



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

**VIVÊNCIAS DO AUTOCUIDADO  
EM UTENTES COM EPISÓDIOS DEPRESSIVOS**

**DISSERTAÇÃO**

**Orientação:**

Professor Doutor Wilson Correia Abreu

**Co-orientação:**

Professora Mestre Regina Pires

**Luís Miguel Pereira da Silva**

**Porto | 2012**



## PENSAMENTO

*“(...) Ao Cuidado, porém, que moldou a criatura, ficará esta entregue durante a sua vida. E uma vez que há entre vós acalorada discussão acerca do nome, decido eu que esta criatura será chamada Homem (homo), isto é, feita de humus, que significa terra fértil.”*

Excerto da Fábula de Hyginus - *Fabulae* nº 220  
cit. Irene Borges-Duarte (2010)



## **AGRADECIMENTOS E DEDICATÓRIA**

Pretendemos aqui deixar expresso o mais profundo agradecimento a todas as pessoas que em seguida se distinguem, que tornaram possível a concretização valorizada deste estudo, através dos seus conhecimentos, estímulo intelectual, encorajamento e apoio emocional.

Ao Professor Doutor Wilson Abreu, pela competência científica e orientação pedagógica inestimáveis com que subsidiou este estudo, sempre num clima de grande amizade e generosidade, e sem prejuízo da nosso espírito crítico e de iniciativa.

Ao Conselho de Administração do HML-EPE, na pessoa do Sr. Enfermeiro Director João Teles, pela atenção e colaboração imprescindíveis.

Aos Enfermeiros dos Serviços B, C e, muito especialmente, do Serviço de Intervenção Intensiva, do HML-EPE, pela disponibilidade, incentivo e amizade que nos dedicaram durante a recolha de dados.

À equipa de profissionais do Serviço C4, do HML-EPE, muito especialmente, aos colegas Enfermeiros com quem temos a honra de trabalhar, por acreditarem e assim nos dedicarem grande apoio e encorajamento, para além do já habitual companheirismo e amizade memoráveis.

Aos amigos, também colegas de profissão, pela amizade autêntica e apoio generoso - vocês sabem quem são.

Aos meus familiares, muito especialmente, aos meus Pais pelo amparo e dedicação incondicionais do passado, de agora e para sempre!

À Fátima, minha esposa, pelo apoio, compreensão e dedicação incondicionais, não obstante as perdas e ausências a que um trabalho desta natureza obrigam.

Aos utentes que participaram no estudo, não obstante a sua condição debilitada, e assim se tornaram insubstituíveis, razão bastante para que agora o mesmo lhes fique dedicado!



## **LISTA DE SIGLAS**

APA - American Psychiatric Association

AVAI - Ano de Vida Ajustado por Incapacidade

AVI - Anos Vividos com Incapacidade

BDI - Inventário de Depressão de Beck

CE - Comissão Europeia

CES-D - Center for Epidemiologic Studies Depression Scale

CGD – Carga Global de Doenças

CID-10 - Classificação Internacional das Doenças, 10<sup>a</sup> versão

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DEPRES II - Depression Research in European Society II

DSM-IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4<sup>a</sup> versão

ECT - Electroconvulsivoterapia

EESM - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

EFTA - Associação dos Estados de Comércio Livre

GBD - Global Burden of Diseases

GIDEA - Grupo de Investigação e Desenvolvimento da Enfermagem em Acção

IDT - Instituto da Droga e Toxicoddependência

NIMH - National Institute of Mental Health

ODIN - Outcome of Depression International Network

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPS - Organización Panamericana de la Salud

QV - Qualidade de vida

UE - União Europeia

WHO - World Health Organization

WHOQOL-100 - World Health Organization Quality of Life 100

## LISTA DE ABREVIATURAS

artgs - Artigos

cit. in - citado em

cons. - consultado

coord. - coordenador(es)

dr. - doutor

ed. - edição

eds. - editores

et al - e outros

etc. - etcetera

ex. - exemplo

min. - minuto(s)

nº - número

orgs. - organizadores

p. - página

por ex. - por exemplo

séc. - século

sr. - senhor

# ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO.....	17

## PARTE I

### Enfermagem e as Intervenções nos Episódios Depressivos

<b>1. DEPRESSÃO E EQUIVALENTES DEPRESSIVOS.....</b>	<b>25</b>
1.1. Conceitos e Perspectivas Teóricas.....	25
1.2. Etiologia da Depressão.....	34
1.3. Problemáticas Clínicas e Socioculturais.....	40
1.4. Dados Epidemiológicos em Portugal e na Europa.....	50
<b>2. DEPRESSÃO: UMA ABORDAGEM ECOLÓGICA.....</b>	<b>55</b>
2.1. A Investigação Sobre a Depressão.....	55
2.2. Depressão, Autoconceito e Autocuidado.....	58
2.3. Prevenção e Perspectivas Psiquiátricas de Intervenção.....	61
<b>3. ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E DEPRESSÃO.....</b>	<b>65</b>
3.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.....	65
3.2. Autocuidado e Respostas Humanas Comprometidas.....	68
3.3. Intervenções Terapêuticas e Preventivas.....	73

## PARTE II

### Vivências do Autocuidado em Utentes com Episódios Depressivos

<b>1. METODOLOGIA DO ESTUDO.....</b>	<b>81</b>
1.1. Objectivos e Questão de Investigação.....	81
1.2. Tipologia do Estudo de Investigação.....	82
1.3. Participantes do Estudo.....	83
1.4. Técnica de Colheita de Dados.....	85
1.5. Tratamento e Análise de Dados.....	87
1.6. Questões Éticas da Investigação.....	90
<b>2. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....</b>	<b>91</b>
2.1. Dimensões sociodemográficas.....	91
2.2. Dimensões clínicas.....	92

<b>3. ALTERAÇÕES BÁSICAS DO AUTOCUIDADO EM EPISÓDIOS DEPRESSIVOS.....</b>	<b>93</b>
<b>3.1. Necessidades Fisiológicas: Respiração, Alimentação e Eliminação.....</b>	<b>93</b>
<b>3.2. Actividade vital, Repouso e Sono.....</b>	<b>96</b>
<b>4. O SELF E O DESENVOLVIMENTO SOCIAL.....</b>	<b>103</b>
<b>4.1. Autoconceito.....</b>	<b>103</b>
<b>4.2. Interação Social e Solidão.....</b>	<b>105</b>
<b>4.3. Interação Familiar e Trabalho.....</b>	<b>107</b>
<b>4.4. Dimensões Espirituais.....</b>	<b>111</b>
<b>5. REPRESENTAÇÕES, ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DOENÇA.....</b>	<b>115</b>
<b>5.1. Representações Sobre a Saúde e a Depressão.....</b>	<b>115</b>
<b>5.2. Bem-estar e Risco de Vida.....</b>	<b>119</b>
<b>5.3. Expectativas Face à Intervenção Terapêutica.....</b>	<b>123</b>
<b>5.4. Dimensões do Humor Depressivo.....</b>	<b>126</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>129</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>143</b>
<b>Anexo I - Guião de Entrevista Semi-estruturada.....</b>	<b>145</b>
<b>Anexo II - Explicação do Estudo e Consentimento Informado.....</b>	<b>153</b>

## LISTA DE QUADROS

	p.
QUADRO 1: Critérios diagnósticos para episódio depressivo, segundo a CID-10.....	29
QUADRO 2: Características das síndromas somática e atípica, dos episódios depressivos....	30
QUADRO 3: Sintomas de Distimia na CID-10.....	31
QUADRO 4: Factores de risco para a depressão.....	63
QUADRO 5: Características do interveniente.....	68



## RESUMO

Ao longo das últimas décadas os transtornos depressivos foram declarados como uma das prioridades da saúde pública à escala global, uma vez que se destacam entre as principais causas de incapacitação e se classificam entre as doenças com maior carga patológica. Os episódios depressivos determinam marcadas necessidades e incapacidades para o autocuidado, com perda de autonomia e bem-estar, e níveis acentuados de dependência de terceiros, de acordo com a gravidade da doença. Em muitos casos, a negligência do autocuidado e as ideias e comportamentos suicidas determinam o internamento hospitalar. As alterações mediadas por um episódio depressivo são passíveis da assistência de enfermagem nos mais diversos contextos de actuação, particularmente, no âmbito específico da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

O presente estudo investigação é de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, e teve como objectivos: compreender de que modo os episódios depressivos comprometem a capacidade dos utentes para o autocuidado; e fomentar intervenções específicas por parte dos EESM orientadas para a promoção do autocuidado. Em conformidade, definimos como questão de investigação: Que alterações do autocuidado manifestam os utentes com episódios depressivos? O conceito de Autocuidado foi apresentado de acordo com o enquadramento conceptual da Teoria do Autocuidado de Orem.

A colheita de dados decorreu através da técnica de entrevista semi-estruturada. O recurso a um Guião de Entrevista permitiu a recolha de informação orientada, deixando margem de liberdade de expressão aos participantes. Foram entrevistados dez participantes (nove do sexo feminino) com diagnóstico de episódio depressivo, a cumprir tratamento em regime de internamento completo, no HML-EPE. A análise e interpretação dos dados recolhidos foram realizadas através do método de análise de conteúdo. Este método permitiu a descrição e interpretação objectivas e sistemáticas dos conteúdos mais significativos das narrativas dos participantes, de acordo com a fundamentação teórica e as categorias temáticas estabelecidas à priori, a partir da Teoria do Autocuidado de Orem.

O estudo foi projectado e implementado no mais rigoroso cumprimento de todos os preceitos éticos inerentes a uma investigação.

Com esta investigação colocamos em evidência diversas alterações do autocuidado, segundo as dimensões funcionais e de desenvolvimento do ser humano, enquadráveis na psicopatologia dos transtornos depressivos: somáticas, afectivas e psicológicas, cognitivas e comportamentais. Com base nas necessidades e alterações do autocuidado evidenciadas, entendemos que a assistência de enfermagem deve privilegiar como focos de atenção os principais sintomas dos episódios depressivos: o humor depressivo, a inibição psicomotora, as alterações do apetite e do sono, o desinteresse geral (abulia), alterações do autoconceito e a auto-estima diminuída, os pensamentos automáticos, a vontade de viver diminuída e as ideias e comportamentos suicidas. Em paralelo, intervenções psicoeducativas sobre a doença e seu tratamento, junto dos utentes e familiares, podem ser muito úteis para compreensão integrativa da doença e na promoção da adesão aos regimes terapêuticos. São, sobretudo, estes sintomas e necessidades dos utentes com episódios depressivos que permitem formular o juízo diagnóstico genérico de “negligência do autocuidado”, sem prejuízo de maior especificidade diagnóstica fundamental na prática da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

**Palavras-chave:** episódios depressivos; autocuidado; enfermagem de saúde mental e psiquiátrica



## ABSTRACT

### “Experiences of Self-care in Patients with Depressive Episodes”

Over recent decades depressive disorders have been declared as a public health priority on a global scale since they stand out among the leading causes of disability, and are classified among the diseases with greater pathological load. Depressive episodes determine marked needs for self-care and disability, with loss of autonomy and welfare, and marked levels of dependence on others, according to case severity. In many cases, the neglect of self-care and suicidal thoughts and behaviors determine the inpatient treatment. Changes mediated by a depressive episode are susceptible to nursing care in the most diverse contexts of action, particularly within the specific scope of mental health and psychiatric nursing.

This qualitative exploratory study has the following objectives: to understand how the depressive episodes compromise the ability of patients to self-care, and to promote specific interventions by the Mental Health Nursing Specialists oriented towards self-care. The research question was: what changes to self-care do patients with depressive episodes express? The concept of self-care was presented according to the conceptual framework of Orem's Self Care Theory.

A semi-structured interview was used to collect data. The use of an interview guide facilitated the access to detailed information, while giving the opportunity for free expression to participants. We interviewed ten participants (nine women) with depressive episode diagnosis, who were receiving inpatient treatment at the HML-EPE. Analysis and interpretation of collected data were performed using the method of content analysis. This method allowed the description and interpretation of some dimensions according to the theoretical and thematic categories established previously from Orem's Self Care Theory.

This study follows all the ethical regulations established by the hospital.

We found several changes in self-care, according to the functional dimensions and human development, framed in the psychopathology of depression: somatic, emotional and psychological, cognitive and behavioural. Based on these needs and changes in self-care, we believe that nursing care should focus on the main depressive symptoms: depressed mood, psychomotor inhibition, changes in appetite and sleep, general disinterest (aboulia), changes in self-concept and low self-esteem, automatic thoughts, decreased will to live, and suicidal thoughts and behaviours. Parallely, psychoeducative interventions concerning the disease and its treatment among users and family can be very useful for a broad understanding of the disease and in promoting adherence to therapeutic regimens. Above all, these are the symptoms and needs of patients with depressive episodes that allow the generic nursing diagnosis of "neglect of self-care", notwithstanding greater diagnostic specificity essential in the practice of mental health and psychiatric nursing.

**Keywords:** depressive episodes, self-care, mental health and psychiatric nursing



## INTRODUÇÃO

O estudo de investigação que agora se apresenta foi realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob orientação pedagógica do Professor Doutor Wilson de Abreu e co-orientação da Professora Mestre Regina Pires.

A investigação teve lugar no Hospital de Magalhães Lemos - EPE, uma das instituições de referência da saúde mental e psiquiátrica em Portugal. Além de ser o hospital especializado psiquiátrico de referência de grande parte da população da zona metropolitana do Porto, funciona ainda como retaguarda dos demais departamentos psiquiátricos do norte do país. A eleição deste contexto decorreu, por um lado, da familiaridade que temos com a instituição, onde trabalhamos como enfermeiro há quase uma década e, por outro, da possibilidade de assegurar-mos o acesso aos participantes do estudo, num período útil. Foram entrevistados dez utentes em regime de internamento voluntário completo, presentes nos vários serviços de internamento do hospital, de acordo com os critérios de selecção definidos para o estudo.

Desde tempos remotos que há referências à depressão. Ao longo da história, nas mais diversas civilizações, várias celebridades da história da humanidade se dedicaram ao estudo e compreensão da depressão enquanto fenómeno humano com graves repercussões individuais e socioculturais.

Uma de entre as muitas definições possíveis para o conceito de depressão é avançada por Rojas (2007, p.15): *‘uma síndrome caracterizada por uma tristeza profunda e inibição de quase todas as funções psíquicas, onde se manifestam cinco tipos de sintomas: físicos, psicológicos, de conduta, cognitivos (intelectuais), assertivos e sociais’*. Este e outros autores enfatizam o carácter complexo e polimorfo das patologias depressivas, daí que possa preferencialmente falar-se em “depressões”, transtornos ou episódios depressivos. Para efeitos de conceptualização no enquadramento do estudo, consideramos estes diferentes termos como equivalentes. De uma forma geral, todos os tipos de transtornos depressivos são comuns, muito embora, alguns deles mereçam maior destaque em função da sua gravidade e ocorrência predominante. A diversidade destes transtornos está patente nas diversas categorias diagnósticas apresentadas nas duas grandes classificações nosológicas, a CID-10 e o DSM-IV. A depressão major é, por excelência, o episódio depressivo típico e o seu diagnóstico pode também ser designado de depressão unipolar ou recorrente. Pela sua tipicidade,

frequência e relevância em psiquiatria, tomamos como referência para o estudo o enquadramento psicopatológico do episódio depressivo major.

Na actualidade os transtornos depressivos ultrapassam o âmbito restrito da saúde mental e projectam-se como uma problemática de saúde pública à escala global. Com a publicação do “*Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001- Saúde Mental: Nova concepção, nova esperança*”, pela OMS (2001), é realçado um cenário preocupante sobre as doenças mentais no mundo, entre elas a depressão.

Naquele relatório a OMS (2001, p. vii) esclarecia que: “A depressão grave é, actualmente, a principal causa de incapacitação em todo o mundo e situa-se em quarto lugar entre as dez principais causas da carga patológica mundial.” As estimativas do “Global Burden of Diseases” (Carga Global de Doenças - CGD), projecto da OMS e do Banco Mundial para determinar o impacto das doenças, elegiam a depressão major unipolar como causa principal de anos de vividos com incapacidade (AVI), e a quarta maior causa de anos de vida com saúde perdidos (AVAI), na década de 90, do séc. XX. Além disso, as projecções do relatório para as duas primeiras décadas do séc. XXI sugerem que a depressão possa constituir-se como a segunda principal causa da carga mundial das doenças. A mesma fonte estimava, ainda, que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres (adultos) passariam por um episódio depressivo num período de 12 meses. Ao longo da vida, até 20% das mulheres e aproximadamente 10% dos homens serão afectados por um episódio depressivo (Afonso, 2004). Estes e outros demais dados epidemiológicos sobre a depressão permitem perceber do enorme impacto desta patologia na saúde dos indivíduos e no bem-estar colectivo, não só no passado e presente, como pela projecção que permitem estabelecer para os anos vindouros. A partir deles, pode perceber-se os custos humanos e socioeconómicos desmedidos, desta que é já uma das doenças com maior impacto à escala global.

Ao nível socioeconómico a depressão ganha a sua maior notoriedade pela perda de produtividade laboral, através dos fenómenos de absentismo, presentismo e reformas antecipadas. A par disso, provoca maior utilização dos serviços de saúde gerais e de saúde mental, bem como, de assistência social (Gusmão et al, 2005). Os custos imputáveis aos transtornos depressivos cresceram ao longo das últimas décadas. Em 2004, os custos económicos da depressão foram estimados em 250 euros por habitante, ou 118 mil milhões de euros, na UE e EFTA (Associação dos Estados de Comércio Livre). Os custos da assistência em saúde, ou seja, directos, representam a parte menor do total da economia dos transtornos depressivos. Estima-se que a maioria dos custos sejam indirectos, associados às perdas de produtividade e à mortalidade precoce, nomeadamente, por suicídio (Wahlbeck, 2009). Pelo lado humano da questão, o impacto dos transtornos depressivos é incomensurável e reflecte-

se, sobretudo, aos níveis individual e familiar. Do ponto de vista individual a doença determina grande sofrimento e o compromisso das esferas de funcionamento humano limitando gravemente o desenvolvimento equilibrado e o bem-estar. Concomitantemente, os défices no relacionamento interpessoal conduzem, com frequência, a processos familiares conflituosos e de ruptura. A família, enquanto núcleo de suporte do indivíduo, nem sempre dispõe de recursos necessários para proporcionar o suporte psicossocial ajustado. No limite das consequências dos transtornos depressivos encontra-se o suicídio, que é um fenómeno trágico, que afecta cerca de 15 a 20% dos doentes depressivos (OMS, 2001). A depressão é, de resto, o transtorno mental mais associado ao suicídio, superando a esquizofrenia (OMS, 2001; García de Jalón e Peralta, 2002; Afonso, 2004).

O reconhecimento do impacto da depressão em termos individuais, familiares e socioeconómicos faz desta patologia uma das prioridades das políticas de saúde mental a nível europeu e nacional. Prova disso, são os inúmeros documentos elaborados no seio da comunidade europeia, nomeadamente, o “Livro Verde” da saúde mental (2005) e a publicação “Acções Contra a Depressão” (2004). De um modo geral, estas publicações defendem a criação de programas de promoção da saúde mental e prevenção da doença mental, com especial relevância para as estratégias de intervenção especificamente direccionadas ao combate da depressão e do suicídio. Em Portugal, as políticas vêm sendo orientadas pelas directrizes europeias, com os devidos ajustes à sua realidade populacional.

A enfermagem constitui-se como um dos diversos campos de conhecimento na área do continuum saúde-doença. Neste particular, é também o reflexo da evolução das políticas de saúde. Foi já no final da década de 70 do séc. XX, que surgiu a concepção de *Segunda Revolução de Saúde*, fundamentada nos conceitos inovadores de *promoção da saúde e estilo de vida* (Ribeiro, 1998, p.68). Ora, como facilmente se percebe, destes conceitos resulta a implicação directa dos indivíduos nas acções de combate à doença mas, mais do que isso, naquelas de manutenção da saúde, nas dimensões individual e colectiva. Regista-se, porém, que nas décadas precedentes, vários autores e investigadores vinham desenvolvendo teorias e modelos no campo de conhecimentos da Enfermagem que preconizavam o papel dos indivíduos enquanto agentes promotores da sua saúde individual, condição traduzida no conceito de Autocuidado. Entre esses modelos e teorias, a que mais enfatizou o conceito e os seus pressupostos foi a Teoria do Autocuidado de Orem, da autoria de Dorothea Orem. Desde a sua publicação final, em 1971, esta teoria vem servindo de suporte aos vários campos da prática de enfermagem e na orientação de investigação e produção científicas (Dupas e tal, 1994). A consistência da teoria foi, entretanto, validada por métodos específicos de análise (Félix *et al* 2009; Diógenes e Pagliuca, 2003). Comprovada que está a utilidade e significância

da Teoria do Autocuidado de Orem, e sendo o autocuidado um conceito central no estudo presente, optamos por tomar a globalidade daquela teoria como quadro conceptual de suporte. O conceito integral de Autocuidado definido por Orem, de acordo com Dupas *et al* (1994, p.20) é o seguinte:

*“Autocuidado: é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham pessoalmente, em favor de si mesmos, na manutenção da vida, saúde e bem-estar, que está directamente relacionada com as habilidades, limitações, valores e regras culturais e científicas do próprio indivíduo ou de seus agentes.”*

As capacidades e acções de autocuidado visam suprir as necessidades do indivíduo e foram classificadas em três categorias de autocuidado naquela teoria: universais, de desenvolvimento e de desvios na saúde. A categoria de autocuidado nos desvios de saúde considera as alterações e necessidades decorrentes de processos lesivos ou de doença e também associados a medidas clínicas correctoras de condições anómalas.

No decurso de um episódio depressivo a pessoa é acometida por todo um complexo de mudanças e alterações que determinam o desajuste das suas funções. Daqui resultam diferentes graus de incapacidades do autocuidado para dar resposta às necessidades humanas universais e de desenvolvimento e à concretização efectiva das actividades de vida diária. Tais incapacidades são focos de atenção sensíveis aos cuidados de enfermagem, nas suas diferentes modalidades de interacção terapêutica enfermeiro-utente, e nos diversos contextos de assistência.

Com base no exposto, julgamos ser pertinente o desenvolvimento de um estudo de investigação qualitativa, que tem como objectivo central a exploração das vivências de autocuidado de utentes com um episódio depressivo. Elegemos uma metodologia qualitativa com o intuito de permitir a compreensão do fenómeno segundo a perspectiva singular, valorativa e subjectiva dos utentes. Em concordância, usamos como técnica de colheita de dados uma entrevista semi-estruturada, especificamente elaborada para o efeito. Dela constavam diferentes blocos temáticos decorrentes do enquadramento conceptual elaborado a partir da Teoria do Autocuidado de Orem. São vários os modelos e teorias que enfatizam a importância de considerar as representações e comportamentos dos indivíduos e grupos sobre as experiências de saúde e doença, quando se pretende potenciar o sucesso das intervenções aos três níveis de prevenção em saúde. A aproximação dos profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, às experiências reais dos utentes com doença mental, pode promover intervenções mais ajustadas e personalizadas, logo, com maior margem de efectividade e eficiência. A valorização das perspectivas dos utentes sobre os processos de saúde-doença podem permitir a definição de estratégias e intervenções orientadas segundo a

sua condição bio-psico-social específica e promover ganhos em saúde. Estes podem acontecer em áreas prioritárias da intervenção na depressão, como a capacitação dos utentes para o autocuidado e a melhoria da adesão aos regimes terapêuticos. Julgamos que a assistência de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica assim perspectivada pode conduzir à melhoria dos resultados dos cuidados e ao aumento da qualidade dos mesmos. Todos estes pressupostos fundamentam o estudo de investigação.

Na lógica do estudo, as alterações do autocuidado associadas a um episódio depressivo merecem ser exploradas e descritas para, com base nesta elucidação, se implementarem intervenções de enfermagem promotoras de relações terapêuticas efectivas e ganhos em saúde. De acordo com os pressupostos metodológicos e os objectivos da investigação definimos como questão de investigação:

- “Que alterações do autocuidado manifestam os utentes com episódios depressivos?”

Em conformidade, enunciamos como finalidades do estudo de investigação:

- Compreender de que modo os episódios depressivos comprometem a capacidade dos utentes para o autocuidado;
- Contribuir para o desenvolvimento de intervenções específicas de enfermagem orientadas para a promoção do autocuidado em utentes com episódios depressivos.

Qualquer investigação assenta em ideias e premissas de modelos e teorias previamente estudadas e validadas. O desenvolvimento científico só é possível graças à observação empírica sistematizada de acontecimentos e factos, e ao enquadramento que se realiza dos mesmos. Assim, dividimos o estudo em duas partes distintas e complementares, segundo a prática científica corrente. A primeira parte (enquadramento teórico) apresenta uma selecção de conhecimentos actuais sobre os transtornos depressivos, em boa medida, orientados pelas perspectivas particulares da ciência da enfermagem. São abordados conceitos e perspectivas teóricas dos transtornos depressivos, os seus modelos etiológicos, as problemáticas de ordem clínica e sociocultural e os dados epidemiológicos. Num enquadramento ecológico, reportamos alguma investigação sobre a depressão, as suas implicações sobre o autocuidado e autoconceito dos indivíduos e as perspectivas de intervenção de saúde mental e psiquiátrica. O terceiro capítulo procura estabelecer uma aproximação da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ao fenómeno da depressão, abordando-se as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESM, definição actual da O.E.), a conceptualização teórica do Autocuidado com base na Teoria do Autocuidado de Orem, e as intervenções terapêuticas baseadas na evidência actual. Os diferentes temas assim

constituídos, servem de quadro conceptual de referência para a componente empírica que se lhes segue.

A elaboração deste quadro teórico teve por base a consulta bibliográfica, quer em formato de papel, quer em suporte informático. Devido ao elevado número de obras disponíveis sobre as temáticas abordadas, procuramos privilegiar a consulta de fontes de maior rigor científico, num intervalo de publicação recente (sobretudo os últimos dez anos).

A segunda parte (estudo empírico) reporta-se à metodologia de suporte do trabalho de campo e posteriores processos de análise e interpretação da informação recolhida. Apresentam-se aqui os requisitos de ordem metodológica e empírica inerentes a toda e qualquer investigação que, ora servem como elementos orientadores, ora explanam a sua concretização propriamente dita. Ao nível metodológico abordam-se os objectivos, a questão da investigação, a tipologia do estudo, os participantes, o método de colheita de dados, o tratamento e a análise dos mesmos, e as questões éticas de investigação. Ao nível empírico, foram criados títulos organizadores da informação recolhida. Começamos pela caracterização dos participantes nas suas dimensões sociodemográficas e clínicas. Em seguida, apresentamos o produto da análise de conteúdo na forma de três grandes temas: alterações básicas do autocuidado em episódios depressivos; o self e o desenvolvimento social; representações, atitudes e comportamentos de saúde e doença. Cada um destes temas foi explorado, por sua vez, em subtemas decorrentes da estrutura previamente definida para a colheita de dados, e das categorias temáticas emergentes da análise da informação recolhida.

Como Anexos do trabalho, apresentam-se os documentos que complementam o corpo principal de conteúdos, nomeadamente, o “Guião de Entrevista Semi-estruturada” e a “Explicação do Estudo e Consentimento Informado”.

## **PARTE I**

### **Enfermagem e as Intervenções nos Transtornos Depressivos**



## **1. DEPRESSÃO E EQUIVALENTES DEPRESSIVOS**

Neste primeiro capítulo, vamos fazer um enquadramento teórico dos transtornos depressivos. São apresentados conceitos centrais para a sua compreensão, como humor e afecto, bem como, discriminadas as categorias diagnósticas mais significativas no âmbito do estudo. Reconhecida que está a sua etiologia multifactorial, não isenta de incertezas, descrevem-se as principais teorias sobre a causalidade da depressão. Com intuito de fornecer uma visão estimativa do impacto real dos transtornos depressivos, apresenta-se uma discussão sobre as suas problemáticas clínicas e socioculturais e os aspectos epidemiológicos na Europa e em Portugal.

### **1.1. Conceitos e Perspectivas Teóricas**

Antes de avançarmos para o conceito de “depressão” importa clarificar dois outros conceitos centrais para a sua compreensão. Muito embora os termos “humor” e “afecto” sejam muitas vezes usadas como sinónimos na nomenclatura psiquiátrica - daí que se fale em “transtornos afectivos ou do humor”- começamos por estabelecer a sua correcta acepção, dado o seu carácter utilitário na prática de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

O Dicionário Médico Enciclopédico Taber (Coord. Thomas, 2000, p.913 e 44) define o humor como “uma emoção pervasiva e contínua que pode ter grande influência na percepção do mundo por parte da pessoa” e o afecto como as “reações emocionais associadas a uma experiência”. O humor corresponde assim ao estado de ânimo (emocional) de carácter autónomo e duradouro que afecta globalmente as experiências corporais e psicológicas do indivíduo. Em primeiro lugar afecta a percepção do self e depois o modo como a pessoa experiencia o mundo externo (Peralta e Cuesta, 2002; Rojas, 2007). Por sua vez, na Enciclopédia Concisa de Psiquiatria (edit. Leigh, Pare e Marks, 1981, p.181) o humor é resumido como “os sentimentos da pessoa, sobretudo os experimentados interiormente” ao passo que o afecto se refere não apenas àqueles sentimentos mas também “à manifestação externa da reacção emocional”. Pode-se assim considerar, portanto, uma conotação do conceito de humor com uma dimensão psíquica (interna) e do conceito de afecto com uma dimensão comportamental (externa), sobretudo para efeito ilustrativo e utilitário, dado que, em absoluto, os termos são equivalentes.

O termo depressão presta-se a diversas acepções pelo que importa, desde já, clarificar os seus diversos sentidos. Estes remetem-nos para experiências cujas dimensões diferem segundo o referencial individual e colectivo, considerados num contexto cultural particular. Isto está bem patente nas palavras de Gusmão (2005, p. 12), que concretiza:

Por depressão, consoante o contexto, entende-se ora um estado emocional transitório com tonalidade de tristeza, ora uma mudança mantida e perseverante na qualidade da expressão afectiva – ou seja, a tristeza persiste – um sintoma psicopatológico que se denomina tecnicamente de humor depressivo, ora ainda uma síndrome médica, ou finalmente uma doença psiquiátrica.

Deste modo, o termo depressão pode descrever um conjunto de fenómenos, que em continuidade, oscilam entre o humor depressivo comum, vulgo tristeza, a qual afecta transitoriamente a totalidade das pessoas e é uma emoção normal – até ao patamar de uma doença médica grave onde essa tristeza se torna inamovível ao longo do tempo, em níveis de intensidade marcada, e em associação com vários outros sintomas psicológicos e somáticos, comprometendo o funcionamento pessoal e social do indivíduo, e eventualmente, da própria vida.

A afirmação de um estado emocional interno como depressivo, em termos leigos, pode constituir uma descrição compatível com qualquer uma destas situações, umas dentro do limiar normal e outras claramente patológicas.

A Enciclopédia Concisa de Psiquiatria (edit. Leigh et al, 1981, p.90) atribui três sentidos para o termo depressão: “para descrever um estado de espírito, para definir uma síndrome e para definir uma doença”. Faz ainda a distinção entre doença e síndrome depressiva pelo facto de na primeira a sintomatologia característica não ser apenas transitória e implicar perda de capacidade funcional ou eficiência na realização de actividades, bem como, a perda do prazer que lhes está associado. Rojas (2007, p.28) reconhece o carácter polissémico da palavra “depressão” e refere dez diferentes ‘*usos e significados distintos*’ para a mesma, sendo os mais relevantes aqueles já referidos acima.

A presença transitória de humor depressivo, enquadrável em dificuldades vivenciais, perdas simbólicas ou materiais, sem demais sintomatologia não tem carácter patológico. Este humor pode ocorrer de forma reactiva ou como traço de personalidade permanente, no decurso da infância e adolescência. A depressão enquanto doença pressupõe, então, que o humor depressivo se faça acompanhar de uma síndrome onde despontam sinais e sintomas psicológicos, cognitivos e somáticos, segundo critérios de intensidade, duração e persistência que permitem classificá-la num gradiente de gravidade (Gusmão, 2005, p.12). Há situações em que estão cumpridos estes critérios mas, inequivocamente, se pode estabelecer uma causalidade externa considera-se uma “perturbação de adaptação depressiva, um estado subnormal, no limiar do patológico” cuja convalescença ocorre mediante o desaparecimento das causas determinantes (Gusmão, 2005, p.12).

De acordo com Rojas (2007, p.15) a depressão define-se academicamente como ‘*uma síndrome caracterizada por uma tristeza profunda e inibição de quase todas as funções*

*psíquicas, onde se manifestam cinco tipos de sintomas: físicos, psicológicos, de conduta, cognitivos (intelectuais), assertivos e sociais*’. O autor acrescenta que “a sintomatologia é variadíssima e ultrapassa o domínio da psiquiatria”, requerendo a atenção de outras especialidades médicas e projectando-se mais além enquanto “doença do espírito”. Reconhecendo o carácter limitado da definição anterior ressalva a dificuldade em conseguir uma definição exacta de depressão dado que a doença afecta “(...) o que há de mais profundo no ser humano e pode manifestar-se de muitas maneiras, já que cada pessoa conserva no seu interior um estilo próprio e irrepetível (...)”. O mesmo autor explica que prefere falar, então, em “depressões” dados os múltiplos ângulos de análise a que a doença se presta, em relação directa, claro está, com a sua diversidade psicopatológica. É também nesta lógica que no nosso estudo optamos por usar o termo composto “episódios depressivos”, concordante com a terminologia usada em publicações de referência, concretamente, a CID-10.

Athayde (1987) descreve a depressão como “um estado mental mórbido que se caracteriza por dor moral, pessimismo, inibição psíquica, abulia, desencorajamento, lassidez e fatigabilidade, e se acompanha, em geral, por ansiedade mais ou menos acentuada.” Trata-se de uma entidade nosológica, com substancial variabilidade morfológica, pelo que se observam diferentes graus de incapacidade funcional para as actividades de vida diária dos indivíduos afectados (Athayde, 1987; Harrison, Geddes e Sharpe, 2006).

A classificação diagnóstica em uso no Hospital de Magalhães Lemos, local onde procedemos à colheita de dados, é a CID-9, da Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta classificação foi substituída pela CID-10 na década de 90 (sec. XX), que vigora desde então, e que vamos agora considerar para efeitos de sistematização. Convém, no entanto, realçar a introdução de diferenças assinaláveis na transição da CID-9 (com códigos exclusivos) para a CID-10 (com códigos compatíveis com o DSM-IV) no que respeita a classificação diagnóstica dos transtornos depressivos.

No “Capítulo V-Transtornos Mentais e Comportamentais” da CID-10 os Episódios Depressivos estão integrados no grupo de diagnósticos “F30-F39 Transtornos do Humor (Afectivos)”. Do grupo, consideramos as categorias “F32 Episódios depressivos” e “F33 Transtorno Depressivo Recorrente” como critério para inclusão dos participantes no estudo. Uma vez que os diagnósticos clínicos em uso no HML-EPE se baseiam na CID-9, desactualizada, consideramos como equivalentes e relevantes as categorias diagnósticas:

- ♦ “309 Perturbações da Adaptação”, em particular, as categorias:
  - “309.0 Reacção depressiva transitória”;
  - “309.1 Reacção depressiva prolongada”;
- ♦ “311 Quadros depressivos não classificados noutras rúbricas”;
- ♦ “300 Neuroses”, em particular, a categoria: “300.4 Depressão neurótica”.

Um episódio depressivo, enquanto doença ou síndrome, surge classificada em várias categorias diagnósticas no grupo dos Transtornos do Humor (CID-10, 2008) e, dentro destes, pode ocorrer nos variantes depressivos unipolares ou bipolares. Importa referir que para efeitos do estudo actual consideraremos apenas os episódios depressivos de enquadramento unipolar (episódio único ou recorrente) pelo que não faremos alusão aos transtornos bipolares nem aos episódios depressivos com sintomas psicóticos.

Os episódios depressivos são múltiplos e o seu carácter polimorfo. De uma forma geral, todos os tipos de episódios depressivos são comuns, muito embora alguns deles mereçam maior destaque em função da sua gravidade e ocorrência predominante. Todos eles podem correlacionar-se com o stress quotidiano (CID-10, 2008; Harrison et al, 2006; Rojas, 2007). Nas suas formas mais ligeiras, designadas de '*subliminares ou minor*', a duração, gravidade dos sintomas e incapacidades decorrentes não constituem critérios para episódio depressivo major ou distímia. Estes últimos são muito frequentes. A depressão major é, por excelência, o episódio depressivo típico e o seu diagnóstico pode também ser designado de depressão unipolar ou recorrente. Pela sua tipicidade, frequência e relevância em psiquiatria, tomamos como quadro de referência para o nosso estudo o enquadramento psicopatológico do episódio depressivo major.

De acordo com a CID-10 (2008), o diagnóstico de episódio depressivo tem como critérios uma duração mínima de duas semanas, a presença de quatro sintomas, pelo menos, sendo obrigatoriamente dois sintomas principais aos quais acrescem dois outros, de entre os acessórios. O episódio não pode ser decorrente do uso de substâncias psicoactivas nem de qualquer perturbação mental orgânica.

Os sintomas principais são habitualmente mais notórios (Quadro 1). Por seu turno, os sintomas acessórios podem constatar-se directamente pela observação ou no discurso subjectivo do doente. Quer uns quer outros desencadeiam diferentes níveis de incapacidade ou disfuncionalidade. Particularmente penosos, os sintomas psicológicos traduzem-se por perda de auto-estima e auto-confiança e sentimentos de culpa irrazoável ou excessiva, sendo também muito frequentes os pensamentos ou comportamentos de morte ou suicídio. Cognitivamente, surgem dificuldades de processo de pensamento, de memória e concentração que interferem com a tomada de decisões. As alterações de ordem somática completam o quadro, manifestam-se por lentificação ou agitação psicomotora, insónia ou hipersónia, perda ou aumento do peso a par da alteração compatível do apetite, e até mesmo diminuição da libido (CID-10, 2008; Gusmão, 2005).

**Quadro 1:** Critérios diagnósticos para episódio depressivo, segundo a CID-10

Estão presentes, durante a maioria do tempo num intervalo de duas semanas, pelo menos 2 dos 3 sintomas principais e 2 dos 7 sintomas acessórios; mínimo de 4 sintomas dos 10 considerados.
O episódio não é decorrente do consumo de substâncias psicoactivas e nem de qualquer perturbação mental orgânica.
Sintomas Principais <ol style="list-style-type: none"><li>1. Humor depressivo (predomínio matinal).</li><li>2. Diminuição pronunciada do interesse ou prazer.</li><li>3. Diminuição da energia ou aumento da fadigabilidade.</li></ol>
Sintomas Acessórios <ol style="list-style-type: none"><li>4. Sentimentos de culpa inapropriados.</li><li>5. Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio</li><li>6. Perda de confiança ou de auto-estima.</li><li>7. Insónia ou hipersónia.</li><li>8. Diminuição da capacidade de concentração.</li><li>9. Lentificação ou agitação psicomotora.</li><li>10. Aumento ou perda de peso (&gt;5%) e do apetite no intervalo de um mês.</li></ol>

Fonte: adaptado de CID-10 (2008); Gusmão, R. - Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 2005.

Embora no DSM-IV os critérios sejam mais restritivos para a opção diagnóstica, eles sobrepõem-se grandemente aos apresentados pela CID-10. No entanto, a CID-10 prevê que os sintomas do episódio depressivo possam ser subsequentes a uma doença somática, situação excluída no DSM-IV.

Segundo Gusmão (2005, p.18) os episódios depressivos major podem caracterizar-se em duas síndromas distintas - a “síndrome somática” e a “síndrome atípica”. Mais semelhante ao episódio depressivo major e de maior gravidade, a síndrome somática recebe também as designações de “biológica, vital, melancólica ou endógena”. Por sua vez, a síndrome atípica é, de acordo com vários autores, um transtorno isolado que, assim, a designam de “depressão atípica” (Lam & Stewart 1996; Quitkin 2002; Angst et al 2002b; Matza et al 2003; Posternak 2003; Benazzi 2003b; cit. Gusmão, 2005), e pode também ocorrer no enquadramento de uma distímia ou transtorno do espectro bipolar. A partir da descrição apresentada por Gusmão (2005, p18), elaboramos o Quadro 2, onde se resumem as características destas síndromas.

De acordo com a CID-10 os transtornos depressivos podem ainda estar classificados nas categorias diagnósticas “F33 Transtorno depressivo recorrente”, “F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes”, “F38 Outros transtornos do humor [afetivos]” e “F39 Transtorno do humor [afetivo] não especificado”. Cada uma destas desdobra-se ainda em subcategorias. Porque é relevante para o estudo, importa ainda considerar a categoria “F33 Transtorno

depressivo recorrente”. Esta pressupõe a repetição de episódios depressivos, tal como descritos acima.

**Quadro 2:** Características das síndromas somática e atípica, dos episódios depressivos

<b>Síndrome somática</b>	<b>Síndrome Atípica</b>
Exige a presença de, pelo menos, quatro sintomas de uma lista de oito.	O DSM-IV exige dois sintomas entre os quatro referenciados.
<p>Sintomas proeminentes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anedonia ou perda de interesse ou prazer</li> <li>- embotamento afectivo</li> <li>- insónia terminal</li> <li>- humor depressivo predomínio matinal</li> <li>- lentificação ou agitação psicomotora evidentes</li> <li>- anorexia marcada</li> <li>- perda de peso (&gt;5%, no último mês)</li> <li>- perda da libido</li> </ul>	<p>Sintomas proeminentes</p> <p>Na CID-10:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fadiga secundária a sintomatologia ansiosa somática e insónia nocturna</li> <li>- fobias associadas</li> <li>- alteração do humor de predomínio vespertino que pode traduzir-se por irritabilidade</li> <li>- hipersónia diurna</li> <li>- hiperorexia</li> </ul> <p>No DSM-IV:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hiperfagia</li> <li>- hipersónia</li> <li>- inibição motora</li> <li>- hipersensibilidade à rejeição interpessoal</li> </ul>

As duas classificações diagnósticas já referidas - CID-10 e DSM-IV - estão de acordo quanto aos critérios para determinar um transtorno depressivo recorrente: o período mínimo de remissão entre episódios depressivos independentes e consecutivos é de dois meses; e nesse período não podem ocorrer episódios maníacos ou hipomaníacos. O primeiro episódio a considerar pode ocorrer em qualquer idade e, caso ocorra um episódio maníaco, o diagnóstico deve ser alterado para “F31.-Transtorno afetivo bipolar”.

A categoria “F34 Transtornos de humor [afetivos] persistentes” refere-se a transtornos do humor persistentes e flutuantes, durante parte significativa da vida adulta dos sujeitos mas cuja gravidade não atinge os critérios de episódios depressivos ou maníacos. Inclui a “F34.0 Ciclotimia” e a “F34.1 Distímia”. Destas, a Distímia (Quadro 3) assume particular relevância pelas suas semelhanças com os episódios depressivos, donde podem resultar dificuldades diagnósticas. Rojas (2007) explica que o conceito de distímia foi introduzido em substituição do conceito anterior de depressão neurótica. Na distímia existe um rebaixamento persistente do humor e a presença de outros sintomas, pelo menos durante dois anos, sem remissão superior a algumas semanas (Gusmão, 2005). Apesar de determinar alguma incapacidade, a gravidade dos sintomas não é suficiente para que possa ser considerado um episódio depressivo recorrente.

**Quadro 3:** Sintomas de Distimia na CID-10

Sintomas Somáticos	Sintomas Psicológicos
1. redução da energia ou actividade 2. insónia 3. dificuldades de concentração 4. perda de interesse ou prazer na actividade sexual e outras actividades gratificantes	5. choro frequente 6. perda de auto-confiança ou sentimentos de inadequação 7. sentimentos de desamparo ou desespero 8. percepção subjectiva de incapacidade para lidar com as responsabilidades e rotinas do quotidiano 9. pessimismo e ruminação em relação ao passado 10. isolamento social 11. menor comunicação com terceiros

Fonte: adaptado de Gusmão, R. - *Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 2005.

Em indivíduos mais velhos com distimia, os sintomas físicos e o compromisso funcional podem ser bastante mais evidentes que os sintomas psicológicos (Oxman et al, 2000, cit. Gusmão, 2005). De acordo com Keller (1994, cit Gusmão, 2005,p.20) as pessoas com distimia exibem incapacidades semelhantes às que sofrem de depressão major. Ainda em comparação, Klein et al (2000, cit. Gusmão, 2005, p. 20) refere que as pessoas com distimia podem ser auto-agressivas e correm igual risco de parassuicídio e suicídio. Alguns dos casos de distimia observam-se em pessoas com perturbação da personalidade, nomeadamente de tipo depressivo (Rojas, 2007), pelo que, anteriormente, chegou a ser considerada como uma “perturbação depressiva da personalidade” (Harrison, Geddes e Sharpe, 2006, p.176).

Na presença de comorbilidade de distimia e depressão major usa-se a expressão “depressão dupla” (McCullough et al, cit Gusmão, 2005, p.20), que é habitualmente de mau prognóstico (Harrison, Geddes e Sharpe, 2006).

Pelo seu valor acrescentado, na prática da assistência de enfermagem a utentes com episódio depressivo, vamos agora referir-nos à sintomatologia de maior relevo.

De acordo com Rojas (2007), para muitos dos especialistas nesta matéria, a tristeza depressiva constitui o elemento principal, que agrega o conjunto de sintomas que vão desde essa condição de humor depressivo, passando pelo compromisso somático e funcional, e culminando no sofrimento psicológico ou na dor moral.

A manifestação nuclear de um episódio depressivo atinge a esfera afectiva, e no campo da enfermagem, é definida pelo conceito de humor depressivo. No intuito de destrinçar estes conceitos, que podem ser vistos dentro de um mesmo *continuum* afectivo, vemos autores falar em “tristeza maligna” quando se referem à depressão (Wolpert, 2000 cit. Afonso, 2004; Punset, 2008). Por seu turno, Rojas (2007, p.43) discorre sobre as diferenças entre a ‘tristeza

*psíquica* (reactiva e não patológica) e a *'tristeza depressiva'*. Há também autores que usam o conceito de *'tristeza vital'* associado à depressão. Como se constata, na linguística corrente da psicopatologia, o humor depressivo é referido como tristeza patológica, depressiva ou vital. Consideramos estes termos como equivalentes, em consonância com a diversa bibliografia consultada. O humor depressivo corresponde, então, a uma emocionalidade primária e difusa que tende a estar ligada à corporalidade e reflecte alterações biológicas (dimensões vital e sensorial), por oposição a sentimentos elaborados no campo psicológico (por ex. pena ou frustração). Se considerado o ritmo circadiano, a tristeza depressiva tem habitualmente maior intensidade pela manhã, muito embora Rojas (2007) refira que este achado se aplica essencialmente às depressões bipolares e endógena.

Com intuito de estabelecer a distinção entre tristeza normal e patológica Peralta e Cuesta (2002, p.10) elucidam: “Hablamos de tristeza normal cuando ésta es meramente una estimulación del sentimiento y de tristeza patológica cuando ésta es la expresión de una alteración del estado de ánimo.” A diferenciação clara entre tristeza normal e patológica nem sempre é fácil. A tristeza depressiva caracteriza-se por surgir sem motivo ou, se este existe, a proporção da emoção é desmesurada e afecta significativamente o funcionamento global da pessoa (Peralta e Cuesta, 2002; Rojas, 2007). Ainda no plano emocional, a tristeza patológica pode fazer-se notar como embotamento afectivo, ou seja, a incapacidade para demonstrar reacções afectivas perante estímulos externos. Os doentes referem esta condição como um vazio afectivo ou incapacidade para sentir emoções. Além disso, a tristeza depressiva é acompanhado por uma série de manifestações cognitivas, somáticas e comportamentais que não acompanham a tristeza normal. Ao nível cognitivo, os pensamentos são dominados por negativismo ou culpabilidade, como já ficou referido. Pela sua qualidade intrínseca, a tristeza depressiva não é tão facilmente comunicável e, com frequência, os doentes depressivos reconhecem dificuldades para exprimirem o que sentem. Isto leva a que por vezes se sintam incompreendidos uma vez que os seus interlocutores nem sempre conseguem estabelecer ressonâncias afectivas equivalentes nas suas vivências (Peralta e Cuesta, 2002).

Mas nem sempre a depressão tem como afecto mais pronunciado a tristeza. De facto, alguns doentes podem manifestar ansiedade ou irritabilidade constantes e evidenciar comportamentos correspondentes. Ainda no plano afectivo, o humor depressivo está habitualmente acompanhado pela perda de sensações de prazer, designada anedonia. As actividades que antes eram apreciadas deixam de ter interesse e passam a ser vividas com desconforto e aborrecimento (Afonso, 2004).

As manifestações comportamentais de tristeza depressiva fazem-se notar pelo aspecto de desalento e tendência para o isolamento. A psicomotricidade é desprovida de energia e expressividade mímica, sobretudo, a facial está reduzida ou ausente.

Rojas (2007) defende que ao longo do tempo se vêm observando “mutações” na sintomatologia distinta da depressão. Muitos indivíduos depressivos não padecem de tristeza depressiva; no seu lugar constata-se um aborrecimento, um mal-estar somático, perturbações do comportamento, distorções cognitivas ou, ainda, défices pronunciados de competência social. Segundo Afonso (2004) a sintomatologia somática pode sobrepor-se aos restantes sintomas depressivos, situação em que se usa a designação de “depressão mascarada”.

A par da tristeza depressiva, a inibição também se destaca, entre os sintomas característicos. Na prática clínica, aceita-se que no curso de uma depressão, a tristeza ocorra previamente à inibição, a qual tende a manifestar-se numa fase mais avançada da doença (Rojas, 2007).

No limite, a inibição compromete radicalmente a capacidade de interacção com outras pessoas o que se traduz na necessidade ou desejo de isolamento. Verifica-se uma descontinuidade entre a pessoa e a sua realidade externa, como refere Rojas (2007,p. 36), uma “imersão do depressivo no seu próprio mundo de negatividade.” A relação de objecto está degenerada pela ausência de interesse e prazer nas vivências pessoais e interpessoais quotidianas, e este negativismo funciona num ciclo vicioso que se auto alimenta. Como relata Rojas (2007, p.36) “o doente fecha-se em si mesmo, procura o lado negativo em tudo, culpabiliza-se por todas as coisas, as suas relações tornam-se problemáticas e mergulha em pensamentos dolorosos sobre o passado ou plenos de incerteza em relação ao futuro...”

Rojas (2007,p.37) decompõe a inibição em quatro características específicas: a bradipsiquia, a inibição psicomotora, a apatia e a despersonalização. A bradipsiquia traduz-se pela lentificação ou descontinuidade dos ritmos de processamento de estímulos e ideias, com afectação da capacidade de comunicar.

A inibição psicomotora, que mais se confunde com o conceito estrito de inibição, reporta-se às alterações na capacidade de desencadear respostas a estímulos internos ou externos. A par do estado de bloqueio ou imobilização há também incapacidade de expressar sentimentos. Por sua vez, a apatia ocorre sob a forma de desinteresse ou indiferença geral, desde logo, em aspectos elementares como a higiene e o asseio pessoal mas também pela afectividade reduzida patente na negligência das relações interpessoais. A sensação de descontinuidade não acontece apenas sob a forma objectal mas pode surgir orientada para o próprio, quando o doente depressivo assume que não é já a pessoa que era, num fenómeno

de despersonalização. Isto pode passar, inclusivamente, pela sensação de estranheza frente ao espelho e até por comportamentos sem sentido lógico para o próprio doente.

A inibição depressiva, muito característica dos episódios depressivos, manifesta-se como um entrave às mais diversas actividades da vida quotidiana. Se não contrariada produz efeitos progressivamente mais incapacitantes à medida que se instala e tende para um ciclo vicioso autolítico. Nos quadros depressivos mais graves poderá condicionar uma descontinuidade na realidade do doente e adquirir contornos psicóticos.

O curso natural de um episódio depressivo grave, dominado pela tristeza e a inibição, conduz frequentemente a vivências modeladas por negativismo, o qual propicia a erupção de ideias de morte ou suicídio. As ideias de cariz autodestrutivo podem ser passivas ou activas, consoante o doente manifesta total despreendimento pela vida, o simples desejo de morrer ou incorpora mesmo ideias reais de suicídio. A vida perde todo o valor e carece de sentido quando o mundo informe e descolorido do doente é marcado por sentimentos de medo, exaustão, angústia ou desespero. Se a depressão começa por determinar a ruptura com o exterior, nesta fase essa ruptura é dirigida ao próprio, numa espécie de desistência irremediável. Para Rojas (2007) a “decisão suicida” pode ser considerada um sintoma patognomónico da depressão major, sendo assim bastante para o diagnóstico. Sem dúvida, esta é a manifestação da depressão que mais determina a assistência em regime de tratamento, seja ela apurada pela intenção declarada do doente, seja por manifestos comportamentos suicidários.

Em doentes com intenção suicida marcada a inibição psicomotora reveste-se de alguma utilidade, uma vez que a falta de energia a par da falta de vontade são contrárias à concretização de acções de cariz autodestrutivo. De acordo com Rojas (2007) os períodos de maior risco suicida correspondem ao início ou da instalação de um episódio depressivo ou à fase de convalescença efectiva. Nestes períodos os sintomas são menos intensos e deixam margem para a tomada de decisão e actos suicidas mais enérgicos.

## **1.2. Etiologia da Depressão**

Na medida em que não estão claramente elucidadas as causas dos transtornos depressivos persistem várias teorias que enfatizam um dos múltiplos factores para os quais existe alguma evidência relativa de causalidade. No entanto, a hipótese genericamente aceite realça a acção conjunta dos vários factores causais, em dimensões variáveis, segundo a tipologia depressiva. As evidências apontam para causalidade múltipla na origem da depressão

de ordem genética, biológica e psicossocial (Afonso, 2004; Harrison et al (2006); Townsend, 2011).

Alguns autores vêm defendendo que os estilos de vida modernos, caracterizados por grandes pressões socio-ocupacionais e vivências temporalmente aceleradas, estão na origem da proliferação dos quadros depressivos (Rojas, 2007; Afonso, 2004). São também típicas das sociedades modernas as tipologias familiares e formas de interacção mais instáveis – individualismo, famílias monoparentais por opção ou fruto de divórcio, e uniões de facto (Rojas, 2007). Tais circunstâncias não favorecem a manutenção de laços fortes e duradouros de suporte entre os indivíduos, condição reconhecida como factor de protecção. A solidão é um problema real das sociedades actuais. Dela resulta em termos práticos a sobrecarga física e psicológica do indivíduo, que não divide os esforços próprios das actividades do quotidiano e está sujeito a sentimentos de insegurança e desamparo próprios de quem se encontra sozinho. É notória a ruptura do tecido social, bem evidente pela solidão que afecta as faixas etárias mais avançadas mas podemos também constatar que maior número de adultos jovens elegem, cada vez mais, um estilo de vida individualista com negligência das relações afectivas, nomeadamente, as familiares, que são altamente estruturantes para seres gregários como somos nós, humanos.

Do ponto de vista psicológico assume-se que o desamparo ou privação afectiva desde tenra idade, processos de cognição alterados e factores de personalidade (*'neuroticismo'* ou, em geral, tendência para processos de pensamento de teor negativo sobre o ego) estão entre os factores de risco acrescido para a depressão. A par disto, o reduzido suporte social ou acontecimentos de vida problemáticos são considerados como predisponentes a episódios depressivos (Harrison et al, 2006).

Segundo Athayde (1987, p.262) a depressão ocorre “quando há uma perda tida como irreparável de algo decisivo para o equilíbrio existencial e o indivíduo renuncia à luta.” A herança genética e a constituição são referidos como factores predisponentes e como factores determinantes. O autor, explica que estes factores são “todos aqueles que se apresentam ao longo da vida, influenciando sobre a personalidade, quer sejam de ordem fisiopatológica, psicológica ou social”. Refere, ainda, como factores desencadeantes “os que, a partir dos anteriores, precipitam o acontecimento vital.”

Em síntese Athayde (1987, p.262) refere:

“Os estados depressivos podem entender-se, pois, como reacções psicossomáticas que, com base em condições hereditárias e constitucionais, ocorrem num Eu mais ou menos débil, ante a perda de um objecto carregado de valor afectivo. Numas formas predominam os factores a que chamámos predisponentes; noutras os factores ambientais.”

Resumem-se, de seguida, as principais teorias sobre a etiologia da depressão.

A influência genética está presente nos transtornos depressivos, o que foi elucidado por numerosos estudos familiares de forma directa, através da análise de gémeos e de situações de adopção (Townsend, 2011). A predisposição genética torna-se mais evidente em casos de início precoce e situa-se no intervalo de 40 a 50% de hereditariedade. Embora se desconheça em particular quais os genes envolvidos, sabe-se que a depressão está associada a menor disponibilidade dos neurotransmissores das monoaminas – 5HT (serotonina) e noradrenalina – a par de alteração funcional do eixo hipotalamo-pituitária-supra-renal (HPA) (Harrison et al, 2006). Para população geral, os estudos indicam 1,5 a 3 vezes mais probabilidade de sofrer um episódio depressivo se houver familiares em primeiro grau com história de depressão (Townsend, 2011). Para a depressão major, em gémeos monozigóticos foi observada uma taxa de concordância aproximada a 50% ao passo que em gémeos dizigóticos esse valor oscilava entre 10 e 25% (Afonso, 2004). Embora se confirme a influência genética ela é limitada; doutro modo seria encontrada uma concordância total entre gémeos monozigóticos.

Um transtorno depressivo pode também ser secundário a alterações de ordem biológica, seja por influência bioquímica, alterações endócrinas ou alterações fisiológicas. As teorias bioquímicas colocam como hipótese o défice de neurotransmissores, sobretudo a serotonina e a noradrenalina (norepinefrina) mas também a dopamina e acetilcolina (Townsend, 2011). Desenvolvimentos recentes, baseados na terapia com fármacos antidepressivos, deixaram perceber que a depressão está associada ao défice daquelas monoaminas mas também a alterações dos locais onde elas actuam, ou seja, os receptores pré e pós-sinápticos. Esta condição parece explicar o tempo de latência de efeito dos antidepressivos (Afonso, 2004).

Algumas doenças endócrinas ou a administração de algumas hormonas estão associadas ao aparecimento ou persistência de episódios depressivos. A elevação do cortisol sérico, que implica alterações ao nível do eixo hipotálamo-pituitária-adrenocortical e está na base do teste de supressão da dexametasona, pode usar-se para perceber se um indivíduo é passível de tratamento farmacológico. Ao nível do eixo hipotálamo-pituitária-tiróide o factor de libertação de tireotropina (TRF) estimula a produção de da hormona estimuladora da tiróide (TSH). Em cerca de 25% dos doentes depressivos esta resposta está diminuída, achado que pode servir no futuro como teste laboratorial para identificar potenciais doentes. O défice ou excesso das hormonas tiroideias ou paratiroideia também estão associados a sintomas e quadros depressivos (Townsend, 2011).

Uma síndrome depressiva pode ser induzida por factores que afectam directamente a homeostasia do organismo como alterações electrolíticas, algumas doenças físicas ou a acção

de determinados medicamentos. Quando assim acontece, a depressão é denominada secundária (Townsend, 2011). O potencial depressivo dos medicamentos pode ser isolado ou em combinação com outros e vai depender da susceptibilidade de cada indivíduo (Afonso, 2004). Alguns exemplos de medicamentos que induzem depressão são: corticosteróides, como a prednisolona e cortisona; antibióticos, antifúngicos, ou antimaláricos, como ampicilina, cicloserina e tetraciclina, mefloquina e cloroquina; antipsicóticos; hormonas, como estrogénio e progesterona; anti-hipertensores, como propranolol e reserpina (Townsend, 2011; Afonso, 2004).

Do ponto de vista electrolítico, quantidades elevadas de bicarbonato de sódio ou cálcio, bem como, as depleções de magnésio e sódio podem induzir sintomas depressivos. O potássio também pode ter este efeito, por excesso ou por defeito (Townsend, 2011).

A depressão secundária surge também associada a algumas patologias. Entre estas, destacam-se: doenças neurológicas, como acidentes vasculares cerebrais (AVC), esclerose múltipla e doença de Parkinson; doenças cardiovasculares, como enfarte agudo do miocárdio ou insuficiência cardíaca congestiva; infecções, como encefalite, sífilis, mononucleose infecciosa, hepatite e sida; lúpus eritematoso sistémico e poliartrite nodosa (Townsend, 2011; Afonso 2004).

Algumas teorias propõe factores de ordem psicológica e/ou social como determinantes dos transtornos depressivos.

De acordo com a teoria psicanalítica, inicialmente desenvolvida por Freud, as perdas tidas como irreparáveis para o self (ego) são vividas de forma ambivalente e os sentimentos negativos que delas resultam são dirigidos internamente contra o próprio (Townsend, 2011; Afonso 2004). Segundo McWilliams (2005), este fenómeno definido como 'raiva voltada para dentro', foi descrito por vários autores da corrente psicanalítica, a partir da constatação de que, durante os episódios depressivos, as pessoas desviam para o self os afectos negativos, de forma desproporcional às suas falhas reais. A mesma autora explica que o mecanismo de defesa mais preponderante para a pessoa depressiva é a "introjecção", através do qual ela interioriza como componentes do self os atributos negativos susceptíveis de crítica ou hostilidade, sobretudo mas não exclusivamente, por parte de pessoas significativas, com base em experiências anteriores. Outros mecanismos de defesa como a "idealização" também são comuns em pessoas depressivas; aqui, a pessoa tende a estabelecer comparações com objectos idealizados perante os quais se sente invariavelmente inferior, deixando assim afectada a sua auto-estima. Habitualmente, esta idealização concretiza-se em preocupações exacerbadas de índole moral que conduzem a processos de auto-condenação, culpa e desesperança (McWilliams, 2005). De uma forma geral, esta teoria enfatiza as perdas precoces

e episódios traumáticos ocorridos na infância, contrários ao desenvolvimento de respostas adaptativas, e que tendem a recrudescer durante o ciclo vital sob a forma de comportamentos regressivos (infantilizados), identificáveis em pessoas depressivas (McWilliams, 2005).

A teoria da aprendizagem foi desenvolvida por Seligman, na década de 60 do séc. XX. Através da sua experiência com cães ele desenvolveu o conceito de “desamparo aprendido” (*learning helplessness*) (Afonso 2004; Townsend, 2011). Num primeiro momento expunha os cães a choques eléctricos sem possibilidade de fuga. No segundo momento, os cães tinham a possibilidade de escapar ao choque mas simplesmente não o faziam devido ao comportamento de desamparo ou indiferença, baseado na percepção de inevitabilidade do estímulo adverso. Transpondo este conceito para os humanos, Seligman propôs que os indivíduos com desamparo aprendido estão predispostos a desenvolver episódios depressivos uma vez que são dominados por sentimentos de incapacidade de controlo sobre a sua vida, ou de que qualquer esforço é inútil pois redundará em insucesso. A incapacidade do indivíduo para dar respostas de confrontação ou evitamento perante acontecimentos negativos ou adversos gera impotência e “o sujeito acaba por adoptar uma postura de insegurança e passividade conducente a um estado depressivo” (Afonso, 2004, p.42).

A teoria cognitiva enfatiza os aspectos cognitivos da depressão defendendo que estes se sobrepõem aos afectivos. Na origem dos estados depressivos estão distorções cognitivas que conduzem ao negativismo e à desesperança (Townsend, 2011). Também aqui se enfatizam as experiências precoces de abandono ou negligência, experienciadas durante a infância, como fonte das distorções cognitivas. Acontecimentos adversos posteriores desencadeariam a activação de tais cognições sob a forma de pensamentos automáticos, como por exemplo, “ninguém me ama, todos me abandonam” (Afonso, 2004, p.40). De acordo com Beck (cit. Townsend, 2011, p.549) as distorções cognitivas que estão na origem da depressão são: expectativas negativas do self; expectativas negativas do ambiente; expectativas negativas do futuro. Afonso (2004, p.40) descreve a tríade cognitiva de Beck como uma condição em que “o indivíduo tem uma percepção negativa de si próprio (acha que é um infeliz, um desgraçado); a interpretação que faz da sua experiência actual é hostil e frustrante (‘tudo me tem corrido mal’); e tem uma visão catastrófica do futuro (‘nada de bom se pode esperar do amanhã’).” Alguns dos efeitos das distorções cognitivas são a inibição psicomotora e sentimentos de baixa auto-estima. Em contraste com outros teóricos que encaram o negativismo como consequência da depressão, esta teoria coloca os pensamentos negativos na génese dos episódios depressivos (Townsend, 2011).

Uma outra teoria baseada de contornos francamente psicossociais propõe uma relação estreita entre os acontecimentos de vida marcantes (*life events*) e a depressão (Afonso, 2004).

Teve origem no estudo retrospectivo dos acontecimentos de vida que precederam episódios depressivos. O stresse ou, melhor dizendo, o distresse inerente a tais acontecimentos funciona aqui como agente predominante. Afonso (2004, p. 42), elucida:

“Considera-se um acontecimento de vida marcante determinado fenómeno (externo ao indivíduo) económico, social, psicológico ou familiar que é causador de desadaptação social ou de sofrimento psíquico significativo (...) é indesejável pelo indivíduo, imprevisível, causador de um grande esforço de adaptação e com consequências negativas na sua vida.”

De um modo geral, estes acontecimentos determinam uma condição de vulnerabilidade ou configuram uma situação de abuso. Como exemplos frequentes temos a morte de pessoas significativas, o divórcio, o desemprego ou actos de violência, nomeadamente, sexual. Dado que apenas alguns indivíduos apresentam reacções depressivas perante os acontecimentos de vida marcantes, mais do que um agente etiológico, estes parecem funcionar como factor de risco. Exemplo acabado disto é a condição de fraco suporte social que é, ao mesmo tempo, reconhecido como factor de risco e de mau prognóstico para os transtornos depressivos (Afonso, 2004).

O stresse (distresse) é unanimemente reconhecido como um factor etiológico da depressão, entre outras doenças mentais e físicas (Afonso, 2004; Harrison et al, 2006; Rojas, 2007; CID-10, 2008). Independentemente da teoria em causa, o stresse influencia as capacidades adaptativas do indivíduo e, por consequência, o resultado das suas acções. Os efeitos do stresse foram elucidados por Selye, que descreveu a síndrome de adaptação geral em 1956 (Townsend, 2011). No terceiro estágio desta síndrome, designado de exaustão, as “energias adaptativas” do indivíduo exposto ao stresse prolongado esgotam-se e conduzem a estados de doença ou mesmo a morte. À luz desta explicação, um episódio depressivo reactivo pode muito bem ser um equivalente do estágio de exaustão.

A acção do stresse no organismo foi verificada ao nível fisiológico. A principal resposta fisiológica ao stresse acontece nas glândulas supra-renais, pela produção da chamada hormona do stresse, o cortisol. Este regula funções como o apetite, o sono e a imunidade, entre outras. A regulação dos níveis de cortisol é feita ao nível do ‘eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal’ (Afonso, 2004). Alguns estudos provaram que o mecanismo de regulação do cortisol neste eixo estava alterado em boa parte dos utentes depressivos (entre 50 a 75% dos utentes internados com diagnóstico de depressão). O ‘teste de supressão da dexametasona’ baseia-se neste mecanismo mas o seu uso como marcador biológico da depressão não provou ser efectivo, dada a sua limitada especificidade em casos de depressão endógena (Afonso, 2004).

### 1.3. Problemáticas Clínicas e Socioculturais

Pretendemos, agora, apresentar informação significativa sobre as implicações decorrentes dos episódios depressivos. Tais implicações, são de origem directa ou indirecta, e resumem-se a três níveis principais: clínico, social e económico. Além de aprofundar estes três níveis pretendemos realçar um resultado que perpassa todos eles e assume particular relevância no contexto dos episódios depressivos - falamos do suicídio.

O primeiro dos grandes obstáculos ao diagnóstico e tratamento da depressão prende-se com a reduzida procura de assistência clínica e disponibilidade limitada dos recursos de saúde, mesmo em países desenvolvidos. Pelo lado da pessoa doente, os sintomas particulares da depressão, como sentimentos de culpa e reduzida auto-estima a par da desmotivação, obstam à procura de assistência. Considerando aspectos socioeconómicos, constituem-se como obstáculos significativos o receio de estigmatização, as dificuldades financeiras e as incertezas sobre a efectividade de custos/benefícios (OMS, 2001). No contexto de cuidados primários, a OMS (2001) refere a falta de recursos de saúde e tempo como causas para a não detecção dos episódios depressivos, a juntar à falha na identificação da doença pelos próprios indivíduos e pelos técnicos de saúde.

Também Harrison, Geddes e Sharpe (2006) relatam que muitos dos casos de depressão não são diagnosticados ou tratados, ressaltando que os episódios depressivos ligeiros a moderados tendem a ser auto-limitados e respondem bem à terapêutica farmacológica (nem sempre necessária) e à psicoterapia.

No contexto de cuidados primários, a proporção estimada entre os casos de '*morbilidade escondida*' (i.e., transtorno psiquiátrico não diagnosticado) e de '*morbilidade evidente*' (transtorno diagnosticado) será de 2:1, o que significa a falha de diagnóstico em 50% dos casos. A juntar às razões referidas anteriormente, este fenómeno resulta, também, da preponderância dos sintomas somáticos sobre as queixas de teor depressivo (psicológicas), no momento da consulta médica. Estas queixas depressivas tendem a emergir apenas quando são objecto de interrogação por parte do clínico; os casos assim apresentados são chamados de '*depressão mascarada*' (Gonçalves & Fagulha, 2004). A este respeito, uma situação muito frequente é a relação de episódios depressivos e queixas álgicas, nomeadamente, de foro músculo-esquelético, que parece estar mediada pela diminuição do limiar de tolerância a estímulos dolorosos nos doentes depressivos (OMS, 2001; Gonçalves & Fagulha, 2004; Vaz Serra coord., 2003,). Porém, o processo inverso também pode verificar-se, ou seja, o episódio depressivo também pode ser decorrente de uma patologia orgânica, que assim pode passar

despercebida. Em última análise, pode revelar-se difícil a determinação da existência e sentido de causalidade num processo de co-morbilidade entre uma depressão e uma doença somática.

A acompanhar estas dificuldades diagnósticas, muitas das vezes emerge a incerteza entre os limites de uma reacção emotiva normal a um acontecimento e um episódio depressivo. Esta questão surge na forma simplificada quando se questiona se estamos perante o sentimento de tristeza normal ou a tristeza depressiva, pelo que foi já objecto de destringência. Afonso (2004, p.14) refere a este respeito: “Embora o diagnóstico da depressão seja clínico, ele nem sempre é evidente. Torna-se por vezes definir os limites entre a normalidade e a doença.” Vimos, inclusivamente, que o termo depressão se presta a diferentes semânticas, desde a gíria à terminologia científica. O mesmo autor explica que estamos perante um episódio depressivo quando “a tristeza se apresenta com uma *‘grande intensidade’*, ou seja, é grave e profunda” e, a este critério, acrescenta ainda os de *‘persistência’* e *‘duração’*, bem como o emparelhamento com outros sintomas depressivos, como tal, de carácter patológico; todo este quadro considerado num contexto particular, vai determinar interferências significativas na capacidade funcional da pessoa doente, projectando-se nas suas dimensões afectiva, cognitiva, biológica e comportamental. São, estes, no fundo os critérios eleitos pelas grandes classificações anteriormente mencionadas. Do ponto de vista psicodinâmico McWilliams (2005, p.260) refere que na comparação entre luto e depressão (“melancolia”) já Freud (1917) “observou que a diferença indicativa entre os dois estados é que nas reacções de desgosto comuns o *‘mundo externo’* é experienciado como diminuído de forma importante (por exemplo, perder uma pessoa estimada) enquanto nas condições depressivas o que se sente perdido ou danificado é uma parte do self. Ainda assim, os episódios depressivos geram dificuldades teóricas e práticas dada a sua heterogeneidade a diferentes níveis, como as suas causas, a sua semiótica, a sua intensidade e o seu curso (Peralta & Cuesta, 2002).

Outras dificuldades diagnósticas apresentam-se a respeito da co-morbilidade e do diagnóstico diferencial dos episódios depressivos. Do ponto de vista psiquiátrico, os episódios depressivos podem confundir-se muitas vezes com os transtornos da personalidade, nomeadamente, a variante limítrofe (*borderline*), mas também com transtornos da ansiedade, somatoformes, obsessivo-compulsivo, psicóticos (esquizoafectivo) ou até patologias neurológicas (Peralta & Cuesta, 2002). Para complicar ainda mais, é também comum a co-morbilidade psiquiátrica, estando os episódios depressivos associados a alguns dos transtornos acima referidos. A co-morbilidade mais frequente é entre depressão major e uma perturbação da personalidade, logo seguida pela associação a transtornos da ansiedade (Rojas, 2007). A associação da depressão com uma perturbação da personalidade pode acarretar prognóstico mais reservado (Joyce, 1992; Sato, 1993; cit. in Afonso, 2004) e a presença de ansiedade

elevada determina períodos de tratamento mais alargados (Clayton, 1991, cit in Afonso, 2004). Os episódios depressivos também estão, muitas vezes, associados a doença orgânica, sendo a sua prevalência nestes casos superior à da população geral (Santos & Santos, 2003). Neste contexto, os episódios depressivos podem surgir numa relação causal biológica com a patologia orgânica ou sob a forma de reacção psicológica aos seus efeitos incapacitantes ou mesmo ameaçadores da própria vida. Alguns dos problemas principais que decorrem deste tipo de co-morbilidade são o aumento do consumo de recursos de saúde, a diminuição da adesão ao tratamento da patologia orgânica, maior mortalidade pós enfarte do miocárdio e do idoso doente. Este tipo de co-morbilidade observa-se com mais frequência em pessoas com doença crónica incapacitante e é tanto mais provável quanto maior a gravidade da mesma. (Santos & Santos, 2003).

Do ponto de vista clínico, há também dificuldades inerentes ao tratamento dos episódios depressivos. Discutem-se alguns aspectos acerca deste tema no título 2.3 (Parte I) do estudo, dedicado ao tratamento dos episódios depressivos.

No entanto, não podemos deixar de referir, desde já, as principais dificuldades associadas ao tratamento, pela perspectiva dos doentes. Como já vimos, nem sempre o acesso aos recursos de saúde se revela fácil ou, então, estes não existem na proporção das necessidades das populações. Por outro lado, estão bem documentadas as dificuldades dos doentes na adesão ao tratamento dos episódios depressivos (OMS, 2001; Afonso, 2004; Rojas 2007; APA 2010). De acordo com a OMS (2001, p.8) “(...) a taxa média de adesão para o tratamento farmacológico é de pouco mais de 50% (...)” que acrescenta: “Em geral, quanto mais demorado, complexo ou disruptivo o regime médico, menores são as probabilidades de adesão por parte do paciente.” O tratamento dos episódios depressivos tende a prolongar-se por períodos incertos, durante os quais os planos de tratamento devem ser cumpridos com rigor. Ora, são próprios da sintomatologia depressiva, sobretudo em fases de agudização, a desmotivação e o pessimismo em geral, a par de défices mnésicos e de autocuidado que podem inviabilizar o tratamento. Há ainda que considerar os efeitos secundários e as exigências terapêuticas como factores de incumprimento. Com a estabilização da doença na fase de manutenção do tratamento surge o risco de abandono pois os doentes tendem a desvalorizar a necessidade de continuação, privilegiando o alívio dos custos e exigências que o mesmo exige (APA, 2010). A OMS (2001, p.8) esclarece que “O paciente deprimido tem três vezes mais probabilidades de não seguir o regime médico do que o não deprimido” e, ainda a este respeito, Afonso (2004, p.106) explica que “(...) alguns doentes acabam por cronificar porque não aderem à terapêutica antidepressiva (...) a falta de adesão é um fenómeno complexo, multifactorial (...)”. As soluções para estes problemas passam por relações

terapêuticas baseadas na confiança, pela educação correcta dos doentes e seus familiares (como promotores da recuperação) sobre o tratamento, pela implementação de regimes terapêuticos mais simples e menos onerosos e pelo recurso a terapias complementares, como a psicoterapia ou a terapia ocupacional (OMS, 2001; APA, 2010).

Referindo-se ao impacto da depressão, Afonso (2004, p.7) sintetiza:

“A doença interfere significativamente com a forma de sentir, pensar e agir. As suas características acabam por se reflectir no relacionamento interpessoal, nomeadamente, na estrutura da família, provocando muitas vezes situações de conflito e incompreensão. Existem também consequências económicas, quer individuais, quer ainda para a própria sociedade, uma vez que esta patologia pode causar uma grande incapacidade para o trabalho, conduzindo a um absentismo laboral habitualmente prolongado. Mas a depressão tem as suas maiores consequências ao nível individual, visto ser causadora de um grande sofrimento psíquico que, infelizmente, em muitos casos, leva ao desespero e ao suicídio.”

Apesar do evidente impacto da depressão sobre a pessoa doente, nem sempre é fácil compreender toda a extensão da experiência depressiva, mormente, se nos referirmos ao sofrimento psíquico, a que alguns autores também chamam de dor mental. Na opinião genérica mas subjectiva dos doentes, a dor mental é menos suportável que a dor física (Gusmão et al, 2005). Segundo Valenstein (1973, cit. Fleming, 2003, p.36) a dor mental corresponde a ‘estados emocionais difusos de natureza desconfortável, desagradável e angustiante’. Outros autores estreitam o conceito e defendem o seu uso como equivalente aos termos “desespero, ânsia e desamparo psíquico” (Akhtar, 2000, cit. Fleming, 2003) ou “sentimentos de medo, insegurança e incerteza” (Amaral Dias, 2001, cit. Fleming, 2003).

O sofrimento psíquico é concretizado muitas vezes sob a forma de sentimento de perda de identidade, de ruptura do autoconceito. Na perspectiva analítica de Anzieu (1985, cit. Fleming, 2003, p.37) a dor mental atenua a consciência das fronteiras entre o Eu psíquico e o Eu corporal, entre Eu, Id e Super-Eu. Esta perspectiva surge-nos particularmente acutilante pois podemos testemunhá-la nas palavras dos doentes quando se referem à sua condição patológica usando expressões como: “Eu já não me reconheço.”, “Eu não era/nunca fui assim.” ou “Já não sou a pessoa que era.”. Rojas (2007, p. 37) utiliza o termo “despersonalização” para esta condição em que o doente refere sentir que “não é a mesma pessoa que antes”, a qual, não sendo exclusiva da depressão pode ser um importante indicador da doença.

De acordo com Jaime Milheiro (1996, cit. Fleming, 2003) podemos ainda considerar o conceito de “dor moral” como forma mais intensa e fixada de sofrimento psíquico, pois ‘pertence mais à zona inconsciente do mundo interno do que qualquer outra; as clivagens são mais acentuadas; as perturbações narcísicas e as defesas desse tipo são prevaletentes comparando com as relacionais’. De facto, observamos que muitos dos doentes depressivos manifestam ruptura afectiva consigo próprios, mais do que com qualquer outro objecto

relacional. Concomitantemente, assumem sentimentos de culpa e preocupações de índole moral inextrincáveis ou mesmo irrazoáveis. No limite do sofrimento inoportável, pela sua intensidade e persistência no tempo, o doente depressivo é assoberbado pelo desespero constante que pode precipitar o suicídio. O estigma que recai sobre as doenças mentais é também motivo de sofrimento para as pessoas com depressão. (Gusmão et al, 2005)

O humor depressivo tem grande repercussão no rendimento intelectual, profissional e social da pessoa e determina significativos graus de incapacidade. Há ainda a reacção psíquica a todo o quadro depressivo, como nos explica Afonso (2004, p.14):

“As pessoas reagem de forma diferente à tristeza em função da sua personalidade. Se umas ficam apáticas, desinteressadas por aquilo que as rodeia, outras tornam-se agressivas, tensas e facilmente irritáveis e outras, ainda, manifestam-se de uma forma apelativa, com choro convulsivo e comportamento teatral. Qualquer um dos casos traduz a expressão de um sentimento desagradável e penoso.”

A incapacidade funcional do doente depressivo manifesta-se em diversos graus, de acordo com a gravidade da doença. Como referem Gusmão et al (2005, p.136) “Os doentes deprimidos, ou apenas com sintomas depressivos, experimentam marcadas incapacidades, apresentam menor autonomia e níveis mais acentuados de dependência de terceiros, são menos produtivos e apresentam maiores níveis de absentismo e presentismo”. Os transtornos depressivos acarretam compromisso substancial das capacidades das pessoas para cuidarem das suas actividades quotidianas e constituem-se como uma das principais causas da perda de produtividade na UE. As pessoas com depressão major relatam um valor superior a sete vezes mais dias de trabalho perdidos do que as pessoas sem qualquer transtorno mental, no espaço europeu (Wahlbeck, 2009). A afectação funcional é maior em pessoas com depressões graves quando comparada com outras doenças físicas crónicas. Os indivíduos com diagnóstico de depressão major perdem, em média, cerca de 25% dos dias de trabalho, enquanto aqueles que sofrem de doenças cardíacas ou diabetes perdem 18% e 12%, respectivamente. Como agravante, a depressão está fortemente associada a co-morbilidades mentais, como os transtornos de ansiedade e o alcoolismo, entre outros (Wahlbeck, 2009).

O alcance das incapacidades decorrentes da depressão vai muito além da vontade do indivíduo, e toma as mais diversas formas de negligência do autocuidado, quando não mesmo comportamentos auto-agressivos. Há também evidência de que os doentes depressivos jovens adoptam mais facilmente comportamentos sexuais de risco (OMS, 2001). Nos casos que em existe co-morbilidade as incapacidades são ainda mais agravadas (Gusmão et al, 2005). Como facilmente reconhecemos, a negligência vai desde o descuido das tarefas mais essenciais, como o comer ou vestir, fundada nos sintomas somáticos, até comportamentos de ordem mais complexa, como a adesão ao tratamento, de ordem motivacional.

É também conhecido o efeito negativo dos transtornos depressivos em doentes com patologias médicas. Por si só, são factor de risco para saúde física e a mortalidade está genericamente aumentada em doentes com patologias crónicas que sofram episódios depressivos (Gusmão et al, 2005; Wahlbeck, 2009). Por ex., os doentes do foro cardíaco, com enfarte agudo do miocárdio e angina de peito instável, que padecem de co-morbilidade depressiva têm sobrevida inferior. Além disso, a evidência indica que o risco de morte por causas não naturais é também maior em doentes com depressão (Gusmão et al, 2005). O excerto que se segue elucida:

“Os doentes com perturbação depressiva fumam mais, bebem mais álcool, utilizam mais os cuidados de saúde, mas reportando menor satisfação em relação a estes, e apresentam múltiplas queixas físicas para além de que se sofrerem efectivamente de outras doenças apresentarão menor adesão à terapêutica e a morbilidade será maior. Não é assim estranho que haja uma clara diminuição da qualidade de vida dos doentes deprimidos.”

(Gusmão et al, 2005, p.136)

O conceito de qualidade de vida (QV) vem sendo usado como indicador do grau de comprometimento das pessoas com episódios depressivos. Alguns estudos europeus indicam que os transtornos do humor originam redução significativa da QV. O impacto de um transtorno depressivo é comparável ao de uma doença física, como um acidente vascular cerebral grave. A depressão, segundo a generalidade dos estudos, determina maior diminuição nos valores de saúde auto-relatados do que doenças como angina peito, artrite, asma ou diabetes (Wahlbeck, 2009). Num estudo português, Gameiro et al (2008) confirmaram o impacto negativo dos sintomas depressivos na QV de indivíduos da população geral (analisado no título 2.1). A confirmar a tendência esperada, os indivíduos com quadros depressivos manifestaram menor QV em todos os domínios (excepto o de “Espiritualidade”) e facetas do instrumento de parametrização, o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100).

A problemática dos transtornos depressivos repercute-se também sobre a família dos doentes. Os familiares, de quem se espera o maior suporte, não estão muitas das vezes preparados para lidar com a doença, desde logo, por falsos conceitos relativos a ela e conseqüente incompreensão. Este tipo de reacção por parte dos familiares, por um lado, e o estado depressivo do doente, por outro, são ingredientes suficientes para gerar rupturas e conflitualidade no seio do agregado familiar. Os familiares têm no doente depressivo um factor de stresse aumentado e estão sujeitos a sofrimento psíquico; as necessidades inerentes ao doente traduzem-se em sobrecarga ou mesmo absentismo laboral. Há ainda outros efeitos menos evidentes mas de grande relevância, com alcance difícil de estimar. Alguns estudos

indicam que a depressão pós-parto está associada a maiores taxas de divórcio e parece condicionar o atraso no desenvolvimento das crianças (Gusmão et al, 2005).

As estimativas do Global Burden of Diseases (GBD), projecto da OMS e do Banco Mundial para determinar o impacto das doenças, elegiam a depressão major unipolar como causa principal de anos de vida com incapacidade (AVI), em 1990. Estimavam ainda que fosse a quarta maior causa de anos de vida com saúde perdidos (AVAI). Em termos absolutos, a GBD destacou a depressão como doença mais incapacitante e que maior sobrecarga implica à escala global. Os episódios depressivos afectam significativamente o funcionamento social e a produtividade laboral, aumentam o absentismo e provocam maior utilização dos serviços de saúde (gerais e de saúde mental) e de assistência social (Gusmão et al, 2005).

Os custos imputáveis aos transtornos depressivos cresceram ao longo das últimas décadas. Em 2004, os custos económicos da depressão foram estimados em € 250 por habitante, ou 118 mil milhões de euros, na UE e EFTA (Associação dos Estados de Comércio Livre). Os custos de saúde, ou seja, directos, representam a parte menor do total da economia dos transtornos depressivos. Estima-se que a maioria dos custos sejam indirectos – entre 65% e 85% – pela perda de produtividade, sob a forma de absentismo laboral e reforma antecipada mas também pela mortalidade por suicídio (Wahlbeck, 2009).

Um estudo sobre o impacto económico da depressão em Portugal, na década de 90, estimou um custo total anual de 246 milhões de contos (valores ajustados a 1992; cerca de 1227 milhões de euros). Deste valor, cerca de 80% correspondia a perda de produtividade por incapacidade temporária, 3% ao suicídio e 17% a custos directos em saúde (Félix, 2001; Gusmão et al, 2005).

Nos anos de 1999 e 2000 os antidepressivos estiveram entre os psicofármacos mais vendidos em Portugal, com valores absolutos de vendas de 13,5 milhões de contos e 15,8 milhões de contos, respectivamente. Destes valores, o Sistema Nacional de Saúde suportou 6,4 milhões de contos em 1999 e 8,3 milhões de contos em 2000 (Gusmão et al, 2005). Segundo Afonso (2004), em Portugal o consumo de antidepressivos havia duplicado em dez anos, o que sendo sugestivo de situações de abuso clínico e marketing da indústria farmacêutica, ignorava o aumento do despiste da depressão, o melhor reconhecimento social da doença e a maior acessibilidade as medicamentos pela redução dos seus preços.

Mas o resultado mais grave e trágico muitas vezes associado a um episódio depressivo é o suicídio. Com origem etimológica no latim, suicídio deriva de *sui* (“o próprio”) e *caedere* (“matar”), donde resulta “Tirar a vida de forma intencional e voluntária” (Dicionário Médico Enciclopédico Taber, 2000, p.1654). Ao longo da história o suicídio foi olhado sobre diversas perspectivas, quase sempre moralistas e condenatórias, como acontecia já na Grécia antiga

onde era visto como ofensa à sociedade ou, posteriormente, na nossa cultura judaico-cristã que o considerava (ainda considera?) um crime ou pecado grave. Não obstante o advento da formação e informação próprios do séc. XIX, o suicídio persiste como tabu e é encarado como uma condição que desperta “sentimentos de vergonha, medo, culpa e constrangimento” (OMS, 2005, p.79). Há ainda enormes dificuldades em fazer a discussão pública do suicídio devido aos preceitos morais, religiosos e legais que, historicamente, lhe estão associados e que permaneceram até ao séc. XX, em muitos países. Concepções ambivalentes e confusas relativas ao suicídio – corajoso/covarde ou racional/irracional, por ex. - geram dificuldades práticas na sua prevenção.

No século XVII, Robert Burton foi pioneiro na abordagem médico-científica do suicídio, associando-o à melancolia na sua obra “The Anatomy of Melancholy” (1621).

A OMS (2001, p.36-37) alerta que o suicídio é um resultado trágico, frequente e evitável, associado à depressão. Aproximadamente 15 a 20% dos doentes depressivos cometem suicídio (Goodwin e Jamison, 1990; cit. OMS, 2001). A depressão é, de resto, o transtorno mental mais associado ao suicídio, superando a esquizofrenia (OMS, 2001; García de Jalón e Peralta, 2002; Afonso, 2004). A dimensão da problemática do suicídio à escala global justifica que seja considerado, hoje, “um grande problema de saúde pública” (OMS 2001, p.38)

Segundo Harrison, Geddes e Sharpe (2006), o risco de suicídio em pessoas com episódio depressivo está aumentado 10 vezes e, aproximadamente, 4% dos doentes comete suicídio; entre os casos em que foi necessário internamento, este valor sobe para 15%. Além disso, a mortalidade nestes doentes está aumentada por via de doenças cardiovasculares, acidentes e abuso de substâncias.

A OMS (2005) classifica o impacto psicossocial e económico do suicídio a nível familiar e social como incomensurável. Estima que o impacto de um único suicídio interfira, profundamente, com pelo menos seis pessoas e considera que, se o mesmo tem lugar no local de trabalho ou escola, pode afectar centenas de pessoas. O suicídio representa uma perda traumática de longa duração nos familiares e amigos da vítima e prejuízo na produtividade socioeconómica. No ano de 2002, as lesões auto-destrutivas representaram 1,4% da carga total das doenças, à escala global, e 2,3 % na Europa. Das tentativas de suicídio resultam custos directos de tratamento e internamento hospitalar, enquanto que os custos indirectos decorrem das incapacidades resultantes de sequelas e da morte prematura.

Na Europa, as taxas de suicídio evoluíram, predominantemente, no grupo etário dos 15 aos 34 anos, quando antes prevaleciam nos grupos etários mais idosos. O suicídio é a segunda maior causa de morte entre os 15 e 34 anos, apenas superada pelos acidentes de viação. Feita a diferenciação entre sexos, constitui-se como a segunda causa de morte para o masculino e a

terceira para o feminino (OMS, 2001). Acerca do impacto social desta realidade a OMS (2001, p.38) concretiza:

“Isso representa uma tremenda perda para a sociedade em pessoas jovens nos anos produtivos da vida. Só existem dados disponíveis sobre tentativas de suicídio de alguns países; indicam elas que o número de tentativas de suicídio pode ser até 20 vezes maior do que o de suicídios consumados.

As lesões autoprovocadas, inclusive o suicídio, foram a causa de cerca de 814.000 mortes em 2000. Segundo a CGD 2000, foram responsáveis por 1,3% dos AVAI totais.”

É patente uma correlação positiva entre o acesso a recursos para cometer suicídio e as taxas de suicídio, condição que varia segundo as diferentes regiões geográficas, considerando os países desenvolvidos (OMS, 2001). Entre os principais recursos encontra-se o álcool (como facilitador do acto), as substâncias tóxicas e as armas de fogo. O consumo de substâncias, na primeira pessoa ou no seu seio familiar, está muito associado ao suicídio. Segundo Rossow (2000, cit. OMS, 2001) as proporções elevadas de suicídio em países da Europa central e de leste são imputáveis ao consumo de álcool.

A União Europeia (UE) em conjunto com a OMS Europa (2008) referem o suicídio como principal causa de morte na Europa: ocorrem aproximadamente 58000 suicídios por ano e, destes,  $\frac{3}{4}$  são cometidos por homens; a cada 9 minutos acontece uma morte por suicídio e o número estimado de tentativas de suicídio é de 10 vezes mais. Dos quinze países com mais alta taxa de suicídio masculina, à escala mundial, oito são Estados-Membros da UE.

A relação do suicídio com a patologia mental é inequívoca, e sem dúvida que a depressão é a patologia que mais lhe está associada. Segundo Harris (1998, cit. Afonso, 2004) a depressão determina um risco de suicídio cerca de 21 vezes superior ao da população geral. As autópsias psicológicas de pessoas que consumaram o suicídio, realizadas em diversos estudos, permitiram evidenciar que cifras elevadas dessas pessoas padeciam de alguma alteração psicopatológica. Em Portugal, Costa Santos (1999, cit. Afonso, 2004) conclui com base numa amostra de 431 suicidas, que em 66% dos casos havia de doença mental, e que 42% dos indivíduos padecia de depressão. Estudos realizados revelaram que grande parte dos doentes procuraram ajuda no último mês ou semana antes da tentativa de suicídio o que deixa perceber forte incerteza e ambivalência relativamente à vontade de viver ou morrer, o que deixa boa margem de intervenção terapêutica (Afonso, 2004).

Depois de 1950, os registos sobre taxas de suicídio, em Portugal, permitem observar oscilações, muito embora, os valores daquele mesmo ano sejam muito próximos dos de 2009. Neste ano ocorreu um total de 1025 mortes por suicídio (803 homens e 222 mulheres); a taxa total foi de 9,6, a taxa masculina foi de 15,6 e a feminina de 4,0. Os valores crescentes das taxas de suicídio são correspondentes ao aumento dos grupos etários e a tendência

permanece estável segundo o sexo, com predomínio destacado do sexo masculino. Para o mesmo ano, o grupo etário mais afectado, por larga margem, era o de mais de 75 anos (260 casos) seguido pelo dos 45-54 anos (185 casos). De assinalar que abaixo dos 14 anos de idade houve registo de apenas um suicídio (OMS, 2009). De entre os Estados-Membros, as taxas de suicídio oscilaram, em 2009, entre o valor máximo de 34,1 na Lituânia, e o mínimo de 3,5 na Grécia, posicionamentos que se vêm mantendo ao longo dos últimos anos (OMS, 2009).

Quando consideramos a problemática do suicídio é importante distinguir o suicídio consumado e as tentativas de suicídio. Já assinalamos que as tentativas de suicídio são em número muito superior. Para os profissionais de saúde que atendem pessoas com intenções suicidas é muitas vezes inteligível, ainda que nem sempre fácil, o verdadeiro intento suicida (suicídios falhados) e os para-suicídios, ou seja, aqueles em que a tentativa não correspondia a autêntica intenção de morrer. O para-suicídio é mais característico do sexo feminino, em contraste com o suicídio, que se observa mais no sexo masculino (Platt, 1992, cit. Afonso, 2004) A escolha do método é condizente com esta evidência, com os homens a recorrer a métodos mais letais e violentos. Aliás, o método, assim como o contexto, são importantes indicadores para se discernir se estamos perante uma intenção real de suicídio ou um para-suicídio. Muitas das vezes, a pessoa que comete para-suicídio está em grande sofrimento e ambivalência relativamente à morte e, como refere Afonso (2004, p.59) encontra nesse comportamento “uma forma dramática de comunicação, e não um verdadeiro acto de autodestruição”. Dada a complexidade por detrás destes comportamentos e o valor em causa - a vida - as tentativas de suicídio não podem ser menosprezadas, exigindo a avaliação e intervenção de profissionais de saúde mental que, quase sempre, determinam a necessidade de tratamento domiciliário ou em regime de internamento, da patologia subjacente. Ora, tudo isto representa constrangimentos graves para o próprio e seus familiares, e a mobilização de recursos de ordem socioeconómica com dimensões incontornáveis.

Está bem patente nos dias de hoje que o capital humano, nomeadamente na sua vertente mental, traduzida por conceitos como sociedade da informação e conhecimento, determina o desenvolvimento social e económico. Porém, o investimento político da UE na saúde mental fica muito aquém do que é canalizado para a saúde física, onde se constata melhores resultados (Wahlbeck, 2009). O clima de mudanças no estilo de vida e no trabalho, passando pelas implicações da globalização e culminando na crise económica actual, vêm criar grandes desafios no campo da saúde mental. Não restam dúvidas, portanto, que um dos grandes desafios actuais em saúde e, muito particularmente, na saúde pública, se encontra nas intervenções específicas de combate aos transtornos depressivos.

## 1.4. Dados Epidemiológicos em Portugal e na Europa

Os dados epidemiológicos sobre a depressão são esclarecedores quanto ao impacto avassalador desta patologia, não só no passado e presente como pela projecção que permitem estabelecer para os anos vindouros. A partir deles pode-se alcançar os custos humanos e materiais desmedidos, desta que é já uma das doenças com maior impacto à escala global. As incapacidades funcionais inerentes aos episódios depressivos merecem a melhor atenção dos enfermeiros, que neste particular podem traduzir o seu contributo em ganhos significativos em saúde. No seu relatório de 2001 (p. *vii*) a OMS refere:

“A depressão grave é atualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e situa-se em quarto lugar entre as dez principais causas da carga patológica mundial. Se estiverem corretas as projeções, caberá à depressão nos próximos 20 anos a dúbida distinção de ser a segunda das principais causas da carga mundial de doenças.”

A maioria dos estudos com a população geral aponta características sociais e demográficas semelhantes associadas aos episódios depressivos. Estes dados consideram sobretudo as variáveis idade, sexo, estado civil, etnia, condição económica, meio rural ou urbano (Pinto, Peña & Martinez, 2009).

Muitas investigações revelam que a idade em que ocorre um primeiro episódio depressivo major tende a ser mais baixa em mulheres e aproxima-se dos 30 anos, se considerados ambos os sexos. As investigações indicam invariavelmente que a idade média para um primeiro episódio depressivo se situa no início da idade adulta (Pinto et al, 2009) O risco de ocorrência em familiares em 1º grau é de 15% (Harrison, et al 2006). Os transtornos depressivos estão entre aqueles cuja prevalência tende a aumentar com a idade; são comuns nos idosos e os estudos referidos pela OMS (2001) estimam a afectação em 8-20% da população idosa alvo de atendimento na comunidade e 37% dos que se deslocam aos serviços. A prevalência ao longo da vida está estimada em 20,4% para as mulheres e 9,6% para os homens. Entre os idosos, os episódios depressivos tendem a ser percebidos erradamente como condição própria do envelhecimento e afectam sobretudo aqueles que padecem de doença física incapacitante (OMS, 2001).

Quando considerado o sexo, acontece um fenómeno curioso. Na população infantil a prevalência da depressão é maior em rapazes, inverte-se definitivamente durante os anos da adolescência e assim se mantém no restante ciclo vital. Esta variável apresenta dos resultados mais estáveis entre os diferentes estudos epidemiológicos dos transtornos do humor em adultos (Pinto et al, 2009). Considerada a população geral adulta, o risco de um indivíduo sofrer um episódio depressivo major, ao longo da vida, varia na ordem do dobro em função do género; nas mulheres entre 10 e 25% e no homens entre 5 e 10%. A prevalência pontual

aproxima-se da mesma tendência considerados os géneros, com valores de 5 a 10% para as mulheres e de 2 a 3% para os homens (Pinto et al, 2009). As perturbações depressivas têm maior incidência em mulheres e o risco está aumentado se existe história familiar. (OMS, 2001; Harrison et al, 2006; Rojas, 2007; Gusmão, 2005). Para Harrison et al (2006, p.179) a maior incidência em mulheres pode explicar-se por: “predisposição genética; influências das hormonas sexuais; pressões sociais; maior prontidão em admitir sintomas depressivos; o facto de se darem outros diagnósticos aos homens deprimidos, tal como abuso de álcool.” A OMS (2001) enfatiza, com base nos critérios de idade e sexo, as alterações hormonais associadas à fertilidade das mulheres e ao seu papel social tradicionalmente exigente, donde decorrem stressores acrescidos.

Em geral, os estudos revelam que os solteiros e divorciados apresentam frequências mais elevadas de episódios depressivos quando comparados com casados (Pinto et al, 2009).

As investigações junto de grupos étnicos têm resultados incertos muito embora algumas apontem maior incidência de episódios depressivos em minorias raciais com maior afectação por doenças ao que se associa a falta de assistência de saúde (Pinto et al, 2009).

Muito embora a natureza da correlação não esteja esclarecida, as investigações são unânimes ao apontar maiores frequências de episódios depressivos nas franjas economicamente mais desfavorecidas das populações. Alguns estudos inovadores revelaram um risco maior de depressão durante a vida adulta para as crianças que crescem em condições socioeconómicas precárias (Pinto et al, 2009). Aspectos próprios das classes socioeconómicas mais desfavorecidas como baixos rendimentos, desemprego e condições de vida deficitárias constituem-se como factores de stresse agravado e pioram o prognóstico dos episódios depressivos (Murphy, 1991, cit. In Afonso, 2004, p.105).

A associação dos episódios depressivos com o meio urbano e rural não é consensual entre os vários estudos. Ainda assim, as taxas de ocorrência de depressão major são, tendencialmente, mais elevadas no meio urbano o que parece dever-se a estilos de vida mais stressantes, desemprego, delinquência e consumo de drogas (Pinto et al, 2009).

O estudo ODIN (*Outcome of Depression International Network*), promovido pela Comissão Europeia em cinco países (Espanha, Finlândia, Inglaterra, Irlanda e Noruega) estabeleceu como principais conclusões que os transtornos depressivos têm elevadas prevalências na Europa, muito embora, o maior achado tenha sido a constatação de grandes diferenças de prevalência entre os diversos locais de estudo (Ayuso-Mateos et al, 2001). Para todos os tipos de transtornos depressivos a prevalência pontual foi 8.6% (10.05% para as mulheres e 6.61% para os homens). A prevalência pontual foi para a depressão major 6.6%, para a distímia 1.0% e para as reacções depressivas 0.3%. (Ayuso-Mateos et al, 2001). Um

outro estudo europeu, o DEPRES II (*Depression Research in European Society*), permitiu estabelecer uma prevalência semestral de 17% para a depressão (Gusmão et al, 2005).

Vários estudos indicam que os transtornos depressivos são muito prevalentes entre os atendimentos nos cuidados de saúde primários, com taxas entre os 20 a 25% dos utentes. Se considerados os utentes em tratamento nos hospitais gerais (ambulatório ou internamento), os transtornos depressivos têm prevalências pontuais igualmente elevadas, na ordem dos 25%. As síndromes depressivas, estão de facto, muito associados a doenças médicas graves e crónicas, como refere Gusmão et al (2005, p. 133):

“De facto a depressão *major* ocorre em cerca de 20 a 25%, dos doentes afectados por neoplasia, diabetes, enfarte do miocárdio, AVC, 10 a 20% dos doentes com HIV, até 50% dos doentes com esclerose múltipla, 30 a 35% dos doentes com Alzheimer e 25% dos doentes com doença de Huntington, até 20% dos doentes com doença de Parkinson, 30% dos doentes com dor crónica, estimando-se que também 18% dos doentes com síndrome do cólon irritável e 12% com artrite reumatóide preenchem critérios de depressão *major*.”

Embora muito variável, em função da geografia, a proporção dos transtornos depressivos tratados em hospitais psiquiátricos é muito reduzida, com prevalência anual aproximada de 1.1%, para a população geral. É reconhecido que para esta situação também contribuem as limitações e falhas no acesso aos serviços de saúde (Gusmão et al, 2005).

De acordo com Wahlbeck (2009), na UE o transtorno depressivo major é frequente, afectando cerca de 13% dos adultos europeus (9% homens e 17% mulheres), em algum momento das suas vidas. Constitui-se como uma das principais causas da carga de doença total. As estimativas da OMS para a carga total de doenças na região europeia indicam que, em 2004, a depressão representava 5,6% do total de AVAI. A estimativa da carga total de doença em 2030, de sentido crescente, feita pela OMS para os países europeus de médios e altos rendimentos é, respectivamente, de 6,0% e 8,5%. Nos países europeus com rendimentos elevados, a depressão unipolar virá mesmo a tornar-se a principal causa de carga de doença. Parte da explicação para este fenómeno fica a dever-se ao surgimento dos transtornos depressivos em faixas etárias jovens, antes da maioria das doenças físicas (Wahlbeck, 2009).

Os transtornos depressivos estão entre as principais causa de suicídio que, por sua vez, se destaca entre as primeiras causas de morte na Europa afectando, especialmente, homens jovens. Pela sua relevância epidemiológica, a depressão e o suicídio vêm sendo alvo da agenda política da UE. Estes dois fenómenos interferem não apenas com a saúde e a qualidade de vida das populações, como determinam importantes perdas de produtividade e impedem o desenvolvimento sustentável dos estados.

A realidade epidemiológica em Portugal carece de estudo. Ainda assim, alguns estudos de alcance limitado foram realizados nas últimas décadas. Gusmão et al (2005) referem três

estudos que estimaram a prevalência de sintomas depressivos significativos na comunidade, através do recurso ao Inventário de Depressão de Beck (BDI). Dois desses estudos, realizados na região centro, estabeleceram prevalências de sintomatologia depressiva de 16,9% e 18,4. O outro estudo, realizado com população do Algarve, estabeleceu uma prevalência de 17,8%. Tais valores elevados ficam a dever-se, na opinião de Gusmão et al (2005), ao uso do BDI que, como escala de auto-avaliação, se presta a uma dimensão mais subjectiva; os estudos careciam de métodos ou etapas de investigação que conferissem maior fiabilidade.

Entre 1995-97, um estudo conduzido pelos Médicos-Sentinela, nos cuidados de saúde primários, estimou a incidência anual de síndromes depressivos em 0,49% e 0,53%, o que para Gusmão et al (2005, p. 139) são valores “provavelmente bastante mais baixos do que a realidade uma vez que um novo caso por cada 200 indivíduos por ano corresponde à incidência mínima em estudos populacionais”, que se explicam por défices de diagnóstico.

Um outro estudo foi realizado com o objectivo de estabelecer a prevalência de transtornos depressivos em utentes, no intervalo de idades dos 35-65 anos, que recorreram à consulta do médico de família no Centro de Saúde de Cascais (Gonçalves e Fagulha, 2004). Os investigadores usaram a versão portuguesa da CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) e seguiram os critérios diagnósticos do DSM-IV, junto de uma amostra final de 179 utentes, dos quais 71% (127) eram mulheres. Esta investigação apurou uma prevalência global dos transtornos depressivos de 33%, dos quais 13% cumpriam critérios de Depressão *Major*, 16% de Distímia e 4% de Depressão *Minor*. Os investigadores admitiram que, fruto de enviesamento, os valores tenham sido apurados por excesso, considerando que após ajuste a prevalência pudesse rondar os 20%, igualmente elevada. Em muitos dos casos existia sobreposição diagnóstica das categorias referenciadas. Proporcionalmente, não existia diferença estatística entre mulheres e homens diagnosticados com depressão major, mas nos casos de distímia essa proporção era de 2,5:1, a favor das mulheres, tal como sugere a evidência epidemiológica. Destaca-se, ainda, o facto de apenas 36% dos casos que cumpriam critérios diagnósticos terem sido detectados pelos médicos de família (Gonçalves & Fagulha, 2004).

A prevalência pontual de depressão em serviços de psiquiatria portugueses foi estabelecida nos três censos psiquiátricos, da responsabilidade da Direcção-Geral da Saúde, nos anos de 1988, 1996 e 2001. Os censos de 1988 e 1996 contemplavam apenas os hospitais psiquiátricos e estabeleceram prevalências de 10,1% e 13,3%, respectivamente; ao passo que o censo de 2001, incluindo todas as instituições de saúde em Portugal (continente e ilhas), fossem elas públicas, privadas ou ordens religiosas, estabeleceu uma prevalência de 4,9%. Neste censo de 2001 os transtornos depressivos constituíam o grupo mais frequente em

tratamento ambulatorio (21,5%), e ocupavam o segundo lugar entre os transtornos mentais assistidos nos serviços de urgência (20,2%), apenas superadas por patologias associadas ao álcool (21,3%). Nos internamentos os transtornos depressivos estavam em sexto lugar, com uma frequência de 4,9%, atrás das esquizofrenias (36.2%), oligofrenias (28.1%), patologias associadas ao álcool (7.0%), outros transtornos afetivos (5.4%) e síndromas demenciais (5.3%) (Gusmão et al, 2005, p. 139).

De acordo com o Ministério da Saúde (2006), em Portugal a depressão afecta um em cada cinco utentes dos cuidados de saúde primários, no momento da consulta, e pode ser responsável por mais de 1200 mortes por ano.

Em Março de 2011, foram anunciados os resultados preliminares do “Estudo Nacional de Saúde Mental”, que em Portugal é da responsabilidade da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. O mesmo está inserido no âmbito do *World Mental Health Survey Initiative*, coordenado internacionalmente pela Universidade de Harvard e a OMS. Os resultados revelaram que Portugal tem uma prevalência de transtornos mentais na população geral de 23%, valor mais elevado entre todos os países europeus. O estudo foi realizado através de um inquérito, junto de uma amostra representativa da população portuguesa de 3849 portugueses. Cerca de 43% dos indivíduos afirmou já ter sofrido de um transtorno mental ao longo da sua vida e, considerando os 12 meses anteriores, 1 em cada 5 portugueses havia sofrido de uma doença psiquiátrica. Os transtornos depressivos, com um valor de 7,9%, ocupam o segundo lugar da lista de transtornos mais frequentes, liderada pelos transtornos da ansiedade (16,5 por cento). O estudo revelou que a maioria dos doentes em tratamento é assistida pelo médico de família. Porém, a grande maioria das pessoas com patologia psiquiátrica não tem sequer acesso a tratamento, muitas das quais com patologias graves, como a depressão major, para a qual se estima que 33,6% dos casos não recebe tratamento (Gomes, 2010).

## 2. DEPRESSÃO: UMA ABORDAGEM ECOLÓGICA

As temáticas que se seguem procuram situar a depressão segundo uma abordagem ecológica dos processos de saúde e doença. Esta abordagem defende a compreensão dos fenómenos humanos no ecossistema natural. A perspectiva ecológica analisa a relação dinâmica entre indivíduo e grupos, no seu ambiente físico e social, com vista à elucidação de crenças e comportamentos associados ao continuum saúde-doença (Fragelli e Günther, 2008). Assim sendo, fazemos referência no âmbito da depressão: à sua investigação em Portugal; às suas implicações individuais, concretamente, nas dimensões do autoconceito e autocuidado; e às perspectivas de intervenção preventiva e terapêutica.

### 2.1. A Investigação Sobre a Depressão

A depressão enquanto fenómeno humano presta-se às mais diversas abordagens no campo da investigação. Ela pode ser estudada à luz dos paradigmas de investigação quantitativo e qualitativo, sendo hoje em dia reconhecida a pertinência de abordagens multi-método, que procuram congregar o que de melhor se pode extrair de ambos. No campo clínico, a investigação da depressão tem sido estudada segundo as mais diversas abordagens, que vão desde o domínio organicista (positivismo) ao domínio sociocultural (naturalista).

Assim, na procura de conhecimentos enquadráveis na temática do nosso estudo, realizamos uma extensa pesquisa de documentos científicos, quer em formato bibliográfico, quer em registo digital, através de portais de busca na internet. Nesta modalidade, usamos como principais termos de indexação “depressão”, “transtornos depressivos”, “enfermagem” e “autocuidado”, preferencialmente em relações de conjunto, mas também de forma singular.

Da pesquisa bibliográfica realizada, elegemos dois artigos: “Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população em geral.” de Gameiro *et al*, publicado em 2008; e “O Peso das Perturbações Depressivas. Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal”, da autoria de Gusmão *et al*, publicado em 2005.

Nenhum destes artigos incide especificamente sobre a relação central da nossa investigação – episódios depressivos e autocuidado. Contudo, constituem um importante contributo, na medida em que as suas conclusões estão em consonância com os pressupostos que presidem ao nosso estudo de investigação. O primeiro valida e apoia o pressuposto de que

a sintomatologia depressiva tem repercussões sobre a qualidade de vida (QV) dos indivíduos logo, permite prever a afectação das suas capacidades de autocuidado. No outro, Gusmão *et al* (2005), através da pesquisa e revisão bibliográfica, com base em indicadores epidemiológicos quantitativos, ilustram: primeiro, o peso da depressão em termos de proporção da população atingida; segundo, as lacunas de conhecimentos sobre o peso da depressão para a população portuguesa. Reforçam o pressuposto de que é importante realizar investigação na área das doenças mentais mais prevalentes, como é o caso da depressão, mormente em Portugal, onde o que existe publicado é escasso e nem sempre disponível, carecendo até de validade científica, por vezes.

Gameiro *et al* (2008) realizaram um estudo quantitativo, com o objectivo de analisar a presença da sintomatologia depressiva na população geral e avaliar o impacto desta na QV dos indivíduos. A amostra foi composta por 307 indivíduos da população geral (54,2% mulheres), sem qualquer diagnóstico de doença física ou mental prévio, com média de idade aproximada dos 40 anos. Através da aplicação da versão portuguesa do BDI, foram detectados 59 (19,2%) indivíduos com sintomatologia depressiva significativa, ainda que apenas um caso tenha sido classificado como grave. A QV destes indivíduos foi, depois, avaliada com recurso ao World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100). Os resultados encontrados permitiram concluir que a sintomatologia depressiva tem um impacto negativo na QV de indivíduos da população geral. Existe uma variação inversamente proporcional entre os valores da sintomatologia depressiva e os valores aferidos para a QV, através da WHOQOL-100. Os domínios da QV mais afectados pela sintomatologia depressiva, a que correspondem valores de correlação mais fortes e estatisticamente significativos, são os domínios Psicológico ( $r = -0,59$ ; para  $p < 0,01$ ), Físico ( $r = -0,50$ ;  $p < 0,01$ ) e de Relações Sociais ( $r = -0,48$  para  $p < 0,01$ ). Estes resultados para além de validarem a evidência científica prévia, reforçaram o interesse da investigação sobre o impacto dos sintomas depressivos no autocuidado, tal como equacionado nesta dissertação.

O artigo de Gusmão *et al* (2005) apresenta uma investigação mais abrangente, de carácter descritivo, iminentemente quantitativo, com forte preocupação com o rigor científico da informação apresentada. Optaram por seleccionar estudos que utilizam metodologia epidemiológica robusta – estudos de base populacional, estudos de coorte, *follow-up* - instrumentos de colheita e análise de dados validados e reconhecidos pela comunidade científica e que constituem referência internacional, como por exemplo: Epidemiological Catchment Área (ECA) dos Estados Unidos, iniciado em 1981; Camberwell no Reino Unido; os estudos multicentricos europeus ODIN (European Outcome of Depression International Network) e DEPRES (*Depression Research in European Society*).

Como metodologia de pesquisa, utilizaram a revisão bibliográfica de artigos originais com a especificação de *Review e Meta-analysis*, utilizando como expressão de busca “depressão” e como palavras-chave termos como, por exemplo, “*epidemiology, incidence, prevalence, risk, mortality, suicide, morbidity*”, entre outros. O objectivo era delinear, com base em indicadores quantitativos, o peso das perturbações depressivas, quer a nível internacional, quer a nível nacional. Contudo, os autores, estabelecem desde logo, na descrição metodológica, “uma advertência em relação às dificuldades verificadas na realização da pesquisa bibliográfica portuguesa”(p.131), que se traduzem na possibilidade de alguns estudos quantitativos portugueses ficarem fora da revisão. Em conjunto com a “escassez de investigação em saúde mental e epidemiologia psiquiátrica em Portugal”, este facto dilata a dimensão das lacunas de informação, nesta área, e torna quase impossível a estimativa do impacto da depressão em Portugal.

A comparação de diferentes estudos epidemiológicos, com metodologias idênticas, realizados em diferentes localizações geográficas e em diferentes momentos no tempo, permitiu aferir e comparar um vasto leque de valores de taxas de incidência e prevalência para a depressão, nas suas diferentes categorias de diagnóstico, definidas segundo os critérios de classificação padronizados (DSM-III; DSM-IV e CID-10). Se por um lado esta variabilidade traduz características inerentes às particularidades da população, da cultura e da componente polimórfica da depressão, por outro lado, permitiu aferir e traçar uma tendência temporal do peso da depressão na população. Os valores das taxas de incidências nos estudos de coorte e de follow-up, têm mantido uma tendência crescente, assim como os valores das taxas de prevalência. Como afirma Gusmão *et al* (2005, p.140): “O peso da depressão está bem estabelecido: cada ano surge cerca de um novo caso por cada cem residentes mas destes entre 5 a 10 já se encontravam afectados (...) uma em cada cinco pessoas irão sofrer de depressão (...) número que tem tido tendência a aumentar.”

Para além da avaliação do peso da depressão na população geral, os autores alargaram o seu estudo, analisando as taxas de prevalência da depressão na população utente dos cuidados de saúde. Mais uma vez, mesmo para este sector da população, os autores verificaram a existência de uma enorme variabilidade nos valores das taxas de prevalência. Contudo, é na população utente dos cuidados de saúde primários que os valores das taxas de prevalência dos transtornos depressivos são mais elevadas, atingindo 20 a 25 % dos utilizadores destes serviços. Nas situações de co-morbilidade, as taxas de prevalência assumem valores dentro da mesma ordem de grandeza. Ou seja, a depressão *major* pode atingir 20 a 25% dos doentes com patologia neoplásica ou AVC, e até 50 % dos doentes com esclerose múltipla.

No que concerne à informação epidemiológica sobre a depressão em Portugal, Gusmão *et al* (2005, p.137) são peremptórios quando afirmam: “Não existem dados disponíveis de base populacional que permitam estabelecer com fidedignidade a prevalência dos vários tipos de perturbação depressiva em Portugal. Existem, no entanto, alguns dados que Gusmão *et al* (2005) têm o cuidado de destacar como “Informação epidemiológica fiável e disponível para as perturbações depressivas em Portugal”. Contudo salientam e recomendam, com base em orientações emanadas pela OMS e pelo Plano Nacional de Saúde Mental, a necessidade de promover a investigação científica em saúde mental.

## **2.2. Depressão, Autoconceito e Autocuidado**

Quando considerados os aspectos psicológicos dos episódios depressivos verifica-se com imensa frequência alterações várias que, de forma mais ou menos directa, têm que haver com o autoconceito da pessoa. Huitt (2004, cit Townsend, 2011, p. 250) define autoconceito como “a componente cognitiva ou de pensamento do self, e geralmente refere-se à totalidade de um sistema complexo, organizado e dinâmico de crenças aprendidas, atitudes e opiniões que cada pessoa tem como verdadeiras sobre a sua existência pessoal.” Importa esclarecer que o *self* pode resumir-se como sendo a “auto-percepção da pessoa enquanto observador, determinador de parâmetros e auto-avaliador”(Townsend, 2011, p.904). Estes conceitos são alvo de conceptualizações várias segundo teorias diferentes no campo da psicologia. Adoptamos agora a conceptualização proposta na obra de Townsend (2011) não só porque se dirige, eminentemente, à prática de enfermagem mas também porque é bastante concisa e pragmática, focando o essencial.

Townsend (2011) apresenta como componentes do autoconceito: o self físico ou imagem corporal, a identidade pessoal e a auto-estima.

A imagem corporal é descrita como “uma percepção subjectiva da própria aparência física com base na auto-avaliação e em reacções de feedback de outros” (Townsend, 2011, p.250). Nem sempre a imagem corporal do indivíduo corresponde à sua condição física real, e o exemplo patológico mais flagrante disto mesmo observa-se na anorexia nervosa. Ainda de acordo com a autora, a alteração da imagem corporal pode considerar-se como estrutural (amputações ou desfigurações) ou funcional (paralisias ou impotências/incapacidades) e, geralmente, estas são percebidas pelo sujeito como perdas.

A identidade pessoal, segundo Townsend (2011, p.250) é um conceito complexo que se organiza pela conjugação dos conceitos de:

“Self moral-ético” – a este nível a pessoa avalia o seu ser e as suas convicções ou ideias, a partir de observações e comparações, com a finalidade de definir juízos valorativos;

“Consistência do self” – diz respeito à estabilidade da identidade que a pessoa tem de si própria e, segundo um princípio de auto-determinação, tende para a manutenção de uma imagem constante, ainda que esta possa assumir aspectos de carácter negativo;

“Self ideal/expectativa do self” – descreve-se como a condição ideal projectada pela pessoa para si própria, ou seja, aquilo que ela deseja ser ou fazer de si enquanto indivíduo, e fixa-se a partir de expectativas dos outros internalizadas; o fracasso das expectativas geradas resulta em perturbações do autoconceito.

Os aspectos mais privados do self favorecem um sentido de identidade pessoal e, em contrapartida, os aspectos manifestos proporcionam um sentido de identidade social. Nas culturas ocidentais predomina o tipo self independente (pessoal) e, pelo oposto, nas culturas orientais predomina o self interdependente (social) (Neto, 2002) Estes dois tipos de self – independente ou interdependente -foram conceptualizados por Marcus e Kitayama (1991, cit. Neto, 2002) considerando a percepção das pessoas relativamente ao grau de separação versus ligação com os outros. Neto (2002) sugere que Portugal possa ser um misto de cultura individualista-colectivista, sendo por um lado um país ocidental mas, por outro, apresentando grande homogeneidade cultural e densidade populacional relativamente alta.

A auto-estima é outro dos componentes do autoconceito. De acordo com Townsend (2011, p.250) “a auto-estima refere-se ao grau de consideração ou respeito que os indivíduos têm por si próprios e é uma medida do valor que atribuem às suas capacidades e julgamentos”. À semelhança dos conceitos anteriores, a auto-estima projecta-se na medida das influências de pessoas significativas para o sujeito, desde tenra idade, e sofre variações no sentido dos resultados das suas acções. Materializando o conceito, Warren (1991, cit. Townsend, 2011, p.250) defende que a auto-estima assume duas formas de percepção, a individual – ‘Eu sou importante’ – e a comunitária – ‘Eu tenho algo a oferecer aos outros e ao mundo’. O inverso destas elucidações semânticas podem facilmente observar-se na praxe psiquiátrica junto de utentes depressivos. A auto-estima positiva favorece os processos de adaptação aos acontecimentos adversos e crises de desenvolvimento ao longo do ciclo vital. Neto (2002, p.84), baseando-se em Rosenberg (1965), concretiza:

“A auto-estima tem uma grande influência na vida quotidiana. As pessoas com elevada auto-estima muitas vezes comportam-se de modo bastante diferente das pessoas com baixa auto-estima. A investigação indica que a alta auto-estima está associada com implicação social activa e propiciadora de conforto, ao passo que a baixa auto-estima é um estado debilitante.”

Podemos considerar que a quantidade de manifestações de auto-estima diminuída é reflexo do seu grau de comprometimento. A baixa auto-estima resulta em percepções próprias negativas como incompetência, insegurança, indignidade, quer moral, quer de investimento afectivo por parte dos outros.

Rojas (2007) descreve um processo de '*despersonalização*' quando o utente depressivo manifesta não ser já a mesma pessoa que era. Este autor explica que os doentes podem surpreender-se ao ver a sua imagem num espelho, como se não fossem os próprios ou estivessem a sofrer uma metamorfose; em casos graves podem sentir-se desligados da realidade. Em maior ou menor grau, há um desfasamento entre o sujeito e o objecto pela imersão do doente num mundo interno de negatividade. Rojas (2007, p.36) elucida:

“Não se sente capaz de partilhar a vida com outros, nem de iniciar acções ou projectos. Perdido o interesse pelas coisas, a depressão tende a alimentar-se a si própria; o doente fecha-se em si mesmo, procura o lado negativo em tudo, culpabiliza-se por todas as coisas, as suas relações tornam-se problemáticas e mergulha em pensamentos dolorosos sobre o passado ou plenos de incerteza sobre o futuro...”

De forma predominante, o pensamento do utente depressivo é pautado por pessimismo, com ideias e sentimentos de auto-desvalorização bem como culpabilização, ao ponto de se atribuírem responsabilidades sobre acontecimentos negativos fora do seu alcance. Estes pensamentos negativos podem assumir carácter obsessivo e, ao limite, formas delirantes. O doente não se mostra sugestionável por incentivos ou argumentos positivos, desvalorizando-os e refugiando-se em rumações pessimistas acompanhadas de sentimentos de culpa, remorso e desamparo. A vida deixa de fazer sentido e perde o carácter de valor mais precioso. Estes e outros sintomas traduzem-se num sofrimento mental intolerável e incomensurável, sem fim à vista, donde despontam ideias de morte e suicídio sob a forma de resolução única do problema. O doente considera, por vezes, não ser digno da atenção dos que lhe são próximos ou dos profissionais.

Do ponto de vista psicodinâmico McWilliams (2005, p.263) fala-nos dos mecanismos de defesa mais presentes em utentes depressivos: a introjecção (internalização da culpa); o voltar-se contra o *self* (ódio e criticismo auto dirigidos); a idealização (auto-estima reduzida versus consideração moral exacerbada de outros). Alguns autores analíticos e cognitivos designam, inclusivamente, um tipo de depressão como '*introjectiva*' (de culpa).

Por tudo o que agora se explicitou, torna-se evidente que a afectação do autoconceito e, especificamente da auto-estima, que se verifica em utentes depressivos impede a sua motivação e realização pessoal aos mais diferentes níveis, ou seja, interfere de modo muito significativo nas suas capacidades para o autocuidado. Isto traduz-se em diferentes níveis de

compromisso funcional passíveis de avaliação e intervenção pelos enfermeiros, quer no contexto de cuidados primários quer em regime hospitalar parcial ou completo.

### **2.3. Prevenção e Perspectivas Psiquiátricas de Intervenção**

A prevenção em saúde mental foi desenvolvida, progressivamente, a partir dos conceitos de Gerald Caplan (1964) sob a forma do modelo de saúde pública, e inclui os três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (Townsend, 2011; Moreira e Melo, 2005). Debruçamo-nos agora sobre aspectos da prevenção primária na saúde mental, que Townsend (2011, p. 782) define como “Serviços com o objectivo de reduzir a incidência de perturbações mentais na população”. De acordo com esta autora a prevenção primária destina-se não apenas aos indivíduos mas também ao seu ambiente. Nesta lógica, Townsend (2011, p.782) realça dois objectivos:

- “1. Ajudar as pessoas a aumentar a sua capacidade de lidar com o stress de modo eficaz;
2. Abordar e diminuir as forças nocivas (stressores) no ambiente.”

A prevenção primária concretiza-se na abordagem dos grupos de risco através de projectos de ensino orientados para os aspectos de desenvolvimento, próprios do ciclo vital da pessoa e seus potenciais stressores, de que são exemplo as mudanças/processos de transição e as drogas de consumo. O ensino pode visar a gestão do stresse, em geral, e os próprios processos de saúde/doença mental. As intervenções do enfermeiro a este nível podem ocorrer nos mais diversos “*settings*” sociais, como escolas, centros comunitários ou locais de trabalho (Townsend, 2011).

Em alternativa ao modelo de saúde pública, com limitações operacionais na transição da medicina preventiva para a saúde mental, Gordon (1983, cit. Moreira e Melo, 2005) definiu um modelo, que leva o seu nome, baseado na relação entre risco e doença. O modelo de Gordon propõe intervenções preventivas “universais, selectivas e indicadas”. Como universais, temos as intervenções destinadas à população em geral, de que são exemplo as campanhas televisivas ou por outros meios de difusão. Mais específicas, as intervenções selectivas são especialmente destinadas a grupos de risco. Por fim, as intervenções indicadas dirigem-se ao risco individual, numa fase anterior à diagnosticável como doença mas na qual já existem sinais e sintomas. O modelo defende que a prevenção pode ser feita sem conhecimento preciso da patologia em questão.

Foi também em resposta às limitações da aplicação do modelo médico à saúde mental que surgiu, na década de 60 do séc. XX, o modelo comunitário, denominação que deriva do

seu alvo preferencial, a comunidade (Rappaport, 1977, cit. Moreira e Melo, 2005). Este modelo não se orienta apenas para a prevenção da doença como também preconiza a promoção da saúde. A partir de uma perspectiva ecológica e dinâmica defende, portanto, a redução de riscos mas também a potenciação de recursos, considerando o indivíduo numa rede de interação sociocultural. Nesta lógica, o modelo preconiza o “*empowerment*” (conceito que vem sendo traduzido por “empoderamento”) que pressupõe as componentes de autodeterminação pessoal e autodeterminação social. A promoção da saúde concretiza-se no aumento do bem-estar pela transposição do investimento na redução da incidência de problemas de saúde para a potenciação de competências e recursos. A melhoria do bem-estar traduz-se por menor propensão para desenvolver doença mental (Moreira e Melo, 2005).

À luz dos conhecimentos actuais abrangentes importa, pois, considerar não apenas as práticas de prevenção da doença, senão também as de promoção da saúde mental. A fim de clarificar estes conceitos, apresentamos as suas definições, de acordo com Jané-Llopis et al (2007, p.13) (tradução livre do inglês):

“A **Promoção da saúde mental** implica a criação de condições individuais, sociais e ambientais que permitam alcançar níveis óptimos de saúde e desenvolvimento. Tais iniciativas envolvem os indivíduos no processo de alcançar uma saúde mental positiva e melhorar a qualidade de vida. É um processo de habilitação feito por, para e com as pessoas.”

“A **Prevenção das perturbações mentais** visa reduzir a ocorrência, a frequência e recorrência de perturbações mentais, o tempo de duração dos sintomas, ou o risco de sofrer uma doença mental, prevenir ou retardar a sua ocorrência e também diminuir o seu impacto na pessoa afectada, nas suas famílias e na sociedade.”

A generalidade das publicações da Comunidade Europeia que têm por tema a depressão sugerem a implementação de programas de prevenção e, algumas delas, versam especificamente sobre esta temática. Na publicação “Prevention of depression and suicide - consensus paper”, Wahlbeck & Mäkinen (2008, p.8) defendem que a depressão pode ser prevenida e adiantam que as intervenções psicoterapêuticas com pessoas em risco de depressão podem reduzir o mesmo na proporção de um terço. Os autores reconhecem, porém, que apenas um número reduzido de países europeus instituíram programas de prevenção. Wahlbeck (2009) também defende que a prevenção da depressão e do suicídio é não apenas possível como altamente rentável, através da implementação de programas.

A União Europeia estabelece cinco áreas de acção prioritárias no “Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar” (2008, p.3) sendo a primeira respeitante à “Prevenção da Depressão e Suicídio”. Naquele pacto, para esta área prioritária estão as recomendações de:

- Melhorar a formação dos profissionais e outros intervenientes dentro do sector social da saúde mental;
- Restringir o acesso de meios potenciais de suicídio;
- Tomar medidas para aumentar a consciência da saúde mental na população em geral, nos profissionais de saúde e outros sectores relevantes;
- Tomar medidas para reduzir os factores de risco de suicídio como o consumo excessivo do álcool, o consumo de substâncias, a exclusão social, a depressão e o stress.
- Disponibilizar mecanismos de suporte depois de tentativas de suicídio e para os que sofrem com a perda de alguém por suicídio.

Um episódio depressivo pode surgir em qualquer das etapas do ciclo vital, mesmo na infância, e o seu aparecimento está relacionado com uma grande diversidade de factores de risco e de factores protectores. Estes factores são da mais ampla ordem - biológicos, psicológicos, familiares e sociais - e devem ser os alvos de intervenção preferencial dos programas de prevenção (Quadro 4). Distribuem-se de forma desigual na população geral, com tendência a concentrar-se em grupos populacionais de risco (OMS, 2004). É, portanto, imperioso que os enfermeiros de saúde mental e comunitária estabeleçam os factores de risco da depressão como focos da sua intervenção sistematizada.

**Quadro 4:** Factores de risco para a depressão

- Episódios de depressão anteriores
- História familiar de depressão (1º grau)
- Período de Inverno (transtorno afectivo sazonal)
- Género feminino (em especial durante a adolescência, após o parto, na menopausa e pós-menopausa)
- Doenças físicas crónicas
- Idade avançada
- Transtornos mentais, especificamente, ansiedade e pânico, dependência de substâncias e transtornos de personalidade
- Baixa auto-estima
- Falta de controlo sobre as circunstâncias pessoais ou sentimento de impotência
- Alguns medicamentos
- Nenhum ou fraco suporte social
- Perda significativa (de pessoas ou condições de vida)
- Ter sofrido abusos ou violência, especialmente em fases da vida precoces
- Cuidador ou coabitante de portador de doença grave e crónica
- Profissões ou circunstâncias de vida geradoras de grande stresse (luto, experiência traumática)
- Tabagismo

Fontes: Ministério da Saúde - "Depressão". [Em linha] Portal da Saúde, 2006 [Consult. Nov. 2011] (...); Scholten A, Estevez R. – Depression. [Em linha] Nursing Reference Center - Health Library: Evidence-Based Information, 2011 [Consult. Nov. 2011] (...).

Na lógica oposta, foram também identificados como factores de protecção para episódios depressivos: um ambiente pré-natal e na infância saudável, a resiliência psicológica (ao stresse, sentimentos de autodomínio e auto-eficácia, elevada auto-estima), um estilo de vida saudável, um meio laboral saudável (promoção da saúde e gestão do stresse) e o bem-

estar (familiar; protecção e inclusão social) (OMS, 2004; Wahlbeck, 2009). Os programas de promoção da saúde, nos mais diversos contextos etários e sociais, devem ser orientados para o incremento destes factores protectores.

Moreira e Melo (2005, 186) referem que os factores de risco e protecção “raramente são específicos de uma perturbação” contrapondo que eles podem ser transversais a muitas perturbações. A acção destes factores é dinâmica e complexa, ocorrendo de forma não linear, variando a influência de uns e outros a cada momento, quer pela sobreposição de alguns deles quer pela interacção entre si. Na implementação de programas de promoção da saúde mental e prevenção da depressão é, então, essencial compreender a interacção entre factores de risco e de protecção no desenvolvimento dos indivíduos.

De acordo com Jané-Llopis et al (2007), as revisões sobre o estado da arte no que se refere à promoção da saúde mental e prevenção das perturbações mentais apresentadas em publicações recentes da OMS e da União Internacional para Promoção e Educação em Saúde salientam que estas acções conduzem a resultados de saúde, sociais e económicos positivos. Estas publicações e outras que analisaram programas realizados em muitos países europeus salientam que muitos desses programas de promoção e prevenção não foram avaliados daí que não se conheça com segurança a validade dos resultados obtidos. Jané-Llopis et al (2007) concretizam que através da revisão de 197 programas de promoção e prevenção, destinados a crianças dos 0 aos 6 anos de idade, classificados como ‘best practice’ em 17 países europeus, apenas 11% demonstravam alguma evidência de resultados eficazes. A OMS (2004), baseando-se em estudos controlados, reconhece efeitos positivos mas reduzidos, das intervenções preventivas de sintomatologia depressiva. Além da grande variabilidade de resultados entre os diferentes estudos, poucos são os que permitiram reconhecer uma redução significativa dos transtornos depressivos.

Com a finalidade de implementar programas efectivos é necessário atender a informação sobre o que pode funcionar, quais os resultados possíveis e em que contextos podem resultar tais programas. Neste sentido, é impreterível proceder à avaliação dos programas de promoção e prevenção em saúde mental, nomeadamente, através de avaliações da sua eficácia, da sua eficiência e do seu custo-benefício (Jané-Llopis et al, 2007).

### **3. ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E DEPRESSÃO**

No presente capítulo, vamos fazer uma aproximação conceptual às práticas terapêuticas sistematizadas da assistência à depressão, com enfoque naquelas específicas da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Começamos por realçar o papel dos EESM, apresentando uma resenha sobre as suas competências de intervenção específicas, no campo da saúde e doença mentais. Em concordância com o âmbito do estudo de investigação, fazemos uma revisão sucinta sobre a Teoria do Autocuidado de Orem, reconhecida que está a sua validade e utilidade como referencial teórico para a Enfermagem, nomeadamente, ao nível da prestação, organização e gestão dos cuidados, mas também na orientação de trabalhos de investigação, como é agora o caso. Esta é, de resto, a teoria que serve de suporte ao conceito central desta investigação - o Autocuidado - na qual surge correlacionado com a depressão. Terminamos com uma perspectiva global das intervenções terapêuticas e preventivas destinadas à depressão, à luz das recomendações internacionais actuais, orientadas por princípios da prática baseada na evidência.

#### **3.1. Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental**

Após extenso processo de discussão e reflexão no seio da classe dos enfermeiros e, muito particularmente, nos Colégios de Especialidade, a Ordem dos Enfermeiros (OE) estabeleceu, no âmbito das suas competências legais no Diário da República, os regulamentos de competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas.

A OE, no “Regulamento nº 122/2011 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista”, publicado em Diário da República (p.8649), define:

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”

Independentemente das suas áreas específicas de actuação, segundo a OE “todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns.” Naquele regulamento são estabelecidas como competências comuns dos

enfermeiros especialistas: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (p.8649).

O perfil de competências específicas do agora denominado Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESM, sigla usada no regulamento) estão definidas no Regulamento n.º 129/2011 -Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, publicado no Diário da República, 2.ª série - N.º 35, de 18 de Fevereiro de 2011. Neste regulamento o objecto de acção da enfermagem de saúde mental é focado “na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental (p. 8669).” Ali também se define que a distinção da especialidade de enfermagem de saúde mental se baseia nas “competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular (...).”

Na assistência às pessoas com doença mental, o regulamento estabelece como objectivo genérico das intervenções do EESM:

“(...) contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a doença mental (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.), tendo como objectivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social da pessoa doente, e promover a recuperação e qualidade de vida de toda a família.”

De um modo mais específico, as competências específicas do EESM estão plasmadas no artigo 4º do regulamento (*ipsis verbis*):

**Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental**

1 — As competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental são as seguintes:

- a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
- b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;
- c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
- d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

2 — Cada competência prevista no número anterior é apresentada com descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Anexo I).

Um outro aspecto, que ajuda a clarificar as competências do EESM, diz respeito aos contextos de actuação. Genericamente, podemos eleger dois contextos primordiais: os

cuidados de saúde primários (comunitários) e a assistência hospitalar. Na comunidade o EESM vai, sobretudo, actuar na promoção e protecção da saúde mental e na prevenção dos transtornos mentais, junto dos indivíduos, famílias e grupos comunitários. Em contexto hospitalar, a assistência situa-se aos níveis secundário e terciário, em regime de internamento parcial ou completo. Junto das pessoas com transtornos mentais que pela sua gravidade se tornam elegíveis para internamento hospitalar o EESM vai usar de técnicas e estratégias específicas não apenas para ajudar no processo de remissão da doença como também para reduzir o período de internamento e os constrangimentos do mesmo para o utente, diminuir o sofrimento psíquico e prevenir a desadaptação familiar e social (Nabais, 2008).

Na realidade da assistência em saúde mental e psiquiatria no nosso país podemos considerar ainda um contexto específico, onde a intervenção do EESM acontece aos três níveis de cuidados – o Instituto da Droga e Toxicoddependência (IDT), vocacionado para a assistência a pessoas com dependência de drogas e álcool. Aqui, de acordo com Nabais (2008), o EESM apresenta-se como “um recurso central no âmbito em programas de prevenção, de tratamento, de redução de riscos, de minimização de danos e de reinserção social da pessoa”.

Não obstante a actuação preferencial do EESM nos contextos acima descritos, convém salientar que o “*setting*”, enquanto espaço e instrumento relação terapêutica, assume especial relevância na prática do EESM, muito além das dimensões físicas e estruturais dos espaços de interacção. No âmbito da assistência comunitária ou hospitalar, mas também noutros eventuais, o setting pode ser habitacional, ocupacional, educacional ou recreativo e cabe ao EESM usá-lo como um potencial terapêutico junto de cada indivíduo, família ou grupo.

Na sua obra dedicada à relação de ajuda enquanto método de intervenção terapêutica, inspirada e vocacionada para a prática de enfermagem, Chalifour (2008) resume as características daquele que chama de “*interveniente*” (sinónimo de terapeuta, aqui considerado pelo ponto de vista do EESM), o qual define como “um sistema aberto”. Não sendo as únicas, na medida em que o EESM é também uma pessoa e, como tal, tem as mesmas características humanas que o “cliente” (utente), optamos por enumerá-las, resumidamente (Quadro 5), na medida em que a sua análise apurada excede o âmbito concreto deste estudo. Sugerimos a consulta do autor citado entre outros para melhor clarificação conceptual.

#### Quadro 5: Características do interveniente

<p>Um sistema aberto</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- O interveniente possui características ligadas à sua hereditariedade e ao seu desenvolvimento (biológico, cognitivo, social, afectivo e espiritual).</li><li>- Tem experiência de vida e de trabalho diversificadas.</li><li>- Possui certos conhecimentos<ul style="list-style-type: none"><li>• De si</li><li>• Do seu papel</li><li>• De conceitos teóricos necessários às suas intervenções, do funcionamento dos processos em curso numa relação de ajuda.</li></ul></li><li>- Possui certas habilidades<ul style="list-style-type: none"><li>• De contacto (utilizar os seus sentidos, o movimento e a palavra)</li><li>• De reconhecimento e interpretação das mensagens conceptuais e afectivas</li><li>• De comunicação: verbal (colocar questões, emitir feedback, reflectir, fazer sínteses, revelar-se, informar) e não verbal (gestos, mímicas e voz)</li><li>• De acompanhamento de determinados processos (processo de entrevista, processo relacional e terapêutico)</li></ul></li><li>- Adopta atitudes de compreensão empática, de respeito, de autenticidade, de compaixão e de esperança.</li><li>- Manifesta comportamentos intencionais (perito, facilitador)</li></ul>
--

Fonte: Chalifour, J. - A Intervenção Terapêutica – Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. 1.ª ed. Vol. I. Loures: Lusodidacta, 2008, p.23.

### 3.2. Autocuidado e Respostas Humanas Comprometidas

A enfermagem constitui-se como um dos diversos campos de conhecimentos na área do binómio saúde-doença. Como tal, a enfermagem é também o reflexo da evolução das políticas de saúde. Foi já no final da década de 70 do séc. XX, que surgiu a concepção de “*Segunda Revolução de Saúde*”, fundamentada nos conceitos inovadores de “*promoção da saúde e estilo de vida*” (Ribeiro, 1998, p.68). Como facilmente se depreende, destes conceitos resulta a implicação directa dos indivíduos no seu processo de combater os processos de doença mas, mais do que isso, zelar pela manutenção da saúde, nas dimensões individual e colectiva.

Porém, já nas décadas precedentes a enfermagem vinha desenvolvendo no seu campo de conhecimentos teorias e modelos que preconizavam o papel dos sujeitos enquanto agentes promotores da sua saúde individual, condição traduzida no conceito de Autocuidado. Referimo-nos, particularmente, aos trabalhos de Dorothea Orem, enfermeira norte-americana, que desde finais da década de 50 do séc. XX, teorizou sobre o autocuidado e veio a publicar toda uma teoria em 1971, na primeira edição da sua obra “*Nursing: Concepts of Practice*” - a “*Teoria do Autocuidado de Orem*” (Dupas e tal, 1994). Esta teoria tem sido questionada em diversos estudos à luz de métodos específicos de análise de teorias, segundo as dimensões de *Crítica Interna* e *Crítica Externa*. São exemplos os estudos de Félix *et al* (2009) e Diógenes e

Pagliuca (2003), dos quais apresentamos algumas conclusões acerca da Teoria do Autocuidado de Orem, como se segue:

“A teoria de Orem se adequa a toda a pessoa que necessita de autocuidado, portanto pode perfeitamente ser direcionada para a prevenção de problemas de saúde em clientes de risco (...)

A adaptação realizada no processo de enfermagem, baseado nos pressupostos do autocuidado de Orem mostraram a utilidade da teoria permitindo à cliente interagir com a enfermeira buscando o engajamento para o autocuidado, melhorando assim a sua qualidade de vida.”

Diógenes e Pagliuca (2003, p.291-292)

“O aumento do número de trabalhos que utilizam a Teoria de Orem demonstram a credibilidade da teoria, sendo útil principalmente para cuidar de pessoas nas várias fases da vida, nos âmbitos institucionais e comunitários.

(...) o conceito de autocuidado de Orem possui uma aplicação pragmática na prática de enfermagem. A teoria oferece uma maneira singular de ver o fenómeno de enfermagem, levando a resultados práticos favoráveis e assegurando a qualidade do cuidado.

“O modelo proposto por Orem tem contribuído para o aprendizado do autocuidado na prática de enfermagem. Ao analisar a Teoria do Autocuidado conforme os critérios de Fawcett verificou-se que a teoria atende aos critérios de significância e adequação pragmática, (...)”

Félix *et al* (2009, p. 177)

Sendo o conceito “Autocuidado” central no estudo presente, e comprovada que está a utilidade e significância da Teoria do Autocuidado de Orem para a prática de enfermagem, pela perspectiva do autocuidado, optamos por tomar a globalidade daquela teoria como quadro conceptual. Deste modo, vamos explorar com a profundidade conveniente os conceitos e pressupostos teóricos da mesma. Começamos por realçar o conceito de Autocuidado de Orem, que complementamos com o proposto por outros autores.

Dupas *et al* (1994, p.20), apresentam o conceito integral de Autocuidado de Orem como:

“*Autocuidado*: é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham pessoalmente, em favor de si mesmos, na manutenção da vida, saúde e bem-estar, que está directamente relacionada com as habilidades, limitações, valores e regras culturais e científicas do próprio indivíduo ou de seus agentes.”

Na lógica conceptual mais corrente da prática de enfermagem em Portugal apresentamos o conceito de Autocuidado proposto pela CIPE<sup>®</sup>, versão beta 2. Optamos por eleger o conceito que vigora na CIPE<sup>®</sup> beta 2 em detrimento da CIPE<sup>®</sup> 1, que apesar de mais actual, apresenta uma desmultiplicação conceptual demasiado redutora face à amplitude e complexidade do conceito de Autocuidado, em particular se considerado na perspectiva da enfermagem de saúde e mental e psiquiátrica. Figura, então, na CIPE<sup>®</sup> beta 2 (2002, p.55) como:

#### “1A.1.1.2.2.1.1 AUTOUIDADO

Autocuidado é um tipo de Acção Realizada pelo Próprio com as características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as actividades da vida. (1999)”

No conceito de Autocuidado da CIPE beta 2 incluem-se conceitos que vão desde os cuidados mais elementares como o “*Autocuidado: Higiene*” ou o “*Autocuidado: Comer*”, passando por conceitos de psicomotricidade como “*Autocuidado: Actividade Física*”, até ao conceito mais complexo de “*Comportamento de Procura de Saúde*”. Deste último derivam conceitos como “*Auto-Exame*”, “*Adesão ao Regime Terapêutico*” e “*Tentativa de Suicídio*”, entre outros, com especial relevância na prática comum dos enfermeiros junto de utentes com episódios depressivos e que, como tal, se revelam como focos de atenção a considerar neste estudo. Neste sentido, eles podem ser complementares da Teoria do Autocuidado de Orem.

A teoria geral de Orem propõe um quadro conceptual científico que confere identidade e autonomia à Enfermagem, de acordo com três teorias específicas complementares: a *Teoria do Autocuidado*, a *Teoria do Deficit de Autocuidado*; e a *Teoria do Sistema de Enfermagem*. (Dupas *et al*, 1994; Diógenes e Pagliuca, 2003; Félix *et al*, 2009). Começamos por apresentar alguns dos conceitos essenciais utilizados por Orem, segundo Dupas *et al* (1994, p. 20-21):

“*Autocuidado terapêutico*: é uma prática de autocuidado simples, devendo atingir os seguintes resultados: assistência aos processos de vida e promoção do funcionamento normal do organismo; manutenção do crescimento normal, desenvolvimento e maturação; prevenção, controle ou cura dos processos de doença ou ferimentos; prevenção ou compensação para a impotência.”

“*Deficit do autocuidado*: é uma relação entre competência para o autocuidado e a demanda de autocuidado terapêutico, onde a primeira não está adequada para atender a segunda.”

“*Sistema de enfermagem*: todas as acções e interacções desenvolvidas pela enfermeira e cliente, necessárias para o atendimento da demanda terapêutica de autocuidado dos indivíduos em uma situação específica de enfermagem.”

Com base nestes e noutros conceitos, Orem definiu as suas três teorias que resumimos em seguida, de acordo com Dupas *et al*, (1994), Diógenes e Pagliuca (2003) e Félix *et al* (2009).

#### *Teoria do Autocuidado*

Nesta sua teoria, Orem procura descrever e explicar as acções e estratégias levadas a cabo por cada pessoa para responder às suas necessidades com vista à manutenção da saúde e bem-estar. Enaltece o compromisso e o potencial de cada pessoa para ser agente dos cuidados de que necessita, no contexto ambiental e sociocultural específicos em que está inserida.

### *Teoria dos Deficit de Autocuidado*

Fundamental na teoria de Orem, pois estabelece as condições que determinam as intervenções de enfermagem, nomeadamente, pela incompetência ou incapacidade da pessoa para providenciar com normalidade o seu autocuidado, decorrentes de processos vitais ou de doença. Os enfermeiros providenciam ajuda terapêutica através de cinco formas de intervenção genéricas: agir ou fazer pelo outro; orientar o outro; apoiar o outro (física ou psicologicamente); promover um ambiente de desenvolvimento pessoal que potencie a capacidade de autocuidado para necessidades correntes e futuras; ensinar (Diógenes e Pagliuca, 2003; Félix *et al*, 2009).

### *Teoria dos Sistemas de Enfermagem*

Com esta teoria Orem pretende descrever e explicar os processos que enformam a prática de enfermagem com vista à complementaridade ou substituição da pessoa no seu autocuidado. Defende que os enfermeiros têm competências para avaliar necessidades, fazer juízos diagnósticos e planear ou prescrever intervenções para indivíduos ou grupos, que operacionalizam por via de acções sistemáticas. Em função do grau de comprometimento para o autocuidado Orem estabeleceu três tipos de sistemas de enfermagem:

- '*sistema de compensação total*': para pessoas totalmente incapacitadas para o autocuidado;
- '*sistema de compensação parcial*': quando as pessoas manifestam limitações de competência ou capacidade para realizar o autocuidado;
- '*sistema de suporte educativo*': quando as pessoas necessitam de intervenções de apoio, orientação e ensino para a aquisição de conhecimentos e competências.

(Dupas *et al*, 1994,p.24; Diógenes e Pagliuca, 2003,p.288; Félix *et al*, 2009,p.175)

No seu modelo, Orem define três grupos de categorias do Autocuidado, baseadas nas necessidades comuns a todos os indivíduos (Dupas *et al*, 1994; Diógenes e Pagliuca, 2003; Félix *et al*, 2009). Estas incluem necessidades que vão desde os requisitos biológicos elementares do organismo até às necessidades mais complexas, de carácter psicossocial ou até de resposta a processos de doença. No seguimento, são apresentadas as categorias de Autocuidado propostas por Orem, de acordo com a descrição de Dupas *et al* (1994, p.21-22) e Diógenes & Pagliuca (2003, p.288).

### *'Autocuidado Universal'*

Trata-se do autocuidado comum a todos os indivíduos durante todo o ciclo de vida, dirigido às necessidades funcionais de integridade e manutenção da vida humana. As formas de autocuidado correspondentes variam ao longo do ciclo vital segundo a actividade, o estado de saúde e o ambiente.

Nesta categoria o autocuidado visa dar respostas aos requisitos

- 'Ar, água e alimento';
- 'Eliminação';
- 'Actividade e repouso';
- 'Solidão e interacção social';
- 'Risco de vida e bem-estar';

### *'Autocuidado Desenvolvimental'*

Esta categoria surge separada da anterior para realçar a importância das necessidades particulares de cada etapa do ciclo vital do ser humano, como são por exemplo, a gravidez ou a infância.

### *'Autocuidado nos Desvios de Saúde'*

As alterações produzidas pelos processos de doença, e os sentimentos que estes despertam na pessoa, interferem com a capacidade de autocuidado, que pode variar desde graus de dependência parcial até à dependência total. Esses desvios na saúde suscitam processos adaptativos que implicam ajustes no autocuidado, através de aquisição de conhecimentos, mudanças no estilo de vida, ou adesão aos tratamentos e cuidados de saúde.

É este o enquadramento que usaremos para analisar e melhor compreender as variantes do comprometimento do autocuidado inerentes a um episódio depressivo, o que permitirá a reflexão e ponderação sobre as intervenções mais ajustadas a cada défice diagnosticado. As necessidades com afectação mais relevante (frequência e intensidade) nos utentes depressivos serão enquadráveis segundo as três teorias de Orem. Numa lógica de especificidade crescente e maior aproximação à realidade prática dos utentes, procuraremos perceber que afectação concreta do autocuidado manifestam os utentes depressivos – eleição diagnóstica - partindo de uma perspectiva intersubjectiva viabilizada pelo método de estudo qualitativo. Será depois possível estabelecer as dimensões aproximadas dessa afectação a partir da tríade de sistemas de compensação referidos. Este último nível pode, ainda, ser objectivável pela introdução de alguns dos inúmeros instrumentos de parametrização aplicáveis no âmbito da psicopatologia dos transtornos depressivos.

### 3.3. Intervenções Terapêuticas e Preventivas

Na selecção de conteúdos agora apresentados foi dada preponderância àqueles que melhor se aproximavam da realidade portuguesa que conhecemos.

Segundo a OMS (2001, p.65) os objectivos do tratamento dos episódios depressivos são “a redução dos sintomas, a prevenção de recidivas e, em última análise, a remissão completa”. O recurso aos medicamentos antidepressivos e à psicoterapia são os tratamentos de “primeira linha” para grande parte das pessoas com depressão. Há, porém, evidência de maior eficácia se estas duas formas de terapia decorrem concomitantemente (OMS, 2001; NIMH, 2005; Harrison et al, 2006; APA, 2010)

O tratamento com antidepressivos obtém resultados em cerca de 60% dos casos. Implica a manutenção do tratamento por períodos nunca inferiores a 6 meses, mesmo se a recuperação for mais breve, pois evita as recaídas e os sintomas de abstinência. Na ocorrência de recaídas, deve ser eleito o tratamento que se revelou eficaz anteriormente, com prolongamento da sua manutenção. Nestes casos, estima-se que os antidepressivos reduzem em 50% as recidivas e, assim, observam-se melhores resultados com tratamentos de longa duração. As psicoterapias estão indicadas a par do tratamento com fármacos antidepressivos ou em alternativa a estes. Entre as diversas modalidades, a terapia cognitivo-comportamental e a terapia interpessoal surgem destacadas, em virtude da sua maior aplicação e ao fomentarem a participação activa e a educação do doente (OMS, 2001; Harrison et al, 2006).

A adesão ao regime terapêutico pelos utentes depressivos é um aspecto que merece a melhor atenção dos profissionais de saúde, pois a OMS (2001) estima para estes três vezes mais probabilidades de incumprimento terapêutico, se comparados com utentes não depressivos. A APA (2010) também realça o efeito deste problema no insucesso terapêutico.

O tratamento de pessoas com episódios depressivos deve ter por base a criação e manutenção de uma aliança terapêutica que permita a colaboração nos processos de tomada de decisão. As preferências e preocupações do utente sobre o tratamento devem ser atendidas na melhor medida possível (APA, 2010).

Com o intuito de garantir a segurança das pessoas com episódio depressivo é necessário avaliar o risco de auto-agressividade e, concretamente, de suicídio. A par do risco de auto-agressividade é ainda importante avaliar o autocuidado, em todos os seus aspectos, os quais podem estar severamente prejudicados pelos sintomas depressivos. Em muitos casos, importa também avaliar o risco destes utentes se tornarem negligentes com os seus dependentes (crianças ou idosos) ou até de causarem danos a terceiros (APA, 2010).

O ambiente de tratamento deve ser o menos restritivo possível a fim de potenciar a recuperação, sem nunca descurar a segurança do utente. Na determinação do ambiente mais adequado para o tratamento, e em cada fase do mesmo, devem ser considerados como critérios a gravidade do episódio depressivo as co-morbilidades psiquiátricas ou médicas, o suporte social e a capacidade funcional da pessoa (APA, 2010). De forma mais específica, devem avaliar-se as capacidades do utente para o autocuidado, de fornecer informações fidedignas à equipa de saúde e de cumprir o tratamento instituído. O tratamento pode realizar-se em regime domiciliário ou hospitalar, podendo neste caso decorrer em regime de internamento parcial ou completo. O internamento hospitalar completo deve ser proposto aos utentes cuja condição de doença represente uma séria ameaça de danos a si próprios ou a terceiros, mas também quando o suporte social é inadequado, quando existem co-morbilidades psiquiátricas ou médicas significativas ou na ausência de resposta adequada ao tratamento domiciliário ou em ambulatório (APA, 2010). Nos casos de depressão grave em que se verifique a recusa do internamento, o utente pode ser internado em regime de tratamento compulsivo, de acordo com a lei em vigor. Na realidade que conhecemos, esta situação é de todo invulgar em utentes com os diferentes diagnósticos de episódios depressivos.

A avaliação dos utentes depressivos passa por determinar em que medida a sua capacidade para o desempenho das actividades de vida está afectada, ou seja, que níveis de incapacidade funcional determinam os sintomas depressivos. A partir desta informação, desenvolve-se o plano de cuidados ajustado ao utente com os objectivos de otimizar as suas capacidades funcionais e ajudar a estabelecer as metas congruentes com a sua convalescença (APA, 2010). O recurso a instrumentos de avaliação dos mais diferentes parâmetros ajuda não só a concretizar o tipo, a frequência e a dimensão dos sintomas do utente, como também a monitorizar a sua evolução (APA, 2010). Quando os utentes são alvo da atenção diferenciada de vários técnicos de saúde, em contextos diferentes, o plano terapêutico deve ser coordenado entre todos.

O cumprimento rigoroso do plano terapêutico por parte do utente é crucial para a sua recuperação. Sabemos, hoje, que o insucesso do tratamento dos episódios depressivos reside, muitas das vezes, na fraca adesão ao plano terapêutico, daí que seja extremamente importante ponderar com o utente e, sempre que possível com a família, as potenciais barreiras que podem gerar esta situação (APA, 2010). O utente e seus familiares devem ter uma noção realista da doença e para tal devem ser informados, entre outros aspectos, sobre as características da doença, as fases do tratamento e os efeitos secundários dos medicamentos. Devem, ainda, ser encorajados a manifestar as suas preocupações e medos a fim de serem esclarecidos (APA, 2010). São comuns os falsos conceitos acerca da depressão e

dos fármacos antidepressivos, daí a pertinência de ensinar os utentes e seus familiares, a fim de melhorar a adesão ao plano terapêutico. Os utentes depressivos também devem ser alvo de ensinamentos e orientação para estilos de vida saudáveis. Todas estas informações, prestadas em entrevista, podem ser complementadas pelo recurso a publicações, panfletos e páginas da internet idóneas (APA, 2010).

O tratamento farmacológico dos episódios depressivos pode dividir-se em três fases (APA, 2010; Kupfer, cit. Gusmão, 2005; Afonso, 2004): aguda, continuação e manutenção.

A fase aguda, que marca o início do tratamento, tem por objectivo a redução dos sintomas do episódio depressivo até à remissão (OMS, 2001; Afonso, 2004), e tem uma variação habitual de 6 a 12 semanas (Afonso, 2004; APA, 2010). A terapia farmacológica está indicada nos episódios depressivos ligeiros e moderados mas, sobretudo, nos episódios graves ou de depressão maior. A excepção pode acontecer se a electroconvulsivoterapia (ECT) for eleita como tratamento preferencial. Porém, Rojas (2007, p.266) alega que antidepressivo é o “fármaco que tem uma acção curativa sobre as depressões endógenas” e que, obedecendo a esta lógica, “convém insistir na ideia de que as depressões exógenas, as reacções depressivas e as mudanças psicológicas do humor não beneficiam destes medicamentos já que não têm uma base claramente bioquímica”. Ainda assim, este autor refere que o efeito ansiolítico dos antidepressivos actua sobre as “formas depressivas não endógenas.” Na realidade que conhecemos, muitos destes quadros são objecto de tratamento farmacológico à semelhança das depressões ditas endógenas. A reconhecida proliferação de episódios depressivos que podem classificar-se como exógenos - muitos dos quais tratados em regime de internamento - parece constituir, então, um desafio a todos os técnicos com competências psicoterapêuticas, mormente, aos enfermeiros especialistas de saúde mental e psiquiátrica, dada a relevância que as intervenções psicoterapêuticas podem assumir.

Tal como os episódios depressivos se apresentam muito heterogéneos, também os fármacos antidepressivos detêm um perfil farmacológico variável, e não se pode eleger apenas um como sendo mais eficaz (APA, 2010). A eficácia dos antidepressivos usados actualmente é muito aproximada, independentemente da comparação se fazer dentro ou fora de uma mesma classe farmacológica. Alguns dos antidepressivos são mais ajustados a quadros depressivos com ansiedade associada enquanto outros se adequam mais aos quadros onde predomina a inibição, abulia ou hipersónia (APA, 2010).

A eleição de um antidepressivo para o início do tratamento deve acontecer, em boa medida, pela ponderação sobre os seguintes critérios: características do episódio depressivo; perfil farmacológico do antidepressivo, nomeadamente, farmacocinética, efeitos secundários, segurança e tolerabilidade do utente a esses efeitos; factores adicionais como a resposta

terapêutica em episódios anteriores, o custo e a preferência do utente (APA, 2010; Afonso, 2004). A APA (2010) refere que para a maioria dos utentes o antidepressivo ideal está entre os inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ISRS), os inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina (IRSN), mirtazapina ou bupropiona. Esta fonte recomenda o uso dos inibidores da monoamina oxidase (IMAO) apenas nos casos de insucesso com outros tratamentos, dados os riscos associados. O efeito terapêutico dos antidepressivos, em doses adequadas, deve surgir por completo cerca das 6 a 8 semanas após o início do tratamento (OPS/OMS, 2010; Harrison et al, 2006), tendo um período de latência de efeito de cerca de 2 a 3 semanas (Afonso, 2004).

No ajuste da dose terapêutica do antidepressivo há que considerar a idade do utente, o contexto em que decorre o início do tratamento, os efeitos secundários do mesmo e as comorbilidades, bem como, as interacções com medicamentos tomados em simultâneo. A ocorrência de efeitos secundários do antidepressivo significativos exige a redução da dose ou a mudança para um outro, menos associado àqueles efeitos (APA, 2010).

O hipericão (planta herbácea *hypericum perforatum*), também chamado erva de S. João, tomado sob a forma de chá ou comprimidos, é uma substância natural antidepressiva com propriedades de ISRS, tendo sido constatado efeito mais eficaz que o placebo no tratamento de transtornos depressivos ligeiros e moderados (Mulrow et al, 1998, cit. Gusmão, 2005). Não deve ser administrado em simultâneo com fármacos antidepressivos.

Na fase aguda do tratamento importa pois monitorizar a evolução do utente, nomeadamente, a sua resposta ao tratamento, os efeitos secundários decorrentes, e a sua segurança. A frequência deste acompanhamento dependerá da severidade dos sintomas (especialmente ideias suicidas) e efeitos secundários, de co-morbilidades, da adesão ao tratamento e da rede de suporte social do utente (APA, 2010). Na presença de fraca ou nula adesão ao tratamento farmacológico, mediada pelos sintomas depressivos ou outras dificuldades, deve considerar-se o recurso a psicoterapia (APA, 2010).

A ECT está indicada numa série de situações muito objectivas, da fase aguda: ausência de resposta terapêutica a várias opções farmacológicas e/ou psicoterapia, especialmente na presença de grande incapacidade funcional; quadro clínico de características psicóticas ou catatonia; urgência em reverter os sintomas graves que comprometem a segurança do utente, como ideias suicidas marcadas ou recusa alimentar; e como opção preferencial do utente e bons resultados anteriores com ECT (APA, 2010).

A psicoterapia como único tratamento inicial está apenas indicada para episódios depressivos ligeiros e moderados (APA, 2010). Esta modalidade também exige intervenções sistematizadas e monitorização da evolução do utente. A APA (2010), baseada em estudos,

refere maior evidência terapêutica com a psicoterapia cognitivo-comportamental e a psicoterapia interpessoal, atribuindo evidência moderada às psicoterapias psicodinâmica e de resolução de problemas. Há ainda que considerar a psicoterapia de casal. A psicoterapia de grupo está associada a menor eficácia se comparada com a aplicação individual.

A opção pelo tratamento psicoterapêutico tem particular indicação nos casos depressivos com etiologia exógena ou psicogénica, seja por stressores psicossociais, dificuldades interpessoais ou conflitos intrapsíquicos. Outras indicações são a concomitância de diagnóstico de perturbação do eixo II do DSM-IV (Perturbações da Personalidade e Deficiência mental) e, sobretudo, casos de gravidez ou aleitamento materno, uma vez ponderada a gravidade dos sintomas (APA, 2010). A opção pela psicoterapia dependerá da oferta de terapeutas competentes e da escolha do utente. De acordo com Townsend (2011, p.308) “as técnicas utilizadas na terapia cognitiva estão bem dentro do âmbito da prática de enfermagem, desde o nível geral aos níveis especializados.” A autora, e outras fontes já citadas (OMS e APA), reconhecem maior efectividade e rentabilidade a esta abordagem terapêutica, que foi inicialmente desenvolvida por Beck para o tratamento da depressão. Sem dúvida, esta é uma das abordagens terapêuticas a privilegiar pelos EESM, nomeadamente, através das intervenções específicas de cariz educacional, cognitivo e comportamental, com vista à reestruturação cognitiva do utente e apoio à sua capacidade de resolução de problemas.

Não obstante o efeito terapêutico reconhecido a cada uma das formas de tratamento dos episódios depressivos, de per si, quase todas as fontes são unânimes ao reconhecer maiores benefícios terapêuticos na associação do tratamento farmacológico à psicoterapia (OMS, 2001, 2005; European Commission, 2004; Gusmão, 2005; NIMH, 2005; Harrison et al, 2006; Kramer, 2007; APA, 2010;). Quando ambos os métodos se associam, as apreciações terapêuticas são as já apresentadas para uma e outra forma de tratamento.

A fase de continuação do tratamento tem como objectivo consolidar a remissão dos sintomas (Afonso, 2004), pelo que é essencial monitorizar atentamente o quadro para despistar uma possível recaída. A fim evitar a recaída, o tratamento bem sucedido com antidepressivos deve manter-se, segundo a APA (2010) entre 4 e 9 meses, e segundo a OMS (2010) por um mínimo de 6 a 8 meses. Neste período deve ser mantida a dose usada na fase aguda. Durante a fase de continuação, a par da terapia farmacológica, está recomendada a psicoterapia, com melhores resultados reconhecidos à terapia cognitivo-comportamental. Se na fase aguda houve recurso a ECT, este tratamento deverá ser continuado por farmacoterapia antidepressiva, ou poderá manter-se a ECT, caso se verifique o insucesso dos antidepressivos ou da psicoterapia na consolidação da remissão (APA, 2010).

Por fim, a fase de manutenção tem por objectivo a prevenção da recorrência de episódios depressivos (Afonso, 2004). Mantém-se a administração do antidepressivo, com eventuais ajustes da dose em função da oscilação de sintomas. Está também indicada a continuidade de psicoterapia, com uma frequência de sessões mais reduzida. A duração desta fase é variável, podendo ser limitada ou continuada mediante o curso da depressão e em função dos critérios que permitem ponderar o risco de recaída (Afonso, 2004; APA, 2010).

Durante a fase de manutenção a monitorização sistemática do utente pode acontecer a intervalos maiores mas regulares. Convém salientar que os utentes devem ser instruídos de como fazer a interrupção definitiva do antidepressivo, o que exige a redução progressiva da dose ao longo de dois a três meses a fim de evitar sintomas de abstinência (APA, 2010). O seguimento do utente depressivo não termina com a interrupção da medicação. É muito importante manter a vigilância durante os meses subsequentes e fazer a recomendação ao utente para estar de alerta a sintomas de recaída. De igual modo, a conclusão do acompanhamento psicoterapêutico deve ser decidida com o utente com antecedência e não apenas na última sessão (APA, 2010).

Outros tratamentos de ordem biológica estão disponíveis como alternativas aos expostos acima, muito embora o recurso a eles seja muito reduzido na realidade do nosso país. São eles a fototerapia (especialmente indicada para casos de transtorno do humor sazonal), a estimulação magnética transcraniana e a estimulação do nervo vago (Afonso, 2004; APA, 2010).

Grande parte dos episódios depressivos apresenta, entre os sintomas mais preponderantes, a ansiedade e a insónia. Daí o recurso frequente a medicamentos ansiolíticos e hipnóticos associados ao antidepressivo, no tratamento dos episódios depressivos. O seu uso está indicado por períodos relativamente curtos, de algumas semanas, em virtude do seu potencial para criar dependência e tolerância (Afonso, 2004). Mas na prática não acontece assim, podendo constatar-se a sua utilização por períodos indeterminados e, com frequência, os utentes fazem-no em auto-gestão, sem a devida supervisão dos profissionais de saúde. As benzodiazepinas, grupo farmacológico dos principais ansiolíticos e hipnóticos, encontram-se entre os medicamentos mais utilizados à escala global, e Portugal não é excepção.

A terminar queremos deixar um alerta das lacunas da assistência psiquiátrica, tal como referido anteriormente (título 1.3). Na abrangência do seu papel, compete aos profissionais da saúde mental a mediação desta problemática junto do poder político, por um lado, e a implementação de práticas mais ajustadas às reais necessidades das populações, por outro, cientes de que as limitações de recursos e outros impedimentos estarão sempre presentes.

## **PARTE II**

### **Vivências do Autocuidado em Utentes com Episódios Depressivos**



## **1. METODOLOGIA DO ESTUDO**

São apresentados neste capítulo os aspectos metodológicos que serviram de referência à realização do estudo. Como não poderia deixar de ser, começamos por enunciar os objectivos e a questão de investigação. A estes, seguem-se os métodos de operacionalização do estudo de investigação, segundo os tópicos principais: tipologia do estudo de investigação; método de colheita de dados; participantes do estudo; questões éticas da investigação; e tratamento e análise de dados.

### **1.1. Objectivos e Questão de Investigação**

A perspectiva fenomenológica que o nosso estudo pretendeu aprofundar, até onde pudemos apurar, não tem sido alvo de atenção em estudos anteriores no seio da Enfermagem, nomeadamente, de língua portuguesa. As alterações no autocuidado decorrentes de um episódio depressivo merecem ser exploradas e descritas para, com base nesta elucidação, se implementarem intervenções de enfermagem promotoras de relações terapêuticas efectivas e ganhos em saúde. Desta forma enunciamos como finalidades do estudo:

- Compreender de que modo os episódios depressivos comprometem a capacidade dos utentes para o autocuidado;
- Contribuir para o desenvolvimento de intervenções específicas de enfermagem orientadas para a promoção do autocuidado em utentes com episódios depressivos.

Em concordância, definimos para o estudo os seguintes objectivos:

- Analisar o modo como os utentes com episódio depressivo desenvolvem as suas actividades de vida diária;
- Descrever as alterações do autocuidado em utentes com episódio depressivo;
- Identificar as dimensões do humor próprias dos episódios depressivos;
- Identificar oportunidades e focos de intervenção de enfermagem susceptíveis de promover o autocuidado e a gestão do regime terapêutico, dos utentes com episódio depressivo.

Segundo Fortin (1999, p.101) a questão de investigação “é um enunciado interrogativo, escrito no presente que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar”. A mesma autora explica que as questões de investigação são habitualmente usadas em estudos *exploratórios-descritivos*, o que corresponde ao caso presente. Tratando-se de um estudo qualitativo e face à ausência de estudos de referência sobre o autocuidado em utentes com episódio depressivo, pelo que não é viável sugerir uma relação entre as variáveis, faz sentido enunciar uma questão de investigação genérica, como se segue:

**Que alterações do autocuidado manifestam os utentes com episódios depressivos?**

Quivy e Campenhoudt (1998) afirmam que as qualidades exigidas para uma boa questão de investigação estão reunidas quando ela pode ser “tratada”, querendo assim dizer que a partir dela deve ser possível cumprir os preceitos de uma investigação de forma eficaz com vista a obter dados para lhe responder. Acreditamos que a questão de partida formulada cumpre com as qualidades enunciadas por estes autores, concretamente: a qualidade de *Clareza*, pela exactidão dos conceitos; a qualidade de *Exequibilidade*, porque decorre de uma realidade concreta e sobre a qual podemos actuar; a qualidade de *Pertinência*, porque se propõe elucidar uma problemática de saúde concreta, de imensa relevância contemporânea, na qual os enfermeiros podem intervir com ganhos em saúde.

## **1.2. Tipologia do Estudo de Investigação**

A investigação que agora apresentamos consiste num estudo de tipo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa. Pretendeu-se compreender com detalhe a realidade quotidiana do utente com episódio depressivo, segundo a sua perspectiva, e de que forma esta problemática se reflecte na capacidade para realizar o autocuidado. O enfermeiro é, por natureza, o profissional mais capacitado para acompanhar o utente no desenvolvimento das suas actividades de vida diária. A sua intervenção ganha forma, quer pela compensação dos vários graus de défice manifestados pelo utente, auxiliando-o ou substituindo-o, quer pela promoção da saúde e prevenção da doença através dos processos de ensino. Como referencial teórico de Enfermagem elegemos a Teoria do Autocuidado de Orem e, com base nas categorias de autocuidado nela propostas, estabelecemos os focos conceptuais prioritários do nosso estudo. Além de fundamentar a perspectiva do estudo esta teoria permite a

interpretação dos significados e seus contextos, atribuídos pelos participantes ao autocuidado e suas alterações, decorrentes de episódios depressivos.

Podemos considerar que, muito embora não se cumpram todos os preceitos de um estudo fenomenológico, o nosso estudo esteja enquadrado nesta linha de estudos qualitativos, na medida em que, como refere Fortin (1999, p.149):

“O estudo dos fenómenos consiste, portanto, em descrever o universo perceptual de pessoas que vivem uma experiência que interessa à prática clínica, e o trabalho do investigador consiste em se aproximar desta experiência, em descrevê-la nas palavras dos participantes na investigação, em explicitá-la da forma mais fiel possível e em comunicá-la.”

Aquela autora explica que nas últimas décadas, sobretudo, os enfermeiros europeus vêm privilegiando como foco dos seus estudos as experiências de saúde-doença e de prestação de cuidados, pela exploração e descrição das perspectivas dos indivíduos que as vivenciam. Na nossa opinião estes estudos têm as vantagens de aproximar os enfermeiros da realidade concreta da pessoa doente favorecendo, ao mesmo tempo, a reflexão sobre as práticas de enfermagem e a reformulação dos seus modos de intervenção, com vista a melhores padrões qualidade e eficácia. Esta é também uma das finalidades do nosso.

### **1.3. Participantes do Estudo**

Fortin (1999, p.202), define o conceito de “*amostra*” como “um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”. Streubert & Carpenter (2002) defendem o uso do termo “participantes” para se referirem aos indivíduos que integram um estudo qualitativo, isto porque não se trata de agir sobre os indivíduos mas sim validar a participação activa destes na investigação. A inclusão dos participantes no estudo deriva da sua condição de experiência à luz do fenómeno em estudo. Não se trata de constituir uma amostragem na medida em que “a manipulação, controle e generalização dos resultados não é intenção da pesquisa.” (Streubert & Carpenter, 2002, p. 25) Pretende-se, por outro lado, explorar e descrever fenómenos pelo que poderemos recorrer a um conjunto reduzido de participantes. Considerando, ainda, o contexto particular onde se realizou o nosso estudo – utentes em internamento hospitalar - procedemos a uma selecção de participantes com base numa amostragem por selecção racional, de acordo com a classificação proposta por Fortin (1999). Acerca da amostragem por selecção racional Fortin (1999, p.209) explica:

“A amostragem por selecção racional é uma técnica que tem por base o julgamento do investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico (...) A amostra teórica, utilizada em certos estudos qualitativos, é um exemplo de amostra por

selecção racional. A amostra teórica necessita da selecção de um certo número de participantes para representar os temas do estudo.”

Este tipo de amostragem teve como vantagens a ausência de custos e a sua fácil operacionalização.

Para estudos em que a colheita de dados se realiza por entrevista semi-estruturada Quivy e Campenhoudt (1998, p.163) explicam que “o investigador não pode dar-se ao luxo de entrevistar muito mais que umas dezenas de pessoas.” Os autores recomendam, então, como critério a selecção de pessoas com perfis diversos considerando o fenómeno em estudo. No momento da selecção dos participantes tivemos em conta variáveis como a idade, género, admissão ao internamento recente e mesmo o diagnóstico clínico diverso (entre os elegíveis) mas estivemos, sobretudo, condicionados à disponibilidade de utentes em presença nos serviços de internamento do HML-EPE. A este respeito, a maior limitação verificou-se no tocante à variável de género. Não obstante o nosso intento de incluir mais elementos masculinos, conseguimos apenas um participante. Esta situação ficou a dever-se, por ordem de importância, ao número reduzido de casos masculinos com os diagnósticos elegíveis, à rejeição da participação por parte de dois indivíduos (em três abordados), e à de exclusão possíveis participantes devido a co-morbilidade psiquiátrica ou condições psicossociais que poderiam condicionar a entrevista.

Como já tivemos oportunidade de explicitar, a classificação diagnóstica em uso no HML-EPE é a CID-9, que inclui as categorias diagnósticas que serviram de critério principal de selecção dos participantes, nomeadamente:

- ☞ “309 - Perturbações da Adaptação”, nas categorias:
  - “309.0 - Reacção depressiva transitória”;
  - “309.1 - Reacção depressiva prolongada”;
- ☞ “311 - Quadros depressivos não classificados noutras rubricas”;
- ☞ “300 - Neuroses”, concretamente, a categoria “300.4 Depressão neurótica”

Foram também critérios de inclusão dos participantes: estar em regime de internamento completo no HML-EPE; não possuir contra-indicações clínicas; manifestar disponibilidade para colaborar no estudo, mediante aceitação expressa da “Explicação do Estudo Consentimento Informado” (Anexo II); e não ser portador de quaisquer deficiências físicas incapacitantes, permanentes ou temporárias.

Em conformidade com o exposto, constituímos como participantes do estudo dez utentes - nove mulheres e um homem - que se encontravam num dos serviços de internamento psiquiátrico do HML-EPE, durante o período de realização do estudo. Sete dos participantes tinham atribuída a categoria diagnóstica “311” e os restantes três tinham a

categoria diagnóstica “309”, sem mais especificação. A caracterização dos participantes é apresentada num título próprio, mais adiante.

#### **1.4. Técnica de Colheita de Dados**

Considerando os objectivos e o nível de conhecimentos apurados sobre o tema do nosso estudo, a entrevista presencial afigurou-se como técnica privilegiada para obtenção da informação junto dos participantes. A disponibilidade dos participantes no contexto de internamento hospitalar, ao qual tivemos fácil acesso, e a nossa disponibilidade de tempo não constituíram barreiras à selecção deste método. Depois, pretendeu-se auscultar os participantes sobre os seus sentimentos e percepções e, neste particular, a técnica de entrevista face a face, favorecendo a comunicação directa entre os interlocutores, é geradora de maior à-vontade e passível de múltiplos ajustes.

Além disso, este é também uma técnica da nossa prática corrente enquanto enfermeiro de saúde mental e psiquiátrica, nomeadamente, nos momentos de avaliação inicial do utente admitido a internamento, ou naqueles posteriores de reavaliação, com vista à implementação ou actualização do processo de enfermagem. Julgamos que a nossa experiência profissional, concretamente no atendimento frequente de utentes depressivos, constituiu uma mais valia para a realização das entrevistas. A entrevista está, de resto, classificada como uma das técnicas de Enfermagem no estudo do Grupo de Investigação e Desenvolvimento da Enfermagem em Acção - GIDEA (2003, p.96) quando defendem:

“É um dos instrumentos básicos que assume uma importância extrema na promoção da autonomia das pessoas, valorizando os valores e a cultura individuais, ajudando-as a desenvolverem as suas capacidades, interesses e compreensão dos problemas pessoais.”

Fortin (1999, p.245), define a entrevista como “um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas.” Esta autora refere três funções da entrevista (p.245-246):

- “1) servir de método exploratório para examinar conceitos e relações, relações entre as variáveis e conceber hipóteses;
- 2) servir de principal instrumento de medida de uma investigação;
- 3) servir de complemento a outros métodos, tanto para explorar resultados não esperados, como para validar os resultados obtidos com outros métodos ou ainda para ir mais em profundidade.”

Ainda segundo Fortin (1999, p.246), as entrevistas podem classificar-se em dois tipos principais “a entrevista estruturada ou uniformizada e a entrevista não estruturada ou não

uniformizada”. Por seu turno, Bardin (2009, p. 89) classifica as entrevistas em função da sua *não-directividade*, como directivas, semi-directivas ou não-directivas. Estas classificações têm por base os parâmetros de liberdade de expressão dos entrevistados ou a profundidade de informação que se pretende atingir.

De acordo com Fortin (1999, p.248) “Antes de uma entrevista semi-estruturada, é indispensável elaborar um plano, no qual o objectivo geral do tema a cobrir está indicado, assim como os sub-temas, segundo uma ordem lógica.”

Neste sentido, a colheita de dados do presente estudo foi efectuada com base numa entrevista semi-directiva ou semi-estruturada, incluída no “Guião de Entrevista Semi-estruturada”, que apresentamos como Anexo I. O “Guião de Entrevista Semi-estruturada” é constituído por dez blocos. Um primeiro bloco orienta os procedimentos éticos imprescindíveis à realização da entrevista. Segue-se um bloco referente à informação sociodemográfica e clínica do participante, obtida a partir do testemunho do próprio e pela consulta do seu processo clínico. Os blocos numerados de 3 a 10 incluem as questões da entrevista, propriamente dita. Nos blocos de 3 a 9 encontram-se questões organizadas segundo as diversas categorias de autocuidado da Teoria do Autocuidado de Orem. No bloco 10, final, as questões visam as dimensões do humor depressivo, segundo alguns critérios clínicos.

As entrevistas decorreram nos serviços de internamento de doentes agudos do HML-EPE, no período de 23 de Fevereiro e 21 de Março de 2012. Para garantir o anonimato dos participantes, cada entrevista foi identificada com um código alfanumérico; o género do participante é identificado pela letra - “F” para feminino e “M” para masculino - e o número corresponde à ordem de realização das entrevistas. Os participantes foram seleccionados a partir dos critérios adiante descritos e mediante a sua aceitação expressa. A todo o tempo tivemos presentes e foram cumpridos imperativos éticos próprios dos estudos de investigação. A fim de garantir o registo fidedigno dos depoimentos, procedemos à gravação das entrevistas em registo áudio, com o devido consentimento dos participantes. A autorização expressa dos participantes foi formalizada pela assinatura do documento “Explicação do Estudo e Consentimento Informado” (Anexo II). Este era apresentado aos participantes antes da entrevista e depois de esclarecidas todas as dúvidas. Como recomenda Bardin (2009, p.89), para a entrevista semi-estruturada, procedemos a alguns registos da comunicação não-verbal como “hesitações, risos, silêncios, bem como estímulos do entrevistador”. Pudemos confirmar como vantagens desta técnica as possibilidades de: ajustar o teor da entrevista a cada participante, de acordo com o seu nível de escolaridade e capacidade expressiva; obtenção de uma taxa de respostas elevada; a facilidade de anular erros de interpretação e conseguir obter

informação directa sobre conteúdos complexos e abstractos como emoções e sentimentos (Fortin, 1999).

A entrevista semi-estruturada permitiu-nos recolher informação orientada para o conjunto de categorias previamente definidas, ao mesmo tempo que possibilitou a liberdade de expressão dos participantes e a personalização adequada, em função de cada um dos participantes e do próprio desenrolar da entrevista. A técnica foi particularmente útil para a análise do discurso mais subjectivo dos utentes, permitindo identificar a forma como estes percebem, inclusivamente, os défices na capacidade de se autocuidar.

## 1.5. Tratamento e Análise de Dados

De acordo com as características do estudo, procedemos ao tratamento e análise de dados segundo um método com tradição nas ciências sociais - a Análise de Conteúdo. Bardin (2009, p.33) propõe uma definição muito simples da análise de conteúdo:

“(...) é um conjunto de técnicas de análise das comunicações (...) será um único instrumento, mas marcado por uma grande disparidade de formas e adaptável a um campo de aplicação muito vasto: as comunicações.”

Para ilustrar a amplitude de aplicação do método Bardin (2009, p.34) cita S. Henry e S. Moscovici (1968), que afiançaram: *‘tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo.’* Aquele autor cita, ainda, Berelson que propôs a seguinte definição, mais completa:

“(...) uma técnica de investigação que através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.”

A análise de conteúdo é dividida em três fases fundamentais, segundo Bardin (2009, p.121): “1) a pré-análise, 2) a exploração do material; 3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Numa fase de “pré-análise” procedemos à organização dos dados recolhidos. O domínio da nossa análise de conteúdo, segundo os indicados por Bardin (2009, p.36), foi o linguístico oral, registado com recurso a gravação áudio. Para a operacionalização manual da análise de conteúdo procedemos à transcrição das dez entrevistas para o formato de texto, no programa informático “Word”. A partir dos textos assim elaborados, procedeu-se à análise progressiva dos elementos discursivos.

A fase seguinte, de todas a mais exaustiva, consistiu na “exploração do material”. Identificaram-se as unidades temáticas, cujo valor foi estabelecido segundo o quadro conceptual de referência, pela sua significação e frequência. Procedeu-se, então, à *categorização*, ou seja, o agrupamento das unidades temáticas em categorias. De acordo com Bardin (2009, p.144):

“A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (...) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns destes elementos.”

O mesmo autor explica que a categorização pressupõe duas etapas estruturantes: o “*inventário*” dos elementos e a sua “*classificação*” organizativa. Estes requisitos foram assegurados à priori através do enquadramento conceptual do estudo segundo a Teoria do Autocuidado de Orem. Esta teoria discrimina os diferentes tipos de autocuidado e, bem assim, estabelece classes ou categorias de acordo com as idiossincrasias ou as necessidades que regulam cada tipo de autocuidado.

Como descreve Bardin (2009), a categorização pode operar-se por dois processos inversos. Um dos processos pressupõe a determinação de categorias à posteriori, na etapa final da análise, através da classificação progressiva dos elementos comuns. Em alternativa, a classificação dos conteúdos pode ser feita a partir de pressupostos teóricos fundamentados, encaixando-se os elementos de análise nas diferentes categorias estabelecidas à priori. Este foi o processo adoptado para o presente estudo.

À luz da Teoria do Autocuidado de Orem, efectuamos a análise de conteúdo segundo o critério de categorização semântico (temático). No seu cerne, a teoria do Autocuidado de Orem apresenta as tipologias do Autocuidado, que vão desde as necessidades mais básicas de conservação biológica e fisiológica, passando por necessidades de realização de papeis individuais e sociais, até às necessidades de resposta aos desvios da saúde. Tudo isto enquadrado numa perspectiva evolutiva e dinâmica do ciclo vital do ser humano. Assim sendo, o trabalho de análise consistiu, sobretudo, em fazer corresponder os elementos discursivos dos utentes com as categorias de autocuidado previamente definidas pela Teoria do Autocuidado de Orem.

Na fase final de “tratamento dos dados, inferência e interpretação”, procurou-se colocar em evidência os resultados. Mediante a obtenção de resultados significativos e congruentes com o referencial conceptual procedeu-se à “inferência” e à “interpretação” dos mesmos, tendo por base os objectivos e a questão de investigação enunciados do estudo.

Deste modo, procedemos à análise e interpretação sistemática das narrativas dos utentes com episódios depressivos, em concordância com a tipologia do estudo e os objectivos para ele traçados. Relembramos que estavam em causa narrativas que se revestem de alguma profundidade e complexidade, uma vez que decorreram de uma entrevista semi-estruturada que interpela os sujeitos à explanação de perspectivas e sentimentos particulares da condição psicopatológica depressiva. Através da análise de conteúdo, colocaram-se em evidência as categorias semânticas relevantes do discurso dos utentes relativas ao autocuidado. Cada uma dessas categorias foi alvo de argumentação crítica à luz da psicopatologia dos transtornos depressivos, a partir das referências bibliográficas que serviram de suporte ao enquadramento conceptual, entre outras pertinentes. A comparação com outros estudos não foi de todo possível dado que na extensa pesquisa de fontes não encontramos esta temática tratada segundo o paradigma de investigação qualitativa.

Cada categoria do autocuidado foi interpretada segundo o gradiente valorativo das dificuldades manifestadas pelos utentes, valorizando-se a sua experiência original e subjectiva. Em complementaridade, introduzimos uma visão objectiva e criteriosa de acordo com as nossas competências e experiência profissional enquanto EESM.

Consideramos estas narrativas de doença segundo uma perspectiva bio-psico-social que, no campo particular da saúde mental, ganhou força através das ciências humanas, de que a antropologia da saúde é um exemplo. Como refere Abreu (2003, p.75), as narrativas de doença “permitem identificar as manifestações biológicas e fisiológicas da doença, a experiência pessoal (subjectiva) do doente e o simbolismo que esta encerra.” O autor realça que as narrativas são ao mesmo tempo uma via para “avaliar a experiência subjectiva da doença” e um “veículo para lidar com a situação percebida como ameaçadora através de reajustes e de mecanismos de defesa (...)”. O estudo e validação das narrativas de doença como forma de enaltecer o carácter humano singular da experiência, de acordo com Abreu (2003, p.76), “legitima a ideia de que não há *doenças* mas sim *doentes* e denota uma forte influência de factores culturais, sociais históricos e de personalidade, sempre presentes na forma pessoal de interpretar os sintomas e de reagir à própria situação.” cremos que com base nestes pressupostos a relação enfermeiro-utente pode sair reforçada, pois a compreensão do “ser doente” e a adopção de um referencial de intersubjectividade pelo enfermeiro, promove sentimentos de empatia e confiança por parte dos utentes, que certamente se traduzem em benefícios terapêuticos.

## 1.6. Questões Éticas da Investigação

Nenhum estudo de investigação que envolva a participação directa ou indirecta de pessoas está isento da ponderação de aspectos éticos, uma vez que pode resultar em prejuízo dos seus direitos. O crescimento exponencial do número de investigações envolvendo pessoas ao longo do século XX impôs a criação de vários documentos e códigos de ética, que não mais puderam ser ignorados. Estes códigos de ética determinam, entre outros aspectos, a observância impreterível de cinco direitos fundamentais das pessoas para a realização de uma investigação:

- o direito à autodeterminação;
- o direito à privacidade;
- o direito ao anonimato e à confidencialidade;
- o direito à isenção de danos e exploração;
- o direito ao tratamento justo.

(Fortin, 1999, p.116)

Os objectivos e métodos do estudo foram projectados de forma a respeitar os direitos fundamentais dos participantes e durante a realização do mesmo zelamos para que fossem assegurados a todo o tempo.

Dado que o estudo decorreu no HML-EPE, começamos por obter a autorização da sua Direcção. Para tal endereçamos um pedido de autorização para a realização do estudo, no qual apresentamos o devido esclarecimento de objectivos e métodos, e ao qual anexamos o “Guião de Entrevista Semi-estruturada” e a “Explicação do Estudo e Consentimento Informado”. Uma vez concedida a autorização, prosseguimos para a colheita de dados.

Por outro lado, foi imperativo garantir a autorização de cada um dos participantes para a sua inclusão no estudo pelo que, a cada um deles, começou por ser apresentado e explicado o documento “Explicação do Estudo e Consentimento Informado” (Anexo II). Através deste documento foi garantida aos participantes a observância dos seus direitos fundamentais. Do documento constam as explicações sobre o tipo do estudo e seus objectivos, é assegurado o anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas, bem como, a ausência de riscos ou benefícios directos decorrentes da investigação. Cada qual dos participantes manifestou a disposição de colaborar, mediante a assinatura do consentimento informado. Considerando que estávamos perante utentes internados, tivemos o cuidado de assegurar que não deveriam sentir-se constrangidos a colaborar por receio de prejuízo no tratamento e na qualidade dos cuidados que lhes estavam a ser prestados no internamento.

## 2. CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Apresenta-se, em seguida, uma breve caracterização dos participantes do estudo, com ênfase nos aspectos sociodemográficos e clínicos mais relevantes.

### 2.1. Dimensões sociodemográficas

Em conformidade com os objectivos do estudo, o seu âmbito e o tempo limitado para a sua realização, constituímos como participantes do mesmo dez utentes – nove mulheres e um homem. Os participantes foram seleccionados de acordo com o método de amostragem já referenciado e na observância dos critérios de selecção, entre os quais destacamos o diagnóstico clínico de episódio depressivo elegível e a condição de tratamento em regime de internamento voluntário completo, num dos serviços de internamento psiquiátrico do HML.

Apresentam-se, resumidamente, as principais variáveis sociodemográficas apuradas entre os participantes, à data do estudo.

- Idade - A média de idades dos participantes foi de 43 anos, tendo o mais novo dos participantes 27 anos (2 casos) e o mais velho 62 anos, o que corresponde a uma amplitude de 35 anos. A moda e a mediana corresponderam aos 51 anos de idade.

- Estado civil - Cinco dos participantes eram casados e apenas um era solteiro; os restantes participantes eram divorciados, e somente um deles tinha um novo companheiro, de longa data.

- Escolaridade - Em geral, os participantes tinham nível reduzido de escolaridade e nenhum deles tinha formação superior. Distribuíam-se como se segue: dois tinham o 12º ano de escolaridade, um tinha o 9º ano, um tinha o 7º ano, dois tinham o 6º ano e quatro tinham apenas a 4ª classe.

- Emprego - Entre os participantes, somente três se encontravam empregados mas apenas um se encontrava a trabalhar, no momento anterior ao internamento. Havia duas participantes domésticas e uma reformada por invalidez. Os restantes três participantes encontravam-se desempregados.

- Contexto familiar - A única participante solteira vivia sozinha e não tinha descendência. Os demais participantes já tinham um ou mais filhos. Os cinco participantes com a condição de casados co-habitavam com o cônjuge e os descendentes. Entre os quatro participantes

divorciados, apenas um co-habitava com o filho e um segundo companheiro, ao passo que dois outros haviam retornado à casa dos pais, onde vivem com os respectivos filhos, e um outro vivia sozinho.

## **2.2. Dimensões Clínicas**

Entre os dez participantes sete tinham atribuído o diagnóstico médico “311 - Quadros depressivos não classificados noutras rubricas”, e os restantes três tinham o diagnóstico médico “309 - Reacção depressiva”, sem mais especificação. Em média os participantes encontravam-se internados há quatro dias

Com a excepção de uma participante, que relatou a evolução de um primeiro e único episódio depressivo, na segunda metade do ano anterior, todos os demais tinham já um historial de patologia ou sintomatologia psiquiátrica prévia, num intervalo retrógrado variável mas sempre superior a três anos. De realçar que três das participantes tinham história psiquiátrica há mais de 20 anos. Até onde foi possível apurar, os participantes referenciavam no seu historial, predominantemente, sintomatologia do tipo depressivo e/ou ansioso, e nenhum deles referenciou ou tinha menção no seu processo clínico a outro diagnóstico para além de depressão. No que respeita ao tratamento psiquiátrico prévio, apenas um participante referiu que não tinha qualquer acompanhamento médico recente, nem cumpria tratamento domiciliário. Os outros nove participantes estavam a cumprir tratamento domiciliário, que incluía antidepressivos; destes, sete participantes referiram acompanhamento em consulta de especialidade e dois em consulta com o médico de família. Em relação ao tratamento em regime de internamento, seis estavam internados pela primeira vez, três pela segunda vez e apenas uma participante referiu mais de três internamentos.

Dos dez participantes do estudo, três referenciaram co-morbilidade médica crónica. Uma das participantes padecia de dislipidemia e de asma brônquica e relatou um acidente vascular cerebral (AVC) no último ano, sem défices graves nem sequelas. Uma outra participante tinha sido submetida a mastectomia há alguns anos e, desde então, padecia de dores do lado correspondente. Outra participante ainda, padecia de patologia óssea, que não soube especificar, e referenciou a possibilidade de ter sofrido há alguns anos um AVC, sem sequelas, apenas detectado por exame imagiológico posterior. Nenhum dos participantes era portador de deficiências físicas associadas a incapacidades funcionais permanentes.

### 3. ALTERAÇÕES BÁSICAS DO AUTOCUIDADO EM EPISÓDIOS DEPRESSIVOS

Iniciamos a análise e interpretação dos dados pelas dimensões mais básicas do autocuidado, ou seja, aquelas que traduzem as necessidades primárias de desenvolvimento e manutenção equilibrada do ser humano, com realce para as alterações mediadas pelos episódios depressivos, bem como, as respostas de autocuidado dos utentes face às mesmas.

#### 3.1. Necessidades Fisiológicas: Respiração, Alimentação e Eliminação

Dos dez utentes entrevistados apenas uma atribui dificuldades respiratórias associadas ao episódio depressivo, concretamente, pela presença de sintomatologia ansiosa, o que fica bem patente no seu discurso:

*“O sistema nervoso. E até sentia aqui [aponta a garganta], parecia um... que tinha uma pedra aqui, que nem conseguia engolir na garganta.(...) Que eu tremia muito e agora não tremo.” (F.08)*

Os sintomas ansiosos resultavam em sofrimento para a utente, que referiu como único recurso a medicação ansiolítica, como se percebe nas suas palavras:

*“Sofria e tinha um s.o.s. (...) Metia uma pastilha debaixo da língua. (...) Melhorava um pouquinho mas vivi sempre aflita.” (F.08)*

É muito frequente que os utentes tenham na medicação a única resposta para lidar com esta sintomatologia. Carecem, pois de ensinamentos e treinamentos, baseados em técnicas de “biofeedback”, por exemplo, para melhor enfrentarem estas dificuldades e esta é seguramente uma área que se presta à intervenção específica dos enfermeiros. A situação apresentada pela utente deixa perceber como a angústia e sofrimento que acompanham os quadros depressivos, encontram nas manifestações somáticas formas de expressão corporal próprias. Facilmente se reconhece que não existe aqui um compromisso respiratório funcional mas antes uma resposta fisiológica inerente a um estado psicológico perturbado. Afonso (2004, p.48) esclarece: “Quando existe uma componente ansiosa mais marcada, podem aparecer queixas de palpitações, sensação de aperto no peito, suores, tremores, etc.” A ocorrência da sintomatologia depressiva-ansiosa é frequente e está bem reconhecida na literatura epidemiológica da depressão.

As alterações do padrão alimentar associadas aos quadros depressivos são muito significativas e têm valor psicopatológico acrescentado pois constituem, inclusivamente, critério clínico diagnóstico. Os dados apurados confirmam esse relevo.

Todos os participantes relataram alguma forma de compromisso do padrão alimentar. Da análise das entrevistas emergiram como categorias temáticas: alimentação insuficiente; inibição para preparar as refeições; anorexia (falta de apetite); e perda de peso. Na origem das alterações da alimentação associadas aos quadros depressivos parecem estar dois sintomas principais, a anorexia e a inibição, esta última relatada como desinteresse pela alimentação ou falta de vontade de cozinhar. Estes sintomas repercutem-se ao nível comportamental, pela alimentação insuficiente, tendencialmente negligenciada. Os testemunhos dos participantes sobre a sua alimentação são esclarecedores:

*“Mal. Muito, muito, muito mal, não tenho vontade de comer, (...) Muitas tonturas, às vezes, quero fazer alguma coisa...um jantar para o meu marido ou coisa, e não tenho paciência. Não estava ali com paciência para fazer nada...não tinha vontade.”* (F04)

*“A minha alimentação tem sido má. Não tenho apetite de comer.(...) Não tinha vontade de fazer nada.”* (F05)

*“Péssima, portanto, eu acho que aquilo que como em dois dias deveria ser o que se come num.(...) Vontade nenhuma de cozinhar, não gosto de fazer refeições sozinha, principalmente agora(...)”*(F10)

Com frequência os utentes optam pela via que implica menor esforço para suprirem a necessidade imprescindível de alimentação, recorrendo a alimentos de consumo imediato ou fazendo pequenas refeições, claramente insuficientes em termos nutricionais:

*“Às vezes, à tarde, tomava um bocadinho de leite com bolachas, ou assim...”* (F02)

*(...) se tiver que comer uma peça de fruta, uma sandes ou um pouco de café durante o meio-dia eu ‘tou o dia assim...* (F04)

*“(...) Quando saio [do trabalho] como dois pães com qualquer coisa, que é o que levo já comigo.(...) chego a casa como... como cereais, qualquer coisa assim.”* (F10)

Os sintomas - anorexia e a inibição – tendem a prolongar-se no tempo, o que resulta em prejuízo da condição física e psíquica dos indivíduos e conduz, inevitavelmente, à perda ponderal, aqui relatada por três dos participantes:

*“(...) o que eu sei é que emagreci bastante.”* (M01)

*“Noutras alturas que ‘tive mais em baixo eu perco relativamente o apetite de comer e perco bastante peso, bastante... que já perdi 6 kg desde Novembro até agora.”* (F06)

*“Emagreci muitos quilos.”* (F07)

No contexto de internamento, facilmente se constata a nutrição insuficiente por parte dos utentes depressivos e, sempre que se justifica, é feito um incentivo no momento das refeições. Por vezes, a mudança positiva pode resultar do ajuste da dieta ao gosto pessoal do utente ou à redução de constrangimentos determinados por co-morbilidades. Além disso,

procura-se consciencializar os utentes para a importância de um regime alimentar completo e equilibrado uma vez que tendem a depositar excessivas expectativas apenas no tratamento farmacológico, por si só, insuficiente. Para o domicílio, a intervenção dos enfermeiros no sentido de promover uma ingestão nutricional adequada deverá ser personalizada, em sessões de ensino ou motivacionais. De uma forma geral, podem ser sugeridas refeições completas de preparação fácil e rápida, com alimentos mais saborosos ou com condimentos mais apelativos, a contrariar a falta de apetite. Do ponto de vista comportamental, julgamos que a companhia de outras pessoas na hora das refeições pode servir como elemento potenciador da alimentação, pelo que é recomendável a presença de familiares ou pessoas próximas.

As alterações das funções de eliminação urinária e intestinal apuradas junto dos participantes decorrem de co-morbilidade, condicionamento psicológico e do tratamento farmacológico. Uma das participantes relatou a alteração vesical resultante de um AVC mas, ao mesmo tempo, referiu uma resposta adequada de autocuidado:

*“Desde que me deu o AVC, sim. Quer dizer, dá tempo de eu ir à casa de banho mas se coisa [demorar] começa-me as pingas.(...) Ponho um penso, um penso no dia-a-dia... e lavo-me sempre, pronto. Eu sou muito esquisita.” (F02)*

Duas outras participantes relataram alterações aparentemente mediadas pelo condicionamento psicológico enquadrável no episódio depressivo, ou seja, menor resiliência ao stress e à ansiedade, com respostas somáticas exacerbadas, num caso do padrão vesical e no outro do padrão intestinal, para as quais relataram respostas de autocuidado pertinentes:

*“E se estiver enervada ando sempre a correr p’ra casa de banho!(...) P’ra estimular abro a torneira da água fria, ponho a correr que é p’ra eu poder fazer. Senão, não consigo.” (F03)*

*“Tenho tido bastantes alterações porque tanto estou dois, três dias que não consigo fazer nada, obstipação, como depois, se calhar, ando quatro ou cinco dias com diarreia ou fezes moles, líquidas.(...) Já, já recorri à médica para, pronto, falar no assunto.(...)” (F10)*

Como é sabido, os antidepressivos têm entre os seus efeitos secundários a obstipação (Townsend, 2011). No contexto de internamento, a obstipação é, frequentemente, um foco da atenção de enfermagem em utentes depressivos, motivando queixas. Pode ser uma condição prévia ao internamento ou que surge no seu decurso, com o início ou mudança do tratamento. Os participantes que referiram obstipação demonstraram conhecimentos sobre a lógica causal referida e, até mesmo, estratégias de autocuidado para a sua resolução:

*“Se beber água de manhã, em jejum, muita água, sei que durante o dia depois faço.” (F02)*

*“Isso é à base de... de medicação. Eu sempre fui... desde nova. Desde jovem que sou presa. O médico diz que é derivado à medicação, que me prende os intestinos.(...) Ponho um clister, tomo gotas... Como coisas que me façam fazer. Frutas assim...kiwis, coisas que me façam... legumes p’ra ajudar.” (F03)*

*“Do medicamento, diz que é do medicamento.(...) Em casa, fui à farmácia e deram-me umas bisnagas p’ra introduzir. E, por vezes, nem com as bisnagas fazia. E depois, já, já... Passava-se um dia ou outro, já fazia.” (F07)*

*“Isso, tenho tido dificuldades. E tenho que pedir ao sr. enfermeiro p’ra me dar umas carteirinhas.” (F08)*

Qualquer situação de obstipação detectada exige da parte do enfermeiro um ensino sobre o padrão alimentar, com destaque para a ingestão hídrica e de fibras. A título preventivo, os utentes medicados com antidepressivos devem ser alertados para o potencial obstipante da medicação e, bem assim, da necessidade de eventuais alterações ao padrão alimentar e/ou o recurso a medicamentos laxantes. Este tipo de informação pode ser crucial na promoção da adesão ao regime terapêutico, o qual é muitas das vezes interrompido devido a efeitos secundários, entre os quais pode estar a obstipação.

Embora nove dos dez participantes do estudo fossem mulheres, não se apurou qualquer alteração do ciclo menstrual, associada ou não ao episódio depressivo. De salientar que a menopausa já tinha ocorrido em quatro das participantes.

### **3.2. Actividade Vital, Repouso e Sono**

A actividade vital pressupõe a todo o tempo a disponibilidade de energia, a capacidade de autoconsciência, conhecimentos específicos, o estado motivacional, os processos de tomada de decisão e as acções deliberadas, com vista à manutenção do bem-estar global. Em síntese, a capacidade de gerir o ciclo constante de actividade e repouso. Num episódio depressivo todos os aspectos deste complexo surgem afectados. A análise da informação recolhida junto dos participantes, sob o ponto de vista da actividade vital, permitiu eleger como categorias temáticas: energia reduzida e fadiga; inibição psicomotora e autocuidado negligenciado. Pela sua especificidade, a actividade sexual, enquanto necessidade humana, e as suas alterações são objecto de análise diferenciada, também neste enquadramento.

Comportamentos de inércia, bloqueio, e marcada apatia são característicos de um episódio depressivo. Na sua origem estão níveis de energia muito reduzidos e/ou sensação de cansaço fácil ou persistente, mesmo após os mais ligeiros esforços, aos quais acresce uma experiência emocional preenchida por sentimentos de tristeza vital, falta de vontade ou desinteresse (abulia) e a incapacidade de sentir prazer (anedonia). A este respeito Rojas (2007, p.75) refere que “se destaca uma astenia física, um cansaço acentuado que se vai insinuando logo desde as primeiras horas do dia, um amolecimento e uma falta de jeito para levar a cabo as actividades habituais.” A complementar, Afonso (2004, p.47) explica que “predominam

tipicamente a lentificação e a inibição motora, acompanhadas muitas vezes de uma marcada perda de iniciativa voluntária.(...) Em casos excepcionalmente graves, ocorre uma imobilidade quase total ” Seguem-se alguns dos testemunhos dos participantes a confirmar os défices de energia e fadiga:

*“Muito fraca. Não tenho forças p’ra nada.(...) Sinto-me mesmo fraca. Não sinto mesmo vontade nenhuma, parece que... só me apetece mesmo desaparecer.” (F03)*

*“Fraca, muito fraca. Não tenho forças nas pernas, dá-me...(...) Muita fraqueza do corpo, cabeça também, neste momento não ‘tou...(...) Muito cansaço...(...) mesmo sem ter feito actividade.” (F04)*

*“Fraca, sinto-me fraca. (...) Fisicamente e psicologicamente. (...) A falta de força também está um pouco derivado ao psicológico.” (F06)*

A par dos défices energéticos observa-se a inibição psicomotora, com destaque para a inactividade, por um lado, e para a abulia e anedonia, por outro. A gravidade destes sintomas determina alterações funcionais da pessoa em grau proporcional, nem sempre fáceis de concretizar. Quando questionamos os participantes sobre as capacidades do autocuidado, estes tendem a referir um compromisso generalizado, demonstrando dificuldade em particularizar que aspectos resultam mais afectados:

*“(...) ou seja, eu não sou capaz de, neste momento, de me levantar e dizer: “Eu tenho isto p’ra fazer e vou fazer!”. Posso ter o que fazer mas sou capaz de dizer “Não me apetece, não vou...fica p’ra depois, eu não sou capaz de ir.” (M01)*

*“Relativamente a este último mês... eu tenho perdido a vontade de fazer tudo. Não tenho vontade de fazer nada. Mas... há um dia em que me lembro e tento fazer as tarefas domésticas, limpeza da casa, mas canso-me bastante. (...) O facto de fazer uma simples cama, cansava-me.” (F06)*

*“Porque deixo de fazer as coisas que seriam normais, no dia-a-dia. Em casa principalmente, que é o que irrita mais, o facto de não as conseguir fazer, não ter vontade p’ras fazer, nem força p’ras fazer... arrumar, aspirar, limpar o pó.” (F10)*

Estes achados são compatíveis com a literatura da depressão. Rojas (2007, p.36) refere-se à inibição como “a sensação íntima de não ter vontade de fazer nada, de estar como que bloqueado ou parado. (...) É como uma luta entre o querer e o não poder: existe capacidade de acção mas esta revela-se ineficaz.” Por seu turno, Afonso (2004, p.47) concretiza os efeitos da abulia e anedonia: “O interesse por actividades profissionais, intelectuais, lúdicas, etc. desaparece, tudo é feito com esforço e com falta de motivação. Surge assim uma espécie de ‘paralisia do desejo’ que se traduz num estado de apatia.”

Em resultado da sintomatologia somática e psicológica aqui descrita, os utentes depressivos manifestam marcado desinteresse ou indiferença pelas necessidades de autocuidado. Deste modo, negligenciam substancialmente o autocuidado, nos diversos aspectos, concretamente, o que respeita às suas actividades de vida diária, entre as quais a higiene e a aparência pessoal. A consciência crítica dos utentes para esta problemática é bem

evidente num dos testemunhos e motivo de agravamento do negativismo e culpabilidade, com efeitos sobre a auto-estima.

*“Sexta-feira acordo, com umas tremendas dores de cabeça, com vontade de não fazer nada. ‘Tive sexta, sábado, domingo assim, nem a minha higiene fiz!’ (F06)*

*“Sim, porque olho p’ras coisas mas “Deixa estar.” [suspira] (...) Não tenho alegria dentro de mim, não tenho vontade de me arranjar, não tenho vontade de ir ao cabeleireiro, não tenho vontade de nada!(...) Nada nos... nada, uma peça de roupa... bonita, que eu gostava de me vestir bem, gostava de andar sempre, ir ao cabeleireiro e, ultimamente, a minha vida está assim, como vê, como me vê à sua frente! [labilidade emocional].” (F08)*

*“Isso, então... deve ter sido a pior coisa! Se olhar p’ro meu cabelo vê...[sussurra, envergonhada] O facto de ter começado a descurar-me de mim mesma ainda é, é o pior. (...) É em geral porque... banho, tomo todos os dias, mas creme hidratante no corpo que é uma coisa que é importante, não, não ponho; depilação já... é vergonhoso mas não faço depilação há meses; o cabelo que, pronto, cuidar das brancas que vão aparecendo, nós mulheres temos o cuidado de pintar o cabelo... não tenho, nem... Ir ao cabeleireiro é impensável. Não sou capaz de entrar já num sítio assim, prontos, não consigo. Em casa, podia fazê-lo, já fiz algumas vezes mas não tenho... não tenho vontade. Eu passo o menos tempo possível na casa de banho. É mesmo só tomar banho, vestir-me e sair de lá. Olhar p’ro espelho já não... puff. Ainda tenho o cuidado de pôr creme hidratante na cara porque a sensação de pele repuxada na cara me faz confusão. Fora isso...” (F10)*

No entanto, convém realçar que nenhum dos utentes evidenciava negligência da higiene e aparência, no momento das entrevistas. Pela nossa experiência, acreditamos que esta situação seja resultado do potencial de mudança introduzido pelo contexto de internamento, por um lado, e pela intervenção efectiva de enfermagem, por outro.

As intervenções de enfermagem junto de utentes depressivos com o objectivo de promover a actividade vital equilibrada devem, então, recair sobre as funções afectadas, tendo por orientação os princípios inerentes a um estilo de vida saudável. Do ponto de vista psicomotor, a educação para a saúde deve reportar-se à regularização dos horários de actividade e repouso, à importância de planear e realizar actividades ocupacionais e lúdicas nos períodos de maior energia, destacando a prática de exercício físico, sempre adaptado às condições do utente. O carácter patológico dos sintomas depressivos deve ser alvo de elucidação em consulta; podem usar-se como recursos de apoio fontes bibliográficas ou informáticas (internet). Paralelamente, importa promover a adesão ao regime terapêutico.

A entrevista de enfermagem, segundo os princípios da Relação de Ajuda, deve ter lugar com os objectivos de promover a autoconsciência para o processo de doença, definir estratégias de resolução de problemas, reduzir as crenças negativas e sentimentos de baixa auto-estima e culpabilidade. Ao longo do acompanhamento as metas a atingir devem ser ajustadas e realistas, sempre com a participação activa do utente. A convalescença do utente deve ser monitorizada e os seus avanços devem elogiados de forma oportuna e realistas.

As alterações do sono são muito frequentes nos episódios depressivos. Destacam-se entre a sintomatologia somática pelo seu potencial de comprometimento global do utente. As

alterações na qualidade e quantidade do sono, mais ou menos persistentes, determinam grande desgaste para os utentes e repercutem-se nas funções afectivas, cognitivas e comportamentais. Estas alterações estão associadas a humor mais irritável, dificuldades de atenção, concentração e memória, e redução da capacidade executivas com perda de rendimento, por ex., laboral ou escolar (Afonso, 2004). Todos os participantes relataram alterações da qualidade e/ou quantidade do sono, com predomínio de insónia. As categorias temáticas emergentes das narrativas dos participantes sobre o sono e repouso foram: insónia; sono perturbado e autocuidado para o sono.

A insónia, nas suas diversas formas, afectou a generalidade dos utentes entrevistados, em algum momento do episódio depressivo. Para alguns constituiu mesmo um dos sintomas depressivos mais problemáticos. Vejamos os relatos:

*“Dormia pr’ái três, duas a três horas, não dormia mais. Ouvia dar as horas todas...por cima tem a aldeia, o sino dá as horas, a gente conta tudo (...) depois andava chateada, andava com muitas dores de cabeça.” (F02)*

*“Ui!...P’ra aí 3 horas...eu ficava na cama nem...virava-me, virava-me, virava-me...e ficava horas e horas com os olhos abertos e ficava ali...dormia pr’ái duas, três, quatro horas, não dormia...” (F04)*

*“O meu sono tem sido um bocado perturbado. Mesmo em casa não dormia e já aqui com a medicação passo um bocado a noite... Durmo quê, uma horita, estou mais tempo acordada depois volto a adormecer. Não é aquele sono mesmo seguido.” (F05)*

Esta evidência é corroborada pela literatura. Segundo Afonso (2004) as perturbações do sono afectam cerca de 90% dos casos de depressão major. Este autor refere ainda que “é frequente surgir uma combinação de várias queixas ao mesmo tempo”, ou seja, a par da insónia também se observam alterações da qualidade do sono. Alguns dos participantes relatam o sono perturbado, por perda qualitativa, associado a preocupações persistentes sob a forma de pensamentos automáticos ou a proliferação de sonhos perturbadores:

*“Acordava, acordava... dormia pouco, acordava muitas vezes durante a noite, uma preocupação enorme, uma coisa mesmo... sempre a pensar na mesma situação e....: ‘Não sou capaz, e não sou capaz! E o que é que hei-de fazer?’ ” (M01)*

*“Mal! Só à base de medicamentos, se não, não durmo. (...) Depende da medicação e da quantidade da medicação! (...) O meu cérebro ‘tá sempre a trabalhar, ‘tá sempre a pensar.” (F09)*

*“É um sono superficial e cansativo, porque... como se estivesse a executar tarefas impossíveis, trabalho ou outras, e misturam-se muitas coisas, que é impossível, como se tivesse um objectivo a cumprir no sonho, como se tivesse que chegar àquele objectivo, então, ‘tou ali naquele massacre daquelas coisas e não consigo chegar a lado nenhum.” (F10)*

Os participantes do estudo relataram dois tipos de estratégias de autocuidado para a regularizam do padrão de sono: o uso de medicamentos hipnóticos; e a compensação do sono com períodos de sono diurno. De realçar que, entre os participantes, apenas um não estava medicado com hipnóticos, antes da admissão ao internamento, enquanto que alguns referiram que tomavam medicação para dormir há muito tempo. Seguem-se relatos dos participantes

sobre o uso de medicação hipnótica, alguns dos quais deixam perceber o carácter falível deste recurso na regularização do sono:

*“(...) dormia pr’aí duas, três, quatro horas não dormia...(...) Mesmo com os medicamentos...” (F04)*

*“Sim, mas não dormia. Ou a medicação era fraca de mais ou não era a indicada. Porque eu ia p’ra cama e não conseguia dormir.” (F05)*

*“(...) neste momento, não sei distinguir se a medicação ‘tá a fazer efeito ou não, ou se é próprio da depressão. Não consigo perceber realmente... (...) Mas em casa tentei várias, várias... várias maneiras para tentar encontrar uma solução.(...) Cinco e meia, seis horas da manhã, estou acordada. Optei por tomar a medicação um pouco mais tarde para ver se... mas, conclusão, podia-me deitar à meia-noite, uma, duas da manhã, aquela hora estou acordada. E depois sinto cansaço.” (F06)*

A necessidade de fazer períodos de sono diurno ou prolongar o sono pela manhã é referida pelos participantes. Esta condição surge como compensação da insónia ou sono perturbado, e ocorre como resposta natural do organismo (mediada ou não por medicação), ou como acção deliberada de autocuidado, como se pode constatar:

*“Durante o dia, por ex., eu estive duas semanas de baixa durante a tarde, apanhava-me no sossego, vinha p’ró sofá da sala, e calhava... acabava por adormecer ali no sofá da sala. (F05)*

*“De tarde, se me deitar durmo. (...) Porque a própria medicação dá sono. E durante o dia, se me deitar, durmo.” (F09)*

*(...) por ex., nos dias de folga, como não dormi aquele tempo todo, levanto-me,(...) Depois aí sou capaz de me deitar e, aí, já durmo depois umas... até à uma, duas da tarde, e levanto-me porque sei que tenho que me levantar porque não posso ficar a dormir a vida toda.” (F10)*

O recurso massivo a medicamentos ansiolíticos e hipnóticos está bem documentado na população portuguesa. Os profissionais da saúde mental e psiquiatria verificam, inúmeras vezes, que a gestão destes medicamentos é feita de forma errónea ou abusiva. A evidência de que o recurso a medicamentos hipnóticos não é suficiente, mormente, em casos de uso prolongado por efeito de tolerância, deixa margem de intervenção aos EESM na gestão das perturbações do sono. O ensino e as orientações de enfermagem destinadas a utentes depressivos com alterações do sono passam por aspectos como: cumprir horários regulares de sono; evitar o consumo de substâncias estimulantes, na segunda metade do dia (ex.:café ou chá); evitar situações de difícil gestão emocional ou geradoras de stresse próximo das horas de sono; evitar sestas diurnas prolongadas (até 20-30 min. apenas); realizar actividades simples que facilitem o sono, como a leitura; tomar banho quente próximo da hora de deitar; criar um ambiente tranquilo e relaxante no quarto; evitar permanecer na cama e realizar actividades simples se tiver dificuldade em adormecer (Afonso, 2004; Townsend, 2011).

Enquanto seres sexuados, os humanos têm na sexualidade uma necessidade básica da sua actividade vital. A sexualidade é inerente à personalidade de cada indivíduo e projecta-se sob a forma de ideias (desejos, crenças, juízos valorativos, etc.), e actividades individuais ou de

interacção diversas, contribuindo para o bem-estar físico e mental (Townsend, 2011). Junto dos participantes procuramos perceber eventuais alterações da resposta sexual associadas ao episódio depressivo. Nos testemunhos dos participantes, surgiu em evidência a categoria temática: sexualidade diminuída. O desejo parece ser a componente sexual afectada que determina a diminuição da actividade sexual, relatada pelos participantes:

*“Não sinto nada. Não consigo fazer relações com o meu marido. Simplesmente isso, não consigo. O meu corpo não deixa, já há muito tempo. E eu digo que tenho um homem muito corajoso, muito forte e que não é qualquer homem que suporta isto.” (F04)*

*“(...) eu estava sempre disponível. E agora, é: “Chega-te p’ra lá ou vai, vai dar uma volta...ou assim.”(...) a vida sexual que a gente costuma ter já não é a mesma coisa. Ele, até já dele, pensou que eu que até... diz ele: “Tu deves ter outra pessoa porque, se não queres nada comigo, deves ter outra pessoa.” E não é nada disso.” (F05)*

*“Não. Há um ano [período da doença] que não tenho nada. Não me diz nada.” (F09)*

Como fica patente, os participantes reconhecem dificuldades para manter actividade sexual regular e assumem que isso prejudica o bem-estar próprio e dos seus parceiros.

Estes achados são compatíveis com a literatura de referência. Segundo Townsend (2011) a depressão está entre os factores de diminuição do desejo sexual. Além disso, é também sabido que os medicamentos antidepressivos e ansiolíticos podem ter como efeito secundário a diminuição da libido (Townsend, 2011). Uma intervenção diferenciada por parte do EESM começa pela despistagem das alterações deste foro e pelo planeamento, em conjunto com o utente, de estratégias de gestão e resolução. A intervenção a este nível deve envolver o utente e o seu cônjuge/parceiro, e tem como primeiro objectivo o esclarecimento dos motivos que determinam a resposta sexual alterada. No trabalho de equipa multidisciplinar podem ser ponderadas alterações da medicação e outras intervenções terapêuticas que capacitem o utente e o seu parceiro a lidar melhor com esta problemática.



## **4. O SELF E O DESENVOLVIMENTO SOCIAL**

Ao longo do ciclo vital, na demanda de crescer em equilíbrio e desenvolver a sua natureza, o ser humano projecta-se numa rede de acções e interacções, mediadas por necessidades existenciais, afectivas e de auto-realização. Em primeiro plano, ele relaciona-se consigo próprio, desenvolvendo um autoconceito que lhe permite a todo o tempo ponderar a sua condição e agir em conformidade com necessidades internas ou externas. Enquanto ser espiritual, ele é dotado de um conjunto de crenças e significados que conferem sentido à vida. Nas relações familiares e sociais encontra espaço para suprir as necessidades de segurança, de afecto e pertença, e de auto-realização, numa dinâmica de trocas e actualizações constantes. Na luta constante pelo seu bem-estar o ser humano descobre no trabalho um meio de subsistência, própria e dos seus familiares, ao mesmo tempo que se afirma e conquista reconhecimento entre os seus pares.

A ocorrência de um episódio depressivo acarreta alterações que, de forma directa ou indirecta, afectam todas estas dimensões da vida de um ser humano, com prejuízo das suas capacidades para o autocuidado. Vamos agora tentar perceber que alterações são essas, a partir dos testemunhos dos participantes no estudo.

### **4.1. Autoconceito**

Não obstante o seu carácter gregário ou social, cada ser humano não pode nunca deixar de ser considerado na sua natureza individual, enquanto ser dotado de singularidade, dignidade e autonomia exclusivas. Por muito que possamos encarar um episódio depressivo sob a perspectiva semiológica, com grande utilidade prática e didáctica, ele constitui, holisticamente, um compromisso total da arquitectura da pessoa ou, em linguagem técnica, do “self”. Num episódio depressivo, as alterações do “self” podem ser constatadas pelo doente ou pelos que lhe são próximos. Na sua consciência crítica, o doente depressivo sente essa condição como uma mudança no autoconceito, que não é apenas estranha como também alheia à sua vontade. Dos testemunhos recolhidos apuraram-se categorias temáticas sobreponíveis aos componentes descritos no enquadramento teórico por Townsend (2011): a imagem corporal, a identidade pessoal e a auto-estima.

Nos quadros depressivos, podem surgir sensações de imagem corporal alterada, a qual está muitas das vezes associada à perda de peso e à negligência da aparência, mas estes não são requisitos indispensáveis, podendo aquelas resultar da percepção subjectiva do sujeito. Isto pode despoletar sentimentos de vergonha (Rojas, 2007; Townsend, 2011) Vejamos os relatos a este respeito:

*“Eu se olhar para o espelho, não tem nada a ver, não sou eu... não me consigo reconhecer.” (M01)*

*“Sentia-me assim envergonhada. Emagreci muitos quil... emagreci muito e... já vai p’ra minha cara, tinha assim uma cara diferente.” (F07)*

*“(...) é vergonhoso mas não faço depilação há meses;(...) É mesmo só tomar banho, vestir-me e sair de lá. Olhar p’ro espelho já não... puff.” (F10)*

A um outro nível pudemos constatar sentimentos de alteração da identidade pessoal, concretamente, de “consistência e expectativa do self” (Townsend, 2011), e também nas dimensões independente e interdependente (Neto, 2002). As afirmações dos participantes são inequívocas e fazem-se acompanhar de tristeza e angústia, no fundo, sofrimento psíquico:

*“E...repararam que eu não era a mesma pessoa.(...) de voltar, portanto...Acima de tudo, voltar a ser eu! Quando nós deixamos de acreditar em nós próprios e perdemos a auto-estima, nós, quer queiramos quer não, já nos alteramos, nós já mudamos.” (M01)*

*“(...) Não tenho nada a ver.(...) Levava tudo na minha frente e agora sinto-me uma pessoa parada. [labilidade emocional]. Ah... queria ficar boa. Queria voltar a ser a pessoa que era p’ra conseguir arranjar algum trabalho.” (F08)*

*“(...) neste momento, não sinto nada disso, parece que perdi a pessoa que era... não sei... sinto-me muito triste. Principalmente, por não me sentir eu! (...) Porque me impossibilita de ser a pessoa que eu sou! E... e é isso que me angustia ainda mais, é não conseguir...: “Onde é que está...onde é que está a minha pessoa?” (F10)*

Como referimos na primeira parte, Rojas (2007) designa estas alterações de identidade como ‘despersonalização’, no decurso do qual podem até surgir comportamentos em que o doente se sente estranho ou desligado da realidade. Foi o caso relatado por uma das participantes, que não encontrava fundamento real para os comportamentos que descreve:

*“(...) Ter de andar sempre com muito cuidado p’ra não fazer barulho, pousar os talheres muito devagarinho nas gavetas e o cuidado de fechar as gavetas devagar... não deixar que o microondas faça o barulho(...) Quando eu não tenho ninguém em casa, não...(...) Pronto, é tudo um conjunto de coisas que eu racionalmente consigo perceber que não são normais!” (F10)*

No âmbito do autoconceito, pudemos confirmar baixa auto-estima em todos os participantes, que surge entre os critérios de diagnóstico das classificações nosológicas e é reconhecida na literatura científica como característica da depressão (Afonso, 2004, Rojas, 2007, Townsend, 2011). Apresentam-se apenas alguns dos relatos:

*“Serei eu fraca?! Deve ser o caso, devo ser fraca e não conseguir. Deve ser o caso, devo ser fraca e não conseguir.(...) Eu não queria sentir isso. Não quero sentir pena. (F03)*

*“Eu não gosto de ser assim. Que no fundo eu sei que eu sou boa pessoa...eu sei.” (F04)*

*“(...) Não ...não tenho energia não tenho auto-estima, não tenho vontade.(...) Portanto, eu acho que é a perda da auto-confiança. (...) não me sinto com capacidade de...de...de dar um passo. Não acredito em nada! Não acredito em mim próprio, portanto.” (M01)*

*“Porque, não, não, não sei... perdi muito da minha conf... da minha confiança. (...) Muito em baixo. Até por eu não cuidar de mim, logo isso... E o facto de não me sentir confiante nas coisas que dantes me sentia. (...) Sinto-me tão inútil que...” (F10)*

A auto-estima assim diminuída faz-se acompanhar de sentimentos e ideias persistentes de auto-desvalorização e culpabilização, num quadro psicológico dominado por negativismo.

Como deixamos explícito no enquadramento teórico, e aqui fica bem patente, as alterações do autoconceito, com destaque para a auto-estima, em utentes depressivos, são muito relevantes e interferem na sua motivação e autodeterminação aos mais diferentes níveis, comprometendo as capacidades para o autocuidado. Daqui resultam diferentes graus de compromisso estrutural e funcional para os doentes, passíveis de avaliação e intervenção psicoterapêutica, no âmbito das competências dos EESM, quer no contexto de cuidados primários quer em regime hospitalar, parcial ou completo.

## **4.2. Interação Social e Solidão**

A pessoa é por excelência um ser de relação: consigo própria, com os seus, semelhantes, com a realidade irreduzível do mundo. Sem prejuízo da sua individualidade, a pessoa realiza-se, sobretudo, no encontro com o Outro, seja este um familiar ou um indivíduo da sua rede de relações sociais. Ao longo do ciclo vital, entre momentos de recolhimento e de interação equilibrados, a pessoa encontra a oportunidade para desenvolver a sua natureza individual e colectiva. Mas é sobretudo na convivência com os seus semelhantes que a pessoa encontra o terreno ideal para desabrochar e expandir a sua personalidade única. Ora, um episódio depressivo pode estar, muitas vezes, correlacionado com a solidão mas, mais do que isso, quando sobrevém, lança a pessoa irremediavelmente para essa condição. A relação dos episódios depressivos e a solidão ou fraco suporte social está bem documentada na literatura (Afonso,2004 ;Harrison et al, 2006; Rojas, 2007) e resulta, muitas vezes, numa lógica de causa-efeito bidireccional. A recolha de informação junto dos utentes depressivos permitiu confirmar dificuldades de interação social em todos eles. Alguns dos utentes atribuem estas dificuldades ao quadro depressivo ou reconhecem que este veio agravá-las significativamente. Dos testemunhos recolhidos emergiram como temáticas significativas: alterações da interação social (quantitativas e qualitativas), e solidão. Predominam as experiências que dão conta da interação social reduzida:

*“Não tenho vida social. Tenho dias, tenho dias que nunca venho à rua. Fico dias que ninguém me vê. Só saio p’ra ir ao hospital ou ao médico.” (F03)*

*“A minha vida social... não tenho vida social.(...) Afasto-me. Eu tenho a consciência que também... afasto-me das próprias pessoas, portanto. Não existe qualquer vida social, neste momento.” (M01)*

*“Eu acho que também é uma das coisas que me ‘tá a afectar, neste momento. É o não ter companhia p’ra sair. (...) apesar de eu não sair, agora com isto ainda pior.” (F06)*

Noutros testemunhos os participantes explicam constrangimentos na interacção social, que se traduzem em conflito ou evitamento da convivência com outras pessoas, determinados pela sintomatologia depressiva, por um lado, e pela sua apresentação debilitada que pode suscitar explicações inconvenientes, por outro. Estes achados são concordantes com a literatura de referência (Afonso, 2004; Rojas, 2007). Vejamos:

*“Teve uma fase muito difícil com uma amigas minhas ... eu chateei-me com elas mas a culpa foi minha...por tudo e por nada...fico muito triste... gostava de ser amiga delas outra vez. (...) eu quero tentar explicar o que eu sofro, o que...o que está dentro de mim. Mas às vezes não... as pessoas não querem ouvir. Eu fico muito triste com isso...muito triste.” (F04)*

*“(...) Portanto, as pessoas reconhecem que eu não estou bem. Eu também não estou com muita pachorra para estar com conversas, a explicar, e coisas... E opto sempre por este, por este...silêncio, chamemos-lhe assim. (M01)*

*“Vou mas não ‘tou confortável. Por isso é que também evito sair o máximo possível para não encontrar aquelas pessoas que não tenho uma relação mais próxima e que não tenho o à-vontade p’ra dizer como me sinto... (...) Portanto, eu evito ao máximo também ver as pessoas. (F10)*

Em geral, os utentes reconhecem na interacção social uma necessidade básica e até potencial terapêutico mas, devido à sintomatologia depressiva, assumem-se incapazes de corresponder ao nível comportamental. Incapazes de reagir e resignados ao seu humor depressivo, modelado pela tristeza, falta de vontade e completo desinteresse por tudo, remetem-se ao isolamento, à solidão. Mais do que uma situação transitória de dimensão física contextual, a solidão passa a ser um território psicológico de recolhimento, percebido num registo ambivalente, ora de segurança, ora de desamparo. Vejamos os relatos dos utentes sobre os seus sentimentos de solidão:

*“Só! Sinto-me muito só. Muito triste.” (F04)*

*“Não gosto de me ver com ninguém, não falo com ninguém, gosto de estar no meu cantinho, ali sossegadinha.” (F05)*

*“Sim... e talvez a solidão seja aqui um factor importante. (...) eu sinto que agrava um bocado a situação. Portanto, a solidão p’ra mim é destruidora.” (M01)*

*“Sim (sussurra).(...) Eu acho porque afasto muito as pessoas, também.(...) O que me dá a sensação que isto se prolonga, por estar cada vez mais só, cada vez mais isolada, cada vez mais...” (F10)*

Facilmente se depreende que a retracção social e a solidão tendem a prolongar-se sob a forma de “coping” não adaptativo, de sentido contrário às suas necessidades de interacção dos utentes, tanto mais pela condição depressiva. Embora esta situação se observe durante o internamento, com o decorrer do tempo muitos dos utentes depressivos internados tendem a

desenvolver processos de identificação e companheirismo, entre si ou com outros doentes, e com isso melhoram a sua interacção e, conseqüentemente, o humor depressivo. O ambiente demarcado do internamento, por si só, favorece inúmeros contactos em situações diversas. Os EESM podem não só facilitar esses contactos em momentos ocasionais no espaço de internamento como, sobretudo, planear sistematicamente actividades psicoterapêuticas em “setting” apropriado. Neste particular, sem prejuízo de intervenções individuais, o ensino e treino de competências sociais é especificamente indicado pelo recurso a actividades de grupo, que constituem oportunidades reais de promoção da interacção. As actividades podem e devem reportar a diversas temáticas da depressão, acrescentando conhecimentos sobre a doença e como lidar com ela, convidar à partilha de emoções ou ter carácter ocupacional, afastando o utente do seu mundo de negatividade. Sessões de relaxamento ou outras técnicas que favoreçam o bem-estar e o autocontrolo podem também ser muito úteis para estes utentes.

### **4.3. Interacção Familiar e Trabalho**

O meio familiar e o trabalho são, habitualmente, os dois grandes pólos da vida de qualquer indivíduo, daí que sejam agora considerados conjuntamente.

A família é por excelência o território de crescimento e desenvolvimento harmonioso do potencial da pessoa. É no seu seio que a pessoa aprende e adquire as primeiras funções que permitem a sua autonomia e autodeterminação ao longo da vida. É na família que encontra o sentido de pertença e os afectos básicos de que mais necessita. A ocorrência de um episódio depressivo tem efeitos imediatos sobre a estrutura e a dinâmica familiar. Da informação recolhida junto dos participantes emergiram como categorias temáticas a este respeito: incapacidade para papeis familiares, interacção familiar alterada e apoio familiar.

O humor depressivo e a inibição psicomotora condicionam a disponibilidade do doente para a interacção familiar. Por sua vez, os familiares não reconhecem o processo de doença que está em curso e, frequentemente, reagem com distanciamento, desvalorização dos comportamentos ou protestos. As interacções familiares degradam-se e surge conflitualidade, situação descrita na bibliografia consultada (OMS, 2001; Afonso, 2004; Gusmão et al, 2005). Os relatos dos utentes comprovam:

*“Depois tenho o meu marido, em vez de me ajudar não ajudava (...) E depois ainda me tratava m...coisa...que eu andava a ficar tola, que eu precisava de ir p’ró canil... (...) E prontos, depois começávamos a pegar um com o outro e ele...Era assim.” (F02)*

*“Sinto-a afastada [irmã]. Sinto que estamos afastadas.(...) acho que me está a por assim um pouco... não me está a dar a atenção que... E isso faz-me sentir... mal!(...) eu acho que estou assim a ser um pouco posta...(...) Talvez seja um pouco culpa minha, porque eu também me isolo. (F06)*

*“As que saíam mais afectadas era a compreensão com o meu companheiro. O meu filho... também é muito meu amigo, são os dois muito meus amigos. Mas, só que eu não... não sei, não os sabia compr... Não sei compreendê-los.(...) Mudou tudo. Mudou muito, muito mesmo. [chora]” (F08)*

As incapacidades do doente depressivo resultam em perda de autonomia obrigando os familiares ao papel de cuidadores, para o qual nem sempre estão preparados, quer pela indisponibilidade de tempo, quer pela falta de conhecimentos e recursos para o efeito. Daqui resulta sobrecarga e stresse familiar muito significativos, tanto mais agravados quanto existam já sinais e sintomas de cariz autodestrutivo. Estes achados são concordante com alguma da bibliografia consultada e apresentada na parte teórica (OMS 2005;Gusmão et al, 2005). Mas há também situações em que a consciência crítica dos doentes os leva a manter os familiares afastados do seu processo de doença com intuito de evitar essa sobrecarga. Os relatos atestam destas realidades:

*“Mas optei sempre por viver os meus problemas e, neste momento, pouca gente sabe que eu ‘tou aqui. E das poucas pessoas que sabem que eu ‘tou aqui nenhuma é da minha família.” (M01)*

*“Até mais por... o cuidado que eu tenho de não a [mãe] sobrecarregar com mais nenhum problema. Ela já tem problemas que chegue e que sobre com a minha irmã e com os meus sobrinhos e eu não, não...” (F10)*

Em termos práticos, um episódio depressivo determina alterações na interacção familiar que resultam da incapacidade que os utentes manifestam em manter as suas funções familiares. As incapacidades ao diversos níveis são reconhecidas na literatura, com destaque para a evidência documentada pela OMS (2001) e que outros autores enfatizam no seio familiar (Afonso, 2004;Gusmão et al, 2005). Verificamos que tais alterações podem ser de ordem funcional, pela negligência das tarefas e cuidados rotineiros inerentes aos papéis de cônjuge ou pai/mãe, ou de ordem afectiva quando não dedicam atenção e afecto aos familiares. Os utentes mostram-se conscientes disso e reconhecem-no:

*“Não estava, não estava a cumprir papel de mãe e de mulher. Eu estava a destruí-los (...) Eu chegava do trabalho enervada, muito stressada e não queria saber deles p’ra nada! P’ra mim eles...não sentia nada por eles, era um vazio, um vazio muito grande de mim p’ra eles.” (F04)*

*“Não tenho paciência p’ras crianças, não tenho paciência p’ro marido. Ele sente-se mesmo abandonado. (...) Eu só lhes dizia: ‘Olha, eu não tenho paciência. Arranja quem brinque contigo que eu não tenho paciência.’ E os miúdos até me respondiam: ‘Eu até tenho desgosto de ter uma mãe como tu!’(...)” (F05)*

*“(...) Não dou a devida atenção a eles [filhos], tudo que eles faz me irrita... Qualquer coisa que eles façam ao contrário eu bato-lhes.” (F09)*

As atitudes e reacções dos familiares face à depressão são, muitas vezes, depreciativas e fonte de perturbação das relações familiares. Elas resultam da falta de conhecimentos sobre a

depressão ou atitudes de estigmatização da doença mental (Gusmão et al, 2005). O comportamento do doente depressivo é interpretado pelos familiares, uma qualidade permanente, como uma escolha ou conveniência do mesmo, o que gera desentendimentos e eventual distanciamento, donde resulta maior sofrimento para o doente e perturbação da dinâmica familiar. Algumas das narrativas que o atestam:

*“A minha mãe, é uma pessoa mais antiga disse: ‘Olha, nós na nossa família nunca tivemos pessoas tolas.’ Eu disse: ‘Eu não sou tola mãe, estou doente da cabeça’.(...) Se quer compreender...acho que...não mostra que percebe. Ele [marido] diz que só ele é que trabalha, só ele é que trabalha, quer-se dizer, mas eu em casa também trabalho e trabalhei muito. Trabalhei muito... (F02)*

*“Em baixo, um pouco revoltados, porque dizem que sou eu que não... que não tenho força de vontade, que sou eu que não me quero por boa.(...) Eles... eles não compreendem. Não compreendem o que é isto. (...) Eles não compreendem o que é que a gente sente aqui dentro!” (F08)*

*“[silêncio] É assim, p’ra eles não é... sabem que eu estou assim doente mas não é ... pensam que é uma coisa... [reflete] Que não é preciso um médico, não sei explicar. (...) que é tudo da minha cabeça. (...) Pois, por isso é que recorri ao médico e...” (F09)*

Ao limite, este clima familiar de incompreensão e desamparo leva o utente depressivo a formas de “coping” ineficazes. Muitas vezes, este “coping” passa por assumir a possibilidade da morte como única via de resolução das suas dificuldades e para demonstrar aos seus familiares a realidade das suas incapacidades e o seu sofrimento insuportável. Vejamos:

*(...) eles pensam que era mentira, eles pensam que é mentira mas um dia vai ser...(...) Eles pensam que eu que não faço mas eu faço. (...) A morte. Sim. A morte.(...) (F02)*

*(...) Os meus familiares já estão prontos... pr’aquilo que está p’ra vir. Eles já foram informados! (...) À morte! Por isso, p’ra elas não vai ser um choque. (F03)*

Não obstante todo este quadro negativo, o valor da família e o suporte que ela confere são inquestionáveis e quase sempre reconhecidos pelos utentes depressivos. Afinal, são os familiares quem primeiro percebe que algo de errado se passa com o doente e, quase sempre, tomam a iniciativa de procurar ajuda e oferecem o apoio:

*“O meu marido? Calmo, muito calmo... Sabia que eu ‘tava com o problema. Ele sabia, sim, desde o princípio, que eu estava com um problema e ele dizia: ‘M... [utente] ‘tás doente!’” (F04)*

*“O marido, ás vezes, puxa por mim, vamos fazer isto, vamos fazer aquilo, vamos dar uma volta, vamos pr’aqui, vamos pr’acolá... Eu digo sempre que não. (...) Mas a mais velha [filha], pronto, já entende mais um bocado e diz p’ra eu... pr’a eu ter calma, p’ra eu ter paciência, fazer o que me mandam.” (F05)*

*“(...) o meu marido fazia-me companhia e a minha filha.(...) Eles preocupam-se comigo, não é?... preocupam-se. Quer que eu melhore... Estão sempre: “Ó mãe ‘tás boa? Anda p’ra frente.” (F07)*

São também os familiares que podem fazer a maior diferença no apoio e ajuda constantes que o curso e o tratamento da depressão exigem. Daí que devam a todo o tempo ser envolvidos na problemática depressiva dos utentes. Quando se verifica o internamento, além da informação sobre a convalescença do utente, que certamente solicitarão, os familiares devem ser objecto de ensino e orientação sobre os mais diversos aspectos que

enquadram um episódio depressivo e o seu tratamento. Os EESM ocupam um lugar privilegiado neste cenário e devem procurar envolver não apenas os familiares como também o utente, na medida das suas possibilidades e interesses.

No âmbito do trabalho, os episódios depressivos acarretam sérias incapacidades que estão na origem de problemáticas como o presentismo (perda de produtividade), absentismo prolongado e mesmo o desemprego. As dificuldades manifestadas pelos participantes a propósito da sua actividade laboral enquadram-se em todas estas problemáticas e estão em conformidade com os achados descritos na literatura (Gusmão et al, 2005). A análise do discurso dos participantes permitiu colocar em evidência duas categorias temáticas: incapacidade laboral e problemas laborais e de emprego.

Como demos conta, na parte teórica, desde os anos 90 do século XX que a OMS destacou a depressão como a doença que determina maior número de anos vividos com incapacidade (AVI), e provoca maior sobrecarga à escala mundial (Gusmão et al, 2005). Os utentes explicam as incapacidades que sentem no desempenho do seu trabalho:

*“(...) e perdia os sentidos e acabava por chamar a encarregada. Foi quando ela realmente disse: “Tu não estás bem! Tu vens pr’aqui p’ra fazer asneiras, não vale a pena. P’ra estares a dar prejuízo à empresa, estragas os trabalhos que ‘tás a fazer, é uns trabalhos delicados e não consegues fazer isso. Como é que tu estavas bem e, de repente, começaste a fazer isto?” Porque também prejudica muito a nossa actividade profissional.” (F05)*

*“(...) aí é onde eu tenho mais receio, é onde... me prejudica mais, é realmente no meu campo profissional.” (M01)*

*“Sentir que no trabalho não tenho o desempenho que deveria. Tudo isso me está a afectar.(...) causa-me muita ansiedade, porque já não consigo estar segura, firme e assertiva para dar resposta ao cliente.” (F10)*

No decurso destas incapacidades surgem como principais problemas laborais o absentismo e o desemprego, os quais podem representar sérios problemas de sustentabilidade económica para os utentes e assim agravar ainda mais e episódio depressivo.

*“(...) eu estive de baixa as duas semanas e ao chegar ao emprego na 3ª feira acabei por vir embora porque eu não, não conseguia.” (F05)*

*“(...) recorri ao fundo de desemprego... e de um momento p’ro outro, isto em Dezembro, sou informado que o fundo de desemprego me tinha cortado tudo (...)” (M01)*

*“(...) fiquei desempregada recentemente, e agora o emprego que tenho também não... não me dá o mesmo dinheiro que eu tinha antes e tenho uma dificuldade enorme em gerir as contas.(...)” (F10)*

Pela nossa experiência na assistência a utentes depressivos, ao longo dos anos, pudemos constatar que as dificuldades no trabalho ou mesmo a situação de desemprego estão, com frequência, associados ao aparecimento de quadros depressivos-ansiosos. No caso de uma das participantes é evidente a relação causal entre as condições de grande stresse

laboral e o desencadear do episódio depressivo, acompanhado de sintomatologia ansiosa e contornos traumáticos:

*“E a questão esteve... pressão, pressão dos directores sobre mim, que tinha que ficar lá muitas vezes a trabalhar, até tarde, onde as minhas colegas não colaboravam e saíam à hora e eu ficava a fazer aquilo que tinha, que me exigiam fazer. Pressionavam-me, fui muito pressionada.(...) Saída, ou despedir-me, ou eles resolverem qualquer coisa, se puderem mandar-me p’ro desemprego. Que eu lá não consigo trabalhar mais.” (F08)*

As intervenções de enfermagem com respeito a estas problemáticas laborais passarão por planear a relação de ajuda com recurso à técnica de resolução de problemas, para além de outras que visem o controlo da sintomatologia depressiva e favoreçam a auto-estima e autoconfiança dos utentes.

#### **4.4. Dimensões Espirituais**

A fé religiosa é um dos aspectos que domina a espiritualidade da cultura portuguesa, o que pudemos constatar junto dos participantes. Apenas uma participante se assumiu agnóstica, com os demais a professarem o catolicismo ou a crença numa força superior (de inspiração católica). Do discurso dos participantes surgiram como temáticas significativas: fé religiosa e perda de sentido existencial e angústia. Segundo Townsend (2011) a “religião” e o “sentido e propósito da vida” são duas dimensões das necessidades espirituais dos seres humanos, entre outras possíveis.

Alguns participantes assumiram, inclusivamente, que a sua recuperação é um desígnio de deus mais do que de si próprios, enquanto outros encaram a sua doença como uma prova a que deus os submeteu. De um modo geral, reconhecem que a sua participação nos rituais da igreja era reduzida ou nula, o que atribuem ao quadro depressivo:

*“(...) Eu deixei de ir à igreja...à missa! Gostava mesmo de ir à missa. Eu gostava de assistir à missa, parece que me sentia aliviada. Assim, um alívio... Agora, desde aí, nunca mais!” (F05)*

*“Acho que há algo superior que interf... que faz algo! E nestes momentos que eu passo, acho que são... é algo que não sei o quê...que nos põe à prova.” (F06)*

*“Ultimamente, não tenho ido à missa. Não tenho ido... não me sinto bem.” (F07)*

*“Eu, eu rezo sempre e peço a deus, sempre... que me ponha, que faça que eu seja a mesma mulher que eu era há dois anos atrás. É isso que eu queria ser. ‘Tá nas mãos dele, não está nas minhas.”*

Mas a manifestação da fé religiosa não é exclusivamente de carácter positivo. Os participantes deixam também perceber ambivalência, desilusão e revolta para com deus, na medida em que se sentem desprotegidos ou esquecidos, quando não mesmo eleitos para serem vítimas de grande sofrimento, situação que julgam não merecer:

*“Sim, revolto, revolto...com deus. Porque às vezes digo assim: ‘Se houvesse deus não me fazia sofrer tanto.’ (...) Ainda penso, cada vez é mais.(...) Não mereço, sr. dr., não merecia, não mereço...” (F02)*

*“E peço... e digo a deus: ‘Porque é que é...tem que ser desta maneira? Porquê?’ [labilidade emocional] Se sou eu que estou... se eu estou a passar isto, se eu fui má noutra vida... se é este o meu destino!?” (F03)*

*“Às vezes, revolta-me... Às vezes, revolta-me. Porque, às vezes, digo mesmo: ‘Isto não é verdade porque afinal... A minha fé é em vão, portanto... nada disto existe!’ Mas é mais pela parte da revolta que pelo desacreditar.” (M01)*

*“Eu penso que deus que se esqueceu de mim! (hesita) Que se... que se esqueceu. Mas com certeza ele não se esquece de ninguém! Esquece?! Mas quero acreditar que... quero acreditar.” (F07)*

Townsend (2011) refere-se a alguns investigadores que estabeleceram uma correlação positiva entre a afiliação religiosa e a recuperação de processos de doença ou a menor prevalência de doenças mentais, nomeadamente, a depressão. Um dos autores citados (Gartner, 1998), defendeu que a afiliação religiosa estava associada a menor taxa de suicídio e melhores resultados na recuperação de doenças mentais. Porém, outros autores atribuem este efeito positivo sobre a saúde e o bem-estar à forte coesão social que se observa no seio dos credos e, portanto, a participação regular dos rituais parece ser o factor mais importante. Deste modo, podem ser pertinentes intervenções de enfermagem no sentido de fortalecer a fé religiosa de acordo com as crenças pessoais de cada utente, sobretudo, pelo reforço da participação activa na doutrina e rituais religiosos. Isto pode passar pelo encaminhamento para os representantes religiosos das várias doutrinas, no caso do catolicismo, os padres. Mesmo na condição de internado, o utente pode ser aconselhado à participação nas cerimónias religiosas, que tradicionalmente acontecem em espaços apropriados, nos hospitais.

De acordo com Townsend (2011) “ter um propósito na vida dá a uma pessoa um sentimento de controlo e de que a vida vale a pena ser vivida”. Vivências carregadas de sentido existencial e a atribuição de significados à vida ajudam as pessoas a enfrentar os momentos adversos. Acontece que ao longo do ciclo vital os indivíduos são estimulados a questionar o sentido da sua vida, mormente, perante acontecimentos de vida difíceis ou perturbadores, como é o caso de um episódio depressivo. O quadro de sintomas depressivos, com preponderância aqui para as incapacidades decorrentes da abulia, a anedonia e do negativismo, transporta o doente depressivo para um cenário de ausência de sentido existencial e sentimentos de grande angústia, no qual também se pode observar sensações de fatalismo:

*“Não tenho motivação, não tenho nada que me prenda ao mundo! Inclusive, a minha neta que é a coisa que eu mais adoro!(...) A minha vida terminou.[silêncio] A minha vida...a minha vida não tem sentido!(...) Eu atraio... atraio tudo o que é mau p’ra mim.(...) É por isso que eu disse: ‘Nasci no dia treze! Um dia de pouca sorte!’(...) tudo o que é errado, tudo o que é mau... sou eu que pago, sou eu...” (F03)*

*“Por enquanto a minha vida não tem sentido. Acho que não tem sentido. Daqui por uns dias, sei lá, se o tratamento começar a fazer melhor, talvez eu pense doutra maneira. Neste momento, é isto que eu sinto! (F05)”*

*“Ontem e hoje, que é os dias piores desde que estou aqui, nada faz sentido! Só a existência do meu filho. Nada mais. (...) Acho que tudo dá errado. (silêncio) Acho que tudo dá errado p’ra mim!” (F06)*

A presença e o suporte emocional podem ser intervenções imediatas dos enfermeiros com vista a reduzir sentimentos de angústia e desespero. No enquadramento de uma relação de ajuda, com o objectivo de reforçar ou encontrar um sentido existencial para a vida do utente, a intervenção mais específica do EESM deve ser orientada pela exploração de significados pessoais e pela sua valorização.



## **5. REPRESENTAÇÕES, ATITUDES E COMPORTAMENTOS DE SAÚDE E DOENÇA**

À luz do modelo biopsicossocial, explicativo do binómio saúde-doença, Moreira e Melo (2005, p. 125) esclarecem que “as doenças mentais não são apenas consequência de factores orgânicos, mas reflectem o funcionamento dos indivíduos e a forma como eles organizam as suas experiências”, o que pressupõe as suas dimensões biológica, individual e social. A opção por uma metodologia qualitativa neste estudo está em consonância com aquele modelo. Segundo a perspectiva biopsicossocial, a assistência e tratamento no decurso das doenças deve partir da compreensão do quadro de referência do indivíduo, ou seja, a forma como este elabora e vivencia o *continuum* saúde-doença. É neste sentido que procuramos analisar as representações, atitudes e comportamentos manifestos nas narrativas dos participantes do estudo. Julgamos que este enquadramento compreensivo permitirá, então, perceber que características e modalidades da relação terapêutica melhor se adequam às reais necessidades dos utentes depressivos.

As narrativas dos participantes analisadas estão organizadas segundo as temáticas dominantes nelas expressas: representações sobre a saúde e a depressão; bem-estar e risco de vida; expectativas face à intervenção terapêutica; e dimensões do humor depressivo.

### **5.1. Representações Sobre a Saúde e a Depressão**

Até aos dias de hoje muitos investigadores formularam modelos e teorias explicativos dos comportamentos de saúde e doença, colocando em evidência factores individuais e socioculturais a eles associados. Sabemos hoje, que a experiência da doença e o modo como ela é defrontada envolve aspectos como crenças, expectativas, e comportamentos de carácter individual mas sempre passíveis de um enquadramento sociocultural específico. O conceito de representação foi desenvolvido na teoria das representações sociais da autoria de Moscovici. A representação consiste no conjunto de ideias e imagens organizadas a partir de um referencial cultural, que um indivíduo possui sobre determinado fenómeno (Vieira e Coutinho, 2008). A partir das suas representações o indivíduo elabora significados e lógicas de sentido que conferem sustentabilidade às suas acções.

Como refere Neto (2002, p. 202), “variações culturais nas crenças sobre a depressão e outras doenças têm implicações na saúde das pessoas à volta do mundo.” A compreensão das representações e seus aspectos permite perceber tendências no comportamento dos indivíduos e averiguar em que medida estes comportamentos se adequam à preservação da saúde ou à recuperação da doença. A partir desta lógica compreensiva, podem-se eleger as intervenções mais ajustadas à promoção das capacidades de autocuidado dos indivíduos. Deste modo, procuramos perceber que conhecimentos, atitudes e comportamentos manifestam os utentes depressivos relativamente ao seu episódio depressivo actual e, eventualmente, outros anteriores.

Quando questionamos os participantes acerca dos mais diversos aspectos sobre a sua doença – diagnóstico clínico, causas, efeitos, duração, gravidade e tratamento – constatamos que, de um modo geral, eles detêm conhecimentos limitados e, quase sempre, permeados pela incerteza. A falta de informação a par dos sintomas depressivos parecem contribuir para a predominância de atitudes de medo e receio face à doença e seu curso, por parte dos utentes. Das narrativas surgiram como temáticas significativas: estigma da doença mental; conhecimentos sobre a depressão; atitudes face à depressão.

Desde tempos imemoriais que a doença mental vem sendo objecto de estigmatização. Esta realidade foi bem estudada ao longo do século XX e está bem plasmada em obras de autores como Foucault e Goffman. Nas últimas décadas e na actualidade, as políticas de saúde mental elegem o combate ao estigma da doença mental como uma prioridade. Isto é prova de que o preconceito e o estereótipo persistem em prejuízo dos doentes e das suas redes de suporte e assistência. Muitas vezes, são os próprios doentes e os seus familiares (como vimos anteriormente) que manifestam atitudes de estigmatização da doença mental. Os testemunhos são reveladores:

*“(...) eu digo p’ra dizer que estou no São João [hospital], p’ra dizer que não estou aqui. Tenho medo que as pessoas...dar depois bocas, que eu que estou tola.(...) Mas há muita gente que não entende, pensa que é o hospital de malucos.[silêncio]” (F02)*

*“(...) Tinha uma ideia do hospital Júlio de Matos, o hospital dos malucos, e aquela coisa toda. Mas não, as pessoas são, são... são tratadas como verdadeiros humanos... e verdadeiros doentes.” (M01)*

*“É só que isto é tão difícil e, principalmente, é muito difícil de falar com, com as pessoas porque há muita gente... Não poder falar abertamente com as pessoas e dizer o... o que sinto porque, às vezes, é difícil perceber porquê.” (F10)*

O nível de conhecimentos e as habilidades intelectuais dos indivíduos estão entre os factores mais determinantes das suas capacidades para gerar respostas adequadas de autocuidado, sejam elas de manutenção da saúde ou de recuperação da doença. Com base neste ditame, foi nossa intenção perceber de que forma os conhecimentos dos utentes se ajustavam às suas necessidades de autocuidado decorrentes de um episódio depressivo. O

guião de entrevista incluía questões sobre a doença, como o diagnóstico clínico, as causas, a duração, a gravidade e o tratamento. Vamos agora fazer uma análise crítica das respostas e tentar perceber o alcance da informação que elas revelam.

Perante a questão “Sabe qual é a sua doença?” todos os utentes identificaram a sua doença como “depressão”. No entanto, quase todos revelaram dúvidas ou incerteza bem perceptíveis na forma como responderam:

*“[hesitante] Não...sim, não é depressão?!” (F02)*

*“Acho que foi depressão, acho. Não sei se foi se não foi, que ainda não falei co’a, co’a... co’a médica sobre isso, mas acho que foi isso.” (M01)*

*“É assim, segundo o meu médico de família, diz que já é uma depressão crónica. Agora daí, se tem outro nome, se não... não sei.” (F06)*

*“Dizem que é uma depressão, eu não sei. Não sei. É uma depressão. É o que o médico me diz.” (F08)*

Realçamos que duas das participantes referiram que a sua doença é de carácter crónico, mas não foram capazes de fazer uma aproximação estimativa de duração do episódio depressivo, nem das hipóteses de convalescença. O mesmo aconteceu com os demais participantes. Pela observação da mímica, durante as entrevistas, e o teor das respostas verbais, somos da opinião de que a hesitação e incerteza de alguns utentes encerram sentimentos de auto-desvalorização, como se o diagnóstico de depressão constituísse o rótulo preconceituoso que a doutrina psiquiátrica anti-estigma procura evitar, há muito tempo.

Entre os dez utentes entrevistados apenas dois assumiram que traços da sua personalidade (num caso obstinação e noutro introversão) contribuíam para a sua depressão mas, ainda assim, validaram à semelhança dos demais causalidade exógena, singular ou múltipla. As suas narrativas são compatíveis com o que defende a Teoria das Atribuições, que explica que os indivíduos assumem que na origem da sua condição de saúde/doença estão os seus comportamentos (auto-atribuições) ou os comportamentos de outros e/ou outras causas externas (atribuição externa) (Ogden, 1999). Acontecimentos vitais difíceis de ultrapassar ou vivências stressantes persistentes, foram apontadas pelos utentes na lógica causal dos episódios depressivos o que, até onde nos foi possível avaliar (problemáticas relatadas e informação clínica consultada) parece ajustado. As atribuições dos utentes, não tendo carácter objectivo e científico, estão em conformidade com factores etiológicos descritos para depressão nas teorias resumidas na parte teórica do estudo. Seguem-se relatos ilustrativos:

*“Porque o meu sofrimento, desde os meus 15 anos, desde que eu vim pr’ aqui [o continente], o meu sofrimento foi sempre a minha mãe. Não estar à beira dela (...)” (F04)*

*“Foi todo este conjunto de factores, foi, foi tudo um... um... despertar de sensações e emoções, eu ver que ia caminhar p’ra, pronto, a passos largos para não ter sustentabilidade nas minhas coisas, no meu espaço etc, não ter a viabilidade dos meus projectos, o que tinha investido já era irrecoverável portanto...e tudo isso despertou em mim a... (...) Ver-me na rua outra vez.” (M01)*

*“(...) eu sou uma pessoa que, se eu cismar com alguma coisa, enquanto eu não conseguir aquilo que quero fico uma pessoa muito impulsiva. (...) Uma espécie de ansiedades, ou... não sei como é que lhe chamam. Tudo poderá ser por causa disso, não sei, não sei...” (F05)*

*“[suspira, reflecte] A vida que levei até agora. Maus-tratos, tudo isso... os filhos. Falta de dinheiro, tudo isso.” (F09)*

*“Não faço ideia.(...) se isso poderá ser o acumular de... de várias situações às quais eu não consigo reagir... (...) Portanto, eu não exteriorizo muito, nem as coisas boas nem as coisas más. (...) a sensação não é de explodir é de implodir! Fica tudo cá dentro, tudo...” (F10)*

Uma vez questionados sobre a gravidade do seu episódio depressivo os utentes hesitam entre manifestar uma opinião fundamentada no referencial dos profissionais de saúde que os assistiram, sobretudo médicos, ou numa perspectiva pessoal subjectiva, independente ou por comparação com outros utentes. Deixam perceber dúvidas quanto aos juízos clínicos sobre a gravidade da sua doença, podendo isto dever-se à falta de esclarecimento objectivo por parte dos médicos ou aos défices cognitivos e volitivos próprios da sua condição. Na perspectiva pessoal, os utentes entrevistados declaram o seu episódio depressivo como grave e apontam como principais argumentos alguns dos efeitos mais prejudiciais da doença: a perda de identidade, as incapacidades que provoca, e o condicionamento de ideias e comportamentos suicidários. Vejamos:

*“É...eu não sou médica mas acho que p’ra mim...é.(...) É, eu acho que é. Porque esta cisma de me matar não é normal, não é!?” (F02)*

*“Não sei, sinceramente, não sei. (...) Sim, sim, sim. Porque eu quero reagir e não consigo!” (F06)*

*“Pode não ser p’ra muitos mas p’ra mim tem sido. Porque nunca mais saró. Tomo... A tomar medicamentos e nunca mais saró.” (F07)*

*“Eu acho que é grave, porque a pessoa não podendo ser a mesma que era acho que é grave. Não é?” (F08)*

As atitudes que os participantes manifestaram face à problemática depressiva estão em consonância com a percepção que têm da gravidade da sua doença. Tais atitudes envolvem reacções cognitivas e emocionais dominadas por medos ou receios relativamente aos sintomas depressivos e suas possíveis consequências. Na base dos maiores receios e medos dos utentes estão os efeitos com que justificaram, anteriormente, a gravidade da doença. Entre estes surgem destacadas as ideias e comportamentos suicidas, como se constata:

*“Que eu faça alguma asneira, depois... Tenho muito medo, tenho muito medo.” (F04)*

*“O que eu mais receio é que, às vezes, calhe de me dar outra vez, eu tenha outra falha. E que eu volte a fazer o mesmo.(...) Sei lá. A tomar qualquer coisa, que me volte outra vez ao mesmo, que me tente suicidar.” (F05)*

*“(...) o que eu tenho medo é de não conseguir evitar aquilo que eu pensava fazer no domingo. E é o que me faz estar aqui. [suspira] Acabar com a vida! (...)” (F06)*

*“Cometer alguma loucura! Matar-me a sério.” (F09)*

As intenções dos indivíduos podem-se prever com base nos pressupostos da Teoria da Motivação. Esta teoria explica que os comportamentos dependem da avaliação da ameaça (gravidade, vulnerabilidade e medo) e da avaliação do coping (ponderação das capacidades de lidar com a doença) (Ogden, 1999). Assim sendo, percebe-se pelas narrativas dos utentes que a percepção da gravidade da doença e os medos que dela decorrem se traduzem em comportamentos de impotência ou incapacidade para lidar com a doença eficazmente. A estes achados acresce o facto da falta de vontade ser um sintoma essencial da condição depressiva.

O tratamento da depressão foi outro tema em que os utentes manifestaram franco desconhecimento. Apenas um dos participantes demonstrou um conhecimento crítico sobre o tratamento, reconhecendo benefícios às modalidades farmacológica e psicoterapêutica (de grupo), com base na experiência vivida no primeiro episódio depressivo, anos antes. Uma outra doente mencionou o tratamento farmacológico, ao qual reconheceu benefícios, assumindo, porém, que esta modalidade pode ser insuficiente para uma recuperação definitiva. Esta evidência sugere que os utentes não têm uma participação activa e devidamente informada sobre as possibilidades de tratamento. Os conhecimentos reduzidos parecem também ser compatíveis com os baixos níveis de escolaridade dos participantes, muito embora, possam estar também condicionados pelas alterações cognitivas associadas ao episódio depressivo, entre elas a bradipsiquia, dificuldades de atenção e concentração e défices mnésicos (Afonso, 2004; Rojas, 2007; Townsend, 2011).

Na Teoria do autocuidado de Orem estão definidos três tipos de sistemas que caracterizam a dinâmica das interações enfermeiro-utente e regulam a capacidade do utente para o autocuidado: de “compensação total”, de “compensação parcial” e de “suporte educativo”. O sistema de suporte educativo pressupõe intervenções de enfermagem que visam a transmissão de conhecimentos e habilidades que promovem as capacidades de autocuidado (Dupas et al, 1994). Creemos que uma boa parte das intervenções de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica junto de utentes depressivos passam pelo suporte educativo, através de ensinamentos sobre os mais diversos aspectos relacionados com a doença e habilidades de coping. Com isso fomenta-se a integração compreensiva do processo de adoecer depressivo, ao mesmo tempo que se potenciam respostas adaptativas de autocuidado.

## **5.2. Bem-estar e Risco de Vida**

A razão principal para o tratamento dos utentes depressivos em regime de internamento completo reside nos sintomas ou comportamentos autodestrutivos que colocam

a sua vida em sério risco. No momento de admissão ao internamento, todos os participantes do estudo apresentavam manifestações autodestrutivas. Sete dos participantes apresentavam ideias de morte e/ou suicídio de carácter relevante e os restantes três apresentaram mesmo comportamentos suicidas. Em dois destes casos, as tentativas de suicídio aconteceram por intoxicação medicamentosa voluntária e num outro por afogamento no rio. Durante as entrevistas, os participantes foram, prudentemente, convidados a falar sobre estes sintomas e comportamentos. Das narrativas surgiram como categorias temáticas: vontade de viver diminuída, ideias e comportamentos suicidas. Pelo seu carácter nocivo para a saúde e bem-estar, optamos por enquadrar aqui os consumos abusivos de substâncias associados.

De acordo com Rojas (2007, p.38) o curso de um episódio depressivo tende a evoluir, com frequência, para ideias de morte e/ou suicidas. Num estágio ainda anterior, o doente depressivo vê-se encerrado num cenário de negatividade, onde a tristeza e inibição se fazem acompanhar de sentimentos de grande angústia, medo, exaustão e, no limite, desespero. Todo este sofrimento psíquico, impossível de materializar, leva o doente a descartar o valor e o sentido da vida, que passa a ser encarada como uma carga permanente e intolerável, que encontra a sua melhor ilustração no mito de Sísifo, da autoria de Camus. Na nossa prática corrente e com base na nomenclatura sistemática de enfermagem - CIPE - para esta condição é definido o juízo diagnóstico “vontade de viver diminuída”. Atentemos nos testemunhos:

*“Agora não tenho, perdi o interesse todo pela vida. Agora não, agora não... Agora nem que me venha uma bomba nem... não me interessava!” (F03)*

*“Olhe, o meu interesse pela vida de 0 a 10, se calhar, dava-lhe 2! Actualmente, isto se calhar, já p’ra ser simpático!” (M01)*

*“Quero, quero desaparecer, quero morrer, não ando aqui a fazer nada! ” [hesita] E o porquê... e o porquê que eu fico assim (...)” (F06)*

*“É a falta de viver, a falta de vontade de viver.(...) é uma sensação que, já, que não tenho vida!”(F10)*

Pela experiência da nossa prática com utentes depressivos podemos afiançar que entre a vontade de viver diminuída e as ideias e comportamentos suicidas existe, muitas das vezes, uma barreira muito ténue. Nos casos de tentativas de suicídio constata-se, com frequência, que à ocorrência perturbadora de ideias autodestrutivas se veio juntar algum estímulo ou acontecimento precipitante que desencadeou aqueles comportamentos. As narrativas dos participantes são muito esclarecidas quanto ao teor das suas ideias e comportamentos suicidas, ao ponto de alguns insistirem que a intenção suicida permanece como a via mais óbvia de resolução dos seus problemas. Vejamos:

*“O que eu planeava era: ‘Estou cheia disto...eu vou... eu vou acabar comigo!’ Já tentei me matar...já tentei, já... (...) Foi...viram que eu ia atirar-me ao rio. (...) se não for de uma maneira é de outra. Mato-me...” (F02)*

*"[suicídio] É uma coisa que está constantemente na minha ideia. Por mais que às vezes me queiram tirar a ideia, não me tiram. (...) Desta, eu acho que é três. Sim, sempre com comprimidos. [silêncio] É o que eu tenho mais em casa. Há outras formas mais... acho que é uma forma mais fácil de morrer!... e não sofrer!" (F03)*

*"(...) pensava, eu era assim: 'Eu qualquer dia vou dar cabo de mim ou vou fugir p'ra longe, p'ra ninguém dar... pr'a ninguém dar comigo, ou...ou... Qualquer dia deito-me de uma varanda abaixo.' Porque eu moro no terceiro piso.(...) E, e... mas pronto, naquela hora eu... vi os medicamentos à minha frente e não pensei em mais nada. Peguei nos comprimidos e tomei. (...). Ainda não estou em mim. Ainda alguma coisa me está a puxar p'ra... p'ra continuar com as ideias que eu tinha.(...) (F05)*

*"Não, magoar não. Porque magoar depois fazia doer. Mas... já pensei acabar com tudo. (...) Quando aconteceu foi quando eu fui ao hospital e disse: 'Dr.ª ajude-me porque eu ...dei por mim em cima da ponte D. Luís e, olha, não sei quanto tempo lá 'tive, se 'tive muito se 'tive pouco.' E, será difícil, será fácil? (...) Se calhar foi uma falta ou de coragem ou se calhar não foi tão forte. Assustou-me." (M01)*

*"E a minha ideia era, como já fiz anteriormente, tentativas de suicídio com medicação - não resultou porque o meu organismo rejeitou - a minha ideia era ir p'ra uma ponte, p'ra uma estação de comboios, p'ra me meter debaixo de um comboio, atirar-me abaixo de uma ponte, qualquer coisa assim." (F06)*

*"(...) cada vez me passa mais pela cabeça, olho muitas vezes p'ra linha do metro a pensar: "Será que se eu caísse ali aquilo doía muito?" Também uma coisa que me assusta na morte é a dor, o sofrimento! Se a morte acontecesse assim, tipo desligar um botão, aí... não sei se já não o teria feito!" (F10)*

Salientamos que ao perspectivar o suicídio como desfecho, os utentes têm como preocupação uma condição apenas - a de que a sua morte não lhes traga ainda mais sofrimento! Por aqui se percebe que os utentes depressivos procuram no suicídio, acima de tudo, a libertação de um sofrimento psíquico insuportável, desesperante, ao qual se rendem em auto-proclamação da sua derrota perante a vida. Algumas narrativas dos utentes parecem sugerir que o suicídio, mais do que uma escolha consciente e deliberada, é uma condição que se impõe como se de um automatismo se tratasse, despoletado pela persistência de ideias perturbadoras numa vivência dominada pela dor mental. Importa realçar, portanto, que três dos utentes entrevistados procuraram ajuda de forma autónoma, conscientes da gravidade da sua sintomatologia, com a qual não se sentiam capazes de lidar.

Os episódios depressivos são reconhecidos como a principal causa do suicídio. A partir de constantes investigações e monitorização epidemiológica à escala global, a OMS (2001) realça esta relação e reconhece no suicídio uma consequência trágica mas evitável dos episódios depressivos. Rojas (2007) defende, inclusivamente, que a decisão suicida pode ser considerada um sintoma patognomónico da depressão. Não obstante o valor psicopatológico das outras manifestações da doença, as ideias e os comportamentos suicidas constituem os sinais mais gravosos e requerem atenção máxima e imediata por parte dos profissionais.

No contexto de internamento, estes sintomas e comportamentos resultam em enormes responsabilidades para os enfermeiros, uma vez que lhes compete assegurar a todo o tempo a segurança dos utentes. Se um episódio depressivo agrava dez vezes mais o risco de suicídio,

não é menos significativo que entre os utentes alguma vez internados cerca de 15 % vêm a cometer suicídio (Harrison, et al 2006). Antes de mais nada, é de primordial importância assegurar um ambiente seguro, isento de recursos que facilitem comportamentos suicidas. A supervisão dos comportamentos deve ser contínua. Perante o utente com ideação suicida, o EESM procurará estabelecer um contrato terapêutico (verbal ou até escrito). Neste contrato o utente compromete-se a evitar comportamentos autodestrutivos ou a procurar a ajuda dos profissionais sempre que sentir propensão suicida (Townsend, 2011). Ao enfermeiro compete demonstrar inteira disponibilidade e suporte emocional. A avaliação da rede de suporte e a sua promoção são outras intervenções muito importantes a este nível. Esta questão assume ainda maior relevância se a assistência é feita em regime parcial de internamento ou no contexto dos cuidados de saúde primários. Rojas (2007) alerta que os momentos de maior risco autodestrutivo estão no início e final de um episódio depressivo, uma vez que o doente não se encontra completamente dominado pela doença e conserva ainda energia para colocar em prática um eventual plano suicida.

De menor valor mas, ainda assim, não negligenciáveis são os consumos abusivos de substâncias que, frequentemente, ocorrem associados aos quadros depressivos, e não poucas vezes os encobrem. Surgem como estratégias desajustadas de lidar com a doença pois representam riscos acrescidos para a saúde. Apesar do número de participantes do estudo ser reduzido, foi possível identificar em três deles consumos abusivos associados ao episódio depressivo. Nestes três casos, as utentes assumiram que o episódio depressivo agravava o consumo de tabaco. Num deles, a par do consumo de tabaco agravado, a utente referiu ter iniciado consumos de álcool como forma de controlar os sintomas depressivos, concretamente, a tristeza e a abulia.

*“Tenho mais tendência a fumar. E o facto de hoje ‘tar a ficar sem tabaco, e não saber se ia ter visitas, já estava a começar a entrar em stresse.” (F06)*

*“[consumo de álcool] Porque era a única maneira de me ver alegre, de me ver feliz, de ter motivação p’ra... p’ra andar, p’ra fazer... fosse o que fosse.”*

*“Interfere, fumo mais.(...) De andar nervosa, de andar sss...stressada... Não sei explicar.” (F09)*

*“Sim bastante, agora.(...) num sítio onde possa fumar sou capaz de fumar um cigarro de dois em dois minutos, acaba um, fumo outro.” (F10)*

Estes achados estão de acordo com o que refere Gusmão et al (2005) quando afirma que os utentes depressivos consomem mais tabaco e bebem mais álcool. O consumo de substâncias - álcool, tabaco, medicamentos ou drogas - relacionado com a depressão é reconhecido na literatura científica, onde também se explica que estas funcionam como recursos para alívio dos sintomas depressivos ou o sofrimento mental (Afonso, 2004). As

intervenções a este nível têm como objectivos o controlo ou a abstinência dos consumos e dependerão sempre da vontade expressa do utente.

### 5.3. Expectativas Face à Intervenção Terapêutica

O modelo da cognição social, desenvolvido inicialmente por Bandura, sugere que expectativas, incentivos e cognições sociais estão na base dos comportamentos. Este modelo enfoca o indivíduo no contexto social para explicar que as suas crenças têm uma dimensão normativa. Segundo o modelo, as expectativas são de três níveis: relativas à situação, relativas aos resultados; e relativas à auto-eficácia (Ogden, 1999). Anteriormente, pudemos já observar que os utentes assumem atitudes de medo face à sua situação de doença. No contexto do seu episódio depressivo, vamos agora tentar perceber que expectativas manifestam em relação aos resultados do tratamento e à auto-eficácia. A análise das narrativas dos participantes permitiram eleger como categorias temáticas: expectativas de tratamento, capacidades de coping e adesão ao regime terapêutico.

Relativamente ao tratamento, as expectativas dos participantes foram expressas nos relatos que se seguem:

*“Eu gostava que o dr. me fizesse um tratamento em condições p’ra eu...[suspira] esquecer isto tudo! Um tratamento que, depois, um dia em que viesse, que saísse à rua, arranjava-me em condições, prontos...com um sorriso na cara, como em antes sempre a rir-me.” (F03)*

*“Que há pessoas que com o tratamento conseguem superar. Não é em dois dias ou três que se vai conseguir, não é?... fazer isso, mas... quem sabe, com a ajuda dos médicos e coisa eu consiga superar.(...) É isso que eu espero p’ra mim.” (F05)*

*“É curar-me, porque tenho dois filhos pequenos e eles precisam de mim.(...) Não sei. [silêncio] Arranjar um trabalho, ocupar-me com alguma coisa.” (F09)*

*“Eu tenho a esperança de, agora com algum tratamento, voltar a... a, pronto, voltar a ser a pessoa que era, a ter a energia que tinha, a vontade que tinha, apesar de saber que cada vez é mais difícil. (...) E sei que há a possibilidade de me tratar, de me curar, e é isso que eu quero fazer.” (F10)*

Numa primeira análise é notório, como seria previsível, que as expectativas em relação ao tratamento se focam na possibilidade da cura da sua doença. Ora, na assumpção de crenças normativas próprias do seu contexto sociocultural (ocidental), assumem que a via da cura consiste, fundamentalmente, na assistência médica. Para si próprios, os utentes assumem apenas o dever de colaborar com aqueles que estão mandatados socialmente como detentores do poder de tratar e curar, cuja imagem mais representativa é a do médico.

Quando foram questionados sobre a sua capacidade para lidar com a sua doença, os participantes assumiram vulnerabilidades e incapacidades associadas à mesma, o que os leva a

reconhecer que ficam na dependência de cuidadores formais (técnicos de saúde) ou informais (familiares):

*“Eu acho que não posso fazer nada, tá na mão dos médicos. Eu faço o que eles me mandam.(...) Às vezes, engano-me. De vez em quando engano-me. Quando ando mais... nervosa engano-me. (...)tá lá uma lista no frigorífico com... com, p’ra eu não me enganar.” (F03)*

*“Porque eu tinha a minha sogra que me acompanhava. Eu não podia ficar sozinha, não podia, de maneira alguma.(...) Sim, sim, precisava sempre.” (F04)*

*“[tratamento no domicílio] Sim, fazia-o por mim. Eu neste momento, eu neste momento, não tenho forças mesmo p’ra... p’ra seguir com a minha vida p’rá frente. As enfermeiras perguntam-me se está tudo bem, se tá tudo bem, eu digo sempre que sim mas a minha cabeça diz o contrário.(...) Tou a fazer o que as enfermeiras mandam, tento ser educada c’as pessoas, tento... ter forças. Só que a gente, às vezes, não... consegue ter forças.” (F05)*

*“Batalhar por ter outra vez a minha vida direita (...) E sei que há a possibilidade de me tratar, de me curar, e é isso que eu quero fazer. (...) Estou aqui p’ra tentar que me ajudem. Ao menos a ter um bocadinho de mim que me faça continuar a... caminhar. [murmura]” (F10)*

Os achados são compatíveis com a bibliografia, e confirmam os episódios depressivos como condição patológica muito incapacitante (OMS, 2001; Gusmão et al, 2005; Rojas, 2007).

As estratégias para lidar com a doença referem-se, quase exclusivamente, ao tratamento farmacológico. Alguns utentes reconheceram como desejável um maior envolvimento social e a prática de actividades lúdicas, desportivas ou até ocupacionais. Porém, acabavam por admitir que, no momento em que se encontravam, não tinham energia e ou motivação para realizar tais actividades. Portanto, genericamente os utentes revelaram um “locus de controlo” externo, ou seja, consideraram que o controlo da sua doença dependia, em primeira instância, da intervenção externa dos profissionais de saúde. A informação recolhida não permite perceber se o locus de controlo externo se fica a dever à passividade e negativismo característicos da depressão ou se decorre de um traço da personalidade. Admitimos, porém, que no quadro de um episódio depressivo os utentes sejam condicionados a um locus de controlo externo, partindo do pressuposto de que assumem estar vulneráveis e incapazes de controlar o rumo das suas vidas.

Ainda assim, quando questionados sobre a necessidade de ajuda para o tratamento farmacológico, no domicílio, oito dos participantes referiram que conservaram sempre a capacidade de o fazer com autonomia e apenas dois assumiram que estiveram, em algum período, na dependência dos familiares para esse efeito.

Na parte teórica do estudo documentamos com várias fontes bibliográficas as dificuldades dos doentes na adesão ao tratamento e as suas consequências (OMS, 2001; Afonso, 2004; Rojas 2007; APA 2010). Á escala global, a OMS (2001) estima que pouco mais de 50% dos doentes depressivos adiram ao tratamento farmacológico. Quando comparados com doentes não depressivos, a probabilidade de adesão ao tratamento é três vezes inferior.

Segundo Afonso (2004), as falhas na adesão terapêutica ficam a dever-se a múltiplos factores. Os principais têm que haver com: as incapacidades cognitivas e funcionais associadas à doença; aspectos do tratamento como a sua complexidade e longa duração, os efeitos secundários da medicação e os custos económicos inerentes; e a interrupção do tratamento antecipada pelo próprio doente na fase de estabilização, pela percepção errada de estar recuperado e pelo alívio de custos e exigências do regime terapêutico (APA, 2010). Nas suas narrativas, os participantes reconhecem dificuldades e desajustes na gestão do regime terapêutico, em linha de conta com aquilo que ficou acima descrito:

*“Eu na vez de ir à consulta, não fui. Fui trabalhar. Só que não pensava eu que não ia conseguir. As mulheres disseram logo “Tu, tu a tomares a medicação que estás a tomar e vens trabalhar? Não podes, não podias. Não podias, não vinhas!” (F05)*

*“(…) Tive algumas falhas! Tive algumas falhas...(…) Por vezes, também via que não estava... tomava e que morria e que não queria tomar! Outras vezes, que não... que não estava a fazer nada, que não queria tomar.” (F07)*

*“Achei que já estava bem... deixei de tomar a medicação. Fui a uma consulta depois disso... depois não fui mais. Achei que não era preciso. Só ia lá ao médico p’ra ele me passar receitas!” (F09)*

*“Eu fiquei de baixa uma semana, fui trabalhar e deixei de tomar os comprimidos...(…) já na sequência da... da última situação... tinha paroxetina em casa, que era o que tomava. E voltei a tomar. (...) Ao fim de um mês e tal, (...) não, não senti grandes melhoras e fui a primeira vez à urgência.” (F10)*

Observa-se que os participantes têm consciência crítica sobre o seu incumprimento terapêutico, no tratamento actual ou em situações anteriores. Isto é tanto mais evidente na sua atitude de valorização do momento presente, quanto terem declarado que estão comprometidos a cumprir com rigor o tratamento. Os enfermeiros podem ter um papel essencial na promoção da adesão ao regime terapêutico. Tomando em consideração as orientações da OMS (2001) e da APA (2010), os EESM podem fomentar relações terapêuticas de confiança, realizar intervenções de ensino sobre o regime terapêutico dirigidas aos utentes e seus familiares, bem como, realizar intervenções psicoterapêuticas que potenciem a adesão ao tratamento. O modelo cognitivo de crenças de saúde defende que os comportamentos de saúde derivam sobretudo da ponderação racional sobre conhecimentos individuais, relegando para segundo plano as influências do contexto social (Ogden, 1999). O interesse deste modelo aqui reside no facto de defender que a partir das principais crenças dos indivíduos é possível perceber a probabilidade de apresentarem comportamentos de adesão ao tratamento e recuperação da doença. Nas suas intervenções, os EESM devem apreciar em que medida as crenças dos utentes predizem uma boa adesão ao tratamento e promover a adopção de crenças realistas e culturalmente ajustadas, que fomentem essa adesão.

## 5.4. Dimensões do Humor Depressivo

O humor pode ser definido como a tonalidade emocional constante de cada ser humano, com influência determinante na forma como ele experiencia e se relaciona consigo próprio e o mundo. Assim sendo, constitui-se como uma função primária.

Como assinalamos anteriormente, os episódios depressivos são complexos e a sua apresentação clínica assume formas diversas, que implicam sempre a alteração do humor. (CID-10, 2008; Harrison et al, 2006; Rojas, 2007). O próprio conceito de depressão assume vários sentidos, um dos quais se reporta a uma alteração do humor (Rojas, 2007; Townsend, 2011). Um episódio depressivo, enquanto entidade patológica complexa pressupõe que o humor depressivo se faça acompanhar de um continuum de sinais e sintomas de carácter afectivo, psicológico, cognitivo e somático e comportamental (Gusmão, 2005). Entre os critérios de diagnóstico clínico o humor depressivo é um dos essenciais.

Um dos aspectos fundamentais da prática de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica consiste na avaliação psicopatológica do utente com o objectivo de eleger focos de atenção e perceber quais as suas alterações. É com base nessa avaliação que se formulam juízos e se elabora o plano de intervenções de enfermagem que melhor se ajustam às necessidades efectivas do doente.

No enquadramento lógico do estudo, procuramos perceber que dimensões do humor depressivo e outros sintomas depressivos contíguos emergiram da análise das narrativas dos participantes. Apresentamos os achados principais em seguida.

Após consulta de literatura anteriormente citada, consideramos como manifestações ou equivalentes do humor depressivo sentimentos de tristeza profunda com ou sem choro, desespero, sentimentos de vazio emocional ou niilismo, embotamento afectivo (ausência de reacção afectiva), apatia e isolamento. Entre os sintomas mais relatados pelos participantes do estudo estão os que se associam ao humor depressivo ou coexistem numa relação de continuidade. Destacam-se, portanto, a tristeza depressiva, o afecto embotado e o isolamento a par da abulia e a anedonia, como se pode perceber nos excertos:

*“Não sinto prazer na minha vida...não sinto. Não ... não sou...neste momento não sinto nada. Estou mesmo com uma tristeza mesmo profunda (...) Eu sinto esse vazio e às vezes...porque é que eu sinto assim...porquê?” (F04)*

*“Eu chegava-me a fechar dentro dos armários p’ra eles não dar comigo. Imagine como eu estava. Mesmo isolamento, eu se tivesse um buraco eu acho que me enfiava lá debaixo.” (F05)*

*“Não tinha vontade, não tinha vontade. Não tinha vontade de fazer as coisas em casa, nem nada. Eu... fazia por fazer mas não era capaz de... de sentir interesse.” (F07)*

*“(...) sinto uma tristeza, não sei porquê. Mas uma tristeza muito grande dentro de mim. Não, não sei como... que isto se apoderou de mim. E não tenho alegria de viver. Porque isto é um sofrimento*

*muito grande que nós temos dentro de nós. Mas há pessoas que não imaginam. [silêncio] Que adorava-os, e agora a mim não me dizem nada! Perdi... o amor até aos bichos.” (F08)*

Mas nem sempre a sintomatologia afectiva dos episódios depressivos se resume a tristeza, embotamento ou apatia. Em alguns casos, os utentes manifestam grande irritabilidade ou impaciência, podendo mesmo apresentar comportamentos agressivos e encolerizados (Afonso, 2004). Um outro sintoma muito frequente nos episódios depressivos é a ansiedade, a qual pode gerar dificuldades diagnósticas (Peralta & Cuesta, 2002; Afonso, 2004; Rojas, 2007). A ansiedade marcada tende a gerar queixas somáticas como palpitações, aperto no peito, tremores ou suores (Afonso, 2004). Os relatos são elucidativos:

*“(…) se eu me enervasse com qualquer coisa já sentia um pânico. Logo, logo...(…) Eu às vezes quando digo alguma coisa, eu expludo. Digo coisas, às vezes, que pode até magoar as pessoas.” (F04)*

*“Provavelmente, eu só não batia no marido porque ele tem braços p’ra mim senão... até ele levava! (...) Fico mesmo muito irritada. Mesmo a pontos de sumir, mesmo...(…) Eu ao passar a ferro, alguma coisa me dava eu... espetava com o ferro no chão, partia-o!” (F05)*

*“Fora daqui, sempre nervosa, ansiosa. (...) Pressionavam-me, fui muito pressionada. Por isso, quando isto aconteceu, eu fui com uma crise de ansiedade pr’o hospital (...)” (F08)*

*“Só que... estando assim irrita-me qualquer coisa, não tenho paciência... p’ra nada! Não admito que ninguém me diga nada!” (F09)*

*“Causa-me imensa ansiedade. Só o facto de já ter que ir p’ra lá já vou com as pernas a tremer. Aliás, as pernas a tremer já tenho sempre, desde que me levanto até... até, sei lá... Eu é raro as alturas do dia em que estou serena.” (F10)*

Os episódios depressivos incluem, habitualmente, sintomas somáticos que Afonso (2004, p.48) considera como uma “‘linguagem corporal’ para expressar o sofrimento psíquico”. Além da falta de energia e fadiga fácil, anteriormente referidas, verificam-se com maior frequência dores no aparelho músculo-esquelético, cefaleias e alterações gastro-intestinais. (OMS, 2001; Vaz Serra coord., 2003, Afonso, 2004) A predominância de sintomas somáticos pode encobrir o quadro depressivo (Gonçalves & Fagulha, 2004). No contexto da nossa prática, são muitas as vezes que os utentes referem cefaleias e solicitam medicação analgésica. Alguns dos relatos ilustrativos:

*“Sim, era dia e noite, esta dor de cabeça. [silêncio] Que eu só queria silêncio, não queria ouvir barulho nenhum...” (F02)*

*“Muitas dores na cabeça. Como ainda agora, se ouvir barulhos mais fortes, como ainda agora este aqui da porta, apanha-me aqui assim esta parte [aponta o frontal] (F05)*

*“Sinto muitas dores musculares. Nos ombros. O maior problema, deve ser os nervos retraídos, o sistema nervoso.” (F08)*

*“Dores no corpo, quando me deito. Não consigo dormir por causa de dores no corpo. Nas pernas e nos braços.” (F09)*

*“Diarreias e, às vezes, a obstipação, as dores menstruais muito mais dolorosas. E... os tremores, principalmente, falta de firmeza nas pernas. Os suores nocturnos.” (F10)*

Na continuidade do humor depressivo apuramos também alterações cognitivas e negativismo. O discurso dos utentes depressivos tende a ser dominado por temáticas negativas, em boa medida dirigidas ao próprio ego. Observam-se ideias de auto-desvalorização e culpabilidade, muitas vezes irrazoáveis e desajustadas. O curso do pensamento costuma estar lentificado (bradipsiquia). Pensamentos automáticos sobre eventos ou circunstâncias da vida do utente podem tornar-se ruminativos. A par do enorme sofrimento psíquico surgem as ideias de morte ou suicídio, de que já falamos. De um ponto de vista funcional, as alterações cognitivas são as dificuldades mnésicas (memória imediata), de atenção e concentração. A perda de capacidade associativa também se verifica com conseqüente redução do desempenho intelectual. Todas estas alterações comprometem a comunicação dos utentes, que pode estar reduzida ou empobrecida. (Afonso 2004; Rojas, 2007; Tonwsend, 2011).

*“Teve uma fase em que eu pensava que a minha mãe ‘tava morta. (...) às vezes só penso em sangue, às vezes, de repente... tou assim a olhar, começo a pensar em mortes, em mortes, em mortes.” (F04)*

*“(...) e ponho-me p’ra ali a devorar livros... saio de lá já nem sei o que é que li!(...) Falta de raciocínio, a...[pausa] (M01)*

*“Eu, às vezes, punha-me a pensar: ‘Fui eu que fiz isto? Fui eu que fiz isto, fui eu que fiz aquilo?’. Eu não tinha a noção, das coisas que fazia.” (F05)*

*“Dizia que... que ia morrer, que ia morrer. Ou que ia acontecer alguma coisa de mal com a minha filha. Tudo me mete preocupaç... tudo me preocupa! Tudo me preocupa! (...) eu penso em tanto que nem, por vezes, nem... Acabo por nem pensar em nada!” (F07)*

*“Acho que, neste momento, estou mais esquecida agora do que estava dantes.” (F08)*

*“Depois começa-me aqueles pensamentos todos aqui em... remoinho, cismar nisso, e não ter... não saber como... como sair deles, ou como sair da situação.” (F10)*

Gostaríamos de deixar aqui patente que as alterações cognitivas expressas nas narrativas dos utentes, a par das constatadas por observação directa durante as entrevistas, não foram motivo de dificuldades acrescidas na recolha da informação. A todo o tempo, tivemos o cuidado de ajustar a cadência das questões aos tempos de resposta dos utentes. Por vezes, houve necessidade de repetir ou reformular as questões para adequá-las ao nível intelectual dos utentes ou devido a dificuldades de atenção e concentração. Sem ignorar os efeitos dos demais sintomas depressivos na capacidade de comunicação dos participantes, estamos em condições de assegurar que nenhuma das alterações de carácter afectivo, psicológico e comportamental observadas e registadas no estudo interferiram significativamente ao ponto de colocarem em causa a validade da informação recolhida. Sem excepção, consideramos que a disponibilidade e a cooperação de todos os utentes entrevistados foi excepcional. Este facto é ainda mais louvável se tivermos em linha de conta o sofrimento e os défices inerentes à vivência depressiva destes utentes.

## 6. CONCLUSÃO

A realidade epidemiológica sobre a depressão deixa perceber muito bem o impacto avassalador desta patologia, não só nas últimas décadas como pela projecção que permite estabelecer para futuro. A OMS vem realçando em vários documentos que os transtornos depressivos se destacam como uma das principais causas de incapacidade e de carga patológica e, como tal, projectam-se como uma problemática de saúde pública à escala global. Os transtornos depressivos constituem-se como uma das experiências de doença mais desgastantes e afectam a globalidade da vida da pessoa, projectando-se para além da esfera individual aos níveis familiar e socioeconómico. Destacam-se, de resto, como a principal causa de suicídio. Com a apresentação dos conhecimentos teóricos e empíricos reunidos neste estudo julgamos dar um testemunho real do impacto da depressão na vida das pessoas, concretamente, das incapacidades que determinam para o autocuidado.

O estudo de investigação qualitativa que agora finalizamos teve como principal propósito apurar as alterações do autocuidado manifestadas por utentes com episódios depressivos, a partir das narrativas de dez participantes, a cumprir tratamento em regime de internamento completo no HML-EPE.

Como qualquer outro estudo de investigação, também este observou o cumprimento de etapas essenciais, organizadas em duas partes principais: o enquadramento teórico e o estudo empírico. Na primeira parte, apresentam-se conteúdos que se constituem como quadro conceptual de referência e suporte à da investigação. Para tal recorremos a bibliografia diversa, que foi devidamente integrada como fundamentação. Na segunda parte, incluímos a descrição de todos os procedimentos metodológicos e empíricos, ora orientados para a colheita de dados, ora para a sua análise e interpretação qualitativas.

De acordo com a natureza qualitativa do estudo, a colheita de dados concretizou-se através da técnica de entrevista semi-estruturada. A informação assim recolhida foi tratada pelo método de análise de conteúdo. Esta metodologia revelou-se adequada na resposta à primeira das finalidades traçadas, ou seja, permitiu conhecer com profundidade as vivências dos utentes com episódios depressivos e de que forma estes comprometem as suas capacidades para o autocuidado. Dos relatos dos participantes constataram-se as mais diversas alterações nas dimensões funcionais e de desenvolvimento do ser humano, enquadráveis na psicopatologia dos transtornos depressivos. Paralelamente, esta abordagem

resultou vantajosa ao colocar em evidência as perspectivas singulares, valorativas e subjectivas dos utentes que vivenciam os processos do adoecer depressivo.

O desempenho produtivo dos utentes participantes durante as entrevistas deixou perceber que nenhum deles se tratava de um episódio depressivo muito grave, não obstante as razões que determinaram o seu internamento, com particular relevância para as ideias e comportamentos suicidários. Todos os participantes apresentaram narrativas significativas à luz dos requisitos da investigação. Ainda assim, foram notórias diferenças mediadas pelos quadros depressivos variados mas, também, pelas suas personalidades distintas e diferentes níveis de escolaridade e capacidade intelectual.

A investigação que realizamos não visou a generalização de resultados. Tratou-se de um estudo de corte transversal mas reconhecemos que seria enriquecedor fazer um estudo longitudinal, com eventual recurso a métodos de investigação quantitativa. Assim, a maior relevância do estudo resulta da produção de uma série de dados sistematizados sobre o modo como os utentes vivenciam os episódios depressivos, que podem ser úteis na prática clínica corrente dos enfermeiros ou até em futuros trabalhos de investigação. Sob perspectivas que não se excluem mas complementam, os dados apresentados permitiram, por um lado, confirmar o compromisso das funções essenciais dos indivíduos decorrentes de um episódio depressivo e atestar do carácter polimorfo destas patologias, e por outro, enaltecer a valorização subjectiva dos utentes face à doença. Os dados confirmam um facto muito peculiar da saúde mental e psiquiatria: a assistência não pode orientar-se segundo a categorização sistemática das doenças mas pela condição única e particular de cada indivíduo doente. Este preceito enaltece como prioridade a promoção de relações terapêuticas personalizadas e baseadas na confiança entre os técnicos de saúde e os utentes. Uma limitação do estudo decorreu da impossibilidade de estabelecer a comparação dos dados apurados com os de outras investigações, uma vez que não encontramos referências a estudos de âmbito sobreponível, pelo que o paralelismo foi feito com as fontes bibliográficas consultadas.

Com base nos dados mais relevantes, procuramos sintetizar algumas conclusões. De acordo com o segunda finalidade do estudo, procuramos que estas conclusões constituam subsídios para a prática da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, concretamente, nos processos de diagnóstico e de intervenção junto dos utentes depressivos, em benefício de relações terapêuticas mais profícuas e efectivas.

Realçamos que as conclusões decorreram de entrevistas com dez participantes, sendo apenas um deles do sexo masculino, os quais detinham, predominantemente, baixo nível de escolaridade. A maioria destes participantes encontrava-se inactiva, do ponto de vista laboral,

e tinha história de patologia depressiva prévia, que nalguns casos determinou um ou mais internamentos anteriores.

De seguida, apresentamos as principais alterações associadas aos episódios depressivos manifestadas pelos participantes, segundo as dimensões funcionais afectadas, de acordo com a conceptualização anteriormente exposta no corpo teórico do estudo: somáticas, afectivas e psicológicas, cognitivas e comportamentais. Convém realçar que esta apresentação tem carácter didáctico, uma vez que o quadro complexo de sinais e sintomas depressivos constituiu-se, essencialmente, como um continuum que impede a absoluta discriminação e alocação numa única dimensão funcional. Facilmente se constata a repercussão de sintomas afectivos sobre as formas de cognição ou vice-versa, e as consequentes influências destas dimensões nos aspectos comportamentais.

Todos os participantes referiram sintomas somáticos enquadráveis no seu episódio depressivo. Entre as queixas somáticas destacam-se a falta de energia ou fadiga persistente, a anorexia (falta de apetite) e perda de peso, a insónia ou outras perturbações do sono, e processos álgicos, como cefaleias ou dores músculo-esqueléticas. Com menor relevância, foram também referidos tremores, perturbações gástricas (obstipação ou trânsito intestinal acelerado) e perda da libido. Estas alterações determinam, claramente, perdas funcionais.

A dimensão afectiva e psicológica é, por excelência, a que mais caracteriza os episódios depressivos, nomeadamente, pelas manifestações predominantes de humor depressivo (tristeza patológica) e falta de interesse por tudo. Como sintomas de continuidade destes principais, foram relatados ou observaram-se com maior predomínio a tristeza depressiva, o sofrimento psíquico (sentimentos de angústia e desesperança), o embotamento afectivo (vazio ou reactividade emocional reduzida), a vontade de viver diminuída, sentimentos de solidão, abulia e a anedonia. Outras manifestações de humor foram relatadas com significativa frequência, como ansiedade, irritabilidade ou intolerância a estímulos. De um modo geral, os participantes relatam necessidades e vulnerabilidades de ordem emocional e psicológica, reconhecendo sérias dificuldades ou incapacidades para expressar as manifestações afectivas comuns junto dos seus familiares ou amigos, em virtude do vazio afectivo que os afecta. Ao nível do self, os sentimentos negativos auto atribuídos resultam em baixa auto-estima. Muitos dos participantes manifestaram sentimentos de medo e angústia, sobretudo, pelos efeitos da doença sobre a sua personalidade e capacidades, bem como, as suas implicações futuras. Do ponto de vista espiritual, os sentimentos mais relatados foram de ambivalência, desilusão e revolta para com deus, alegando que se sentem desprotegidos, esquecidos ou até escolhidos para serem vítimas de grande sofrimento, condições que todos assumiram como injustas.

As mais diversas alterações cognitivas foram referidas e evidenciadas pelos participantes. A partir das narrativas e observação directa podemos referenciar, por um lado, alterações das funções básicas de atenção, concentração e memória e, por outro, alterações dos processos de pensamento, com de alterações do curso, da forma e do conteúdo. Na generalidade dos participantes, apuramos diminuição das funções de atenção, concentração e memória, sem compromisso acentuado na capacidade de comunicação. Globalmente, o curso do pensamento está lentificado observando-se mesmo, em alguns casos, ligeira bradipsiquia. Com respeito à forma do pensamento, observamos a diminuição (ligeira) da capacidade associativa, com perdas ou dificuldades transitórias de interpretação e associação de ideias. Do ponto de vista do conteúdo do pensamento, as narrativas depressivas caracterizam-se pelo predomínio de negativismo. Destacam-se as ideias de morte e suicídio, os pensamentos automáticos ou ruminativos de ordem diversa (sobre dificuldades vivenciais ou a própria condição de doença), a percepção de sofrimento psíquico, ideias de culpabilização e auto-desvalorização, bem como, a perda de identidade (cognições alteradas do autoconceito), e a incapacidade de projectar o futuro. A espiritualidade dos participantes, em termos cognitivos, é dominada pela perda de sentido existencial e ideias de fatalismo ou injustiça. De salientar, ainda, que os próprios utentes revelam ideias de preconceito e estigmatização da doença mental ou constatarem e receiam estas atitudes no seu meio familiar e social.

A dimensão comportamental dos utentes depressivos caracteriza-se pela redução ou inibição das actividades de vida e de desenvolvimento, nos aspectos individual e de interacção, com implicações negativas para o autocuidado e bem-estar. Os participantes relataram incapacidades funcionais genéricas para o autocuidado, que os impedem de realizar as suas actividades de vida diária e os seus papéis familiares e sociais, em graus variáveis. O compromisso do autocuidado nos utentes depressivos afigura-se como mais evidente pela negligência das acções de carácter individual que visam suprir as necessidades biológicas de conservação e manutenção. A este respeito, constatamos a negligência predominante do autocuidado relativo às necessidades de higiene e apresentação mas também das actividades para uma nutrição correcta, como a obtenção e preparação dos alimentos, que dá lugar à realização de refeições reduzidas e à base de alimentos prontos a consumir. Porém, as manifestações comportamentais mais graves reportam-se a comportamentos autodestrutivos, idealizados ou na forma tentada, sempre com intuito suicida, que por colocarem a vida em sério risco, têm valor psicopatológico acrescido.

Quando considerados os comportamentos de interacção, constatam-se a alterações das dinâmicas familiares e sociais, quer por comportamentos de apatia e isolamento quer pela incapacidade dos utentes para procurar e manter relações satisfatórias. A incompreensão dos

familiares e outras pessoas próximas face ao quadro depressivo ou o estigma que associam à doença, são também aspectos que agravam as alterações comportamentais.

No seio da interacção familiar os utentes relataram o incumprimento de papéis, em especial os de mãe/pai e cônjuge. Todos os participantes reconheceram alterações do padrão sexual, com inibição ou franca diminuição da actividade sexual. Todas estas alterações resultam em stresse dos familiares e na sua sobrecarga enquanto cuidadores, situação reconhecida criticamente pelos utentes como indesejável e causadora de maior sofrimento.

No que respeita ao trabalho, os participantes que se mantinham no activo reconheceram incapacidades ou perdas significativas de desempenho, que se reflectem em presentismo, absentismo ou mesmo relações laborais problemáticas que podem predispor ao desemprego. Estas problemáticas laborais interferem com frequência na sustentabilidade económica do utente e do seu núcleo familiar, constituindo-se como um factor de agravamento ou persistência do episódio depressivo.

De acordo com a Teoria do Sistema de Enfermagem (de Orem), que fundamenta o estudo, a identificação destas alterações decorrentes de um episódio depressivo corresponde à primeira etapa do processo de enfermagem, que se caracteriza pela colheita de informação e consequente formulação de juízos diagnósticos sobre as necessidades dos utentes e a suas limitações para o autocuidado. Cada uma das alterações identificadas pode, portanto, constituir-se como foco da atenção de enfermagem e ser alvo de intervenções específicas, no quadro de competências dos EESM. Na segunda etapa do processo de enfermagem, o autocuidado é perspectivado segundo “Comportamentos Dependentes do Autocuidado” ou “Comportamentos Independentes do Autocuidado”. Através do estudo, constatamos que os participantes manifestaram necessidades e incapacidades para o autocuidado enquadráveis no sistema parcialmente compensatório. A este nível as intervenções de enfermagem ajustadas aos participantes devem passar pelo incentivo, orientação e potenciação das capacidades para o autocuidado. De realçar que as incapacidades determinadas pelos episódios depressivos resultam, sobretudo, do condicionamento mediado pelas perturbações do estado emocional e psicológico dos utentes e não da alteração ou perda definitivas das capacidades e habilidades funcionais. Neste sentido, cremos que o juízo diagnóstico geral aplicável a estes utentes é “negligência do autocuidado”, o qual será passível de maior especificidade diagnóstica, mediante as alterações objectivas apuradas, de acordo com os sistemas de classificação em enfermagem usados na prática, entre os quais se destaca, actualmente, a CIPE.

Neste domínio, as intervenções de enfermagem devem ser de dupla ordem: ajudar os utentes na realização do autocuidado, nas mais diversas componentes; e dotar os utentes e seus familiares de conhecimentos sobre os transtornos depressivos, que promovam atitudes

compreensivas e a aquisição de habilidades, com vista à recuperação das capacidades de autocuidado e reformulação dos seus projectos de vida.

Este segundo aspecto da assistência de enfermagem enquadra-se na dinâmica de autocuidado que Orem definiu como sistema de suporte educativo. O estudo permitiu identificar imensas dúvidas e escassez de conhecimentos sobre os transtornos depressivos e o seu tratamento, por parte da generalidade dos participantes. Esta evidência remete para a necessidade de desenvolver intervenções psicoeducativas junto dos utentes depressivos e seus familiares. Especificamente, os conhecimentos devem versar sobre os aspectos centrais da doença (sinais e sintomas e sua gestão), a importância da adesão efectiva ao regime terapêutico, e o valor da participação dos próprios utentes no seu processo de recuperação (“recovery” e “empowerment”), suportados pela rede familiar e social. Os achados do estudo são concordantes com a literatura referênciada (da OMS, por ex.) e modelos explicativos do continuum saúde-doença, os quais enfatizam a importância de dotar as pessoas de maior literacia em saúde, seja na qualidade de indivíduos saudáveis, doentes ou enquanto cuidadores informais.

A informação recolhida nas narrativas das vivências de pessoas com episódios depressivos, relatadas neste estudo, assume carácter relevante para a prática dos enfermeiros, em geral, e muito particularmente para os EESM. Colocam em evidência o valor do rastreio das principais alterações que os utentes depressivos apresentam, como primeira etapa do processo de cuidar, na qual sobressaem os focos de atenção e os juízos diagnósticos de enfermagem. A avaliação assim preconizada é tanto mais importante quanto se constata que muitos dos utentes com episódios depressivos não têm vontade ou se mostram impotentes para verbalizarem as suas queixas. Daqui resultam responsabilidades acrescidas para o papel dos enfermeiros, enquanto agentes promotores de saúde e da recuperação da doença.

Com base nos dados apurados, julgamos que os diagnósticos de enfermagem devem privilegiar como focos de atenção os sintomas major dos episódios depressivos: o humor depressivo, a inibição (psicomotora), as alterações do apetite e do sono, o desinteresse ou abulia para o autocuidado, o autoconceito alterado e a auto-estima diminuída, os pensamentos automáticos, a vontade de viver diminuída e as ideias e comportamentos suicidas. Em grande medida, são estes sintomas que estão na origem da negligência do autocuidado nas suas distintas vertentes, sejam elas traduzidas por comportamentos alterados no âmbito exclusivo do self ou das interações familiares e socioculturais que caracterizam o ser humano (perda ou negligência de papéis).

Considerando um contexto de intervenção especializado, como é o de assistência em regime de internamento hospitalar ou cuidados de saúde primários, e tomando por referência

as competências específicas regulamentadas para os EESM, cabe aos enfermeiros intervir, genericamente, no sentido de promover a autonomia e a adaptação dos utentes face aos processos de doença. Em presença dos diagnósticos de enfermagem associados aos transtornos depressivos, as intervenções dos EESM junto dos utentes podem ser de compensação total, parcial e educativas, como já foi referido anteriormente, tendo por base os pressupostos de interacção enfermeiro-utente preconizados pelo modelo de relação de ajuda, sem descurar a participação de familiares e outras pessoas significativas. Em conformidade, destacamos como prioritárias as seguintes intervenções genéricas: assistir nos défices de autocuidado pessoal (manutenção do organismo e suas funções); desenvolver uma relação terapêutica baseada na confiança e empatia mútuas; prestar suporte emocional, psicológico e espiritual; promover o autoconceito e a auto-estima; promover capacidades de coping adaptativo, nomeadamente de autocontrolo emocional e comportamental; promover a reestruturação cognitiva dos pensamentos automáticos e do negativismo; promover os processos de tomada de decisão, resolução de problemas e mudanças adaptativas; ensinar sobre os aspectos principais da depressão e seu tratamento; promover a adesão ao regime terapêutico; assegurar um ambiente ou contexto de suporte seguro e acessível dissuasor de comportamentos suicidas.

Em face do exposto, somos da opinião de que o estudo deixa pistas para a melhoria da prática clínica mas também para novas iniciativas de investigação. No campo da investigação, sugerimos a realização de estudos que permitam identificar com maior rigor a prevalência dos sinais e sintomas dos episódios depressivos, bem como, a elucidação de problemáticas decorrentes destas patologias passíveis de intervenção nos enquadramentos assistenciais de enfermagem. Julgamos que seria de todo pertinente apurar com maior objectividade os graus de incapacidade dos utentes para o autocuidado, através do recurso a instrumentos já padronizados ou pelo desenvolvimento de novos instrumentos. As problemáticas em volta do acesso ao tratamento e adesão ao regime terapêutico estão entre as prioridades no âmbito da depressão, e devem também ser alvo de demais estudos que permitam definir estratégias de intervenção mais efectivas. Estas são áreas que reservam larga margem de intervenção aos EESM, nas quais é possível produzir significativos ganhos em saúde. No campo da prática clínica em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, sugerimos a validação de protocolos de intervenção (“guidelines”) para os episódios depressivos, baseados na evidência, que forneçam orientações objectivas sobre os focos de atenção essenciais e promovam as boas práticas. Em particular, julgamos que os EESM devem privilegiar as técnicas de psicoterapia cognitiva, com bons resultados já comprovados, e perspectivamos, inclusivamente, a

possibilidade de virem a fazer prescrições farmacológicas, no enquadramento das competências que já possuem a par de outras, ainda por definir.

Em consonância com a evolução das políticas de saúde mental, consideramos que os enfermeiros devem desenvolver, cada vez mais, um trabalho autónomo ao nível da promoção da saúde mental e prevenção da depressão e suicídio, através de programas comunitários que incidam sobre os factores de risco ao longo do ciclo vital, segundo as prioridades reconhecidas para os indivíduos e grupos populacionais mais vulneráveis.

Aproveitamos para, junto das entidades responsáveis pela CIPE, deixar o alerta para a necessidade de proceder a ajustes daquele sistema, com base nos focos de atenção de enfermagem de pessoas com doença mental, com realce para a depressão. As omissões ou imprecisões que persistem na CIPE vêm sendo amplamente debatidas nos contextos da prática de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

A realização deste estudo de investigação constituiu, sem dúvida, uma excelente oportunidade para a consolidação de conhecimentos e competências no âmbito da nossa actividade profissional, nomeadamente, na área de investigação, e promoveu, ao mesmo tempo, momentos de aprendizagem e reflexão crítica de valor acrescentado. Conscientes do limitado alcance do estudo, resta-nos desejar que a sua utilidade suplante a nossa esfera individual e, de algum modo, possa inspirar a melhoria dos cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e outras iniciativas de investigação, e daí desponham benefícios para os utentes com patologia depressiva.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU; W. C. - Saúde, Doença e Diversidade Cultural – Pensar a complexidade dos cuidados a partir das memórias culturais. 1.ª ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2003.

AFONSO, P. - Será Depressão ou Simplesmente Tristeza...?. 1ª ed. Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas, 2004.

AMERICAN DE PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) - Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. [Em linha] 3ª ed. 2010 [Cons. 21 Out. 2011] Disponível em: <http://www.psych.org/guidelines/mdd2010>

ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA - Recomendaciones para la práctica clínica en el tratamiento de pacientes con trastorno depresivo mayor - 1999. [Em linha] Anales del Sistema Sanitário de Navarra, Vol. 25, Supl. 3, 2002, p.155-174. [Cons. 21 Out. 2011] Disponível em: [http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25\\_3.html](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25_3.html)

ATHAYDE, J.S. – Elementos de Psicopatologia. 4ª ed. Lisboa:. Fundação Calouste Gulbenkian, 1987

AYUSO-MATEOS, J. L.; VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L.; DOWRICK, C.; LEHTINEM, V.; DALGARD, O. S.; CASEY, P.; WILKINSON, C.; LASA, L.; PAGE, H.; DUNN, G.; WILKINSON, G. - Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. [Em linha] The British Journal of Psychiatry, Vol. 179, 2001, p. 308-316. [Cons. 27 Nov. 2011] Disponível em: <<http://bjp.rcpsych.org/content/179/4/308.full.pdf>>

BARDIN, F. - Análise de Conteúdo. 4.ª ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BORGES-DUARTE, I. - A Fecundidade Ontológica da Noção de Cuidado. De Heidegger a Maria de Lourdes Pintasilgo. [Em linha] Ex aequo, nº 21, 2010, p. 115-131. [Cons. 13 Abr. 2012] Disponível em: <[http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-55602010000100009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S0874-55602010000100009&script=sci_arttext)>

CHALIFOUR, J. A - Intervenção Terapêutica - Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Vol. I. 1.ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008, p. 23.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2002). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) - Versão Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

DIÓGENES, M.; PAGLIUCA, L.M.F. – Teoria do Autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. [Em linha] Vol. 24, n.º 3, (Dez. 2003), p. 286-293. [Cons. 06 Dez. 2010] Disponível em WWW: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4458/2399>>

DUPAS, G.; PINTO, I.C.; MENDES, M.D.; BENEDINI, Z. – Reflexão e síntese acerca do modelo do Autocuidado de Orem. *Acta Paulista de Enfermagem*. [Em linha] Vol. 7, n.º 1, (Jan./Mar. 1994), p. 19-25. [Cons. 26 Nov. 2010] Disponível em WWW: <[http://www.unifesp.br/denf/acta/1994/7\\_1/pdf/art3.pdf](http://www.unifesp.br/denf/acta/1994/7_1/pdf/art3.pdf)>

EUROPEAN COMMISSION - Actions against depression - Improving mental health and well-being by combating the adverse health, social and economic consequences of depression. [Em linha], Luxembourg: Health and Consumer Protection Directorate-General, 2004. ISBN : 92-894-8251-6 [Cons. 27 Nov. 2011] Disponível em:<[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/depression\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/depression_en.pdf)>

FÉLIX, L. G.; NÓBREGA, M.M.L.; FONTES, W.D.; SOARES, M.J.G.O. – Análise da Teoria do Autocuidado de Orem de Acordo com os Critérios de Fawcett. *Revista de Enfermagem UFPE On line* [Em linha]. Vol. 3, n.º 2 (Abr), 2009, p.173-178. [Cons. 26 Nov. 2010] Disponível em: WWW:<<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/.../303>>

FÉLIX, J. - Aspectos económicos menos visíveis da depressão. [Em linha] *Mundo Farmacêutico*, ano 9, nº 50 (Jan/Fev), 2011. [Cons. 21 Out. 2011] Disponível em:<<http://www.jasfarma.pt/artigo.php?publicacao=mf&numero=50&artigo=25>>

FORTIN, M.F. - O Processo de Investigação – Da concepção à realização. Loures: Lusociência, 1999.

FOUCAULT, M. – História da Loucura – 8.ª ed. Brasil: Editora Perspectiva S.A., 2005.

FRAGELLI, T. B. O.; GÜNTHER, I. A. - A promoção de saúde na perspectiva social ecológica. [Em linha] *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Vol. 21, n.º 2, 2008, p. 151-158 [Cons. 12 Abr. 2012] Disponível em:<<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40811362011>>

GAMEIRO, S.; CARONA, C.; PEREIRA; CANAVARRO, M.C.; SIMÕES, M.; RIJO, D.; QUARTILHO, M.J.; PAREDES, T.; VAZ SERRA, A. - Sintomatologia Depressiva e Qualidade de Vida na População Geral. [Em linha] *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2008, Vol. 9, n.º 1, p. 103-11. [Cons. 11 Dez. 2011] Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v9n1/v9n1a09.pdf>>

GARCÍA DE JALÓN, E.; PERALTA, V. - Suicidio y riesgo de suicidio.[Em linha] *Anales del Sistema Sanitário de Navarra*, Vol. 25, Supl. 3, 2002, p.87-96. [Cons. 21 Out. 2011] Disponível em: <[http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25\\_3.html](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25_3.html)>

GOFFMAN, E. – Manicômios, Prisões e Conventos – 5.ª ed. Brasil: Editora Perspectiva S.A., 1996.

GOFFMAN, E. - Estigma – Notas sobre a Manipulação de Identidade Deteriorada. 4.ª ed. Brasil: Editora Guanabara, 1988.

GOMES, C. - Um em cada cinco portugueses sofre de perturbações psiquiátricas. [Em linha] *Público*. (23 Março de 2010) Disponível em: <[http://www.publico.pt/Sociedade/um-em-cada-cinco-portugueses-sofre-de-perturbacoes-psiQuiatricas\\_1429031](http://www.publico.pt/Sociedade/um-em-cada-cinco-portugueses-sofre-de-perturbacoes-psiQuiatricas_1429031)>

GONÇALVES B.; FAGULHA T. - Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar.[Em linha] *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº 1 (Jan/Fev), 2004; p. 13-27 [Cons. 25 Set. 2011] Disponível em: <[http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM\\_Paginald=33568&artId=394](http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=33568&artId=394)>

GRUPO DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA ENFERMAGEM EM ACÇÃO (GIDEA) - Os Instrumentos Básicos na Construção da Disciplina de Enfermagem - 'Expressões e Significados'. [Em linha] Santarém: Escola Superior de Enfermagem de Santarém, 2003. [Cons. 25 Set. 2011] Disponível em: <<http://www.chmt.min-saude.pt/NR/rdonlyres/792092AE-29A6-4548B205E7217E04CBA6/620/Publica%C3%A7%C3%A3oOnlineIBInstrumentosBasicosdeEnfermagem.pdf>>

GUSMÃO, R. - Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos Cuidados de Saúde Primários. [Em linha] Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, 2005. Tese de Doutoramento [Cons. 25 Set. 2011]. Disponível em: <http://run.unl.pt/handle/10362/5507>

GUSMÃO, R.M.; XAVIER, M.; HEITOR, M. J.; BENTO, A.; CALDAS DE ALMEIDA, J.M. - O Peso das Perturbações Depressivas - Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. [Em linha] Acta Médica Portuguesa, II Série, Vol.18, (Mar/Abr), 2005, 129-146. [Cons. 27 Out. 2011] Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2005-18/2/129-146.pdf>>.

HARRISON, P.; GEDDES, J.; SHARPE, M. - Guia Prático Climepsi de Psiquiatria. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.

HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS - Classificação Internacional de Doenças, 9ª revisão (códigos de diagnósticos). S/d. Acessível na Biblioteca do HML, Porto, Portugal. [Cons. Dez. 2010]

JANÉ-LLOPIS, E.; KATSCHNIG, H.; MCDAID, D.; WAHLBECK, K. - Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer. [Em linha] Lisbon: 2007 (sob a égide da Comissão Europeia, publicado com o patrocínio de "Saúde XXI - Programa Operacional de Saúde" da Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde de Portugal). [Cons. 15 Nov. 2011] Disponível em: <[http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/evidence\\_primer.pdf](http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/evidence_primer.pdf)>

KRAMER, P. D. – Contra a Depressão. 1ª ed. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 2007.

LEIGH, D.; PARE, C. M. B.; MARKS, J., edit. - Enciclopédia Concisa de Psiquiatria. Lisboa: Roche Farmacêutica Química, 1981.

MOREIRA, P.; MELO, A.; orgs. - Saúde Mental - Do tratamento à prevenção. Porto: Porto Editora, 2005.

MCWILLIAMS, A. – Diagnóstico psicanalítico. Compreender a estrutura da personalidade no processo clínico. 1.ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Depressão. [Em linha] Portal da Saúde, 2006 [Cons. 27 Nov. 2011] Disponível em:<<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>>

NABAIS, A. – Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: âmbito e contextos. Revista da Ordem dos Enfermeiros. ISSN 1646-2629. Lisboa, n.º 30 (Out. 2008), p. 38-43.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (NIMH) - The Science of Mental Illness. [Em linha] 2005. ISBN: 1-929614-17-9 [Cons. 27 Out. 2011] Disponível em: <[http://science.education.nih.gov/supplements/nih5/mental/guide/nih\\_mental\\_curr-supp.pdf](http://science.education.nih.gov/supplements/nih5/mental/guide/nih_mental_curr-supp.pdf)>

NETO, F. – Psicologia Intercultural. 1.ª ed. Lisboa: Universidade Aberta, 2002.

OMS - Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001 - Saúde mental: Nova Conceção, Nova esperança. [Em linha] Genebra, OMS, 2001. [Cons. 05 Nov. 2010] Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/03/rel-mundial-sm-2001.pdf>>

OMS (Europe) - Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference. [Em linha] Copenhaga, 2005. [Cons. 21 Nov. 2011] ISBN 92-890-1377-X. Disponível em: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/96452/E87301.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf)>

OGDEN, J. – Psicologia da Saúde – 1.ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.

OMS - Suicide rates (per 100,000), by gender, Portugal, 1950-2009 [Em linha] 2009. [Cons. 27 Nov. 2011] Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html)>

OMS/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE - CID-10, versão informática de 2008 [Em linha] São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm>>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento n.º 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. D.R., II Série. N.º 35 (2011-02-18), Parte E, p. 8648-8653.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento n.º 129/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. D.R., II Série. N.º 35 (2011-02-18), Parte E, p. 8669-8673.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)/OMS - Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud. [Em linha] Washington, D.C.: OPS, 2010 ISBN: 978-92-75-33113-2 [Cons. 21 Nov. 2011] Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/paho/2010/9789275331132\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/paho/2010/9789275331132_spa.pdf)>

PALOMO, T.; Jiménez-Arriero, M. Á., Edit. - Manual de Psiquiatria. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. e Editores, 2009. ISBN: 978-84-691-8569-8

PERALTA V., CUESTA M.J. - Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. [Em linha] Anales del Sistema Sanitário de Navarra, Vol. 25, Supl. 3, 2002, p.7-20. [Cons. 21 Out. 2011] Disponível em: <[http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25\\_3.html](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25_3.html)>

PUNSET, E. - Viagem à Felicidade. As Novas Chaves Científicas. 1ª ed. Lisboa: Dom Quixote, 2008.

QUIVY, R.; Campenhoudt, L. V. - Manual de Investigação em Ciências Sociais. 2ª ed. Lisboa: Gradiva, 1998.

RIBEIRO, J.L.P. - Psicologia e Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada, 1998.

- ROJAS, E. - Adeus Depressão. 1ª ed. Lisboa: Livros D'Hoje - Publicações Dom Quixote, 2007.
- SANTOS, G.; SANTOS, Z. - Depressão e Doença Médica. *In* Vaz Serra, A. coord. - Medicina - Temas Actuais: Depressão. Castanheira do Ribatejo: Atral-Cipan, 2003. p. 99-113
- SCHOLTEN A.; ESTEVEZ R. - Depression. [Em linha] Nursing Reference Center - Health Library: Evidence-Based Information, 2011. [Cons. 27 Nov. 2011] Disponível em: <<http://web.ebscohost.com/nrc/detail?vid=10&hid=110&sid=eb9b9847-dcec-4071-a963-32a2b67d99cc%40sessionmgr115&bdata=JnNpdGU9bnJlWxpdmU%3d#db=nrc&AN=2009544671&anchor=ID0EDE>>
- STREUBERT, H.J.; CARPENTER, D.R - Investigação Qualitativa em Enfermagem – Avançando o Imperativo Humanista. 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002.
- THOMAS C. L., (Coord.) - Dicionário Médico Enciclopédico Taber. 1ª ed. São Paulo: Editora Manole, 2000.
- TOWNSEND, M. C. - Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica - Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência. 6.ª ed. Loures: Lusociência, 2011.
- UNIÃO EUROPEIA - Pacto Europeu para a Saúde Mental e o Bem-Estar - Conferência Europeia de Alto-Nível “Juntos pela Saúde Mental e Bem-estar.” [Em linha] Bruxelas, 2008. [Cons. 27 Nov. 2011] Disponível em: <[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/mhpact\\_pt.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_pt.pdf)>
- WAHLBECK, K.; MÄKINEN, M. (Eds) - Prevention of depression and suicide - Consensus paper. [Em linha] European Commission. Luxembourg: 2008. [Cons. 27 Nov. 2011] Disponível em: <<http://www.ec-mental-health-process.net>>
- WAHLBECK, K. - Background document for the thematic conference: Prevention of Depression and Suicide – Making it Happen. [Em linha] Luxemburgo: Comissão Europeia, 2009. [Cons. 21 Out. 2011] Disponível em: <[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/depression\\_background\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/depression_background_en.pdf)>
- VAZ SERRA, A., (Coord.) - Medicina - Temas Actuais: Depressão. Castanheira do Ribatejo: Atral-Cipan, 2003.
- VIEIRA, K. F. L.; COUTINHO, M. P. L. - Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. [em linha] Psicologia, Ciência e Profissão, Vol.28, n.º 4, 2008, p. 714-727. ISSN 1414-9893. [Cons. 13 Abr. 2012] Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pcp/v28n4/v28n4a05.pdf>>
- ZARZUELA, A. - Factores psicológicos y abordajes psicoterapéuticos de los trastornos depresivos. [Em linha] Anales del Sistema Sanitário de Navarra, Vol. 25, Supl. 3, 2002, p.63 -75. [Cons. 21 Out. 2011] Disponível em: <[http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25\\_3.html](http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/suple25_3.html)>



## **ANEXOS**



## **ANEXO I**

### **Guião de Entrevista Semi-estruturada**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

---

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

## **Guião de Entrevista**

(Instrumento de Colheita de Dados)

### ***Vivências do Autocuidado em Utentes com Episódios Depressivos Um Estudo Qualitativo***

**Autor: Luís Silva**

**Orientação: Prof. Doutor Wilson Abreu**

**Porto, Fevereiro de 2012**

## BLOCOS DA ENTREVISTA

BLOCO 1 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS DE INVESTIGAÇÃO

BLOCO 2 - INFORMAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA

BLOCO 3 - AR, ÁGUA E ALIMENTO

BLOCO 4 - ELIMINAÇÃO

BLOCO 5 - ACTIVIDADE E REPOUSO

BLOCO 6 - SOLIDÃO E INTERACÇÃO SOCIAL

BLOCO 7 - RISCO DE VIDA E BEM-ESTAR

BLOCO 8 - AUTOCUIDADO DESENVOLVIMENTAL

BLOCO 9 - AUTOCUIDADO NOS DESVIOS DE SAÚDE

BLOCO 10 - HUMOR E CRITÉRIOS CLÍNICOS

BLOCO 1 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS DE INVESTIGAÇÃO	
Objectivos	Orientações
Cumprir os imperativos éticos exigidos em estudos de investigação.	<p><b>Esclarecimentos e Consentimento Informado</b></p> <p>☞ Breve apresentação do estudo e entrega do documento “Explicação do Estudo e Consentimento Informado”, solicitando a sua leitura.</p> <p>☞ Com base naquele documento esclarecer dúvidas, nomeadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Objectivos do estudo;</li><li><input type="checkbox"/> Possibilidade de desistência a todo o tempo sem qualquer prejuízo, ou de não responder sempre que assim o entenda;</li><li><input type="checkbox"/> Confidencialidade e destino da informação colhida;</li><li><input type="checkbox"/> Ausência de quaisquer prejuízos decorrentes do estudo;</li><li><input type="checkbox"/> Necessidade de proceder a gravação áudio e sua destruição logo que concluído o estudo.</li></ul> <p>☞ Solicitar a assinatura do documento no caso de aceitação e fornecer uma cópia.</p> <p>☞ Agradecer a participação no estudo ou a atenção dispensada, em caso contrário.</p>

**BLOCO 2 - INFORMAÇÃO SOCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA**

Objectivo	Informação
Obter informação para caracterização sócio-demográfica e clínica dos participantes.	<p><b>Código de Identificação:</b> _____ (género+n.º de entrevista)      Data: ____/____/____</p> <p>Serviço de Internamento: _____      Dias de internamento: _____</p> <p><b>Variáveis sociodemográficas</b></p> <p>Sexo: M. <input type="checkbox"/>    F. <input type="checkbox"/>                      Idade: _____ (anos)</p> <p>Nacionalidade: _____</p> <p>Estado Civil:    solteiro <input type="checkbox"/>    união de facto <input type="checkbox"/>    casado <input type="checkbox"/>    divorciado <input type="checkbox"/>    viúvo <input type="checkbox"/></p> <p>Escolaridade: _____</p> <p>Profissão: _____</p> <p>Agregado familiar/Conviventes: _____</p> <p>_____</p> <p>Outras Informações: _____</p> <p>_____</p> <p><b>Informação Clínica</b></p> <p>Diagnóstico Médico (CID 9): _____</p> <p>Motivo de internamento: _____</p> <p>_____</p> <p>História de Doença Psiquiátrica: _____</p> <p>_____</p> <p>Outras Doenças/Cirurgias: _____</p> <p>_____</p> <p>Medicação/Tratamento: _____</p> <p>_____</p>

BLOCO 3 - AR, ÁGUA E ALIMENTO		
Objectivos	Questões orientadoras	Observações
Explorar alterações das necessidades básicas de manutenção e regulação metabólica associadas ao episódio depressivo.	3.1 Tem alguma dificuldade respiratória? 3.2 Como é a sua alimentação diária? (n.º de refeições; dieta/restricção alimentar) 3.3 Como tem estado o seu apetite? * 3.4 Em que medida a sua doença interfere na sua alimentação? (Que sintomas ou dificuldades.)	

BLOCO 4 - ELIMINAÇÃO		
Objectivos	Questões orientadoras	Observações
Explorar alterações da eliminação associadas ao episódio depressivo.	4.1 Tem alguma dificuldade em urinar? 4.2 Tem alguma dificuldade em evacuar? 4.3 Tem alguma dificuldade com o seu ciclo menstrual? 4.4. Em caso afirmativo nas anteriores, que estratégias/recursos utiliza?	

BLOCO 5 - ACTIVIDADE E REPOUSO		
Objectivos	Questões orientadoras	Observações
Explorar alterações da actividade e repouso associadas ao episódio depressivo.	5.1 Como tem estado a sua energia? (Sente fadiga ou falta de energia?)* 5.2 Há alguma alteração da sua capacidade para lidar com as actividades normais do dia-a-dia? Qual? 5.3 Que actividades são mais afectadas (nutrição, higiene, vestuário, ocupação, exercício físico...)? 5.4 Como tem estado o seu sono? * Considera-o satisfatório? (Em caso negativo, quais as causas para dormir mal?) 5.5 Quantas horas dorme por noite, aproximadamente? 5.6 Toma medicação ou faz alguma coisa para dormir melhor? 5.7 Dorme durante o dia?	

BLOCO 6 - SOLIDÃO E INTERACÇÃO SOCIAL		
Objectivos	Questões orientadoras	Observações
Explorar alterações da interacção social associadas ao episódio depressivo.	6.1 Como descreve a sua vida social (amigos e actividades)? Está satisfeito(a)? 6.2 De que forma a doença tem afectado a sua vida social? 6.3 Considera-se uma pessoa só? Porquê? (Em caso afirmativo, gostaria de mudar isso?)	

BLOCO 7 - RISCO DE VIDA E BEM-ESTAR		
Objectivos	Questões orientadoras	Observações
Explorar alterações da segurança e bem-estar individuais associadas ao episódio depressivo.	7.1 Como se sente em relação à vida, em geral?*(satisfação, interesse/prazer, vontade de viver) 7.2 Quais são as suas expectativas para o futuro?*(Como se vê daqui a um mês?) 7.3 Já se magoou propositadamente ou pensou fazê-lo? 7.4 Já atentou ou pensa atentar contra a sua própria vida? 7.5 Consome bebidas alcoólicas? 7.6 É fumador(a)? 7.7 Consome algum tipo de “droga”? 7.8 De que forma a doença interfere nesses consumos? (Em caso afirmativo, nas anteriores)	

BLOCO 8 - AUTOUIDADO DESENVOLVIMENTAL		
Objectivos	Questões orientadoras	Observações
Explorar alterações do desenvolvimento pessoal associadas ao episódio depressivo.	8.1 De que forma a sua doença interfere com a pessoa que é? 8.2 Como é a relação com os seus familiares? 8.3 De que forma a sua doença interfere com as suas funções familiares (pai/mãe; filho(a); marido/esposa)? 8.4 De que forma a sua doença interfere com a sua família? 8.5 Qual é a sua situação profissional, actualmente? 8.6 De que forma a sua doença interfere com a sua capacidade de trabalho? 8.7 Dedicar-se a alguma ocupação ou passatempo com prazer? 8.8 É crente de alguma religião ou credo? 8.9 Considera que a sua doença interfere na sua fé/manifestações de fé? 8.10 Mantém actividade sexual regular? 8.11 A sua actividade sexual é afectada pela sua doença? Como?	

BLOCO 9 - AUTOCUIDADO NOS DESVIOS DE SAÚDE		
Objectivos	Questões orientadoras	Observações
Explorar alterações na capacidade de assegurar e manter a saúde associadas ao episódio depressivo.	9.1 Sabe qual é a sua doença? Que nome lhe dá? * 9.2 Qual pensa que é a causa da sua doença? 9.3 Quando começou esta doença? * Que duração terá? 9.4 Já teve esta doença antes? 9.5 Na sua opinião, quais são os efeitos desta doença? 9.6 Qual a gravidade da sua doença? 9.7 Qual será o (melhor) tratamento para a sua doença? 9.8 O que espera do tratamento? 9.9 Qual o maior problema desta doença? 9.10 O que mais receia desta doença? 9.11 De que forma pensa lidar com a sua doença? 9.12 Recorreu ao seu médico assistente ou outros profissionais de saúde por causa da sua doença? 9.13 Em casa, vem cumprindo o tratamento tal como lhe foi indicado pelo médico e/ou enfermeiro? (Porque não cumpre?) 9.14 Em casa, tem/necessita de ajuda para o seu tratamento? 9.15 O que considera mais importante para recuperar da sua doença?	

BLOCO 10 - HUMOR E CRITÉRIOS CLÍNICOS		
Objectivos	Questões orientadoras	Observações
Validar critérios clínicos para episódios depressivos.	Nas últimas semanas: 10.1 Tem sido capaz de se alegrar? 10.2 Tem conseguido manter uma ocupação? 10.3 Teve interesse nos aspectos habituais da sua vida? 10.4 Sentiu-se capaz de planear e tomar decisões? 10.5 Qual pensa ser o sentido para a sua vida? 10.6 Sentiu dores ou sensações incómodas?	

(\* Critério clínico)

## **ANEXO II**

### **Explicação do Estudo e Consentimento Informado**



## EXPLICAÇÃO DO ESTUDO E CONSENTIMENTO INFORMADO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios da sua participação. Solicitamos que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que julgar necessárias antes de aceitar fazer parte do estudo.

Luís Miguel Pereira da Silva, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação subordinado ao tema **“Vivências de Autocuidado em Utentes com Episódio Depressivo”**. Este estudo tem como objectivos:

- Compreender de que forma um episódio depressivo pode comprometer a capacidade do utente cuidar de si próprio.
- Contribuir para o desenvolvimento de saberes e competências do enfermeiro que cuida dos utentes com episódios depressivos, no sentido de promover as capacidades de autocuidado.

**PARTICIPAÇÃO:** A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte no estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidades do hospital. Se decidir participar, poderá sempre desistir de o fazer em qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afectará a sua relação terapêutica actual ou futura com o autor do estudo ou seus pares.

**PROCEDIMENTO:** Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitada a realização de uma entrevista semi-estruturada, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo. A entrevista será gravada em sistema áudio, de modo a garantir que todo o conteúdo das suas respostas possa ser analisado e compreendido.

**RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO:** Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se prevêem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir uma maior e melhor participação dos enfermeiros no processo de cuidados de enfermagem, no futuro.

**ANONIMATO / CONFIDENCIALIDADE:** Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum documento ou publicação, que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer informação que possa conduzir à identificação dos participantes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes que possam conduzir à sua identificação serão destruídos.

## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo:

**“Vivências de Autocuidado em Utentes com Episódio Depressivo”.**

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dado a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Da informação e explicação que me foram prestadas constaram a finalidade, os métodos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantido o anonimato e a confidencialidade da informação, bem como, a possibilidade de desistência a todo o tempo.

Por isso, aceito participar no estudo respondendo às questões que forem colocadas durante a entrevista que será realizada durante o período de internamento no Hospital de Magalhães Lemos.

Porto, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

Assinatura do participante:

---

Assinatura do entrevistador: Luís Miguel Pereira da Silva

---

