



**DEPARTAMENTO CIÊNCIAS DA VIDA**

**FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA**

**Como os Doentes Vivenciam a Depressão e o seu Impacto no  
Seio Familiar**

---

Sandra Cristina Pinto de Aguiar Bento

2013



DEPARTAMENTO CIÊNCIAS DA VIDA

FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## **Como os doentes vivenciam a Depressão e o Seu Impacto No Seio Familiar**

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre em Antropologia Médica, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Fernando José Pereira Florêncio (Universidade de Coimbra)

---

Sandra Cristina Pinto de Aguiar Bento

2013

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Fernando Florêncio, o orientador desta dissertação, pela disponibilidade sempre demonstrada para com a mestranda.

À Associação de Doentes Depressivos e Bipolares de Coimbra (ADEB) por ter permitido realizar o trabalho de campo. E a todos os colaboradores que deram o seu contributo para dar forma a este trabalho.

Ao meu marido, que não me deixou desistir, nos momentos menos bons, e aos meus filhos Miguel e Mariana.

“A doença é o lado sombrio da vida, uma cidadania bem pesada. Ao nascer, todos nós adquirimos uma dupla cidadania: a do reino da saúde e a do reino da doença. E muito embora todos preferíssemos usar o bom passaporte, mais tarde ou mais cedo cada um de nós se vê obrigado, ainda que momentaneamente, a identificar-se como cidadão da outra zona.”

(Sontag, 1998: 11).

## **Índice**

### Índice

Resumo e Palavras-chave.....i

Abstract and Key-words.....i

## **Capítulo I**

1.1. Introdução.....1

1.2. Metodologia.....3

## **Capítulo II**

2.1. História da Depressão.....5

2.2. Depressão-Perturbação do Humor.....8

2.3. Subtipos da Depressão.....10

2.4. Depressão.....11

2.4.1. A Depressão e a Família.....14

2.4.2. Suicídio como consequência da depressão.....15

2.5. A Depressão em diferentes culturas.....16

2.6. Depressão – Tratamento.....20

## **Capítulo III**

3.1. A Depressão vivida por cada um dos Colaboradores.....22.

3.2 Estigma.....34

## **Capítulo IV**

4.1. Conclusão.....37

Bibliografia .....39

Anexos

## **Resumo**

A depressão é uma doença cada vez mais diagnosticada e apesar das pessoas estarem mais sensibilizadas e conscientes da mesma, este trabalho procura expor e compreender a doença segundo a perspectiva do doente, como ele a vive, como ele a encara. Esta doença afecta também quem está próximo do doente no seio familiar. O contexto do trabalho de campo é na Associação de Doentes Depressivos e Bipolares em Coimbra.

## **Palavras – chave**

Depressão, doente depressivo, família, impacto da doença, ADEB.

## **Abstract**

Depression is a condition increasingly diagnosed and although people are more aware and conscious of it, this paper attempts to understand the disease and according to the patient's perspective, how he lives, how he sees. This disease also affects those who are near the patient depressed, especially the family, hence the interest in the impact of the disease in the family. The context of the fieldwork is the Association of Patients Depressive and Bipolar in Coimbra.

## **Key –words**

Depression, depressive patient, family, impact of disease, ADEB.

## Capítulo I

### 1.1.Introdução

A depressão é uma doença psiquiátrica bastante frequente, nos dias de hoje. “ A Depressão afecta aproximadamente 121 milhões de pessoas no mundo” (OMS 2007 in Eshun e Caldwell-Colbert, 2009: 183); “A depressão é a quarta causa de doença no mundo” (Esbun e Caldwell-Colbert, 2009: 183).

A depressão é uma perturbação do humor que não deve ser confundida com sentimentos de alguma tristeza, como “o estar em baixo” ou “desmoralizado”, geralmente reactivos a acontecimentos de vida, que passam com o tempo e que, geralmente, não impedem o individuo de ter uma vida normal. No entanto, algumas pessoas com esta doença, por vezes, não conseguem ir trabalhar, devido ao seu estado.

A resposta depressiva humana é típica em muitas situações. A medicina deve esclarecer a partir de que momento, essa resposta deixa de ser normal. Para esse efeito são utilizados quatro parâmetros: A duração da reacção; a intensidade; e a existência de um acontecimento desencadeador; e o aparecimento de sintomas que não estão presentes no individuo normal. Portanto, para que uma reacção seja considerada patológica um dos primeiros valores – a duração ou a intensidade – deve ser claramente superior ao habitual: “o diagnóstico de uma perturbação do humor depende da intensidade e duração da perturbação do humor, dos sintomas que a acompanham e do grau em que ela interfere com o funcionamento social ou ocupacional do sujeito” (Fauman *et al.* 2002: 229). Caso, esteja associada a um acontecimento desencadeador, surge a suspeita de Depressão.

O diagnóstico passa muitas vezes despercebido, quer por falta de reconhecimento da depressão como doença, quer porque os seus sintomas são atribuídos a outras causas, como por exemplo, doenças físicas, *stress*, etc. e além disso, os sintomas depressivos podem fazer parte de outras doenças, tais como, doenças da tiróide, doença de Parkinson. Ou ainda, resultar do uso de certas substâncias como o álcool e substâncias psicotrópicas. Pode também resultar da acção de alguns medicamentos. O médico tem que investigar não só os acontecimentos de vida traumáticos do doente, como estar a par dos medicamentos que este está a tomar e da existência de outras doenças habitualmente associados à depressão.

A depressão é uma doença que pode conduzir à morte, principalmente pela possibilidade de suicídio que alguns doentes manifestam. Quem tenha passado por uma crise depressiva sabe muito bem o sofrimento, as tormentas que atravessou, mesmo que outros não possam entender a doença do desespero, do desinteresse, da fraqueza, da angústia, da culpa, do desapego à existência, do desespero máximo, que pode culminar



---

no suicídio. “Em média, cerca de 800000 pessoas cometem suicídio todos os anos, 86% das quais nos países em desenvolvimento” (Quartilho, 2010: 24).

A depressão é um tema já muito debatido em antropologia, mesmo assim, a mestrandia espera poder contribuir com alguns dados, que mesmo não sendo novos, ajudarão a tentar compreender o sofrimento do doente depressivo, que se vê incompreendido a maior parte do tempo.

Existem actualmente meios para tratar as depressões, em que incluem os antidepressivos, as psicoterapias e em casos mais graves, a electroconvulsivoterapia. A escolha dos tratamentos é da competência dos médicos clínicos gerais e dos médicos psiquiátricos para os casos mais difíceis, e depende do tipo e gravidade da depressão, bem como da presença de outras doenças, que podem condicionar o uso de alguns medicamentos antidepressivos.

### 1.2. Metodologia

No mês de Maio de 2011, foi pedida a autorização\* por escrito, ao Senhor Presidente da ADEB (Associação de Doentes Depressivos e Bipolares), Delfim Oliveira, para poder realizar o trabalho de campo a doentes com patologia depressiva na sede em Coimbra, que se situa na Mesura-Santa Clara. No mês de Julho é marcada uma entrevista à mestranda com a psicóloga Rita Crispim, para esclarecer o que se pretendia exactamente. Ficando então combinado que a resposta seria dada mais tarde, mas em princípio, o pedido era deferido.

No final do mês de Outubro é solicitado à mestranda que escreva uma nova carta\*, onde apresente os objectivos do trabalho, assim como um guia de entrevista\*.

E é finalmente no início de Novembro, que a mestranda tem a confirmação da autorização. Começa então o trabalho de campo. Porém, as dificuldades surgem logo no princípio. Por um lado, é a psicóloga quem serve de mediador no primeiro contacto. Por outro, como a mestranda se foi apercebendo ao longo do percurso, os doentes devido à própria doença, aceitavam marcar um encontro e depois cancelavam-no. E não mostravam muita vontade em participar. Outro problema com que se deparou foi o dos doentes não mostrarem vontade do contacto da mestranda com os familiares, daí o impacto a nível familiar será segundo a perspectiva do doente assim como a vivência da doença.

É então a 14 de Novembro, que se realiza a primeira entrevista com um dos associados da ADEB, que ao longo da dissertação os associados serão designados por colaboradores, pela ajuda deles neste trabalho.

Vendo o tempo a passar, e o trabalho sem avançar, a mestranda contacta a Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra, para poder realizar entrevistas a doentes depressivos. Contudo, isto não foi viável, porque nessa altura não estavam a trabalhar com doentes portadores do problema em questão.

Através da sugestão da Faculdade de Psicologia, os serviços médicos de Acção Social da Universidade de Coimbra são contactados por correio electrónico, mas nunca foi obtida qualquer resposta.

Por acaso, na internet, a mestranda encontra o *site* de um fórum de doentes depressivos, onde constam vários e-mails. A mestranda contacta cerca de 11 indivíduos, explicando quem é e o que pretende. Obtém resposta apenas de 3, dos quais só realizou entrevista com duas delas, depois de estas terem fornecido o número de telefone. Uma era de Loures e a outra de Carnaxide, como aceitaram o pedido depois de um primeiro contacto telefónico, onde se combinou a entrevista. A mestranda foi até às suas

---

localidades, obtendo assim mais dois testemunhos, isto a 9 de Dezembro de 2011. É de acrescentar que com a colaboradora de Loures houve contacto posterior via *skype*.

Portanto, a pesquisa foi realizada com 8 colaboradores com patologia depressiva. Teve como objectivo principal abordar os discursos dos próprios doentes sobre a depressão, de acordo com as suas opiniões, e o modo como olham para o mundo e para a sua doença, ou seja, como se vêem a eles mesmos. E o trabalho de campo foi direccionado pela prática etnográfica, procurando recolher a experiência da doença de cada um dos colaboradores.

Todas as entrevistas foram realizadas mediante a assinatura de termo de consentimento\*, garantindo-se o carácter voluntário e o anonimato dos colaboradores. As entrevistas foram gravadas (com gravador stereo digital) e posteriormente transcritas pela mestranda.

A mestranda assistiu a algumas palestras na ADEB, no âmbito *A Depressão e a Família*.

## Capítulo II

### 2.1. História da Depressão

A depressão não é uma doença recente, apesar de hoje em dia apresentar números avassaladores. Inicialmente, em vez, do vocábulo depressão, utilizava-se a palavra melancolia. E esta vem do conceito grego “*Bilis negra*”, ou seja, *melos* – “negro” e *chole* – “bílis”. Outros termos, como “vapores de baço” ou fermento demoníaco” serviam para designar a depressão.

O primeiro grande médico de todos os tempos – Hipócrates – foi o primeiro a produzir um diagnóstico desta doença. “Hipócrates, pai da medicina, listou a depressão como uma das principais formas de doença mental há mais de 2000 anos” (Uchôa e Corin, 2002: 102). Um filósofo dessa altura, o Demócrito parecia que tinha enlouquecido, começou por passar uma fase depressiva, tendo uma fase de hipertimia (exagero mórbido do tono afectivo), com uma actividade febril que pareceu muito estranha aos seus contemporâneos. Vivia rodeado por esqueletos e de restos de animais, que dissecava, com o intuito de descobrir mais sobre a doença que o havia atingido. Ao ser visitado por Hipócrates, explicou-lhe que tinha sofrido tanto com a sua doença, que desejava descobrir um tratamento para a curar a si e aos outros, e evitar a sua própria recaída. Procurava nos cadáveres de animais mortos a fonte da melancolia (“bílis negra”). Nos escritos de Hipócrates, Homero, Aristóteles, Areteo, Asclepiades, Plutarco e em tantos outros, encontram-se descrições nítidas de processos depressivos e maníacos. E também a sucessão desses estados numa mesma pessoa, o que hoje, se conhece por bipolar.

Os gregos observaram também, a evolução em ciclos; e que ao contrário do que sucedia com outras formas de “loucura”, quando os sintomas terminavam, os melancólicos recuperavam totalmente a sua personalidade normal. Também repararam que a sua incidência era maior nalguns tipos de personalidade, e tentaram tratamentos (Vallejo-Nágera, Juan, 2006).

Os romanos Aureliano, Galeno e outros seguiram a mesma pauta científica natural. Com Galeno, a tradição hipocrática toma uma forma que imporá a sua autoridade até ao século XVIII: “A melancolia é uma doença do espirito, sem febre, com tristeza profunda e distanciamento face às coisas mais queridas. É uma aflição desmedida” (Galeno *in* Widlöcher, 2001: 20).

Depois da invasão dos bárbaros (todos aqueles que não eram romanos e não falavam latim, como por exemplo, os alanos, os saxões, os francos, os hunos, os visigodos, etc.), por volta do século IV e V da nossa era, passou a haver uma nova abordagem, ou seja, uma abordagem “espiritual” da depressão. A observação de algumas formas de

depressão em que as vítimas apresentavam sentimentos de culpa, levou a que se interpretasse certas formas de manifestações depressivas como pecado. Os pensadores cristãos viam a tristeza de duas formas: uma delas, “a tristeza segundo Deus”, que é essencialmente a angústia do arrependimento; a outra, “a tristeza segundo o mundo” que produz a morte.

A depressão é nesta altura (época medieval) interpretada como pecado. Santo Isidoro, explicou que se tratava de uma doença produzida por uma alteração dos humores ou pelo físico desencadeada por um desgosto (esta interpretação coincide com as actuais). O deprimido insiste em que pecou e que essa é a causa dos seus males. O desprezo por si próprio, poderia ser interpretado como um acto de virtude, mas o deprimido também se “odeia” (o que é difícil de interpretar moralmente, no pensamento cristão). E ainda o desejo de morrer (devido ao seu sofrimento, portanto, afasta-se de Deus). O pensamento de suicídio atormenta o doente (e não podemos esquecer que Judas Iscariotes se suicidou depois de entregar Jesus de Nazaré). Com o avançar do tempo, o suicídio passou a ser visto “como expressão da doença” (Vallejo-Nágera, 2006: 36). É de salientar, que o individuo que se suicidava não podia ser enterrado num cemitério, tinha que ser “sepultado em algum lugar infame” (Vallejo-Nágera, 2006: 36).

Durante muitos séculos, a depressão não foi vista como tema médico, mas sim como tema espiritual, centrando-se a atenção num grupo de sintomas inibitórios a que se chamou acédia. Nos finais do século XVI, o suicídio começou a ser encarado como expressão de doença. Do século XVI ao século XIX, foram escritos dois livros: *Treatise of Melancholy* (Bright, 1586) e *Anatomy of Melancholy* (Robert Burton, 1621).

No século XIX, os avanços do pensamento médico centram-se em França. Dois psiquiatras, pai e filho, Falret, estabelecem o conceito de “loucura circular” e o seu carácter hereditário, é um marco na história da doença maníaco-depressiva, datado de 1854. Kahlbaum descreve a melancolia e a mania como doenças independentes, mas como duas fases opostas da mesma doença. Devido ao carácter “circular” da doença Kahlbaum designou-a de *vesaniatypica circulares* caso seja grave, e *ciclotimia* se é leve com rápida recuperação espontânea (Cordás, 2002). “A partir do século XIX, a depressão tornou-se foco de um interesse central para a psiquiatria ocidental, e estudiosos como Esquirol, Haslam, Falret, Bailarger, Kahbaum, Kraeplin, Freud, fizeram importantes contribuições para o conhecimento da depressão” (Uchôa e Corin, 2002: 102).

A passagem do século XIX para o século XX ficou marcada em Psiquiatria, por dois grandes senhores: Freud e Kraeplin. Freud e os seus seguidores, acreditavam que a causa de muitas depressões é psicológica (depressão como manifestação de hostilidade contra a pessoa amada que se perde na infância). O individuo dirige depois esse sentimento para si, com um carácter “autopunitivo”, o que justifica a intensidade dos sofrimentos do depressivo. “Freud distinguiu os seguintes aspectos: desânimo profundo,

---

cessação do interesse para o mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda a actividade e diminuição de sentimentos de auto-estima” (Gomes de Matos *et al.* 2006: 176).

Já Kraepelin e os seus seguidores registaram a interpretação psicanalítica de Freud; no entanto, para eles, as depressões, e particularmente as englobadas na psicose maníaco-depressiva, eram “endógenas”, de causa orgânica ligada a factores hereditários. A sua essência estaria numa alteração do metabolismo em sectores que afectam o sistema nervoso. Porém, não conseguiram demonstrar, qual era esse elemento químico.

E é no século XX, que “o questionamento sobre o estatuto ontológico da categoria “depressão” veio a tornar-se particularmente significativo, tendo-se esta patologia afirmado, a partir dos anos 50 do século XX e no espaço de uma década, como uma das doenças mais difusas, com o maior custo oscila e, simultaneamente, com um dos mercados farmacêuticos mais prósperos, ainda hoje em continua expansão” (Pussetti, 2009: 595).

## 2.2. Depressão – Perturbação de Humor

Segundo o *Manual de diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* da Associação Psiquiátrica Americana, a depressão é uma perturbação do humor. “As perturbações do Humor dividem-se em perturbações Depressivas («Depressão unipolar»), Perturbações Bipolares e em duas perturbações baseadas na etiologia – Perturbação do humor Secundária a um Estado Físico Geral e Perturbação do humor Induzida por substâncias” (DSM-IV TR, 2006:345).

As Perturbações Depressivas dividem-se em Perturbações Depressiva *Major*, Perturbação distímica e Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação. Estas distinguem-se das Perturbações Bipolares pela ausência de história de Episódio Maníaco, Misto ou Hipomaníaco.

A perturbação depressiva major caracteriza-se “por um ou mais episódios depressivos major (isto é, pelo menos duas semanas de humor depressivo ou perda de interesse, acompanhado pelo menos por quatro sintomas adicionais da depressão” (DSM-IV TR, 2006: 345). Esses sintomas de depressão inclui alterações do sono, do apetite ou do peso, diminuição de energia, vivência de sentimentos de autodesvalorização ou culpa, dificuldade em pensar, concentrar-se ou tomar decisões, agitação ou lentificação psicomotora, pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida. Estes sintomas estão presentes na maior parte do dia durante, pelo menos duas semanas, como já foi referido, causando uma grave incapacidade de funcionamento social, ocupacional ou noutra área importante.

No caso da Perturbação Distímica, o indivíduo sente-se deprimido, embora com uma intensidade ligeira ou moderada, durante a maior parte do tempo ao longo de um ano e por um período igual ou superior a dois anos. A Perturbação distímica “é caracterizada pelo menos por 2 anos de humor depressivo, durante mais de metade dos dias, acompanhado por sintomas depressivos que não preenchem os critérios para Episódio Depressivo *Major*” (DSM-IV TR, 2006: 345). A auto-estima é baixa, tem dificuldades na concentração e em tomar decisões. O seu sono fica perturbado e não é reparador. Na distimia, os sintomas depressivos são crónicos ou intermitentes e possuem uma intensidade ligeira ou moderada (Wilkison *et al.* 2005). A distimia pode ser agravada por um episódio depressivo mais grave (depressão *major*). Esta situação é designada de «depressão dupla». Habitualmente, só nesta altura é que os doentes pedem ajuda, embora na maioria dos casos já sofressem da doença há mais tempo, sem o saberem. Verifica-se com frequência uma associação desta doença ao alcoolismo e ao abuso de drogas, já que o indivíduo procura nestas substâncias uma forma de aliviar os seus sintomas.

A Perturbação Depressiva Sem Outra especificação é utilizada para “codificar as perturbações com características depressivas que não preenchem os critérios para Perturbação Depressiva *Major*, Perturbação Distímica, Perturbação da Adaptação Mista com Humor Depressivo e Ansiedade (os sintomas depressivos acerca dos quais existe informação inadequada ou contraditória)” (DSM-IV TR, 2006:345).

A Perturbação Bipolar é um tipo de depressão caracterizada por episódios depressivos agudos, episódios maníacos e episódios mistos. Como os episódios maníacos são quase totalmente diferentes dos episódios depressivos, chamam-se “pólos”, como o Pólo Norte e o Pólo Sul. A doença bipolar inclui uma grande variedade de distúrbios de oscilação de humor de gravidade variável. A mais grave é a Bipolar Tipo I, “caracterizada pela presença de um ou mais episódios maníacos ou Mistos, habitualmente acompanhados por Episódios Depressivos *Major*”, que requer hospitalização durante a fase maníaca. As formas mais moderadas são a Bipolar Tipo II, “caracterizada pela presença de um ou mais Episódios Depressivos *Major* acompanhados pelo menos por um episódio Hipomaniaco”, que não requerem hospitalização (DSM-IV TR, 2006: 345); e a Ciclotimia, que envolve frequentes alterações de humor, mas mais suaves. O humor, na ciclotimia oscila entre hipomania<sup>1</sup> e a depressão moderada. Os episódios em cada um destes pólos afectivos têm uma duração curta (de dias a semanas), e alteram entre si com uma elevada frequência. Entre episódios, existem períodos de humor normal. Para que possa ser efectuado o diagnóstico (DSM-IV TR), o humor deve sofrer alterações ao longo de um período mínimo de dois anos (Wilkinson *et al.*2005).

A Perturbação do Humor Secundário a Um Estado Físico Geral, designa-se deste modo, caso a perturbação do humor seja considerada consequência fisiológica directa de um estado físico geral específico, como por exemplo, esclerose múltipla, acidente vascular cerebral, tumor cerebral ou hipotiroidismo. É necessário ter como base a história clínica do paciente, os dados dos exames laboratoriais ou exame físico.

E a Perturbação do humor Induzida por Substâncias “é caracterizada por uma perturbação do humor, proeminente e persistente, que é considerada consequência fisiológica directa de uma droga de abuso, de uma medicação ou outro tratamento somático da depressão, ou da exposição a tóxicos” (DSM-IV TR, 2006: 346). A depressão, pode ser um efeito secundário de medicamentos e drogas. Estes podem variar



entre a oxicodona e a heroína. As pilulas contraceptivas podem causar depressão, assim como medicamentos cardíacos e relaxantes musculares.

### 2.3. Subtipos da Depressão

Actualmente a depressão divide-se em três subtipos principais: Depressão Melancólica, Depressão Atípica e Depressão psicótica.

A Depressão Melancólica (ou endógena, ou *major*) caracteriza-se por anedonia, perda da reactividade emocional, variações diurnas de humor (agravamento matinal), despertar precoce, lentificação ou agitação psicomotora, perda de peso ou anorexia, sentimentos de culpa excessivos ou desproporcionados, humor depressivo não reactivo a estímulos agradáveis. Ideias de fracasso, ruína, pessimismo, inferioridade, inutilidade, culpa, auto-recriminação manifestam-se sob a forma de ruminação de pensamento. “A *vivência depressiva* é indefinível. Parece consistir numa mistura de tristeza, amargura, remorso, angústia, pena, aflição, desespero apatia, consciência de incapacidade, sentimentos de culpa, apresentando algumas destas sensações uma intensidade máxima” (Vallejo-Nágera, 2006:15). Tanto o passado, quanto o presente reforçam o seu sofrimento e o futuro mostra-se negro, sem perspectiva, ausência de planos. A tríade negativa é formada pela visão negativa de si mesmo, do mundo e do futuro.

A depressão Atípica pode ocorrer tanto no episódio depressivo major como na depressão distímica. Na Depressão Atípica existe uma reactividade do humor (ou seja, alegra-se em resposta a eventos positivos): “Os períodos de melhora, pela reacção aos estímulos, são seguidos por outros de piora e recaída” (Matos *et al.* 2006: 178); aumento de peso ou do apetite; rejeição ou hipersensibilidade interpessoal: “extrema sensibilidade à percepção do que consideram como rejeição por parte de outras pessoas” (Del Porto, 1999: 9).

E a Depressão Psicótica que envolve essencialmente características de depressão em combinação com ideais delirantes e/ou alucinações que podem ser: - congruentes com o humor (consistentes com o estado de humor prevalecente), por exemplo, com temas de inadequação pessoal, culpa, morte, destruição ou castigo; incongruentes com o humor, ou seja, que não são consistentes com o estado de humor, por exemplo, ideias delirantes de tipo persecutório (por exemplo, o indivíduo acredita que merece a punição por transgressões a nível religioso) e sintomas de tipo esquizofrénico.

#### 2.4. Depressão

Esta velha angústia,  
Esta angústia que trago há séculos em mim,  
Transbordou da vasilha,  
Em lágrimas, em grandes imaginações,  
Em sonhos em estilo de pesadelos sem terror,  
Em grandes emoções súbitas sem sentido nenhum

Transbordou.  
Mas sei como conduzir-me na vida  
Com este mal-estar a fazer-me pregas na alma!  
Se ao menos endoidecesse deveras!  
Mas não: é este estar entre,  
Este quase,  
Este poder ser que...

Isto.

[...]

O que há em mim é sobretudo cansaço –  
Não disto nem daquilo,  
Cansaço assim mesmo, ele mesmo,  
Cansaço.

(Fernando Pessoa, 1992: 199)

A resposta depressiva humana é típica em muitas situações. Cabe à medicina esclarecer a partir de que momento, essa resposta deixa de ser normal. Para esse efeito são utilizados quatro parâmetros: a duração da reacção; a intensidade; a existência de um acontecimento desencadeador; e o aparecimento de sintomas que não estão presentes no indivíduo normal. Portanto, para que uma reacção seja considerada patológica um dos primeiros valores – a duração ou a intensidade – deve ser claramente superior ao habitual: “o diagnóstico de uma perturbação do humor, dos sintomas que a acompanham e do grau em que ela interfere com o funcionamento social ou ocupacional do sujeito” (Fauman *et al.* 2002: 229).

Existem indivíduos com predisposição para a depressão, em que esta está latente e é desencadeada por um desgosto intenso. A esta depressão chama-se endógena (já mencionada no item 2.3). “Dizer que uma depressão é endógena é dizer que as suas condições de aparecimento nada têm a ver com as circunstâncias, mas sim que ela é inteiramente produzida por um estado interior” (Wildlöcher, 2001: 105). Nas classificações actuais utiliza-se a designação de depressão melancólica em vez de depressão endógena. “O termo ‘melancolia’ tem sido empregado nas actuais classificações para designar o subtipo anteriormente chamado de ‘endógeno’, ‘vital’, ‘biológico’, somático ou ‘endogenomorfo’ de depressão” (Del Porto, 1999:8).

As manifestações clínicas da Depressão começam inicialmente por uma evolução lenta, apresentando durante vários dias um mal-estar geral e apatia. O indivíduo sente-se muitas vezes triste e com vontade de chorar, chorando muitas vezes sozinho. Estes sintomas vão intensificando-se de forma alarmante. Há alturas em que o começo é mais abrupto, e um indivíduo que se deitou razoavelmente bem, de manhã ao acordar surge com o quadro de depressão em pleno desenvolvimento. Além da tristeza e do choro frequente e incontrolável, o doente tem um olhar angustiado ou perdido no vazio (em casos de depressão acentuada, não se consegue um sorriso do doente durante um longo período), apresenta também um abatimento geral. A perda de actividade física e psíquica é justamente com a tristeza, outro sintoma fundamental da depressão. “tudo é marcado pelo pessimismo, pela falta de esperança e de interesse” (Widlöcher, 2001: 17). As queixas, os suspiros, o choro e os gestos de desespero são por vezes, a única actividade física. Como a tristeza é usual encontrar-se uma elevada carga de ansiedade, que pode ser tão intensa que domine o quadro geral. Os pensamentos de suicídio (mencionados mais à frente) são constantes (suicídio como forma de libertação): “são frequentes e temíveis as ideias para o suicídio. As motivações incluem distorções cognitivas e ainda o intenso desejo de pôr fim a um estado emocional extremamente penoso e tido como interminável” (Del Porto, 1999: 7).

É de referir que há uma maior prevalência da depressão no sexo feminino que no masculino, mas ainda não existem estudos conclusivos para este fenómeno. Pensou-se

que tinha a ver com o sistema hormonal, mas “da correlação entre alterações hormonais femininas e o início de um episódio depressivo agudo, pouco se sabe sobre a relação exacta entre as duas” (Lurie, 2007: 31). Verifica-se um valor superior de depressão nas mulheres em vários países: “tem sido avaliada, em muitos estudos epidemiológicos, como sendo aproximadamente duas vezes mais prevalente em mulheres do que em homens”[...] nas classes mais pobres, as mulheres tiveram essas taxas duas vezes e meia mais elevadas que os homens” (Justo e Cail, 2006: 75-77).

A faixa etária mais frequente de sofrer desta patologia é entre os vinte e trinta e cinco anos. Pode aparecer esta doença entre as crianças e os jovens. A depressão pode surgir lenta e gradualmente, motivo pela qual pode ser detectada contactada com mais facilidade por alguém que não esteja em contacto diário com a criança. A depressão nestes grupos manifesta-se de uma forma um pouco diferente. As crianças podem tornar-se mais sensíveis ou refilonas. A preguiça e o comodismo é geralmente a primeira mudança que chama a atenção dos pais. Nos adolescentes, a depressão é mais problemática, na medida em que alguns deles começam a recorrer ao álcool e às drogas, como escape ao mal-estar geral (alguns adultos reagem de modo idêntico), e é frequente a ideação suicida.

A depressão não é fruto de um único factor. Alguns acontecimentos, com grande valor para o individuo, como por exemplo, um divórcio ou a perda de alguém querido, pode desencadear os sintomas da doença. Mas também é de salientar que existem pessoas que deprimem m esmo quando a sua vida não apresenta problemas de maior. A tendência para deprimir pode ocorrer numa família e parece haver um factor genético (ou herdado) em muitos casos de depressão. Por exemplo, se um gémeo tem uma *Doença Depressiva Major* (depressão melancólica), há uma probabilidade de 50% de que o outro apresente também sintomas da doença, em algum período da sua vida. Assim como, filhos, pais e parentes de uma pessoa com depressão Melancólica são duas a três vezes mais propensos a terem este tipo de depressão, do que os parentes em primeiro grau de pessoas sem esta doença (Lima *et al*, 2004).

As causas físicas também podem contribuir para o despoletar da depressão e acredita-se que os sintomas surjam pelo desequilíbrio ou diminuição do nível de substâncias químicas (neurotransmissores, que inclui a serotonina e a noradrenalina) ou dos sinais que estas transportam para o cérebro. Muitos dos medicamentos antidepressivos actuais actuam regulando o nível destes neurotransmissores. Outras doenças, como por exemplo, problemas cardiovasculares, distúrbios da tiróide, esclerose múltipla; o uso de certos medicamentos e a ingestão de álcool ou drogas, podem contribuir para o desenvolvimento da doença.

### 2.4.1. A depressão e a Família

Numa perspectiva ocidental, a família é um grupo social caracterizado pela existência de ligações sanguíneas ou ligados por casamento, união de facto, ou adopção. “Este grupo incorpora a conexão com os indivíduos dentro da sua comunidade histórica, geográfica e socio-cultural” (Teodoro *et al.* 2010: 324).

A família é o *background* do indivíduo. Esta pode ser encarada como um agente terapêutico, além de ser o quadro de fundo do doente. É a família que pode contribuir para o diagnóstico inicial da depressão. Em alguns casos, o indivíduo não sabe que está doente e nem se considera como tal. E é precisamente a família que reconhece ou poderá reconhecer os sinais precoces; ou se o indivíduo está diferente do habitual.

A família colabora com o tratamento da doença, na medida em que, por vezes na fase mais delicada da depressão, em que o doente se encontra incapaz de fazer as suas tarefas; a família vem em auxílio do doente para o ajudar na realização dessas mesmas tarefas, assim como na gestão da medicação.

Alguns estudos têm demonstrado que o envolvimento e apoio familiar, pode ter grande influência no decurso da doença depressiva. É importante que os familiares possam fornecer à pessoa deprimida, um ambiente carinhoso e de apoio. As pessoas normalmente esperam que os sintomas da doença passem rapidamente, porém cada doente tem o seu próprio ritmo. É preciso não ter expectativas e não pressionar o doente a animar-se (Gotlib e Beach, 1995).

Apesar da opinião geral considerar que a família pode funcionar como auxiliar do tratamento, em algumas famílias, isto não pode de facto acontecer. Por um lado, o doente não encontra apoio e por outro lado, depara-se com o criticismo por parte dos familiares que o fazem sentir ainda pior. Nestas condições, está-se perante uma comunicação doentia (segundo as sessões psico-educativas). Quando isto acontece, os doentes acabam internados, uma vez que, esse ambiente familiar não é o mais favorável à doença.

A depressão acaba por ter um impacto significativo no padrão de comportamento dos outros membros da família. Por exemplo, a depressão é muitas vezes acompanhada por um aumento das discussões conjugais. Os cônjuges de pessoas deprimidas têm tendência a ficarem frustrados com estes (Gotlib e Beach, 1995). As relações dos indivíduos com depressão e o seu cônjuge são caracterizadas por um maior nível de irritação e hostilidade. Os problemas conjugais parecem ter uma forte influência no decurso da doença. Contudo, um apoio conjugal forte, poderá resultar numa melhoria mais rápida, eficaz e duradoira dos sintomas depressivos. De igual modo, o apoio e participação de outros familiares pode ser essencial na diminuição desses sintomas. A

colaboração dos familiares poderá ajudar o doente depressivo a lidar com os seus sentimentos e a fortalecer a sua relação. “A família é a estrutura do doente mental em todos os aspectos principalmente o emocional” (Silva *et al.* 2008).

A depressão pode também afectar a ligação entre pais e filhos. Os estudos sugerem que os pais depressivos têm mais dificuldade em interagir com os seus filhos e poderão retirar menos prazer da maternidade ou paternidade. O impacto da depressão poderá ter efeitos prolongados no bem-estar psicológico e social dos filhos. O humor afecta as relações criando um padrão negativo de comportamento (Gotlib e Beach, 1995).

Assim como os profissionais de saúde mental precisam que cuidem da sua própria saúde mental, também os familiares precisam de apoio e ajuda, por vezes, também especializada.

Falta referir, que nas famílias em que a depressão é demasiado vivenciada, levando a um envolvimento em demasia, pode acabar por acontecer um sobre-desenvolvimento emocional.

## 2.4.2. Suicídio como consequência da Depressão

Uma consequência da depressão grave é a tentativa, ou mesmo o suicídio. Esta é a principal causa, para que alguns doentes sejam internados. Verifica-se que as tentativas de suicídio são realizadas com maior frequência por indivíduos do sexo feminino, enquanto, que os suicídios são em maior número para o sexo masculino e em idades mais avançadas. As mulheres recorrem com maior frequência a métodos não letais, por exemplo, ingestão de tranquilizantes), já os homens utilizam métodos mais letais ou violentos (por exemplo, o enforcamento), o que leva a que estes sejam mais bem-sucedidos. “No mundo desenvolvido, as mulheres tentam suicídio mais vezes do que os homens, cerca de três vezes mais em Portugal” (Lurie, 2007: 102).

Na maioria dos casos, as tentativas de suicídio são actos «para-suicídio», a morte não é verdadeiramente desejada. A tentativa de suicídio surge assim, muitas vezes como uma chamada de atenção. Mas também poderá representar um pedido desesperado de ajuda, que não pode nem deve ser menosprezado. Além disso, não é fácil diferenciar um indivíduo que comete ou de outro que apenas pratica um para-suicídio.

O doente que apresente ideação suicida deverá ser observado e avaliado por um psiquiatra, para que sejam tomadas as medidas terapêuticas necessárias, que poderão em alguns casos passar pelo internamento psiquiátrico, como já foi referido. “A ideação suicida, quando detectada requer avaliação e intervenção imediata” (Pergher *et al.*, 2004: 86).

Alguém que sofre ou tenha sofrido uma depressão grave sabe bem que os sentimentos de desespero e as ideias de suicídio são os sintomas mais assustadores. Resiste-se a uma grave doença física, é precisa mais coragem para enfrentar e vencer o sofrimento psíquico de limitação da liberdade. O indivíduo sente um desespero tal que o suicídio parece ser a solução, a saída, para o sofrimento insuportável. A falta de esperança parece ser o motivo principal, que leva o indivíduo a pensar pôr fim à vida.

Um episódio de ideias de suicídio é temporário. Os que sobrevivem a essa fase tão negra e arriscada quando olham para nós, depois de recuperarem a saúde, não conseguem entender como se viram naquele pesadelo, pois a doença tinha-lhes tirado toda a esperança. O risco de suicídio é maior nas primeiras crises de depressão, pois a pessoa aprende com a experiência a verificar que as crises passam, aprende a reconhecer a doença como uma doença que se trata, melhora e pode prevenir.

## 2.5. A Depressão em diferentes culturas

A depressão é uma doença que atinge indivíduos a nível global. Pode apresentar outras conotações e vivências segundo as diferentes culturas. Os estudos transculturais são de interesse em três grandes áreas: a antropologia, a psiquiatria e a epidemiologia psiquiátrica.

A perspectiva transcultural reside justamente na força destas três grandes áreas de pesquisa que reproduz a complexidade do seu objecto de estudo. A Antropologia procura compreender nos sintomas formas de manifestações culturais humanas. E a psiquiatria como ciência aplicada tenta obter modelos que possam ter um valor heurístico para a compreensão e alívio do sofrimento psíquico humano. Já a epidemiologia, que tem a população, como objecto de estudo, pretende de algum modo estudar a distribuição, a prevalência de doenças nas populações, exigindo da psiquiatria modelos e categorias de diagnóstico.

A cultura influencia a depressão de três maneiras: Primeiro, através da ausência de palavras que descrevem estados emocionais internos. As palavras que podem designar as diferentes emoções nas diferentes línguas podem, também, restringir-se a termos somáticos vagos ou a termos que expressam tanto um conteúdo somático como afectivo, ou até termos que apresentam diferenças subtis entre queixas somáticas. “Em muitas culturas não existem termos para descrever a depressão e estados emocionais internos (Chaturvedi e Desai, 2007: 195). Segundo, pela possibilidade de que a cultura condene a expressão de estados emocionais percebidos; e terceiro, pela possibilidade de que a cultura forneça à pessoa doente crenças, metáforas e formas de ver o funcionamento do corpo, tornando-as coordenadoras da interpretação das mudanças corporais.

Existem várias construções culturais que envolvem, sintomas depressivos sem, no entanto, preencher critérios de depressão no sentido biomédico do termo. “A cultura afecta a maneira como percebemos, rotulamos e lidamos com sintomas somáticos, bem como psicológicos” (Kleinman, 1980: 178).

Os estudos transculturais sobre a epidemiologia das depressões, embora numerosos redundaram em poucas conclusões definitivas. “As diferenças transculturais em níveis e taxas de depressão têm sido registadas extensivamente” (Esbun e Caldwell-Colbert, 2009: 185).

Em função da ausência de um conceito claro de que é depressão, sendo os seus limites definidos dentro de uma perspectiva etnocêntrica, surgiram dados epidemiológicos a favor que sustentavam a ideia de que a depressão era muito rara ou, mesmo, ausente em África (Uchôa e Corin, 2002: 102). Muitos casos de depressão major nos países africanos eram considerados casos de neurastenia segundo o diagnóstico ocidental, devido à predominância de sintomas de hipocondria e astenia, acompanhada de baixa concentração, lentificação e inércia, apresentando também alguma tristeza. A epidemiologia transcultural das depressões, evidenciam a universalidade do diagnóstico desta doença.

A partir da observação, de que em muitas línguas não-ocidentais, não existe o equivalente para a palavra depressão, sugeriu-se que há um desenvolvimento histórico e transcultural para as palavras que designam estados de sofrimento emocional. “Diversos contextos culturais mostram diferenças significativas nas definições de normalidade e patologia, muitas vezes com base em factores de contexto – no número e duração dos sintomas necessários para a imparidade, na fenomenologia da desordem” (Lewis-Fernandez *et al.* 1995: 437).

Kleinman (psiquiatria e antropólogo) considera que a “psicologização”, que ocorre junto com o nível educacional e de ocidentalização, é feita por autores ocidentais ou por autores locais com uma formação ocidental divorciada da sua própria cultura, os que tendem a ver os fenómenos somente a partir de uma perspectiva de saúde mental, o que decididamente é um ponto de vista ocidental.

Existem culturas que definem o *papel de doente* mais em termos somáticos, como no caso das classes sociais mais baixas, analfabetos e em determinadas culturas. O *papel de doente* para sujeitos que seriam diagnosticados como deprimidos pode ser completamente negado, como no caso de algumas sociedades africanas em que não há uma palavra para expressar depressão. “A palavra ‘depressão’ está ausente nas línguas de algumas culturas” (Spero M., 491).

Como já foi referido anteriormente, inicialmente dizia-se que a depressão não existia em África, pois as queixas eram mais a nível somático, as ideias de suicídio eram raras ou simplesmente não se manifestavam, tal como a culpa e o desespero existencial.



“Segundo Diop (1967), um dos aspectos mais marcantes da melancolia em África seria a raridade do delírio de auto-acusação. Entretanto, ele conclui que a ausência deste delírio não significa que o sentimento de desvalorização não exista, simplesmente ele não se exterioriza da mesma forma” (Uchôa e Corin, 2002: 104).

E como Chiara Pussetti no seu artigo *Biopolíticas da Depressão nos Imigrantes Africanos* salienta: “ a depressão tornou-se uma patologia importante, e prevê-se que venha a ser, dentro de poucos anos, o problema de saúde mais significativo do continente africano” (Pussetti, 2009: 595).

A *black depression* é um termo clássico da psiquiatria cultural, em que se discutia precisamente essa patologia ausente (depressão), os médicos e psiquiatras coloniais atribuíram isso “à inferioridade biológica e espiritual” destes povos (conceito racista). “O negro não conhece a depressão por ser pouco auto-consciente, imaturo, ter falta de integração pessoal e sentido de responsabilidade, ter uma afectividade infantil, ser dominado por sentimentos pueris, despreocupados com o futuro e ancorado à imediação do presente” (Pussetti, 2009: 25).

Depois da independência dos países africanos, com o aumento da urbanização e devido “à mudança de códigos interpretativos dos psiquiatras”, e também da globalização crescente das categorias psiquiátricas euro-americanas, começa então a aparecer descrições ocidentais de depressão, “a globalização tem influenciado a psiquiatria através de efeitos socioeconómicos sobre a prevalência e curso das desordens mentais, alternando as noções de identidade étnico-cultural e a produção do conhecimento psiquiátrico” (Jenkis, 2007: 25).

Um autor que se tem dedicado a este tema de psiquiatria cultural é Arthur Kleinman (já mencionado anteriormente) e nos seus trabalhos ele preocupou-se em examinar as influências culturais nos processos de cognição, afecto e psicofisiológicos, o comportamento e o papel social dessas mesmas influências. Ao tratar pacientes chineses em Taiwan, Kleinman verificou que “a linguagem torna a experiência principalmente somática” (Kleinman, 1980: 119), ou seja, as queixas físicas servem para descrever tanto estados psicológicos como estados fisiológicos. “O contexto social e a cultura influenciam o processo biológico e psicológico que sustentam a apresentação dos sintomas que devem conduzir a uma avaliação mais exigente da construção social da doença (*illness*)” (Kleinman, 1980: 147).

O estudo levado a cabo por Arthur Kleinman e sua esposa Joan Kleinman, *Somatização: As interligações na sociedade chinesa entre Cultura, Experiências Depressivas e os Significados da Dor*, verificaram que “os pacientes com neurastenia na China podem ser diagnosticados como sofrendo de depressão” (Kleinman e Kleinman, 1985: 436). Actualmente neurastenia, já não faz parte do diagnóstico ocidental, mas na China é frequentemente diagnosticado. Mas a parte da disforia (depressão, tristeza, irritabilidade) não é mencionada pelos doentes, pois na cultura chinesa estes sintomas

são considerados vergonhosos tanto para o indivíduo como para a sua família. “As queixas psicológicas não têm a mesma eficácia social que as queixas físicas têm no suporte geral e cuidado” (Kleinman e Kleinman, 1985: 438). As queixas a nível somático estão mais vulgarizadas e são frequentes. Está aqui patente o estigma da cultura chinesa em relação à depressão, uma vez que o estigma existe em relação a qualquer doença mental: “o afecto depressivo é inaceitável na China, por isso *significa* doença mental estigmatizada, colapso da harmonia social” (Kleinman e Kleinman, 1985: 478).

Enquanto a depressão é estigmatizante para os chineses, já para os iranianos não o é. Para este povo, “a tristeza e a dor é essencial para estabelecer profundidade pessoal”(Good *et al.* 1985:392), “embora a depressão não seja um ideal, não há estigma associado com a expressão de profunda tristeza; de facto, a habilidade para expressar tristeza é altamente valorizado” (Good *et al.* 1985: 386).

No trabalho que realizou com pacientes chineses em Taiwan, Arthur Kleinman verificou, que a maioria dos seus pacientes com depressão, utilizavam mecanismos de somatização. O que mais sobressai do modo de ser chinês, é que eles evitam falar dos seus problemas pessoais em termos psicológicos.

Kleinman defende, que a vulnerabilidade psicológica e biológica dos indivíduos, é combinada, com a pressão social ao criar síndromes de desordem incorporados em respostas do organismo. As normas culturais interagem reciprocamente com os processos biológicos (Kleinman e M.D., 1991).

Estudos clínicos realizados, numa revisão transcultural na Arábia Saudita, Iraque, Africa Ocidental, India, Sudão, Filipinas, Taiwan, Hong Kong, revelam taxas de somatização elevadas (Kleinman, 1985).

Nesta parte do trabalho, tem sido salientado o aspecto cultural na vivência e experiência da doença. Mas é pertinente salientar, como o Professor Quartilho explica (2001) que a evolução social de uma doença reflecte uma dialéctica entre o corpo e a sociedade. Por um lado, é no corpo que os sintomas são muitas vezes procurados pelo doente, que tenta compreender o que se passa com o seu corpo, quer pelo próprio médico que tenta rapidamente encontrar a origem do problema da doença. Os médicos por vezes subestimam as questões relacionadas com a cultura, os contextos de vida e os percursos sociais. Com dizem, Quartilho (2001) e Kleinman (1980), os sintomas do corpo podem constituir metáforas de mal-estar individual, social e político. Como é evidente, o médico e o paciente fazem parte de uma construção social da doença, que vai desde os seus sintomas à reconstrução do ambiente familiar e escolar, até à prescrição médica.

Existe cada vez mais consenso sobre a importância da avaliação dos aspectos culturais em psiquiatria. Entre as várias estratégias de pesquisa para a depressão, a abordagem transcultural representa um meio útil para investigar e entender as características

universais e específicas da etiologia, sintomatologia, percurso e prognóstico dos transtornos depressivos. A relação intrínseca entre cultura e depressão tem um valor prático evidente, auxiliando na compreensão da relação entre o homem e o seu meio sociocultural. Quanto maior for o conhecimento sobre a depressão e sobre a cultura, melhor será a formulação da teoria.

## 2.6. Depressão-Tratamento

A escolha do tratamento da depressão é personalizado. Depois de uma avaliação do paciente, não só do ponto de vista físico, mas também do ponto de vista mental. Como a depressão é uma doença multifactorial e complexa, é de esperar que o tratamento seja também diversificado. Existem duas grandes formas de abordagem terapêutica, que é a biológica e a psicológica, que não se excluem entre si e podem até ser complementares. Se um doente tiver indicação para fazer psicoterapia, poderá beneficiar de efectuar em simultâneo um tratamento farmacológico.

No tratamento da depressão, em que na maioria dos casos, apresentam uma gravidade ligeira ou moderada, irão ser tratados pelo médico de família, pois é quem conhece melhor o indivíduo e a família, e não necessitarão de mais ajuda. Enquanto, que outros terão de ser seguidos por um psiquiatra e, para além de efectuarem uma terapêutica antidepressiva, poderão ainda ter de ser acompanhados através de uma psicoterapia individual ou de grupo.

Tal como o tratamento da depressão é personalizado, a escolha do antidepressivo é individualizada e vai ser condicionado por vários aspectos, que incluem as características do quadro clínico, o perfil de eficácia clínica, a segurança e a tolerância. O facto de determinado antidepressivo ter resultado num indivíduo não significa que se obtenha o mesmo sucesso com outro.

A seguir à escolha do antidepressivo, este deve ser administrado numa dose mínima eficaz, devendo-se ter em consideração que existe um tempo de latência (normalmente duas a três semanas) entre o início do tratamento e o aparecimento dos primeiros sinais de melhoria clínica.

A terapêutica com antidepressivos é recomendada por um período de pelo menos seis meses. Esta orientação é feita, porque se sabe que os doentes, após um episódio depressivo, têm um risco acrescido de recaída durante o primeiro ano se não fizerem a terapêutica antidepressiva durante um período mínimo. Quando o tratamento é interrompido ou quando o antidepressivo é substituído por um placebo, verifica-se uma recaída na ordem dos 50%. A adesão à terapêutica durante a fase de continuação revela-se fundamental. Os doentes devem ser sensibilizados para a necessidade de manterem o tratamento com o antidepressivo, mesmo quando já não existem sintomas depressivos

significativos. Poderá contudo, haver situações em que a terapêutica com antidepressivos (por exemplo, depressão unipolar decorrente, ou seja, distímia), esteja aconselhada por tempo indeterminado (Lin *et al.* 1995).

Mas, apesar de todos os cuidados terapêuticos, a recaída da depressão é imprevisível. O doente deve ser alertado para essa possibilidade. É aconselhado a que, caso reapareçam alguns dos sintomas depressivos, deverá contactar o seu médico de família para que seja possível intervir o mais rapidamente possível.

As psicoterapias têm surgido em maior número nos últimos anos, e são várias as técnicas e formas de abordagem. A psicoterapia é uma forma de tratamento através de meios psicológicos, assente numa relação terapêutica, centralizada na problemática do doente, visando a compreensão e o alívio do sofrimento do doente.

O tratamento psicoterapêutico é alicerçado na relação que se estabelece entre o terapeuta e o paciente, sendo este o elemento-chave para a melhoria dos sintomas. Mas este é também um aspecto presente na relação médico-doente.

A psicoterapia de apoio é talvez a forma mais comum de psicoterapia. O facto de poder ser aplicada num leque muito diversificado da população, leva a que seja a psicoterapia mais utilizada no tratamento da depressão em termos institucionais (Hospitais, Centros de Saúde, etc.). Outras psicoterapias utilizadas são a psicoterapia cognitivo-comportamental, a psicoterapia psicodinâmica, a terapia interpessoal terapia familiar, etc.

Uma outra técnica para o tratamento da depressão é a electroconvulsivoterapia, apesar de envolver em polémica ainda é utilizada em alguns casos. Utiliza-se esta técnica quando as depressões são resistentes ao tratamento farmacológico, depressões associadas a sintomas psicóticos ou casos em que, sendo extremamente elevado o risco de suicídio, torna-se necessário melhorar rapidamente o doente (Madsen *et al.* 2000).

Ao contrário do que se passava no passado, hoje os doentes podem efectuar sessões de electroconvulsivoterapia sem estar internados, pois já é possível ter alta poucas horas depois da sessão.

### Capítulo III

#### 3.1. A depressão vivida por cada um dos colaboradores

“Ao contar e recontar a sua história de vida, antes, durante e depois da depressão, o doente procura extravasar uma dor contida no seu íntimo, e então sentimentos, actos, condutas e comportamentos se confundem para dar lugar a uma postura depressiva, peculiar a cada tipo de depressão, mas ao mesmo tempo, única do ponto de vista da retórica” (Neto, 2005: 137).

Em vez do nome dos colaboradores serão enumerados: colaborador 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. A atribuição numérica é directamente proporcional à ordem pela qual a mestranda os conheceu.

Tudo o que a mestranda diz sobre os colaboradores foi obtido através dos mesmos ao longo das conversas que tivemos. A mestranda prefere escrever “conversas”, porque foi o que acabou por acontecer, com a maior parte dos colaboradores.

##### Colaborador 1

Filho mais novo de sete irmãos. Estudante, a acabar a licenciatura em Arquitectura, na Universidade de Coimbra. Tem 45 anos, é casado e tem dois filhos. E é de Poiares. Foi-lhe diagnosticada a depressão em 2007, mas julga que já sofre desta doença desde os seus 22 anos.

Revela que era um óptimo aluno na secundária, mas quando entra para o curso de arquitectura, começa a não ser assim tão brilhante. As cadeiras que no curso se mostraram mais complicadas para ele foram “matemática” e “projecto”. Enquanto, em disciplinas como a “escultura”, “pintura”, “fotografia”, “cerâmica” e “geometria descritiva”, manteve-se um aluno razoável. Acaba por abandonar o curso no quinto ano; entretanto foi empresário, trabalhou como desenhador em construção civil e foi também projectista em empresas.

Durante o tempo em que esteve sem estudar, diz que não passava perto do departamento, pois “ganhou fobia”: aquela ...aquela fobia, porque eu fiquei com fobia da própria escola; porque andei anos que não passava sequer à porta”.

Foi preciso ter um acidente sem consequências graves, para o levar às urgências, do Hospital Universitário de Coimbra (HUC), alguns dias depois. Resolveu ir, porque “sentia” zumbidos nos ouvidos constantemente, e alguma falta de equilíbrio. Acabou por fazer uma série de exames, percorreu os sectores todos até chegar à psiquiatria, de onde saiu com a receita de antidepressivos. Teve que voltar às urgências num curto

espaço de tempo, pois não conseguia aguentar a medicação, devido ao estômago: “parecia que tinha vidros”, e também porque afectou a sua vida sexual.

A médica que o atendeu dessa vez, nas urgências, marca-lhe uma consulta no Lorvão (actualmente esta delegação já não existe). Na altura passa a ser então seguido por esta médica (o colaborador revelou o nome, mas a mestranda opta por não o mencionar). O colaborador 1 tinha o sono totalmente desregulado, “muito cansaço, falta de motivação, necessidade de dormir excessivamente”.

Ao longo do seu percurso de vida, antes do diagnóstico da depressão, as suas manifestações eram sobretudo somáticas, como dores de cabeça e de estômago. “Isto começou com 22 anos. Aquilo que me acontecia era: - Eu ia para a cama, passava um mês de cama, faltava às aulas e de alguma forma carregava as baterias. Apesar desse mês de cama, da frustração e do choro, fenómenos típicos depressivos; a determinada altura as endomorfina começaram a funcionar... e a coisa ia ao sítio, e eu ia para as aulas. É evidente que eu já levava um mês de atraso, com problemas para resolver, mas pronto. Arrancava!”

Quando casou ainda era estudante, e segundo o colaborador, o sogro nunca aceitou o casamento, não revelou porquê. “Talvez o facto, do meu sogro não ter ido ao casamento e ter feito a vida negra à filha e de não me aceitar, como ainda hoje não me aceita, talvez tenha agravado todo o processo”.

A cama era o único sítio onde lhe apetecia estar, era o seu “refúgio”. “Só de pensar na ideia de sair de casa, já é um tormento, um sofrimento enorme, quanto mais ir para algum lado!”.

Um doente depressivo: “Em vez de andar normalmente, anda a 10% ou então a 1%. Por isso, tudo parece... tudo é difícil. Eu tinha dificuldades em articular uma palavra! Eu tinha dificuldades... eu esquecia-me de tudo! E tive períodos terríveis... em que não conseguia dizer, esquecia-me do vocabulário e não conseguia fazer um raciocínio. Ainda hoje, sinto que tenho isso”.

Com a ajuda da ADEB, que frequenta há 4 anos, regressou à faculdade: “E então um dos processos terapêuticos foi de regressar e concluir o curso de arquitectura. Efectivamente, regressei e matriculei-me”.

O colaborador considera que a sua doença não tem cura, mas os medicamentos e a terapia são de facto imprescindíveis, para ir conseguindo ultrapassar os obstáculos que surgem e muitas vezes são agravados pela doença. Demonstra uma certa revolta, porque como ele diz: “Se eu andasse de cadeira de rodas era mais fácil de ver. Mas esta cadeira de rodas está no cérebro, está na zona central e... mas eu acho que às pessoas de fora, que não passam e que não se interessam... dá-me ideia que as pessoas pensam que ao tomar os medicamentos, já está bom!”.

### Colaboradora 2

A colaboradora tem 41 anos, vive á 8 anos com o namorado. É secretária do gabinete de planeamento de comunicação e relações públicas. Tem o 12º ano. A entrevista foi realizada no café Seripipi, em Loures, em frente do prédio onde reside.

Esta colaboradora revela ter tido uma infância muito difícil, existia em casa dela um ambiente “muito pesado”, o pai espancava a mãe e a ela também. Os pais acabaram por se divorciar quando ela tinha 16 anos. Foi com esta idade que teve um princípio de esgotamento.

Os seus problemas começaram quando foi trabalhar como administrativa na câmara (a colaboradora pediu para eu não mencionar qual), onde se deparou com situações de muita competição, além de “inveja” entre colegas, pois “entrou para os quadros” da função pública “directamente, isto á 10 anos”. Passado 6 meses após ter entrado para aquele serviço ficou de baixa com um esgotamento. Depois, quando regressou enviaram-na para um departamento onde o director “não gosta de mulheres literalmente”. Quando ele passou a ocupar o lugar da Senhora Presidente da Assembleia Municipal, uma das medidas tomadas por este director foi colocá-la num gabinete apenas com uma mesa e um computador, sem qualquer função a desempenhar. Os outros – os colegas “tinham ordens para não lhe darem trabalho”. Acabou por ir parar às urgências da psiquiatria do Coríntia Cabral. Ficou de baixa durante um ano, depois na consulta da junta médica, ela teve que regressar ao trabalho. Quando isso se sucedeu, deparou-se com o seu lugar ocupado e este individuo surpreendentemente tinha o que fazer. Então colocaram-na novamente numa mesa, com a diferença, que desta vez estava virada para a parede.

É nesta fase que tenta suicidar-se e é-lhe diagnosticada a depressão. Também lançou o seu primeiro livro, e o seu psiquiatra incentivou-a a procurar a ADEB, o que ela fez e ainda hoje é uma das associadas.

A situação laboral acabou por ficar resolvida, porque o chefe do departamento mudou. E este chefe era alguém com quem o namorado da colaboradora se relacionava muito bem. Passou a ter trabalho. Além disso, o namorado é amigo do actual presidente da Câmara, com quem andou na escola. Esteve, então, dois anos a trabalhar sem problemas.

Quando a colaboradora tem recaídas, recorre ao isolamento. “Estou alguns dias de cama, para aí três, tudo fechado, tudo às escuras. E isolo-me. Não como, não bebo, não fumo, nada, nada. Estou para ali tipo vegetal autêntico. Nem tomo a medicação nessas alturas”.

Presentemente está de baixa, porque foi atacada na rua por um individuo que a cegou. Na altura desta entrevista, a colaboradora tinha o olho esquerdo tapado, devido à operação.

Não está a ser seguida por nenhum psiquiatra, toma a medicação (receitada pelo médico assistente) e é acompanhada na ADEB.

### Colaboradora 3

A colaboradora 3, no momento em que a mestranda a conheceu pessoalmente, tinha 46 anos. Estava desempregada. Possui o 9º ano de escolaridade. Vive com o marido e com as duas filhas ainda menores. A entrevista (com esta colaboradora, a mestranda utiliza o termo entrevista, porque existiu só este contacto) foi realizada, na própria residência da colaboradora em Carnaxide.

A colaboradora teve a primeira depressão aquando o nascimento da primeira filha, após o nascimento da segunda filha agravou-se, mas foi com a morte da mãe, que piorou drasticamente, acabando por tentar suicidar-se, após o luto pela mãe. Foi internada precisamente por isso.

Ao descrever o que sentia era “imensas dores de cabeça e tonturas, dores musculares como se tivesse feito exercício físico intenso. Uma angústia extrema e inexplicável. Uma sensação desesperante. Um mal-estar, a negrura, a dor dilacerante dos próprios pensamentos”.

Ao ser questionada sobre o que mais a marcou a colaboradora exterioriza: “O sofrimento, a exclusão social exterior e auto-imposta, a incapacidade de terminar o que se começa...O sofrimento dos entes queridos, falta de estabilidade... As tentativas falhadas com vários médicos, vários medicamentos, várias terapias...”.

E a colaboradora enumera alguns conselhos a quem sofre de depressão: “pesquisar e aprender sobre a doença e partilhar informação com os membros da família; estabelecer uma rotina diária, para dormir, acordar, comer e exercitar; tomar a medicação exactamente como o médico indicou; evitar a cafeína; limitar as situações de *stress*; procurar ajuda especializada”.



### Colaboradora 4

A colaboradora 4 também se encontra desempregada. Tem 27 anos e vive com os pais. Vive em Miranda do Corvo.

A esta colaboradora foi-lhe diagnosticada depressão á um ano. Não foi por sua iniciativa que procurou ajuda, mas sim por causa da insistência da mãe, também doente com depressão. A colaboradora diz: “Quando olhava para mim, não gostava do que via, não gostava de mim e tinha muito cansaço. Um cansaço avassalador! Doía-me o corpo, a cabeça. Tinha tonturas e falta de apetite. É claro que eu pensava que não’ tava doente.”

A mãe levou-a à médica de família, porque a colaboradora não conseguia levantar-se da cama. Esteve de baixa, “de Novembro a Dezembro, eu estive de cama praticamente”. Começou a ser seguida na psiquiatria do HUC, pois a médica de família, apesar de lhe ter receitado medicamentos para a depressão, achou por bem, enviar uma credencial para a psiquiatria do HUC. E nesse entretanto tornou-se associada da ADEB.

De Março a Maio, tinha consultas de psiquiatria no HUC, quinzenalmente, que passaram a mensais, até Agosto. Segundo a colaboradora, “foi muito difícil acertar com a medicação”.

Em Dezembro de 2007, começou a namorar com um rapaz com quem já tinha saído algumas vezes no passado. E de Dezembro a Outubro de 2008, foi um “namoro maravilhoso”, até que ele começou a revelar-se muito ciumento e controlador: “controlava-me o telemóvel, através do dele tinha acesso a todas as minhas chamadas, todas as minhas mensagens, enviadas e recebidas, assim como ao e-mail”. Começou então a violência, primeiramente psicológica, passado pouco tempo também física. Esta situação arrastou-se até 2009, quando ganhou coragem para contar à família o que se passava. E apresentar queixa posteriormente no posto da GNR.

“Batia-me, chamava-me de puta. E se eu o deixasse, que me matava e depois se matava a ele. Apanhei valentes sustos com a condução dele e em que ele dizia que nos lançaria por uma ribanceira...”. A colaboradora quando expõe este momento da sua vida passada mas ainda dolorosamente recente não consegue evitar que as lágrimas surjam.

### Colaboradora 5

A colaboradora 5 tem 58 anos de idade. Vive com o marido e com a filha, em Miranda do Corvo. Tem a 4ª classe e é “dona de casa”.

A depressão foi-lhe diagnosticada à 10 anos. A colaboradora pensa que já a tinha, mas foi agravada pela tentativa de suicídio da mãe. Ela conta que quando tinha vinte e

poucos anos, um ano depois de ter a filha, tentou suicidar-se após uma discussão com o sogro. Revela que não lhe podiam dizer nada que a contrariasse, que ficava logo “nervosa”. Nessa altura depois de regressar a casa, depois de tentarem fazer a lavagem, gástrica, “que custou muito”, a colaboradora fez uma “cura de sono, mais ou menos um mês”, recomendada pelo seu psiquiatra, que nesta fase da sua vida era particular (a colaboradora disse o nome, mas a mestranda opta por não o mencionar).

Neste período em que estive a realizar este tratamento, quem cuidava das coisas da colaboradora, da filha, do marido e dela, era a sua mãe. Até aqui, tomava muitos medicamentos, depois passou a tomar apenas um.

Neste período da sua vida trabalhava no Grémio (Cooperativa Agrícola da Lousã), no atendimento ao público, começou a trabalhar lá com 14 anos. Optou por deixar o emprego, para se dedicar à família. Pois, o marido e ela haviam resolvido ter outra criança. Desde então, foi vivendo “razoavelmente”.

Em 1995/1996, começou a ter problemas com uma vizinha, que “lhe estragou a casa”, ou seja, a colaboradora e a vizinha tinham uma parede em comum entre as suas casas; e a vizinha ao restaurar a casa, levantou-a e utilizou o lado pertencente à colaboradora. Mas isto, não foi o pior. A casa da colaboradora começou a ganhar muita humidade, alguns meses depois e a chover no quarto das filhas, e alastrando-se por toda a casa. “O tecto da minha sala, que era trabalhado e envernizado começou a quebrar, no meu quarto começaram a nascer cogumelos”. A Câmara Municipal não quis saber, ela e o marido, tiveram que recorrer à justiça (ainda hoje, o caso continua em tribunal, porque depois da vizinha ter recorrido sempre e perdido, agora nega-se a pagar a indemnização). Uma das consequências deste problema foi ter que sair da sua própria casa, “que tanto dinheiro me custou”, completamente estragada “uma miséria”, e ir para uma casa arrendada. Outra consequência é que as suas filhas sofreram muito com tudo isso, começando a filha mais velha a sofrer de depressão “ainda novinha” e a tomar medicação antes da colaboradora. O marido ficou diabético, e ela atribuiu-o aos problemas causados pela ruína da casa deles. “O meu marido ganhou diabetes, por causa do sofrimento e preocupação com o problema da casa”.

E é neste entretanto, que a mãe da colaboradora é “atropelada por um carro e depois não quis ficar no hospital com uma perna partida e sofreu muito com dores, quis vir do hospital assim sem ser operada nem nada; e tinha que o ser, até teve que assinar um documento em como ela se responsabilizava por isso. E depois, teve que acabar por ser, passados mais ou menos dois meses. Já devia ter depressão a minha mãe. Dizia que nunca mais podia ter uma vida boa. Depois ela foi tratada, mas, mas, depois tudo se acumulou. Até que pegou numa faca de matar os porcos e espetou na garganta e chega junto da minha irmã que estava a tratar dela e diz: - *Olha o que eu fiz, olha o que eu fiz?! – e a esvair-se em sangue. O meu pai, coitado, começa aos gritos. Chamou-se a ambulância e é levada para os HUC. Salvou-se. Felizmente salvou-se*”.

Esta situação foi o culminar, pois a partir dali, a coragem que tinha tido nos anos que se seguiram ao tratamento que fez, quando ainda era uma jovem esposa e mãe, essa coragem evaporou-se. O medo, o pavor, apoderou-se dela, a constante vontade de chorar, aquela tristeza sem fim, que está patente nesta doença, levaram-na a procurar ajuda. Ajuda essa que encontrou junto da médica de família, junto da psiquiatra do HUC e da ADEB.

“Quando eu’ tou pior, eu não saio, não me apetece vir à rua, nem me apetece falar, nem ver ninguém. Só sinto vontade de chorar e estar deitada no escuro. Uma angústia que eu ganho dentro do meu peito que não aguenta”.

## Colaborador 6

Reformado à 3 anos, trabalhava na lavandaria do HUC. É solteiro, vive com os pais e tem uma irmã mais nova, que já está casada. Tem o 8º ano de escolaridade e 42 anos de idade.

Um médico amigo da família, numa das vezes que foi a casa do colaborador, achou que ele devia ir a um psiquiatra, pois o colaborador não falava e estava praticamente prostrado e isolado. Mas o colaborador concebe que “isso já faz parte da minha maneira de ser”. Esse médico, amigo da família do colaborador, como considerou o comportamento deste estranho, iniciou ele mesmo o tratamento, isto em meados dos anos 90. O colaborador considera que melhorou, mas acabou por ter uma recaída e teve de ser internado.

Com o decorrer dos encontros com o colaborador, ele afirmou sempre que nunca tinha tentado o suicídio. Para além da depressão, ele tem outro problema, que é o álcool. E o álcool surgiu primeiro na vida do colaborador, do que a doença depressiva. Actualmente toma medicamentos para os dois problemas.

Nos momentos em que se encontra “mais em baixo”, o isolamento é uma constante e um dos primeiros sinais, e a facilidade e frequência do choro, outro. Na altura em que trabalhava começava também a faltar ao emprego. Era uma mistura de “ressaca e depressão”.

Ao longo de todos estes anos, já teve vários internamentos, devido às recaídas que também estão associadas com o alcoolismo. O colaborador confessa que fica mais extrovertido e “disfarça um pouco a timidez”. Quando chega a casa, nestes períodos, só sente sono.

Quando questionado sobre o que sente quando está internado, o colaborador responde não sentir nada: “Não sinto nada. Fico com poucas lembranças. Como estou muito medicado tenho sono”.

Hoje, reformado, diz que passa os dias no computador, desde ouvir música, ver filmes, e escrever poesia- quando o gelo derreteu partilhou que tinha um blogue e que costuma mostrar e partilhar os seus poemas.

### Colaboradora 7

A colaboradora 7 tem 42 anos, é licenciada, vive sozinha num apartamento em Leiria. É *freelance*.

A colaboradora foi estudar no ensino superior para Lisboa. O motivo que a levou a ir para a capital foi “um grande amor”. Depois de terminar o curso de Línguas esteve a trabalhar numa empresa em Cascais. Hoje, revela-se arrependida por ter seguido aquele impulso de ir para a capital.

A primeira vez que procurou ajuda, foi no ano 2000, onde o psiquiatra lhe receitou medicação para a depressão. Depois andou razoavelmente bem “mascarada de feliz”. Nos 6 anos que se seguiram, procurou ajuda adicional, desde astrologia, *workshops* de auto-ajuda, fazer tratamentos com base em produtos naturais.

Comprou um apartamento na terra dela e começou a trabalhar como *freelance*. Á 5 anos surgiram problemas com a partilha dos bens após a morte do seu avô materno. O seu avô era um industrial rico, mas enquanto teve saúde andava “sempre em patuscadas e com mulheres a torto e direito”. A avó, segundo as palavras dela “era uma agricultora analfabeta, que aceitava tudo”. Os problemas da herança eram devido à sua tia “que tinha fugido de casa quando ainda era jovem”, e agora queria as compensações monetárias do tempo que tinha estado afastada, que foram 18 anos.

Quando esta tia, que também é sua madrinha fugiu, a colaboradora sofreu muito, pois gostava dela como se fosse sua mãe. E ela foi-se embora sem se despedir, daí a sua mágoa. Mas nunca imaginou que ela fosse “uma pessoa muito velhaca, muito gananciosa, uma coisa! Foi avassalador estar em contacto com uma pessoa assim!”

Regressam as depressões, depois da morte do avô e dos problemas da herança que existiu entre os pais da colaboradora e a tia. Isto também coincide com a altura em que comprou o apartamento e com o seu trabalho de *freelance*. Como não consegue trabalhar devido à doença, vê-se obrigada a não aceitar alguns trabalhos. “Sinto-me a desejar que não haja trabalho, é uma dificuldade! O meu corpo dói, é um esforço brutal. É como andar por casa com uma faca espetada, literalmente. É um suplício.” Consequentemente, o dinheiro começa a escassear. Sobrevive com a ajuda dos pais. “Quando se dá estes períodos fico morta para o mundo. Ninguém sabe que’tou lá, a comer a minha baba e o meu ranho, a lamber as minhas feridas.”

A colaboradora considera que nasceu numa família disfuncional. “Nasci numa família disfuncional. Nasci numa família atipicamente disfuncional ou disfuncionalmente atípica, portanto, atípica à sua maneira. A mãe dona de casa, que viveu exclusivamente para a família. O pai, um pai ausente, possui um pequeno negócio. E só à dois anos é que consegui começar a dar-se com a mãe, isto aconteceu depois de uma conversa aberta que a colaboradora teve com a progenitora, onde lhe revelou que o amor da mãe era tão sufocante que assim nem conseguia sentir o amor dela (nesta parte do discurso, a colaboradora chorou). “Nesta fase da minha vida, falar com a minha família sobre...determinadas características da doença ou das coisas que me assolavam, por causa desta abertura, as pessoas à minha volta, a minha família passaram a sofrer muito.”

Ao longo do seu percurso de vida teve vários relacionamentos, que “nunca deram em nada”, a colaboradora pensa que a culpa é dela “por se entregar totalmente”. “Os namoros sempre deram todos errados, uma vida emocional sem jeito nenhum”.

A colaboradora, “Auto mutila-se”, termo utilizado pela própria (espreme os pontos negros da pele até ficar ferida e tira os pêlos encravados), quando ela fala sobre isto, transparece entusiasmo no seu discurso. Essa “auto-mutilação” ocorre quanto mais frustrada, irritada, triste, em baixo, a colaboradora se encontrar.

Em alguns momentos, afirma que não se pode matar devido ao apartamento, caso a sua morte fosse natural, este ficava pago, mas sendo suicídio, era um encargo para os pais além da perda emocional. Por isso, ela diz: “nem tenho liberdade para me matar”; confessa que outro motivo para não cometer suicídio é o medo que tem de não ser bem-sucedida, caso levasse avante esse acto: “Posso-lhe dizer, mesmo apesar de tudo, se houvesse um método infalível, que não permitisse arrependimentos ou hesitações ...não, não pensava duas vezes. Se houvesse esse método – clique”( e estalou os dedos).

Afastamento dos amigos, de novo, revela “entregar-se totalmente”, dar tudo de si. E não tem mais paciência para fingir ser uma pessoa que não é. Fartou-se de representar o papel de “está tudo bem”. “Quando todos esses elementos são levados ao extremo, ao ponto de impedir de trabalhar, de comer, de ir ao WC; no meu caso de tomar banho”[...] “O facto de não conseguir ir contra as tendências destrutivas, o facto de saber que'tou a sentir-me assim! Não conseguir ultrapassar isso também me afecta! É como estar a ser observadora, eu estou-me a ver sofrer horrores, muitas vezes fisicamente, outras vezes emocionalmente e também psicologicamente e não consigo fazer nada!”

A colaboradora sabe que sofre desta doença, já foi medicada muitas vezes. Na altura em que tivemos as nossas conversas, ela afirmou que de momento não estava a tomar nada, tinha apenas as consultas ali na ADEB. “Que eu tenho constantemente depressão, tenho, aceito. Lá está, o que me faz confusão é...na minha cabeça há razões para eu estar

deprimida, se eu conseguisse resolver esses problemas, eu sinto que não estaria tão doente!”.

## Colaboradora 8

A colaboradora é professora de História, mas não exerce. Tem 36 anos de idade, é casada e mãe de 3 filhos, uma menina e dois rapazes (sendo estes gémeos). Vive e Montemor-o-Velho.

A colaboradora sofre desta doença desde 1998, foi-lhe primeiramente diagnosticado pela médica de família e posteriormente pelo psiquiatra. A colaboradora conta que a depressão foi diagnosticada pelo psiquiatra após a sua tentativa de suicídio, ficando depois internada na psiquiatria do HUC, nos “pavilhões verdes”, ala feminina. O motivo pelo qual o fez foi “porque estava farta da vida, cansada, uma insatisfação constante, uma tristeza sem fim, uma apatia perante a vida...se eu pudesse simplesmente fechar os olhos e acabar tudo!”. E momentos antes de o fazer tinha discutido com o pai por causa da alimentação. O pai achava que ela não comia. “Foi por causa do comer. Os meus pais tinham ido a casa dos meus tios, e eu fiquei em casa, apetecia-me estar sozinha. Como eu andava muito magra, obviamente que estavam preocupados com a minha saúde. Quando chegaram, o meu pai questionou-me sobre o que tinha comido. Eu respondi que tinha acabado de comer figos. E começou então uma discussão, bem, uma discussão não, porque para haver uma discussão é preciso haver duas pessoas a discutir, e eu, não abri a boca literalmente. O meu pai acusava-me que eu o matava aos poucos, devido às minhas ‘manias’, que eu parecia uma caveira, que era quase transparente de tão magra. Porque não acelerar o processo e dar uma ajuda ao destino?! – Fechei-me na casa de banho, tomei os meus comprimidos e os dele, e tudo o que tinha à mão- houve algum barulho, penso que era o meu pai a arrombar a porta e levaram-me para as urgências do Centro de Saúde. Como estava inconsciente, segui dali de ambulância para a urgência do Hospital Novo. Quando acordei a minha mãe estava lá para me ver mas eu não quis!”

A colaboradora não quis ver a mãe porque tinha sobrevivido e perante algo que ela não esperava, que era estar viva, sentia-se ainda muito pior. “Estava frustrada por não ter sido bem-sucedida e ainda por cima, tinha que enfrentar os outros, a família, os olhares, as recriminações, as incompreensões... os sermões...”

A colaboradora ficou internada duas semanas, mas nessa altura permanecia na sua cabeça “pôr termo à vida”. Acabou por não o fazer, porque teve medo de voltar a falhar, e os outros modos de suicídio também não tinha coragem: “Deitar-me na linha e esperar o comboio, aterroriza-me, tomar veneno...enforcar-me!? – Ao menos, queria morrer sem dor. Uma morte santa – a dormir”. O que ela mais se lembra é de que quando

acordou: “A médica perguntou-me como me sentia? – Dói-me a alma – respondi eu. E era verdade, quando penso nisso, vejo que nunca consegui descrever essa dor”.

Para a colaboradora, o pior ainda estava por vir. Quando recomeçaram as aulas, ela não conseguia estudar, não se conseguia concentrar. Muitas vezes nas suas viagens de comboio, as “lágrimas teimavam em cair”, e como ia para casa de comboio era muito embaraçoso. Estudava, mas não conseguia fixar nada. Aquele ano lectivo foi para esquecer, estava no terceiro ano do curso de História. Uma outra coisa que começou a acontecer foi: “se antes tinha um discurso fluente, agora tropeço nas palavras e tenho muitas brancas”.

Com o decorrer das conversas, a colaboradora revela que pensa que o seu primeiro episódio depressivo foi aos 9/10 anos, quando frequentava a 4ª classe, recorda-se de ter ficado muito magra, e tinha dores de cabeça muito fortes e constantes, por vezes, vomitava. Fez exames mas estes não acusaram nada. A médica de família aconselhou os pais a consultarem um psicólogo, o que eles não fizeram. Tomou vitaminas e recuperou um pouco. O segundo episódio foi aos 15 anos e aconteceu precisamente a mesma coisa. Tanto numa vez como noutra as notas não foram afectadas. Foi com 21 anos que se deu a tentativa de suicídio e conseqüente internamento e foi aí que teve ajuda especializada.

Tornou-se associada da ADEB recentemente. E teve conhecimento desta associação através de uma amiga. Até então, tinha feito sempre medicação (que ainda hoje a faz). “Está fora de cogitação deixar a medicação. Como eu disse, penso que a minha depressão se deve a algum problema químico. Por exemplo, a minha psiquiatra, já tentou mudar-me o antidepressivo algumas vezes, e eu tenho que voltar sempre ao mesmo, porque pioro. Um dos primeiros sinais são as tonturas e depois as dores de cabeça.

“Quando estive internada, eu pensava sobretudo, como acabar com tudo, sem falhar, isto, talvez, nos primeiros dias...depois estava tão vazia, que não sentia coisa alguma”. O internamento é marcado por uma grande mutilação do sujeito, ele é mais um no meio de todos aqueles que lá se encontram (Silva *et al.* 2008).

A doença tem sido algo que a fez ficar estagnada perante a vida. Deixou de realizar determinadas coisas, não aproveitou oportunidades... O medo, o medo paralisou-a e esse medo, a colaboradora atribui à doença: “Quantas e quantas vezes fiquei parada, acorrentada ao medo que me dominava, um medo de novos desafios, de não ser capaz de ser bem-sucedida. O medo de falhar começou a ser um obstáculo desde os meus vinte e poucos anos”.

Todos os colaboradores puderam contar com o apoio dos seus familiares mais próximos, nem sempre da maneira que gostariam, ou até que fosse mais conveniente, mas pelo menos, não foram abandonados, nem postos de parte. Pois muitos doentes que sofrem de depressão na companhia da família, muitas vezes, não são compreendidos. Os amigos e familiares podem ficar desesperados e alguns até nem acreditam que o doente está doente – pensando simplesmente que o indivíduo é um egoísta.

O colaborador 1 desejava que a esposa se interessasse mais pela sua doença. Que pesquisasse, lesse, procurasse mais informação e declara: “Ela ainda hoje tem dificuldade em perceber quando estou pior e não aceita”.

A colaboradora 2, acha que o companheiro também deve ter a patologia, talvez devido ao convívio com ela. A colaboradora admite que nos episódios depressivos é muito difícil lidar com ela. Mas desabafa: “Desculpe o termo, eu faço das tripas coração para andar de pé, para andar... e depois sou confrontada muitas vezes com pessoas da minha família, a minha própria mãe e às vezes o meu marido, em vez de me porem para cima não! Põem-me para baixo no estado em que estou!”.

A colaboradora 5, e a colaboradora 8, sentem que têm uma grande estrutura de suporte por trás que são os filhos e os maridos. A colaboradora 4 tem o companheirismo da mãe e a sua compreensão. A colaboradora 3, apesar do apoio da família acrescenta “não é possível entender uma doença se não a tivermos”. O colaborador 6 sabe que também devido ao seu problema de alcoolismo, sente que é controlado em demasia.

A colaboradora 7, é a única deste estudo que vive sozinha. Mas depois de ter resolvido as suas diferenças com a mãe, esta é “o seu porto de abrigo”. No tempo em que ocorreu os encontros, os pais estavam a ajudá-la a pagar o apartamento.

Os colaboradores vivenciam a sua doença segundo uma perspectiva histórica da vida deles. Associam factos que marcaram a sua vida e que podem ter contribuído para o desencadear da depressão. O caminho que eles traçam, que eles percorrem está agregado ao seu passado. É importante reconhecer, que cada pessoa é um ser individual, com a sua maneira própria de estar no mundo e é nessa singularidade que eles vivenciam a depressão.

A depressão é uma doença vivenciada através de metáforas. A metáfora mais vulgarmente utilizada no discurso de alguém que tem depressão é o “estar no fundo do poço”. Susan Sontag no seu livro *A Doença como Metáfora e A sida e as suas Metáforas*, enuncia que as doenças graves são metáforas na sua base: um sinal de fraqueza, de fracasso, um reflexo de ter mau carácter. Na medida em que o cancro atraía o pensamento metafórico e acusações, também a depressão não é diferente de doenças como o cancro, sem razões causais claras, doenças que desafiam a explicação. Sontag



diz: “E se as doenças que se supõem serem causadas por múltiplos factores (ou seja, misteriosas) que têm mais largas possibilidades do uso como metáfora para tudo o que se considera social ou moralmente mau” (Sontag, 1998: 69).

Qualquer indivíduo que tenha estado gravemente doente, seja física ou psicologicamente acaba por aprender como é diferente a experiência da doença, e quantas pessoas existem ao redor de alguém que teve ou tem depressão e desconhecem o sofrimento dessa doença: “qualquer doença que seja vista como um mistério e seja profundamente temida será considerada moralmente se não literalmente, contagiosa [...] O contacto com alguém vítima de uma doença vista como um mal misterioso é inevitavelmente sentido como uma transgressão; pior, como a violação de um tabu” (Sontag, 1998: 14).

Aceitar ajuda médica no caso da depressão, para o doente, pode ser vista ou interpretada como fracasso. Susan Sontag, diz que no passado doenças como a tuberculose e o cancro era vistas como fraqueza pessoal, “a tuberculose, tal como a loucura, era considerada uma espécie de assimetria: o fracasso da vontade ou uma híper-intensidade” (Sontag, 1998: 72).

### 3.2. Estigma

Estigma “como uma situação onde o sujeito não se encontra habilitado para uma aceitação plena da sociedade; é uma marca diferencial de valor pejorativo, que inferioriza, sendo estabelecida a partir de critérios impostos arbitrariamente nas relações sociais quotidiana” (Goffman *in* Moreira e Telles, 2008: 234).

Junto dos colaboradores foi possível detectar que existia algum estigma relativamente à doença. Encontra-se na colaboradora 7 o estigma perante a exigência patente num emprego, em que ela devido à depressão, não consegue trabalhar. O estigma no próprio emprego, como conta a colaboradora 4, que quando regressou à loja, após a baixa, o seu contracto não foi renovado; o colaborador 6 também desabafa que no emprego não lhe atribuíam determinadas tarefas e ele associava isso ao seu problema. A colaboradora 5 revela o estigma da incompreensão, em que as pessoas pensam que o doente não tem nada (caracter invisível da depressão), e ainda como o colaborador 1 salienta: “Dizem tanto disparate junto, do género: -Bebe uns copos que isso passa; ‘Precisas é de te ir divertir’. Como é que eu sou tão estúpido, tão burro?!-Afinal é tão simples, mas eu só de pensar nisso fico angustiado.” Outro estigma identificado pelo colaborador 1: “Até parece que me estou a aproveitar da doença para...ou que me estou a defender...que queremos ser os coitadinhos, para não fazermos nada, e para que nos façam tudo”. E também o estigma da incapacidade, em que a colaboradora 3, se deparou com a situação de não ser capaz de cuidar das filhas: “cheguei a um ponto que pensei que o melhor a fazer era acabar com tudo. Não estava a ser capaz de cuidar das minhas filhas, do meu

lar... o meu marido embora tentasse me apoiar, via que ele estava de rastos; a perda da minha mãe... Queria acabar com os meus problemas e deixar de ser um problema, resumindo é isto!”.

A mestranda termina este capítulo com um poema oferecido pela colaboradora 2, que irá fazer parte do próximo livro dela:

“Solidão em Tom Maior

Maldita és, ó atroz solidão!

Todos tão perto,

Todos tão além!

Mas afinal que pretendes, ó desvairada alma

Em mim gerada!?

Não sabes tu, que não pertences a ninguém?

De que te lamentas incessantemente, ó insatisfeita, intangível

Em todas as preces, renegada?

És magistral Solidão

Peregrina desta vida

Tão louca quanto tu

Vagueando por aí.

E, teu nome é esse!

Não te iludas,

Teu nome é somente este!

Dói-me a alma fechada no amor

Que te não dou.

Doem-me os gritos quando grito contigo,

E pior ainda,

Quando não grito.

Qualquer coisa que eu mesma não entendo,

Porque já estou morta para o mundo.

Vejo-o e maravilho-me com ele,

Mas dói-me a alma fechada na palma das tuas mãos.”

## 4. Capítulo IV

### 4.1. Conclusão

A vivência da doença e as estratégias encontradas pelos indivíduos para se defenderem da doença, neste caso, da depressão são influenciados culturalmente (como foi frisado no item 2.5), desde o seu seio familiar ao grupo social onde estão inseridos. E estas estratégias podem variar em tipo e padrão cultural” (Kleinman, 1980: 172).

É através do que nos rodeia e rodeou no percurso das nossas vidas, que somos “moldados”, e através dessa moldagem, compreendemos, interpretamos e reagimos aos estímulos (quer sejam internos, quer sejam externos, estímulos de stress entre outros). A cultura está implícita em todo o processo da doença, contribuindo para a origem da doença afectiva: “a cultura contribui para a génese da doença afectiva, bem como a experiência afectiva normal” (Kleinman, 1980: 171), assim como o “comportamento da *illness* culturalmente constituída pode por vezes ter consequências adaptativas sociais e pessoais” (Kleinman, 1980: 159).

Kleinman constata que “todos os mecanismos de defesa, a somatização é talvez o problema mais difícil de gerir na psicoterapia com pacientes chineses” (Kleinman, 1980: 159). Enquanto para os chineses, os problemas familiares e financeiros (problemas interpessoais) são factores desencadeadores de maior stress, já os americanos encaram os problemas intrapsíquicos como mais tensos do que os familiares ou financeiros. Portanto, a cultura determina a avaliação dos estímulos de stress.

Como afirma Janiss Jenkis: “Kleinman destacou a contribuição da antropologia para a psiquiatria transcultural no que diz respeito a questões de tradução e falácia de categoria na definição de distúrbio psiquiátrico e patoplasticidade/patogenicidade e relevância para a análise cultural de taxonomias próprias da psiquiatria e dos métodos” (Jenkis, 2007:22). Pois os antropólogos estudam a doença para encontrar pontos-chave no processo de significação e “experimentação”, numa determinada sociedade, pois os conflitos que daí resultam, ou são uma consequência da doença ou são indicativos dos processos culturais da vida nessas comunidades.

As ideias de suicídio, tal como outros sintomas da depressão, podem ser tratadas. Para que um individuo possa ser ajudado, o seu médico ou outros profissionais de saúde deverão saber o que se passa com ele. O controlo adequado de uma crise depressiva, a prevenção e a atenuação dos sintomas, fazem com que volte a acreditar na vida e a viver.

Dada a importância individual, familiar e social das doenças depressivas, com o sofrimento que as caracteriza, a incapacidade que produzem, a incompreensão e rejeição a que muitas vezes conduzem os pacientes e o risco de suicídio, o seu tratamento leva os

medicamentos antidepressivos a um nível de importância a par de outros fármacos indispensáveis para a medicina e a psiquiatria. Convém salientar que o tratamento da depressão não se limita à prescrição de um medicamento, como em outras áreas da medicina, é também indispensável no acto médico a compreensão, a explicação, a motivação e o apoio psicológico individual e familiar. Mais do que nas outras doenças, a relação terapêutica é fundamental- mas sem a medicação antidepressiva, para a maioria das depressões, a mais bem consumada psicoterapia é manifestamente insuficiente, intervindo tão só na esfera dos mecanismos psicológicos de defesa. Os medicamentos depressivos são excepcionalmente importantes no tratamento das depressões e na sua prevenção.

Em conclusão convém dizer que perante uma patologia tão heterogénea, acaba por ser difícil prever quem vai ter apenas um episódio único, quem vai ter várias recorrências ou quem irá ficar com sintomas depressivos residuais. Nos últimos anos têm sido feitos alguns avanços relativos ao tratamento que se pode oferecer aos doentes. Pode-se hoje dizer, que o prognóstico da doença melhorou em comparação com o que acontecia há 20 ou 30 anos, já que, existindo maior oferta terapêutica, haverá certamente maior probabilidade de sucesso no tratamento. No caso dos antidepressivos, o aparecimento de novas substâncias nos últimos anos tem sido significativo. Porém, a investigação continua. Aguarda-se, por isso, o aparecimento de novos antidepressivos e de outros tratamentos, o que é uma esperança para milhões de pessoas em todo o mundo que sofrem o flagelo que é a depressão.

## Bibliografia

Associação Americana de Psiquiatria. 2002. *Manual de diagnóstico e Estatística dos distúrbios mentais*. Quarta Edição. Clempsi Editora.

Bahls, Saint Clair e Bahls, Flávia Rocha Campos. 2003. Psicoterapias da Depressão na Infância e na Adolescência. *Revista Estudos de Psicologia* [on line, acedido 2011-05-02], 20(2): 25-34. Doi:10.1590/S0103-166\*2003000200003.

Bahls, Saint-Clair; Carvalho, Gisah Amaral; Boeving, Anke. 2007. Efeito dos antidepressivos ISRS sobre os hormônios Tiroidianos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* [on line, acedido em 2011-07-23], 56(4): 290-295. Doi: 10.1590/S0047-20852007000400009.

Baldwin, D.; Hirschfeld, R. MA. 2001. *Depressão*. Porto, Medisa.

Bardin, L.2008. *Análise de conteúdo*. Lisboa. Edições 70.

Beck, Aaron t. e Alford, Brad A. 2011 (2009). *Depressão. Causas e tratamentos*. São Paulo. Artmed Editora.

Burgess, Robert. 1997. *A pesquisa de terreno. Uma introdução*. Oeiras. Celta Editora.

Campos, R.1999. O adoecer depressivo: síntese descritiva do modelo teórico de Coimbra de Matos de compreensão da patologia depressiva e o seu tratamento. *Revista Portuguesa do Pedopsiquiatra*,15: 61-88.

Chellappa, Sarah Laxhmi e Araújo, John Fontenele. 2006. Transtornos do sono em pacientes ambulatoriais com depressão. *Revistade Psiquiatria Clinica* [on line, acedido em 2011-07-23], 33(5): 233-238. Doi: 10.1590/S0101-60832006000500002.

Chellappa, Sarah Laxhmi e Araújo, John Fontenele. 2007. Revisão da Literatura. *Revista de Psiquiatria Clinica* [on line, acedido em 2011-07-23], 34(6): 285-289. Doi: 10.1590/S0101-60832007000600005.

Claudio, Victor. 1998. O processo de esquecimento dirigido e as alterações do estado de humor. *Análise Psicológica* [on line, acedido em 2012-01-02], 16(2): 255-265.  
<http://www.scielo.oces.mstes.pt/pdf/aps/v16n2a05.pdf>

Coelho, Rui. 2004. *Depressão: Perspectiva psicodinâmica*. Lisboa. Lidel Editora.

Cordeiro, J.C.D.2002. A psiquiatria na história e na cultura. *In:Cordeiro, J.C. (ed) Manual de psiquiatria clinica*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian: 37-44.

- Del Porto, José Alberto. 1999. Conceito e Diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [on line, acedido em 2011-05-31], 21: 1-11. Doi:10.1590/S1516-44461999000500003.
- Dockett, Lauren. 2001. *Mulheres que enfrentam a Depressão*. Rio de Janeiro. Nova Era
- Eshun, Sussie and Caldwell-Colbert, Toy. 2009. Culture and Mood disorders. In : Eshun, Sussie and gurung, A.R.(eds). *Culture and Mental Health: Sociocultural Influences, Theory and Practice*. Blackwell Publishing: 181-189.
- Fauman, Michael A; D, Ph; e D.M. 2002. *Guia de Estudo para o DSM-IV-R*. Lisboa. Climepsi Editora.
- Fleck, Marcelo Pio de Almeida; Lima, Ana Flávia Barros; Louzada, Sérgio; Schestasky, Gustavo; Henriques, Alexandre; Borges, Vivian Roxo; Camey, Suzi e Grupo LIDO. 2002. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública* [on line, acedida em 2012-01-26], 36(4): 431-438. <http://www.scielo.org/pdf/esp/v36n4/111761.pdf>
- Foucault, Michel. 2005. *As Palavras e as Coisas*. Lisboa. Edições 70.
- Foucault, Michel. 2005. *A Arqueologia do Saber*. Coimbra. Almedina.
- Fukuyama, Francis. 2002. *O nosso Futuro Pós-Humano. Consequências da Revolução Biotecnológica*. Lisboa. Quetzal Editora.
- Geertz, C. 1973. Thick description: Toward an interpretative of culture. In: *The interpretation of cultures*. N.Y, Basic Books: 15-41.
- Good, J.B. 1994. *Medicine rationality and experience an anthropological perspective*. Cambridge. University Press.
- Gotlib I.H., Beach SRH. 1995. A marital/family model of depression implications for therapeutic interventions. In: Jacobson NS, Gurman AS (eds). *Clinical handbook of Couple Therapy*. New York. Guilford Press: 411-436.
- Hahn, R.A; Kleinman, A. 1983. Biomedical practice and anthropology theory: frameworks and directions: *Annual Review of Anthropology*, 12: 305-333.
- Ingleby, David. 1982. A construção social da doença. *Revista crítica das Ciências Sociais*, 9: 89-113.
- Jenkis, Janis, H. 2007. Anthropology and psychiatry: the contemporary convergence. In: Bhugra, Dinesh and Bhui, Kamaldeep (eds). *Textbook cultural Psychiatry*. Cambridge. Cambridge University Press.

Justo, Luís Pereira e Calil, Helena Maria. 2006. Depressão-o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica* [on line, acessado em 2011-05-30], 33 (2): 74-79. Doi: 10.1590/S010-6083200600200007.

Kleinman, A. 1980. *Patients and healers in the contexto f culture. An exploration of the borderland between anthropology medicine and psychiatric*. Berkley. University of California Press.

Kleinman, A. 1987. Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry*, 151:447-454.

Kleinman, A; Goog, B. 1985. *Culture and depression*. Berkeley, University of California Press.

Kleinman, A. e M.D. 1991. *Rethinking Psychiatry. From cultural category to personal experience*. New York. Free Press.

Lewis-Fernandez, Robert; MD, and kleinman A; MD. 1995. Cultural Psychiatry: Theoretical, clinical and Research Issues. *the psychiatric clinics of North America*, vol.18(3), 487-501.

Lima, Ivanor Velloso; Sougey, Everton Botelho; Vallada Filho, Homero Pinto. 2004. Genética dos Transtornos Afetivos. *Revista de Psiquiatria Clínica* [on line, acessado em 2011-07-23], 31(1): 34-39. Doi: 10.1590/S010-60832004000100006.

Lin, E.H.; Von-Korff, Busht, Simon G.E, walker E. e Robison P. 1995. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Medical Care*. Vol 23(1), 67-74.

Lurie, Melvyn. 2007. *Depressão. Resposta às suas Perguntas*. Porto. Civilização.

Madsen, T.M; Treschow A; Bengzon J., Bolwig T.G., O. Lindvall e Tigstrom A. 2000. Increased neurogenesis in a model of electroconvulsive therapy. *Biological Psychiatry*. Vol.17, 1043-1049.

Malighetti, Robert. 2004. Etnografia e Trabalho de Campo. *Caderno Pós Ciências Sociais-São Luís* [on line, acessado em 2012-01-02], 1(1): 109-119.  
[http://www.ppgcsoc.ufma.br/revista%20UFMA/V1/n1\\_Roberto\\_Malighetti.pdf](http://www.ppgcsoc.ufma.br/revista%20UFMA/V1/n1_Roberto_Malighetti.pdf)

Mason, Spero M. and PhD. 1995. Culture and Major Depression: current challenges in the diagnoses of mood disorders. *In The Psychiatric clinics of North America*, vol.18(3), pp.487-501.

Matos, Evandro Gomes; Matos, Thania-Mello e Matos, Gustavo Melo. 2006. Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. *Estudos de*



*Psicologia* [on line, acedido em 2011-06-23], 23(2): 173-173. Doi: 10.1590/S0104-120200600200007.

McIntyre, Teresa; Barroso, Ricardo; Lourenço, Mário. 2002. Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Saúde Mental* [on line, acedido em 2012-01-26], 5: 13-23. [http://www.saude-mental.net/pdf/vol4rev5\\_artigo1.pdf](http://www.saude-mental.net/pdf/vol4rev5_artigo1.pdf).

Monteiro, Kátia Cristina e Lage, Ana Maria. 2007. A Depressão na Adolescência. *Psicologia em Estudo, Maringá*. [on line, acedido em 2011-07-23], 12(2): 257-265. Doi: 10.1590/S1413-73722007000200006.

Moreira, Virginia. 2008. Experiências do estigma na depressão: um estudo transcultural. *Psicologia – USF* [on line, acedido em 2011-04-05], 13(2): 233-241. <http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psicousf/v13n2/v13n2a10.pdf>

Moreira, Virginia e Callou, Virginia. 2006. Fenomenologia da Solidão na Depressão. *Revista de Saúde Mental e Subjectividade da UNIPAC*. [on line, acedido em 2011-05-02], 4(7): 67-83. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v4n7a05.pdf>

Nakamura, Eunice e Santos, José Quirino. 2007. Depressão Infantil: abordagem antropológica. *Revista Saúde Pública* [on line, acedido em 2012-01-26], 41(1): 53-60. Doi: 10.1590/S0034-89102006005000011.

Neto, Modesto Leite. 2005. O discurso e as narrativas na vivência da depressão. *Psicologia, Saúde e Doenças*[on line, acedido em 2011-07-13], 6(2): 131-138. <http://www.scielo.mctes.pt/pdf/psd/v6n2/v6n2a02.pdf>

Pergher, Giovanni K.; Stein, Lilian M.; Wainer, Ricardo. 2004. Estudos sobre a memória na depressão: achados e implicações para a terapia cognitiva. *Revista de Psiquiatria Clínica*[on line, acedido em 2011-07-23], 31(2): 82-90. Doi: 10.1590/S101-60832004000200004.

Pessoa, Fernando. 1992. *Antologia poética*. Lisboa. Ulisseia Editora.

Pinheiro, Maria Teresa; Quintella, Rogerio Robbe; Verztman, Julio Sergio. 2010. Distinção teórico-clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psiquiatria Clínica*. [on line, acedido em 2011-07-23], 22(2): 147-168. Doi: 10.1590/S0103-56652010000200010.

Pussetti, Chiara . 2009. Biopolíticas da Depressão nos Imigrantes Africanos. *Saúde social* [on line, acedido em 2011-05-30], 18(1): 509-608. Doi: 101590/S0140-12902009000400004.

Quartilho, R.J.M. 2001. *Cultura, medicina e psiquiatria*. Coimbra. Quarteto.

Quartilho, R.J.M. 2010. *Saúde Mental*. Coimbra. Estado da Arte.

Silva, Maria Concepción; Hoga, Luiza Akiko; Stefanelli, Maguida Costa. 2004. La Depresión incluida en la historia de la Familia. *Texto Contexto Enfermagem* [on line, accedido em 2011-05-02], 13(4): 511-518. Doi: 10.1590/S0104-07072004000400002

Silva, Viviane Aparecida; Lippi, Paulo César Mathias; e Pinto, Cristiano José. 2008. Doença mental: dificuldade enfrentadas pela família e o familiar-cuidador. *Intellectus-Revista Academica Digital do Grupo POLIS Educacional*[on line, accedido em 2011-07-23], [http://www.seufuturonapratica.com.br/intellectus/PDF/02\\_ART\\_Enfermagem.pdf](http://www.seufuturonapratica.com.br/intellectus/PDF/02_ART_Enfermagem.pdf).

Sontag, Susan. 1998. *A doença como Metáfora e A Sida e as suas Metáforas*. Lisboa. Quetzal Editora.

Teodoro, Maycoln L.M., Cardoso, Bruna Moraes e Freitas, Ana Carolina. 2010. Afetividade e Conflito Familiar e sua Relação com a Depressão em Crianças e Adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [on line, accedido em 2011-07-23], 23(2): 324-333.

Uchôa; E.; Corin, E. 2002. Evidência científica e experiência clínica: aspectos transculturais. *Revista Latinoamericana da Psicopatologia Fundamental*, 5(4): 99-108.

Uchôa, E.; Vidal, F.M. 1994. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(4):497-504.

Vallejo-Nágera, Juan Antonio. 2006(2002). *A Depressão. Como lidar com a doença do nosso tempo*. Estoril. Príncipia Editora.

Van Praag, H.M.; Kloet, E.R.; Van, Os, J. 2005. *Stress, o cérebro e a depressão*. Lisboa, Climepsi Editores.

Widlocher. D. 2001. *As lógicas da depressão*. Lisboa. Climepsi Editores.

Wilkinson, G.; Moore, B.; Moore, P. 2005. *Guia prático Climepsi do tratamento da depressão*. Lisboa. Climepsi Editores.

## **Anexos**



Sandra de Aguiar Bento

Rua 25 de Abril, nº10,

Casal do Redinho

3130-002 Alfarelos

e-mail: [saguiarbento@gmail.com](mailto:saguiarbento@gmail.com)

Alfarelos, 16 de Julho, de 2011

Exmº Senhor Presidente, da ADEB

Delfim Ferreira

Eu, Sandra Cristina Pinto de Aguiar Bento, licenciada em Antropologia pela Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, venho por este meio pedir autorização para poder entrevistar doentes com a patologia depressiva e se possível assistir às reuniões de terapia de grupo, pois estou a realizar o mestrado em Antropologia Médica, cujo tema da dissertação será *Como os doentes vivenciam a depressão e o seu impacto no seio familiar*.

Neste sentido, solicito a Vossa Excelência se digne a autorizar a minha participação na Terapia de grupo e a recolha de informação junto aos doentes, a partir do mês de Outubro, na sede em –Coimbra, Rua Central 82-R/C-D, 3040-206, Coimbra.

Agradecendo desde já a atenção dispensada por Vossa Excelência, apresento os melhores cumprimentos.

X

---

Sandra Cristina Pinto de Aguiar Bento



Sandra Cristina Pinto de Aguiar Bento

Rua 25 de Abril, nº10,

Casal do Redinho

3130-002 Alfarelos

Telem: 969042561

e-mail: [saguiarbento@gmail.com](mailto:saguiarbento@gmail.com)

Alfarelos, 28 de Setembro, de 2011

Exmº Senhor Presidente da ADEB,

Delfim de Augusto Oliveira

Eu, Sandra Cristina Pinto de Aguiar Bento, com o projecto de investigação “como os doentes depressivos vivenciam a doença e o seu impacto no seio familiar”, aluna de Mestrado em Antropologia Medica, na Faculdade de ciências e tecnologia da Universidade de Coimbra, venho por este meio expor, o que pretendo com o respectivo estudo.

Sendo a depressão, uma doença cada vez mais diagnosticada e as pessoas estarem mais sensibilizadas e conscientes da mesma, gostaria de perceber como quem sofre de depressão, a encara, a vive. Como é esta doença, descrita por quem dela padece, ou seja, interessa-me sobretudo o registo do paciente.

Penso que poderei ter a sensibilidade precisa e devida para me relacionar com os doentes. E esta doença, acaba por afectar quem está próximo do doente depressivo, daí o meu interesse, do seu impacto no seio familiar. Se o respectivo doente me conceder acesso à família, isso enriqueceria o meu trabalho, sem dúvida alguma.

Caso me seja permitido, gostaria de poder gravar as entrevistas, pois pensei em fazê-las dialogando com o indivíduo, de forma que o diálogo flua, e se possa criar alguma relação de empatia entre nós.

Com o devido respeito, entrego à sua consideração o que pretendo fazer.

Com os melhores cumprimentos

Sandra.

X

---

Sandra Cristina Pinto de Aguiar Bento



## Guia de Entrevista

1. Quais dos sintomas sentia?
  - a) Perda de confiança ou de auto-estima
  - b) Sentimentos de culpa ou recriminação
  - c) Pensamentos sobre suicídio
  - d) Problemas de concentração
  - e) Atraso ou agitação psicomotora
  - f) Perturbação do sono
  - g) Aumento ou diminuição do apetite
  - h) Perda de interesse pelas actividades habitualmente agradáveis
  - i) Ausência das respostas emocionais habituais
  - j) Acordar de manhã pelo menos duas horas mais cedo
  - k) O humor depressivo é mais intenso durante a manhã
  - l) Perda do desejo sexual
2. Apresentou alguma das seguintes queixas físicas?
  - a) Dores musculares
  - b) Tonturas
  - c) Dores de cabeça
3. Quando procurou ajuda médica? Por sua própria iniciativa ou de outra pessoa?
4. Porquê?
5. A depressão foi diagnosticada pelo médico de família ou pelo psiquiatra?
6. Toma medicação para a doença? O que toma? E quando?
7. Quando começou a fazer psicoterapia?
8. Vive sozinha (o) ?
9. Acha que a sua doença afectou os seus relacionamentos?
10. Tem sido apoiada(o) pelos familiares?
11. Na sua opinião, a família compreende-a (o)?
12. A sua vida mudou com a doença?

13. Olhando em retrospectiva, o que mais a(o) marcou durante a doença? E durante o tratamento?
14. Já teve alguma recidiva?
15. Actualmente como se sente?
16. Como julga que esta doença é vista pela maioria das pessoas?
17. Fora do seu círculo de amigos e familiares, sabem que tem depressão?
18. Sente que há maior esclarecimento sobre a doença?





## **Projecto de Investigação**

“Como os doentes vivenciam a depressão e o seu impacto no seio familiar”

Objectivo principal: recolher discursos relacionados com a experiência da depressão dos próprios doentes e como esta doença os afecta e aos respectivos familiares.

Papel dos Participantes: A participação neste estudo consiste em entrevistas.

Papel do investigador:

O investigador deste projecto compromete-se a

- a) Garantir total confidencialidade dos dados que forem fornecidos pelos participantes;
- b) Utilizar os dados fornecidos somente para fins de investigação;
- c) A interrupção da participação na investigação não causará qualquer consequência no acompanhamento terapêutico.

Informa-se também que, não é esperado qualquer dano físico ou mental.

Obrigado pela colaboração!



### **Declaração de consentimento informado**

No âmbito do projecto de investigação “Como os doentes vivenciam a depressão e o seu impacto no seio familiar” (Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra), eu ....., declaro ter consciência dos objectivos e procedimentos do trabalho de investigação, bem como do meu papel enquanto participante neste estudo, aceitando colaborar no mesmo como entrevistado.

Tenho conhecimento que os dados recolhidos durante este estudo serão estritamente confidenciais, sendo utilizados para fins de investigação e de que a participação será voluntária, podendo interromper este consentimento a qualquer momento.

Assinatura: