



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Ciências da Saúde

# **A subjetividade da “doença mental” e dos efeitos da sua medicação**

**- um estudo fenomenológico da experiência do próprio  
sobre a farmacoterapia da depressão com fluoxetina**

**David Luís Ferreira Teixeira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

**Medicina**

(Ciclo de Estudos Integrado)

Orientador: Prof. Doutor Joaquim da Silva Viana

Coorientador: Doutor Vítor Sainhas

**Covilhã, maio de 2015**

A subjetividade da “doença mental” e dos efeitos da sua medicação  
- um estudo fenomenológico da experiência do próprio sobre a farmacoterapia da depressão com fluoxetina

*Há indivíduos que são quase rinocerontes; não reagem convenientemente ao condicionamento. (...)*

*- Prefiro ser eu mesmo - disse -, eu mesmo e desagradável. E não qualquer outro, por mais alegre que seja. (...)*

*- Não compreendo nada - respondeu ela com decisão, determinada a conservar intacta a sua incompreensão. - Nada. E ainda percebo menos - continuou, noutro tom - por que razão não toma você soma quando lhe aparecem essas tenebrosas ideias. Em vez de se sentir miserável, sentir-se-ia cheio de alegria.*

Aldous Huxley, in “O Admirável Mundo Novo”, 1932

## Dedicatória

Esta tese, enquanto projeto final dum longo percurso de 6 anos, não pode ser dedicado a outros que não os meus pais e irmã, que me formaram enquanto pessoa muito antes de qualquer escola, que me proporcionaram os meios e os fundos para frequentar um curso superior e que me apoiaram incondicionalmente durante todo este tempo.

Mas é também dedicada ao Tiago Loureiro, meu conterrâneo e amigo, que com somente 27 anos morreu às mãos duma tristeza inconsolável e incompreensível.

## Agradecimentos

Quero agradecer ao Professor Doutor Joaquim Viana, meu orientador, pela paciência e disponibilidade, por me ter guiado pelo mar tormentoso que foi o meu excesso de ideias e por me ter impedido de afundar na minha falta de método.

Quero agradecer ao Dr. Víctor Saínhas, que me acolheu no seu consultório como em casa e que procurou e encontrou entre os seus pacientes aqueles que viriam a fazer parte da amostra deste estudo.

Aos pacientes que entrevistei, os verdadeiros autores deste estudo, que generosamente aceitaram partilhar as suas histórias comigo e que confiaram em mim como ser humano e não apenas enquanto futuro médico.

À FCS-UBI, faculdade médica onde me formei e descobri um pouco mais do meu potencial.

À Covilhã, “cidade neve, fiadeira alegre e contente (...)”, por me ter proporcionado os melhores 6 anos da minha vida e que me vão deixar muita saudade.

Aos Amigos que fiz nesta cidade durante estes 6 anos, especialmente ao Cantinho do Engodo, meu soma e garante contra a tristeza que também a mim me assola.

## Resumo

**Introdução:** As perturbações depressivas constituem o espectro de doenças psiquiátricas com maior incidência e prevalência no séc. XXI, resultando em grandes custos a nível pessoal e familiar, económico e social. Considerado um fármaco revolucionário no campo da Psiquiatria, a Fluoxetina ganhou imenso destaque mediático nas últimas décadas. A fenomenologia privilegia a experiência e opinião do próximo, considerando a doença indissociável do seu paciente, como um todo holístico; assim, perceber a complexidade da doença psiquiátrica e do seu tratamento é mais do que apurar a média estatística de determinada relação causa-efeito; perceber a complexidade da doença psiquiátrica e do seu tratamento é ouvi-las diretamente da boca dos seus atores e refletir sobre as mesmas, para depois melhor se poder agir sobre elas.

**Objectivos:** perceber o desenvolvimento do quadro depressivo das entrevistadas, o percurso do seu tratamento com Fluoxetina e as suas perspetivas futuras sobre o desenrolar do seu estado de saúde mental.

**Material e Métodos:** utilizou-se uma investigação fenomenológica através de entrevista aberta; as entrevistas foram depois transcritas, analisadas e codificadas de forma livre.

**Resultados:** A entrevista foi aplicada a 9 indivíduos, tendo sido validada para 5 elementos do sexo feminino. Os dados recolhidos foram agrupados em 4 categorias cronológicas: Lentamente, Subitamente, Fluoxetina e Para Lá do Atualmente. A unicidade de cada paciente foi comprovada.

**Conclusão:** As pacientes deslocavam o tónus da sua doença, de fatores internos (biogénéticos) para fatores externos (sociais, familiares, meio envolvente, etc.), não sendo a Fluoxetina que os irá alterar *per se*; também se mantêm os traços psíquicos associados aos seus episódios depressivos, como ansiedade e nervosismo, não sendo mais uma vez a Fluoxetina a alterá-los *per se*. Por fim, vivemos num paradigma médico baseado em médias, ou seja, em que um tratamento é adotado porque em média melhora aqueles aos quais se aplica. Isso significa que não melhora necessariamente todos, daí a necessidade de uma evolução para uma medicina personalizada, em que cada caso seja visto como único: é necessário que o médico compreenda a experiência subjetiva da doença, a *Illness*.

A subjetividade da “doença mental” e dos efeitos da sua medicação  
- um estudo fenomenológico da experiência do próprio sobre a farmacoterapia da depressão com fluoxetina

# Palavras-chave

Depressão, Fluoxetina, Fenomenologia, Entrevista, ISRS's

## Abstract

**Introduction:** Depressive disorders constitute the spectrum of psychiatric diseases with the highest incidence and prevalence in the 21<sup>st</sup> Century, resulting in large costs to personal, family, economic and social level. Considered a revolutionary drug in the Psychiatric field, Fluoxetine gained immense prominence media in recent decades. Phenomenology focuses on the experience and opinion of others, considering them inseparable from the *Illness* of his patient, as a holistic whole; thus realize the complexity of psychiatric illness and its treatment is more than establishing the statistical average of a particular cause-effect relationship; realize the complexity of psychiatric *Illness* and its treatment is heard them directly from the mouths of his actors and reflect on them, in order to then be able to act on them.

**Objectives:** To realize the development of Depression in the interviewees, the course of their treatment with Fluoxetine and its future prospects on the conduct of their mental health state.

**Material and Methods:** A phenomenological research through open interviews was used; the interviews were then transcribed, coded and analyzed freely.

**Results:** The interview was applied to nine individuals, having been validated for 5 female elements. The collected data were grouped into four chronological sections: Slowly, Suddenly, Fluoxetine and After this moment. The uniqueness of each patient was proven.

**Conclusion:** Patients commuted the tone of his *Illness* internal factors (biogenetic) to external factors (social, family, surroundings, etc.), not being Fluoxetine able to change that *per se*; also, psychic traits associated with their depressive episodes remains, such as anxiety and nervousness, not being once again Fluoxetine to change them *per se*. Finally, we live in a medical paradigm based on mediums, where a treatment is adopted because on average improves those to which it applies. This means that not necessarily improve all the patients, hence the need for an evolution toward a personalized medicine, where each case is seen as unique: it is necessary that the physician understand the subjective experience of the disease, *Illness*.

A subjetividade da “doença mental” e dos efeitos da sua medicação  
- um estudo fenomenológico da experiência do próprio sobre a farmacoterapia da depressão com fluoxetina

# Keywords

Depression, Fluoxetine, Fenomenology, Interview, SSRI's

# Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos .....	iv
Resumo.....	v
Palavras-chave.....	vi
Abstract.....	vii
Keywords .....	viii
Índice.....	ix
Lista de Tabelas .....	xi
Lista de Acrónimos.....	xii
1 Introdução .....	1
1.1 Considerações sobre a Depressão .....	1
1.2 Antidepressivos Tricíclicos, ISRS's e Fluoxetina .....	2
1.3 Fenomenologia da Doença Depressiva e do seu tratamento com Fluoxetina .....	3
2 Materiais e Métodos .....	5
2.1 Métodos.....	5
2.2 Materiais.....	5
2.3 Ética.....	5
2.4 Amostra .....	6
2.5 Entrevistas .....	8
2.6 Análise e Validação.....	8
3 Resultados .....	10
3.1 Lentamente .....	10
3.1.1 Instalação do Quadro Depressivo .....	10
3.1.2 Culpa .....	11
3.1.3 Ruminação/Silêncio.....	12
3.1.4 A Mulher Doméstica.....	13
3.2 Subitamente .....	14
3.2.1 Como é sentir-se depressiva? .....	14

A subjetividade da “doença mental” e dos efeitos da sua medicação  
- um estudo fenomenológico da experiência do próprio sobre a farmacoterapia da depressão com fluoxetina

3.2.2 Lentificação vs. Agitação Psicomotora .....	15
3.2.3 Psicoses .....	15
3.2.4 Agressividade e Suicídio .....	16
3.3 Fluoxetina .....	16
3.3.2 Fluoxetina vs. ADT's .....	17
3.3.3 Preço .....	19
3.3.4 Efeitos Secundários da Fluoxetina .....	20
3.3.5 A questão do peso e o seu mediatismo .....	20
3.3.6 Sexualidade .....	21
3.4 Para lá do atualmente .....	22
3.4.1 O Apoio .....	22
3.4.2 Mudança na Relação com os Outros .....	23
3.4.3 Para lá do Atualmente: Cronicidade e Desmame .....	24
4 Discussão .....	26
5 Crítica .....	29
6 Bibliografia .....	31
7 Anexos .....	33
Anexo I - Inquérito modelo aplicado na Investigação .....	33

# Lista de Tabelas

Tabela I - Características da população.....	7
--	---

## Lista de Acrónimos

ADT	Antidepressivo Tricíclico
CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira
CID	Classificação Internacional das Doenças
DALY	Ano de vida ajustado por incapacidade
DM	Depressão Major
EDM	Episódio Depressivo Major
ISRS	Inibidor Selectivo de Recaptação da Serotonina
5-HT	Serotonina
VS	Versus
TDR	Transtorno Depressivo Recorrente

# 1 Introdução

## 1.1 Considerações sobre a Depressão

A tristeza é uma emoção comumente experienciada por pessoas saudáveis, como resposta adaptativa a infortúnios, e que se expressa por tendências ansiosas, falta de energia, mal-estar geral e falta de sono (1).

A Depressão é uma entidade distinta da tristeza: ao contrário da simples tristeza em reação a um evento negativo como uma perda, que é desencadeada pela memória do que se perdeu e tem flutuações, na Depressão há uma tristeza vital que impregna todos os momentos da vida e retira o prazer a tudo o que antes o provocava. Assim é importante ter presente as palavras de Daniel Freedomn, citado por Edward Shorter: “Toda a gente tem problemas, mas nem todos têm sintomas e são menos ainda os que têm uma perturbação”. (2)

A Depressão, segundo o CID 10 (em vigor em Portugal à data do estudo), caracteriza-se por diminuição do humor, redução de energia e diminuição de atividade, sendo que este humor é mantido durante vários dias e não varia (ou varia pouco) por influência de fatores externos; a autoestima e a autoconfiança são negativamente afetados e ideias de culpa e desvalorização pessoal também são comuns. Este espectro pode ser acompanhado por sintomas somáticos: agitação ou retardo psicomotor; diminuição do interesse, da concentração e da capacidade de sentir prazer; cansaço marcado mesmo com o menor esforço; redução da higiene do sono (tipicamente, o paciente acorda várias horas antes do tempo habitual), da libido, do peso e do apetite.(3) O espectro é provocado pela interação de agentes biológicos, genéticos e psicossociais. (4)

A Depressão é um problema major de saúde, considerada a quarta causa mundial que mais contribui para DALY's (uma medida do número de anos perdidos devido a doença, desabilidade ou morte precoce), estimando-se que em 2020 se torne a segunda maior causa (5); afetando mais de 350 milhões de pessoas de todas as idades, é na faixa etária dos 25 aos 34 anos de idade que viça o seu maior pico de incidência.(5) Apesar de ser considerada uma pandemia dos séculos XX e XXI, a Depressão tem sido registada desde a Antiguidade Clássica até aos tempos modernos, como revela a história do Rei Saul no Antigo Testamento e o suicídio de Ajax na Ilíada (4), ou o exemplo mais próximo de nós, do suicídio dos poetas Antero de Quental e Mário de Sá-Carneiro. Healy sugere que talvez metade da população mundial possa vir a desenvolver um episódio depressivo durante a sua vida, apesar de poder ser tão físico ou moderado que não seja reconhecido como Depressão; (6) na verdade, a Depressão encontra-se no *top 5* de doenças mais vistas num consultório dum médico de Medicina Geral e Familiar. (7) As mulheres são reconhecidamente duas vezes mais propícias que os homens a desenvolverem uma patologia depressiva. (8,9)

## 1.2 Antidepressivos Tricíclicos, ISRS's e Fluoxetina

A maioria dos pacientes tratados com psicofármacos recuperam para um nível de saúde idêntico ao anterior ao início da doença depressiva, mas em 20-30% dos casos a remissão é incompleta, com persistência de sintomas depressivos apesar do tratamento. (10) Existem evidências que a interrupção precipitada da farmacoterapia antidepressiva depois da remissão, ou o incorreto doseamento e toma da mesma são responsáveis pela maioria destes casos. Para conseguir uma remissão completa, a farmacoterapia deve ser mantida vários meses após os sintomas terem sido controlados, normalmente por um período de 6 meses ou mais.(1) No que concerne especificamente à Fluoxetina, o fármaco a que damos uma particular atenção neste estudo, apesar da sua comprovada eficácia e apesar de continuar a ser o antidepressivo mais prescrito a nível mundial, nem todos os pacientes propostos se conseguem adaptar a ela e alcançar os ambicionados efeitos terapêuticos, fixando-se a taxa de aceitação em somente 50%. (10)

Segundo Healy, os antidepressivos possuem características próprias que os distinguem dos demais fármacos e drogas recreativas: em primeiro lugar, os antidepressivos não atuam imediatamente (num intervalo de tempo médio de 30 minutos), parecendo suficiente tomar um comprimido por dia para conseguir um efeito mantido ao longo do tempo; segundo lugar, eles parecem produzir efeito somente em pessoas previamente deprimidas, sem elevar o humor em pessoas saudáveis (o que contrasta com estimulantes como as anfetaminas) (6); por fim, se alguém tomar uma dose excessiva, nenhum efeito é produzido na consciência - nem os efeitos são produzidos mais rapidamente ou fortemente -, apesar de possíveis efeitos secundários. (6)

De entre as várias classes de fármacos antidepressivos, os ISRS's têm vindo a ganhar destaque no tratamento da Depressão, principalmente graças às suas vantagens comparativamente aos clássicos ADT, nomeadamente: possuem menos efeitos anticolinérgicos, não são fatais em sobredosagem, tornando-os mais seguros na medicação de pacientes com tendências ou pensamentos suicidas; podem ser facilmente produzidos; são mais seguros que os ADT's e IMAO, nomeadamente a nível cardiovascular, tornando-os os antidepressivos de eleição em pacientes com patologia desse tipo. (4)

Healy é perentório: os ISRS's são marcados como antidepressivos apesar de todas as evidências irem no sentido que eles atuam mais como ansiolíticos. Porém, SE funcionam e COMO funcionam são duas questões diferentes para ele. (6) SE: o efeito dos antidepressivos (e da Fluoxetina) sobre a depressão assemelha-se ao efeito da medicação prescrita para o tratamento das úlceras: muitas pessoas são tratadas por um episódio único de úlcera, pelo que se assume terem ficado curadas; porém, mesmo esse episódio curado pode recidivar, especialmente se o evento inicial for mal tratado. (6) COMO: a Fluoxetina reconhecidamente

umenta os níveis extracelulares de 5-HT, assim como diminui a produção e o turnover de 5-HT no núcleo da rafe, causando ainda um aumento de 5-HT no córtex frontal, núcleo estriado, diencéfalo e hipocampo. (10)

A Fluoxetina adquiriu um grande destaque público após ser comercializado pelo nome de Prozac® pela indústria farmacêutica Eli Lilly. Comercializada desde 1988, tornou-se rapidamente o antidepressivo mais prescrito nos Estados Unidos e em 1994 já era o segundo fármaco mais vendido no mundo! (6), curiosamente e bastante ironicamente, apenas atrás dos medicamentos para... as úlceras! (2) O sucesso que ela alcançou foi tanto que ainda hoje é considerado um exemplo clássico dentro do marketing de nicho. (6) A patente expirou em 2001, causando um aumento de genéricos no mercado e outros ISRS's passaram a ser comercializados: citalopram, escitalopram, paroxetina, sertralina, etc.

A instituição e generalização dos ISRS's - e em especial a da Fluoxetina -, alimentou uma iatrogenia camuflada: dispor-se de medicações específicas para a depressão tornou o diagnóstico uma questão prática. (2) Tal como acontece frequentemente em medicina, a disponibilidade de tratamento aumenta o reconhecimento da perturbação que poderá beneficiar com esse tratamento e ainda levará ao reconhecimento de cada vez mais depressões não tratadas através de médicos de cuidados primários, assim como ao reconhecimento de condições com sintomatologia ansiosa que se enraízam numa depressão subjacente. (6) Consequentemente, a definição do que é Depressão tem-se vindo a esbater e as suas fronteiras a aumentar à medida que a Psiquiatria progride e converge para o que é denominado por Edward Shorter como “o repositório do sofrimento humano pós-moderno”. (2)

## 1.3 Fenomenologia da Doença Depressiva e do seu tratamento com Fluoxetina

Apesar de existirem muitos diagnósticos psiquiátricos diferentes, a distinção prática entre os diferentes quadros é complicada (senão mesmo impossível) e, mais do que isso, subjetiva. A doença psiquiátrica não tem nenhum elemento patognomónico pois não surge dum diagnóstico baseado num elemento tangível fisicamente mensurável; ela surge duma construção a dois entre o paciente e o psiquiatra (ou diferentes psiquiatras).

*Ou seja, o hábito de designarmos um conjunto de sintomas por “depressão”, por exemplo, não significa a existência de uma doença distinta, de uma entidade independente do contexto social. Reflete antes o modo como a ciência médica, num determinado local e tempo históricos, com a ajuda de teorias e critérios diagnóstico particulares, define esses sintomas. (11)*

Ao mais, existem imensos distúrbios catalogados como diferentes quando comparados com a relativa escassez de classe de fármacos para os tratar. A própria Fluoxetina é prescrita para tratar, além da Depressão, Perturbação Obsessiva-Compulsiva, Bulimia Nervosa, entre outros.... No dizer de Edward Shorter, “medicam-se os sintomas e não os sinais”. (2)

Na abordagem do problema da depressão, faz sentido dar atenção à distinção entre *Disease* e *Illness*. Se a primeira é algo confinado a um órgão, a *Illness* é algo que só se depreende olhando para o sujeito numa forma holística: “*Illness* encerra um carácter polissémico, atendendo à existência de múltiplos significados potenciais” (11)

*(...) Perante as dificuldades atuais de concebermos este conceito como qualquer coisa que o doente tem, ou seja, como uma doença, restam-nos as alternativas de o tentarmos compreender como uma dimensão, ou seja, como qualquer coisa que o doente é, e ainda como um comportamento, ou seja, como uma coisa que o doente faz. (11)*

Nesse amplo espectro de possibilidades perceber o outro não é só analisar o seu caso, as suas atividades e eventos marcantes: perceber o outro é antes de mais compreender a sua unicidade (12), que se constrói no contexto local de cada um, onde o prestígio, a posição social, a sobrevivência, o poder, etc., orientam o mundo particular de cada um, fazendo interagir os ritmos sociais com os ritmos psicobiológicos e permitindo e caracterizando assim o surgimento do fenómeno subjetivo da *Illness* de cada um.

Tendo presente que cada pessoa é singular e única - sendo este fato importante para o conjunto da medicina - torna-se essencial abordar os fenómenos relacionados com sentimentos e emoções, estudando-os em si mesmos no seu diálogo com a consciência individual. Numa tentativa de apreender um pouco da realidade da fenomenologia da doença depressiva e do seu tratamento com Fluoxetina, foi adotado um método de investigação qualitativo-fenomenológico em método de entrevista aberta e codificação livre. (12)

## 2 Materiais e Métodos

### 2.1 Métodos

Foi usada uma investigação fenomenológica, com o objetivo de compreender a *Illness* associada à Depressão e ao seu tratamento com Fluoxetina. O foco da fenomenologia é o foco na experiência individual, investigando o fenómeno tal como se apresenta no seu dia-a-dia de todos os dias. Para tal, o investigador utilizou um inquérito qualitativo, pois prima pela sua abordagem holística do fenómeno (12) em esquema de entrevista com respostas abertas. (13) A posterior análise e codificação dos dados foi efetuada em método livre. Ressalve-se que esta investigação qualitativa seguiu um protocolo formal, sendo as informações que se tornaram relevantes, aquilo que não se podia predizer *a priori*. (14)

### 2.2 Materiais

De forma a gravar os dados fornecidos durante a entrevista, foi utilizado um gravador de voz; memorandos foram sendo tirados durante a entrevista para posteriormente servirem de apoio à construção do texto. As entrevistas foram posteriormente transcritas a computador, organizadas e lidas.

### 2.3 Ética

Permissão para conduzir este estudo foi obtida junto do Comité de Ética para a Saúde do CHCB.

Pacientes com Depressão possuem vulnerabilidades particulares. Todas as entrevistadas tinham o humor estabilizado durante as entrevistas, e nenhuma delas possuía ideias suicidas correntes, segundo o seu Psiquiatra (Dr. Vítor Sáinhas). Todas as entrevistadas foram encorajadas a levantar qualquer tipo de dúvidas que possuíssem, quer ao investigador quer ao seu Psiquiatra; foi-lhes também assegurado, oralmente e por escrito, a total confidencialidade do estudo e do seu direito de o abandonarem em qualquer ponto do mesmo, quer durante as entrevistas quer durante a elaboração do resultado final. Foi-lhes ainda assegurado que o seu atendimento no Departamento de Psiquiatria do CHCB em momento algum ficaria prejudicado pela sua participação, não-participação ou abandono do estudo.

## 2.4 Amostra

As entrevistas foram conduzidas entre novembro 2014 e janeiro de 2015, num consultório livre do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHCB; as mesmas foram agendadas pelo Dr. Víctor Sainhas (meu coorientador e director do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHCB), que tentou coincidir as mesmas com as datas das consultas de ambulatório, de forma a provocar o menor impacto possível na vida dos pacientes, dado que o entrevistador deve sujeitar-se ao horário e disponibilidade do entrevistado, e não o contrário. (14)

Ao todo, foram realizadas 8 entrevistas (7 mulheres e 1 homem), porém 3 das entrevistas foram excluídas do estudo por os pacientes não possuírem um diagnóstico claro de Depressão. Assim, foram validadas 5 entrevistas de pacientes do sexo feminino. Após receberem uma explicação sobre a natureza e o objetivo do estudo, nenhum dos pacientes se recusou a participar e assinaram o consentimento informado.

4 das 5 entrevistadas corresponderam a um quadro de Transtorno Depressivo Recorrente (TDR), e a restante de Episódio Depressivo Moderado (EDM) (3); esta classificação foi validada pelo Dr. Víctor Sainhas, Psiquiatra das mesmas. A intensidade máxima da gravidade dos seus sintomas foi autoavaliada com uma escala numérica de 0 a 10, sendo 0 “gravidade nenhuma” e 10 “gravidade insuportável”. A média das 4 pacientes com TDR foi 9,25, em contraste com a de 5 da doente EDM. Cada uma destas mulheres teve um percurso diferente até ao seu diagnóstico: duas foram aconselhadas por familiares e amigos (incluindo a única paciente EDM), outra trazida por familiares após a instalação dum quadro depressivo altamente debilitante, a quarta reencaminhada por uma consulta de outra especialidade por uma fibromialgia não diagnosticada, e a última após a sua primeira tentativa de suicídio.

**Tabela I Características dos Pacientes Incluídos**

Número da Amostra	n= 5
Idade, média de anos (alcance)	56,8 (54-63)
Sexo	
Feminino	5
Masculino	0
Família	
Casada/Co-habitante	3
Mora com os filhos + Casada/Co-habitante	1
Mora Sozinha	1
Estado Ocupacional	
Trabalhador	1
Reformado	4
Desempregado	0
Formação Superior	0
Tipo de Depressão	
TDR	4
EDM	1
Média Idade por altura do Diagnóstico	
TDR	33,75 anos
EDM	56 anos
Anterior medicação ADT's	
Sim	5
Não	0
Média de tempo em anos de tratamento com Fluoxetina	
TDR	7 anos
EDM	0,5 anos
Média da percepção da gravidade dos sintomas durante Episódio Depressivo (0-10)	
TDR	9
EDM	5
Média da percepção da gravidade dos sintomas após Fluoxetina (0-10)	
TDR	5
EDM	2
Recebeu Psicoterapia de qualquer tipo	
Sim	3
Não	2
Historial de Depressão na família	
Sim	2 *
Não	3

\*Ambas as pacientes com história de Depressão familiar estão incluídas no grupo TDR

## 2.5 Entrevistas

As entrevistas foram conduzidas no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospital Cova da Beira (CHCB). Apenas o entrevistador e os entrevistados estavam presentes durante a entrevista.

As entrevistas foram conversas orientadas, ao invés de inquéritos estruturados. Pautadas pela procura de uma linha consistente de inquérito, a corrente de perguntas foi fluida ao invés de rígida. (14) Principiava a entrevista por colocar os pacientes “à vontade”, apresentando-me a mim e ao meu projeto, usando um leque de perguntas circunstanciais: “Como se chama?”, “De onde é?”, “Quantos anos tem?”, “Tem filhos?”, etc.; só depois de 5 a 10 minutos deste tipo de conversa (durante os quais aproveitava para preencher os consentimentos informados) é que avisava que começaria a gravar a entrevista; quando, por intuição, percebia que ainda não captara a total atenção nem a confiança do paciente, alargava o meu leque de perguntas, tentando colocar-me ao “nível do paciente” de forma a estabelecer uma relação horizontal de empatia e abolir o estigma de “admoestador” e “admoestado”.

O vocabulário adotado também foi programado para ser simples e direto, adaptado aos conhecimentos do denominado “paciente comum”. (14) O investigador nunca se referiu aos entrevistados como pessoas “depressivas”, “neuróticas”, “ansiosas”, etc., no intuito de evitar uma etiquetagem. Ao mais, como alerta Quartilho, chamar as pessoas pelos seus estados “ignora, muitas vezes, o carácter transitório ou circunscrito do problema clínico.” (11)

O esquema circular do questionário - repetindo a mesma pergunta várias vezes em momentos diferentes e com diferentes formulações - ajudou os pacientes a recordarem-se melhor dos eventos passados, forçando-os a revisitarem intervaladamente a mesma memória e assim irem-lhe acrescentando novos e mais pormenorizados detalhes; por outro lado, serviu de forma a comparar respostas e a melhor diferenciar subtilezas onde se poderiam ocultar as respostas mais sugestivas. O esquema circular permitiu ao investigador perguntar *essencialmente* o mesmo, mas utilizando fórmulas diferentes, pois é crucial ter sempre presente o paradoxo em que só as perguntas certas nos podem levar às respostas corretas, mas que não existem perguntas totalmente corretas nem totalmente erradas.

## 2.6 Análise e Validação

A análise foi construída através de interpretação e codificação livres, com o apoio do Prof. Doutor Joaquim Viana, Orientador deste estudo e do Dr. Víctor Sainhas, coorientador e Psiquiatra das entrevistadas. Depois de definidas as categorias a abordar, as entrevistas e os memorandos foram novamente revistos de forma a validar a sua estrutura. Resultados

A subjetividade da “doença mental” e dos efeitos da sua medicação  
- um estudo fenomenológico da experiência do próprio sobre a farmacoterapia da depressão com fluoxetina

preliminares foram apresentados e discutidos com os entrevistados. Finalmente, a apresentação do corpo final do texto foi revista novamente com o orientador e com o coorientador. Como modelos para a análise e validação dos resultados, foram interpretados e adaptados os artigos “Depression embodied: an ambiguous striving against fading” (15) e “Familial amyloidotic patient’s experience of the disease and of liver transplantation”. (16)

O que é portanto apresentado não tem a ambição de constituir uma verdade única, mas antes uma narrativa da história que os doentes apresentaram, que não pretende excluir como falsas outras narrativas que seja possível construir sobre os mesmos factos. Afinal, e segundo Yin, o investigador/entrevistador independente não pode confiar numa fórmula rígida para orientar o seu estudo.

## 3 Resultados

O Investigador optou por expor os seus resultados através do método de “Explanation Building”. Seguindo este método, o relatório não contém capítulos diferenciados por indivíduos, mas sim uma análise cross case que combina a descrição pura com tópicos explicativos, deixando a informação sobre os indivíduos dispersa entre os diversos capítulos e secções. (14)

A contrariedade entre a busca pela unicidade do indivíduo e a sua história (a sua vivência da *Illness*) e a escolha por este método de apresentação final é apenas aparente: só nos centrando na unicidade do caso é que se pode validar a informação obtida; só tendo a certeza da validade da informação nos podemos arriscar a extrapolar ligações e a apresentar versões generalizadas.

Transcrever exatamente as palavras empregues não é o objetivo, mas sim depreender o significado inerente. (12) Neste sentido, o investigador permitiu-se corrigir erros gramaticais, sintetizar frases e a condensar expressões, posto que em momento algum falsificou ou olvidou o seu verdadeiro sentido.

As frases das entrevistadas foram agrupadas através do método de codificação livre, e 4 categorias foram definidas por ordem cronológica: “Lentamente”, “Subitamente”, “Fluoxetina” e “Para lá do atualmente”. Os diversos tópicos dentro de cada categoria tentam abordar o mais completamente possível os vários assuntos inquiridos durante as entrevistas.

### 3.1 Lentamente

#### 3.1.1 Instalação do Quadro Depressivo

Apesar das tentativas para deslocar o foco de atenção do público para que a Depressão tem causas predominantemente biogenéticas, este continua a valorizar um modelo multifatorial no qual os eventos negativos de vida têm um grande peso na patogenia da mesma. (17) De fato, todas as entrevistadas estabeleceram uma relação lógica entre um ou alguns eventos emocionais das suas vidas e a sua doença. Com isto, não quero sugerir que as pacientes incluíam esses eventos no esquema dum pensamento mágico que formulasse os seus destinos, mas sim no sentido em que conseguiam prontamente identificá-los e lhes atribuíam um peso que não pode ser desprezado. Essas relações, não sendo estritamente do tipo causa-efeito, atuavam de forma cumulativa e contínua ao longo do tempo, nutrindo uma história de depressão crónica pontilhada de agudizações:

*A minha mãe era o meu ídolo. A morte dela foi o início da depressão. Depois uma tive uma desilusão amorosa há 7 anos que acabou comigo.*

*O copo foi enchendo. Agora, a carga foi maior. Mas que vem de trás, vem.*

*O problema principal foram as minhas queixas dolorosas. Comecei a duvidar de mim própria. O corpo custava a obedecer-me, e depois quanto mais me custava mexer, mais me ia abaixo. É uma bola de neve.*

*O meu primeiro marido gostava de andar a saltitar; as primeiras depressões que eu tive foram por causa dele. Esta última é por causa da doença e da morte do meu companheiro.*

Esses mesmos problemas, de difícil ou até mesmo de impossível resolução, parecem ser cruciais não só na patogenia da doença, mas também no desenrolar do processo terapêutico, do ponto de vista das pacientes:

*Se não tivesse estes problemas todos, eu já estava a fazer o desmame. Todos os meus problemas se desencadeiam por causa da minha família, eu vivo em função dela.*

*Se as coisas melhorassem em casa, também eu estaria melhor no resto. Era preciso que as coisas com o marido melhorassem; deixava logo de tomar os medicamentos.*

*Se não tivesse estes problemas na minha vida, não precisava da medicação. Só uma pessoa com força interior como eu é que ainda cá está.*

### **3.1.2 Culpa**

Em grau maior ou menor, todos os entrevistados sentiam culpa pela sua doença, na medida em que acreditando tratar-se duma doença psicológica - ao invés da tradicionalmente aceite doença biológica - acreditavam terem feito algo que despoletasse essa mesma doença, ou acusando-se duma falta de carácter e/ou de força para resistirem ao avanço insidioso da mesma. Ao mais, compararem-se e terem que lidar com as pessoas que compõem o seu normal quotidiano só contribuiu para se culpabilizarem ainda mais. O sentimento de culpa foi particularmente evidente com duas entrevistadas:

*Isto aconteceu-me num momento da minha vida em que eu não posso dizer que estivesse mal. Tinha emprego bom, nenhum problema financeiro, tinha os meus filhos... As pessoas olhavam para mim e diziam “Mas tu estás bem”.*

*Era a casa mais linda que lá havia, mas ainda assim não achava perfeição em nada do que fazia. Não me achava uma boa mãe, uma boa esposa. Mas quando ia a casa das outras mulheres, não via a casa delas tão limpa como a minha. Porquê que eu não sou uma boa mãe, uma boa esposa? Eu não ia para os cafés, eu não fumava...*

### 3.1.3 Ruminação/Silêncio

Todos os entrevistados sofreram/sofrem em silêncio, quer por um sentimento de altruísmo quer por falta de confiança ou apoio de alguém com quem pudessem conversar. Na opinião do investigador, este foi um dos principais efeitos precipitantes para que “o copo fosse enchendo até transbordar”.

*Calava-me com tudo.*

*Às vezes vale mais estar calada.*

*Há certas coisas que prefiro que fiquem lá bem no fundinho.*

Uma aparente conclusão que o investigador se permitiu fazer, foi a da relação deste silêncio com a ruminação. A tensão provocada pelo silêncio, não significando uma necessidade de comunicação diminuída (quer ativa, quer passiva), era aliviada pela ruminação de pensamentos repetitivos, com predominância noturna, quando os entrevistados se achavam enfim sozinhos e eram assaltados pelos seus problemas e preocupações.

*Ruminava aquilo: porque tenho dores? Porque as pessoas dizem que eu estou bem se me sinto tão mal? Qualquer dia vão-me internar porque eu ando louca!*

As duas pacientes que mais se queixaram de ruminação foram as que mais facilmente expuseram e realçaram a gravidade dos seus problemas pessoais ao investigador, assim como as que mais facilmente usavam expressões ansiosas de autocomiseração e dor, como “Ai meu Deus”, “O doutor nem imagina”, ou “Foi muito complicado”. Enumeravam problemas uns a seguir aos outros: de vários familiares, de doenças, de relações interpessoais, problemas financeiros, etc..

*Deito-me na cama e estou sempre, sempre, sempre a pensar. Penso na vida toda: passado, presente e futuro; família, dinheiro, doença...*

*Não dormia. Deitava-me e ruminava a mãe, a vida, os problemas do meu irmão e da minha cunhada.*

*Dormia mais; demorava a adormecer. Deitava-me e ficava a ruminar.*

Parecem ainda ser estas as que mais sofrem com os seus problemas passados, assim como as que possuem maior labilidade emocional, alternando rapidamente do riso ao choro. De facto, estas foram as únicas duas entrevistas que tiveram de ser interrompidas, pois as pacientes emocionaram-se a falar dos seus problemas.

*Nem me quero lembrar quando estive internada em Coimbra. As estradas não eram como agora, você não tem ideia. E o meu pequeno cá!...*

*Tive um problema na hipófise. Comecei a ficar preocupada com o fato de vir a ser operada. (...) Depois a fábrica também fechou, e eu via a fábrica mal, via-me a mim mal e depois fiquei pior!*

### **3.1.4 A Mulher Doméstica**

Durante o período fértil das mulheres, estas têm duas vezes maior probabilidade que os homens de experienciar um episódio depressivo major. A etiologia para esta discrepância é incerta. (8) Pierre Schneider, já na década de 80, aventou uma hipótese explicativa:

*Depressão aparece sobretudo na mulher casada de condição modesta com filhos pequenos para criar. (...) mulheres cuja ocupação principal consiste em cuidarem de uma família ou do marido, apresentam de forma bastante importante estados depressivos que frequentemente correm o risco de se tornar crónicos (...) As condições psicossociais da doméstica parecem desempenhar um papel importante num ambiente de “desvalorização da sua atividade e de frustração das suas necessidades de autonomia”.(9)*

Duas entrevistadas são passíveis de serem analisadas neste paradigma:

*Depois da minha filha nascer, comecei a ter várias dores; com o tempo passei a ter cada vez mais dores, não tinha forças, ficava prostrada. Estava realizada, tinha bom emprego e isso só me irritava mais: fazia exames, tratamentos sem resultado nenhum!*

*Desde que nasceu a minha filha eu chorei todos os dias às escondidas do meu marido. O meu marido dizia “Estás doente porque queres”, e eu dizia “Não quero ver o meu marido, não me levem para ao pé dele.”.*

Mas nem todas as entrevistadas corroboram totalmente a hipótese enunciada. Uma delas nunca foi casada nem tem filhos, ao passo que outra foi diagnosticada aos 56 anos de idade, vivendo a sós com o marido, já depois do filho ter abandonado o lar. Porém, muito

mais consistente para todas estas mulheres foi a relação com o marido/companheiro/namorado, de crucial importância para a fenomenologia da instalação e desenvolvimento do quadro depressivo:

*O início da Depressão foi a morte da minha mãe. Depois tive um desgosto amoroso que acabou comigo há 7 anos.*

*O meu ex-marido chegou a dizer-me quando andava deprimida: “Se andas assim por causa da vida que eu faço, tira o cavalinho da chuva que eu não vou mudar.”. Isto ainda são coisas que me magoam quando me lembro delas.*

*O meu marido dizia-me: “Tu não prestas, tu não vales nada.” Está sempre a dizer que eu sei tudo, que sei fazer tudo e que mexo em tudo.*

## 3.2 Subitamente

### 3.2.1 Como é sentir-se depressiva?

À pergunta “O que sentia quando andava mais depressivo(a)?”, não houve nenhuma paciente capaz de responder prontamente e sem tomar antes algum tempo para deliberar as palavras a empregar: as mais comumente utilizadas foram *tristeza*, *angústia* e *vazio*, o que pode ter dado uma preciosa visão dum pouco da cultura do que é ser-se depressivo. As respostas foram assim congruentes com o quadro teorizado no ICD10, com as pacientes relatando diminuição da energia, da autoestima e da autoconfiança, além da manutenção dum humor depressivo durante vários dias com pouca influência de fatores externos sobre o mesmo.

*Sentia um vazio, um peso; nada me dava prazer nem sentia vontade de viver.*

*Os meus miolos estavam enrolados, enrolados; pesados, pesados, pesados; e às vezes um arrepio, um arrepio; e andavam à roda, à roda.*

*Sentia a cabeça vazia e pensava que era um esgotamento, que o meu cérebro estava esgotado de tanto chorar.*

*De manhã acordava mais ou menos, mas chegava à noite e começava a ficar cansada, vazia, rouca; parecia que nem sentia nada. A minha vontade não era comer, mas deitar-me. Pró fim, nas noites em que não dormia, acordava mais cansada do que me deitava.*

A subjetividade da “doença mental” e dos efeitos da sua medicação  
- um estudo fenomenológico da experiência do próprio sobre a farmacoterapia da depressão com fluoxetina

*Sentia-me no fundo dum buraco e não conseguia sair de lá. Uma tristeza tão profunda que é impossível definir. Uma angústia enorme, um aperto. Dizem que o coração não dói mas a mim doía-me e dói-me.*

*Achava que era indiferente para os outros.*

*Barulho, multidão, tudo me fazia impressão. Eu queria estar na cama.*

Congruente com o que foi apresentado na categoria **Lentamente**, a instalação insidiosa da doença faz com que muitas vezes os pacientes só recebam ajuda demasiado tarde.

*Vai-se entrando devagarinho e de repente estamos lá. Não se vai logo procurar ajuda. Começamos a isolar-nos, a ficar tristes, a falar menos com os outros, a desleixar-nos...*

### **3.2.2 Lentificação vs. Agitação Psicomotora**

Com exceção da última entrevistada, por sinal, a única diagnosticada com EDM, todos as restantes tiveram uma história mais ou menos típica de depressão com lentificação psicomotora. Ressalve-se que esta mesma entrevistada, uma das que apresentou maior labilidade emocional e ruminação, é no entanto a melhor candidata a conseguir uma vida livre de antidepressivos, sendo medicado com Fluoxetina há 6 meses e encontrando-se agora em processo de desmame.

*Não me sentia lenta, mas muito acelerada; parada é que não podia nem posso estar.*

### **3.2.3 Psicoses**

Duas pacientes sofreram psicoses depressivas, ambas com TDR; o internamento foi necessário para uma delas:

*De dia tinha a sensação de estarem vultos pretos a passarem ao meu lado. À noite tinha a sensação de estar um homem com um capuz preto ao fundo da minha cama com vontade de me agarrar.*

*Às vezes, já em Portugal, ouvia uma voz cantar o hino do Canadá e sentia uma angústia enorme.*

*Levaram-me para o hospital e lá comecei a gritar “O meu homem quer-me matar!”. Não fui eu que falei!*

Naturalmente, uma história de psicose é um fator de prognóstico negativo.

### 3.2.4 Agressividade e Suicídio

A frustração, aliada a um sentimento de incompreensão e solidão fazem com que muitas vezes doentes depressivos andem com “os nervos à flor da pele”, fazendo-os dirigir a sua agressividade contra si mesmos e/ou contra os outros.

*Às vezes dava-me vontade de me esganar. Muitas vezes pensava que não valia a pena viver, que me aliviaria o sofrimento.*

*Senti-me agressiva, infelizmente. Fui ríspida.*

Uma paciente conseguiu apenas acenar com a cabeça à pergunta “Já teve pensamentos suicidas?”, antes de começar a chorar e forçando-me a pausar a entrevista, antes de confessar nunca ter pensado num método. Mas outras duas pacientes tentarem mesmo acabar com as suas vidas:

*Com comprimidos de Xanax®. Foi tentativa única, ainda antes da Fluoxetina. Estava muito desesperada, mas hoje já não tenho essa ideia. Vivo porque a minha irmã precisa muito de mim. Mas há 2 meses passou-me pela cabeça voltar a suicidar-me, por causa duns problemas; não cheguei a pensar em método.*

*Tive duas tentativas de suicídio com comprimidos; nas duas ainda casada com o primeiro marido. Foi depois da primeira tentativa que me diagnosticaram Depressão.*

## 3.3 Fluoxetina

Em geral, todos os ISRS's demoram duas a três semanas a surtirem efeito terapêutico no componente do humor, sendo mais rápida a sua atuação no componente psicomotor (daí o risco aumentado de suicídio em pacientes depressivos durante as primeiras semanas de tratamento com um ISRS). Naturalmente, isso impede uma compreensão imediata e clara dos mesmos.

*Nós queremos que as coisas aconteçam muito rápido, mas as coisas não são assim.*

*Eu não senti nada; não me senti a melhorar nem senti efeito nenhum.*

Porém, em prospeção temporal, alguns pacientes referem melhorias auto percebidas:

*Fluoxetina foi a minha salvação. Passado 15 dias comecei a sentir a diferença; passado um mês já conduzia. Faz-me sentir bem; deu-me saúde, vida, mais energia e motivação.*

*Não choro desde que faço a medicação porque sou feliz.*

*Acho que me faz bem: sinto-me menos nervosa e ansiosa, capaz de controlar-me melhor. Qualquer coisa que me irritava dantes era agora capaz de a encarar melhor.*

*Se não fosse esta consulta e os medicamentos não tinha aguentado com o meu pai até ao fim. Sentia-me muito cansada e sem conseguir organizar as tarefas em casa porque esquecia-me muito; agora já tenho tempo na cabeça para conseguir chegar lá.*

Porém, a manutenção do nível basal terapêutico de Fluoxetina no organismo não consegue, por si só, evitar as recidivas depressivas:

*Com a medicação sinto-me melhor, mas por vezes vou-me abaixo.*

Ao mais, uma paciente referiu não sentir qualquer melhoria com a Fluoxetina:

*Não me sinto mais feliz, nem mais produtiva nem com um melhor bem-estar. Trabalho porque tenho de trabalhar; no resto, tenho de impor-me regras: limpar a casa, o pó, o chão, aspirar, tomar banho... Tomo-a porque tenho confiança no meu médico e porque se calhar andaria pior sem ela.*

Eis algumas frases que poderão servir como súmulas do que aqui foi dito:

*Eu não acreditava porque não me sentia melhor; hoje estou melhor, quer dizer, não duvido que andaria pior sem a medicação. Mas de repente vou-me abaixo.*

*Estou melhor, mas a mesma não. Fluoxetina ajuda muito, mas não cura. Nós também temos de fazer por isso.*

### **3.3.2 Fluoxetina vs. ADT's**

Todas as pacientes com TDR experimentaram outros fármacos ADT's antes da Fluoxetina; a única paciente com EDM também foi medicada anteriormente com ADT, *para as dores de cabeça*. Todas elas consideravam os anteriores antidepressivos mais intoleráveis que a Fluoxetina:

A subjetividade da “doença mental” e dos efeitos da sua medicação  
- um estudo fenomenológico da experiência do próprio sobre a farmacoterapia da depressão com fluoxetina

*Chegava a casa e dormia, dormia... Por causa da medicação anterior!*

*Tomava a medicação anterior e sentia-me na mesma. Dormia... mas acordava e sentia uma tristeza.*

*Nada me interessava, andava na rua e era como se eu me estivesse a ver. Eu estava a ver aquela pessoa que era eu, mas era como se estivesse fora daquele corpo a andar. A certa altura podia chegar qualquer pessoa ao pé de mim que eu não ia reagir a nada. Parecia um robô. Era uma sensação terrível, uma angústia terrível.*

*Sentia-me ainda mais prostrada; talvez me acalmasse mas não era eu, cortava-me a raiz.*

Conforme esperado, algumas pacientes atravessaram um pródromo terapêutico com efeitos negativos, antes dos efeitos positivos da Fluoxetina predominarem:

*No início é mau de tomar: fiquei sem forças, sem apetite. Depois o corpo habitua-se.*

*Fiz 5 tentativas para me habituar à fluoxetina: maio, junho, setembro, outubro e só consegui em novembro. Tomava uma semana e deixava de comer; lá me habituei...*

*Comecei a sentir-se muito ansiosa e aflita; agora faço a medicação com Alprazolam e nunca mais tive nada.*

*A primeira semana de tratamento andei doente. Senti-me muito doente, tinha um vazio na cabeça, fiquei muito parada.*

*Venho do psiquiatra e agora é que me sinto doente.*

Os efeitos positivos da Fluoxetina que as pacientes deram destaque foram um aumento da energia vital aliada à ausência de sedação:

*Em relação aos outros antidepressivos, este é sem dúvida o melhor.*

*É uma ajuda sem me adormecer.*

*Com esta medicação nunca fiquei pedrada.*

Estas afirmações vêm corroborar as palavras de Edward Shorter:

*Os doentes achavam a fluoxetina muito superior aos tricíclicos porque tinha menos efeitos secundários fazendo-os sentir, quando muito, eufóricos e “elétricos” em vez de pesados e obstipados. (2)*

Dentre os ISRS's, a Fluoxetina é dos poucos que possuem metabólitos ativos, tendo uma meia-vida de 2 a 3 dias e a Norfluoxetina, o seu principal metabólito, de 4-16 dias. Quando um ISRS é descontinuado, muitos pacientes sofrem uma síndrome de abstinência, mas a Fluoxetina parece ser a exceção devido à autorredução lenta da sua concentração sérica e do seu metabólito. (18) Contudo, é de assinalar que uma paciente suportou uma síndrome de abstinência forte, após esquecer-se da toma de dois comprimidos, quando supostamente, graças ao seu tempo de meia vida longa, a Fluoxetina não deveria provocar qualquer tipo de síndrome de abstinência, ao passo que outra refere sintomas leves quando se esquece de tomar:

*Estive dois dias de cama; sentia-me desmotivada, triste; só queria que me deixassem dormir, doía-me o corpo todo. Tomei Fluoxetina sábado e domingo, segunda-feira já era a mesma.*

*Quando não tomo, chego às 5 horas e começo logo a tremelicar.*

Porém, estas manifestações podem ter tido origens alheias a uma síndrome de abstinência (origem psicogénica, p.ex.).

### 3.3.3 Preço

De forma a perceber o peso da cronicidade da Depressão, os entrevistados foram questionados quanto à posologia da sua medicação e ao preço da mesma. Nenhuma soube responder concretamente o nome comercial do fármaco nem qual o seu preço. Note-se, porém, que em todos os casos o mediático Prozac® foi substituído pelos genéricos e que nenhuma das pacientes se mostrou incomodada com o preço dos mesmos:

*É barato; escolhemos o laboratório mais barato.*

*Acho que o preço anda à volta de 4 euros uma caixa, o que me dá para 3 ou 4 semanas.*

*Acho que pago à volta de 5 euros, mas não sei o nome do fármaco.*

*Não é sempre o mesmo, depende dos laboratórios, mas são acessíveis. Acho que 1 caixa me dá para 1 mês, fazendo um comprimido por dia.*

### **3.3.4 Efeitos Secundários da Fluoxetina**

Duas pacientes acusaram acatisia mantida ao longo do tempo com a Fluoxetina, apesar de assumirem que já eram “agitadas”. Uma destas pacientes refere bruxismo anterior e concomitante com a medicação, ao passo que a outra refere prisão de ventre e sentir-se mais ansiosa:

*Com a fluoxetina acho que estou mais nervosa; levanto mais a voz, o que não fazia antes.*

Outra paciente corrobora ter-se sentido ansiosa com a Fluoxetina, porém só no início da sua toma, sendo que o seu perfil psíquico nervoso e marcado por um quadro de ansiedade é anterior à Fluoxetina. Outra paciente diz ter ficado desmotivada no início da toma da Fluoxetina.

Por fim, a última paciente nega qualquer efeito secundário.

### **3.3.5 A questão do peso e o seu mediatismo**

Um reconhecido efeito indesejado dos primeiros ADT's é o aumento de peso:

*Andava cada vez pior e engordei cada vez mais.*

*O ADT que tomava abria-me o apetite; tomava-o depois de jantar e dava-me vontade de comer ainda mais.*

Quando surgiu, um psicocirco mediático (2) foi montado em volta da Fluoxetina e das suas propriedades milagrosas para perder peso, a um ponto em que, muitas vezes, a procura pelo fármaco foi motivada pelo paciente, metamorfoseado em consumidor, ao invés de ser prescrita como primeira opção pelo terapeuta. (6) Algumas frases proferidas pelas pacientes dão conta precisamente deste tão desejado efeito secundário:

*Comecei logo a sentir-me melhor e comecei a emagrecer.*

*Conheço duas raparigas que tomam só para perder peso.*

*As mulheres, mesmo que estejam magras acham-se sempre gordas. Quando andava mais depressiva, tentava-me compensar com a alimentação: “Quê que vou comer, quê que me apetece?”. A minha médica de família disse-me: “A Fluoxetina até te vai fazer bem para*

*perderes peso”. Ora, acho que ela não me faz perder peso, mas sim perder apetite. Consigo controlar melhor aquele meu nervosismo de ir comer.*

Porém, nenhuma das pacientes deu destaque a este efeito secundário: “Quanto mais a Lilly testava a fluoxetina como antidepressivo, mais ela secundarizava a perda de peso.” (2) Assim, em todos estes casos a Fluoxetina foi prescrita com objetivos isentos da perda de peso, apesar de numa das pacientes esse mesmo efeito secundário ter produzido efeito terapêutico claro.

*Agora gosto mais de mim mesma. Perdi 12 Kg.*

### 3.3.6 Sexualidade

Para o investigador, o tema da sexualidade serve não só naturalmente para avaliar a fenomenologia da Depressão e do tratamento com Fluoxetina, mas também para avaliar a própria validade interna deste estudo. Atendendo à duração média de uma hora por cada entrevista, naturalmente que a empatia criada entre investigador e pacientes, ainda que suficiente para estabelecer disponibilidade narrativa (a maioria das pessoas gostam de ser ouvidas, pelo que obter o consentimento para as entrevistas é comparativamente fácil em relação a obter uma boa entrevista (12) e confiança no sigilo do estudo, pôde não ter sido a suficiente para as pacientes partilharem “todos” os pormenores que se recordaram por receio de se “expor”. Atendendo à diferença de sexo e idade entre as entrevistadas e o investigador, o tema da sexualidade surge como o que potencialmente mais evidencia esse problema. Na verdade, todas as pacientes responderam de forma breve às perguntas que coloquei, tentando escapar delas, sendo que todas negaram alterações provocadas pela Fluoxetina; contudo, as respostas naturalmente variaram.

Duas pacientes referiram que não possuem mais vontade de terem sexo; essa sua falta de motivação prende-se essencialmente com a perda do companheiro, quer por separação ou por falecimento.

*Desde a depressão que perdi a vontade de ter sexo; não penso nisso, não me apetece, não sinto vontade... Talvez se eu tivesse alguém perto de mim por quem sentisse amor...*

*Se pensar em sexo sinto que estou a trair o meu marido.*

Mas outra paciente, apesar de ter marido, diz-se indiferente para com o sexo, começando por ter afirmado que a sua vida sexual possivelmente diminuiu desde que foi diagnosticada com Depressão, para depois confessar que há 5-7 anos que não tem relações sexuais. Porém, não demonstrou estar afetada com a falta das mesmas relações sexuais:

*A minha vida sexual foi muito abaixo desde que fiquei depressiva. O casamento também já vai avançado e as coisas vão-se acalmando.*

Só duas pacientes é que afirmaram manter uma vida sexual ativa com os seus companheiros fixos.

*Não noto alterações da minha vontade, tirando uma diminuição quando a comecei a tomar. Também não afetou a capacidade de alcançar orgasmo.*

*Não notei qualquer tipo de alteração.*

## 3.4 Para lá do atualmente

### 3.4.1 O Apoio

A prática clínica valoriza sintomas para poder instituir um diagnóstico consensual e terapêutica generalizada. Contudo, é na categoria “Lentamente” que melhor se compreende a instalação do quadro depressivo; a utilidade de definir esse pródromo pré-mórbido consiste em explorar formas de alterar as condições que protelam o mesmo.

Modificar condições e histórias de vida não fazem parte das competências do médico. Porém, escutar, analisar e aconselhar fazem. As histórias de duas pacientes, e as suas relações entre o quadro depressivo e as mudanças de vida são claras:

*No Canadá havia muita neve, muita neve. Não via o chão desde setembro até ao fim de Maio. Quando começava a nevar ia logo parar ao hospital. Era uma angústia! (...) Eu dizia para o meu marido as pessoas são tão felizes em Portugal! Em 1989 voltamos e as coisas cá começaram a melhorar. O próprio sol já me alegrava!*

*Não tive nenhuma depressão com o meu companheiro, depois do divórcio do meu primeiro marido. Sentia-me segura, tinha apoio, tinha uma pessoa que gostava de mim, que fazia tudo por mim!... Esta minha última depressão (desde há cerca de três anos) foi por causa do cancro dele.*

Ganha relevância o papel da família, elemento ambíguo, simultaneamente capaz de facilitar ou de impedir a progressão da doença psiquiátrica (11). Mudar a vida para melhor (na perspetiva do doente, claro) teve uma implicação terapêutica forte nesta amostra. Em

contraste, a persistência no estilo de vida facilitador de doença (consciente ou inconsciente, voluntária ou involuntária) é causador de angústia e de dor, deixando o paciente impotente para lutar.

*Sempre que as crises me atacam, deito-me. Não costumo sair de casa. Uma vez por outra, raramente, desço e vou ao café que há por baixo do meu prédio, mas tomo café rapidamente e volto logo para casa.*

### 3.4.2 Mudança na Relação com os Outros

Um dos principais enfoques colocados pelo investigador durante as entrevistas, foi obter uma opinião e descrição, o mais pormenorizadas e explícitas possíveis, sobre a forma como a Fluoxetina alterou ou não alterou as relações com os outros. Não houve relatos de alterações claras para melhor, no sentido em que as mesmas são dificilmente mensuráveis:

*Não sei se me tem ajudado nas minhas relações com os outros porque praticamente não tenho saído de casa.*

Ainda assim, houve algo que mudou positivamente para algumas destas mulheres:

*A fluoxetina mudou a minha relação com a família porque eu estou feliz e eles também ficam; a minha relação com o emprego também melhorou.*

*Antes o meu marido dizia-me qualquer coisa que eu não gostava e eu engolia aquilo e ficava a ruminar. Agora não, agora não ligo.*

*Deixei de me irritar tanto com a minha família, e com as minhas amigas igual: comecei a ter mais paciência. Trabalhei 1 ano com fluoxetina e também melhorei aí. Antes explodia à mínima coisa, mas depois comecei a brincar: “Tenho de tomar um comprimido para vos conseguir aturar.”.*

Por outro lado, a crença de que são as circunstâncias da vida a real causa da doença, aliada a uma incapacidade de alterar o seu rumo, podem reduzir ou anular a crença na eficácia da medicação (17):

*Acho que a fluoxetina não alterou nada a minha relação com os meus familiares e amigos.*

*Não estou a lidar melhor com o meu nervosismo, o meu stress, os meus problemas...*

*Não me sinto mais feliz, nem mais produtiva nem com melhor bem-estar. Trabalho porque tenho de trabalhar. Eu não gosto de mim nem gosto da minha vida. A felicidade não existe.*

### **3.4.3 Para lá do Atualmente: Cronicidade e Desmame**

Optar por continuar a medicação indefinidamente com Fluoxetina é uma escolha consciente mas não isenta de condicionalismos. Por consequência, se a doença é crónica, quase inevitavelmente o seu tratamento com Fluoxetina (ou outro antidepressivo) se torna crónico:

*Penso que é uma doença crónica, estou resignada com a ideia.*

*Esta doença não se cura nunca.*

*Tenho medo de tentar sozinha.*

*Gostava de poder tirar a Fluoxetina, de poder viver a vida sem drogas, sem dependências de químicos ou de álcool, mas fiz uma experiência de retirar o Cp do almoço e piorei.*

*Tenho medo de fazer desmame. Nunca tentei nem nunca me esqueci de tomar um Cp. Às vezes, quando ando pior, faço dois; aprendi a reconhecer os sinais para aumentar a dose.*

*Há certas alturas que tenho estas crises; às vezes, quando tenho algum problema (o meu pai teve um cancro) vou-me um pouco abaixo, fico muito pior. Não tenho uma vida muito facilitada; o mau pai morreu, dois anos depois apareceu um cancro ao meu marido... É por isso que eu digo: deixar o medicamento não, porque acontece qualquer coisa.*

Torna-se aqui crucial a boa prática terapêutica, a vontade do paciente e a relação de confiança estabelecida com o médico, através da partilha das suas histórias de vida, crenças e receios:

*Pretendo continuar a fazer a medicação desde que o doutor ache bem.*

*Já falei com o meu médico, mas ele ainda me continuou a receita por 6 meses. Estou em desmame.*

A subjetividade da “doença mental” e dos efeitos da sua medicação  
- um estudo fenomenológico da experiência do próprio sobre a farmacoterapia da depressão com fluoxetina

Mas nem todos os entrevistados concordam com a inevitabilidade da cronicidade, ou pelo menos com o domínio dos seus sintomas negativos. Exemplo máximo disso é a paciente com EDM:

*Acho que no meu caso é possível uma cura. Não tenho uma doença crónica.*

*Queria deixar para ver se tenho força para me sustentar. Nós também temos de ser fortes: quando nós necessitamos temos que ir lá, é para isso que vocês (médicos) cá estão. Mas nós, quando podemos, temos que deixar, não é?*

Mas também há esperança para as pacientes com TDR, principalmente para uma paciente que voltou do Canadá para Portugal:

*Tive que aprender a ser uma pessoa muito feliz como as outras pessoas. A Depressão, quando tratada, uma pessoa nem sente nada.*

## 4 Discussão

Finita a investigação, naturalmente surgem pontos positivos e negativos a serem realçados. Em retrospectiva, o investigador reconhece vários pontos que teriam sido passíveis de melhoria, para uma melhor e mais complexa recolha, análise e apresentação dos dados. São eles:

1 - Amostra: localizada somente à Beira Interior, com o apoio de um único hospital e analisando os pacientes disponíveis (daí uma amostra constituída somente por elementos do sexo feminino). Ao mais, e apesar de todos terem um diagnóstico inequívoco de Depressão, é impossível nivelar a intensidade e gravidade de sintomas depressivos entre si, mesmo dentro dos diferentes tipos (TDR vs. EDM).

2 - Fármaco e posologia: adaptadas à unicidade de cada caso, baseando-se na história clínica e na gravidade dos sintomas, fabricados em laboratórios diferentes apesar da invariabilidade do princípio ativo.

3 - Entrevistador e entrevista: quer por perguntas mal desenhadas ou articuladas, mas também porque os pacientes (voluntariamente ou involuntariamente, consciente ou inconscientemente) podem ter-me providenciado respostas falsas, imprecisas cronologicamente ou apenas incorretas, conseqüentes da sua incapacidade de se recordarem com todos os pormenores (14). Eis algumas frases usadas pelos entrevistados:

*Comecei a vir às consultas há 7 anos ou mais.*

*Lamento, mas não me recordo do medicamento que fazia antes deste.*

*Já não posso precisar bem, foi há tantos anos.*

4 - Reflexividade: o principal viés deste estudo talvez tenha sido o da reflexividade, ou seja, o entrevistado responder aquilo que o entrevistador quer ouvir (14). Isto torna-se mais evidente quando uma resposta aberta é respondida socorrendo-se do binómio sim/não. Ressalvo somente que a ter ocorrido, qualquer influência sobre os dados foi provocada por inépcia e inexperiência, e não com o intuito de falseamento; sempre que os entrevistados respondiam através do binómio sim/não, o investigador reformulou a pergunta, de forma a captar sempre o melhor possível a verdadeira opinião dos mesmos.

Não descartando a qualidade nem a validade dos resultados por mim obtidos, mais do que obter respostas creio que este trabalho reforçou a necessidade de colocar cada vez mais perguntas, e cada vez mais *novas* perguntas, pois é importante ter presente que em investigação qualitativa não existem perguntas nem respostas corretas; pois é importante ter

presente que a investigação qualitativa frequentemente cria novos problemas em vez de encontrar soluções. (12)

Este estudo aponta no sentido que, embora sem resultados absolutos e inequívocos, as pacientes tiveram melhora da sua qualidade de vida após ter sido iniciado o tratamento. Porém, quando as pacientes descreviam a sua experiência como um todo, faziam-no com uma conotação simultaneamente positiva e negativa. Sim, estavam mais est

abilizadas, sentiam-se mais energéticas e menos sedadas, *o pior já havia passado*; no entanto, para nenhuma delas tal significou uma remissão absoluta ou uma confiança no prolongamento eterno do bem-estar clínico e geral.

A primeira conclusão deste estudo é que a Fluoxetina é bem-tolerada pelas entrevistadas, na medida em que produz menos efeitos adversos que outros fármacos antidepressivos. Na generalidade, a experiência destes pacientes com a Fluoxetina emerge como positiva, essencialmente quando e se comparadas com a de anteriores antidepressivos. A autoperceção da gravidade dos sintomas baixou duma média de 9 para 5 entre as pacientes TDR, e de 5 para 2 na paciente EDM. Isto não é coisa pouca!

*Os insanos ou loucos tinham-se metamorfoseado num “paciente comum”, e isto é sem dúvida um grande feito. (...) [A Fluoxetina] ajudou a tornar as condições psiquiátricas aparentemente aceitáveis aos olhos do público, embora estejamos ainda longe de falar de uma completa “desestigmatização” da doença mental. (...) Cresce o sentimento de que a depressão e outras perturbações mentais são apenas isso mesmo - doenças tratáveis, e não falhas de carácter. (2)*

A segunda é que apesar do sucesso do tratamento com esse psicofármaco, nenhuma paciente acredita que a mesma produza uma *mudança essencial* nas suas vidas: sem falsas esperanças ou ilusões, os pacientes referem melhoras substanciais mas insuficientes com a Fluoxetina (ou, como no caso duma paciente, a ausência de pioras). Nenhum dos problemas apontados pelos entrevistados está resolvido nem parece que venha a ser resolvido da melhor forma; igualmente, personalidade ansiosa e baixa autoestima são traços psíquicos mantidos que não será a Fluoxetina a alterar *per se*. Deixo aqui dois exemplos prementes, dentro do grupo das pacientes TDR: uma paciente refere uma melhora do quadro, ao passo que outra não refere melhoras, apesar de não negar uma eventual estabilização do mesmo; em ambos os casos, todavia, a melhora ou piora do quadro clínico pareceu depender mais das alterações sociais, familiares e do meio envolvente, do que propriamente do efeito da Fluoxetina *per se*: uma melhorou porque voltou para Portugal, deixando um país que muito sofrimento lhe causou (o Canadá), outra piorou porque após uma vida repleta de dor e tristeza, encontrou alguma alegria e estabilidade junto dum novo companheiro, o qual quis o destino que morresse precocemente de cancro, deixando-a novamente só e com um terrível embotamento

físico e afetivo. Esta conclusão vai ao encontro do estudo “Beliefs of people taking antidepressants about the causes of their own depression”. (17)

A terceira e última conclusão é a de que vivemos num paradigma médico baseado em médias, ou seja, em que um tratamento é adotado porque em média melhora aqueles aos quais se aplica. Isso significa que não melhora necessariamente todos, daí a necessidade de uma evolução para uma medicina personalizada, em que cada caso seja visto como único: é necessário que o médico compreenda a experiência subjetiva da doença, a *Illness*. Se isto é válido para o conjunto da prática médica ocidental, é tanto mais importante quando a resposta a uma intervenção é variável e em particular quando a resposta não é fisicamente mensurável, como a acontece na doença mental. A maior utilidade do nosso estudo foi evidenciar a disparidade das histórias de vida de cada paciente; da mesma forma, os resultados e as expectativas relativamente ao tratamento também. Neste sentido, o diagnóstico e o tratamento têm de fazer sentido para o paciente, visando simultaneamente não só a *Disease* mas também a *Illness* do mesmo, sendo para tal indispensável uma total partilha da história do paciente com o médico, ao invés dum mero relato periódico da evolução dos sintomas.

Continuamos a saber muito pouco sobre a Doença Mental, não só sobre o seu tratamento, mas principalmente sobre a sua etiologia e desenvolvimento; neste caso em particular, tanto mais urge uma maior compreensão quanto mais prevalente se vai tornando a Depressão em todo o Mundo. No final, uma variedade de fatores independentes da medicação podem ter a palavra final sobre o desenrolar da doença, sendo crucial para o médico melhorar a sua comunicação com cada paciente. Se por um lado Kant, no seu livro “Crítica da Razão Pura”, alerta para o perigo de uma sucessão narrativa sugerir uma causalidade direta entre os eventos narrados, criando uma cronologia e lógica irreais dos mesmos (19), a verdade é que, na opinião de Quartilho, do qual o autor do estudo se mune para fazer valer a sua, “ (...) uma história bem construída contém uma espécie de verdade narrativa, que é real e imediata, com importantes implicações no processo de mudança terapêutica.”. (11) No final duma das entrevistas, uma paciente abordou-me - já com o gravador desligado - e disse-me que ter falado comigo dos seus problemas (com um estranho!), fê-la sentir-se melhor e compreender melhor não só os seus problemas, mas também que deveria passar a falar mais e mais abertamente deles com os outros.

## 5 Crítica

Este estudo foi programado para incluir entrevistas aos pacientes e a alguns dos seus familiares, na medida em que a compreensão e comparação entre os relatos auto e hétero percebidos da fenomenologia da depressão e do seu tratamento com fluoxetina poderia dar um maior entendimento sobre a questão. Porém, quer por indisponibilidade dos familiares (na medida em que os pacientes se sentiam constrangidos em dar o contacto dos mesmos) quer por indisponibilidade do investigador (data limite para entrega da tese), a componente familiar não pôde ser investigada.

Durante a recolha de dados, somente um entrevistador mais experiente é capaz de retirar vantagem duma oportunidade inesperada, ao invés de ficar aprisionado por ela (Y); finita a investigação, muitas coisas ficaram inexploradas e talvez a sua exploração mudasse radicalmente o rumo deste estudo. Os dados deveriam ter sido compilados mais cedo, novas entrevistas deveriam ter sido feitas e o leque de perguntas eventualmente estreitado e melhor limado. Ao mais, para uma avaliação verdadeiramente holística do problema, muitos outros pontos teriam que ser abordados: seria necessário entrevistar pacientes que tivessem abandonado a medicação com Fluoxetina e compreender os seus motivos, assim como entrevistar pacientes que nunca tivessem tido contacto algum anterior com qualquer outra classe de antidepressivos, falar com pacientes que a tivessem feito no passado, etc.. A história familiar de Depressão de uma das pacientes, que afirma ter 7 irmãos todos depressivos (5 fazendo medicação, outro com dependência alcoólica) e um filho bipolar, também poderá servir como proposta para um futuro estudo deste tipo.

A Psicoterapia também merece aqui uma consideração especial. Tendo sido abordada à superfície, nenhuma informação mais foi obtida além duma resposta positiva ou negativa à sua experimentação. Teria sido interessante avaliar a adesão das diferentes pacientes à Psicoterapia, assim como as terapias empregues. Naturalmente, uma boa prática terapêutica aumenta as hipóteses de recobro dos pacientes, estando hoje assente que Psicoterapia e Psicofarmacologia têm efeitos sinérgicos. (18)

O percurso para a elaboração desta investigação não foi linear. Deslocando o foco da redundância estatística, nunca se pretendeu provar, por uma margem estatística pirrónica, uma hipótese científica. A incidência do estudo tentou ser o mais ampla e variada possível, precisamente para permitir que os pormenores comuns das múltiplas e díspares vivências pessoais se evidenciassem e se tornassem passíveis duma análise o mais rigorosa e atenta possíveis.

Espero que se tenha aberto uma porta no domínio da investigação qualitativa na FCS e que este estudo tenha contribuído para uma compreensão mais alargada da mente humana e do fenómeno da doença mental. Cobrindo estes dois pontos, o trabalho não foi em vão; que este estudo seja um pródromo doutros futuros, poderá mesmo ser a sua maior conquista.

A subjetividade da “doença mental” e dos efeitos da sua medicação  
- um estudo fenomenológico da experiência do próprio sobre a farmacoterapia da depressão com fluoxetina

Creio que novos colegas virão e continuarão este trabalho (e outros), e sabendo de antemão quais as principais dificuldades que encontrei e quais os principais feitos que alcancei, elevarão a fasquia deste género de investigação e alcançarão dados ainda mais relevantes e interessantes.

## 6 Bibliografia

1. Elder, M; Mayou, R; Geddes J. Psychiatry. 2nd ed. Oxford University Press. 2003. 127-121 p.
2. Shorter E. Uma história da Psiquiatria - Da Era do Manicômio à Idade do Prozac. 1ª ed. Climpesi Editores. 2001. 287-289; 290; 293; 319-322 p.
3. ICD-10 Version:2015 [Internet]. [cited 2015 May 5]. Available from: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F30-F39>
4. Kaplan, Harold I.; Sadock, Benjamin J.; Grebb JA. Compêndio de Psiquiatria - Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7ª ed. ARTMED Editora. 1997. 493-501 p.
5. Perez-caballero L, Torres-sanchez S, Bravo L, Mico JA, Berrocoso E. Drug Discovery Case History Fluoxetine : a case history of its discovery and preclinical development. 2014;567-78.
6. Healy D. Psychiatric Drugs Explained. 1st ed. Lidel Edições Técnicas; 1993. 54-57; 60-61; 259; 263 p.
7. Jacobson, James L.; Jacobson AM. Psychiatric Secrets. Hanley & Belfus Editors; 2001. 71 p.
8. Sloan DM., Kornstein SG. Gender differences in depression and response to antidepressant treatment. Psychiatr Clin North Am. 2003 Sep; 26(3):581-94.
9. Schneider P. A Depressão. 1ª ed. Publicações Europa-América; 66-67 p.
10. Buoli M, Melter CC, Caldiroli A, Altamura AC. Are antidepressants equally effective in the long-term treatment of major depressive disorder ? 2014.
11. Rodrigues Quartilho M. Cultura, Medicina e Psiquiatria. 1ª ed. Editora Quarteto. 2001. 29-40; 79; 97-99; 121; 146-147; 162-168 p.
12. Stake RE. The Art Of Case Study. 1 st. SAGE Publications. 1995. 43-45; 64-67 p.
13. Hancock, D.R.; Algozzine B. Doing Case Study Research. 1st ed. Teachers College Press; 2006. 39-45 p.

A subjetividade da “doença mental” e dos efeitos da sua medicação  
- um estudo fenomenológico da experiência do próprio sobre a farmacoterapia da depressão com fluoxetina

14. YIN RK. Case Study Research: Design and Methods. 4th ed. SAGE Publications; 2009. 68-69; 74; 85; 106; 141-144 p.
15. Danielsson L, Rosberg S. Depression embodied: an ambiguous striving against fading. Scand Journal Caring Science. 2014 Sep 23
16. Jonsen E. Familial amyloidotic patient's experience of the disease and of liver transplantation. Journal Adv Nursing, 1998. 1997;52-8.
17. Read J, Cartwright C, Gibson K, Shiels C, Magliano L. Beliefs of people taking antidepressants about the causes of their own depression. Journal of Affective Disorders. Elsevier; 2015;174:150-6.
18. Andreasen, N. C.; Black DW. Introdução à Psiquiatria. 4<sup>a</sup> ed. ARTMED EDITORA; 2006. 522-528 p.
19. Kant E. Crítica da Razão Pura. 1<sup>a</sup> ed. Editora Martin Claret; 2003.

## 7 Anexos

### Anexo I - Inquérito modelo aplicado na Investigação

**Tema da Tese:** A subjetividade da “doença mental” e dos efeitos da sua medicação - um estudo fenomenológico da experiência do próprio sobre a farmacoterapia da depressão com fluoxetina.

**Investigador:** David Luís Ferreira Teixeira, a25497, aluno de Mestrado em Medicina na FCS-UBI

**Duas Questões-chave:**

1 - Por favor, descreva o que sentiu quando começou a tomar Fluoxetina e o que sentiu depois ao longo do tempo.

2 - Por favor, diga-nos também se, em aspetos relevantes da sua vida, a Fluoxetina alterou alguma coisa, quer dentro do que se podem chamar efeitos terapêuticos, quer nos denominados efeitos laterais?

Pontos a explorar nestas duas questões:

**1 - Vida familiar** - Pergunta: os medicamentos ajudaram nalgum aspeto da vida familiar (aqui: relacionameneto com o cônjuge, filhos ou restante família com a qual coabita), que determinadas atitudes ou determinados comportamentos que possam ser atribuídos como sendo de “depressão” estivessem a perturbar? Quanto é que essa ajuda contribuiu para a sua felicidade e bem estar? (ou, ao inverso, quanto aquelas atitudes ou comportamentos perturbavam a sua felicidade e bem estar, como os vivenciava enquanto “deprimido”?).

**2 - Vida de relação** - Pergunta: os medicamentos ajudaram nalgum aspeto da vida de relação (aqui, o sair de casa e o dar-se com as pessoas amigas), que determinadas atitudes ou determinados comportamentos que possam ser atribuídos como causados ou sintomas de “depressão” estivessem a perturbar?. Quanto é que essa ajuda contribuiu para a sua felicidade e bem estar? (ou, ao inverso, quanto aquelas atitudes ou comportamentos perturbavam a sua felicidade e bem estar ou, como os vivenciava enquanto “deprimido”?).

**3 - Vida profissional** - Pergunta: os medicamentos ajudaram nalgum aspeto da vida profissional (aqui, desde o ir trabalhar ao gosto pelo trabalho e à conflitualidade com colegas), que determinadas atitudes ou determinados comportamentos que possam ser atribuídos como causados ou sintomas de “depressão” estivessem a perturbar? Quanto é que essa ajuda contribuiu para a sua felicidade e bem estar? (ou, ao inverso, quanto aquelas atitudes ou comportamentos perturbavam a sua felicidade e bem estar ou, como os vivenciava enquanto “deprimido”?)

**4 - Construção do eu/auto-imagem** - Pergunta: sentia-se você mesmo quando “estava deprimido” (ou tinha uma sensação aflitiva de que queria mas não podia, não era eu, mas não conseguia sair - atenção para não induzir respostas). Gostava de si mesmo nessa altura (atenção, a pessoa pode nunca ter gostado de si mesmo)? Ao invés: quando tomou os medicamentos, sentiu-se que era você mesmo, ou sentia que estava melhor, mas “que não era eu”? E passou a gostar mais ou menos de si próprio?

**5 - Emoções** - Pergunta: Sentia-se indiferente a tudo quando “estava deprimido”? Ou os medicamentos fizeram-no sentir-se bem porque o puseram indiferente a tudo (as coisas deixaram de o incomodar)? E, em sentido contrário, sensação de “andar sempre nos limites” ou de “a minha cabeça não parar nunca”?

**6 - Agressividade** - Pergunta: Andava permanentemente agressivo para com todos (ou para quem está mais próximo, ou para um setor específico dos outros)? E para consigo, tinha vontade de se matar? E a medicação fez desaparecer ou aumentar essa vontade? Essas mudanças foram adaptativas ou retiraram-lhe mecanismos de lidar com o mundo (copying)?

**7 - Sexualidade** - A “depressão” mudou alguma coisa na sua vida sexual? E os medicamentos? Quanto interferiram com a sua felicidade essas duas alterações? (especificamente, explorar como diferentes quatro itens: desejo sexual (subjetivo), capacidade de ter orgasmo, frequência da atividade sexual e satisfação com a vida sexual e consequente impacto na felicidade).

**8 - Alterações do sono:** A “depressão” provocou alguma perturbação do sono? E os medicamentos (incluindo-se aqui andar cheio de sono durante o dia)? Quanto interferiram com a sua felicidade estes aspetos (explorar insónia, principalmente se terminal, sensação de dormir mal e sensação de ter sono durante o dia - efeito lateral ou efeito de noites mal dormidas).

**9 - Alterações do peso:** A “depressão” provocou alguma alteração do seu peso (aumento ou diminuição)? E os medicamentos? Como interiorizou essas alterações (sentir-se

horriavelmente gordo/magro - fenomenologicamente é indiferente se a pessoa aumentou ou não de peso, o importante é como a pessoa se sentia com o seu peso.

#### **A. Questionário Fixo para o paciente**

1. Há quanto tempo recebeu o diagnóstico de depressão? Como surgiu o mesmo? (autopercepção/ indução por familiares, amigos...?) (Agitação psicomotora vs. Lentificação psicomotora)
2. Consegue associar - estabelecer relação mais ou menos causal e direta - entre o início dos sintomas com algum acontecimento importante da sua vida? Em que ponto de situação se encontra esse problema? O seu psiquiatra está a par da mesma? Considera a situação suficiente por si só ou foi apenas a gota que fez transbordar o copo?
3. Concordou com o diagnóstico feito? Como acha que o mesmo afetou o seu dia-a-dia?
4. De 0 a 10, quão incapacitante considera a sua doença é ou foi? (ou que a depressão, genericamente, pode ser?).
5. Globalmente, a melhoria nos sintomas da doença depressiva é acompanhada por um aumento da sua felicidade/sensação bem-estar/ produtividade? Se sim, a níveis comparáveis com os anteriores ao diagnóstico de depressão?
6. Sente que caminha para ou atingiu uma cura ou resignou-se à ideia de possuir uma doença crónica?
7. Tem algum familiar com historial depressivo? E outra doença Psiquiátrica?

#### **B. Sobre a medicação**

8. Há quanto tempo faz farmacoterapia?
9. Aderiu bem à terapêutica? Fá-la ainda regularmente?
10. Pretende continuar a fazer a terapêutica?
11. Considera o preço da mesma razoável?
12. Alguma vez teve uma reação adversa ao fármaco? (G.I, aumento de peso, disfunção sexual, ansiedade, sudorese, acatisia, bruxismo). Teve de fazer alguma medicação para controlá-los?
13. O tempo estimado para a farmacoterapia (à altura do diagnóstico) corresponde/correspondeu ao período real em que a fez/faz? (4-6 semanas efeito, 4-5 meses para a primeira crise, episódios recorrentes fazer medicação)
14. Alguma vez tentou deixar de fazê-la? Que aconteceu? Alguma vez o seu médico reviu consigo a sua medicação e a possibilidade de a deixar?
15. Tentou outro tipo de terapias? Mudança de hábitos, desporto, sol, etc.