor a caracterização do grupo familiar atual, faz-se necessário investigar sua evolução ao longo dos séculos.

2.1 A evolução histórica da família

Ariès (1977), em sua obra *História social da criança e da família*, faz um levantamento acerca do surgimento da família através das imagens registradas no decorrer da História. Segundo o autor, a iconografia tradicional dos doze meses do ano foi fixada no século XII, havendo registros: dos trabalhos da terra, como o trigo e a vinha; das pausas realizadas no inverno e na primavera, tanto pelos camponeses quanto pelos nobres. Nesses registros, o homem apresentava-se sempre sozinho. Através da análise iconográfica, conclui que o sentimento de família nasceu somente nos séculos XV-XVI, exprimindo-se com definição no século XVII. Esse sentimento, portanto, inexistia no período da Idade Média.

2.1.1 A família medieval

Na Idade Média, o sentimento conhecido não era o de família, mas sim o de linhagem: estendia-se aos laços de sangue, acolhendo, dessa forma, todos os descendentes de um mesmo ancestral, porém não se consideravam os valores surgidos através da coabitação e da intimidade. Como se sabe, o sentimento de família se vincula a uma casa e à vida que se leva no interior dessa casa. Daí a grande diferença entre linhagem e família: “A linhagem nunca se reúne num espaço comum, em torno de um mesmo pátio” (ARIÈS, 1977, p.213). Nesse período, o casamento era apenas um contrato que legitimava a união entre duas pessoas, não havendo o valor espiritual ou o

sentimento de família. As cerimônias de casamento não eram nem realizadas dentro da igreja, mas em sua entrada.

As relações das famílias com suas crianças não eram muito profundas, não havia a demonstração concreta de sentimentos entre pais e filhos. A criança, desde cedo, era retirada do seio de sua família e enviada para o convívio com outros grupos familiares a fim de aprender novas maneiras e ofícios. A educação se fazia através da prática, com a realização de serviços domésticos; acreditava-se que, dessa forma, as crianças adquiririam todos os valores humanos e conhecimentos necessários para a vida. A transmissão de conhecimentos de uma geração a outra se dava, principalmente, através da participação familiar das crianças na vida dos adultos. Assim, nesse círculo de aprendizagem, ainda não havia lugar para a escola (ARIÈS, 1977).

Constatou-se, entretanto, uma modificação nos registros com o passar dos séculos. Começam então a surgirem mulheres nas cenas citadas anteriormente, seja a dama do amor cortês ou a dona de casa. Agora as imagens apresentam o homem diante da lareira: ao seu lado, está sua mulher; contudo, não são propriamente cenas de família, visto que as crianças ainda estão ausentes no século XV. Concomitantemente, nesse século, surgem também as ruas nos calendários: “Essa rua medieval, assim como a rua árabe de hoje, não se opunha à intimidade da vida privada; era um prolongamento dessa vida privada, o cenário familiar do trabalho e das relações sociais” (ARIÈS, 1977, p.198).

A partir do surgimento das ruas, os jogos começam a aparecer nos calendários: jogos de cavalaria, festas folclóricas, torneios, dentre outros. Ariès (1977) propõe que esses jogos não seriam apenas por diversão, mas sim uma tentativa de interação entre comunidades e grupos: “[...] jogava-se em família, entre vizinhos, entre classes de idade, entre paróquias” (p.199).

No século XVI, surge uma nova personagem nas cenas dos calendários: a criança. Assim, as representações sucessivas dos meses dos anos nos calendários introduziram, no decorrer dos séculos, as seguintes personagens: a mulher; os grupos, as comunidades e, por fim, a criança. “E a criança se ligava a essa necessidade outrora desconhecida de intimidade, de vida familiar, quando não ainda precisamente, de vida

em família” (ARIÈS, 1977, p.199). Logo, durante o século XVI, a iconografia dos meses passa a ser uma iconografia da família, surgindo, por conseguinte, uma nova idéia que simbolizava a duração da vida através da hierarquia familiar.

A iconografia dos séculos XVI e XVII sofre uma grande evolução nessa direção familiar. Nesses séculos, os retratos de grupos crescem bastante, sendo, em sua maioria, retratos de famílias reunidas. A partir do século XVI, os retratos familiares se libertaram de sua função religiosa, pois, nos séculos anteriores, costumavam representar alguma cena dessa natureza. “Esses quadros não se destinavam mais às igrejas, decoravam agora os interiores particulares [...] a família se contempla ela própria na casa de um de seus parentes” (ARIÈS, 1977, p. 206). Esses retratos traduzem todo o progresso relacionado à família: do primeiro registro dos membros da família agrupados de forma austera, sem nenhum tipo de vinculação afetiva, às representações da família unida em torno da mesa, ouvindo músicas e inclusive em cenas cotidianas. “Daí em diante, torna-se difícil distinguir um retrato de família de uma cena de gênero que evoca a vida em família” (ARIÈS, 1977, p. 207).

No século XVII, pôde-se perceber nitidamente a influência do sentimento de família através das pinturas de casamentos e batizados. Nos casamentos, ao invés de se registrar a cerimônia, registravam-se os aspectos familiares da festa: a reunião de parentes, amigos e vizinhos ao redor dos noivos. Procedia-se da mesma forma com relação às cerimônias de batismo: registravam-se as reuniões realizadas para se comemorar, ao invés da cerimônia religiosa.

Assim, através dessa evolução histórica, o sentimento de família foi saindo de sua obscuridade, de seu silêncio, para se tornar cada vez mais significativo e importante, sendo ainda mais estudado e valorizado pelas pessoas.

2.1.2 A família moderna

Uma das características principais da família moderna foi sua centralização na criança, no lar e no patrimônio. Características que se instalaram primeiramente nos meios burgueses para depois se estenderem a toda a sociedade (OSTERNE, 2001).

Como mencionado anteriormente, a partir do século XVI, a criança passa a fazer parte da iconografia da época. E é durante esse período que a família passa a modificar suas relações internas com a criança. No século XV, já se inicia uma transformação no âmbito da educação das crianças: a aprendizagem deixa de ser realizada junto aos adultos e passa a ser fornecida dentro da escola. Esse processo ocorreu, principalmente, devido à preocupação dos pais em vigiar seus filhos, como também devido a uma necessidade nova de rigor moral, uma preocupação de preservar os jovens do mundo sujo dos adultos, fazendo-os resistir a essas tentações. Essa transformação do âmbito educacional “[...] exprime também uma aproximação da família e das crianças, do sentimento da família e do sentimento da infância, outrora separados” (ARIÈS, 1977, p. 232).

Esse retorno da criança aos cenários familiares deu, à família do século XVII, a sua principal característica, que a diferenciou das famílias medievais: “A criança tornou-se um elemento indispensável da vida quotidiana, e os adultos passaram a se preocupar com sua educação, carreira e futuro. Ela não era ainda o pivô de todo o sistema, mas tornara-se uma personagem muito mais consistente” (ARIÈS, 1977, p. 270).

No início do século XVII, surgiram inúmeras instituições escolares de importância diversa. Durante esse período, o cuidado que passou a ser dispensado às crianças, registrado através da iconografia da época, fez surgir o sentimento moderno de família.

No século XVIII, a família passou a priorizar a vida particular, havendo, dessa forma, transformações nas casas e nos costumes da época: as casas foram reorganizadas de modo a deixar mais espaço para a intimidade, sendo preenchidas por uma família que se reduzia aos pais e filhos, deixando de fora os criados, amigos e clientes. Nesse período, a maior preocupação dos pais consistia nas questões referentes à saúde e educação. “Esse grupo de pais e filhos, felizes com sua solidão, estranhos ao

resto da sociedade, não é mais a família do século XVII, aberta para o mundo invasor dos amigos, clientes e servidores: é a família moderna” (ARIÈS, 1977, p. 270).

Assim, com o aparecimento da privacidade no lar, da escola, da permanência das crianças junto aos pais, do sentimento de família relacionado com o sentimento de classe, inicia-se a família nuclear burguesa. Mesmo com o surgimento dessa família, a população mais pobre ainda vivia como as famílias medievais, mantendo seus filhos longe de casa. Porém, com o passar dos tempos, o modelo familiar burguês estendeu-se a quase toda a sociedade (OSTERNE, 2001).

Esse modelo de família veio ainda reforçar as relações familiares baseadas na hierarquia, na obediência, no poder e na prevalência da autoridade masculina. Admitindo-se, dessa forma, as relações desiguais, acreditando-se que a mulher é herdeira da casa, enquanto o mundo externo pertence ao homem. As famílias que não se enquadravam nesse referencial eram consideradas desestruturadas ou incompletas (OSTERNE, 2001).

Nesse sentido, observa-se:

“Uma união exclusiva de um homem e de uma mulher, que se inicia por amor, com a esperança de que o destino lhes seja favorável e que ela seja definitiva. Um compromisso de acolhimento e cuidado para com as pessoas envolvidas e expectativa de dar e receber afeto, principalmente em relação aos filhos. Isto, dentro de uma ordem e hierarquia estabelecida num contexto patriarcal de autoridade máxima que deve ser obedecida, a partir do modelo pai-mãe-filhos estável” (GOMES, 1988 apud SZYMANSKY, 1997, p. 25).

Esse modelo familiar influenciou bastante a sociedade brasileira, porém, antes de se aprofundar nessas influências vale fazer um levantamento acerca do primeiro modelo de família no Brasil: a família patriarcal.

2.1.3 A família patriarcal brasileira

A família patriarcal brasileira habitava regiões de imensas unidades agrárias de produção, dentre as quais se destacavam: fazendas de plantação de café e engenhos de açúcar. Seu poder era mantido, principalmente, através da incorporação de novos

membros, fossem eles parentes legítimos ou não. Seu surgimento se deu no século XIX, através da tendência à indivisão da família, que não durava além de duas gerações. Dessa forma, agrupavam-se em torno dos pais, aqueles filhos que não tinham bens próprios, os sobrinhos ou primos solteiros, e, às vezes, outros casais, morando todos numa mesma propriedade. Daí esse modelo ser considerado sinônimo de família extensa (ARIÈS, 1977).

Para Freyre (1969):

“A casa grande completada pela senzala representa um sistema econômico, social e político: de produção (a monocultura latifundiária); de trabalho (a escravidão); de transporte (o carro de boi, o bangui, a rede, o cavalo); de religião (o catolicismo de família com capelão subordinado ao famílias pater, culto aos mortos, etc); de vida sexual de família (o patriarcalismo polígamo) [...] Foi ainda fortaleza, banco, cemitério, hospedaria, escola, santa casa de misericórdia amparando os velhos e as viúvas, recolhendo órfãos” (p.37).

Porém, Samara (2002), em seu artigo *O que mudou na família brasileira?- Da colônia à atualidade*, vem afirmar que, de acordo com pesquisas recentes, as famílias extensas do tipo patriarcal não foram as predominantes, ao invés disso, eram mais comuns as com número menor de integrantes, dotadas de estruturas mais simples. A autora também assinala que, desde o primeiro Censo Geral do Brasil, realizado durante o império em 1872, até a última contagem no ano de 1996, pôde-se verificar um aumento constante na população feminina. Esse fato refletiu-se no mercado matrimonial, o que alterou, conseqüentemente o quadro de organização das famílias e domicílios.

A base doméstica da família patriarcal se fundamentava na importância do núcleo conjugal e da autoridade masculina, que era caracterizada através da imagem do patriarca, chefe ou coronel. Havia uma nítida distribuição de papéis a níveis hierárquicos, como também o pleno controle da sexualidade feminina e a regulamentação da procriação com objetivo maior de garantir a sucessão de gerações e a herança. Como os casamentos eram realizados, em sua maioria, para satisfazer interesses entre grupos econômicos, era permitido, aos homens, buscar satisfação sexual fora do casamento, o que fez surgir a situação de bastardia (OSTERNE, 2001).

Contudo, de acordo com Osterne (2001), não se pode comprovar fidedignamente essa submissão das mulheres aos homens, pois, segundo estudos realizados, observaram-se alguns comportamentos femininos, no final do período colonial, que não se enquadravam nesses parâmetros de soberania masculina: mulheres donas de seus próprios negócios e propriedades, chefes de família, divorciadas, sustentando a casa, e inclusive praticando adultério e tendo filhos fora do casamento. “Na vila de São Paulo, em 1836, por exemplo, 1/3 dos domicílios eram chefiados por mulheres [...] Ali as mulheres tinham presença considerável na manufatura têxtil domiciliar, em pequenos negócios, na venda de produtos e na prestação de serviços à comunidade (DIAS, 1984 apud SAMARA, 2002, p.14).

A família patriarcal, segundo alguns estudiosos, desempenhou um papel de grande importância na sociedade colonial, já que concentrava em si as funções econômicas e sociais mais destacadas. Com relação a essa importância, Osterne (2001) afirma que:

“A famosa família patriarcal era decididamente uma forma dominante de constituição social e também política. Obviamente, não consegue ser a única em termos de ordenamento social, uma vez que com ela competiam as leis e uma burocracia polarizada que correspondia à ordem constitucional da sociedade. Não se pode negar é que o modelo patriarcal, enfim, tenha exercido sua dominação além de ser possuidor de expressiva visibilidade social, em razão do seu poder e da capacidade dos seus elementos em exercerem o controle dos recursos de poder no meio social. Torna-se visível, portanto, que o padrão de família exposto por Freyre, de alguma forma, deixou fortes resquícios na sociedade brasileira” (p. 65).

Dessa forma, conclui-se que a família patriarcal brasileira teve fundamental contribuição para a formação da família contemporânea. Conforme Cândido (1951), a família patriarcal consiste na família que existiu no Brasil do século XVI ao século XIX, de onde vem toda a formação social do Brasil. Ele ainda afirma que a família atual ainda preserva traços herdados do modelo de família patriarcal: a intolerância para com o adultério tanto feminino quanto masculino; a intolerância para com a prostituição; o tabu da virgindade; a repressão da sexualidade feminina.

A família patriarcal começou a decair a partir das grandes transformações que ocorreram na vida rural, como também a partir da crescente urbanização do sistema econômico. “No final do século XIX, ainda em um contexto predominantemente

latifundiário e escravista, o modelo de família construído na Europa, no seio da burguesia, foi introduzido no Brasil” (OSTERNE, 2001, p. 68). Como já mencionado anteriormente, esse modelo de família tinha por pilares: uma forma nuclear reduzida a pais e filhos; a privacidade e intimidade; a higiene; a disciplina.

Um dos fatores fundamentais para a introdução desse modelo familiar no Brasil foi o trabalho realizado pelos médicos higienistas; sua ação se desenvolveu paralelamente ao processo de urbanização do país. Historicamente, o período foi marcado por: abolição da escravatura; crescente processo de imigração; desenvolvimento industrial e urbano; proclamação da República e surgimento da classe média (OSTERNE, 2001).

Samara (2002) afirma que, mesmo com a proclamação da República e com as mudanças na sociedade do período, a vida continuava em torno da família. Permanecia também a supremacia masculina, legitimada pelo Código Civil de 1916, que, além de reconhecer essa supremacia, limitava o acesso feminino ao emprego e à propriedade. Segundo a autora, “[...] as mulheres casadas ainda eram, legalmente, incapacitadas e apenas na ausência do marido podiam assumir a liderança da família” (p. 6).

Durante as décadas de 1870 a 1950, quatro correntes principais influenciaram a formação dos valores familiares no Brasil: a católica, que veio reafirmar a postura do homem como chefe da família e responsável pelo seu sustento e da mulher como fiel e submissa a seu marido; a positivista, cujo lema era *Ordem e Progresso*, reconhecendo na família a função de preparar os cidadãos para a pátria; a liberal, que combatia o pensamento católico, sob o lema: *Liberdade e Progresso*; e a socialista, que tinha por ideal a mudança da ordem social capitalista, que crescia através da industrialização e urbanização brasileira. Após a década de 1950, a partir das transformações ocorridas no Brasil com a modernização capitalista e o ideário liberal, a família brasileira passou a assumir uma postura mais progressista (AZZI, 1987 apud OSTERNE, 2001).

E essa postura fez surgir um novo modelo de família totalmente associado às questões sociais, como será discutido no capítulo seguinte.

3 FAMÍLIA E SOCIEDADE

Na segunda metade do século XIX, surgiram novas oportunidades de emprego a partir do crescimento das indústrias e as mulheres passaram a fazer parte desse mercado. A maior parte da mão-de-obra da indústria têxtil era feminina. Na década de 1940, a taxa de ocupação da população economicamente ativa, no que se refere a mulheres com mais de 15 anos, estava entre 13% e 20%. Todas essas transformações sociais incidiram diretamente sobre a família brasileira (SAMARA, 2002).

As relações de mercado e a industrialização, mesmo tendo modificado o conceito de família, transformando a sua condição de grupo extenso e proletarizando-a, fizeram com que os membros da família passassem a se unir para vencer na vida. Com relação a esse aspecto, Osterne (2001) afirma que:

“Coletivizando, total ou parcialmente, os esforços, assim como os salários recebidos por seus diferentes membros, a família organiza-se como unidade de produção, de rendimentos e de consumo. Trabalha na produção direta de partes dos valores que consome e organiza-se como unidade de prestação de serviços ‘não produtivos’ relacionados não somente à sobrevivência mas igualmente ao conforto, ao prazer e à satisfação resultantes do exercício da sociabilidade” (p.77).

De acordo com a lógica do capital, as famílias excluídas dos meios de produção passam a adquirir o necessário para sua sobrevivência através da venda individual da força de trabalho de seus membros. Dessa forma, a família passa a se organizar como unidade de rendimentos, coletivizando, no todo ou em parte, os salários recebidos, ao invés de uma unidade de produção. A família pode ser considerada então como unidade de vida social, na qual seus membros articulam concretamente sua participação na produção capitalista, como vendedores de força de trabalho, membros de unidade de rendimento e de consumo, trabalhadores assalariados ou domésticos e como participantes de unidade de realização de valores de uso (OSTERNE, 2001).

Woortmann (1984) propõe que a redefinição de papéis no grupo doméstico se deve, principalmente, à insuficiência dos salários recebidos pelos chefes de família,

isto é, devido a essa insuficiência, a dona de casa e os próprios filhos passam a buscar novos ganhos para o sustento da família. Assim, os papéis de pai de família (provedor financeiro) e dona de casa (trabalhadora do lar) foram modificados. A família se torna então uma família trabalhadora.

A família, mesmo sendo uma unidade presente em todos os segmentos sociais, passa a adquirir características específicas quando relacionada a sua condição de classe. Osterne (2001) atribui grande importância aos laços familiares nas famílias pobres; segundo ela, esses laços referem-se à sobrevivência material e espiritual, como no sentido de valor, sendo responsáveis, inclusive, pela ordem e sociabilidade. Ela compreende a família como unidade de referência:

“[...] algum lugar seja ‘o lar’, ‘a casa’, ‘o domicílio’, ‘o ponto focal’ onde se possa desfrutar o sentido de pertencer, onde se possa experimentar a sensação de segurança afetiva e emocional, onde se possa ser alguém para o outro, apesar das condições adversas mesmo independente das relações de parentesco e consangüinidade. Algo que possa ser pensado como o local de retorno, o destino mais certo. Local para refazer-se das humilhações sofridas no mundo externo, expandir a agressividade reprimida, exercitar o auto-controle, repreender, vencer o outro, enfim, sentir-se parte integrante” (OSTERNE, 1991, p.178).

Assim, Osterne (2001) vem propor que as pretensões de universalização da família devem ser deixadas de lado, principalmente no que se refere a esses segmentos socioeconômicos.

3.1 Pobreza e exclusão social

Ao se falar em famílias pobres, dois conceitos devem ser explorados: pobreza e exclusão. O conceito de pobreza, ao contrário do que se pensa, é bastante impreciso, pois, mesmo existindo em toda parte, adquire conotações diferentes em cada sociedade. É consenso entre os teóricos que o termo não se limita apenas às privações materiais, ao caráter econômico, mas sim, além das privações de recursos sociais, privações de ordem moral, política e espiritual. O conceito de exclusão está totalmente relacionado ao de pobreza, e, assim como esse, o conceito de exclusão é dinâmico, referindo-se tanto a processos quanto a situações conseqüentes.

Nesse sentido:

“[...] os indivíduos e grupos são excluídos das trocas sociais, das práticas componentes e dos direitos de integração social e de identidade [...] ele vai mesmo além da participação na vida do trabalho, englobando os campos de habitação, educação, saúde e acesso a serviços” (ATKINSON, 1998, p.109).

Sawaia (2004), ao citar a contribuição de Castel (1995) para a determinação do termo exclusão, afirma que, para o autor, o termo *desafiliação* se associava melhor ao conceito de exclusão, já que se refere a uma ruptura de pertencimento, de vínculo social. Castel (1995) propunha processos contemporâneos, como o de desestabilização dos estáveis, que acabam se tornando vulneráveis e instalando-se na precariedade (como o desemprego, por exemplo), culminando na sua não-ocupação de lugares na estrutura social, o que acaba por transformá-los em *não-forças sociais*, perdendo assim suas identidades como trabalhadores.

A partir do que foi dito com relação à categoria exclusão, pode-se perceber que esse conceito diz respeito a um processo dinâmico:

“Não se trata de um processo individual, embora atinja pessoas, mas de uma lógica que está presente nas várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas da sociedade brasileira. Esta situação de privação coletiva é que se está entendendo por exclusão social” (SAWAIA, 2004, p. 20).

No Brasil, a pobreza só passou a ser reconhecida pelo Estado como questão social e política a partir de 1930, havendo, desse modo, o início da atuação dos mecanismos de proteção social. Já na década de 1950, havia o predomínio das organizações supranacionais, como a Organização das Nações Unidas (ONU). Na década de 1960, com o golpe militar de 1964, o caráter assistencial das políticas públicas se efetivaram através do binômio repressão- assistência, que se estendeu até o fim da década de 1970. Nos anos 1980, havia um uso clientelístico e emergencial das políticas sociais, especialmente nos dois últimos anos do governo Sarney. Já nos anos 1990, a partir do governo Collor, a assistência social passou a ser destinada somente àqueles considerados realmente incapacitados. Ainda nessa década, durante o governo

Itamar Franco, pouco se avançou nas ações de combate à fome e pobreza no país. Em meados de 1993, com o Plano Real que, dentre tantos objetivos, tinha a retratação das políticas sociais mediante cortes de gastos na área, mais uma vez subordinou o social ao capital.

Na gestão do presidente Fernando Henrique, além da criação do Plano Real, houve a dissolução dos principais órgãos governamentais de assistência, como: o Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência (CBIA); a Legião Brasileira de Assistência (LBA) e o Conselho de Segurança Alimentar (CONSEA). Ainda nesse período, eram desconhecidas as definições da Lei Orgânica de Assistência (LOAS). Osterne (2001) afirma que “[...] o projeto político desse governo, no contexto de uma combinação de diretrizes fortemente liberais com práticas populistas de relação direta com o ‘povo’, à revelia das representações construídas pela sociedade” (p.107).

Em 2003, a partir do governo Lula, novas ações de políticas sociais foram criadas, dentre as quais uma das mais importantes é o Programa *Fome Zero*, que inclui o *Bolsa Família*. O Fome Zero atua em cinco grandes áreas: i) segurança alimentar e nutricional, ii) renda de cidadania, iii) assistência social, iv) programas complementares estruturantes, v) ações emergenciais e educação cidadã. Para melhor compreensão desses programas, faz-se necessária uma reflexão sobre os benefícios sociais.

3.1.1 Benefícios sociais

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) tem por objetivo maior estruturar uma rede sólida de proteção social, procurando incluir todas as pessoas pobres do país, envolvidas num histórico de exclusão no mundo do trabalho, do direito social e da cidadania. “A unificação de programas de assistência social, de segurança alimentar e de transferência de renda em um único ministério tem o claro objetivo de utilizar melhor a potencialidade de cada um sempre que forem complementares” (BRASIL, 2005, p. 9). O programa Fome Zero foi lançado numa tentativa do governo Lula de acabar com a fome e a exclusão social, universalizando os

direitos básicos, por meio da articulação de políticas emergenciais, para assegurar o direito à vida e à integridade familiar, com políticas emancipatórias.

3.1.2 Programa Bolsa Família

Em outubro de 2003, foi lançado o programa Bolsa Família, que unificou os antigos programas Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio Gás, todos de transferência de renda. Segue abaixo o conceito do Programa contido no Guia de Políticas e Programas, lançado em 2005 pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome:

“O Programa Bolsa Família é uma iniciativa de transferência direta de renda a famílias pobres, vinculada a condicionalidades de saúde e educação. O Bolsa Família [...] faz parte do conjunto de ações do Fome Zero. As famílias com renda mensal por pessoa de até R\$:60,00 recebem um benefício básico de R\$:50,00 mais um valor variável de R\$:15,00 por filho de até 15 anos e gestantes, até o limite de R\$:45,00. As famílias com renda de R\$:60,01 a R\$:120,00 recebem o benefício variável, de acordo com a composição familiar, também com o limite de R\$:45,00. Com isso, cada família pode receber de R\$:15,00 a R\$:95,00 por mês. O valor dos benefícios significa um importante incremento de moeda circulando nas economias locais, estimulando o seu dinamismo” (BRASIL, 2005, p.13).

O programa visa gerar melhores condições de vida para a população, contribuindo para a emancipação dos grupos familiares, promovendo o acesso à rede de serviços públicos, principalmente à saúde e educação, visto que as condicionalidades básicas para o recebimento do benefício se referem à frequência escolar das crianças e adolescentes de 6 a 15 anos e o acompanhamento da saúde e nutrição das pessoas da família, em especial crianças de 0 a 6 anos e mulheres grávidas. As famílias que não cumprem essas condicionalidades podem ter seu benefício cancelado. Além do acesso à saúde e educação, o programa também promove o acesso à assistência social.

O programa apresenta como objetivos:

“Dar proteção integral a todo o grupo familiar e contribuir para seu desenvolvimento. Com o Bolsa Família, houve aumento do recurso destinado a cada família, do número de atendimentos a elas prestados e integração das políticas sociais com a finalidade de potencializar os esforços governamentais no combate à pobreza” (BRASIL, 2005, p.13).

As famílias beneficiadas com o programa são cadastradas em seus municípios, através do *Cadastro Único*, que é atualizado frequentemente. Cabe ao município a identificação das famílias que se enquadram no perfil do programa. Todas as famílias que fazem parte do programa recebem um cartão magnético, através do qual, recebem seu benefício nas agências da Caixa Econômica Federal, em lotéricas ou em parceiros da Caixa. Este cartão é feito em nome do responsável legal pela família.

Além do Programa Bolsa Família, outro benefício que auxilia bastante a população carente refere-se ao *Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC)* que atende um público mais específico: idosos e deficientes.

3.1.3 Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC-LOAS)

O Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC) é um benefício assistencial, não contributivo, previsto na Constituição Federal e regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social com as alterações do Estatuto do Idoso. É um direito dos cidadãos brasileiros. Parte integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o benefício é pago pelo governo federal. Tem por objetivo garantir um salário mínimo mensal aos idosos com 65 anos ou mais e às pessoas com deficiência, que se encontram incapacitadas para o trabalho e para a vida independente, não tendo condições de se sustentarem ou de serem sustentadas pela família (BRASIL, 2005).

Para ter direito ao benefício, a família do beneficiário deve comprovar que a renda familiar *per capita* é inferior a um quarto do salário mínimo. Para os idosos, é necessária a comprovação da idade, como também, de que não recebe nenhum outro tipo de benefício previdenciário. Já para as pessoas com deficiência, além da comprovação do não recebimento de nenhum tipo de benefício previdenciário, deve-se

também comprovar sua deficiência e o nível de incapacidade por meio de avaliação do Serviço de Perícia Médica do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Atendendo aos critérios, a pessoa adquire um cartão pelo qual receberá seu benefício, por intermédio de bancos credenciados pelo INSS. A cada dois anos, ocorre a revisão do benefício, que é realizada pela Secretaria Municipal juntamente com o INSS, a fim de avaliar se os idosos e deficientes continuam tendo direito a ele.

Os benefícios sociais acima comentados têm o objetivo maior de possibilitar uma vida mais digna para a população carente de classes econômicas menos favorecidas, porém, algumas vezes, podem resultar num processo de comodismo e dependência por parte dos beneficiários.

3.2 Psicopatologia Social

Como já mencionado anteriormente, os benefícios sociais existentes hoje, no Brasil, têm por objetivo dar melhores condições de vida à população pobre. Na reportagem publicada pela revista *ÉPOCA* (24 de julho de 2006), o Banco Mundial destaca o programa brasileiro Bolsa família como um dos mais bem sucedidos. Conforme um estudo do Centro Mundial de Pobreza das Nações Unidas, o programa apresenta duas grandes vantagens: i) a descentralização, já que são as prefeituras que inscrevem as famílias - dessa forma, o dinheiro chega com mais eficácia à população e ii) o baixo custo, visto que o orçamento de R\$ 8,3 bilhões, previsto para esse ano, segundo os especialistas, é considerado baixo diante dos efeitos obtidos. De acordo com o economista Marcelo Neri, da Fundação Getúlio Vargas - Rio de Janeiro (FGV - RJ), os programas Bolsa Família e BPC, mesmo atingindo públicos diferentes, juntamente com todas as transferências federais, têm tido um papel fundamental na melhoria da desigualdade social no Brasil.

Porém, mesmo com as vantagens trazidas pelos benefícios, tem-se observado que, em muitos casos, ao invés de melhorarem a situação dessas pessoas, tornando-as mais autônomas e independentes, acabam gerando um efeito inverso.

Segundo a revista VEJA (16 de agosto de 2006), o programa Bolsa Família tem transformado seus beneficiários em *reféns do assistencialismo*, colocando-os numa armadilha que, assim como a esmola, não lhes dá a possibilidade de ter um futuro autônomo.

De acordo com a reportagem publicada pela revista ÉPOCA (24 de julho de 2006), a principal limitação do programa Bolsa Família é a não garantia de que, algum dia, as famílias consigam viver sem a ajuda do governo. Havendo assim a grande possibilidade de se gerar, nessas famílias, o fenômeno denominado pelos especialistas como *efeito preguiça*, observado em Porto Rico devido à grande distribuição de benefícios pelo governo: como a ajuda federal consiste num valor maior do que a média dos salários, muitas famílias concebem o benefício como um salário permanente e acabam não procurando emprego. Ainda não se sabe ao certo se esse fenômeno já está acontecendo, porém, especialistas afirmam que pode vir a ocorrer no Brasil.

Outra grande deficiência existente em alguns programas assistenciais é a falta de políticas de incentivo ao trabalho. Na reportagem, citada anteriormente, da revista Época (24 de julho de 2006), constatou-se que, mesmo nos programas de transferência de renda do Reino Unido (país de primeiro mundo), ocorreu uma série de empecilhos. De acordo com uma avaliação do *Institute of Fiscal Policies* (centro de estudos independente), um programa de transferência de renda não funciona por si só: para que haja verdadeiros resultados, é preciso que as famílias consigam empregos ou mantenham algum tipo de atividade empreendedora. É necessário haver uma maior fiscalização e mais exigências a fim de transmitir, às famílias, que a educação é mais importante, retirando-se assim esse estigma da esmola; contudo, também é imperativo que haja condições adequadas para que os beneficiários consigam viver de seu próprio trabalho e não apenas dos benefícios.

As famílias pobres brasileiras estão cada vez mais dependentes desses benefícios: existem inúmeros municípios brasileiros cuja principal atividade da população carente consiste em se postar nas filas para o recebimento do benefício. Um exemplo disso é o Município de Ocara, no estado do Ceará, onde há um excesso de cobertura (102%) do programa Bolsa Família, isto é, a estimativa de atendimento é de 3.700 famílias, porém, atualmente, 3.833 famílias são beneficiadas pelo programa. As

famílias desse município se encontram cada vez mais dependentes desse benefício e de outros, como o BPC.

Em Ocara, existem dois Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), que consistem numa “[...] unidade pública estatal responsável pela oferta de serviços continuados de proteção social básica de assistência social às famílias, grupos e indivíduos em situação de vulnerabilidade social” (BRASIL, 2006, p. 13). O CRAS tem, como público alvo, as famílias beneficiadas pelo programa Bolsa Família e uma de suas principais ações se refere à promoção de grupos ou oficinas de convivência e de trabalho socioeducativo para famílias, promovendo ações de capacitação e inserção produtiva. O CRAS surgiu como uma proposta de acompanhamento aos beneficiários, tornando-os assim menos dependentes dos programas de transferência de renda. Porém, como o programa Bolsa Família já existia, tornou-se cada vez mais difícil desvincular as famílias pobres do assistencialismo. Dessa forma, nesse município, não tem havido uma boa adesão das pessoas quando são oferecidos cursos profissionalizantes ou oficinas de trabalho, visto existir um ciclo vicioso *miséria- assistência*.

Esse ciclo se encontra tão enraizado que as pessoas acabam por admitir que preferem receber o benefício ao invés de trabalhar. Um exemplo desolador é observado com o BPC: existem mães que insistem que seus filhos sejam considerados doentes para que consigam ter acesso ao benefício. Um dos casos mais impressionantes, constatados em minha prática profissional, foi o de uma mãe com um filho desnutrido que se recusa a levá-lo para a nutricionista, pois acredita que, através da desnutrição do filho, terá direito ao recebimento do benefício.

Além dos já citados prejuízos trazidos por esse ciclo vicioso para a população do município, há um agravante ainda maior: como as pessoas estão aderindo menos ao trabalho, sua saúde mental tem sido comprometida, observando-se um crescente aumento no número de casos de depressão. Esse aumento é compreensível quando se observa a grande quantidade de pessoas ociosas no município. Como se sabe, a atividade é de fundamental importância para a formação, desenvolvimento e autonomia do indivíduo.

Segundo Góis (1994), ao se tomar como referência a noção de atividade em Marx (1975):

“[...] constatamos que esta se apresenta não só como tarefas, operações ou procedimentos, senão, também, como ação consciente e transformadora (trabalho), quer dizer, uma ação que permite o ser humano apropriar-se da natureza, produzir a sociedade e sua existência conforme sua vontade” (p. 1).

Já para Vigotsky (1996), a atividade possui dois elementos fundamentais: uma estrutura instrumental e sua inclusão em um sistema de relações com outras pessoas. Assim, a atividade seria desenvolvida apenas através de ferramentas e condições de comunicação e cooperação humanas. Ainda com relação a Vigotsky, a atividade apresenta outras três características: direção, que se refere à relação entre motivo-objeto-objetivo; transformação, que diz respeito à construção cultural e interiorização, que trata da reconstrução interna dos objetos e de suas relações no mundo físico-social.

Góis (1994) propõe que a compreensão da atividade humana em Psicologia se refere ao “[...] elo que estabelece o vínculo indissolúvel entre o mundo objetivo e o mundo subjetivo, entre a atividade cerebral e a atividade psíquica, entre a atividade consciente e as instâncias inconscientes e automáticas” (p. 4). Inclui ainda, na categoria atividade, os processos de apropriação, interiorização e transformação da realidade. Segundo o autor, através da atividade, o indivíduo se identifica, muda a realidade objetiva e passa a dar significado ao mundo, como também a si próprio, fazendo história, criando a cultura e formando sua consciência no mundo.

Dessa forma, pode-se perceber que a atividade é de fundamental importância para o indivíduo, tanto para sua formação, consciência, transformação em sujeito de si e do mundo, como também para sua saúde física e mental. Assim, observa-se que, quando as pessoas abdicam do trabalho, principal forma de atividade humana, estão abdicando de sua integridade, consciência e saúde mental.

Assim, ao entrar num processo de adoecimento, o indivíduo necessitará de suporte para enfrentar sua patologia. E um dos eixos principais desse suporte é o papel que será desempenhado por sua família, pois, como já mencionado anteriormente, a família tem uma importância fundamental na formação do indivíduo e no seu

desenvolvimento. No tópico seguinte, será explorada a importância do grupo familiar para o indivíduo que apresenta um quadro de depressão.

3.3 A importância da família no tratamento das psicopatologias

Desde o século XIX, o hospital psiquiátrico, que já foi o único recurso para o tratamento de problemas psíquicos, tem colaborado para a exclusão dos doentes mentais e alívio da família e da sociedade, no que diz respeito aos problemas causados pela doença. Essa conduta tem contribuído bastante para a perda dos vínculos familiares desses pacientes (CAMPOS, 2005).

Após a Segunda Guerra Mundial, passou a ser dada maior importância à família, no que se refere ao tratamento das psicopatologias. A partir das denúncias dos modelos de exclusão, surgiram oportunidades de debates, que evoluíram para o movimento das transformações das instituições psiquiátricas. Antes desse período, havia o que Pinel denominou de *isolamento terapêutico do alienado*, isto é, excluía-se o portador de transtorno mental do convívio familiar e social. Esquirol, discípulo de Pinel, analisava a família mediante o isolamento terapêutico de forma paradoxal: por um lado, considerava o grupo familiar propenso à alienação por ter um alienado em seu meio, o que poderia influenciar as relações entre seus membros; por outro lado, acreditava que o isolamento deveria ser realizado, pois a família poderia ser a causadora da alienação mental (ROSA, 2005).

Dessa forma, como a família era considerada um agente patogênico, era também afastada do portador de transtorno mental. Como havia a promessa de que aquele paciente pudesse vir a se curar, o papel da família passava a ser apenas o de esperar passivamente pelo resultado das intervenções efetuadas pelos *detentores do saber*, sendo assim isentada da responsabilidade acerca do tratamento do paciente, que era limitado apenas aos profissionais de saúde mental (ROSA, 2005).

Como já mencionado, durante o período do pós-guerra, a família passou a ser incluída no processo de tratamento desses transtornos. A partir daí, passaram a

surgir, em alguns países, novos modelos de atenção em saúde mental, o que culminou com a Reforma Psiquiátrica. No Brasil, os primeiros sinais de transformação da assistência psiquiátrica surgiram no final da década de 1970, porém as mudanças mais significativas nas políticas de saúde mental só foram implementadas no período de 1992 a 1995. Outro fator desencadeante dessas mudanças foi o crescimento das terapias familiares nos anos de 1950 e, especialmente no Brasil, nos anos de 1970, grande parte da população das classes média e alta aderiu a essa abordagem a fim de enfrentar seus problemas e dificuldades (ROSA, 2005).

Através do processo de desinstitucionalização, a família passa a ser vista como forte aliada na recuperação do portador de transtorno mental, bem como na prevenção de sua cronicidade (MELMAN, 2001). Campos (2005), em seu artigo *Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental*, propõe que:

“Estudos recentes (Lefley e Wasow, 1994; Leffley, 1998) mostram que, em contraste aos paradigmas anteriores, as famílias de pessoas portadoras de transtornos psíquicos não são hoje percebidas nem como causas, nem como canais instrumentais para a cura do paciente, pois as mesmas não causam os transtornos, e também não podem curá-los, mas como fortes aliados no enfrentamento de situações altamente adversas” (p. 221).

Quando um membro da família é acometido por algum tipo de transtorno, a família como um todo sofre um grande impacto, podendo haver significativas desorganizações nas formas de lidar com as situações cotidianas, na medida em que o grupo enfrenta as alterações de comportamento do indivíduo e torna-se cuidador daquele familiar (CAMPOS, 2005).

Rosa (2005), em seu artigo *A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental*, assinala:

“A família, sobretudo na fase inicial do transtorno mental, tem um papel fundamental na construção de uma nova trajetória para seu ente enfermo, mas seus recursos emocionais, temporais e econômicos e seus saberes têm que ser bem direcionados, cabendo aí uma contribuição importante dos trabalhadores e dos serviços psiquiátricos” (p. 210).

No caso da depressão, a família terá um papel fundamental tanto no processo diagnóstico - ao perceber, nas situações cotidianas, alterações no

comportamento do familiar - quanto no tratamento, tendo paciência e compreensão para com o indivíduo, aceitando sua doença, não o rotulando como preguiçoso, fraco; acreditando que, quando quiser, o paciente pode se recuperar. Deve estimular o familiar, mas nunca forçá-lo a certas situações ou atitudes paliativas, como viagens ou festas.

Diante do exposto, depreende-se que a família desempenha papel relevante para a saúde mental do indivíduo. Na atualidade, como resultado de uma evolução histórica, o grupo familiar, ao invés de ser isento da responsabilidade para com o membro portador do transtorno, é visto como co-responsável e elemento fundamental para o seu tratamento e reabilitação, como também, para o processo diagnóstico. A família trará ainda mais dados acerca do estado do paciente: seu comportamento, suas relações, dentre outros. Como será visto no capítulo seguinte, a família do indivíduo será um dos elementos chave para uma avaliação bem sucedida.

4 AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Atualmente, o psicólogo faz uso de inúmeras estratégias de avaliação psicológica, a partir de objetivos definidos, a fim de encontrar respostas para determinadas situações, visando à solução de problemas. O uso dos testes psicológicos é de fundamental importância para esse processo, porém constitui apenas um dos meios possíveis de avaliação.

Segundo Cunha (2000), podem existir várias atribuições à expressão *estratégias de avaliação psicológica*, que se aplicam a uma variedade de recursos e abordagens utilizados pelo psicólogo durante o processo de avaliação. Primeiramente, essa estratégia pode se referir ao enfoque teórico empregado pelo psicólogo; pode aludir à metodologia adotada pelo profissional, um exemplo disso é a utilização de diversos métodos numa avaliação com propósitos clínicos (o profissional pode utilizar desde métodos psicométricos até métodos mais individualizados ou qualitativos); pode dizer respeito às medidas do psicólogo, isto é, às estratégias utilizadas para medir sintomas e síndromes, definindo níveis de psicopatologia.

Dentre os diversos tipos de avaliação psicológica, destaca-se o *psicodiagnóstico* que, na visão de Cunha (2000), consiste num tipo de avaliação psicológica com finalidade clínica, “[...] visando identificar forças e fraquezas no funcionamento psicológico, com um foco na existência ou não de psicopatologia” (p.23). Nele se configura uma situação onde os papéis desempenhados são bem definidos: uma pessoa (cliente) solicita ajuda ao psicólogo, que, ao atender a solicitação do cliente, se compromete a ajudá-lo dentro de suas possibilidades. Esse processo apresenta duração limitada e objetivos específicos (TRINCA, 1984).

4.1 Psicodiagnóstico

No psicodiagnóstico, realiza-se um estudo aprofundado da personalidade do indivíduo, do ponto de vista clínico (ARZENO, 2000): “[...] a concepção usada da

personalidade parte da base de que a personalidade possui um aspecto consciente e outro inconsciente e que cada indivíduo possui uma configuração de personalidade única e inconfundível” (p.13). A autora também afirma que devem ser considerados os aspectos sócio-cultural e familiar ao se estudar a personalidade, que constituem o meio de onde provém o indivíduo.

Historicamente, a atuação inicial em psicodiagnóstico refletiu a postura dos cientistas da época, que “[...] consideravam possível chegar-se ao conhecimento objetivo de um fenômeno utilizando uma metodologia baseada em observação imparcial e experimentação” (TRINCA, 1984, p. 4). Assim, através dessa postura, desenvolveram-se três modelos principais:

- Médico: marcou o início da atuação profissional, pois houve uma transposição da prática médica para a psicológica, com ênfase para o uso de instrumentos de medidas e os processos patológicos do indivíduo. Desse modo, foram criados testes para diagnosticar os processos psíquicos;
- Psicométrico: foi através do desenvolvimento dos testes psicológicos que o psicólogo foi adquirindo maior autonomia e identidade, desvinculando-se da autoridade do médico, a quem cabia solicitar e receber os resultados dos testes. O psicólogo, nesse momento, utilizava-se desses resultados, ao invés de entregá-los a outros profissionais. Esse modelo vigorou durante a II Guerra Mundial, período em que os psicólogos eram solicitados a selecionar indivíduos aptos para o exército;
- Behaviorista: considerou que o comportamento humano não decorre de características inatas e imutáveis, mas da aprendizagem, podendo, dessa forma, ser modificado. Enfatizou a postura positivista (TRINCA, 1984).

Muitas vezes, pode-se confundir o psicodiagnóstico com a mera aplicação de testes, mas sua finalidade é certamente mais abrangente. No psicodiagnóstico, utilizam-se testes, mas também são empregadas outras estratégias de avaliação a fim de compreender o sujeito de forma científica e sistemática, com o objetivo de investigar a

queixa ou problema específico que o levou à procura do profissional (CUNHA, 2000). Dentre as inúmeras estratégias utilizadas no psicodiagnóstico, podem-se mencionar: entrevistas clínicas vinculares e familiares; técnicas projetivas; análise do motivo manifesto e latente da consulta; observação, dentre outras (ARZENO, 2000).

O processo psicodiagnóstico apresenta um ou mais objetivos específicos, de acordo com os motivos do encaminhamento. Cabe assim, ao terapeuta, ter ciência da finalidade de um dado psicodiagnóstico para poder selecionar as estratégias mais adequadas e formular suas hipóteses iniciais. Os objetivos mais comuns são:

- Diagnóstico: intenciona explicar o que ocorre para além da descrição consciente do paciente, sinalizando causas para os sintomas;
- Avaliação do tratamento: como forma de avaliar a direção do tratamento. Para isso, aplica-se novamente a mesma bateria de testes usados na primeira ocasião; pode-se utilizar outra bateria, caso o paciente se lembre do que fez na primeira vez;
- Comunicação: o psicodiagnóstico é utilizado como forma de favorecer a comunicação daquelas pessoas que têm dificuldade de se expressar espontaneamente, como, por exemplo, com crianças pequenas. Dessa forma, ao facilitar a comunicação, amplia-se a tomada de consciência por parte do cliente – *insight*;
- Pesquisa: com o objetivo de criar instrumentos de exploração da personalidade, como também de planejar a investigação para o estudo de uma determinada patologia (ARZENO, 2000);
- Classificação Simples: comparação da amostra do comportamento do examinando com os resultados de outros sujeitos, como na classificação do nível de inteligência de um indivíduo;
- Descrição: um pouco mais abrangente do que a classificação simples, há uma descrição do desempenho do paciente. Interpretam-se diferenças de escores e identificam-se forças e fraquezas;
- Classificação Nosológica: realiza-se um julgamento clínico sobre a presença ou não de uma configuração de sintomas significativos;

- Diagnóstico Diferencial: investigam-se irregularidades no quadro sintomático e no resultado dos testes a fim de diferenciar alternativas diagnósticas, níveis de funcionamento ou natureza da patologia;
- Avaliação Compreensiva: considera-se o caso sob uma perspectiva mais global, determinando-se o nível de funcionamento da personalidade e examinando-se funções do ego para facilitar a indicação terapêutica;
- Entendimento Dinâmico: enfoca a personalidade de maneira global, porém num nível mais elevado de inferência clínica do que a avaliação compreensiva;
- Prevenção: objetiva identificar determinado problema precocemente, antes de sua manifestação;
- Prognóstico: avalia condições que, de alguma forma, possam ter influência no curso do transtorno;
- Perícia Forense: procura resolver questões associadas à capacidade do cidadão responder legalmente por seus atos, como na avaliação de insanidade (CUNHA, 2000).

Uma das principais questões que devem ser consideradas pelo profissional que realizará o psicodiagnóstico é a *definição, identificação e avaliação* do tipo de problema que levou o paciente a solicitar o psicodiagnóstico ou a ser para ela encaminhado. Assim, “[...] cabe ao psicólogo examinar as circunstâncias que precederam a consulta, avaliar as maneiras de perceber o problema e delimitá-lo [...]” (CUNHA, 2000, p. 33). Para que isso ocorra, é necessário que o psicólogo tenha conhecimentos aprofundados acerca do que são sinais e sintomas. Conforme Cunha (2000), sinais referem comportamentos observáveis, enquanto sintomas são experiências sentidas pelo sujeito; porém, no que diz respeito à doença mental, essa diferenciação se torna praticamente inexistente.

O problema trazido pelo cliente geralmente é identificado quando são reconhecidas alterações ou mudanças nos padrões de comportamento comum, que podem ser de caráter qualitativo ou quantitativo. No que se refere às alterações quantitativas, podem ser observadas através do aumento, exagero ou diminuição de um

padrão de comportamento usual, normal. Já “[...] quando as mudanças percebidas são de natureza qualitativa, habitualmente chamam a atenção por seu cunho bizarro, idiossincrásico, inapropriado ou esquisito” (CUNHA, 2000, p. 34). Para que o psicólogo chegue a um diagnóstico claro, é preciso que investigue e observe esses sintomas, apresentados pelo cliente, durante um determinado período de tempo.

Segundo Arzeno (2000), o processo psicodiagnóstico é constituído de sete etapas: a primeira ocorre no contato inicial entre terapeuta e cliente, geralmente pelo telefone, e consiste nas impressões que ambos têm um do outro; a segunda acontece nas primeiras entrevistas, nas quais cabe ao psicólogo procurar esclarecer *os motivos latente e manifesto* da consulta - é um período de observação em que o psicólogo procurará ter o máximo de impressões acerca do paciente; a terceira etapa consiste na reflexão acerca do material colhido na fase anterior, quando o psicólogo formulará suas hipóteses iniciais a fim de planejar os passos a serem seguidos e os instrumentos utilizados; a quarta consiste portanto na execução do seu plano psicodiagnóstico, isto é, na realização da estratégia diagnóstica planejada.

A quinta etapa consiste no momento em que o psicólogo se dedicará ao material colhido durante as fases anteriores, em que irá estudar e interpretar todo o material. Para isso: “[...] é necessário buscar recorrências e convergências dentro do material, encontrar o significado de pontos obscuros ou produções estranhas, correlacionar os diferentes instrumentos utilizados, entre si e com a história do indivíduo e da família” (ARZENO, 2000, p.15); a sexta se refere à entrevista devolutiva. A devolução dos resultados pode ser realizada apenas uma vez ou em mais sessões; geralmente, é realizada uma entrevista com o indivíduo protagonista e outra com os pais e o restante da família. Esse momento é repleto de ansiedade tanto por parte do paciente e sua família, como por parte do próprio psicólogo, assim é preciso que o profissional passe a observar as reações que suas conclusões manifestam nele próprio e nos entrevistados, pois esse momento pode vir a possibilitar o surgimento de novos materiais. Por fim, a sétima etapa consiste na elaboração do informe psicológico, se solicitado.

Complementando o que Arzeno (2000) afirma em relação às etapas do processo diagnóstico, Cunha (2000) propõe que, nesse processo, o psicólogo deva

apresentar alguns comportamentos específicos, como: i) determinar motivos do encaminhamento; ii) levantar dados de natureza médica, psicológica, social, escolar, profissional; iii) colher dados sobre a história pessoal e clínica do paciente; iv) realizar exame do estado mental do paciente; v) levantar hipóteses iniciais e definir os objetivos do exame; vi) estabelecer um plano de avaliação; vii) estabelecer um contrato de trabalho com o paciente ou responsável; viii) aplicar testes e outros instrumentos psicológicos; ix) levantar dados quantitativos e qualitativos; x) organizar, selecionar e integrar todos os dados significativos para os objetivos do exame; xi) comunicar resultados e propor soluções em benefício do cliente; xii) encerrar o processo.

É muito importante que o psicólogo tenha conhecimento das influências a que está submetido, a fim de compreender melhor a função social de seu trabalho, como também de permitir a divulgação e produção de técnicas de trabalho voltadas para a realidade sócio-econômica e cultural (TRINCA, 1984).

Para a realização de um processo diagnóstico bem sucedido, as entrevistas clínicas serão um instrumento de grande importância para o avaliador. Consistem num “conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigido por um entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos em uma relação profissional, com o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos” (CUNHA, 2002, p.45).

4.2 Entrevistas Clínicas

Dentre as várias características da entrevista clínica, uma delas se refere ao fato de ser dirigida; mesmo na realização das entrevistas ditas “livres”, há a necessidade de que o entrevistador conheça seus objetivos. É visando alcançar os objetivos da entrevista que o entrevistador estrutura sua intervenção. Dessa forma, delineiam-se dois tipos diferentes de papéis: o papel de entrevistador, que é o responsável pela condução do processo e pela aplicação de seus conhecimentos técnicos a fim de beneficiar as pessoas envolvidas; e o papel do entrevistado, que consiste basicamente em prestar informações (CUNHA, 2002).

Na realização de uma entrevista clínica, é de fundamental importância a delimitação temporal, que não requer necessariamente um único encontro; assim, pode haver outras sessões para a realização da entrevista, resultando, posteriormente, em um contrato terapêutico.

Cunha (2002), afirma que as entrevistas podem ser classificadas quanto ao aspecto formal em: i) estruturadas, que ocorrem com mais frequência na realização de pesquisas, um exemplo é a entrevista epidemiológica; ii) semi-estruturadas, nas quais o entrevistador tem clareza de seus objetivos, do que é necessário para alcançá-los e em que condições; são bastante utilizadas onde se almeja a padronização de procedimentos e registros de dados, como nas clínicas sociais e iii) de livre estruturação, que abrange a maioria das técnicas de entrevistas utilizadas em Psicologia Clínica.

Já no que se refere aos objetivos, Cunha (2002) propõe que as entrevistas podem ser classificadas de acordo com sua finalidade em: i) triagem, que propõe-se a avaliar a demanda do sujeito, encaminhando-o para o tratamento adequado; ii) anamnese, que tem por objetivo fazer um levantamento detalhado acerca da história do desenvolvimento do indivíduo, levando-se em consideração, principalmente, sua infância; iii) diagnóstica, referem-se à descrição, avaliação e inferência sobre uma determinada condição apresentada pelo sujeito, visando prioritariamente uma modificação nessa condição; iv) sistêmicas, são utilizadas, principalmente, para avaliação de casais e famílias ; e de devolução, que objetiva comunicar o sujeito acerca do resultado do seu processo de avaliação.

Uma entrevista clínica bem realizada pode fornecer uma série de subsídios para a realização de um diagnóstico satisfatório, pois, permite ao psicólogo:

- Perceber a primeira impressão que o paciente o desperta, observando se é mantida no decorrer da entrevista ou se sofre modificações

- Considerar aquilo que é verbalizado pelo cliente, avaliando as características de sua linguagem, e como ele se reporta aos três tempos de sua vida: passado, presente e futuro
- Estabelecer o grau de coerência ou discrepância entre tudo aquilo que foi verbalizado e o que foi captado através de sua linguagem não-verbal (roupas, gestos...)
- Planejar a bateria de testes mais adequada no que se refere a: quantidade e qualidade dos testes; seqüência de aplicação; número de encontros necessários para esta aplicação.
- Perceber o processo de transferência do paciente para com o examinador e o processo de contra-transferência para com o cliente (OCAMPO *et al.*, 1981).

Dessa forma, pode-se concluir que, além da percepção de toda sintomatologia apresentada pelo sujeito, para a realização de um bom diagnóstico de depressão, as entrevistas clínicas serão de grande importância, como também para a escolha do melhor encaminhamento. Vale ressaltar que “[...] a entrevista clínica é uma técnica, não a técnica. É insubstituível enquanto cumpre certos objetivos do processo psicodiagnóstico, mas os testes apresentam certas vantagens que os tornam insubstituíveis e imprescindíveis” (OCAMPO *et al.*, 1981, p. 24). Como será comentando no tópico seguinte, os testes psicológicos também serão de grande valia no diagnóstico da depressão.

4.3 Depressão e avaliação psicológica

Como já foi mencionado anteriormente, além das entrevistas clínicas, outros recursos podem ser utilizados para a realização do diagnóstico da depressão, dentre os quais estão os testes psicológicos e, principalmente, as técnicas projetivas.

Ainda no que se refere às técnicas projetivas, Ocampo *et al.* (1981) afirmam que:

“Estes apresentam estímulos ambíguos mas definidos (pranchas, perguntas,etc.). Operam de acordo com instruções que são verbalizações controladas e definidas que transmitem ao paciente o tipo de conduta que esperamos dele neste momento frente a este estímulo” (p. 24).

Essas técnicas também apresentam uma fase de interrogatório, na qual o psicólogo indaga o paciente acerca de suas respostas.

Dentre os inúmeros testes projetivos, alguns trazem certas considerações acerca do diagnóstico da depressão. Nesse caso, pode-se citar o *Teste de Apercepção Temática (T.A.T.)*, que consiste num método projetivo capaz “[...] de tornar patentes tendências subjacentes inibidas que o sujeito ou paciente não deseja aceitar ou que não tem condições de admitir por serem inconscientes” (MURRAY, 1995, p.1). Esse teste é útil para qualquer estudo abrangente da personalidade, no caso de distúrbios de conduta, neuroses, psicoses e doenças psicossomáticas.

O T.A.T. constitui-se de dezenove pranchas impressas com imagens e uma prancha em branco. Algumas imagens são comuns a todos os sujeitos, outras especiais para o sexo masculino, feminino, adultos e crianças (ANZIEU, 1978). Para cada prancha, o examinado deve contar uma história. Murray (1995), no manual do teste, afirma que essas imagens são eficazes para estimular a imaginação do examinado e obrigam o sujeito a lidar, à sua maneira, com algumas situações comuns da vida humana.

No que se refere ao diagnóstico da depressão no T.A.T., Cunha *et al.* (1986) afirmam que nos casos de pacientes com depressão: as respostas são predominantemente monossilábicas; as histórias são sombrias (culpa, tristeza, má sorte, desfechos tristes); surgem exclamações e expressões de desalento, automenosprezo; e fantasias ansiosas em que a bondade, o amor e a ventura aparecem na história.

Outro teste que, segundo pesquisas, também poderá ser utilizado no diagnóstico da depressão é o *Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister*, usado em diagnósticos há mais de cinquenta anos. Esse teste consiste na execução de três pirâmides coloridas conforme o gosto do examinando.

Dessa forma, o material utilizado para a aplicação:

“[...] compõe-se por um jogo de três cartões em papel pardo com o desenho do esquema de uma pirâmide, e um jogo de quadrículos coloridos formado por 10 cores subdivididas em 24 tonalidades. Esse jogo deve conter no mínimo de 40 a 45 quadrículos de cada tonalidade” (AMARAL, 2004, p.1).

As cores que compõem o material do teste são o azul, verde e vermelho (quatro tonalidades de cada), violeta (três tonalidades), amarelo, laranja e marrom (duas tonalidades cada), preto, branco e cinza (AMARAL, 2005). Ao examinando, é solicitada a construção de suas pirâmides, uma de cada vez, num total de três, de modo que fiquem bonitas de acordo com seu ponto de vista. Terminada a construção, o examinador realiza um breve inquérito, indagando o examinado acerca de sua preferência com relação às pirâmides executadas e cores em geral.

Como se trata de um instrumento não-verbal e relativamente lúdico, não exigindo habilidades específicas, esse teste é bastante útil no que se refere à apreensão da dinâmica afetiva do paciente, especialmente com relação a indivíduos que apresentam dificuldades em expressar-se verbal ou graficamente (AMARAL, 2004).

As cores possuem um significado afetivo reconhecido amplamente. Rorschach, ao desenvolver seu método psicodiagnóstico, atribuiu grande importância às respostas de cor como representantes da afetividade. A partir daí, “[...] descobriu-se o sentido inegável do estímulo cromático no campo das emoções, faltando ainda compreender e verificar de modo mais sistemático as possíveis relações entre diferentes cores e diferentes afetos” (AMARAL, 2004, p. 2).

Dessa forma, a partir da realização de pesquisas, concluiu-se que indivíduos com um quadro de depressão apresentavam um significativo aumento do verde em suas pirâmides, acompanhado da constância absoluta da cor violeta, como também uma maior incidência de pirâmides cortadas e tendendo a estruturas. Vale porém ressaltar que, é necessário que o examinador também faça uso de outros recursos a fim de obter uma maior segurança em seu diagnóstico.

Como foi discutido nesse capítulo, pode-se concluir que os testes psicológicos e as técnicas projetivas constituem elementos importantes para o diagnóstico da depressão. Além das duas técnicas mencionadas, vale ressaltar a importância das entrevistas clínicas, que também oferecem subsídios para este fim.

CONCLUSÃO

Dada a grande importância da depressão nos dias de hoje, realizou-se um estudo acerca de sua influência sobre a população, ressaltando o ponto de vista clínico, enfocando-se sua origem, diagnóstico, tratamento e, sobretudo, prevenção.

A partir desse estudo, observou-se a importância da família para o tratamento dessa patologia, visto que, na atualidade, como resultado de uma evolução histórica, o grupo familiar, ao invés de ser isento da responsabilidade para com o membro portador do transtorno, é visto como co-responsável e elemento fundamental para o seu tratamento e reabilitação, como também, para o processo diagnóstico.

Além da importância da família, observou-se também a utilidade da avaliação psicológica para o diagnóstico da depressão: os testes psicológicos e as técnicas projetivas constituem elementos importantes para o diagnóstico dessa patologia. Além das duas estratégias mencionadas, vale ressaltar a importância das entrevistas clínicas, que também oferecem subsídios para esse fim.

Ressaltou-se também, nesse estudo, a depressão sob o ponto de vista social, analisando sua relação com o trabalho, principalmente através de formas de desafiliação social (CARRETEIRO, 2004). Assim, foi dado um enfoque especial à raiz da depressão como consequência de um sofrimento social. De acordo com Carreiro (2004), esse sofrimento é consequência do afastamento, cada vez maior, por parte do sujeito, de dois eixos principais: *trabalho e proteção social*, e esse afastamento acaba por gerar um sofrimento psíquico, consequência do que foi denominado por Castel (1995) como *desafiliação social*. Essa desafiliação refere-se ao termo *exclusão*, consistindo numa ruptura de pertencimento e vínculo social.

A depressão, na atualidade, está cada vez mais perceptível nas camadas populares menos favorecidas, daí o grande destaque dado às categorias sociais *pobreza e exclusão*. Sawaia (2004) concebe o termo exclusão como sendo dinâmico, isto é, mesmo atingindo as pessoas, não se refere a um processo individual, mas sim a um

processo que se faz presente nas diversas formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas da sociedade brasileira.

No que se refere à categoria pobreza, deu-se grande relevância às ações de políticas sociais criadas em 2003, a partir do governo Lula, dentre as quais foi ressaltado o *Programa Fome Zero*, lançado numa tentativa do governo de acabar com a fome e a exclusão social, universalizando os direitos básicos, por meio da articulação de políticas emergenciais, para assegurar o direito à vida e à integridade familiar, com políticas emancipatórias. Dentro desse programa, está o *Programa Bolsa Família*, que unificou os antigos programas denominados *Bolsa Escola*, *Bolsa Alimentação*, *Cartão Alimentação e Auxílio Gás*, todos de transferência de renda.

Ainda no que se refere à categoria pobreza, outro programa de grande interesse consiste no *Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC)*, que é um benefício assistencial, não contributivo, previsto na Constituição Federal e regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social com as alterações do Estatuto do Idoso. Tem por objetivo garantir um salário mínimo mensal aos idosos com 65 anos ou mais e às pessoas com deficiência, que se encontram incapacitadas para o trabalho e para a vida independente, não tendo condições de se sustentarem ou de serem sustentadas pela família (BRASIL, 2005).

A partir da discussão acerca dos benefícios sociais, procurou-se relacioná-los ao tema da depressão, especificamente no município de Ocara. Assim, pôde-se constatar que, mesmo com as vantagens trazidas pelos benefícios, tem-se observado que, em muitos casos, ao invés de melhorarem a situação dessas pessoas, tornando-as mais autônomas e independentes, acabam gerando, adversamente, um efeito inverso.

A possibilidade da concretização desse fenômeno é visível no município de Ocara, visto que, nesse município, as pessoas acabam por admitir que preferem receber o benefício ao invés de trabalhar. Assim, como as pessoas estão aderindo menos ao trabalho, sua saúde mental tem sido comprometida, observando-se um crescente

aumento no número de casos de depressão. Esse aumento é compreensível quando se observa a grande quantidade de pessoas ociosas no município.

A partir do que foi discutido, pôde-se concluir que a atividade é de fundamental importância para a formação, desenvolvimento e autonomia do indivíduo, tanto para sua formação, consciência, transformação em sujeito de si e do mundo, como também para sua saúde física e mental. Assim, observou-se que, quando as pessoas abdicam do trabalho, principal forma de atividade humana, estão abdicando de sua integridade, consciência e saúde mental. Com base no estudo realizado, pode-se constatar a associação do aumento no número dos casos de depressão nos últimos tempos às questões sociais.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Anna Elisa de Villemor & PRIMI, Ricardo & FARAH, Flávia Helena Zanetti & DA SILVA, Sandra Mônica. (Org). **A depressão no teste das pirâmides coloridas de Pfister**: Formas de investigação clínica em psicologia. São Paulo: Vetor, 1997.

ANZIEU, D. **Os métodos projetivos**. Rio de Janeiro: Editora Campus LTDA., 1978.

APA. **Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM-IV)**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Editora Guanabara, 1977.

ARZENO, M. E. G. **Psicodiagnóstico Clínico**: Novas Contribuições. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BARBOSA, Sônia Regina da Cal Seixas. Identidade social e dores da alma entre pescadores artesanais em Itaipu, RJ. **Ambiente Social**. Campinas vol.7. nº. 1, 2004.

BRASIL. **Desenvolvimento Social**: Guia de Políticas e Programas. Brasília: dezembro 2005.

BRASIL. **Proteção Básica do sistema único de assistência social**: Orientações técnicas para o centro de referência de assistência social. Brasília: [s.n.], junho de 2006.
CAMPOS, Pedro Humberto Faria & SOARES, Carlene Borges. Representação da sobrecarga familiar e adesão aos serviços alternativos em saúde mental. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 219-237, dez. 2005.

CRONBACH, I.J. **Fundamentos da Testagem Psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

CUNHA, Jurema Alcides. **Psicodiagnóstico-V**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

CUNHA, J.A., FREITAS, N.K. & RAYMUNDO, M.C.B. **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

DELOUYA, Daniel. **Depressão**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

ÉPOCA São Paulo: Globo, ed 427, 24 jul 2006.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida; LAFER, Beny; SOUGEY, Everton Botelho; DEL PORTO, José Alberto; BRASIL, Marco Antônio & JURUENA, Mário Francisco. Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.25 n.2 jun. 2003.

GOIS, César W. de Lima. **Psicologia Comunitária: Atividade e consciência**. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

LIMA, Maurício Silva de. **Epidemiologia e impacto social**. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, vol.21, Maio, 1999.

MURRAY, Henry A. e colaboradores da Clínica Psicológica de Harvard. **Teste de Apercepção Temática : T.A.T.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

OCAMPO, M.L.S.; ARZENO, M.E.G; GRASSANO DE PICCOLO, E. e col. **O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

OMS. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)**. São Paulo: EDUSP, 2004.

OSTERNE, Maria do Socorro Ferreira. **Família, gênero e pobreza: O lugar da dominação masculina**. Fortaleza: Eduece, 2001.

PONTES, Cleto Brasileiro. **Depressão: o que você precisa saber**. Fortaleza: Multigraf Editora, 1993.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. **Psicologia em Revista**. Belo Horizonte, v. 11, n. 18, p. 205-218, dez. 2005.

ROZEMBERG, Brani. O consumo de calmantes e o "problema de nervos" entre lavradores. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo v.28 n.4 ago. 1994.

SAMARA, Eni de Mesquita. O que mudou na família brasileira? Da colônia á atualidade. **Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – USP- Psicologia USP**. São Paulo, v.13, n.2, 2002.

SAWAIA, Bader (Org). **As artimanhas da exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

TRINCA, W. (Org) **Diagnóstico psicológico: a prática clínica**. São Paulo: EPU, 1984.

VEJA. São Paulo: Abril, 16 ago 2006.

