



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Saúde Mental de Elvas
Estudo epidemiológico da Saúde Mental da população
normativa residente no concelho de Elvas

Liliana Sofia Gervásio Pilha

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor Luis Maia

Covilhã, junho de 2012

Dedico este trabalho
a todos aqueles que contribuíram
para a amostra desta investigação!

Agradecimentos

*“A nossa vida é uma constante viagem, do nascimento à morte.
A paisagem muda, as pessoas mudam, as necessidades se transformam,
Mas o trem segue adiante. A vida é um trem, não a estação.”*

Paulo Coelho

Tentou-se em todo o percurso académico e ao longo de toda a vida não parar nas estações e seguir sempre viagem com o “trem”. Neste último ano foi necessário um esforço redobrado para se acompanhar o comboio sem perder oportunidades, felizmente nessa viagem tive o prazer de conhecer novas pessoas e lugares que me marcaram. Expresso primeiramente o meu profundo agradecimento a todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para a concretização desta tese.

Com a orientação do professor Luis Maia, a quem agradeço os momentos de aprendizagem que me proporcionou, assim como a motivação para a infinidade de metas. Em constante luta pelos seus objetivos que arrasta todos aqueles que o rodeiam para que consigam alcançar o inesperado. Um exemplo como ser humano, professor e psicólogo. Admiro a sua dedicação à vida, ao trabalho e à família, e a forma como o faz, com tamanha e inigualável intensidade. Obrigado pela inspiração!

A concretização de tamanho sonho se deve à dedicação de toda a minha família. Todavia, um especial obrigado pelo esforço incansável dos meus pais, João e Rita, e da minha irmã, Mafalda. Ao meu pai pela sua tranquilidade e sincera preocupação mesmo que oscilada por silêncios que significavam mais que mil palavras, tenho muito orgulho na sua constante luta contra as armadilhas da vida. À minha mãe pelo interesse constante, por ser uma fonte de motivação, pela sua presença nos momentos de maior desespero, e pela sua dedicação como mãe. À minha mana, pelo seu amor incondicional, pelo genuíno interesse em tudo na minha vida e principalmente por ser o meu insubstituível apoio sempre em qualquer que seja a situação.

Sem o suporte emocional e a compreensão inesgotável do Eduardo, jamais seria possível conciliar o trabalho e a vida familiar com a realização deste trabalho. Um muito obrigado por estares sempre presente.

Não poderia deixar passar em branco as pessoas que me acolheram de braços abertos no mestrado: à Ana Cláudia - pela ingenuidade sincera e meiguice que tanto me fascinou; Ana Luís - pela sua calma e proteção “materna”; Ana Magessi - pela cumplicidade e partilhas, assim como pelos serões tão bem passados; Carina - pela infinita amizade e momentos

intensos partilhados; Flávia - pelo sorriso único e palavras de carinho sempre disponíveis; Joana - pelo seu lado divertido; Rute - pelas gargalhadas e momentos de doçice; e à Susana - pelo carinho, cumplicidade e por seres a primeira. A todas agradeço o apoio nesta curta passagem pelo Covilhã, o nosso eterno Sineiro.

Não podendo esquecer, mesmo que longe, as minhas amigas de outro período importante da minha vida a licenciatura, à Carla e à Marisa um muito obrigado por fazerem parte da minha vida. Estarão sempre no meu coração!

Mesmo que em último todavia não menos importantes, a todos os meus amigos que me apoiaram ao longo de todo o meu trajeto, aceitando as minhas constantes ausências. Pelas imensas manifestações de interesse e encorajamento. E pela vossa amizade, são os amigos de sempre e para sempre.

Obrigado!

Prefácio

Tive o gosto de trabalhar durante um ano com a Liliana, no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS/ISCTE-IUL), ainda durante a sua Licenciatura. Desde logo me dei conta da sua enorme potencialidade, rapidez e vontade de aprender, energia empreendedora e rigor técnico.

É com gosto redobrado que, dois anos depois, recebo a sua Tese de Mestrado, um trabalho de investigação de elevada qualidade, como não poderia deixar de ser.

Trata-se de um estudo epidemiológico em saúde mental, necessário para a caracterização normativa da região de Elvas. É um estudo relevante, com implicações práticas imediatas em serviços de intervenção psicossocial, ao nível de diagnóstico e avaliação da intervenção. Em boa-hora!

Lisboa, 12 de junho de 2012

Célia Maria Dias Sales

Doutora em Saúde Mental

Professora Auxiliar na Universidade Autónoma de Lisboa (UAL)

Investigadora no Instituto de Investigação Pluridisciplinar da UAL (IIPUAL-CIP) e no Centro de Investigação e Intervenção Social (CIS/ISCTE-IUL)

Vice-Presidente da Associação Portuguesa de Terapia Familiar e Comunitária

Resumo

O conceito de saúde, atualmente, está associado a estado pleno ao nível físico, mental e social. Por sua vez, a Saúde Mental engloba o bem-estar psicológico, produtividade na comunidade e tendo em conta o contexto social. O principal objetivo deste estudo epidemiológico prendeu-se com a investigação do nível de Saúde Mental existente numa amostra normativa, do concelho de Elvas, através dos fatores que constituem a Saúde Mental, nomeadamente a existência ou não de um quadro depressivo. Valorizando-se aspetos da vida geral dos sujeitos, idade, sexo, habilitações, estado civil, estado profissional e estar ou não em acompanhamento psicológico. Esta investigação consistiu na aplicação do questionário de autorresposta, sendo ele constituído pela seção dos dados sociodemográficos, o Inventário de Saúde Mental (MHI) e o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE). Assim, contou-se com uma amostra de 547 sujeitos normativos, a maioria do sexo feminino, a faixa etária varia entre os 18 e os 82 anos. Uma parte significativa da amostra é casada, e está empregada, possuindo mais que o ensino obrigatório. A maioria reside na cidade de Elvas. Quanto ao foro psicológico, praticamente toda a amostra não tem acompanhamento psicológico. Constatou-se que existiram diferenças estatisticamente significativas no IACLIDE segundo nas variáveis sexo, idade e acompanhamento psicológico. Quanto ao seguinte inventário (MHI) as diferenças significativas ocorreram segundo sexo, estado civil, estado profissional e acompanhamento psicológico. Concluiu-se então que a população normativa padece de Saúde Mental e uma parte significativa dos participantes apresenta ausência da perturbação depressiva.

Palavras-chave

Saúde Mental, Depressão, MHI, IACLIDE, Sujeitos Normativos, Elvas

Abstract

The concept of health today is associated with full state-to-physical, mental and social. In turn, the Mental Health encompasses the psychological well-being, productivity in the community and taking into account the social context. The main objective of this epidemiological study was related to the investigation of the level of mental health in a sample rules, the county of Elvas, through the factors that constitute the mental health, including whether or not a depression. Valuing aspects of general life of the subject, age, sex, education, marital status, professional status and whether or not psychological. This research was the application of the questionnaire of self-response, being constituted by section of demographic data, Mental Health Inventory (MHI) and Inventory of Clinical Assessment of Depression (IACLIDE). Thus, relied on a normative sample of 547 subjects, mostly female, age ranges between 18 and 82 years. A significant portion of the sample is married and is employed, having more than compulsory education. The majority resides in the town of Elvas. As for the psychological, almost the entire sample is not psychological. Consisted that differences were statistically significant in the second IACLIDE gender, age and psychological counseling. As the following inventory (MHI) significant differences were observed according to sex, marital status and professional counseling. It follows then that the normative population suffers from mental health and a significant proportion of the participants presents absence of depressive disorder.

Keywords

Mental Health, Depression, MHI, IACLIDE, Normative Subjects, Elvas

Índice

Dedicatória	iii
Agradecimentos	v
Prefácio	viii
Resumo	x
Abstract	xii
Lista de Figuras	xvii
Lista de Tabelas	xix
Lista de Acrónimos	xxii
Capítulo I. Introdução	1
Capítulo II. Enquadramento Teórico	4
2.1. História da Evolução da Saúde Mental e da Psiquiatria	4
2.2. Conceitos	6
2.2.1. Saúde Mental	6
2.2.2. Doença mental	8
2.2.3. Normal versus Patológico	9
2.3. Saúde Mental	11
2.3.1. Fatores de Vulnerabilidade	11
2.3.2. Prevalência das Perturbações Mentais	12
Capítulo III. Metodologia	15
Introdução	15
3.1. Pertinência do Estudo	15
3.2. Método	16
3.2.1. Objetivos, Variáveis e Tipo de Estudo	16
3.2.2. Instrumentos	17
3.2.2.1. Questionário Sociodemográfico	17
3.2.2.2. Inventário de Saúde Mental (MHI)	17
3.2.2.3. Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)	19
3.2.3. Análise Descritiva da Amostra	20
3.3. Procedimento	23
Capítulo IV. Resultados	25
Introdução	25
4.1. Análise Descritiva dos Instrumentos	25
4.2. Fiabilidade dos Instrumentos	27
4.3. Análises Estatísticas	28

4.3.1. Inventário de Saúde Mental (MHI)	29
4.3.1.1. Sexo e MHI	29
4.3.1.2. Estado Civil e MHI	31
4.3.1.3. Estado Profissional e MHI	32
4.3.1.4. Acompanhamento Psicológico e MHI	34
4.3.2. Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)	35
4.3.2.1. Sexo e IACLIDE	36
4.3.2.2. Idade e IACLIDE	37
4.3.2.3. Acompanhamento Psicológico e IACLIDE	39
Capítulo V. Discussão	41
Introdução	41
5.1. Local de residência	41
5.2. Idade	42
5.3. Sexo	43
5.4. Estado Civil	45
5.5. Habilitações	46
5.6. Estado Profissional	47
5.7. Acompanhamento Psicológico	48
5.8. Críticas ao Estudo e Limitações	49
5.9. Propostas Futuras	50
Capítulo VI. Conclusão	52
Referências Bibliográficas	53
Anexos	60
Anexo I - Questionário	

Lista de Figuras

Figura 1. Desde o conceito de normal até ao de doente	10
Figura 2. Diagrama de extremos e quartis dos scores da nota bruta global do MHI segundo o Sexo (Masculino e Feminino)	29
Figura 3. Distribuição média da nota bruta total do MHI segundo o Estado Profissional (Empregado, Desempregado e Reformado)	33
Figura 4. Distribuição média da nota bruta global do IACLIDE segundo as faixas etárias (Jovem Adulto, Adulto e Idoso)	38

Lista de Tabelas

Tabela 1: Estatística descritiva da amostra segundo o Sexo	21
Tabela 2: Estatística descritiva da amostra segundo o Local de Residência	21
Tabela 3: Estatística descritiva da amostra segundo a Idade	21
Tabela 4: Estatística descritiva da amostra segundo a faixa etária	22
Tabela 5: Estatística descritiva da amostra segundo o Estado Civil	22
Tabela 6: Estatística descritiva da amostra segundo as Habilitações	22
Tabela 7: Estatística descritiva da amostra segundo o Estado Profissional	23
Tabela 8: Estatística descritiva da amostra segundo o Acompanhamento Psicológico	23
Tabela 9: Estatística descritiva para as dimensões primárias, gerais e nota global do MHI	26
Tabela 10: Estatística descritiva da amostra segundo as dimensões do MHI	26
Tabela 11: Estatística descritiva da amostra segundo a nota bruta global do IACLIDE	27
Tabela 12: Estatística descritiva da amostra segundo as dimensões do IACLIDE	27
Tabela 13: Estatística descritiva e valores de Alpha de Cronbach dos instrumentos MHI e IACLIDE	28
Tabela 14: Tabela de contingência do MHI segundo o Sexo	30
Tabela 15: Valores médios e desvio-padrão do MHI na variável Estado Civil (estar versus não estar num relacionamento)	31
Tabela 16: Tabela de contingência do MHI segundo o Estado Civil	32

Tabela 17: Tabela de contingência do MHI segundo o Estado Profissional	34
Tabela 18: Valores médios e desvio-padrão do MHI na variável Acompanhamento Psicológico (grupos Sim versus Não)	35
Tabela 19: Tabela de contingência do MHI segundo o Acompanhamento Psicológico	35
Tabela 20: Valores médios e desvio-padrão do IACLIDE na variável categorial Sexo (grupos Feminino versus Masculino)	36
Tabela 21: Tabela de contingência do IACLIDE segundo o Sexo	37
Tabela 22: Tabela de contingência do IACLIDE segundo a Idade	39
Tabela 23: Valores médios e desvio-padrão do IACLIDE na variável Acompanhamento Psicológico (grupos Sim versus Não)	39
Tabela 24: Tabela de contingência do IACLIDE segundo o Acompanhamento Psicológico	40

Lista de Acrónimos

IACLIDE	Inventário de Avaliação Clínica de Depressão
MHI	Inventário de Saúde Mental (Mental Health Inventory)
OMS	Organização Mundial de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UBI	Universidade da Beira Interior
WHO	World Health Organization

Capítulo I. Introdução

A palavra epidemiologia tem origem grega: *epi* (sobre), *demos* (povo) e *logos* (estudo). A epidemiologia foi definida por Last (2001; *cit. in* Bonita, Beaglehole, & Kjellstrom, 2006) como o estudo da distribuição e dos determinantes de estados relacionados com a saúde em populações específicas, a prevenção e controle dos problemas de saúde. Já Sampaio e Messias (2002, p.147; *cit. in* Jacques, 2003) conceituam epidemiologia como uma “*ciência social, prática, aplicada, que estuda a distribuição, determinação e modos de expressão, para fins de planejamento, prevenção e produção de conhecimento, de qualquer elemento do processo saúde/doença em relação a população qualificada nos elementos sócio-económico-culturais que a possam tornar estruturalmente heterogénea*”. Como o estudo da distribuição e fatores determinantes das doenças e lesões na população humana (Mausner & Kramer, 1984; *cit. in* Pais Ribeiro, 2005).

A epidemiologia teve início nas observações de Hipócrates, onde se destacava o impacto dos fatores ambientais no aparecimento de doenças. No entanto a epidemiologia instala-se apenas no século IX onde predominava a comparação de doenças em diversos subgrupos da população. No século seguinte estendeu-se esta metodologia a doenças crónicas não transmissíveis, atualmente preocupa-se com estratégias preventivas e a ocorrência das doenças (Bonita, Beaglehole, & Kjellstrom, 2006).

É importante chamar a atenção para a distinção entre a epidemiologia e a epidemiologia psiquiátrica, a primeira já definida refere-se ao estudo das características de determinada população, enquanto a segunda ocupa-se do estudo da distribuição da patologia num espaço e tempo de certa população, assim como os fatores de influência dessa distribuição. Sendo que a epidemiologia psiquiátrica tem um grande impacto no estudo da Saúde Mental (Bernardo, 2000).

Para os epidemiologistas os estados de saúde definem-se como “doença ausente” ou “doença presente”, para determinar se a doença está presente ou não recorre-se à “normalidade” (os valores que ocorrem com mais frequência) ou “anormalidade” (geralmente associado a medidas para pessoas doentes) (Bonita, Beaglehole, & Kjellstrom, 2006).

Tal como os autores supracitados referiram, ter conhecimento da taxa de doenças prevalente em determinada população é precioso para os profissionais de saúde, pois permite uma melhor utilização dos recursos com base em programas curativos e de prevenção, o que consequentemente melhorará a saúde da população.

As conclusões retiradas dos estudos epidemiológicos que se seguem são de extrema utilidade para que possa existir uma melhor intervenção. Assim sendo diversos autores concluíram que as perturbações psiquiátricas encontram-se nas dez principais causas de incapacidade do

mundo (depressão, esquizofrenia, bipolaridade, perturbação obsessivo-compulsiva, dependência de álcool) (Almeida, 2009; Hosain, Chatterjee, Ara, & Islam, 2007). Investigações proporcionadas pela Organização Mundial de Saúde mostram que as condições neuropsiquiátricas registaram uma prevalência de cerca de 10% para adultos (450 milhões de pessoas). Essas afeições incluíam perturbações depressivas unipolares, perturbações afetivas bipolares, esquizofrenia, epilepsia, abuso de substâncias, Alzheimer e outras demências, pós-stress traumático, perturbação obsessiva e compulsiva, pânico e insónia primária (World Health Organization, 2002).

Na linha ainda da epidemiologia foi possível verificar que os fatores ambientais constituem por si só como um predisponente face a patologias. Assim sendo a influência contextual opera de maneira diferente em ambientes rurais e urbanos. Os indivíduos que residem em meio urbano são mais vulneráveis a estados psicóticos (Van, Hanssen, Bijl, & Vollebergh, 2001), porque a vida urbana por si só constitui um fator de risco para o desenvolvimento psiquiátrico, principalmente em quadros ansiosos e depressivos (Judd, Jackson, Komiti, Murray, Hodgins, & Fraser, 2002). Em locais citadinos predominaram maiores taxas de dependência ou abuso de substâncias, distúrbios de ansiedade, personalidade antissocial (Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola, Alderete, Catalano, & Caraveo-Anduaga, 1998), stress (Jackson, Komiti, Murray, Hodgins, & Fraser, 2002), transtornos somatoformes e perturbações do sono (Islam, Ali, Ferroni, Underwood, Alam, 2003).

Contrariamente, todavia comparativamente, num ambiente rural verifica-se uma diminuição de perturbações de humor, especulando-se que os agentes psicossociais de áreas rurais funcionam como fatores de proteção (Comstock & Helsing, 1976; Blazer & *et. al*, 1985; Murray & Keller, 1991; Human & Wasem, 1991; *cit. in* Parikh, Wasylenki, Goering, & Wong, 1995). Caracterizando o contexto rural pela estabilidade social, integração, apoio interpessoal, consenso sobre questões políticas e morais, assim como o conservadorismo (Judd, Jackson, Komiti, Murray, Hodgins, & Fraser, 2002).

A taxa de distúrbios psiquiátricos, no estudo de Veja e colaboradores (1998), foi superior em áreas urbanas com 35,7%, cidades de tamanho médio com 32,1%, perante as áreas rurais com 29,8%, e. Já numa investigação que teve lugar em Bangladesh, zona rural, 16,5% da população apresenta distúrbios mentais onde a prevalência estimada era de 6,5% (Islam, Ali, Ferroni, Underwood, Alam, 2003) inferior há prevalência de 28% numa comunidade urbana do mesmo local (Hosain, Chatterjee, Ara, & Islam, 2007).

Contrariamente à linha de investigação apresentada onde a psicopatologia prevalecia em ambientes rurais, a taxa de suicídio em local urbano é inferior ao rural, com 0,9% e 1,2%, respetivamente (Ma, Xiang, Cai, Li, Xiang, Guo, Hou, Li, Li, Tao, Dang, Wu, Deng, Wang, Lai, & Ungvari, 2009).

Assim os objetivos deste trabalho estão centrados na conceituação da dinâmica da Saúde Mental e toda a complexidade que a envolve: as suas definições, fundamentais características, bem como o estudo da mesma numa população específica. Para uma melhor e aprofundada compreensão da Saúde Mental começar-se-á pela história da investigação nessa área, seguindo-se a exposição dos diversos conceitos envolventes à temática. Após o estado de arte sobre a Saúde Mental, segue-se o capítulo da metodologia, nesta secção serão apresentados os instrumentos utilizados, a amostra, o procedimento e por fim os resultados estatísticos propriamente ditos. Por último, este trabalho tem dois capítulos muito importantes, a discussão e a conclusão, onde serão debatidos e refletidos os resultados observados.

Capítulo II. Enquadramento Teórico

2.1. História da Evolução da Saúde Mental e da Psiquiatria

A Saúde Mental existe há tanto tempo como a vida (Espinosa, 1998; Santos, 2001; *cit. in* Lima & Moreira, 2005). A evolução da Saúde Mental tem acompanhado a evolução da própria humanidade (Lima & Moreira, 2005), prova disso é a revisão que se segue. Assim como a loucura deve ser tão antiga quanto a espécie humana (Porter, 2002; *cit. in* Alves, 2011), existindo referências à loucura em todas as civilizações da humanidade (Alves, 2011).

No período pré-histórico o doente mental era compreendido como uma influência dos antepassados das tribos (Lima & Moreira, 2005), existiam rituais tribais e posteriormente também se praticava o abandono do doente (Taylor, 2002). O objetivo destas práticas centrava-se na purificação (Lima & Moreira, 2005).

Na antiguidade tentou-se compreender a doença mental, através do divino e da ciência. Numa das civilizações, a egípcia, o tratamento da doença mental incluía as valências espiritual, psíquica e física, predominando as interpretações de sonhos, hidroterapia, uso de amuletos, fumigações e a farmacopeia (Cordeiro, 1987; Lima & Moreira, 2005). Na era grega a (designada) loucura era causada por espíritos malignos (Cordeiro, 1987), considerada como mensagens enviadas pelos deuses, por essa razão a cura realizava-se em templos, incluindo tanto cuidados humanitários como flagelação, sangria e purga (Taylor, 2002; Lima & Moreira, 2005). Na civilização romana, à semelhança dos gregos, valorizava-se a cura humanitária para a doença mental, que poderia ter origem orgânica ou psíquica (Lima & Moreira, 2005). O tratamento era então mais inovador, incluindo a fisioterapia, ludoterapia e atividades grupais (Espinosa, 1998; *cit. in* Lima & Moreira, 2005). Para além desse facto, já vinha prescrito no direito romano as bases da inimputabilidade (Lima & Moreira, 2005).

A Idade Média ficou marcada pelas práticas religiosas, e os cuidados dos doentes mentais nesta época não fugiram à regra, acreditando-se que os doentes estavam possuídos por demónios (Taylor, 2002), utilizando-se a feitiçaria (Cordeiro, 1987). Assim sendo, os clérigos realizavam exorcismos e rituais religiosos para expulsar do corpo os espíritos (Lima & Moreira, 2005).

No renascimento, já no século XVI e XVII, a igreja abandonou os cuidados a estes doentes, os doentes mentais eram prisioneiros de casas de caridade, funcionando estas como prisão ou asilo. Surgindo até, em 1403, um Hospital em Londres, Bethlehem, como um asilo para os lunáticos, onde se valorizavam práticas agressivas (açoites, purgas e sangrias) para o controlo dos ‘loucos’ (Taylor, 2002). Tal como em Londres, por toda a Europa foram surgindo “hospitais” e asilos para se isolar da sociedade as pessoas indesejáveis, por exemplo os

doentes mentalmente perturbados, onde a prática terapêutica se baseava no chicote (Lima & Moreira, 2005).

Nos finais do século XVIII, Philippe Pinel implementa, em França, a designada de psiquiatria moderna, sendo seguido posteriormente por discípulos (Lima & Moreira, 2005). A doença mental estava relacionada com a imoralidade ou falta de educação, assim, os cuidadores formais ocupavam os doentes com atividades, trabalhos, etc. (Taylor, 2002). Defendendo o tratamento psicológico e o encarceramento como um potencial de cura. O tratamento do regime terapêutico utilizado, a higiene moral, assentava em três necessidades: redução da sintomatologia (através de banhos, medicamentos, etc.), práticas de higiene (alimentação, vestuário, etc.), e a valência moral, isto com o objetivo de se devolver à sociedade os tais sujeitos incuráveis (Lima & Moreira, 2005).

Nos Estados Unidos, Benjamin Rush, conhecido como o pai da psiquiatria americana, nomeado pela APA em 1965 (Lima & Moreira, 2005), iniciou o seu trabalho no hospital da Pennsylvania em 1783 (Taylor, 2002), considerando estar no cérebro a origem da doença mental (Lima & Moreira, 2005). No século XX, a Community Mental Health Centres Act veio revolucionar os cuidados da Saúde Mental, onde se salienta a prevenção e tratamento junto da comunidade local. Entre os finais dos anos 80 e inícios dos 90, os doentes mentais estavam desinstitucionalizados. Após muita investigação concluiu-se que as formas mais graves de doença mental têm como base a neurobiologia, conseqüentemente o tratamento é efetuado com fármacos (Taylor, 2002).

A evolução relatada anteriormente não teve lugar no nosso país nos mesmos períodos, apesar de ser semelhante à vivenciada no resto da Europa (Lima & Moreira, 2005; Alves, 2001; *cit. in* Alves, 2011). Por essa razão a documentação anterior ao século XIX é escassa. Foi no final desse século que se atribui à loucura o estatuto de doença assim como à medicina a responsabilidade de a tratar. Em 1963 surgem os grandes hospitais psiquiátricos, após ter sido fundada a Lei de Saúde Mental (Alves, 2011). Assim até essa data, os chamados loucos vagueavam pelas ruas, estavam presos ou em hospitais sem condições. No século referido a enfermaria São João de Deus, única instituição até à data, dedicava-se exclusivamente a esses doentes. São João de Deus iniciou a humanização do asilo, dois séculos anteriores a Pinel. O autor fundou um hospital em Granada para todos os necessitados, dividindo-os por doença, separando os doentes mentais numa divisão especial, existindo uma grande preocupação com a higiene dos doentes (Lima & Moreira, 2005).

2.2. Conceitos

As definições de doença e saúde têm evoluído ao longo dos tempos, tal como vimos ao longo da história de Saúde Mental, os ditos loucos são atualmente vistos como pessoas (mesmo com patologia). A descoberta de Descartes, século XVII, sobre a relação corpo e mente (dualismo cartesiano) influenciou a investigação a partir dessa data. Com o conhecimento mais aprofundado do corpo abandonou-se então as crenças antigas, adotando-se o modelo biomédico, já no século XIX. Este modelo defende que a doença tem origem em distúrbios ao nível fisiológico, excluindo, causas psicológicas para a explicação do funcionamento físico (Camarneiro, 2004; García, 2004). Por essa razão é que inicialmente se definia a saúde somente como a ausência de doença física. Surgem perturbações onde não se encontrava explicação ao nível físico aparecendo então a necessidade de dar espaço a causas mentais (García, 2004). Segue-se o modelo biopsicossocial, proposto por Engel em 1987, onde se valoriza os fatores tanto biológicos como psicológicos e sociais para a definição da saúde e doença (Camarneiro, 2004).

Muitos psicólogos concordam com os muitos significados implícitos das palavras Saúde Mental. O conceito mental relaciona-se com uma parte separada ou propriedade de um ser humano (a sua "mente"). Sem adotar um behaviorismo radical, os profissionais no âmbito da psicologia aceitam a hipótese de uma "mente" para além de um corpo não representa a melhor estrutura conceitual da nossa ciência. Já a palavra saúde, também é uma palavra dúbia que inevitavelmente evoca o seu oposto, a doença. Estes são termos médicos, devidamente classificados num continuum de "bom" para "doente". Nós estamos provavelmente presos aos termos Saúde Mental e doença mental, e eles são, talvez, acidentes históricos que, digamos, "psicofísicos" (Carter, Hildreth, Knutson, Sanford, Shaffer, Smith, & Thompson, 1956).

2.2.1. Saúde Mental

Infelizmente, em quase todos os países desenvolvidos, ainda se atribui maior importância à doença física do que à mental. Concebe-se a saúde mental, a saúde física e a saúde social como, por um lado, fios da vida estreitamente entrelaçados, e por outro lado como profundamente interdependentes. Quando nos debruçamos sobre esse relacionamento, mais claro se torna que a Saúde Mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, das sociedades e dos países (World Health Organization, 2002).

Com o avanço da ciência têm-se compreendido não só o funcionamento mental contudo também as funções que influenciam a saúde física. Também se concluiu, com as diversas investigações, que por vezes é operativamente conveniente separar a Saúde Mental da saúde física, sendo isso uma especificidade da linguagem. Pois a maioria das doenças «mentais» e

«físicas» é influenciada pela conjunção de fatores biológicos, psicológicos e sociais. Acrescentando-se os pensamentos, os sentimentos e o comportamento como tendo um impacto significativo na saúde física; e vice-versa, a saúde física influencia a saúde e o bem-estar mental (World Health Organization, 2002).

O conceito Saúde Mental inclui um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional, ou a ausência de doença mental. Já numa perspectiva mais holística, esse termo também integra a capacidade do indivíduo procurar um equilíbrio entre as atividades e esforços para atingir a resiliência psicológica (Sá, 2010). O senso comum restringe a Saúde Mental à inexistência da doença mental (Quartilho, 2010), centrando-se essencialmente na depressão e ansiedade (Pais-Ribeiro, 2011), que representam o *distresse* psicológico (Pais-Ribeiro, 2001). Mesmo ao longo da história da Psicologia, a Saúde Mental era conceptualizada segundo uma perspectiva psicopatológica inerente ao modelo biomédico (Engel, 1977; *cit. in* Pais-Ribeiro, 2001).

Uma consideração saliente é que a Saúde Mental e o seu precedente higiene mental são termos em constante mudança de significado e permanente evolução. Na sucessão, as palavras estão associadas ao cuidado humano de pacientes psicóticos, o tratamento, cura e reabilitação de todos os doentes mentais, e a prevenção da doença mental de qualquer grau. Os significados mais recentes incluem a criação de condições propícias à efetiva e satisfazendo vidas individuais e a melhoria da sociedade de modo a facilitar a satisfação generalizada. O significado do termo Saúde Mental tem crescido por acreção, então, não significa uma coisa, todavia muitas coisas, e é provavelmente inútil argumentar que um significado é melhor ou maior do que outro. Em vez disso, numa perspectiva psicológica devemos participar na ampla gama de questões que o termo implica (Carter, Hildreth, Knutson, Sanford, Shaffer, Smith, & Thompson, 1956).

Assim, de uma forma geral, os conceitos de Saúde Mental, definidos por muitas culturas e diversos investigadores, têm em comum o bem-estar subjetivo, autoeficácia percebida, autonomia, competência, dependência intergeracional e a autorrealização do potencial intelectual e emocional da pessoa (World Health Organization, 2002).

A Organização Mundial de Saúde definiu saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a mera ausência de doença ou de incapacidade” (WHO, 1948; *cit. in* Pais-Ribeiro, 1998). Importante salientar que essa definição vem reforçar os estados de saúde em vez das dimensões da doença ou mortalidade, colocando a saúde num contexto mais macro de bem-estar humano em geral (Chatterji, Ustun, Sadana, Mathers, & Murria, 2002; *cit. in* Pais-Ribeiro, 2005).

Posteriormente, a organização supradita especifica Saúde Mental como um estado de bem-estar em que o indivíduo aumenta as suas capacidades, enfrenta o stress normal da vida, trabalha produtivamente e com sucesso, e é capaz de contribuir para a sua comunidade (Organización Mundial de la Salud, 2004; WHO, 2001; *cit. in* Pais-Ribeiro, 2005, 2011;). Por

outras palavras, um estado de bem-estar psicológico e social total de uma pessoa tendo em conta o ambiente sociocultural, que é indicativo de estados de ânimo e afetos positivos e negativos (e.g. ansiedade, depressão, insatisfação) (Houtman & Kompler, s.d.).

Outros autores definem um estado de Saúde Mental como “o ajuste que cada ser humano faz com o outro e com o mundo que o rodeia, com o máximo de eficácia e de felicidade” (Menninger, 1945, p. 1; *cit. in* Taylor, 2002). A American Nurses Association (1994; *cit. in* Taylor, 2002) considera a Saúde Mental, de uma forma muito geral, como um estado de bem-estar onde as pessoas funcionam bem socialmente e estão satisfeitos com as suas vidas de uma forma geral.

O conceito de Saúde Mental passou por diversas conceptualizações, incluindo diversos indicadores, tais como os tradicionais da psicopatologia, pontos negativos dos níveis desejáveis de funcionamento e indicadores de bem-estar psicológico (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993; *cit. in* Marques, Pais-Ribeiro, & Lopez, 2011).

2.2.2. Doença Mental

Como vimos, no senso comum, a Saúde Mental é perspectivada como a doença mental, centrando-se à volta de dois constructos: a ansiedade e a depressão. Apesar de ambos os conceitos constituírem grande parte das patologias mentais, estas não esgotam o conceito de Saúde Mental (Pais-Ribeiro, 2011).

No entanto, a Associação Americana de Enfermeiros define a doença mental como um distúrbio tanto ao nível do pensamento como do humor, que originará comportamentos desajustados, o que gera incapacidade na pessoa em se adaptar às dificuldades do dia a dia. Essa perturbação poderá ter origem genética, física, química, biológica, psicológica e sociocultural (ANA, 1994; *cit. in* Taylor, 2002).

A doença mental resulta de uma perturbação no funcionamento interno do sujeito, implicando sistemas psicológicos (tais como a cognição, memória, motivação, pensamento, emoção, percepção, linguagem), que origina incapacidade. O conceito de doença mental inclui noções de desadequação, irracionalidade e normalidade, resultantes de normas e padrões culturais (Alves, 2011).

Já a American Psychiatric Association (APA, 2002) define a perturbação mental como uma síndrome comportamental ou psicológica considerada clinicamente significativa, que ocorre num sujeito, e que está associado à dificuldade ou incapacidade atuais, ou com um aumento indicativo do risco de sofrimento, morte, dor, incapacidade ou perda de liberdade. Este padrão corresponde a uma resposta expectável e sancionável culturalmente a um

acontecimento específico não é considerado uma perturbação mental. Contando-se com uma manifestação de uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica no indivíduo.

Esta definição poderá suscitar dúvidas, pois o facto do manual de perturbações mentais utilizar o termo perturbação mental, inconscientemente, permite a distinção entre perturbações mentais e perturbações físicas, mesmo que se saiba que ambas se influenciam mutuamente. Considerando-se então esse dualismo como o de mente/corpo, como um anacronismo reducionista. O importante reter é que a APA teve em consideração estes aspetos na elaboração da definição de perturbação mental, encontra-se esta como a mais adequada (American Psychiatric Association, 2002).

2.2.3. Normal versus Patológico

As perturbações mentais e comportamentais são condições clinicamente significativas caracterizadas por alterações do pensamento e emoções ou comportamentos (relacionados com a angústia pessoal e/ou deterioração psíquica). Assim, as perturbações mentais não são apenas variações do «normal», todavia são fenómenos ditos anormais ou patológicos. Para serem classificadas como perturbações, é preciso que essas anormalidades sejam continuadas ou recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida. Importante salvaguardar que nem todas as alterações denotam perturbação mental. As pessoas podem sofrer de angústia devido a acontecimentos pessoais ou sociais, não cumprindo todos os critérios pertinentes a determinada perturbação, logo essa angústia não constitui uma perturbação mental. Por exemplo, há diferença entre estado afetivo deprimido e depressão diagnosticável (World Health Organization, 2002).

Ao estudar a Saúde Mental é fundamental a clarificação da noção de normalidade. A distinção entre o normal e o patológico tem merecido muito interesse ao longo da literatura. É preciso ter em conta que para o conhecimento do estado normal de determinada sociedade é necessário explorar o estado patológico, tanto individual como social, pois o patológico antecede o normal (Coelho & Filho, 1999).

A distinção entre o normal e o patológico, no século XIX, baseava-se na tipologia quantitativa, tanto ao nível orgânico como mental. A doença era concetualizada como a falta ou excesso de tecidos que constituem o estado normal. Já no século seguinte se considerava que nem todas as doenças implicavam uma variação quantitativa da normalidade. “*O sentido da norma era existir, fora dela, algo que não correspondesse à sua exigência. O patológico também seria normal, pois a experiência de ser vivo incluiria a doença*” (Coelho & Filho, 1999, p. 18). A norma é individual, ou seja, não é a média contudo sim a noção-limite que define limiar da capacidade da pessoa, isto porque a média não engloba os desvios individuais, que não constituem propriamente índices patológicos. O conceito de patológico não é nem antónimo

nem contraditório lógico de normal, pois o primeiro corresponde há existência de normas inferiores. Assim tanto a saúde como a doença são consideradas uma normalidade (Coelho & Filho, 1999).

Na literatura também se considera, contrariamente ao estudo anterior, a delimitação entre normal e patológico como frequentemente baseada em critérios estatísticos, assim normal é aquele comportamento com maior frequência, de acordo com os valores estabelecidos e aceites em determinada sociedade (Cordeiro, 1987).

É muito grave equiparar-se o conceito de anormal ao de doente, considerando-se assim todos os que se desviam da média como “psiquicamente perturbados”, pois muitas vezes o que se considera anormal não é sinónimo de doença, e por vezes é compatível com uma vida bem saudável e agitada, pode ser normal e estar doente em determinadas circunstâncias. Assim considera-se normal o que é são, contudo anormal já engloba duas vertentes, a positiva, quando a pessoa é um génio / superdotado, ou então a negativa, perante o comportamento desviante. Este último parâmetro engloba o não-doente e o doente em siso lato ou médico (figura 1) (Scharfetter, 2005).

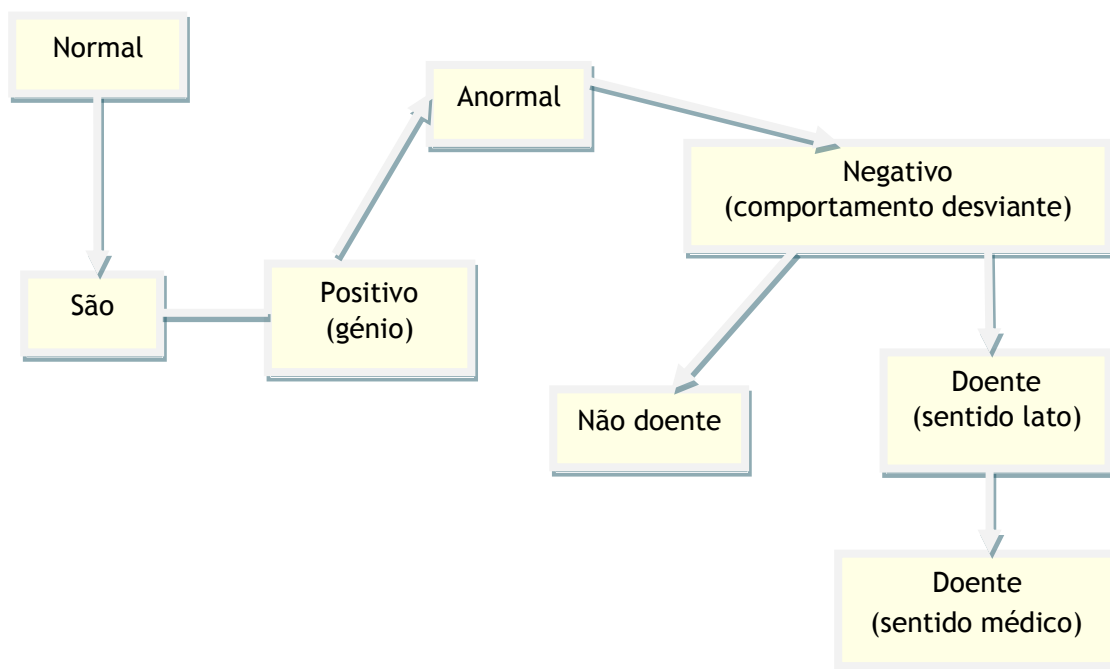


Figura 1. Desde o conceito de normal até ao de doente (Scharfetter, 2005, p.29)

Fonte: Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia geral*. Lisboa: Climepsi Editores.

A normalidade não significa saúde, nem dualismo normal-patológico, sustenta o contraste entre saúde e doença (Sá, 2010). As categorias patológicas são definidas através da comparação com a dita normalidade. Também em psicologia do desenvolvimento o patológico

estabelece-se comparando com as pessoas cujo seu percurso é considerado normal (Moreira & Melo, 2005). Determinadas áreas científicas estabelecem padrões de comportamento ou de funcionamento do organismo, referentes a médias estatísticas do que se espera do organismo ou da personalidade enquanto funcionamento e expressão (Bock, Furtado, & Teixeira, 2001).

2.3. Saúde Mental

2.3.1. Fatores de Vulnerabilidade

Embora ainda haja muitos conhecimentos a adquirir sobre as causas específicas dos transtornos mentais e comportamentais, contudo a neurociência, a genética, a psicologia e a sociologia forneceram informações muito úteis a esses níveis. De um ponto de vista mais prático, o impacto das perturbações mentais na comunidade são diversas, há o custo da provisão de atenção, diminuição de produtividade ou até certos problemas legais associados com alguns transtornos mentais (OMS, 2001).

Assim sendo poderá apontar-se alguns fatores ditos de vulnerabilidade, que determinam a prevalência, início e evolução das perturbações mentais e comportamentais. Esses fatores poderão pertencer tanto ao ramo social, como ao económico e incluindo elementos demográficos (sexo e idade), presença de doença física grave, fatores biológicos e genéticos (OMS, 2001). Poderemos até acrescentar a história familiar (presença de perturbações de humor, ansiedade ou outros distúrbios psiquiátricos), adversidades na infância, tipo de personalidade, isolamento social, exposição a experiências stressantes (Kessler, 2003). Serão então descritos, de uma forma muito resumida, para uma melhor compreensão do impacto dos mesmos na Saúde Mental.

Desde há muito tempo que se tem vindo a explorar o impacto económico nas perturbações mentais, que por sinal é profundo, durável e enorme. Sendo uma das justificações as restrições impostas à pessoa em redor de diversos custos. Os elementos que poderemos nomear como carga económica são: os serviços sociais e de saúde, desemprego, perda de produtividade e o impacto familiar. O nível socioeconómico desfavorecido com consequentes fatores associados (desemprego, baixo grau de escolaridade) afeta tantos países mais carenciados como os mais desenvolvidos. Tal como já referido, este é um dos elementos que contribui negativamente para a evolução de perturbações mentais (Kessler et al. 1994; Saraceno e Barbui 1997; *cit. in* OMS, 2001).

Tanto os fatores genéticos como os biológicos desempenham algum papel na incidência de perturbações mentais, exemplificando a prevalência mais alta está associada a faixas etárias produtivas com as mudanças hormonais relacionadas (OMS, 2001).

A existência de doenças físicas graves e / ou complexas afeta não só todo o meio familiar como a Saúde Mental de cada pessoa que constitui esse grupo, são exemplo disso as doenças oncológicas (OMS, 2001).

Importante não esquecer que ao longo da vida as pessoas passam por diversos eventos significativos para as mesmas, poderão estes originar emoções positivas (por exemplo a promoção no trabalho) como negativas (e.g. luto). Estando até identificados na literatura diversos eventos vitais que são precipitantes do início dos transtornos mentais. Atuando esses acontecimentos como fator de stress (predisposição genética, personalidade e aptidões para enfrentar a vida), que ocorrem em rápida sucessão, que tornam o indivíduo mais predisposto a perturbações mentais. Contudo, este efeito não se limita a transtornos mentais tendo sido já demonstrado a sua associação com doenças físicas (OMS, 2001).

Por último, está descrito na literatura que os transtornos mentais parecem diferentes entre homens e mulheres. Efetivamente, os quadros ansiogénicos e depressivos são mais comuns no sexo feminino, ao passo que os devidos ao uso de substâncias têm maior incidência no sexo masculino (Judd, Jackson, Komiti, Murray, Hodgins, & Fraser, 2002; Marneros, 2006; OMS, 2001; Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola, Alderete, Catalano, & Caraveo-Anduaga, 1998).

2.3.2. Prevalência das Perturbações Mentais

Desde o final da Segunda Guerra Mundial que permanece um grande interesse nas conclusões generalizáveis sobre a epidemiologia dos transtornos mentais. No entanto, devido à falta de diagnóstico fiáveis e sistemas válidos de classificação, a capacidade de generalizar e comparar os resultados foi claramente limitada até a década de 1970. O estudo de *Epidemiologic Catchment Area Study* (ECA) no início da década de 1980, representou a primeira grande pesquisa de transtornos mentais na população em geral (Robins & Regier 1991; *cit. in* Baumeister & Härter, 2007), cujo objetivo foi determinar a prevalência de distúrbios mentais para grupos particulares da população nos EUA (Baumeister & Härter, 2007; Insel & Fenton, 2005).

Em Portugal e atualmente, a presença de alguns sintomas depressivos está muito presente na população portuguesa, segundo o senso comum. Inclusive numa perspetiva americana, considerando que *“em Lisboa as pessoas passam nas ruas de olhar posto no chão, quadro que contrasta bem o ambiente bem mais alegre que se sente em Espanha. Parece que todos sofrem de distímia ou até mesmo de depressão!”* (Moreira & Melo, 2005, p. 12).

Os autores supracitados referem ainda que os portugueses não têm uma postura ativa no que toca à integração dos acontecimentos e reações aos mesmos. Utilizando assim estratégias de *coping* baseadas na contemplação da tristeza do que na superação da mesma. Talvez a visão

do povo português como deprimido faça algum sentido, pois os fármacos mais vendidos no nosso país são os antidepressivos e ansiolíticos, alegadamente porque os portugueses têm necessidade de ter algo externo que os ajude a lidar com as emoções para atingir assim níveis de bem-estar satisfatórios (Moreira & Melo, 2005).

Neste âmbito, poderá considerar-se a depressão como uma perturbação dos afetos e / ou como consequência à resposta do organismo a perturbações somáticas (Vaz Serra, 1994), ou até estarem presentes sintomas somáticos (OMS, 2001). Segundo o Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH, 2011) este conceito engloba sintomas de tristeza, que interfiram na vida diária e provoquem sofrimento tanto para o próprio como para quem o rodeia. Ainda que os estados depressivos sejam comuns, predominantemente após acontecimentos de vida marcantes, o diagnóstico de perturbação depressiva só é válido aquando a sintomatologia atinge certo limiar e perdura. Podendo afetar qualquer pessoa independentemente da fase da vida que se encontre, embora a incidência seja mais alta em idades médias (OMS, 2001). A exposição a fatores de stress durante o desenvolvimento inicial está associada à hiper-reatividade cerebral persistente e ao aumento do fator de risco de depressão numa fase posterior da vida (Heim et al. 2000; *cit. in* OMS, 2001).

Existem estudos restritos sobre a taxa de depressão em Portugal na população normativa, todavia num estudo realizado com diversos países da Europa estima-se uma prevalência de 2.4% (Ohayon & Schatzberg, 2002; *cit. in* Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Caldas de Almeida, 2005) a 4% (Ohayon & Schatzberg, 2003; *cit. in* Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Caldas de Almeida, 2005) para a depressão *major*, incluindo uma percentagem de 0,5% para o subtipo mais grave, a depressão *major* com sintomas psicóticos. Outra investigação composta por três estudos realizou-se no âmbito do inventário *Beck Depression Inventory* (BDI), em Portugal, onde dois estudos realizaram-se no Centro, concluindo que 16.9% a 18.4% da população apresentava sintomas depressivos significativos (Serra & Firmino, 1989; Serra, Matos, & Gonçalves, 1987; *cit. in* Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Caldas de Almeida, 2005); o outro estudo, no Algarve (Seabra & Cruz, 1991; *cit. in* Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Caldas de Almeida, 2005), revelou uma prevalência de 17.8% na população geral.

De uma forma geral e resumida, em cada ano surge cerca de um novo caso de depressão por cada cem residentes, onde entre 5 a 10 dessas pessoas já se encontravam afetados. E até se poderá especular que no mínimo um em cada cinco indivíduos irão sofrer de depressão em algum momento das suas vidas (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Caldas de Almeida, 2005).

A taxa de prevalência dos transtornos de ansiedade está entre os 4 e 8%. Os transtornos depressivos são os mais comuns e têm aumentado a sua prevalência desde a II Guerra Mundial, estando entre os 9% e os 20% (Bernardo, 2000).

O Instituto Nacional de Saúde Mental (NIMH, 2009) aborda os transtornos de ansiedade referindo uma taxa de 40 milhões de adultos americanos (18%) a cada ano. Não se

considerando uma perturbação de ansiedade quando a ansiedade provocada por um momento de stress, todavia sim quando os sintomas permanecem há algum tempo.

Ao longo de várias décadas, tal como vimos, as relações entre as dimensões afetivas negativas: ansiedade e depressão, são um grande foco tanto a nível teórico como na investigação de Saúde Mental, logo constituem grandezas clássicas na psicologia e na psicopatologia. Inclusivamente, até quadro ansiogénicos se encontram associados à sintomatologia depressiva. Apesar de se reconhecer essa sobreposição dos constructos referidos, a nível estatístico e da Saúde Mental, estes são considerados independentes (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

O enigma da relação entre a ansiedade e a depressão é tão antiga como o estudo das síndromes em si. Nos últimos tempos ambas as perturbações têm sido vistas como: pontos diferentes num mesmo contínuo, manifestações alternativas tendo subjacente uma comum diátese, síndromes heterogéneas que estão associados por causa de subtipos partilhados, um pode evoluir para o outro ao longo dos tempos, conceptualmente e empiricamente fenómenos distintos (Clark, 1989; *cit. in* Clark & Watson, 1991). As conceções apresentadas poderão contribuir para a confusão na vasta literatura sobre a ansiedade e a depressão, pois são várias as formas em que os termos são utilizados. Assim sendo, os vários significados de ambos os conceitos incluem: estados de humor normais que sombra um humor patológico mais intenso ou prolongado (e.g. pânico ou anedonia), perturbações onde as variações de humor não constituem um sintoma (e.g. excitação ou sinais vegetativos) e diagnósticos específicos (e.g. transtorno de pânico) (Keirman, 1980; *cit. in* Clark & Watson, 1991). Contudo e a título conclusivo, é necessário ter em atenção quando se misturam ambos os conceitos ou diagnóstico num único relatório (Clark & Watson, 1991).

Capítulo III. Metodologia

Introdução

Neste capítulo será apresentada a metodologia utilizada na presente investigação, incluindo a elaboração de objetivos, apresentação do tipo de estudo utilizado e das variáveis presentes na nossa investigação, assim como a caracterização da amostra, descrição dos instrumentos utilizados e procedimentos de recolha e tratamento de dados.

3.1. Pertinência do Estudo

Os problemas de Saúde Mental afetam toda a sociedade, pois não há nenhum grupo de pessoas imune a alguma fragilidade ou problema a este nível, tanto as pessoas com alto ou baixo estatuto, muita ou pouca escolaridade, rico ou pobre (Organización Mundial de la Salud, 2004). Sendo que as doenças ou problemáticas mentais constituem atualmente uma das principais causas de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade nas nossas sociedades (Queirós, Extremera, Fernández-Berrocal, & Queirós, 2010).

Na Saúde Mental as problemáticas nesta área podem levar a transtornos mentais, como por exemplo perturbações de ansiedade, depressão, etc., por essa razão é que a prevenção é imprescindível para a população. Com um intuito preventivo, o primeiro passo é a avaliação e triagem da Saúde Mental, para isso utilizam-se instrumentos de rastreio específicos para a deteção de sofrimento psicológico (Meybodi, Saeedi, Behjati, Noorbala, Dastbaravardec, & Enjedany, 2011). Constituindo-se essa uma das principais fontes de motivação desta investigação, para além de ser do conhecimento de todos que os problemas de Saúde Mental estão a aumentar juntamente com o agravamento da situação atual em que vivemos, também é importante conhecer a epidemiologia de populações normativas específicas em Portugal, visto que esses dados epidemiológicos são escassos e tão úteis por sinal.

Tal como afirmou Quartilho (2010), não existem fronteiras para definir a perturbação, apesar de estar aparentemente definido a distinção entre uma pessoa saudável de uma menos saudável, não é linear nem se estende a toda e qualquer pessoa. Assim sendo a definição do limiar de Saúde Mental em diversas áreas geográficas é útil, especulando-se que não será a mesma em todo o país. Sendo assim, esta investigação apostou numa zona pouco valorizada, o Alentejo, especificamente no concelho de Elvas, contribuindo assim para a definição do continuum saúde e doença mental neste contexto.

3.2. Método

3.2.1. Objetivos, Variáveis e Tipo de Estudo

Os estudos epidemiológicos são de extrema importância e utilidade na área da saúde, sendo neste âmbito que se insere a nossa investigação, pois genericamente pretende-se descrever o estado de saúde do grupo populacional elvense para que se defina a “normalidade” dos mesmos.

O objetivo geral desta investigação é delinear o nível de normalidade existente numa população específica, no concelho elvense, como forma de rastreio desta população. Especificamente, este estudo pretende saber se existe relação significativa entre a Saúde Mental e os distintos fatores psicossociais. Por outras palavras, os objetivos específicos são os seguintes:

- Determinar se existem diferentes padrões de Saúde Mental e de índices depressivos segundo o local de residência, sexo, idade, estado civil, grau de escolaridade, situação laboral e ter ou não acompanhamento psicológico;
- Analisar se o nível de Saúde Mental e de Depressão representa diferenças significativas entre as características psicossociais;
- Verificar como se distribui o padrão de Saúde Mental tendo em conta essas características sociodemográficas referidas;
- Identificar o maior preditor psicossocial de Saúde Mental;
- Descrever as características desta amostra que representam a Saúde Mental dos habitantes do concelho de Elvas.

Visto que este estudo é de caráter exploratório, optou-se pela exclusão de hipóteses, pois a definição e hipóteses limitaria os resultados e não existiria uma exploração aberta dos mesmos.

Trata-se então de um estudo epidemiológico, dentro do tipo observacional, da categoria analítica (Bonita, Beaglehole, & Kjellstrom, 2006).

No que concerne às variáveis em estudo é possível enumerar as seguintes:

- MHI (variável Saúde Mental),
- IACLIDE (variável depressão),
- Género,
- Idade,
- Habilitações,
- Estado civil,

- Estado profissional,
- Acompanhamento psicológico.

3.2.2. Instrumentos

A escolha dos instrumentos baseou-se na natureza dos fenómenos que se pretendiam estudar no contexto normativo, optando-se pelo seguinte protocolo Questionário Sociodemográfico, o Inventário de Saúde Mental (Pais-Ribeiro, 2001) e o Inventário de Avaliação Clínica de Depressão (Vaz Serra, 1994) (Anexo I).

3.2.2.1. Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico foi concebido pela equipa de investigação, constituído pelas seguintes variáveis: idade, sexo (feminino e masculino), estado civil (solteiro, casado, divorciado/separado, viúvo), número de filhos, habilitações (não sabe ler nem escrever, 1º ao 4º ano, 5º ao 6º ano, 7º ao 9º ano, 10º ao 12º ano, licenciatura, mestrado/pós-graduação, doutoramento), profissão, estado profissional (empregado, desempregado, reformado), descrição dos períodos que esteve a trabalhar (resposta aberta), acompanhamento psicológico (sim ou não) e clarificação do tipo de acompanhamento (resposta aberta). A escolha prendeu-se pelo conhecimento *a priori* que as variáveis interferem, positiva ou negativamente, na Saúde Mental.

3.2.2.2. Inventário de Saúde Mental (MHI)

As técnicas de avaliação utilizadas em Saúde Mental centram-se na identificação de falhas disfuncionais ou psicopatologias, todavia a distinção entre indivíduos saudáveis e mais saudáveis é fundamental pois a maioria da população não apresenta nenhuma doença mental (Pais-Ribeiro, 2001; 2011). É neste âmbito que surge o Inventário de Saúde Mental com o objetivo de avaliar esse último aspeto na população em geral, distinguindo aspetos positivos e negativos da Saúde Mental (Veit & Ware, 1983), assim como a diferenciação dos níveis de Saúde Mental, colocando de lado a existência ou não de psicopatologia (Pais-Ribeiro, 2001). Pois inicialmente as medidas de avaliação em Saúde Mental eram muito diversas e focavam sintomas psicossomáticos e físicos, posteriormente o enforque era o *distresse* psicológico, reduzindo-se à ansiedade e depressão (Veit & Ware, 1983).

O Inventário de Saúde Mental (MHI - Mental Health Inventory) foi aferido para a população portuguesa por José Luís Pais Ribeiro (Pais-Ribeiro, 2001). Os principais objetivos deste inventário não passam pelo diagnóstico todavia sim por um rastreio, assim como a avaliação

da estrutura da Saúde Mental, e não a doença mental, e consequentemente a multidimensionalidade do bem-estar psicológico. Este inventário contém 38 itens, distribuídos por cinco subescalas: “Ansiedade” (10 itens), “Depressão” (5 itens), “Perda de Controlo Emocional / Comportamental” (9 itens), “Afeto Positivo” (11 itens) e “Laços Emocionais” (3 itens). Estas subescalas agrupam-se em duas dimensões, o “*Distresse Psicológico*” (“Ansiedade”, “Depressão”, “Perda de Controlo Emocional / Comportamental”) e “Bem-estar Psicológico” (últimas duas subescalas). As repostas correspondem a uma escala ordinal de cinco ou seis posições (varia entre 1 e 5 ou 6) (Pais-Ribeiro, 2007).

Já no que se refere às dimensões primárias, são elas as seguintes, com os itens correspondentes que as constituem: Afeto Positivo (itens 1, 4, 5, 6, 7, 12, 17, 26, 31 e 37), Laços Emocionais (itens 2, 10 e 23), Perda de Controlo Emocional / Comportamental (itens 8, 14, 16, 18, 20, 21, 24, 27 e 28), Ansiedade (itens 3, 11, 13, 15, 22, 25, 29, 32, 33 e 35) e Depressão (itens 9, 19, 30, 36 e 38). Respetivamente estas dimensões primárias fundam a dimensão Bem-estar Positivo e o Distress Psicológico. De destacar que a menor pontuação possível, ou seja, o resultado que represente uma Saúde Mental muito baixa corresponde a 38; pelo contrário, a pontuação máxima, que traduza a maior Saúde Mental possível, poderá ser 226.

A consistência interna, através do *Alpha de Cronbach*, para cada dimensão corresponde aos seguintes valores: ansiedade (α 0,91), depressão (α 0,85), perda de controlo emocional e comportamental (α 0,87), afeto positivo (α 0,91), laços emocionais (α 0,72), *distresse* psicológico (α 0,9) e bem-estar psicológico (α 0,91) (Pais-Ribeiro, 2011). O questionário no total, apresenta uma consistência interna de 0,80 α , e as correlações com as medidas de comparação situam-se em 0,95 α , sendo que a versão portuguesa do MHI apresenta índices de validade muito semelhantes à versão inglesa original (Costa & Leal, 2004).

O estudo de Ware, Manning, Duan, Wells, e Newhouse (1984; *cit. in* Pais-Ribeiro, 2001) teve como base o estudo epidemiológico do *Rand Health Insurance Experiment* (HIE), para o Department of Health, Education, and Welfare dos Estados Unidos da América, iniciado em 1971, utilizando-se o MHI [parte integrante do questionário do Medical Outcomes Study (MOS)] para averiguar se as pessoas iriam procurar apoio nos serviços de Saúde Mental e a intensidade dos serviços recebidos. Esta investigação foi útil para a validação deste instrumento como uma medida de Saúde Mental. Os investigadores Veit e Ware (1983) afirmam que o MHI começou por ser desenvolvido no ano de 1975 como medida de avaliação do *distresse* psicológico e do bem-estar na população em geral (Pais-Ribeiro, 2001 e 2011).

Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro em 2001, com uma amostra de estudantes do Porto. Este inventário centra-se então em sintomas psicológicos de humor e ansiedade, perda de controlo sobre os sentimentos, pensamentos e comportamentos. Aceitando-se a estrutura original da escala e inspecionou-se a consistência

interna de cada uma das subescalas, do agrupamento das subescalas em duas grandes dimensões - positiva e negativa - e da totalidade da escala (Pais-Ribeiro, 2001). Posteriormente, surgiu uma versão reduzida de cinco itens (MHI-5), passando a integrar questionários de avaliação de saúde ou de qualidade de vida, ou a ser utilizadas por si só como teste de rastreio (*screening*). Inclui os itens 11,17,19,27 e 34, do MHI: três itens pertencem à escala de *Distresse* e dois à escala de Bem-Estar Psicológico (Pais-Ribeiro, 2001 e 2011).

3.2.2.3. Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)

Perante os reduzidos itens no que toca à subescala da depressão, decidiu-se completar o inventário anterior com o Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE), de Vaz Serra de 1994, visto ser considerado um “indicador universal de depressão”. Este inventário avalia a depressão enquanto estado, deteta a presença, a gravidade da depressão e avalia a incapacidade (experienciada pela pessoa no seu quotidiano, no âmbito familiar, social e profissional). É um questionário de autorresposta com 23 questões, às quais se responde numa escala de *Likert* de cinco pontos (varia entre 0 e 4). As questões avaliam as perturbações de tipo reativa, exógena ou endógena, através das alterações: biológica (relação do indivíduo com o organismo), cognitiva (relação consigo mesmo), interpessoal (relação com os outros) e desempenho da tarefa (relação com o trabalho) (Vaz-Serra, 1995; Pais-Ribeiro, 2007).

Assim sendo, a gravidade da depressão varia em função do número de sintomas presentes e da intensidade de cada um, onde o primeiro item de cada grupo de sintomas representa “ausência de sintoma” (cota-se 0) e o último indica a máxima intensidade (conta-se 4). Ou seja, quanto maior é a nota global mais grave é a depressão do sujeito. A nota global varia entre 0 (ausência de sintomas) e 92 (todos os sintomas com a máxima intensidade) (Vaz-Serra, 1995). Os pontos de corte correspondem aos seguintes, depressão leve 28 (apesar da pessoa estar perturbada, não deixa de funcionar completamente), moderada 45 (dificuldade em continuar as suas atividades sociais e laborais habituais) e grave 58 (incapacidade de manter as atividades de vida diária), baseadas no ICD-10 (Vaz-Serra, 1995; Pais-Ribeiro, 2007).

Também distingue cinco fatores distintos, o primeiro corresponde à clássica depressão endógena e reativa constituída por essencialmente dificuldades do desempenho da tarefa (explica 15.440% da variância total); no segundo fator está patente uma relação perturbada do indivíduo consigo próprio, representa uma pessoa com sintomas de personalidade obsessiva subjacente, autocensura-se, pessimista e déficit ao nível cognitivo (explica 13.397% da variância total); terceiro constituído por elementos de constelação suicida (explica 9.052% da variância total); quarto fator com sintomas desenvolvidos por uma personalidade apelativa

com instabilidade emocional associada e dependência dos outros (explica 8.631% da variância total); quinto dois tipos de transtorno do sono (insónia tardia e inicial) (explica 7.718% da variância total) (Vaz-Serra, 1995).

Tem como particularidade o fato de abordar questões comuns na depressão, contudo que outras escalas não tratam, tais como o sentimento de dependência, o débito excessivo e recorrente de queixas, os défices de memória a curto prazo, as dificuldades de concentração e a perda da alegria de viver. Para além disso é um bom diferenciador entre sujeitos “normais” e “deprimidos”.

Este instrumento foi criado pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra, num estudo constituído por uma amostra inicial de 340 participantes deprimidos. Posteriormente definiu-se um número final de 23 itens, onde se aplicou novamente o inventário todavia a 340 sujeitos normativos. Por último, acrescentou-se 102 indivíduos deprimidos, para que se estabelecesse as médias relativamente aos diferentes graus de depressão, com um total de 782 sujeitos. Nos anos seguintes à publicação do estudo, esta escala foi utilizada essencialmente no âmbito de dissertações de mestrado. O IACLIDE apresentou uma correlação “Par/Ímpar” de 0.854 e o Coeficiente de Spearman-Brown de 0.920, o que revela uma boa consistência interna. Quanto à homogeneidade dos itens, com o Alpha de Cronbach, o valor para todos os itens foi de 0.890. Um coeficiente de validação concorrente de 0.717 com a versão portuguesa do Inventário de Depressão de Beck (Vaz-Serra, 1995).

3.3. Análise Descritiva da Amostra

A cidade de Elvas, com uma população de 15 900 habitantes, pertence à região do Alentejo, especificamente da sub-região do Alto Alentejo, inserida no distrito de Portalegre. O concelho elvense, com cerca de 23 078 habitantes, abrange 11 freguesias, nomeadamente Ajuda, Salvador e Santo Ildefonso, Alcáçova, Assunção, Barbacena , Caia e São Pedro, Santa Eulália, São Brás e São Lourenço, São Vicente e Ventosa, Vila Boim, Barbacena, Terrugem e Vila Fernando. Perante a população apresentada, a amostra desta investigação representa 2,4% da população (23078 residentes), especificamente 2,3% de Elvas, 13,6% de Vila Boim, 1,2% de Barbacena e 0,5% da Terrugem.

Assim sendo, perante a população apresentada e descrita, neste estudo a amostra de conveniência regional é constituída por 547 sujeitos normativos. Entendendo-se como sujeitos ditos normativos, aqueles que não tenham a priori algum transtorno psicopatológico (Vaz Serra, 1995). Para além disso, de realçar que “quanto maior é uma amostra mais a média respetiva se aproxima da média geral do grupo” (Moroney, 1969, p. 118; *cit. in* Vaz Serra, 1995).

A análise da tabela 1 permite-nos verificar que a amostra, no que diz respeito ao género, é constituída por 338 mulheres (61,8%) e 208 homens (38%), verificando-se no total 546 sujeitos (99,8%).

Tabela 1:
Estatística descritiva da amostra segundo o Sexo

	N	%
Feminino	338	61,8
Masculino	208	38,0
Total	546	99,8

É importante acrescentar, que com o intuito de reduzir a dispersão e variabilidade entre os dados, decidiu-se reagrupar as categorias de algumas variáveis para uma análise de dados com maior precisão. Serão então apresentadas ao longo da descrição da amostra.

A tabela 2 permite-nos observar que a amostra, no que toca à variável Local de Residência, é constituída por 366 sujeitos (66,9%) residentes numa zona urbana (Elvas) e 181 participantes (33,1%) cuja sua residência se situava em meio rural (Vila Boim, Terrugem e Barbacena), não existindo *missings* nesta variável.

Tabela 2:
Estatística descritiva da amostra segundo o Local de Residência

	N	%
Zona urbana	366	66,9
Zona rural	181	33,1
Total	547	100,0

No que se refere à Idade, segundo a tabela 3, a faixa etária da nossa amostra varia entre os 18 e os 82 anos, com uma média de idade de $M = 40,90$ anos e um desvio padrão de $SD=13,434$.

Tabela 3:
Estatística descritiva da amostra segundo a Idade

N	544
Média	40,90
Desvio-padrão	13,434
Mínimo	18
Máximo	82

Dividiu-se a variável Idade em três categorias: os jovens adultos (18 aos 30 anos), adultos (31 aos 64) e idoso (mais que 64 anos). Contou-se com 144 jovem adultos (26,3%), inclui a faixa etária entre os 18 e os 30 anos, 376 adultos (68,7%), participantes desde 31 aos 64 anos, e 24 idosos (4,4%), sujeitos com idade igual ou superior aos 65 anos. Obtendo-se no total 544 sujeitos (99,5%) (tabela 4).

Tabela 4:

Frequência e percentagem dos sujeitos da amostra segundo os níveis de faixa etária

	N	%
Jovem adulto	144	26,3
Adulto	376	68,7
Idoso	24	4,4
Total	544	99,5

Com a apreciação da tabela 5 é possível verificar que a amostra, no que diz respeito ao Estado Civil, é constituída por 337 participantes (61,6%) num relacionamento (engloba sujeitos casados) e 206 pessoas (37,7%) sem relacionamento (incluí sujeitos solteiros, divorciados e viúvos), verificando-se assim um total de 543 indivíduos (99,3%).

Tabela 5:

Estatística descritiva da amostra segundo o Estado Civil

Num relacionamento	N	%
Sim	337	61,6
Não	206	37,7
Total	543	99,3

Verifica-se, através da tabela 6, que a amostra, referente às habilitações dos sujeitos, é constituída por 211 pessoas (38,6%) com grau de escolaridade até ao ensino obrigatório (variando entre iliteracia, do 1º ao 9 ano), 324 sujeitos (59,2%) com habilitação superior ao ensino obrigatório (abrangendo desde o 10º ano até ao Mestrado), com um total de 535 participantes (97,8%).

Tabela 6:

Estatística descritiva da amostra segundo as Habilitações

	N	%
Até Ensino Obrigatório	211	38,6
Mais que Ensino Obrigatório	324	59,2
Total	535	97,8

No que diz respeito à condição laboral, segundo a tabela 7, 419 (76,6%) dos participantes encontram-se empregados, 86 (15,7%) dos sujeitos estão desempregados e os restantes 30 (5,5%) estão na condição de reformados, com um total de 535 participantes (97,8%).

Tabela 7:
Estatística descritiva da amostra segundo o Estado Profissional

	N	%
Empregado	419	76,6
Desempregado	86	15,7
Reformado	30	5,5
Total	535	97,8

Como última variável sociodemográfica temos a variável Acompanhamento Psicológico, onde a maior parte da amostra, 14 (2,6%) afirmam ter acompanhamento psicológico enquanto 521 sujeitos (95,2%) referem não ter acompanhamento, , dando um total de 535 participantes (97,8%) (tabela 8).

Tabela 8:
Estatística descritiva da amostra segundo o Acompanhamento Psicológico

	N	%
Sim	14	2,6
Não	521	95,2
Total	535	97,8

3.4. Procedimento

Para a realização do presente estudo, foi solicitada a autorização do Professor Doutor José Luis Pais Ribeiro, dirigente pelo estudo e aferição do Inventário de Saúde Mental (MHI), e Professor Doutor Adriano Vaz Serra, responsável pelo desenvolvimento do Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE), para a utilização dos respetivos questionários; que depois de fornecida, através de correio eletrónico, informação acerca da nossa investigação autorizaram o uso dos mesmos.

A aplicação dos questionários decorreu durante cerca de 5 meses (entre os meses de novembro de 2011 e de março de 2012) recorrendo-se a uma amostra de conveniência.

Utilizando-se a metodologia “porta à porta”, começando pela apresentação da investigadora, passando para a explicação do objetivo do estudo, referindo que se tratava de um trabalho para fins acadêmicos no âmbito da dissertação de mestrado onde se pretendia analisar informações da vida global dos cidadãos normais, tais como variáveis sociodemográficas, Saúde Mental e existência ou não de sintomas depressivos. Garantindo-se a confidencialidade e anonimato dos dados dos participantes. Reforçou-se a inexistência de respostas corretas pois o objetivo passava pela resposta mais adequada para a pessoa tendo em conta a situação atual da pessoa. Referia-se que os questionários eram constituídos por poucos itens o que permitia um tempo de resposta curta. Por fim fornecia-se contatos para posterior fornecimento dos resultados encontrados caso fosse do interesse dos participantes.

Assim sendo iniciava-se a aplicação do questionário, estando a investigadora presente para eventual esclarecimento de dúvidas. Sendo os questionários de autorresposta a maioria dos participantes preencheram sozinhos, aquando o participante padecia de uma situação de iliteracia iniciava-se a aplicação oral. Finalizando-se o processo com o agradecimento na colaboração da investigação.

Capítulo IV. Resultados

Introdução

O conjunto das informações obtidas foi analisado no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 19 para Windows.

Inicialmente os dados foram analisados de acordo com a metodologia descritiva usual (frequências, médias, desvios-padrão, número máximo e número mínimo). O efeito das variáveis independentes nas variáveis dependentes foi analisado pelos testes *t*-Student e One-Way ANOVA, quando cumpriam os seguintes pressupostos (Maroco, 2007): as observações dentro de cada grupo tinham distribuição normal (assumindo-se o Teorema do Limite Central); as observações eram independentes entre si; as variâncias de cada grupo eram iguais entre si, ou seja, havia homocedasticidade. Quando os pressupostos não estavam assegurados realizou-se os testes não paramétricos correspondentes, Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, respetivamente. Acrescentando-se o teste Qui-Quadrado para avaliar a distribuição por categorias.

Destacando-se que em todas as análises, a significância estatística foi aceite para um valor de $p < 0,05$. Sendo que apenas se apresentará os resultados que demonstraram a existência de diferenças significativas.

É importante acrescentar que devido a uma grande percentagem de não respostas para as duas perguntas abertas do questionário sociodemográfico decidiu-se não se contabilizar as mesmas no tratamento de dados. Na primeira abordagem sobre a descrição dos períodos de trabalho mais de metade dos participantes não respondeu, cerca de 58,5%; enquanto quase toda a amostra na segunda questão, sobre o tipo de acompanhamento psicológico, tendo 97,8% não respostas, tendo em conta uma amostra de 547 participantes.

4.1. Análise Descritiva dos Instrumentos

No que se refere ao inventário de Saúde Mental (MHI), questionários completos e preenchidos corretamente contabiliza-se 532 questionários, excluindo-se 15 da amostra total. A maioria das respostas ocupa a pontuação de 4, 5 e 6, sendo variável, e a minoria de respostas centram-se na menor pontuação possível de 1. Distribuindo-se a amostra da seguinte forma: menor Saúde Mental com 48,3% e maior Saúde Mental com 49%.

A amostra referente ao Inventário de Saúde Mental (variável MHI global) é constituída por 532 sujeitos, variando as pontuações entre 61 e 225, com um valor médio de $M = 168,71$ e um

desvio-padrão correspondente de $SD = 28,468$. O que se refere às dimensões primárias, as amostras são constituídas pelos seguintes valores Afeto Positivo com 535 sujeitos (variação de pontuação entre 14 e 66), Perda de Controlo contém 538 indivíduos (valores entre 18 e 53), Laços Emocionais conta com 539 participantes (pontuação mínima de 4 e máxima de 18), Depressão inclui 539 pessoas (pontuações entre 6 e 29), Ansiedade com uma amostra de 534 colaboradores (varia entre 18 e 60). Já as dimensões globais contam com uma amostra de 533 e 534 sujeitos, respetivamente para dimensão Distress Psicológico e Bem-estar Positivo. A compilação da informação relatada encontra-se na tabela 9.

Tabela 9:

Estatística descritiva para as dimensões primárias, gerais e nota global do MHI

Escalas	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	N
Afeto Positivo	14	66	42,85	9,274	535
Perda de Controlo	18	53	43,34	7,057	538
Laços Emocionais	4	18	14,24	3,219	539
Depressão	6	29	22,77	3,945	539
Ansiedade	18	60	45,49	8,302	534
Distress Psicológico	43	142	111,59	18,385	533
Bem-estar Positivo	18	84	57,11	11,627	534
MHI Global	61	225	168,71	28,468	532

Considerou-se pertinente a definição de pontos de corte, devido à sua inexistência. Assim sendo, tendo por base a pontuação global do MHI, a amostra, no que diz respeito à variável MHI (codificada) (tabela 10), é constituída por 264 sujeitos (48,3%) com menor Saúde Mental e 268 participantes (49%) com maior Saúde Mental, verificando-se então um total de 532 indivíduos (97,3%).

Tabela 10:

Estatística descritiva da amostra segundo as dimensões do MHI

	N	%
Menor Saúde Mental	264	48,3
Maior Saúde Mental	268	49,0
Total	532	97,3

No IACLIDE (variável da pontuação bruta global) a amostra deste trabalho é constituída por 525 sujeitos (96%), excluindo-se 22 questionários da amostra total devido ao preenchimento incompleto. As respostas dos sujeitos centram-se essencialmente nos extremos da escala, a maioria foca-se em 0 (item de menor gravidade) e a minoria em 4 (item de maior gravidade), e por vezes 3. Observa-se na tabela 11 um valor médio de $M = 22$ e um desvio-padrão correspondente de $SD = 9,75$, variando então as pontuações entre 0 e 74.

Tabela 11:

Estatística descritiva da amostra segundo a nota bruta global do IACLIDE

N	525
%	96
Média	22
Mediana	9,75
Desvio-padrão	10,900
Mínimo	0
Máximo	74

Reagrupou-se então a variável, sendo a distribuição da amostra na seguinte forma pelos vários graus de classificação de depressão: 447 sujeitos (81,7%) apresentam ausência de depressão (variando esta categoria entre 0 e 19 *score*), 75 indivíduos (13,7%) revelam indicadores de Depressão Ligeira ou Moderada (variação entre 20 e 52 de *score*), seguindo-se 3 participantes (0,5%) com indícios de Depressão Severa (pontos de corte entre os 53 e 74) (tabela 12).

Tabela 12:

Estatística descritiva da amostra segundo as dimensões do IACLIDE

	Mínimo	Máximo	N	%
Ausência de Depressão	0	19	447	81,7
Depressão Ligeira e Moderada	20	52	75	13,7
Depressão Severa	53	74	3	0,5

4.2. Fiabilidade dos Instrumentos

A fidelidade dos instrumentos foi medida através do Coeficiente de Alfa (Alfa de Cronbach's).

Assim o coeficiente de fidelidade do IACLIDE para a escala total de 23 itens, apresenta o seguinte valor α 0,93, sendo revelador de uma excelente consistência interna dos itens. Novamente, na presente investigação o Coeficiente de Alpha é superior ao da escala original. O inventário total tem uma média de $M = 9,75$ e um desvio padrão de $SD = 10,9$.

Quanto ao MHI, total da escala dos 38 itens, é de α 0,97, sendo revelador de uma excelente consistência interna dos itens. A escala total tem uma média de $M = 168,71$ e um desvio padrão de $SD = 28,47$. Para cada dimensão cujo inventário se decompõe, os valores dos coeficientes de fidelidade e respectivas classificações são os seguintes: afeto positivo α 0,90 (bom), laços emocionais α 0,74 (aceitável), perda de controlo α 0,88 (bom), ansiedade α 0,91 (bom), depressão α 0,85 (bom), distresse α 0,96 (excelente), bem-estar α 0,91 (excelente). Como é notório, os valores dos índices de fidelidade assemelham-se muito aos da escala original, à exceção da escala total onde a consistência interna desta investigação é superior. A análise estatística descritiva relatada encontra-se exposta na tabela 13.

Tabela 13:

Estatística descritiva e valores de Alpha de Cronbach dos instrumentos MHI e IACLIDE

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-padrão	Apha
IACLIDE	0	74	9,75	10,900	0,927
MHI	61	225	168,71	28,468	0,965
Laços emocionais	4	18	14,24	3,219	0,736
Afeto positivo	14	66	42,85	9,274	0,902
Perda de controlo	18	53	43,34	7,057	0,880
Ansiedade	18	60	45,49	8,302	0,908
Depressão	6	29	22,77	3,945	0,847
Bem-estar positivo	18	84	57,11	11,627	0,912
Distress	43	142	111,59	18,385	0,955

4.3. Análises Estatísticas

Antes de se iniciar o relato dos resultados encontrados no cruzamento das variáveis sociodemográficas com os inventários utilizados, é importante salvaguardar que as diferenças encontradas nos diversos testes se devem unicamente aos mesmos e não a outros fatores,

nomeadamente não existem diferenças etárias significativas entre o género do ponto de vista estatístico.

4.3.1. Inventário de Saúde Mental (MHI)

Quanto às relações entre o MHI e as variáveis sociodemográficas também foram consideradas, utilizando-se os seguintes testes: *t*-Student, Mann-Whitney, Qui-Quadrado e Kruskal-Wallis. Tendo por base as características das variáveis assim como a verificação dos pressupostos subjacentes a cada teste, que permitiram então decidir por testes paramétricos ou pelos não paramétricos equivalentes. Como já referido, os resultados cujas diferenças não são estatisticamente significativas não serão relatados, referindo-se apenas que foram eles com as seguintes variáveis independentes: Local de Residência, Idade, Habilitações.

4.3.1.1. Sexo e MHI

A comparação média da variável Saúde Mental (variável MHI que inclui a soma dos valores brutos de todos os itens que compõem o Inventário) no sexo (Masculino e Feminino) foi avaliada pelo teste não-paramétrico de Mann-Whitney. Os homens apresentam *scores* de Saúde Mental mais elevados do que as mulheres, como é visível na figura 2, e as diferenças observadas foram estatisticamente significativas ($U = 27190$; $W = 81146$; $p = 0.00$).

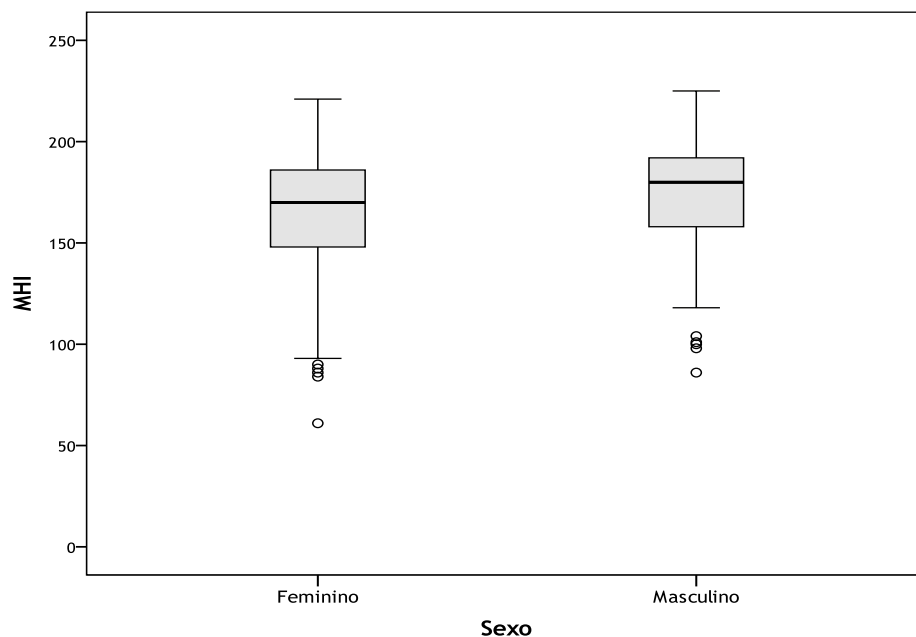


Figura 2. Diagrama de extremos e quartis dos *scores* da nota bruta global do MHI segundo o Sexo (Masculino e Feminino)

Tendo em conta a existência de diferença significativa dos indicadores de Saúde Mental (variável MHI com as categorias maior ou menor Saúde Mental) ao nível do género, decidiu-se realizar o Teste do Qui-Quadrado. Com o intuito de avaliar a distribuição do MHI nos homens e nas mulheres, ou seja, se a maior ou menor Saúde Mental depende da variável categorial Sexo. Observou-se então (tabela 14), tendo em conta uma amostra de 531 participantes, nomeadamente das 328 mulheres (61,8% da amostra total), 184 (34,7% da amostra global) apresentam indicadores de menor Saúde Mental contrapondo com 144 (27,1% de toda a amostra) que revelam maior Saúde Mental. No que se refere ao sexo masculino, com 203 participantes (representando 38,2% da amostra total), 114 homens (56,2% da amostra masculina) revelaram maior Saúde Mental enquanto apenas 89 homens (43,8% da amostra do sexo masculino) menor Saúde Mental. Assim, a análise estatística inferencial permite afirmar que a incidência da maior Saúde Mental depende do género, sendo as mulheres que apresentam indicadores de menor Saúde Mental [$\chi^2(1) = 7.539; p = 0.006$].

Tabela 14:

Tabela de contingência do MHI segundo o Sexo

		MHI		Total	
		Menor Saúde Mental	Maior Saúde Mental		
Sexo	Feminino	Frequência observada	184	144	328
		% Sem Sexo	56,1%	43,9%	100,0%
		% Sem MHI codificada medianamente	67,4%	55,8%	61,8%
		% Do Total	34,7%	27,1%	61,8%
	Masculino	Frequência observada	89	114	203
		% Sem Sexo	43,8%	56,2%	100,0%
		% Sem MHI codificada medianamente	32,6%	44,2%	38,2%
		% Do Total	16,8%	21,5%	38,2%
Total	Frequência observada	273	258	531	
	% Sem Sexo	51,4%	48,6%	100,0%	
	% Sem MHI codificada medianamente	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Do Total	51,4%	48,6%	100,0%	

4.3.1.2. Estado Civil e MHI

A significância da diferença de médias entre MHI (nota total dos valores brutos de todos os itens) com Estado Civil, estar num relacionamento versus não estar num relacionamento foi avaliada com o teste *t*-Student para amostras independentes. Tanto as pessoas que estão num relacionamento ($M = 171$) como aquelas que não estão ($M = 164$) apresentam menor Saúde Mental, no entanto quem está sozinho apresentam uma tendência maior para a menor Saúde Mental. Ambos os grupos encontram-se na categoria menor Saúde Mental, contudo o primeiro grupo encontra-se mais próximo do valor mediano que classifica a Saúde Mental (tabela 15). De acordo com o teste *t*-Student as diferenças observadas entre a variável Saúde Mental nos dois grupos são estatisticamente significativas [$t(526) = 2.575$; $p = .010$].

Tabela 15:

Valores médios e desvio-padrão do MHI na variável Estado Civil (estar versus não estar num relacionamento)

Num relacionamento	N	Média	Desvio-padrão	Erro-padrão da média
Sim	332	171,075	27,496	1,509
Não	196	164,515	29,558	2,111

Tendo em conta a existência de diferença significativa dos indicadores de Saúde Mental (variável MHI com as categorias maior ou menor Saúde Mental) ao nível do Estado Civil, decidiu-se realizar o Teste do Qui-Quadrado. Com o intuito de avaliar a distribuição do MHI em pessoas com ou sem um relacionamento, ou seja, se a maior ou menor Saúde Mental depende da variável categorial Estado Civil. Observou-se então (tabela 16), tendo em conta uma amostra de 528 participantes, nomeadamente dos 332 sujeitos (62,9% da amostra total) num relacionamento, distinguindo-se 158 sujeitos (29,9%) que apresentam indicadores de menor Saúde Mental enquanto 174 pessoas (33%) revelam maior Saúde Mental. De toda a amostra dos 196 (37,1%) que não têm um relacionamento, cerca de 113 indivíduos (representando 57,7% da amostra do grupo sem relacionamento) apresentam indicadores de menor Saúde Mental enquanto os restantes 83 pessoas (42,3%) revelaram maior Saúde Mental. Assim, a análise estatística inferencial permite afirmar que a incidência da maior Saúde Mental depende do género, sendo as mulheres que apresentam indicadores de menor Saúde Mental [$X^2(1) = 4.995$; $p = 0.025$].

Tabela 16:
Tabela de contingência do MHI segundo o Estado Civil

			MHI		Total
			Menor Saúde Mental	Maior Saúde Mental	
Num relacionamento	Sim	Frequência Observada	158	174	332
		% Sem Estado civil	47,6%	52,4%	100,0%
		% Sem MHI	58,3%	67,7%	62,9%
		% Do Total	29,9%	33,0%	62,9%
	Não	Frequência Observada	113	83	196
		% Sem Estado civil	57,7%	42,3%	100,0%
		% Sem MHI	41,7%	32,3%	37,1%
		% Do Total	21,4%	15,7%	37,1%
Total	Frequência Observada	271	257	528	
	% Sem Estado civil	51,3%	48,7%	100,0%	
	% Sem MHI	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Do Total	51,3%	48,7%	100,0%	

4.3.1.3. Estado Profissional e MHI

Para avaliar se a variável categorial MHI (com os grupos maior versus menor Saúde Mental) influenciou significativamente o Estado Profissional (empregado, desempregado e reformado) invocou-se o teste não-paramétrico Kruskal-Wallis, seguido da comparação múltipla das médias das ordens. O MHI teve um efeito estatisticamente significativo sobre a condição laboral [$X^2_{kw} (2) = 6.30; p = 0.04$]. De acordo com a comparação múltipla de média das ordens, os sujeitos empregados apresentam pontuações no MHI significativamente diferente das restantes condições de trabalho, desempregado ($p = 0,003$) e reformado ($p = 0.638$), sendo que nessa condição de empregado que se denota uma tendência para uma maior Saúde Mental. Todavia, é necessário reforçar que apesar de essa diferença ser significativa, os valores médios apresentados por todas as condições laborais não preenchem os critérios que permitam afirmar a existência de maior Saúde Mental, encontrando-se todos os grupos abaixo do limite do indicador para Saúde Mental (figura 3).

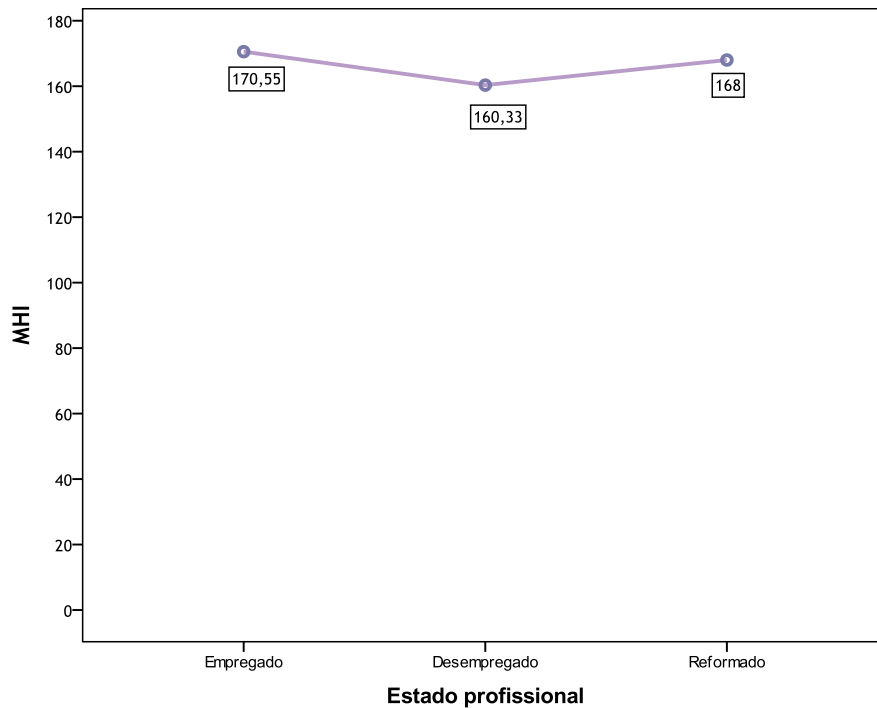


Figura 3. Distribuição média da nota bruta total do MHI segundo o Estado Profissional (Empregado, Desempregado e Reformado)

De seguida decidiu-se optar pela utilização do teste Qui-Quadrado para observar a distribuição da Saúde Mental nos grupos da condição laboral (tabela 17). Contudo, o resultado do teste realizado não apresentou diferenças estatisticamente significativas, ou seja, a maior ou menor Saúde Mental é independente do estado profissional. No entanto considerou-se pertinente a descrição da tabela que se segue. A categoria empregado contou com uma amostra total de 407 sujeitos (78,3%), a de desempregado com 84 indivíduos (16,2%) e de reformado os restantes 29 (5,6%), obtendo-se um total de 520 participantes. Da amostra de pessoas empregadas destaca-se 202 pessoas (38,8% da amostra total) com menor Saúde Mental contrapondo com 208 (39,4% amostra final) com maior Saúde Mental. Da amostra de desempregados contabiliza-se 48 participantes (51,1% da amostra de desempregados) com menor Saúde Mental e 36 (42,9%) com maior Saúde Mental. Da categoria de reformado obteve-se 18 sujeitos (62,1% da amostra de reformados) com menor Saúde Mental face 11 indivíduos (37,9%) com maior Saúde Mental.

Tabela 17:

Tabela de contingência do MHI segundo o Estado profissional

			MHI		Total
			Menor Saúde Mental	Maior Saúde Mental	
Estado profissional	Empregado	Frequência Observada	202	205	407
		% Sem Estado profissional	49,6%	50,4%	100,0%
		% Sem MHI	75,4%	81,3%	78,3%
		% Do Total	38,8%	39,4%	78,3%
	Desempregado	Frequência Observada	48	36	84
		% Sem Estado profissional	57,1%	42,9%	100,0%
		% Sem MHI	17,9%	14,3%	16,2%
		% Do Total	9,2%	6,9%	16,2%
	Reformado	Frequência Observada	18	11	29
		% Sem Estado profissional	62,1%	37,9%	100,0%
		% Sem MHI	6,7%	4,4%	5,6%
		% Do Total	3,5%	2,1%	5,6%
Total		Frequência Observada	268	252	520
		% Sem Estado profissional	51,5%	48,5%	100,0%
		% Sem MHI	100,0%	100,0%	100,0%
		% Do Total	51,5%	48,5%	100,0%

4.3.1.4. Acompanhamento Psicológico e MHI

A verificação de existência de significância entre a variável MHI (que engloba a pontuação bruta de todos itens que constituem o Inventário de Saúde Mental) com o fato de ter versus não ter Acompanhamento Psicológico. Através da análise dos outputs do teste *t*-Student, tabela 18, é possível verificar que os sujeitos em acompanhamento psicológico possuem, em média, menor Saúde Mental ($M= 143,5$) comparativamente com o grupo que não se encontra em acompanhamento ($M= 169,1$), salientando-se o fato de ambos os grupos possuírem indicadores de menor Saúde Mental. Então, de acordo com o teste utilizado, as diferenças observadas entre o MHI nos dois grupos são estatisticamente significativas [$t(518) = -3.098$; $p = .002$], onde as pessoas que referem não terem acompanhamento psicológico apresentam

uma melhor Saúde Mental ($M = 169,12$) comparando com aqueles que têm acompanhamento ($M = 143,5$).

Tabela 18:

Valores médios e desvio-padrão do MHI nos dois grupos (ter versus não ter Acompanhamento psicológico)

Acompanhamento psicológico	N	Média	Desvio-padrão	Erro-padrão da média
Sim	12	143,5	30,438	8,787
Não	508	169,116	28,259	1,2538

Face a diferença significativa encontrada, e de forma a observar-se como se processa a distribuição da Saúde Mental nos grupos do Acompanhamento Psicológico adveio o teste Qui-quadrado. Posto isto, contabiliza-se uma amostra total de 520 sujeitos, sendo que 12 pessoas (2,3% da amostra total) referem ter acompanhamento psicológico, e desse grupo 10 indivíduos (1,9% da amostra total) apresenta menor Saúde Mental comparativamente com 2 participantes (0,4% de toda a amostra) com critérios para maior Saúde Mental. Na amostra que refere não ter acompanhamento existem 508 indivíduos (97,7% da amostra total), onde 257 participantes (50,6% da amostra Não) preenchem critérios para menor Saúde mental e 251 pessoas (49,4%) maior Saúde Mental. Na tabela 19 também se verifica que existe uma ascendente ocorrência de menor Saúde Mental. Após o relato da distribuição é possível concluir com base no teste utilizado que a incidência de menor ou maior Saúde Mental depende do fato de ter ou não Acompanhamento Psicológico [$X^2(1) = 5.031$; $p = 0.025$].

Tabela 19:

Tabela de contingência do MHI segundo o Acompanhamento psicológico

		MHI		Total	
		Menor Saúde Mental	Maior Saúde Mental		
Acompanhamento Psicológico	Sim	Frequência Observada	10	2	12
		% Sem Acompanhamento	83,3%	16,7%	100,0%
		% Sem MHI	3,7%	,8%	2,3%
		% Do Total	1,9%	,4%	2,3%
Acompanhamento Psicológico	Não	Frequência Observada	257	251	508
		% Sem Acompanhamento	50,6%	49,4%	100,0%

	% Sem MHI	96,3%	99,2%	97,7%
	% Do Total	49,4%	48,3%	97,7%
Total	Frequência Observada	267	253	520
	% Sem Acompanhamento	51,3%	48,7%	100,0%
	% Sem MHI	100,0%	100,0%	100,0%
	% Do Total	51,3%	48,7%	100,0%

4.3.2. Inventário de Avaliação Clínica de Depressão (IACLIDE)

Relativamente ao relacionamento das variáveis sociodemográficas com o inventário IACLIDE, utilizaram-se os seguintes testes: *t*-Student, Qui-Quadrado, Kruskal-Wallis. Dessas variáveis independentes, com as que se seguem não existiram diferenças estatisticamente significativas: Local de Residência, Habilitações, Estado Profissional e Estado Civil.

4.3.2.1. Sexo e IACLIDE

As diferenças médias do IACLIDE (variável da nota bruta global) nos grupos da variável Sexo, feminino versus masculino, foram avaliadas através do teste *t*-Student. Assim sendo, as mulheres apresentam maiores indicadores, em fatores isolados, de sintomatologia depressiva ($M = 10,560$) comparativamente com o sexo masculino ($M = 8,498$), sendo contudo o resultado médio de ambos inferior ao ponto de corte exigido para diagnóstico de sintomatologia depressiva ligeira (tabela 20). Concluindo-se então que as diferenças observadas entre o IACLIDE dos dois grupos são estatisticamente significativas [$t(522) = 2.113$; $p = .035$].

Tabela 20:

Valores médios e desvio-padrão do IACLIDE na variável categorial Sexo (grupos Feminino versus Masculino)

Sexo	N	Média	Desvio-padrão	Erro-padrão da média
Feminino	323	10,560	10,986	,611
Masculino	201	8,498	10,677	,753

Para avaliação da distribuição da variável género cruzada com a variável IACLIDE procedeu-se ao teste Qui-Quadrado, podendo então observar-se que das 524 sujeitos, especificamente das 323 mulheres (61,6% da amostra global), 268 sujeitos do sexo feminino (51,1% de todas as mulheres) apresentam ausência de depressão, enquanto 54 participantes femininas (10,3% de

todas as mulheres) apresentam indicadores de depressão ligeira ou moderada e, por último, apenas uma participante (0,2%) revela indicadores de depressão severa. Quanto ao sexo masculino, 178 homens (34% da amostra masculina) não apresentam critérios que preencham o diagnóstico depressivo, 21 sujeitos (4% do sexo masculino) revelam indicadores de um quadro depressivo ligeiro ou moderado, enquanto 2 sujeitos (0,4% da amostra masculina) preenchem os critérios de depressão severa (tabela 21). Contudo, a análise estatística inferencial permite afirmar que a incidência de depressão é independente do gênero.

Tabela 21:
Tabela de contingência do IACLIDE segundo o Sexo

			IACLIDE			Total
			Ausência de Depressão	Depressão ligeira ou moderada	Depressão Severa	
Sexo	Feminino	Frequência Observada	268	54	1	323
		% Sem Sexo	83,0%	16,7%	,3%	100,0%
		% Sem IACLIDE	60,1%	72,0%	33,3%	61,6%
		% Do Total	51,1%	10,3%	,2%	61,6%
	Masculino	Frequência Observada	178	21	2	201
		% Sem Sexo	88,6%	10,4%	1,0%	100,0%
		% Sem IACLIDE	39,9%	28,0%	66,7%	38,4%
		% Do Total	34,0%	4,0%	,4%	38,4%
Total		Frequência Observada	446	75	3	524
		% Sem Sexo	85,1%	14,3%	,6%	100,0%
		% Sem IACLIDE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Do Total	85,1%	14,3%	,6%	100,0%

4.3.2.2. Idade e IACLIDE

Com o objetivo de avaliar se faixa etária (variável Idade por classes: jovem adulto, adulto ou idoso) influencia significativamente a incidência de depressão (variável IACLIDE com a pontuação bruta global) valeu-se do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido da comparação múltipla das médias das ordens para se identificar em qual ou quais dos grupos a incidência de depressão é significativamente diferente (figura 4). Verificou-se então que a idade teve um efeito estatisticamente significativo sobre a incidência de depressão [$X^2_{KW}(2) = 10.552$; $p = 0.005$]. De acordo com a comparação múltipla de média das ordens, os Idosos da

nossa amostra apresentam pontuações no IACLIDE significativamente diferentes dos Jovens Adultos ($p = 0.036$) e dos Adultos ($p = 0.007$), sendo nessa faixa etária que se observam maior tendência de indicadores depressivos. Todavia, é necessário reforçar que apesar de essa diferença ser significativa, os valores médios apresentados por todas as faixas etárias não preenchem os critérios para o diagnóstico de depressão.

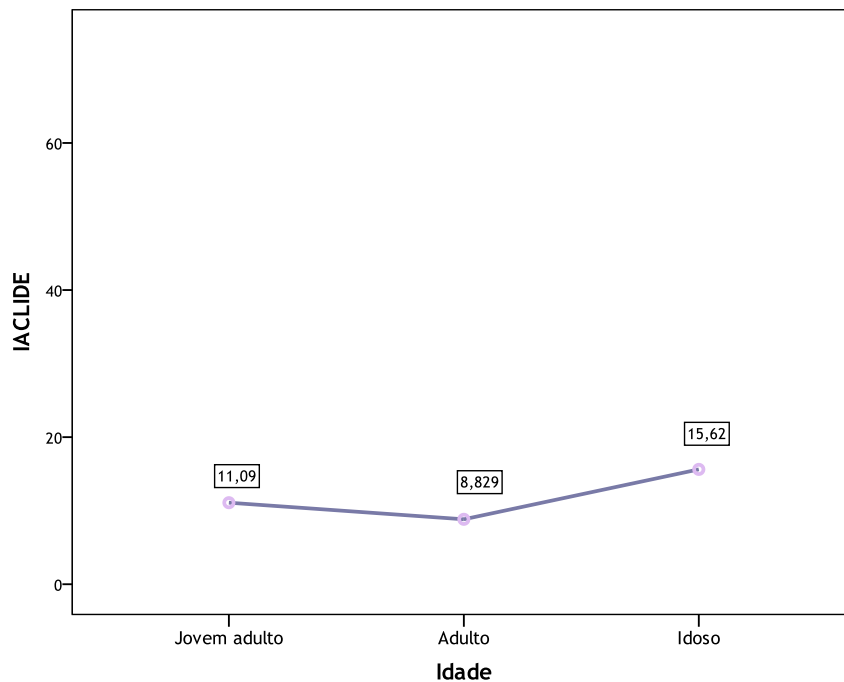


Figura 4. Distribuição média da nota bruta global do IACLIDE segundo as faixas etárias (Jovem Adulto, Adulto e Idoso)

Com o objetivo de se testar se a frequência com que os elementos da amostra se repartem pelas faixas etárias é ou não idêntica, decidiu-se utilizar o teste Qui-Quadrado. Observou-se então, numa amostra total de 525 sujeitos, no que diz respeito à classe etária dos jovens adultos com 137 participantes (26,1% da amostra global), 112 indivíduos (21,3% da amostra total) não preenchem critérios para diagnóstico depressivo e as restantes 25 pessoas (4,8% da amostra final) apresentam indicadores de depressão ligeira ou moderada. Na faixa etária dos adultos, com 362 participantes (69% da amostra global), prevalece a categoria ausência de depressão com 317 sujeitos (87,6% da amostra adulta), 43 adultos (11,9%) apresentam depressão ligeira ou moderada e 2 participantes (0,6%) revelam indicadores de sintomatologia depressiva severa. Quanto aos idosos, contou-se com 26 sujeitos (5% da amostra global), onde 18 pessoas (69,2% da amostra idosa) apresentam com ausência de depressão, seguindo-se de 7 participantes (26,9%) mostrou preencher critérios de depressão ligeira ou moderada, e 1 indivíduo (3,8%) revelou critérios de depressão severa (tabela 22). Em jeito conclusivo, a análise estatística inferencial permite concluir que a incidência da depressão depende da faixa etária [$\chi^2(4) = 12.754, p = 0.013$].

Tabela 22:

Tabela de contingência do IACLIDE segundo a Idade

			IACLIDE			Total
			Ausência de Depressão	Depressão ligeira ou moderada	Depressão Severa	
Idade	Jovem adulto	Frequência Observada	112	25	0	137
		% Sem Idade	81,8%	18,2%	,0%	100,0%
		% Sem IACLIDE	25,1%	33,3%	,0%	26,1%
		% Do Total	21,3%	4,8%	,0%	26,1%
	Adulto	Frequência Observada	317	43	2	362
		% Sem Idade	87,6%	11,9%	,6%	100,0%
		% Sem IACLIDE	70,9%	57,3%	66,7%	69,0%
		% Do Total	60,4%	8,2%	,4%	69,0%
	Idoso	Frequência Observada	18	7	1	26
		% Sem Idade	69,2%	26,9%	3,8%	100,0%
		% Sem IACLIDE	4,0%	9,3%	33,3%	5,0%
		% Do Total	3,4%	1,3%	,2%	5,0%
Total	Frequência Observada	447	75	3	525	
	% Sem Idade	85,1%	14,3%	,6%	100,0%	
	% Sem IACLIDE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Do Total	85,1%	14,3%	,6%	100,0%	

4.3.2.3. Acompanhamento Psicológico e IACLIDE

Com o intuito avaliativo da distribuição média dos valores depressivos (variável bruta global do IACLIDE) nos grupos da variável categorial Acompanhamento Psicológico (ter versus não ter acompanhamento) deu-se uso ao teste *t*-Student. Da amostra total de 513 sujeitos, 13 dos participantes que estão em acompanhamento psicoterapêutico, sem diagnóstico psiquiátrico prévio, apresentam sintomatologia depressiva ligeira ($M = 19,15$), contrapondo os que referem não ter acompanhamento psicológico ($M = 9,59$) (tabela 23), com uma considerável diferença estatisticamente significativa [$t(511) = 3,138, p = .002$].

Tabela 23:

Valores médios e desvio-padrão do IACLIDE na variável Acompanhamento Psicológico (grupos Sim versus Não)

Acompanhamento psicológico	N	Média	Desvio-padrão	Erro-padrão da Média
Sim	13	19,153	14,047	3,896
Não	500	9,596	10,754	,481

Perante a diferença significativa encontrada, e para uma melhor apreciação da distribuição da incidência depressiva nos grupos ter versus não ter acompanhamento psicológico, recorreu-se do teste Qui-Quadrado. A amostra total corresponde a um total de 513 sujeitos, onde 13 pessoas (2,5%) encontram-se em acompanhamento psicológico e 500 indivíduos (97,5%) referem não estarem em processo terapêutico. Dentro do primeiro grupo referido, 7 participantes (1,4% da amostra global) não apresentam indicadores de depressão e os restantes 6 sujeitos (1,2% da amostra final) possuem critérios que permitam o diagnóstico de depressão ligeira ou moderada. No que diz respeito ao grupo que não está em acompanhamento psicológico, a maioria da amostra 429 participantes (85,8% amostra do grupo não) encontram-se na categoria ausência de depressão, 68 indivíduos (13,6%) apresentam indicadores de depressão ligeira ou moderada e os restantes 3 sujeitos (0,6%) enquadram-se nos critérios de depressão severa (tabela 24). É possível afirmar que a incidência depressiva depende do fato da pessoa estar em acompanhamento psicológico ou não [$\chi^2 (2) = 10.909, p = 0.004$].

Tabela 24:

Tabela de contingência do IACLIDE segundo o Acompanhamento Psicológico

			IACLIDE			Total
			Ausência de Depressão	Depressão ligeira ou moderada	Depressão Severa	
Acompanhamento Psicológico	Sim	Frequência Observada	7	6	0	13
		% Sem Acompanhamento	53,8%	46,2%	,0%	100,0%
		% Sem IACLIDE	1,6%	8,1%	,0%	2,5%
		% Do Total	1,4%	1,2%	,0%	2,5%
	Não	Frequência Observada	429	68	3	500
		% Sem Acompanhamento	85,8%	13,6%	,6%	100,0%
		% Sem IACLIDE	98,4%	91,9%	100,0%	97,5%
		% Do Total	83,6%	13,3%	,6%	97,5%
Total	Frequência Observada	436	74	3	513	
	% Sem Acompanhamento	85,0%	14,4%	,6%	100,0%	
	% Sem IACLIDE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Do Total	85,0%	14,4%	,6%	100,0%	

Capítulo V. Discussão

Introdução

Os resultados apresentados mostram que algumas situações estão em conformidade com o estado de arte, enquanto outros não, contudo será necessária a confrontação dos mesmos com a bibliografia existente para uma aprofundada compreensão das conclusões encontradas.

Tendo em conta os objetivos definidos e os resultados obtidos, concluiu-se que existem diferentes padrões de Saúde Mental e de índices depressivos segundo as variáveis sociodemográficas, todavia isso não ocorreu com todas as variáveis estudadas.

5.1. Local de Residência

Iniciando a nossa discussão com a primeira variável analisada, o Local de Residência, verificou-se que o padrão de Saúde Mental se manteve homogêneo segundo o grupo urbano e rural. As freguesias (Vila Boim, Terrugem e Barbacena) residentes da nossa amostra apresentam um carácter mais rural e são de menor dimensão, comparando com a cidade concelho (Elvas), de maior tamanho e com aspetos urbanos. No entanto, mesmo tendo presente o referido, prevalecem as semelhanças dos locais, pelo fato da nossa amostra residir num meio interior, no Alentejo, e toda a área geográfica de Elvas ter muitas características em comum, nomeadamente de carácter rural. Acrescentando que existe um grande intercâmbio entre as freguesias e a cidade, pois muitas pessoas residentes nas freguesias trabalham, vão às compras e deslocam-se aos serviços burocráticos e outros na cidade. Concluindo-se então que o referido poderá constituir uma justificação para os resultados obtidos no nosso estudo.

Veja e colaboradores (1998) encontraram resultados consistentes com os nossos, onde também consideraram que as taxas de qualquer psicopatologia do DSM III-R foram semelhantes dentro de áreas rurais e urbanas. De acordo, nas últimas décadas nos EUA os estudos apresentam evidências de que não existe uma tendência clara entre diferentes taxas de qualquer distúrbio nas áreas urbanas e rurais (Blazer *et. al*, 1985; Kessler *et. al*, 2005; *cit. in* Peen, Dekker, Schoevers, Have, Graaf, & Beeckman, 2007).

Porém, existem muitos autores que defendem o contrário (Bijl, Ravelli, & van Zessen, 1998; Blue & Harpham, 1996; Harpham, 1994; Judd, Jackson, Komiti, Murray, Hodgins, & Fraser, 2002). Nomeadamente Harpham (1994) afirma que a urbanização está associada a muitos problemas de saúde, pois tem um particular impacto sobre a Saúde Mental, distintamente em quadros depressivos e de ansiedade. As fortes ligações foram estabelecidas entre os fatores socio ambientais e os transtornos mentais comuns, um ambiente urbano tem sido associado

como fator de risco para essas doenças, porque as pessoas são fortemente afetadas pelo stress (Blue & Harpham, 1996; Judd, Jackson, Komiti, Murray, Hodgins, & Fraser, 2002). A doença mental está relacionada com a mudança comportamental, aumentando então com o desenvolvimento dos países. Distintamente a urbanização nos países em desenvolvimento acarreta mudanças no âmbito do apoio social e nos acontecimentos de vida que inevitavelmente tem sido provado que afetam a Saúde Mental, imperativamente poderá aumentar a taxa de depressão (Harpham, 1994).

A discórdia entre a (in) existência de diferenças entre países e dentro de países, locais urbanos e rurais, são provavelmente devido, pelo menos em parte, ao uso de distintos instrumentos de diagnóstico, seleção da amostra e às variações nas definições de urbanização (Peen, Dekker, Schoevers, Have, Graaf, & Beeckman, 2007). Tal como já referido, a área geográfica do nosso estudo apresenta características específicas perante outros locais e muito homogêneas, o que talvez poderá ser justificativo dos resultados encontrados.

Judd e colaboradores (2002) acrescentam informação ao caracterizarem o meio urbano como local onde existem ambientes de mudança, indiferença interpessoal e anonimato, conflitos de valores, foco de desenvolvimento tecnológico, desigualdade social, paraíso para crimes e indivíduos sem lealdade. Por outro lado, o meio rural é descrito como um ambiente de estabilidade social, integração, rede de suporte interpessoal e com um aspeto estético superior às grandes cidades.

Para finalizar, e corroborando os nossos resultados, os autores supracitados veem afirmar que os estudos sobre a crença popular de que a vida urbana é um fator de risco para as perturbações psiquiátricas são limitados. Concluindo até que mais importante que as possíveis diferenças entre o meio urbano e rural poderá mencionar-se os fatores de vulnerabilidade presentes no género, situação socioeconómica e laboral, presença de abusos, acontecimentos marcantes na infância e o estado civil.

5.2. Idade

Abordando outra variável sociodemográfica analisada no capítulo anterior, a Idade, percebemos que no âmbito do conceito geral de Saúde Mental a nossa amostra revelou ter um padrão semelhante segundo as diferentes faixas etárias. Até a título de curiosidade, especificamente na avaliação da depressão, o grupo de idosos apresentam uma tendência maior, face aos outros grupos, para o desenvolvimento de um quadro depressivo. A nossa amostra idosa tem a particularidade de residir sozinha, uma percentagem significativa está no estado de viuvez e estão mais isolados, tendo em conta o meio residente. De acordo com o estudo de Gazamararian, Baker, Parker e Blazer (2000) a taxa de prevalência de depressão em idosos ronda os 13% da amostra, sendo um número considerável.

No entanto, diversos têm sido os estudos que refutam isso mesmo, nomeadamente os de Kessler (2003) e Marneros (2006) concluíram que a depressão atingia níveis superiores até final da meia-idade e em pessoas mais jovens, porém também consideram que o impacto poderá ser maior com o aumento da idade. Weissman (1987) arrematou a sua investigação referindo que a idade média para o primeiro episódio corresponde ao início da idade jovem-adulta. No entanto as perturbações afetivas são mais prevalentes numa faixa etária entre os 18 e 44 anos, especificamente a depressão major desenvolve-se particularmente entre os 25 e 34 anos de idade. É interessante referir que já em 1987 aquando se realizou o estudo supramencionado se considerava que existe evidências de que a idade de início da depressão está a diminuir, tem vindo a ocorrer um aumento do número de pessoas mais jovens afetadas com depressão major, comparativamente com épocas anteriores. Permanecendo o ideal defendido por alguns autores de que os jovens encontram-se numa faixa etária cuja atenção face a distúrbios mentais deverá ser redobrada (Graaf, Have, Gool, & Dorsselaer, 2012).

Outros autores refutam isso sugerindo que a puberdade constitui um marco, por outras palavras, a partir da adolescência o sexo feminino apresenta maior probabilidade de sofrer um episódio depressivo major (Ialongo, McCreary, Pearson, Koenig, Schmidt, Poduska, Kellam, 2004).

Contraopondo, existem evidências de que os fatores sociodemográficos, distintamente no género, não teve impacto significativo nas faixas etárias, por outras palavras, o índice de prevalência de transtornos mentais era muito semelhante entre os grupos etários (Klose & Jacobi, 2004).

Todavia, as áreas geográficas onde têm lugar os estudos assim como as características da própria amostra podem servir como fatores mediadores, o que poderá ter acontecido no nosso estudo. Exemplo disso foi uma investigação com uma amostra de jovens (entre os 20 e 29 anos) incluindo trabalhadores industriais, desempregados e estudantes à procura do primeiro emprego. Os trabalhadores estavam expostos a fatores de risco de Saúde Mental, e foi neste grupo que existiam maiores desconfortos psicológicos, comparativamente até com situações de desemprego. O fato daquela localidade ter uma capacidade de funcionalidade boa e saudável, assim como da amostra ser jovem, residir com a sua família e ainda não ter responsabilidades acrescidas poderá funcionar como fator de proteção e não de risco para a Saúde Mental (Grassi & Falzoni, 1991).

5.3. Sexo

Relativamente ao género, no nosso estudo existem diferenças no Sexo na avaliação da Saúde Mental incluindo na depressão, todavia não estão presentes critérios que permitam afirmar a existência de um síndrome depressivo. Porém, pode considerar-se que existe um risco maior

por parte das mulheres, sendo nelas que os indicadores do desenvolvimento de uma possível depressão são superiores face aos homens. Sendo complementar a presença de menor Saúde Mental no sexo feminino, o que é consistente com diversos estudos no âmbito do instrumento MHI (Marques, Pais-Ribeiro, & Lopez, 2011).

Diversos estudos epidemiológicos sugerem que a presença de depressão tem aumentado dramaticamente ao longo das últimas décadas (Cross-National Collaborative Group, 1992; *cit. in* Kessler, 2003). Constituindo-se a depressão major como uma das principais causas de incapacidade entre as mulheres no mundo de hoje (Murray e Lopez, 1996; *cit. in* Kessler, 2003). Sendo que no nosso país as mulheres apresentam um risco superior face à possibilidade de desenvolverem uma perturbação depressiva, do que nos restantes países europeus (Almeida, 2009). No entanto, não podemos desvalorizar o estudo do NIMH (National Institute Mental Health) onde essa ideia foi refutada, pois não foram encontradas diferenças de género no curso da depressão (Simpson *et. al*, 1997; *cit. in* Kessler, 2003).

Ser mulher, por si só, constitui um fator de vulnerabilidade para o quadro depressivo. O sexo feminino está duas vezes mais propenso do que o masculino a sofrer de perturbações de humor ou ansiedade (Baumeister & Härter, 2007; Jalongo, McCreary, Pearson, Koenig, Schmidt, Poduska, Kellam, 2004; Judd, Jackson, Komiti, Murray, Hodgins, & Fraser, 2002; Marneros, 2006; Klose & Jacobi, 2004; Vega, Kolody, Aguilar-Gaxiola, Alderete, Catalano, & Caraveo-Anduaga, 1998).

Ao interrogamo-nos sobre essa predisposição feminina para um quadro depressão, conseguiu-se compreender que esta advém de acontecimentos de stress intimamente associados à depressão e mais comuns no sexo feminino. Os fatores psicológicos e sociais também pesam significativamente na diferença entre os sexos nos transtornos depressivos e de ansiedade. É possível que haja mais stressores tanto reais como percebidos entre as mulheres. O papel tradicional por elas desempenhado na sociedade expõe o sexo feminino a um stress maior o que diminui as suas capacidades para alterar o ambiente gerador de stress (Mirowsky & Ross, 1989; *cit. in* Kessler, 2003; OMS, 2001; Patel, 2001).

As teorias têm variado entre as perspetivas biológicas com foco hormonal e fatores fisiológicos associados à reprodução, aos efeitos da opressão e falta de oportunidades em todas as esferas da vida pelo sexo feminino. Distinguindo-se o fato de as mulheres serem mais propensas a situações de violência doméstica e sexual. Mesmo que em desuso, às mulheres poderá ser negado ainda oportunidades educacionais e ocupacionais, tal como o acesso aos cuidados de saúde adequados Acrescentando-se dificuldades no âmbito da sua posição social, as aspirações, os papéis reprodutivos (infertilidade e incapacidade de reproduzir uma criança do sexo masculino). Estão bem documentadas as mudanças abruptas de ânimo relacionadas com alterações hormonais como parte do ciclo menstrual e após o parto. De fato, a

ocorrência de depressão dentro dos meses pós-parto pode marcar o início de um transtorno depressivo recorrente (OMS, 2001; Patel, 2001).

Tal como afirmou Patel (2001) poderemos concluir que a cultura desempenha um papel profundo na determinação da vulnerabilidade representada por sexo feminino. Ao longo da evolução da civilização os papéis desempenhados pela mulher têm assumido diversas proporções, tendo o sexo feminino maior participação na vida familiar e laboral. Portanto as mudanças de papéis alegadamente estão relacionadas com as alterações no significado psicológico dos fatores referidos (Klose & Jacobi, 2004).

Já Kessler (2003) acrescenta que essa diferença de género poderá ser menor tendo em conta os diversos estudos epidemiológicos a este respeito, pois as mulheres poderão estar mais predispostas a admitir ao entrevistador ou investigador o seu estado deprimido do que os homens, sendo estes últimos mais propensos a manifestar irritação do que anedonia. Com esta informação é necessário ter em conta este fator de enviesamento de dados.

5.4. Estado Civil

Tem sido conhecido por mais de duas décadas que as mulheres apresentam níveis mais elevados de depressão humor que os homens em pesquisas na comunidade, será no entanto pertinente acrescentar que esta diferença de género é mais acentuada para as pessoas casadas. Esta especificação é a principal base empírica para o papel sexual na teoria da depressão feminina. A reivindicação básica desta teoria é que as mulheres são mais deprimidas do que os homens por causa dos níveis mais elevados de stress e menores níveis de satisfação nos diversos papéis desempenhados (Kessler, 2003).

No campo dos relacionamentos afetivos, a variável Estado Civil, na nossa investigação tanto as pessoas com um relacionamento como aquelas que estavam sozinha apresentavam menor Saúde Mental, contudo o primeiro grupo alegadamente tem uma tendência menor para esse padrão. Tendo em conta que essa diferença não era justificativa de um diagnóstico de uma perturbação mental, nomeadamente a depressão, pois na avaliação desse transtorno estar ou não num relacionamento não revelou diferenças.

Contrariamente ao estudo anterior, nas investigações que se seguem concluiu-se que o fato de não ser casado (Judd *et. al*, 2002), divorciado ou separado (Weissman, 1987), ou não morar com o parceiro (Marneros, 2006) tem influência na taxa de depressão, tendo estes indivíduos a especificidade de constituírem um grupo de vulnerabilidade para a depressão.

Para além disso e como informação complementar, os diagnósticos de depressão são idênticos no género quando percecionam o seu casamento como infeliz (Weissman, 1987). Dados de

apoio de estudos confirmam a igualdade de género nos benefícios emocionais de ser casado (Kessler e McRae, 1984; Horwitz et al, 1996.; Waite e Gallagher, 2000; *cit. in* Klose & Jacobi, 2004). Este resultado está em contraste com a teoria do papel sexual da doença mental desenvolvida (Gove, 1972; Gove e Tudor, 1973; *cit. in* Klose & Jacobi, 2004). Esta teoria ainda desempenha um papel importante na pesquisa sobre género e Saúde Mental, sustenta que casamento é vantajoso para a Saúde Mental dos homens todavia desvantajoso para as mulheres (Klose & Jacobi, 2004).

5.5. Habilitações

Quanto à variável Habilitações, na investigação presente a amostra apresentam um panorama de Saúde Mental semelhante segundo ter o ensino obrigatório ou superior.

Distintamente os estudantes universitários, período crucial da vida, num estudo constituído por uma amostra de 2785 alunos apresentaram indicadores de depressão e ansiedade, a proporção dos que não receberam quaisquer serviços variou de 37% para 84%, dependendo da doença. Poderá concluir-se que mesmo num ambiente com acesso livre à psicoterapia de curto prazo e a serviços básicos de saúde, a maioria dos alunos com aparentes transtornos mentais não recebem tratamento (Eisenberg, Golberstein, & Gollust, 2007).

As capacidades de alfabetização podem funcionar como um indicador de saúde, ou seja, o fato de existirem limitações de escolaridade poderá representar uma vulnerabilidade. Segundo este estudo tanto as pessoas com escolaridade limitada como os indivíduos com depressão apresentam baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, baixa autoeficácia, um locus externo de controlo, e experienciam sentimentos de culpa ou vergonha sobre as suas limitações. Contudo, o aumento das competências de alfabetização desses sujeitos deprimidos permitiu uma diminuição do índice das perturbações depressivas. Acrescentando-se que mesmo as pessoas que mantiveram o seu nível de escolaridade no entanto interessaram-se pela sua doença e temáticas envolventes da depressão também obteve-se o mesmo efeito que anteriormente relatado (Weiss, Francis, Senf, Heist, & Hargraves, 2006).

Num estudo semelhante e com o mesmo panorama tendo em conta a particularidade da amostra ser idosa, encontrou-se explicação para os resultados estando relacionado com o fato dos indivíduos com insuficiente educação em saúde relatarem duas vezes mais os sintomas depressivos, devido ao seu pior estado de saúde (Gazamararian, Baker, Parker, & Blazer, 2000).

5.6. Estado Profissional

Relativamente ao Estado Profissional, as consequências de estar desempregado poderão ser consideradas um indicador de risco de uma menor Saúde Mental. Enquanto uns estudos consideram que a situação de desemprego pode causar problemáticas de Saúde Mental, outros têm relatado os efeitos benéficos de compensação do desemprego.

Algumas investigações nesta área complementam os resultados encontrados referindo que comparativamente com os desempregados são os sujeitos empregados que apresentam uma melhor Saúde Mental. Indo ao encontro do que alguns autores defendem, nomeadamente Couto e Guerra (2004), onde as pessoas empregadas são em média mais saudáveis, psicológica e fisicamente. Existindo até evidência da diminuição da Saúde Mental e do bem-estar geral como consequência do desemprego, pois o facto de estar desempregado pode constituir uma fonte de *stress* (Judd, Jackson, Komiti, Murray, Hodgins, & Fraser, 2002), e constituir-se como comorbilidade de perturbações de humor e ansiedade (Marneros, 2006). Acrescentando-se o fato do emprego proporcionar benefícios não financeiros: um posto de trabalho, um contexto social, maior autoestima, atividade física e mental, colocando em práticas as suas capacidades (Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortès, 2004).

Noutro estudo com uma amostra de 300 sujeitos do sexo masculino, avaliou-se as consequências do desemprego nas pessoas, comparando-se esses participantes com aqueles que permaneciam empregados. Concluiu-se então que o desemprego teve um forte impacto negativo sobre a função psicológica, sendo estes sujeitos mais ansiosos, deprimidos e preocupados com sintomas corporais. Não ter trabalho pode limitar sentimentos de realização e satisfação, contudo aumenta a culpa por não conseguir corresponder às responsabilidades familiares. Estes resultados poderão ser atenuados se a pessoa não tiver um bom suporte social e familiar. Para além disso, a autoavaliação física e psicológica dos sujeitos desempregados foi altamente correlacionada a percepção do seu estado funcional em geral, o que aumenta consequentemente a procura de auxílio junto de cuidados médicos (Linn, Sandifer, & Stein, 1985).

Numa investigação transversal onde foi realizado um levantamento de diversos estudos sobre esta temática, concluíram que os desempregados apresentam um sofrimento psíquico superior aos sujeitos empregados, predominando sintomas mistos de angústia, depressão, ansiedade, sintomas psicossomáticos, bem-estar subjetivo e autoestima. De acordo com o modelo de privação de Jahoda (1981, 1982; *cit. in* Paul & Moser, 2009) destaca a angústia entre as pessoas desempregadas como uma consequência da falta de cinco funções latentes do emprego (estrutura temporal, contato social, propósito coletivo, atividade), o que corresponde a importantes necessidades psicológicas. O emprego só pode fornecer estas funções latentes numa quantidade suficiente nas sociedades modernas, enquanto o

desemprego leva a um estado de privação, resultando em perigo. Não podendo esquecer que essa angústia também resulta do estado de privação financeira (Paul & Moser, 2009).

Discordando, a privação financeira poderá ser substituída pelas indenizações e subsídios ganhos que advêm da condição laboral em que a pessoa se encontra, o desemprego, constituindo então uma vantagem estar nessa situação. Essa compensação financeira poderá instituindo um efeito apaziguador na Saúde Mental. Contudo, esse efeito foi maior em sujeitos do sexo masculino solteiros e casados (Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortès, 2004).

No entanto, numa população específica mantinham-se os efeitos descritos até à data, os jovens, no início da idade adulta, aquando eram surpreendidos por situações de desemprego isso refletia-se no dobro de risco de sintomas depressivos em comparação com aqueles que continuavam empregados (Dooley, Catalano, & Wilson, 1994; *cit. in* Dooley, 2003). Relativamente à depressão, como consequência psicológica associada ao desemprego, nos poucos estudos a este nível, Dooley (2003) defende que o emprego quando é economicamente inadequado estão associados tantos efeitos adversos de Saúde Mental similares aos de perda de emprego.

É necessário salvaguardar, no âmbito das pessoas que estão empregadas que determinadas categorias profissionais poderão ter associadas quadros psicopatológicos (Jacques, 2003).

5.7. Acompanhamento Psicológico

Em relação ao último resultado, centrado na variável que media a existência ou não de Acompanhamento Psicológico, podemos afirmar que a nossa amostra apresentou um padrão de menor Saúde Mental tanto quem está como quem não está em acompanhamento psicoterapêutico. Inclusive e curiosamente as pessoas que afirmaram encontrarem-se em processo de acompanhamento apresentam um índice de depressão ligeira.

Os transtornos depressivos e de ansiedade apresentam uma prevalência elevada e representam uma grande proporção de visitas aos serviços de saúde primários (Harpham, 1994). No entanto apenas uma percentagem de pessoas com perturbações mentais procuram cuidados de saúde primários, menos ainda cuidados secundários ou terciários. Sendo ainda relevante acrescentar que muitas dessas pessoas que procuram cuidados médicos vão devido a problemas físicos (Blue & Harpham, 1996).

Podemos então concordar que o diagnóstico de transtornos mentais comuns é complexo e que são relativamente instáveis, devido às variáveis sociodemográficas e características pessoais e específicas de cada paciente. Assim sendo torna-se de todo pertinente e necessário a aposta

em investigação em Saúde Mental para tomar conta de comorbidade, destacar a complexidade e interconexão desses transtornos (Beard, Heathcote, Brooks, Earnest, & Kelly, 2007). Resumidamente, diversos autores definiram alguns fatores de risco claros para depressão: ser do sexo feminino, jovem, nascida depois da Segunda Guerra Mundial, divorciado, separado ou ter discórdia conjugal (Weissman, 1987), dificuldades, acontecimentos de vida negativos, falta de apoio social, educação inadequada, ambiente físico perigoso, altos níveis de insegurança (Harphama, Grantb, & Rodriguezc, 2004). Contudo será de extrema importância ter em conta os fatores protetores, nomeadamente a resiliência, na Saúde Mental, por essa razão não devemos considerar os atributos neutros ou de risco em absolutos, contudo em termos relativos, considerando-se os seus efeitos como um fenótipo funcionando num contexto ambiental específico (Davydov, Stewart, Ritchie, & Chaudieu, 2010).

Continuar a atividade de saúde tendo em conta os fatores de riscos e de vulnerabilidade, trabalhando em prole das problemáticas mentais é, e será previsível nos próximos anos a identificação, tratamento e reabilitação de um segmento da população rotulada como doentes mentais. Até à data o conceito de Saúde Mental tem evoluído assim como as técnicas e os cuidados, será esperado que continue a evolução para que se desapareçam rótulos e estigmas. A tarefa mais reconhecida atualmente na Saúde Mental é a promoção do bem-estar individual, modificando comunidades e unidades maiores da sociedade. Esta aspiração reconhece a possibilidade de contribuir para a autorrealização de uma pessoa, que poderá ser limitada pela cultura e ambiente, que por vezes se tornam destrutivos (Carter, Hildreth, Knutson, Sanford, Shaffer, Smith, & Thompson, 1956).

5.8. Críticas ao Estudo e Limitações

Primeiramente, julgamos ter sido uma boa aposta a escolha do tema, tendo em conta que existe uma vasta literatura sobre a psicopatologia também é interessante estudar normalidade e população normativa, para uma definição, tão incongruente, da normalidade respeitando as características dos locais onde serão feitos os estudos. Pois estes dados poderão fornecer-nos linhas orientadoras de prevenção e intervenção na Saúde Mental, o que tendo em conta a panorâmica mundial será de todo pertinente.

Tendo em conta o referido, existirem poucos estudos da normalidade e da Saúde Mental, o estado de arte poderá até constituir uma limitação, pois poderá ser considerado como pouco aprofundado, estando associado a dificuldade em encontrar literatura adequada.

A investigação levada a cabo teve um cuidado acrescido na escolha dos instrumentos a administrar, distintamente optou-se pelo IACLIDE por constituir um instrumento desenvolvido

para Portugal tendo então em conta as características da população portuguesa, em vez, por exemplo do BDI. Assim como pela prevalência significativa de depressão na população seria interessante medir a existência desse quadro na nossa amostra, destacando-se o fato do inventário MHI ter poucos itens que mediam esta componente. Quanto à opção pelo MHI, decidiu-se escolhê-lo por constituir um instrumento adequado tanto para a população normativa como com a presença de psicopatologia, sendo um instrumento de rastreio da Saúde Mental, abrangendo a componente negativa e a positiva, medindo a existência ou não de perturbação mental (Pais-Ribeiro, 2001).

Como limitação generalizável à maioria dos estudos, mesmo considerando-se a amostra deste estudo um número considerável e significativo, esta poderá não ser representativa da população de Elvas, caracteriza apenas uma ínfima parte de toda a população, o que poderá não ser generalizável nem representará com segurança todos os sujeitos.

Por último, não se teve em conta o estatuto socioeconómico, existem indícios de que a progressão das perturbações mentais e comportamentais é determinada pelo estatuto socioeconómico do indivíduo. Pode ser justificação a carência geral de serviços de saúde mental, combinada com as dificuldades, no acesso aos cuidados, enfrentadas por certos grupos socioeconómicos (WHO, 2002). Surgindo até esta limitação como uma sugestão para uma investigação futura.

5.9. Propostas futuras

Trazer continuidade a este trabalho e aumentar o conhecimento nesta área, estudando as características da personalidade, acontecimentos vitais e aspetos da própria saúde física que poderão influenciar a Saúde Mental da população normativa constituiria uma proposta interessante. Contudo, a aplicação de metodologias mais complexas, abrangentes, e desenvolvidas ao longo do tempo seria o mais adequado.

Relativamente às características de personalidade, na replicação deste estudo seria de extrema utilidade acrescentar outro instrumento que avaliasse a personalidade, pois para além dos fatores de vulnerabilidade já estudados, existem predisposições no âmbito de traços de personalidade que tornam uns indivíduos mais suscetíveis que outros no âmbito da avaliação da Saúde Mental (Hirschfeld *et. al*, 1983; *cit. in* Loas,1996). Assim como, incluir perguntas que avaliassem a presença de perturbações na família dos participantes, pois a existência de um maior risco de desenvolver uma perturbação aumenta, como tem sido mostrado (Weissman, 1987).

Tendo em conta uma das limitações, centradas na generalização da amostra, seria pertinente uma recolha de dados com uma amostra superior à apresentada.

Para além disso, seria de total pertinência e utilidade uma maior aposta nos locais do interior assim como o estudo a população normativa, visto que muitos dos estudos se centram em grandes cidades e também apenas na psicopatologia.

Capítulo VI. Conclusão

Conclui-se com o presente estudo que em Elvas, tendo em conta uma amostra normativa, a maioria das pessoas apresenta um bom índice de funcionalidade, estando presente indicadores de menor Saúde Mental e de um quadro depressivo contudo numa dimensão ínfima.

Para uma melhor caracterização, as pessoas com menor Saúde Mental são do sexo feminino, não estão num relacionamento (solteiros, separados ou viúvos), estão desempregados, e encontram-se em acompanhamento psicoterapêutico. Especificamente, os participantes que tendem para um quadro depressivo, porém sem preencherem os critérios de diagnóstico de depressão, são mulheres, têm mais de 65 anos e estão em acompanhamento psicológico.

Poderá acrescentar-se a título conclusivo que na nossa investigação o local de residência e o grau de escolaridade não apresentaram diferenças significativas, onde os padrões de Saúde Mental é idêntico nos diversos grupos que constituem as duas variáveis mencionadas.

Em suma, considera-se a pertinência desta investigação numa linha de prevenção e intervenção na Saúde mental para que se reduza a taxa de perturbações mentais.

Referências Bibliográficas

- Almeida, J. M. C. (2009). *Plano nacional de saúde mental 2007-2016*. Lisboa: Coordenação nacional para a saúde mental.
- Alves, F. (2011). *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*. Porto: Edições Afrontamento.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Artazcoz, A., Benach, J., Borrell, C., & Cortès, I. (2004). Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health, 94*, 82-88.
- Beard, J. R., Heathcote, K., Brooks, R., Earnest, A., & Kelly, B. (2007). Predictors of mental disorders and their outcome in a community based cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 42*, 623-630 [doi: 10.1007/s00127-007-0182-3].
- Bernardo, M. (2000). Edpidemiologia. In J. V. Ruiloba & Ferrer, C. G., *Transtornos afetivos. ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.
- Bijl, R.V., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 33*, 587-595.
- Blue, I., & Harpham, T. (1996). Urbanization and mental health in developing countries. *Curr Issues Public Health, 2*(4), 181-185.
- Bock, A. M., Furtado, O., & Teixeira, M. L. (2001). Saúde ou doença mental: a questão da normalidade (13ed.) (cap. 23). In A. M. Bock, O. Furtado, & M. L. Teixeira (Eds.), *Psicologias - uma introdução ao estudo da psicologia* (pp. 459 - 477). São Paulo: Editora Saraiva.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellstrom, T. (2010). *Epidemiologia básica*. São Paulo: Livraria Santos Editora Comércio e Importação.
- Cadilha, N. M. F. (2010). *Regulação da satisfação das necessidades de prazer e dor: relações com o bem-estar e distress psicológicos* (Dissertação de Mestrado em psicologia clínica não publicada). Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia.

- Camarneiro, A. P. (2004). As crenças na saúde e na doença. In J. L. Pais Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Atas do 5º congresso nacional de psicologia da saúde: a psicologia da saúde num mundo de mudança* (pp. 27-33). Lisboa: ISPA Edições.
- Carter, J. W., Hildreth, H. M., Knutson, A. L., Sanford, F. H., Shaffer, L. F., Smith, M. B., & Thompson, A. S. (1956). Mental health and the American Psychological Association: ad hoc planning group on the role of the APA in mental health - programs and research. *American Psychological Association*, 820-825.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336.
- Coelho, M. T., & Filho, N. A. (1999). Normal-patológico, saúde-doença. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, 9(1), 13-36.
- Cordeiro, J. D. (1987). *A saúde mental e a vida*. Lisboa: Edições Salamandra.
- Costa, E. S., & Leal, I. (2008). Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior - avaliar para intervir. In I. Leal, J. L. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Org.), *Atas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 213-216). Porto: Universidade do Porto.
- Couto, S. F., & Guerra, M. P. (2004). A saúde mental no desemprego e seus possíveis protetores. In J. L. Pais Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Atas do 5º Congresso nacional de psicologia da saúde: a psicologia da saúde num mundo de mudança* (pp. 685-690). Lisboa: ISPA Edições.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 479-495.
- Dooley, D. (2003). Unemployment, underemployment, and mental health: conceptualizing employment status as a continuum. *American Journal of Community Psychology*, 32(1/2), 9-20.
- Eisenberg, D., Golberstein, E., & Gollust, S. (2007). Help-seeking and access to mental health care in a university student population. *Medical Care*, 45(7), 594-601 [doi: 10.1097/MLR.0b013e31803bb4c1].
- García, A. J. (2004). Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos en México. *Ciencia & Trabajo*, 6(14), 189-196.

- Gazamararian, J., Baker, D., Parker, R., & Blazer, D. (2000). A multivariate analysis of factors associated with depression - evaluating the role of health literacy as a potential contributor. *Archives Internal Medicine*, *160*(27), 3307-3314.
- Goldney, R. D., Fisher, L. J., & Wilson, D. H. (2001). Mental health literacy: an impediment to the optimum treatment of major depression in the community. *Journal of Affective Disorders*, *64*, 277-284.
- Graaf, R., Have, M., Gool, C., & Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009 - results from the Netherlands mental health survey an incidence study-2. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, *47*, 203-213 [doi: 10.1007/s00127-010-0334-8].
- Grassi, A., & Falzoni, C. (1991). Mental health in young people - a descriptive study. *Soc Psychiatry- Psychiatr Epidemiol*, *26*, 183-186.
- Gusmão, R. M., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., & Caldas de Almeida, J. M. (2005). O peso das perturbações depressivas - aspetos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Ata Méd Port*, *18*, 129-146.
- Harpham, T. (1994). Urbanization in mental health in developing countries: A research role for social scientists, public health professionals and social psychiatrists. *Social Science & Medicine*, *39*(2), 233-245.
- Harphama, T., Grantb, E., & Rodriguezc, C. (2004). Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social Science & Medicine*, *58*, 2267-2277
- Hosain, G. M. M., Chatterjee, N., Ara, N., & Islam, T. (2007). Prevalence, pattern and determinants of mental disorders in rural Bangladesh. *Public Health*, *121*(1), 18-24 [doi: org/10.1016/j.puhe.2006.06.018].
- Houtman, I. L. D., & Kompler, M. A. J. (s.d). Trabajo e salud mental. In J. J. Hurrel, L. R. Murphy, S L. Sauter & L. Levi (Eds.), *Salud mental - el corpo humano* (pp. 2-5). Cidade: Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo.
- Ialongo, N., McCreary, B. K., Pearson, J. L., Koenig, A. L., Schmidt, N. B., Poduska, J., Kellam, S. G. (2004). Major depressive disorder in a population of urban, African-American young adults: prevalence, correlates, comorbidity and unmet mental health service need. *Journal of Affective Disorders*, *79*, 127-136.
- Insel, T. R., & Fenton, W. S. (2005). Psychiatric epidemiologyIt's not just about counting anymore. *Arch Gen Psychiatry*, *62*(6), 590-592 [doi: 10.1001/archpsyc.62.6.590].

- Islam, M., Ali, M., Ferroni, P., Underwood, P., Alam, F. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in an urban community in Bangladesh. *General Hospital Psychiatry*, 25, 353-357 [doi: 10.1016/S0163-8343(03)00067-7].
- Jacques, M. G. C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho. *Psicologia & Sociedade*; 15(1), 97-116.
- Jones, W. K. (s.d.). Womens's Mental Health. U. S. *Departament of Health and Human Services*, 1-22. tirar
- Judd, F., Jackson, H., Komiti, A., Murray, G., Hodgins, G., & Fraser, C. (2002). High prevalence disorders in urban and rural communities. *Journal of Psychiatry*, 36, 104-113.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.
- Klose, M., & Jacobi, F. (2004). Can gender differences in the prevalence of mental disorders be explained by sociodemographic factors?. *Archives of Womens's Mental Health*, 7, 133-138.
- Lima, A., & Moreira, P. (2005). Evolução histórica da psiquiatria e saúde mental. In P. Moreira & A. Melo (Orgs.), *Saúde mental - do tratamento à prevenção* (pp. 37-74). Porto: Porto Editora.
- Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Rev Bras Psiquiatr - Depressão*, 21, 1-5.
- Linn, M. W., Sandifer, R., & Stein, S. (1985). Effects of unemployment on mental and physical health. *American Journal of Public Health*, 75, 502-506.
- Loas, G. (1996). Vulnerability to depression: a model centered on anhedonia. *Journal of Affective Disorders*, 41, 39-53.
- Ma, X., Xiang, Y., Cai, Z., Li, S., Xiang, Y., Guo, H., Hou, Y., Li, Z., Li, Z., Tao, Y., Dang, W., Wu, X., Deng, J., Wang, C., Lai, K., & Ungvari, G. (2009). Prevalence and sociodemographic correlates of major depressive episode in rural and urban areas of Beijing, China. *Journal of Affective Disorders*, 115, 323-330 [doi: 10.1016/j.jad.2008.09.010].
- Marneros, A. (2006). Mood disorders: epidemiology and natural history. *Psychiatry*, 5(4), 119-122.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística - com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Marques, S. C., Pais-Ribeiro, J. L., & Lopez, S. J. (2011). Use of the “Mental Health Inventory - 5” with portuguese 10-15 years old. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 478-485 [doi: 10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.43].
- Meybodi, F. A., Saeedi, Z., Behjati, Z., Noorbala, F., Dastbaravardec, A., & Enjedany, E. (2011). Reliability and validity of a Farsi version on 18-item Mental Helath Inventory. *Procedia - Social and Nehavioral Sciences*, 30, 1425-1429.
- Moreira, P., & Melo, A. (2005). Faz sentido falar-se de prevenção em saúde mental? In P. Moreira & A. Melo (Orgs.), *Saúde mental - do tratamento à prevenção* (pp. 121-174). Porto: Porto Editora.
- Moreira, P., & Melo, A. (2005). Saúde mental: mil questões para um conceito. In P. Moreira & A. Melo (Orgs.), *Saúde mental - do tratamento à prevenção* (pp. 11-36). Porto: Porto Editora.
- National Institute of Mental Health (2009). Anxiety disorders. *Department of Health & Human Services National*, 09- 3879, 1-25.
- National Institute of Mental Health (2011). Depression. *Department of Health & Human Services National*, 11- 3561, 1-27.
- Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo - saúde mental: nova conceção, nova esperança*. Suíça: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra: Departamento de la salud mental y abuso de substancias.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 77-99.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde - Instrumentos publicados em Português*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2011). *Inventário de saúde mental*. Lisboa: Placebo Editora.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.

- Parikh, S. V., Wasylenki, D., Goering, P., & Wong, J. (1995). Mood disorders: rural / urban differences in prevalence, health care utilization, and disability in Ontario. *Journal of Affective Disorders*, 38(19), 57-65 [doi: org/10.1016/0165-0327(95)00096-8].
- Patel, V. (2001). Cultural factors and international epidemiology. *British Medical Bulletin*, 57, 33-45.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264-282.
- Peen, J., Dekker, J., Schoevers, R. A., Have, M., Graaf, R., & Beekman, A. T. (2007). Is the prevalence of psychiatric disorders associated with urbanization?. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42, 984-989 [doi: 10.1007/s00127-007-0256-2].
- Quartilho, M. J. (2010). *Saúde mental*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Queirós, M. M., Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., & Queirós, P. S. (2010). Ajuste Emocional e Saúde Mental no Jovem Adulto. *Atas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 1095-1107). Minho: Universidade do Minho.
- Roberto, A. R. (2009). *A saúde mental dos estudantes de medicina da universidade da beira interior* (Dissertação de Mestrado em medicina não publicada). Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Sá, L. (2010). Saúde mental versus doença mental. In J. A. Pinho, J. C. Carvalho & Santos, B. (Eds.), *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental - II Congresso internacional da SPESM* (pp. 15-18). Porto: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.
- Scharfetter, C. (2005). *Introdução à psicopatologia geral*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 201-209.
- Sparrenbergera, F., Santos, I., & Lima, R. C. (2003). Epidemiologia do distress psicológico: estudo transversal de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 434-439.
- Taylor, C. M. (2002). Introdução à enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. In P. G. O'Brien, W. Z. Kennedy, & K. A. Ballard, *Enfermagem em saúde mental - uma integração de teoria e prática* (pp. 3-24). Lisboa: McGraw-Hill.
- Teng, C. T., Humes, E. C., & Demetrio, F. N. (2005). Depressão e comorbidades clínicas. *Rev. Psiq. Clín.* 32(3), 149-159.

- Van, J., Hanssen, M., Bijl, R., & Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms - an urban-rural comparison. *Arch Gen Psychiatry*, *58*, 663-668.
- Vaz Serra, A. (1995). IACLIDE (Inventário de Avaliação Clínica da Depressão). In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Provas psicológicas em Portugal*. Braga: Apport.
- Veit, C. T., Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(5), 730-742 [doi: 10.1037/0022-006X.51.5.730].
- Vega, W., Kolody, B., Aguilar-Gaxiola, S., Alderete, E., Catalano, R., & Caraveo-Anduaga, J. (1998). Lifetime prevalence of *DSM-III-R* psychiatric disorders among urban and rural mexican americans in California. *Arch Gen Psychiatry*, *55*, 771-778.
- Weiss, B. D., Francis, L., Senf, J. H., Heist, K., & Hargraves, R. (2006). Literacy education as treatment for depression in patients with limited literacy and depression - a randomized controlled trial. *Journal of General Internal Medicine*, *21*, 823-828 [DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00531.x].
- Weissman, M. M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, *77*(4), 445-451.
- World Health Organization (2002). Relatório mundial da saúde - saúde mental: nova conceção, nova esperança. Ministério da Saúde.

Anexos

Anexo I: Questionário



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

**R. Marquês d' Ávila e Bolama
6200 Covilhã - Portugal**

Luis Alberto Coelho Rebelo Maia, Mestre em Neurociências, Doutor em Psicologia
Tel: +351-275 319 662 Fax: +351-275 319 601 Email: lmaia@ubi.pt

Pedido de colaboração

De: Professor Doutor Luis Alberto Coelho Rebelo Maia

Professor Auxiliar do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior.

E: Dr.ª Líliliana Pilha

O presente questionário insere-se num estudo no âmbito de trabalhos de investigação de Mestrado em curso, junto à população normativa do concelho de Elvas.

Pretende-se assim analisar aspetos acerca da vida global dos cidadãos normais. Especificamente, estes pequeníssimos questionários avaliam aspetos sociodemográficos (idade, sexo, habilitação literária, etc.), saúde mental e presença ou não de sintomatologia depressiva.

Garante-se o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos, uma vez que, em nenhuma parte dos questionários é pedida que seja indicada qualquer identificação, que não seja, como referido, idade, escolaridade, etc. (tornando-se assim, até para os investigadores que contactam com as pessoas, impossível saber quem respondeu a que questionário).

Não existindo respostas corretas nem erradas, escolha, por favor, a opção que melhor se identifique com a sua situação ATUAL (centre-se, por favor, na forma como se tem sentido no último mês até à data em que preenche os questionários).

Se estiver interessado nos resultados desta investigação poderá contactar-nos, através do telemóvel 963074925 (Dr.ª Líliliana Pilha), ou para a Universidade da Beira Interior (275319700) e pedir para falar com Prof. Luis Maia

Agradecidos pela sua colaboração! Dr.ª Líliliana Pilha e Professor Doutor Luis Maia

Covilhã e UBI, 04 de novembro de 2011

Questionário Sociodemográfico

Local de residência: _____

Idade: _____ anos

Sexo: F

M

Estado civil: Solteiro

Divorciado/ Separado

Casado

Viúvo

Se tem filhos, quantos filhos tem? ____ filhos

Habilitações: Não sabe ler nem escrever

10° ao 12° ano

1° ao 4° ano

Licenciatura

5° ao 6° ano

Mestrado/ Pós-Graduação

7° ao 9° ano

Doutoramento

Profissão: _____

Estado profissional: Empregado

Desempregado

Faça, por favor, uma breve descrição dos períodos que esteve a trabalhar: _____

Acompanhamento psicológico: Sim

Não

Se tem acompanhamento, é importante clarificar que tipo de acompanhamento: _____

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL

ABAIXO VAI ENCONTRAR UM CONJUNTO DE QUESTÕES ACERCA DO MODO COMO SE SENTE NO DIA A DIA. RESPONDA A CADA UMA DELAS ASSINALANDO NUM DOS RECTÂNGULOS POR BAIXO A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLICA A SI.

1- QUANTO FELIZ E SATISFEITO VOCÊ TEM ESTADO COM A SUA VIDA PESSOAL?

Extremamente feliz, não pode haver pessoa mais feliz ou satisfeita	Muito feliz e satisfeito a maior parte do tempo	Geralmente satisfeito e feliz	Por vezes ligeiramente satisfeito, por vezes ligeiramente infeliz	Geralmente insatisfeito, infeliz	Muito insatisfeito, e infeliz a maior parte do tempo
--	---	-------------------------------	---	----------------------------------	--

2- DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ NO PASSADO MÊS?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

3- COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS, NO ÚLTIMO MÊS?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

4- DURANTE O MÊS PASSADO COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

5- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA A DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

6- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

7- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

8- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, TEVE ALGUMA VEZ RAZÃO PARA SE QUESTIONAR SE ESTARIA A PERDER A CABEÇA, OU A PERDER O CONTROLO SOBRE OS SEUS ACTOS, AS SUAS PALAVRAS, OS SEUS, PENSAMENTOS, SENTIMENTOS OU MEMÓRIA?

Não, nunca	Talvez um pouco	Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso	Sim, e fiquei um bocado preocupado	Sim, e isso preocupa-me	Sim, e estou muito preocupado com isso
------------	-----------------	--	------------------------------------	-------------------------	--

9- SENTIU-SE DEPRIMIDO DURANTE O ÚLTIMO MÊS?

Sim, até ao ponto de não me interessar por nada durante dias	Sim, muito deprimido quase todos os dias	Sim, deprimido muitas vezes	Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido	Não, nunca me sinto deprimido
--	--	-----------------------------	--	-------------------------------

10- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO E QUERIDO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte das vezes	Algumas vezes	Muito poucas vezes	Nunca
--------	--------------	-------------------------	---------------	--------------------	-------

11- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

12- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

13- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TENSO E IRRITADO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

14- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTO, EMOÇÕES E SENTIMENTOS?

Sim, completamente	Sim, geralmente	Sim, penso que sim	Não muito bem	Não e ando um pouco perturbado por isso	Não, e ando muito perturbado por isso
--------------------	-----------------	--------------------	---------------	---	---------------------------------------

15 DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

16- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

17- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

18- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

19- DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

20- COM QUE FREQUÊNCIA, NO MÊS PASSADO SE SENTIU COMO SE FOSSE CHORAR?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

21- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ SENTIU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

22- QUANTO TEMPO, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

23 NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTAL OU COMPLETAMENTE SATISFATÓRIAS?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

24- COM QUE FREQUÊNCIA, DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

25- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, QUÃO INCOMODADO É QUE VOCÊ SE SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

Extremamente, ao ponto de não poder fazer as coisas que devia	Muito incomodado	Um pouco incomodado pelos meus nervos	Algo incomodado, o suficiente para que desse por isso	Apenas de forma muito ligeira	Nada incomodado
---	------------------	---------------------------------------	---	-------------------------------	-----------------

26- NO MÊS QUE PASSOU, DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

27- DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

Sempre	Com muita frequência	frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

28- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

Sim, muitas vezes	Sim, algumas vezes	Sim, umas poucas de vezes	Sim, uma vez	Não, nunca
-------------------	--------------------	---------------------------	--------------	------------

29- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU, CANSADO INQUIETO E IMPACIENTE?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

30- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

31- DURANTE QUANTO TEMPO, NO ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO E BEM DISPOSTO?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

32 -DURANTE O ÚLTIMO MÊS, COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO OU PERTURBADO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

33- DURANTE O ÚLTIMO MÊS SENTIU-SE ANSIOSO OU PREOCUPADO?

Sim, extremamente, ao pouco de ficar doente ou quase	Sim, muito	Sim, um pouco	Sim, o suficiente para me incomodar	Sim, de forma muito ligeira	Não. De maneira nenhuma
--	------------	---------------	-------------------------------------	-----------------------------	-------------------------

34- NO O ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

Sempre	Quase sempre	A maior parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	-------

35- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, SE SENTIU COM DIFICULDADE EM SE MANTER CALMO?

Sempre	Com muita frequência	Frequentemente	Com pouca frequência	Quase nunca	Nunca
--------	----------------------	----------------	----------------------	-------------	-------

36- NO ÚLTIMO MÊS, DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

Sempre	Quase sempre	Uma boa parte do tempo	Durante algum tempo	Quase nunca	Nunca acordo com a sensação de descansado
--------	--------------	------------------------	---------------------	-------------	---

37- COM QUE FREQUÊNCIA DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO?

Sempre, todos os dias	Quase todos os dias	Frequentemente	Algumas vezes, mas normalmente não	Quase nunca	Nunca
-----------------------	---------------------	----------------	------------------------------------	-------------	-------

38- DURANTE O ÚLTIMO MÊS, ESTEVE, OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

Sim, quase a ultrapassar os meus limites	Sim, muita pressão	Sim, alguma, mais do que o costume	Sim, alguma, como de costume	Sim, um pouco	Não, nenhuma
--	--------------------	------------------------------------	------------------------------	---------------	--------------

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

- 4.- Presentemente, no contacto com os outros (familiares, amigos ou conhecidos) sou capaz de falar sobre os temas habituais das conversas comuns
- No momento actual tenho tendência, no contacto com os outros, a falar mais do que o habitual daquilo que sinto ou me preocupa, embora consiga conversar também sobre outros assuntos
 - Reconheço que agora passo bastante tempo a falar aos outros daquilo que me anda a preocupar e estou a sentir, embora possa também abordar outros assuntos
 - No momento presente, no contacto com os outros, falo muitíssimo mais do que o costume daquilo que me preocupa e ando a sentir, evitando abordar assuntos diferentes
 - Actualmente, no contacto com os outros, só sei falar daquilo que me preocupa e tenho sentido, mostrando-me incapaz de conversar de quaisquer outros assuntos.
5. - A minha consciência não me acusa de nada em particular que tenha feito
- Ando-me a sentir um fardo para a minha família, amigos e colegas
 - Sinto actualmente que há faltas no meu passado que não devia ter cometido
 - Penso, muitas vezes, que cometi certas faltas graves no meu passado
 - Passo o tempo a pensar que o estado em que me sinto é consequência das faltas graves que cometi na minha vida.
6. - A minha capacidade de fixação é a mesma que sempre tive
- Às vezes custa-me fixar aquilo que preciso
 - Sinto, bastantes vezes, que ando a fixar pior aquilo que preciso
 - Sinto, muitíssimas vezes, que me esquecem facilmente as coisas
 - Sinto-me incapaz de fixar seja o que for.
7. - Não me sinto mais infeliz do que o costume
- Tenho períodos em que me sinto mais infeliz do que habitualmente
 - Ando-me a sentir bastante mais infeliz do que o costume, embora tenha ocasiões em que me sinta tão feliz como dantes
 - Só em raros momentos é que me consigo sentir feliz
 - Actualmente não tenho um único momento em que me sinta feliz.
8. - No momento presente não tenho qualquer dificuldade em começar a dormir
- Quando me deito passo cerca de meia hora sem conseguir adormecer
 - Actualmente, quando me deito, demoro cerca de 1 - 2 horas antes de conseguir adormecer
 - Quando me deito, nalgumas noites não consigo dormir nada
 - Se não tomar nada para adormecer as minhas noites são de insónia completa.
-

-
9. - O valor que dou às coisas que faço e a mim próprio não é maior nem é menor do que o costume
- Actualmente penso por vezes que, como pessoa, tenho pouco mérito naquilo que faço
 - Últimamente apanho-me a pensar, bastantes vezes, que não valho nada
 - Penso, com muita frequência, que não tenho qualquer valor como pessoa
 - No momento actual sinto constantemente que não valho nada como pessoa.
10. - A minha confiança em relação ao futuro é a mesma de sempre
- Ao contrário de antigamente sinto-me por vezes inseguro em relação ao futuro
 - No momento actual sinto, bastantes vezes, falta de confiança no futuro
 - Sinto agora, muitíssimas vezes, falta de confiança no futuro
 - Presentemente perdi por completo a esperança que tinha no futuro.
11. - Depois de conseguir adormecer não tenho tendência a acordar durante a noite
- Actualmente acordo 1 hora antes do habitual e depois não consigo voltar a dormir
 - Presentemente ando a acordar ao fim de 4 - 5 horas de sono e depois não consigo voltar a dormir
 - Após ter adormecido, acordo ao fim de 1 ou 2 horas e não sou capaz de voltar a dormir
 - Se não tomar nada para dormir, a minha noite é de completa insónia.
12. - Considerando a minha vida passada não sinto que tenha sido um fracassado
- No momento presente, observando o meu passado, acho que tive alguns fracassos
 - Penso que no meu passado existiu um número bastante grande de fracassos
 - Actualmente considero que tive, no meu passado, um número muitíssimo grande de fracassos
 - Quando observo a minha vida passada considero-a como um acumular constante de fracassos.
13. - Quando acordo de manhã sinto-me renovado para enfrentar o meu dia
- Apesar de ir fazendo o que necessito de fazer, quando acordo de manhã tenho a sensação de estar sem energia para o que preciso de efectuar
 - Logo que acordo de manhã e posteriormente ao longo do dia sinto-me bastante fatigado e é com dificuldade que vou realizando o que preciso de fazer
 - Desde que acordo de manhã e depois durante o dia sinto-me tão fatigado que já não consigo fazer tudo o que tenho a fazer
 - Quando acordo de manhã o meu cansaço é tão grande que me sinto incapaz de fazer seja o que For
-

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

14. - O meu convívio com as outras pessoas é o mesmo de sempre
- O meu estado de espírito actual leva-me, por vezes, e mais do que o costume, a evitar conviver com as outras pessoas
 - No momento presente fujo bastante do convívio com as outras pessoas
 - Devido à maneira como me ando a sentir raramente me sinto capaz de conviver com as outras pessoas
 - Presentemente não me sinto capaz de conviver seja com quem for.
15. - No momento presente não noto quaisquer dificuldades na minha capacidade de concentração
- Sinto por vezes dificuldade em me concentrar no que estou a fazer
 - Sinto com frequência dificuldade em me concentrar naquilo que executo
 - Sinto muitíssimas vezes dificuldade em me concentrar naquilo que faço
 - Sinto-me actualmente incapaz de me concentrar seja no que for.
16. - Não penso que os meus problemas sejam mais graves do que o habitual
- Ando com medo de não ser capaz de resolver alguns dos problemas que tenho
 - Penso com frequência que não é fácil encontrar solução para alguns dos meus problemas
 - Passo o tempo preocupado com os meus problemas, pois sinto que são de solução muitíssimo difícil
 - Considero que os meus problemas não têm qualquer solução possível.
17. - Quando é necessário sou capaz de tomar decisões tão bem como dantes
- Agora sinto-me mais hesitante do que o costume para tomar qualquer decisão
 - No momento actual demoro bastante mais tempo do que dantes para tomarr qualquer decisão
 - Presentemente custa-me tanto tomar decisões que passo o tempo a adiá-las
 - Actualmente sinto-me incapaz de tomar qualquer decisão sem a ajuda das outras pessoas.
18. - A satisfação que sinto com a vida é a mesma de sempre
- Actualmente sinto-me mais aborrecido do que o costume com a vida que tenho
 - Sinto, com frequência, que a minha vida não me dá o prazer de antigamente
 - Sinto, com muitíssima frequência, que a minha vida não me traz qualquer satisfação
 - Perdi por completo a alegria de viver.
19. - No momento presente acho que a vida vale a pena ser vivida e não sinto qualquer desejo de fazer mal a mim mesmo
- Actualmente sinto que a vida não vale a pena ser vivida
 - No momento presente não me importaria de morrer
 - Tenho com muita frequência desejos de que a morte venha
 - Ultimamente tenho feito planos para pôr termo à vida.

INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO CLÍNICA DA DEPRESSÃO

20. - Ao executar as minhas tarefas diárias usuais não sinto maior fadiga do que o costume
- No cumprimento das minhas tarefas ando a sentir-me mais fatigado do que o habitual sem razão para isso
- Naquilo que tenho de fazer ao longo do dia, embora sem motivo para isso, sinto-me bastante mais fatigado do que o costume
- Sinto-me, sem motivo justificativo, muitíssimo fatigado naquilo que tenho de fazer, deixando de executar algumas das minhas tarefas usuais
- Sinto-me exausto, ao menor esforço, deixando de cumprir a maior parte das tarefas que antigamente realizava
21. - Quando me comparo com os outros sei que sou capaz de me sair tão bem como eles a fazer o que é preciso
- Actualmente, ao comparar-me com os outros, acho por vezes que não me desempenho tão bem como eles nas tarefas que precisam de ser feitas
- Presentemente considero que as outras pessoas fazem as coisas bastante melhor do que eu
- Acho que me saio muitíssimo pior do que os outros a fazer o que é necessário ser feito
- Considero que os outros são sempre capazes de fazer melhor do que eu as coisas que precisam de ser feitas
22. - Quando executo qualquer tarefa faço-a com a rapidez do costume
- No momento presente sinto-me mais lento a fazer o que tenho para fazer
- Actualmente demoro bastante mais tempo do que o habitual a fazer o que tenho para fazer
- Sinto-me muitíssimo mais lento a fazer tudo quanto tenho para fazer
- Presentemente demoro uma enormidade de tempo a fazer seja o que for.
23. - A capacidade de me manter activo é a mesma do costume
- Não me sinto capaz de me manter tão activo como o habitual
- Actualmente dá-me para passar largos momentos sem fazer absolutamente nada
- No momento actual raramente faço o que preciso de fazer
- Só me dá vontade de estar todo o tempo deitado na cama, sem fazer nada.

□

Após preencher este inventário veja se respondeu a todas as questões. Não deixe nenhuma por responder!

Muito obrigado!