UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências Sociais e Humanas

Saúde Mental e Género:
As diferenças de género em torno da depressão

Soraia Isabel Lucas Jorge

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professora Doutora Amélia Augusto

Covilhã, Outubro de 2018

Agradecimentos

Quero começar por manifestar o meu profundo agradecimento a todos os entrevistados pela disponibilidade que revelaram e pelo seu contributo, essencial para a realização desta investigação.

À minha orientadora, Professora Doutora Amélia Augusto, por todo o apoio, incentivo e disponibilidade demostrada ao longo de todas as etapas.

Aos meus amigos pela força e motivação, por toda a ajuda e apoio, e por permanecerem sempre do meu lado ao longo deste percurso.

Por fim, quero agradecer aos meus pais e ao meu irmão, sem os quais nada disto seria possível, e aos quais sou eternamente grata. Obrigado por estarem sempre presentes, pelo carinho, motivação e por todo o apoio que sempre demostraram.

Resumo

A presente investigação faz uma articulação entre saúde mental e género, discutindo particularmente as diferenças de género no que diz respeito à depressão. Este estudo analisa o modo como a construção social do sofrimento psíquico e as representações sociais da masculinidade e da feminilidade têm impacto nas significações, experiência, identidade e em todo percurso de doença; bem como contribuem para a maior representatividade de mulheres com depressão, devido a um conjunto de fatores amplamente discutidos.

A fundamentação para a pertinência deste tema deve-se ao facto de a depressão ser atualmente a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, existindo quem a considere como a "epidemia psíquica das sociedades democráticas". Porém, esta tem sido frequentemente associada a uma doença no feminino, indicando os dados a nível mundial uma prevalência no surgimento e diagnóstico de depressão entre as mulheres, assinalando uma diferença de género bastante acentuada. Sendo já reconhecida a relação entre género e saúde, e mais particularmente entre género e saúde mental, é pertinente que essa relação seja explicitada no que respeita à depressão.

Relativamente aos procedimentos metodológicos, recorreu-se a uma abordagem qualitativa, cuja técnica utilizada foi a entrevista não-estruturada. Foram realizadas um total de doze entrevistas a indivíduos com diagnóstico de depressão, entre os quais nove mulheres, o que ilustra precisamente esta diferença. Quanto às conclusões que se podem retirar da análise dos discursos dos indivíduos entrevistados, podemos notar que estes vão de encontro com o que é assinalado pela literatura: a experiência da e a vivência com a doença, algo que parece ser profundamente pessoal e individual, demostra a conformidade com a construção social do género e as representações das masculinidades e feminilidades, conduzindo a diferentes modos de viver e experimentar este sofrimento, entre homens e mulheres.

Palavras-chave

Saúde mental; Depressão; Representação social; *Illness;* Género; Estigma

Abstract

The present investigation makes an articulation between mental health and gender, discussing the differences regarding to depression. This research analyzes the way how the social construction of the psychic suffering and the social representations of masculinity and femininity have impact on significance, experience, identity and in all the course of the disease; as well as it contributes for the major representativeness of women with depression, due to a set of factors widely discussed.

The foundation to the pertinence of this topic is given to the fact that depression is nowadays the principal cause of incapacity and one of the main causes of morbidity, there are people that consider it as "psychic epidemy of democratic societies". However, this has been often linked to a female disease, this way the data on a global scale show a prevalence on the appearance and diagnosis of depression between woman, pointing out one difference among gender widely significant. Being already recognize the relationship between gender and health, and more particularly between gender and mental health, it is appropriate that this relation be made explicit concerning to depression.

In relation to the methodological procedures, it has been appealed to a qualitative approach, which used technique was the non-structured interview. Were conducted a total of twelve interviews to individuals diagnosticated with depression, among which nine women, what illustrates precisely this difference. About the conclusions that can be taken of the analysis of the speeches of the interviewed individuals, we can notice that this one meet with what is pointed out by literature: the experience and livingness with the disease, something that seems to be deeply personal and individual, it shows the compliance of social construction of gender and the representations of masculinity and femininity, conducting to several ways to live and to try this distress between men and women.

Keywords

Mental health; Depression; Social representation; Illness; Gender; Stigma

Índice

Introdução 1
Parte 1 – Enquadramento Teórico 4
Capítulo I – As doenças mentais como fenómenos totais sociais e multidimensionais 4
1.1 Construção Social em torno das doenças mentais e da depressão 4
1.1.1 Doença mental e estigma 11
1.2 Determinantes Sociais da Saúde Mental 13
Capítulo II – Depressão e Género 21
2.1 O género como categoria social 21
2.2 Género e a Saúde 23
2.3 Fatores associados à depressão de homens e mulheres 30
Capítulo III – Viés de género na medicina 39
3.1 Viés de género no diagnóstico de depressão 41
Parte 2 – Delineamento da investigação 44
Capítulo I – Orientações metodológicas e técnicas de investigação 44
1.1 Opções metodológicas 44
1.2 Seleção das técnicas de pesquisa 45
1.3 Seleção e caracterização dos entrevistados 48
Capítulo II – Análise das entrevistas 50
2.1 Percursos da depressão 50
2.1.1 Sinais e sintomas 50
2.1.2 Causas 53
2.1.3 Explicação para o surgimento da depressão 59
2.2 Procura de ajuda 61
2.2.1 Fatores para a procura de ajuda 61
2.2.2 Procura de ajuda 65
2.2.3 Os profissionais de saúde 68
2.2.4 O diagnóstico 70
2.3 A vivência e experiência da depressão 72
2.3.1 Sentimentos/emoções 72
2.3.2 Mudanças no self e nos percursos de vida 77
2.3.3 Relações sociais e redes de apoio 80
2.4 Gerindo a doença e perspetivando o futuro 89
2.4.1 Estratégias para lidar com a depressão 89
2.4.2 Perceção do estado de saúde 90
2.5 Estereótipos de género 91
Considerações finais 94

Referências Bibliográficas 99
Anexos 105

Lista de Acrónimos

DGS	Direção Geral de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde

Introdução

O presente estudo corresponde à dissertação realizada no âmbito do mestrado em Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais, na Universidade da Beira Interior. Esta pesquisa foca-se, de modo particular, na análise e discussão das diferenças de género no que diz respeito a um conjunto de dimensões relacionadas com a vivência e experiência da depressão.

A seleção desta temática prendeu-se com o facto da doença mental ser atualmente a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura em todo o mundo (Basílio, Figueira e Nunes, 2015). Sendo que, em Portugal, existe uma das taxas mais elevadas de prevalência de doença mental da Europa, e consequentemente têm-se verificado um aumento no consumo de medicamentos para o sistema nervoso (OPSS, 2016). Dentro das doenças mentais, a depressão tem-se destacado, visto que tem registado um aumento bastante significativo, desde da segunda metade do século XX, sendo considerada um dos transtornos mais prevalentes e debilitantes na população em todo o mundo, e identificada como a quarta causa mais comum de incapacidade e carga de doença a nível mundial (Zartaloudi, 2011). Neste sentido, é um dos distúrbios psiquiátricos mais frequentemente diagnosticado, estimando-se que afete cerca de 4,4% da população a nível mundial (DGS, 2017), tornando-se a "epidemia psíquica das sociedades democráticas" (Roudinesco, 2000, cit. in Ludermir, 2008, p.452), sendo que é classificada pela OMS como o maior contribuinte de incapacidade para a atividade produtiva e prevê-se que esta se torne a segunda causa de morbilidade no mundo em 2020 (Ludermir, 2008; DGS, 2017).

Como é já amplamente reconhecido, existem inúmeras desigualdades sociais em termos de saúde, que se refletem igualmente nas doenças mentais e na depressão. Entre as desigualdades contam-se as relativas ao *status* socioeconómico, ao suporte social, diferenças no acesso a cuidados médicos e de saúde, e desigualdades de género, sendo este último fator um forte determinante social de saúde, visto que se mantêm ao longo da vida dos indivíduos. Neste sentido, as desigualdades de género têm igualmente impacto na saúde mental.

Assim, as diferenças de género na depressão são um dos dados mais consistentes na literatura desde há várias décadas. A depressão prevalece maioritariamente nas mulheres e, portanto, estas, comparativamente aos homens, são mais propensas a ficarem deprimidas, o que parece ser um fenómeno a nível mundial (Immerman e Mackey, 2003), mantendo-se esta tendência independentemente da etnia, rendimento, níveis educacionais e ocupação dos indivíduos (Associação de Psicologia Americana, *in* Immerman e Mackey, 2003). Neste sentido, os dados apontam que o diagnóstico de depressão varia, entre diferentes países e culturas, de 1.6 a 3.1 mulheres diagnosticadas para 1 homem (Sprock e Yode, 1997; Immerman e Mackey, 2003;

Sigmon et al., 2005; Hopcroft e Bradley, 2007; Ludermir, 2008; Neitzke, 2016). Isto suscita-nos uma série de questões: Será que as causas biológicas justificam a maior prevalência de mulheres com depressão? Será que a maior prevalência de mulheres na depressão está relacionada com o fato destas serem socialmente entendidas como mais sensíveis e frágeis? Existirão efetivamente fatores universais que deprimam as mulheres? Em que medida as diferenças de género, enquanto construção social, medeiam a experiência e a produção de significados em torno da depressão?

Várias investigações apontam alguns dos fatores de risco para o desenvolvimento de ansiedade e depressão nas mulheres, nomeadamente a pobreza, dupla ou tripla jornada, sobrecarga com tarefas domésticas, baixo índice de escolaridade, ter filhos, violência doméstica, estado civil, desemprego ou emprego informal (Ludermir, 2008; Zanello, 2010). Esta enorme representação de mulheres na depressão é um problema social que tem impactos pessoais para estas, mas também tem impacto em toda a sociedade, pois esta é a principal causa de incapacidade relacionada com a doença, entre as mulheres, estando associada a uma série de outras consequências sociais e económicas (OMS, 2000, *in* Simon, 2015).

Apesar desta maior prevalência a nível mundial de mulheres diagnosticadas com depressão, quando se analisam as taxas de suicídio estas são prevalecentes nos homens. Assim, em Portugal, os homens apresentam uma taxa de suicídio três vezes maior em comparação com as mulheres, registando-se esta taxa em todas as regiões de Portugal Continental (DGS, 2015). Todos estes dados remetem-nos para um conjunto de reflexões: Terão os homens uma maior dificuldade em pedir ajuda médica, nomeadamente de recorrer a profissionais de saúde mental? Os homens tendem a esconder e mascarar as suas fragilidades? E que consequências tem a construção social da masculinidade para a sua aceitação dessa fragilidades e consequente procura de cuidados médicos?

Todas estas questões reportam-nos para a construção social em torno das masculinidades e feminilidades, para a construção social da depressão e para desigualdades de género em saúde. Como tal, esta temática deve ser analisada segundo uma perspetiva sociológica, isto é, através de um modelo biopsicossocial, o que implica romper com a hegemonia do modelo biomédico, em que a doença é definida objetivamente com base em sinais e sintomas identificáveis e cujas causas assentam principalmente em fatores orgânicos (Neto e Alves, 2012). Portanto, é necessário ser considerado um conjunto de diversos fatores que não só podem dar origem à depressão e ao seu diagnóstico, mas também que influenciam a experiência e a gestão quotidiana da doença.

Posto isto, a questão das desigualdades de género na doença mental, particularmente as desigualdades no que concerne à depressão, torna-se um tema sociologicamente relevante e que suscita uma série de questões e reflexões. Tendo em conta a problematização anterior,

os questionamentos avançados e a explorações teóricas prévias, apresentam-se os seguintes objetivos da investigação:

1. Analisar de que forma o género é um aspeto que medeia a experiência e a produção de significados em torno da depressão, por parte dos indivíduos doentes;

2. Perceber se a configuração social das feminilidades e das masculinidades é incorporada nas representações e significações da depressão, por parte dos indivíduos diagnosticados;

3. Compreender as trajetórias da depressão e o modo como homens e mulheres fazem a gestão da doença em diferentes momentos dessa trajetória.

A presente investigação encontra-se organizada em duas partes. A primeira, corresponde ao enquadramento teórico, e é constituída por três capítulos. O primeiro, versa sobre as doenças mentais, entendendo-as como fenómenos sociais totais e multidimensionais. Neste sentido, é analisada a construção social em torno das doenças mentais e da depressão, e discute-se a doença como sendo socialmente causada, o que exige a análise dos determinantes sociais em saúde mental. No segundo capítulo, analisa-se o género como categoria social, as desigualdades de género em saúde, mais especificamente em saúde mental; por fim, analisam-se os fatores sociais que contribuem e estão associados à depressão de homens e mulheres. O último capítulo, incide sobre o viés de género na medicina e o viés no diagnóstico de depressão, sendo que o que se pretende é discutir o modo como os estereótipos de género influenciam decisões médicas aparentemente neutras e objetivas, o que tem consequência ao nível do diagnóstico e prescrição de fármacos em homens e mulheres.

No segundo momento deste estudo, a parte empírica, apresentam-se e justificam-se as orientações metodológicas e as técnicas de investigação utilizadas. A análise dos dados empíricos tem um estatuto central nesta segunda parte, sendo organizada por grandes dimensões que resultaram não apenas da análise do referencial teórico, mas que também emergiram das entrevistas realizadas. Por fim, o último ponto diz respeito à apresentação das conclusões da investigação.

Parte 1 – Enquadramento Teórico

Capítulo I – As doenças mentais como fenómenos totais sociais e multidimensionais

1.1 Construção Social em torno das doenças mentais e da depressão

Berger e Luckmann, na sua obra "A construção social da realidade" (2004), referem que a construção social analisa o modo como os indivíduos e a sociedade contribuem para a produção da realidade social, fazendo uso da sua perceção e do seu conhecimento. O construtivismo enfatiza os aspetos históricos e culturais de fenómenos que são considerados unicamente naturais, e, portanto, é dada enfâse a forma como os significados em torno dos fenómenos se desenvolvem através, e como resultado, da interação dentro do contexto social (Conrad e Barker, 2011).

Deste modo, para compreender como foram criados os significados em torno das doenças mentais é necessário que a doença seja abordada e analisada tendo em conta uma perspetiva construtivista. A construção social da doença diz respeito à interação entre fatores sociais, culturais, crenças, relações sociais e descobertas científicas que possibilitam a definição e/ou alteração dos significados atribuídos à doença e que, consequentemente, tem impacto na forma como os indivíduos experimentam a doença (David Ingleby, 1982, *in* Gonçalves, 2006). Neste sentido, as doenças não são entidades isoladas, universais, a-morais ou a-sociais, visto que são criados significados sociais em torno destas, pelo que as doenças não são meramente passivas. Apesar da importância da medicina, a doença é um fenómeno que a transcende e que não se reduz apenas à informação médica (Herzlich, 1969, 1984, *in* Herzlich, 2005; Conrad e Barker, 2011), logo, entender a saúde e a doença como socialmente construídas implica romper com o modelo biomédico.

Portanto, estes são fenómenos culturais e sociais, pelo que os significados que os indivíduos constroem podem ser mesmo independentes da fisiologia e depender da cultura e sociedade. Neste sentido, a *disease*[1] não é necessariamente a *illness*[2], e como tal não deve ser

[1] A *disease* corresponde à patologia, ao modo como o médico define e entende a doença, com sinais, sintomas e com o respetivo tratamento.

[2] A *illness* corresponde ao modo como os indivíduos veem e interpretam a sua doença, isto é, diz respeito à produção de significados que os indivíduos fazem em torno da doença, como tal a *illness* está relacionada com a subjetividade e a experiência, o que vai ter impacto na forma como o individuo experimenta a sua doença, no seu comportamento e na sua vida, bem como pode ter impactos no *self* dos indivíduos. Neste sentido, a experiência da doença pode ser tão importante como a *disease*.

compreendida fora do contexto social. Assim, é fundamental conhecer e compreender os aspetos sociais e culturais da doença, nomeadamente a definição e os significados atribuídos, pois estes vão ter impacto na forma como a doença é experimentada e representada, como os indivíduos respondem a sua doença, tal como tem impacto na resposta social à doença (Conrad e Barker, 2011).

Deste modo, para compreender a *illness* e a *sickness*[3] é necessário conhecer e compreender como foram produzidos os significados em relação à *disease*. Logo, torna-se necessário e importante começar por analisar o modo como a definição, interpretação e o significado da doença mental e da depressão se formaram e transformaram ao longo do tempo consoante o momento histórico, e foram trespassadas por aspetos sociais e culturais. Assim, diversas foram as interpretações da doença mental, nomeadamente como símbolo de sabedoria, ações pecaminosas ou capacidade de comunicar com espíritos (Benedict, 1934; Bastide, 1965; Devereux, 1970; Fábregas *et al.*, 1978; Foucault, 1987, *in* Alves e Silva, 2004). Portanto os indivíduos considerados loucos foram definidos e interpretados de forma diferente ao longo das épocas (Foucault, 1982, *in* Zanello e Bukowitz, 2012), e os comportamentos considerados desviantes receberam diversos rótulos e classificações.

Já na antiguidade, os gregos e a medicina grega partilhavam a ideia de que uma certa parte do domínio da loucura estava ocupada pela noção de patologia e relacionada de certa forma com a disfunção corporal (Foucault, 1975) e a prática médica tinha como base a teoria dos quatro humores[4]. Esta teoria conduziu à substituição das explicações mágicas e sobrenaturais, e com base na mitologia e na religião, para explicações científicas baseadas na biologia (Gonçales e Machado, 2007). Esta mudança deve-se a Hipócrates, que formulou também a primeira classificação de transtornos mentais, tendo desenvolvido a denominação de melancolia para se referir à depressão. Segundo Hipócrates, a melancolia dizia respeito a "uma afeção sem febre, na qual o espírito triste permanece sem razão fixado em uma mesma ideia, constantemente abatido (...)" (Hipócrates, *cit. in* Gonçales e Machado, 2007, p. 299). Podemos notar que esta definição é muito idêntica a que se conhece atualmente, tal como os sintomas identificados eram semelhantes (Souza e Lacerda, 2013). Quanto ao tratamento para as doenças mentais, este consistia na utilização de plantas medicinais com o objetivo de eliminar o excesso de bile negra[5].

Na Idade Média, com a queda do Império Romano, as visões e contribuições da ciência e da medicina foram deixadas de parte e substituídas por explicações religiosas (Souza e Lacerda,

---

[3] A *sickness* diz respeito à realidade social da doença, ou seja, ao modo como a sociedade vê a doença.

[4] Segundo a teoria dos quatro humores existiam quatro fluídos corporais no organismo: fleuma, bile amarela, sangue e bile negra. A relação entre estes fluídos explicava a regulação das emoções e originava diferentes caracteres e temperamentos nos indivíduos. Assim, a doença mental era resultado de um desequilíbrio ou de uma combinação incorreta entres estes.

[5] A bile negra corresponde a um dos fluidos que compunha os quatros humores, e foi durante bastante tempo associada à existência de depressão.

2013). Isto ocorreu devido à ascensão do Cristianismo que alterou radicalmente a forma como as doenças mentais eram entendidas, deste modo, o sobrenatural, a superstição e o misticismo preencheram o lugar da medicina racional. Assim, o louco era considerado, até ao surgimento da medicina positiva, como um "possuído", o que está diretamente relacionado com ideias religiosas (Foucault, 1975), e os tratamentos baseavam-se em castigos físicos e morais.

Nesta época, a melancolia era o transtorno psiquiátrico mais frequentemente identificado, e considerado uma doença sem cura. Esta representava um afastamento de tudo o que era sagrado e, portanto, particularmente nociva, sendo denominada como "o demónio do meio-dia", isto porque segundo Cassiano, outros pecados poderiam assolar à noite, mas este estava presente noite e dia (Gonçales e Machado, 2007). Deste modo, a melancolia era considerada um pecado e certos indivíduos eram multados, aprisionados e levados para a igreja, mantidos longe dos outros e da sociedade, com o objetivo de realizar o exorcismo. Segundo Santo Agostinho (*in* Gonçales e Machado, 2007) a perda da razão era um desfavor de Deus e, portanto, era necessário a punição para uma alma pecadora.

Na Idade Moderna, e com o surgimento do Renascimento, deu-se início a um intenso movimento social, cultural e intelectual, portanto, foi um período marcado pelo antropocentrismo, naturalismo e racionalismo. Assim, existiu uma desvalorização das explicações míticas e religiosas, e deu-se uma transição para uma visão humanista em que a doença mental passou a ser entendida sobretudo numa perspetiva biológica e psicológica (Souza e Lacerda, 2013).

Nesta época, o dualismo cartesiano[6], de René Descartes, levou a que compreensão da doença fosse entendida como um aspeto físico, e assim a mente, que é distinta do cérebro, apresenta dúvidas e inconsistências, mas não é considerada como doença. Existia ainda a convicção de que a razão dos homens tem capacidade para conhecer a origem, causas e efeitos das emoções e é capaz de dominá-las, o que originou uma grande mudança na compreensão da melancolia (Gonçales e Machado, 2007).

Em meados do século XVII a loucura começa a ser relacionada à ociosidade e começa a ser entendida como perturbadora da ordem social e moral e como tal é necessário que seja corrigida. Assim, foram criados estabelecimentos de internamento, porém os indivíduos considerados "loucos" foram deslocados para as estruturas em que eram segregados com indivíduos muito diferentes como os leprosos, mendigos e outros indivíduos marginalizados que não podiam fazer parte da produção e da sociedade. "Este espaço de exclusão que agrupava, com os loucos, os portadores de doenças venéreas, os libertinos e muitos

[6] O dualismo cartesiano corresponde ao reconhecimento da dicotomia entre corpo e mente, o corpo é lugar das emoções e a mente como lugar da razão. Assim, a mente e corpo são compreendidos como tendo diferentes naturezas e funcionalidades e encontram-se separados, embora interajam entre si.

criminosos maiores ou menores provocou uma espécie de assimilação obscura; e a loucura estabeleceu com as culpas morais e sociais um parentesco que não está talvez prestes a romper" (Foucault, 1975, p.55). Portanto, estes indivíduos foram excluídos da sociedade, visto que o objetivo dos hospitais era proteger os indivíduos ditos normais, mantendo estes indivíduos à margem e, deste modo, "o mundo da loucura vai tornar-se o mundo da exclusão" (Foucault, 1975, p.54). Tal como refere Foucault (1975, p.54), estes hospitais não tinham "vocação médica alguma; não se é admitido aí para ser tratado, mas porque não se pode ou não se deve fazer parte da sociedade". Ou seja, estes hospitais não tinham como finalidade a cura e o tratamento dos indivíduos, mas aprisioná-los e obrigá-los a trabalhos forçados com um papel de sanção e controlo moral.

Apesar disto, a melancolia, no final do século XVI e ao longo do século XVII, foi glamorizada, vista como uma qualidade e passou a ser desejada, pois representava a manifestação do anseio humano pelo grande e eterno, tornando o homem melhor e mais inspirado (Gonçales e Machado, 2007).

Com o início do Iluminismo, no século XVIII, deu-se um rápido desenvolvimento científico, e a doença mental e a depressão começaram a ser compreendidas com base em pressupostos neurobiológicos e através do sistema nervoso, assim a melancolia tinha origem numa alteração da função nervosa (Gonçales e Machado, 2007; Souza e Lacerda, 2013). Somente no final deste século, surgiu uma nova categoria social para estes indivíduos, a categoria de doentes mentais, que era utilizada para fazer referência aos indivíduos que demostravam comportamentos que infringiam as normas sociais, assim, "o doente mental veio ocupar o lugar do louco enquanto marca do desvio, da exclusão" (Foucault, 1987, *in* Alves e Silva, 2004, p.56).

No século XIX dá-se uma revolução da psiquiatria, e a partir daí confere-se à loucura o *status* de doença mental e à medicina a função de a tratar, dando-se o início da apropriação da loucura pela medicina, e assim só a medicina e o olhar médico e científico puseram fim às explicações sobrenaturais e religiosas. Isto ocorreu devido às descobertas na biologia, anatomia, neurologia e na bioquímica que possibilitaram que se relacionasse as doenças mentais com a anatomia do cérebro (Gonçales e Machado, 2007; Souza e Lacerda, 2013). Assim, a medicina e o saber médico começaram a controlar a loucura e as doenças mentais, e "o internamento torna então uma nova significação: torna-se medida de caráter médico" (Foucault, 1975, p.56).

Portanto deu-se início ao processo de medicalização[7] da loucura, tornando-se esta do âmbito da medicina. Isto porque, a medicalização diz respeito a dois processos inter-relacionados, primeiro o fato de a certas condições e comportamentos serem dados significados médicos; e posteriormente o fato da prática médica ser entendida como o meio para eliminar e/ou controlar estas experiências (Riessman, 1994, *in* Augusto, 2016). Deste modo, a partir do momento em que são dados significados médicos a uma determinada condição quem intervêm, e é entendido como veículo para controlar estes comportamentos e experiências, é a medicina e a indústria farmacêutica. Então, cada vez é maior o poder da medicina e, portanto, remete para um processo de extensão do controlo médico e ampliação do domínio da profissão médica (Mendes, 2011). Foucault referiu que esta medicalização fazia parte de um plano de controlo social (Gonçales e Machado, 2007; Conrad e Barker, 2011).

Ainda no século XIX, e devido à existência da alteração na compreensão e interpretação, em termos científicos e sociais, da loucura; aos enormes avanços científicos no conhecimento sobre as doenças mentais; ao maior conhecimento sobre o seu tratamento e ao fato de se considerar a assistência médica psiquiátrica como fundamental, são classificadas algumas doenças mentais e os indivíduos considerados loucos foram separados dos outros indivíduos marginais e reencaminhados e confinados para instituições específicas próprias para a sua cura - os asilos (Zanello e Bukowitz, 2012). Assim, os doentes são submetidos a um controlo social ininterrupto (Foucault, 1975).

Deste modo, por toda a Europa, surgiram e desenvolveram-se vários hospitais psiquiátricos, que correspondiam a um espaço de reclusão e isolamento, em que o tratamento e assistência médica eram caracterizados por castigos e medidas repressivas através de tratamentos físicos e morais (Alves e Silva, 2004), como ameaças e humilhações, ou seja, tudo o que pode infantilizar e culpabilizar o doente mental (Foucault, 1975). A sansão era imediata a qualquer desvio em relação a uma conduta normal, estas indicações eram dadas pelo médico, estando este responsável mais por um controlo ético do que uma intervenção terapêutica (Foucault, 1975). No caso dos doentes com melancolia, apenas os indivíduos com melancolia mais grave eram sujeitos a tratamentos mais severos, como causar dor física para distrair a dor da mente, afogamentos e dispositivos para os fazerem vomitar e desmaiar (Gonçales e Machado,

[7] A medicalização corresponde ao progressivo alargamento da esfera médica para a esfera social, ou seja, a esfera médica alarga-se à esfera social e trás para a sua área condições que anteriormente não lhe pertenciam. Esta corresponde ao "processo por meio do qual problemas não médicos se tornam definidos e tratados como problemas médicos, usualmente em termos de doenças ou perturbações" (Conrad, 2007, p.4 *cit. in* Augusto, 2015, p.83). E como tal, certas experiências ou comportamentos humanos são descontextualizados, redefinidos e convertidos em problemas e significados médicos, habitualmente em termos de doenças, enfermidades ou síndromes (Mendes, 2011). Portanto, e segundo Conrad, (*in* Augusto, 2016) a medicalização diz respeito ao fato de serem definidos problemas e condições em termos médicos, utilizando uma linguagem médica para os descrever, um quadro de referência médico para os compreender e recorrendo a intervenção médica para os tratar e curar. Estas condições adquirem legitimidade através do diagnóstico e tratamento especializado, e assim, um diagnóstico é elaborado, aceite como medicamente válido, e passa a ser usado para definir e tratar os problemas dos indivíduos (Conrad e Barker, 2011; Mendes, 2011).

2007). Portanto, os manicómios foram o núcleo que deu origem à psiquiatria como especialidade médica, sendo que a institucionalização e a lógica asilar permaneceram até meados do século XX.

Neste século (século XIX), a designação de melancolia perdeu a sua valência emergindo definitivamente a designação de depressão e a sua teoria constitui-se com base na investigação e na observação clínica. Assim, a depressão é considerada uma doença mental e é definida na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde e no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. A depressão foi identificada em categorias e subcategorias, e as autópsias ao cérebro tornam-se frequentes, assim, esta começa a ser completamente medicalizada (Gonçales e Machado, 2007). Neste período a depressão voltou a ser desejada.

Na época contemporânea a descoberta e evolução em psicopatologia, farmacologia e neurologia permitiram que a psiquiatria tivesse fundamentação científica para os seus conhecimentos, que eram somente originários da prática, da observação e da experiência (Gonçales e Machado, 2007). Também as duas grandes guerras conduziam ao alargamento da influência da psiquiatria e ao aumento significativo do diagnóstico de depressão, devido ao sucesso do tratamento psiquiátrico nos soldados que desenvolveram transtornos mentais. Deste modo, deu-se a consolidação da psiquiatria.

Na segunda metade do século XX, deu-se a evolução da neurociência que permitiu a análise dos processos mentais e do funcionamento psicológico dos indivíduos, e o surgimento e desenvolvimento dos psicofármacos e dos antidepressivos. Assim, verificou-se a explosão do mercado de saúde mental, e a intervenção e tratamento através da eletroconvulsoterapia[8] foi substituída pela psicofarmacologia como estratégia para o tratamento de doenças mentais. Assim, a década de 1960 é frequentemente considerada a "década de ouro" da psicofarmacologia mundial (Souza e Lacerda, 2013). Esta estratégia foi introduzida na prática clínica e usada no tratamento de depressão, o que levou à transformação no modo da sua conceção (Neitzke, 2016), pois com a entrada do Prozac na indústria farmacêutica "foi lançada a era da depressão como uma doença que poderia ser tratada" (Healy, *cit. in* Gordon 2010, p. 52, *cit. in* Neitzke, 2016, p. 62). Portanto, a atuação dos psiquiatras deixou de estar apenas restrita aos hospitais psiquiátricos e a popularização do seu trabalho aumentou o interesse e a procura de serviços de saúde mental por parte da população, bem como a procura e consumo de produtos.

Deste modo, o desenvolvimento dos psicofármacos e o desenvolvimento tecnológico levaram à aproximação da psiquiatria com a neurobiologia e com outras áreas da medicina, o que elevou

[8] A eletroconvulsoterapia é um tratamento psiquiátrico que consiste na aplicação de disparos de eletricidade diretamente no couro cabeludo, e em que são provocadas alterações na atividade elétrica do cérebro.

o *status* da psiquiatria ao mesmo nível das restantes especialidades médicas (Souza e Lacerda, 2013).

Consequentemente, o progresso psicofarmacêutico contribuiu para o processo de desinstitucionalização, isto é, o progresso da indústria farmacêutica e dos psicofármacos trouxeram grandes mudanças no tratamento das doenças psíquicas, o que permitiu o movimento de desinstitucionalização dos doentes mentais e a sua transferência para ambientes ambulatórios, visto não ser necessário a sua permanência em contextos hospitalar. Esta desinstitucionalização, permitiu a reabilitação, integração e reintegração social dos indivíduos de forma controlada, pois apesar da desinstitucionalização continuava a existir igualmente um controlo médico sobre os indivíduos (Zanello e Bukowitz, 2012).

Portanto, no período contemporâneo, e com o desenvolvimento das profissões médicas e psiquiatras, o conceito de doença mental abrangeu uma enorme variedade de comportamentos num movimento de psiquiatrização das sociedades (Castel, 1976, *in* Alves e Silva, 2004). Então, deu-se início ao processo de psquiatrização da diferença, que corresponde ao aumento do conjunto de comportamentos reconhecidos como patológicos (Augusto, 2016). Assim, "há uma psiquiatrizaçao ocorrendo na sociedade. Já existem quase 500 tipos descritos de transtorno mental e do comportamento. Com tantas descrições, quase ninguém escaparia a um diagnóstico de problemas mentais. Coisas normais da vida estão sendo encaradas como patologias." (Costa e Silva, *in* Guarido, 2007, p.159, *cit. in* Augusto, 2016, p.216).

Isto ocorreu devido ao que Illich (1976) designou de medicalização da vida, ou seja, atualmente verifica-se que existe uma expansão e domínio da medicina sobre a vida dos indivíduos, existindo um controlo por parte desta de todos os ciclos de vida, tornando o ciclo vital profundamente medicalizado (Augusto, 2015). Para esta medicalização contribuiu o poder e domínio da profissão médica e da indústria farmacêutica, visto que a profissão médica e o alargamento da jurisdição médica foram um impulso primário para a medicalização; mas também existiu um envolvimento e participação dos próprios indivíduos ao defenderem uma definição e inclusão médica para condições que o domínio médico ainda não incluía (Conrad, 2005, *in* Augusto, 2016). Como tal, existiu também uma medicalização pela procura. (Augusto, 2016)

Porém, a medicalização acarreta consequências, e um dos efeitos problemáticos desta é que incentiva soluções médicas, ignorando ou subestimando o contexto social dos problemas, sendo dadas imediatamente intervenções médicas como resposta (Lantz; Uchtenstein, Pollack, 2007, *in* Conrad e Barker, 2011). Isto leva os indivíduos a tornarem-se mais dependentes da intervenção da medicina, o que os leva a desprezar o contexto social, bem como a não considerar as suas próprias capacidades para resolver estes problemas (Augusto, 2016). Para além disto, existe uma tendência para a desqualificação dos indivíduos e para a

expropriação do significado e entendimento criados por parte dos indivíduos que as experimentam, passando a ser definidos em termos médicos (Augusto, 2016), assim "quando uma condição se torna medicalizada, o 'sofredor' aceita as crenças biomédicas sobre a natureza daquela doença e o papel social da pessoa doente" (Whiteford e González, 1995, p.29, *cit. in* Augusto, 2016, p.215). Como tal, esta medicalização modifica a experiência de vida dos indivíduos, colando-lhe um rótulo, o que por vezes pode levar ao estigma (Augusto, 2015).

Em suma, e tal como pudemos verificar através da contextualização histórica das doenças mentais, a construção social em torno destas têm uma conotação negativa acentuada, sendo que esta construção foi profundamente marcada e impulsionada pelos grupos dominantes, ou seja, pela medicina, psiquiatria e religião. Portanto, desde o seu surgimento, e devido à história e a todas estas classificações e compreensões em torno das doenças mentais, estas foram atravessadas por um processo discriminação, o que levou à existência de rótulos e estigmas associados aos indivíduos portadores destas doenças, e consequentemente levou a um processo de exclusão social.

1.1.1 Doença mental e estigma

Como a doença mental tem uma construção social negativa, esta é associada a um estigma mais poderoso, e como tal é possível que o individuo que sofra dessa doença possa sofrer desse mesmo estigma, sendo que este acaba por marcar o entendimento e a compreensão em torno da doença. Contudo, não existe nada inerente à doença e a condição de saúde que a torne uma doença estigmatizada, assim, "a resposta social a essa condição e a algumas de suas manifestações, ou ao tipo de indivíduos afligidos por ela, que a torna uma condição estigmatizada" (Conrad, 1987, *in* Conrad e Barker, 2011), portanto, quem estigmatiza a doença é a sociedade.

Assim, quando rotulamos alguém como doente existem efeitos sociais da rotulagem e, portanto, existem consequências sociais reais de um rótulo de doença pois estas contêm significados sociais e culturais, deste modo "quando um médico diagnostica uma condição humana como doença, ele modifica o comportamento do homem por meio do diagnóstico; um estado social é adicionado a um estado biofisiológico, ao atribuir o significado de doença à enfermidade. É nesse sentido que os médicos criam doenças [...] e que a doença é [...] analítica e empiricamente distinta de uma mera enfermidade" (Freidson 1970, p. 223, *in* Conrad e Barker, 2011, p.190). No caso das doenças mentais, e tendo em conta que estas são doenças estigmatizadas, o rótulo de doença geralmente tem um enorme impacto na vida e na experiência de doença dos indivíduos.

Isto acontece porque o estigma[9] é uma marca que desvaloriza o individuo levando à existência de uma reação social negativa em relação à pessoa que o carrega, e como tal interfere no processo da sua interação com os outros (Goffman, 1963). Ou seja, quando o individuo não se enquadra nas categorias e características ditas normais "ele é reduzido na nossa mente de uma pessoa completa e normal para uma pessoa maculada e diminuída" (Goffman, 1963, p. 12). Assim, existe uma discrepância entre a identidade social virtual[10] e real[11], "essa discrepância, quando conhecida ou aparente, estraga a identidade social do individuo; tem o efeito de afastá-lo da sociedade e de si mesmo, de modo que um individuo representa uma pessoa desacreditada perante um mundo que não é recetivo" (Goffman, 1963, p.31).

Como tal, o estigma, quando reconhecido, tem impacto na interação social, e consequentemente tem repercussões na autoestima e na construção identitária do individuo que o carrega, isto porque o processo de construção identitária é realizado na relação que os indivíduos têm com os outros, e visto que o estigma tem efeito na interação social pode também ter efeito na identidade, podendo levar à criação de uma nova identidade baseada na doença, uma identidade detiorada[12]. Portanto, a experiência da doença pode levar a que a doença se torne num "problema biográfico", levando a mudanças no *self*, bem como pode levar os indivíduos a assumirem novos papéis (Conrad e Barker, 2011).

Para abordar as mudanças ocorridas na identidade dos indivíduos com doença mental, Goffman (1961) fala na carreira[13] moral do doente mental. Esta diz respeito à sequência padronizada de mudanças que a carreira provoca no *self* e na conceção do EU dos indivíduos, bem como no seu esquema de imagens para se julgar a si próprio e aos outros (Goffman, 1961). O sociólogo refere que a interpretação psiquiátrica do individuo só se torna significativa na medida em que essa interpretação altera o seu destino social, sendo que tal só é possível quando o individuo passa pelo processo de hospitalização.

---

[9] Originalmente o conceito de estigma surgiu entre os gregos e dizia respeito a sinais corporais que eram feitos nos corpos dos indivíduos para demostrar e expor alguma coisa fora do comum em relação ao *status* moral do individuo, como o fato do individuo ser um criminoso, e deste modo esta pessoa era desonrosa pelo que deveria ser evitada pelos outros indivíduos (Goffman, 1963). Atualmente o conceito de estigma é utilizado para fazer referência a algum tipo de desprestigio ou descrédito de um individuo, mais do que à evidência corporal de outrora, assim este diz respeito ao aspeto de desvalorização social.

[10] Aquilo que se verifica é que as pessoas e a sociedade classificam os indivíduos em categorias e estabelecem as características consideradas normais para os indivíduos que pertencem a essas categorias, e como tal quando existe interação permite antecipar a categoria e os atributos a que um indivíduo pertence, bem como permite que se conheça a sua "identidade social", na qual estão incluídos atributos pessoais e estruturais (Goffman, 1963). Portanto, os indivíduos apoiam-se nessas expetativas e transformam-nas em expetativas normativas, isto é, supondo que os indivíduos dessa categoria têm todos características e comportamentos idênticos, criando assim o que Goffman denomina de identidade social virtual (Goffman, 1963).

[11] A identidade social real diz respeito aos atributos que os indivíduos realmente têm.

[12] A identidade deteriorada corresponde a uma identidade em que o indivíduo coloca no centro do seu processo identitário o estigma.

[13] O termo carreira corresponde à trajetória percorrida por um individuo durante a sua vida, e tem a vantagem de ser um conceito ambivalente pois relaciona-se com assuntos íntimos tais como a imagem do eu e a segurança sentida pelos indivíduos, mas também está relacionado com a posição oficial, relações jurídicas e um estilo de vida, deste modo permite andar do público para o privado e vice-versa, entre o *self* e a sociedade (Goffman, 1961).

Assim, os indivíduos hospitalizados, e apesar dos diferentes graus e tipos de doença, enfrentam circunstâncias muito idênticas e respondem de maneira também muito semelhante. Segundo Goffaman (1961), numa primeira fase, a fase de pré-paciente, que corresponde ao período anterior à admissão no hospital, ocorre a denúncia que vai gerar o ingresso do individuo na instituição, voluntaria ou involuntariamente. Quando o individuo é hospitalizado este sofre a expropriação das suas relações e direitos com o mundo exterior, e geralmente experimenta sentimentos de abandono, deslealdade, traição e amargura, sobretudo em relação à pessoa mais próxima e ao denunciante. Num segundo momento, a fase do internado que corresponde ao período no hospital e ao primeiro contato do individuo com a instituição, inicialmente desenvolve-se um sentimento de abandono, bem como um desejo de anonimato e o contacto com os outros é evitado, assim o paciente sente e compreende que foi abandonado pela sociedade e que perdeu as relações com aqueles que lhe estavam mais próximos, só mais tarde se dá a fase da aceitação por parte do paciente.

Concluindo, a construção social em torno das doenças mentais sempre teve uma conotação negativa, e foi marcada desde o seu começo por um estigma bastante poderoso, o que marca o significado atribuído à doença, bem como a experiência do individuo portador de doença mental. Este estigma tem impacto numa serie de questões relacionadas com as doenças mentais e com a depressão, nomeadamente na procura de ajuda especializada e adequada por parte dos indivíduos.

1.2 Determinantes Sociais da Saúde Mental

O conceito de saúde mental é bastante amplo e heterogéneo. Então, do mesmo modo que o conceito de saúde se refere a "um estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (Alves e Rodrigues, 2010, p. 128), a saúde mental dos indivíduos é mais do que a ausência de transtorno mental (WHO e CGF, 2014), e, portanto, devem ser tidos em consideração a relação entre diversos fatores, nomeadamente fatores biológicos, psicológicos e sociais, pois os fatores biológicos não são suficientes para explicar as desigualdades no que diz respeito à saúde mental, e particularmente à depressão. Deste modo, é necessário a existência de um verdadeiro modelo biopsicossocial.

Contudo, a existência deste modelo biopsicossocial na saúde mental implica romper com a hegemonia do discurso biomédico sobre a doença mental (Santos, 2009), visto que na área médica, da psiquiátrica e da neurociência a doença mental é entendida sobretudo com enfâse na biologia. Assim, os discursos médicos estão relacionados com o funcionamento do cérebro em termos mecânicos e processos neurológicos, portanto a preocupação passa pelos sintomas desvalorizando-se a subjetividade e as condições de vida dos indivíduos (Zanello e Bukowitz, 2012; Neitzke, 2016). Logo a doença mental é compreendida como "uma manifestação externa de uma doença ou patologia interna subjacente" (Magnusson e Marecek 2012, *cit. in* Neitzke, 2016, p.66) e, portanto, parece existir pouca necessidade de se procurar fatores explicativos externos, existindo uma invisibilidade das causas sociais.

Ou seja, o que se verifica nas sociedades ocidentais modernas é o domínio do modelo biomédico[14] , no qual a medicina encontra os seus fundamentos. Este corresponde a um modelo reducionista pois é centrado numa visão organicista da doença, e como tal reduz as causas das doenças a causalidades biológicas e individuais, e, portanto, a doença é entendida e explicada somente pelo fenómeno bio-fisiológico, neste sentido, a doença é resultado de imperfeições genéticas, desequilíbrios bioquímicos ou provocada por agentes físicos ou biológicos, ignorando deste modo os determinantes sociais (Gonçalves, 2006).

Apesar disto, é importante considerar que a saúde e doença são fenómenos sociais totais e multidimensionais pois contêm vários níveis e dimensões que se relacionam de forma complexa, e, portanto, para abordar a saúde e doença é necessário combinar e relacionar um conjunto de aspetos, e não somente a perspetiva médica, pelo que é necessário ter igualmente em conta as interpretações pessoais, sociais e culturais. Como tal, as questões relacionadas às diferenças na depressão são multidimensionais e interativas e devem ser entendidas como resultado da interação entre diversos fatores, que independentes ou em colaboração levam à existência de diferenças. Assim, e apesar da depressão ter uma base fisiológica, é importante analisar os fatores que contribuem para que certos indivíduos sejam mais vulneráveis à depressão e os fatores que contribuem para o agravamento da sua saúde mental, e como tal, é igualmente importante que se considere a cultura e o contexto social em que os indivíduos se encontram e as suas condições sociais e económicas. Neste sentido, é necessário que exista um verdadeiro modelo biopsicossocial de forma a orientar as explicações causais da depressão para fatores externos aos indivíduos.

Posto isto, as evidências e a imensa literatura sobre as desigualdades em saúde, têm vindo a demostrar que a saúde e a doença são moldadas em grande parte por fatores psicossociais, económicos e ambientais, e que estas desigualdades se estendem à maioria das doenças e causas de morte (WHO, 2003; Scambler, 2011; WHO e CGF, 2014). Portanto, existem vários determinantes sociais de saúde[15] , sendo que a maioria destes determinantes estão associados a determinantes não-médicos. Então, do mesmo modo que é importante sublinhar que as causas das doenças não se devem exclusiva ou primariamente a causas biológicas, importa também esclarecer que as desigualdades em saúde não se devem primeiramente a desigualdades do sistema de saúde. Isto é, não se devem apenas ao fato dos indivíduos terem acesso à saúde em situações de doença, mas estão relacionados com desigualdades estruturadas na sociedade, que se refletem em todas as áreas do social, e como tal têm também repercussões e impactos na saúde dos indivíduos.

---

[14] O modelo biomédico considera que a saúde é a simples ausência de doença, assim existe uma visão mecanicista e como tal a doença é entendida como uma quebra no corpo que afasta o corpo do seu modelo normal. Este modelo concentra-se somente em fatores biológicos, logo está preocupado com sinais e sintomas, procurando causas exteriores que afetam o corpo do indivíduo. De seguida o médico faz o diagnóstico e procede-se ao tratamento, com a finalidade da cura.

[15] Os determinantes sociais de saúde dizem respeito às condições sociais e económicas dos indivíduos que influenciam positiva ou negativamente a sua saúde.

Quanto à prevalência e distribuição social da doença mental têm-se igualmente verificado diferenças bastante significativas, assim o desenvolvimento de transtornos mentais está fortemente associado à desigualdade sociais, e, portanto, quanto maior for a desigualdade social, maior é a desigualdade no que diz respeito ao risco (WHO e CGF, 2014). Neste sentido, interessa analisar não apenas o que acontece quando os indivíduos estão doentes, mas também o que leva estes a uma maior ou menor probabilidade de mortalidade e morbilidade. De seguida, vão ser abordados alguns dos mais importantes determinantes sociais e económicos de saúde mental nas sociedades modernas.

O *status* socioeconómico[16] dos indivíduos corresponde a um determinante, pois leva a diferentes exposições e vulnerabilidades em relação a fatores que comprometem a saúde, e, como tal, conduz a vantagens ou desvantagens em termos de saúde (Cardoso, 2006; Scambler, 2011). Assim, indivíduos com *status* socioeconómico mais baixo são mais vulneráveis à maioria das doenças e correm o dobro do risco de doenças graves e morte prematura, relativamente aos indivíduos que se encontram no topo (WHO, 2003; Scambler, 2011). Estes são ainda mais propensos a não promoverem de forma positiva a sua saúde e bem-estar, o que influencia os seus comportamentos em relação à saúde, nomeadamente ao nível da utilização de serviços médicos preventivos (Scambler, 2011). Este afeta ainda estilos de vida, fatores de *stress* e redes sociais, o que também produz diferentes riscos sobre a saúde (WHO, 2003; Cardoso, 2006). Pelo contrário, indivíduos que se encontram num *status* socioeconómico mais alto têm mais benefícios em termos de saúde.

Esta relação inversa entre *status* socioeconómico, mortalidade e morbilidade é consistente entre todos os países e existe uma persistência desta associação ao longo do tempo, e assim, independentemente das mudanças ao nível das principais causas de morte, esta associação mantem-se (Marmot *et al.*, 1987; Townsend *et al.*, 1992; Feinstein, 1993; Fein, 1995, *in* Cardoso, 2006; Link e Phelan 1995, *in* Scambler, 2011).

Contudo, as desigualdades em saúde ocorrem em todos os estratos socioeconómicos, e não estão apenas associadas aos indivíduos que se encontram nos *status* socioeconómicos mais desfavorecidos, pelo que se nota a existência de um gradiente social de saúde que percorre toda a sociedade. Isto é, as desigualdades na maioria das doenças e causas de morte prolongam-se ao longo de todas as classes sociais e não se concentram somente nas classes mais baixas, e assim mesmo entre os indivíduos com *status* mais altos, mas diferentes entre si, existem desigualdades (WHO, 2003), assim, quanto mais elevada a posição social dos indivíduos melhor é a sua saúde (Scambler, 2011).

[16] O *status* socioeconómico reflete os recursos materiais e sociais dos indivíduos e fornece informação sobre a posição relativa do individuo na hierarquia social, o que se manifesta no acesso diferente a recursos e bem-estar (Cardoso, 2006). Este pode ser avaliado através de três indicadores que estão profundamente relacionados entre si: rendimento, educação e ocupação profissional, sendo que cada um destes indicadores avalia diferentes componentes do *status* socioeconómico.

Relativamente à saúde mental, verifica-se igualmente que os transtornos mentais comuns estão associados a fatores do *status* socioeconómico, existindo uma relação inversa entre classe social e doença mental (Gove e Tudor, 1973; WHO e CGF, 2014). Portanto, indivíduos com *status* socioeconómico mais baixo estão em maior risco e mais vulneráveis a uma pior saúde mental. Sobretudo no que diz respeito a transtornos mentais comuns, como a depressão e ansiedade, em que existem evidências que estes são distribuídos ao longo da sociedade em conformidade com um gradiente de desvantagens económicas, como tal estes transtornos estão sistematicamente associados aos indivíduos mais pobres e desfavorecidos (WHO e CGF, 2014).

Apesar desta relação entre *status* socioeconómico e saúde física e mental também pode existir a relação inversa, e, portanto, a saúde também pode piorar a condição económica dos indivíduos e consequentemente determinar o *status* socioeconómico. Isto ocorre devido às consequências que derivam de uma pior saúde, nomeadamente o aumento de custos com cuidados de saúde, que podem levar os indivíduos a uma descida no *status* socioeconómico, o que pode induzir o agravamento da sua saúde, conduzindo-os a uma espiral de desigualdades, e pode estabelecer-se um circulo vicioso entre pobreza e transtorno mental (Patel e Kleinman, 2003; Cardoso, 2006). Ou seja, os transtornos mentais podem levar a uma redução do rendimento e/ou desemprego, o que fortalece a pobreza e que, por sua vez, aumenta o risco de transtorno mental (WHO e CGF, 2014).

Portanto, o *status* socioeconómico como um todo está estatisticamente e positivamente relacionado com a mortalidade e morbilidade, mas também cada um dos componentes que o constituiu está positivamente correlacionado com indicadores de saúde.

Em relação à ocupação profissional[17] nota-se que à medida que os indivíduos sobem na categoria socioprofissional aumentam os benefícios em termos de saúde, verificando-se que todos os fatores associados à ocupação dos indivíduos têm impactos na sua saúde. Tal como se nota que qualidade do próprio emprego, nomeadamente a organização social do trabalho, os estilos de gestão, o ambiente psicossocial, as relações e apoio social no local de trabalho e a satisfação e estabilidade laboral têm impacto em todas as questões de saúde, podendo representar benefícios ou desvantagens para a saúde física e mental (WHO, 2003).

Portanto, indivíduos que têm um baixo controlo e menos poder sobre o seu trabalho, maiores exigências, baixo rendimento, maior instabilidade e insegurança no local de trabalho, pouca oportunidade para utilizar as suas competências e habilidades, baixa oportunidade de contatos interpessoais, uma menor valorização social do seu trabalho e pouca segurança física no local de trabalho têm menores níveis de saúde e bem-estar, sendo que isto é verificado

[17] A ocupação profissional dos indivíduos permite identificar a pertença dos indivíduos a um grupo específico de profissões, conhecer o prestígio concebido à sua ocupação, o seu rendimento, os níveis de segurança, estabilidade em termos financeiros, controlo e autoridade no trabalho e a exposição dos indivíduos a riscos físicos de saúde (Haan *et al.*, 1989; Townsend *et al.*, 1992, *in* Cardoso, 2006).

independentemente de características individuais (WHO, 2003; Ludermir, 2008; Scambler, 2011; WHO e CGF, 2014). Assim, sofrem uma maior tensão física e psicológica, e consequentemente um maior *stress* no local de trabalho, o que conduz a um maior risco de doença, morte prematura, e que pode ser determinante no surgimento de diferentes patologias, nomeadamente de ansiedade e depressão (WHO, 2003; Ludermir, 2008).

É importante, ainda, mencionar o fenómeno do desemprego, pois este leva a maiores taxas de morbilidade e mortalidade prematura, bem como à existência de maiores níveis de doença mental, sobretudo o desemprego de longa duração (Scambler, 2011). Assim, o desemprego está associado a maiores níveis de ansiedade, depressão e suicídio, sobretudo entre desempregados com um baixo *status* socioeconómico (Patel e Kleinman, 2003; WHO, 2003; OPSS, 2016). Estes efeitos do desemprego sobre a saúde mental começam quando os indivíduos sentem insegurança no trabalho, e, portanto, começam mesmo antes de existir despedimento; quando os indivíduos sentem que os seus empregos estão ameaçados podem surgir sentimentos de ansiedade que podem ser prejudiciais para a sua saúde mental (Ludermir, 2008; Alves e Rodrigues, 2010; WHO e CGF, 2014).

Outro componente do *status* socioeconómico é o rendimento, este está diretamente relacionado com o acesso a condições materiais essenciais para satisfazer as necessidades básicas de vida, assim um rendimento mais baixo leva, em principio, a piores condições de vida o que limita, entre outros fatores, o acesso a serviços e cuidados de saúde, nomeadamente a serviços especializados (Cardoso, 2006). Para além disto, leva os indivíduos a terem estilos de vida menos saudáveis. Quanto à saúde mental verifica-se que um menor rendimento pode levar à existência de uma maior incidência e prevalência de doenças mentais, pois esta situação leva à existência de um maior *stress* e insegurança (Lewis, 1996; Wilkinson, 1996, *in* Ludermir, 2008). Do mesmo modo, também a consciência das desigualdades socioeconómicas pode afetar a saúde mental dos indivíduos (Wilkinson, 1997, *in* Ludermir, 2008; Marmot, 2006, *in* Scambler, 2011).

Por fim, no nível educacional, verifica-se a existência de uma relação inversa entre este e a ocorrência de doenças mentais, ou seja, quanto maior o nível educacional menor a probabilidade de incidência de transtornos mentais (Patel e Kleinman, 2003). Este gradiente entre saúde mental e níveis de escolaridade ocorre não somente porque este pode levar a um *status* socioeconómico mais elevado e tem impacto nos seus componentes, bem como no tipo de redes sociais dos indivíduos, mas também porque este tem impactos diretos na saúde física e mental. Assim, o maior nível educacional leva a um maior acesso à informação e, portanto, está relacionado com comportamentos de saúde e estilos de vida mais positivos (Cardoso, 2006; Alves e Rodrigues, 2010). Para além disto, permite aos indivíduos com nível educacional mais elevado ter a capacidade de tolerar situações sociais e económicas adversas, que poderia levar a eventos stressantes e ter efeitos na sua saúde (Geyer e Peter, 2000, *in* Cardoso, 2006).

Neste sentido, outro determinante de saúde mental é a pobreza que pode levar os indivíduos a uma espiral de desvantagens cumulativas. Portanto, a pobreza leva a um acesso limitado a bens materiais e sociais, o que limita o acesso dos indivíduos a serviços de saúde, nomeadamente o acesso a cuidados de saúde primários e a cuidados de saúde mental especializados, o que tem um impacto negativo na sua saúde física e mental (Alves e Rodrigues, 2010). Além disto, a saúde mental pode ser comprometida pelo fato dos indivíduos viverem em bairros deteriorados, más condições habitacionais, desemprego, baixa escolarização, baixa coesão familiar e uma fragilidade dos laços sociais (Patel e Kleinman, 2003; WHO, 2003; Alves e Rodrigues, 2010). Desta forma, a pobreza e os indicadores de pobreza têm uma clara associação com o risco de transtornos mentais (Scambler, 2011; WHO e CGF, 2014).

Assim, nota-se que a saúde mental dos indivíduos é mais frágil em países onde existe uma maior pobreza e desigualdades sociais e económicas mais acentuadas (Hopcroft e Bradley, 2007), contudo, esta associação entre a pobreza e transtornos mentais comuns é universal, ocorrendo em todas as sociedades, independentemente do seu nível de desenvolvimento (Patel e Kleinman, 2003).

Também a exclusão social tem um forte impacto sobre a saúde mental, pois os indivíduos que se encontram nesta situação não têm uma participação plena na sociedade, bem como leva à existência de uma rotura dos laços sociais entre as pessoas e a sociedade, o que se traduz numa pior saúde mental. Assim, a exclusão leva a que estes indivíduos sejam social e psicologicamente prejudicados, o que afeta a sua saúde, e quanto mais tempo os indivíduos viverem nesta situação, mais provável é que sofram de uma série de problemas de saúde (WHO, 2003). Portanto, existem vários fatores como a pobreza, racismo, discriminação, estigmatização e desemprego que podem levar os indivíduos a uma situação de exclusão, colocando-os mais propensos e vulneráveis ao desenvolvimento de doenças mentais, visto que ficam comprometidos todos os elementos que fazem parte da cidadania (Alves e Rodrigues, 2010).

Outro determinante corresponde às circunstâncias psicológicas e sociais stressantes que são prejudiciais para a saúde e podem levar à existência de doenças mentais, particularmente podem conduzir a casos de perturbações de ansiedade e depressão (Gove e Tudor, 1973; WHO, 2003). Assim, estas circunstâncias podem causar ansiedade, insegurança e isolamento social nos indivíduos e ter efeitos sobre a sua saúde física e mental, sobretudo se estes riscos se acumularem ao longo da vida, pois aumenta a probabilidade de pior saúde mental e morte prematura (WHO, 2003). A ocorrência e a tendência para sofrer estas circunstâncias e adversidades está associada com o baixo nível socioeconómico, pois os indivíduos com *status* socioeconómico mais baixo são mais propensos a terem condições económicas, sociais e ambientais menos favoráveis ao longo da vida e a terem menos suporte social (WHO, 2003; WHO e CGF, 2014).

O suporte social é igualmente um determinante de saúde mental. O que se verifica é a existência de uma relação inversa entre transtornos mentais comuns e apoio social, portanto, quanto maior a rede de apoio social menor é o risco dos indivíduos a transtornos mentais (Patel e Kleinman, 2003). Assim, as fortes relações sociais e redes de apoio em casa, no trabalho e na comunidade melhoram a saúde dos indivíduos, quer a nível psicológico, físico e emocional, pois permite aos indivíduos terem os recursos emocionais necessários o que tem um efeito protetor sobre o seu bem-estar e saúde mental (Immerman e Mackey, 2003; WHO, 2003; Scambler, 2011; WHO e CGF, 2014).

Também o local em que as pessoas residem afeta a saúde mental. Assim, viver nas grandes cidades tem sido associado a um maior risco e exposição a doenças mentais, devido a vários fatores de *stress* e circunstâncias adversas, tais como o enfraquecimento dos laços sociais, a sobrepopulação, os estilos de vida menos saudáveis, maior *stress* e um menor apoio social (Alves e Rodrigues, 2010). Contudo, viver em meios rurais isolados também pode levar os indivíduos a serem mais propensos a doenças mentais devido ao isolamento, às dificuldades no acesso à educação e formação profissional e à falta de acesso a transportes e comunicações. Todos estes fatores podem levar a dificuldades socioeconómicas o que deixa os indivíduos mais propensos ao desenvolvimento de doenças mentais, nomeadamente da depressão (Alves e Rodrigues, 2010). Para além disto, nos meios rurais o acesso a cuidados de saúde é mais limitado, existindo uma maior dificuldade no acesso a infraestruturas, bens e serviços.

Por fim, outro determinante de saúde mental diz respeito à cultura visto que esta tem impacto numa série de fatores, nomeadamente nos comportamentos de procura de ajuda, isto devido ao estigma associado às perturbações mentais (Alves e Rodrigues, 2010). E ainda pode predispor os indivíduos a doenças mentais no sentido em que pode criar personalidades vulneráveis, papéis sociais stressantes ou através do reforço de determinados comportamentos (Alves e Rodrigues, 2010). Isto conduz-nos para outro determinante, o género, que é um dos principais e mais importantes determinantes sociais de saúde mental, visto que se mantêm ao longo da vida dos indivíduos, e que tem impacto numa série de questões relacionadas com a sua saúde. Dada a sua pertinência no âmbito da presente investigação, este determinante vai ser abordado num ponto especificamente dedicado à sua análise.

Referidos e analisados todos estes determinantes, é importante mencionar que nitidamente o acesso a cuidados médicos e de saúde é igualmente um determinante bastante poderoso, que afeta a saúde mental dos indivíduos, e que está relacionado com todas as questões abordadas anteriormente. Particularmente, o fato dos indivíduos terem poucos recursos para terem acesso aos cuidados de saúde leva a que tenham menos consultas preventivas e que recorram menos a cuidados especializados.

Em síntese, a diminuição do risco de doenças mentais está associada com um *status* socioeconómico mais elevado, inserção no mercado de trabalho, segurança no local de trabalho, local de residência e boas condições habitacionais dos indivíduos, fortes redes de apoio social e com o acesso a cuidados médicos e de saúde. Portanto, claramente, estes fatores contribuem para o risco de vulnerabilidade à doença mental, mas não são fatores determinantes ou exclusivos, pelo que os fatores individuais também devem ser considerados.

Capítulo II – Depressão e Género

2.1 O género como categoria social

É já amplamente reconhecido que o conceito de género não deve ser entendido como o sinónimo de sexo, visto que sexo e género são categorias distintas. Assim, enquanto o sexo remete somente para diferenças físicas e biológicas entre homens e mulheres, correspondendo a uma distinção geneticamente determinada e universal (Vintém *et al.*, 2008), o género é construído socialmente e distingue o que é masculino do que é feminino, e, portanto, esta categoria tem diferentes compreensões e interpretações consoante a sociedade e o contexto social em que os indivíduos estão inseridos (Rodrigues, 2011). Deste modo, o género abrange mais do que o conceito de sexo visto que diz respeito à produção cultural feita em torno das diferenças biológicas e a noções socialmente construídas de feminilidade e masculinidade, salientando diferenças sociais entre homens e mulheres (Connell, 2005).

Para Anália Torres *et al.*, o género "remete para a diferenciação das categorias sociais do masculino e do feminino, diferenciação social essa que, partindo das diferenças biológicas existentes entre homens e mulheres, se constitui como ideologia ou construção cultural que define, para contextos sociais específicos, os comportamentos e atitudes adequadas ao feminino e ao masculino" (Torres, Brites, Mendes e Lapa, 2002, p. 1, *cit. in* Vintém *et al.*, 2008, p.4). Portanto, as diferenças psicológicas e comportamentais entre homens e mulheres não podem ser unicamente explicadas por fatores biológicos, ou seja, pelo sexo dos indivíduos, mas devem ser entendidas como resultado de construções sociais que justificam e influenciam características e comportamentos de género estereotipados a partir de valores, normas e ideologias culturais sobre o que significa ser homem e mulher (Rodrigues, 2011).

Então, existe um conjunto de características de personalidade, interiorizadas pelos indivíduos, que são socialmente adequadas à sua identidade de género. Assim, os estereótipos em torno da feminilidade levam a que as mulheres sejam associadas a características como a passividade, fragilidade, afetividade e sensibilidade, enquanto os homens são associados a características como a força, coragem, virilidade, racionalidade e autoridade (Rice *et al.*, 2011). Logo, as mulheres são associadas com traços mais expressivos num contexto interpessoal, enquanto os estereótipos dos homens tendem a ser centrados em traços instrumentais em contextos de realização, e assim os homens são percebidos como mais racionais e as mulheres como mais emotivas (Sigmon *et al.*, 2005), existindo uma maior valorização das características atribuídas aos homens.

Estas construções culturais em torno da masculinidade e da feminilidade são resultado da aprendizagem social, apreendidas desde cedo através da socialização inicial, que desempenha um papel fundamental, e que ensina os indivíduos a ter atitudes e comportamentos apropriados para o seu sexo, neste sentido, ser homem ou mulher diz respeito ao desempenho de um conjunto de expectativas ligadas ao *status* biológico dos indivíduos (Connell, 2005); e apesar de existirem diferenças entre culturas e sociedades, geralmente são colocadas restrições e especificidades relativamente ao comportamento adequado para homens e mulheres (Bussey e Bandura, 1999, *in* Broderick e Korteland, 2002). Isto é, as crianças aprendem desde cedo o comportamento adequado através dos modelos observados, pelo que lhes foi ensinado pela família e grupo de pares e pela forma como os outros respondem ao seu comportamento. Logo, os estereótipos em torno género determinam os comportamentos e atitudes socialmente admitidos e adequados para os indivíduos, levando a que adotem com maior frequência comportamentos apropriados ao seu género, bem como limita a variabilidade de comportamentos disponíveis (Immerman e Mackey, 2003), portanto não é a biologia que dita como se comportam homens e mulheres.

Relativamente ao papel de género masculino, o que se nota é a existência de uma masculinidade ideal e dominante na sociedade - a masculinidade hegemónica. Este termo foi utilizado pela primeira vez por Robert Connell (1995), e corresponde ao tipo de masculinidade dominante numa sociedade. Esta define uma série de características, identidades, discursos, normas e um padrão de comportamentos, realizados na ação social, às quais se esperam que os homens correspondam (Connell e Messerschmidt, 2013). Segundo Collier (198, p.21, *cit.in* Connell e Messerschmidt, 2013, p.256), a masculinidade hegemónica é "uma gama de ideologias populares do que constitui um ideal ou verdadeiras características do que é 'ser homem'", sendo assinalada por características como a demostração de autoridade, força e agressividade.

Esta masculinidade corresponde a uma masculinidade normativa e dominante, e à forma mais honrada de ser homem, legitimando a dominação dos homens na sociedade e a subordinação das mulheres - o patriarcado[18]; bem como se distingue das outras masculinidades existentes, levando a uma hierarquia entre masculinidades, pelo que presume a subordinação de masculinidades não hegemónicas (Connell, 2005; Connell e Messerschmidt, 2013). Isto é, a masculinidade hegemónica subordina as mulheres, mas também as masculinidades que não correspondem a este modelo de masculinidade.

Assim sendo, a masculinidade e a feminilidade dos indivíduos devem ser comprovadas através dos seus comportamentos, contudo, a masculinidade é mais difícil de confirmar do que a feminilidade. Então, os homens confirmam a sua masculinidade através de comportamentos e atitudes híper-masculinos, visto que a sua masculinidade deve ser constantemente reafirmada

[18] Sistema de estrutura sociais no qual os homens dominam e oprimem as mulheres.

e confirmada ao longo da vida. Portanto, todas as características e comportamentos que não correspondam ao padrão da masculinidade hegemónica devem ser evitados pelos homens, pois são considerados não masculinos e tipicamente femininos e, portanto, inferiores. Isto é, a masculinidade hegemónica leva os homens a evitarem os modelos da feminilidade, visto que este padrão de masculinidade é socialmente definido em contraste com este modelo (Connell, 2005), pelo que as características ditas como tipicamente femininas não devem fazer parte do seu comportamento. Tal comportamento implica que não expressem vulnerabilidade, dependência e intimidade emocional (Zartaloudi, 2011). Portanto, os comportamentos adotados pelos homens são motivados, em parte, pelas normas sociais, visto que estes são comportamentos solicitados para o desenvolvimento e manutenção da sua masculinidade, e como tal não devem ser entendidos como algo natural à condição de ser homem (Augusto, 2013).

Esta construção da identidade de género masculina e do comportamento de género é reforçada e intensifica-se principalmente na fase da adolescência, devido à pressão dos pares, levando a uma inclinação dos jovens para práticas e comportamentos de risco em diversos contextos, pois nesta fase existe uma necessidade dos indivíduos definirem os seus comportamentos e uma maior pressão para se conformar às normas masculinas, e deste modo conseguirem ganhar e manter o seu estatuto perante os outros o que permite que se estabeleça a reputação masculina no contexto de grupo (Massad, 1981, *in* Rice *et al.*, 2011; Connell e Messerschmidt, 2013; Raposo, *et al.*, 2016).

Todas estas conceções em torno do género levam a que homens e mulheres tenham poderes, normas, papéis e expetativas sociais diferenciadas, e, portanto, a socialização de género afeta de modo distinto homens e mulheres (Hamberg, 2008). Ou seja, o sexo dos indivíduos atua como um *status* mestre que leva os indivíduos a terem papéis específicos de género, diferentes expetativas (Hughes, 1945; Angrist, 1969, *in* Gove e Tudor, 1973; Wisdom *et al.*, 2007), bem como diferentes atitudes e comportamentos. Estas diferentes características, papéis e expetativas levam à existência, e justificam muitas vezes, as desigualdades existentes entre homens e mulheres, nomeadamente desigualdades salariais ou diferentes responsabilidades no cuidado com os filhos (Connell, 2005). Estas desigualdades de género estão estruturadas na sociedade e como tal refletem-se em todas as áreas do social (Vintém *et al.*, 2008).

2.2 Género e a Saúde

As desigualdades de género presentes na sociedade levam à existência de desigualdades na saúde, nomeadamente na saúde mental dos indivíduos. Num campo específico da saúde mental, o da depressão, tem sido verificada a existência de diferenças significativas de género, com as mulheres a apresentarem uma maior incidência de casos e, consequentemente, a receberem mais tratamento psicológico do que os homens. Assim, tem-se verificando que em relação ao diagnóstico de depressão, este varia entre diferentes países

e culturas, de 1.6 a 3.1 mulheres diagnosticadas para 1 homem, sendo que em todos os países e culturas as taxas de depressão são consistentemente maiores entre as mulheres (Sprock e Yode, 1997; Immerman e Mackey, 2003; Sigmon *et al.*, 2005; Hopcroft e Bradley, 2007; Ludermir, 2008; Neitzke, 2016).

Esta diferença de género na depressão é mais significativa nos países em que existe uma maior igualdade de género e onde a condição das mulheres é objetivamente melhor. Esta questão pode parecer paradoxal, contudo isto pode estar relacionado com o fato de nestes países existirem maiores expetativas de igualdade de género, por parte das mulheres, do que aquela que efetivamente experimentam e vivem nas suas vidas, pelo que têm maiores probabilidades de se sentirem tratadas de forma desigual e injusta, logo, são mais propensas a experimentam sintomas depressivos (Lennon e Rosenfeld, 1994; Glass e Fujimoto, 1994, *in* Hopcroft e Bradley, 2007). Já nos países com baixo nível de igualdade de género, as mulheres podem não ter expetativas tão elevadas, nem ter tanta consciência da desigualdade, visto que o seu grupo de referência são outras mulheres, que à partida se encontram na mesma situação (Hopcroft e Bradley, 2007).

Posto isto, o risco de depressão durante a vida é de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para os homens, sendo que esta diferença nos sintomas depressivos começa no início da adolescência e continua ao longo da idade adulta até a velhice (Sprock e Yode, 1997; Baptista, Baptista e Oliveira, 1999; Sloan e Sandt, 2006; Cambron, Acitelli e Pettit, 2009). Para além disto, as mulheres têm mais frequentemente pequenas depressões, maior duração de episódios depressivos, demostram ter breves depressões recorrentes, o decurso da depressão é mais crónico relativamente aos homens e relatam mais depressão em conjunto com ansiedade (Sprock e Yode, 1997; Sloan e Sandt, 2006).

Contudo, e apesar das mulheres serem mais propensas a tentar suicídio, quando se analisam as taxas de suicídio são os homens que mais as representam, o que pode sugerir que estes têm igualmente um nível elevado de sofrimento e de angústia (Gove e Tudor, 1973; Immerman e Mackey, 2003). Portanto, estas altas taxas de depressão nas mulheres tendem a apoiar a crença de que os homens estão protegidos da depressão, o que não corresponde à realidade, pois estes são igualmente vulneráveis, pelo que os homens podem não estar a ser adequadamente diagnosticados (Zartaloudi, 2011).

Posto isto, uma das explicações para a maior prevalência de depressão entre as mulheres e para que estas sejam mais frequentemente diagnosticadas, está relacionada com as desigualdades de género, em geral, e com o modo como elas influenciam a saúde, em particular. Assim, e como mencionado anteriormente, o género é uma categoria social que afeta todas as áreas do social, e é também considerado um dos determinantes sociais de saúde, visto que as desigualdades em saúde são socialmente produzidas e resultam de outras desigualdades existentes.

Efetivamente o que se verifica é que as representações e papéis de género são fatores que condicionam as diferenças na saúde e doença entre homens e mulheres, assim, o que é definido como masculino e feminino leva a comportamentos estereotipados em relação à saúde (Raposo, *et al.*, 2016). Estes diferenciados papéis de género têm consequências prejudiciais para a saúde de homens e mulheres, nomeadamente nas diferenças de comportamentos de proteção à saúde, nos comportamentos e fatores de risco, na procura de ajuda, no modo como reportam os seus sintomas e na forma como experimentam objetiva e subjetivamente a doença (Rice, Fallon e Bambling, 2011). Assim, o que se nota é que "as mulheres reportam mais sintomas, procuram mais cuidados médicos, declaram mais incapacidade de trabalho, têm um maior número médio de dias de hospitalização, utilizam mais medicação, sofrem mais doenças crônicas e têm uma baixa autoavaliação de saúde" (Macintyre *et al.*, 1996; Silva e Alves, 2002, *cit. in* Augusto, 2013). Todos estes fatores verificam-se independentemente de outras influências e desigualdades existentes na sociedade (Annadale e Hunt, 1990, *in* Augusto, 2013).

Portanto, estas dão mais importância à perceção de sinais e sintomas, que verbalizam mais no encontro médico, e têm uma atitude mais ativa em relação à gestão da saúde, para além disso as mulheres adotam crenças e comportamentos de saúde mais preventivos do que homens, visto que foram historicamente encorajadas a tal, o que também as leva a ter estilos de vida mais saudáveis, e que pode explicar o fato de sofrem menos condições crónicas severas e terem uma maior longevidade. Existe também uma maior facilidade por parte das mulheres em assumir o papel de doente, pois a fragilidade gerada pela doença é socialmente mais bem aceite para o género feminino (Rabasquinho e Pereira, 2007).

Adicionalmente a estas questões, as mulheres estão historicamente medicalizadas devido a marcadores externos mais objetivos e visíveis, tal como a gravidez ou menopausa, o que as torna mais vulneráveis à medicalização devido as suas funções reprodutivas. Para além disto, as ideologias de género e os seus papéis sociais levam a que estas estejam mais disponíveis para o escrutínio médico pois têm uma maior probabilidade de lidar com os médicos devido às suas funções de gestoras da saúde e cuidadoras, o que leva a que entrem mais em contato com a esfera médica. Por fim, estão mais expostas à rotulagem médica devido à forma como lidam com os seus sintomas, isto porque, as mulheres num encontro médico conseguem explicar melhor os sinais e sintomas e estão mais atentas a estes, logo são mais rotuladas.

Contudo, abordar as desigualdades de género em saúde não corresponde apenas à saúde das mulheres, e, portanto, a experiência masculina nestas questões dever ser tida em conta, visto que na área da saúde, contrariamente ao que se nota na maior parte das esferas sociais, são sobretudo os homens que têm trajetórias mais desfavorecidas (Rodrigues, 2011). Assim, os homens constroem a sua masculinidade em contraste com crenças e atitudes positivas de saúde visto que estas são entendidas como características de comportamentos femininos (Augusto, 2013), e isto advém das representações em torno da masculinidade que conduzem a

comportamentos, consumos e estilos de vida prejudiciais para a saúde dos homens, e que podem provocar doenças, lesões e por vezes morte (Schraiber *et al.*, 2005). Assim, nos homens têm-se verificado: "maior taxa de acidentes de viação; consumo de álcool e tabaco mais acentuado e prematuro; mais mortes associadas ao consumo de drogas; mais mortes autoprovocadas intencionalmente; maior incidência da sida; maior número de acidentes de trabalho" (Rodrigues, 2011, p.24). De certo modo, esta realidade ilustra as formas como a masculinidade hegemónica tem repercussões ao nível dos comportamentos de saúde e, consequentemente, na própria saúde dos homens.

Desta forma, características consideradas tipicamente masculinas, como a não fragilidade, levam a que os homens se tentem distanciar de características tipicamente femininas, como o cuidado consigo próprio, características estas que não são estimuladas durante a sua socialização, por não corresponderem às expectativas de género dos rapazes. Assim, os homens evitam comportamentos não tradicionais de género, como demostrar emoções, procurar ajuda ou expressar dor (Rice, Fallon e Bambling, 2011). Neste sentido, os homens "consomem menos cuidados de saúde, tendem a ignorar a dor e os sintomas e a não pedir ajuda" (Silva e Alves, 2002; Bates *et al.*, 2009; Courtenay, 2000; Annandale e Clark, 1996; Doyal, 2001, *in* Augusto, 2013), pelo que a conformidade com os papéis e normas masculinas têm sido associadas a piores efeitos na saúde física e mental entre os homens. No entanto, os homens não são vítimas passivas destes papéis de género, pois são também eles ativos na construção e reconstrução deste modelo de masculinidade (Courtenay 2000, *in* Augusto, 2013).

Também relativamente às questões de saúde mental se tem constatado a existência de desigualdades de género. Em relação às mulheres, as suas perceções de pior saúde levam a que estas estejam mais conscientes, atentas e informadas sobre os seus estados internos e que expressem, reconheçam e identifiquem mais facilmente os seus sintomas psicológicos e depressivos; nomeadamente, são mais propensas a reconhecer sintomas físicos da depressão, e portanto existe uma maior frequência de mulheres a relatar sintomas de depressão e também a reportar um maior número de sintomas (O'Neil, Lancee e Freeman, 1985; Yoder *et al.*, 1990, *in* Sprock e Yode, 1997; Baptista, Baptista e Oliveira, 1999; Sloan e Sandt, 2006). Assim, a representação social em torno da feminilidade leva as mulheres a admitirem que estão deprimidas mais facilmente que os homens, evitando comportamentos de fuga a esta realidade, levando a que tenham mais comportamentos de procura de ajuda através dos profissionais de saúde e, consequentemente, a que sejam realmente tratadas pelos profissionais de modo diversificado (Jenkins, 1985, *in* Schraiber *et al.*, 2005).

Quanto aos homens, estes apresentam uma menor preocupação com a sua saúde mental e com questões psicológicas, sobretudo no caso da depressão, visto que é uma doença tipicamente associada ao feminino. Deste modo, mesmo que estes identifiquem sinais e sintomas de depressão interpretam o seu sofrimento psíquico como vergonhoso, sendo mais

propensos a sofrer em silêncio e a ocultarem os seus sintomas, portanto, os seus sentimentos negativos são mantidos escondidos por mais tempo, relativamente às mulheres que agem mais prontamente à medida que os sinais e sintomas vão surgindo (Addis e Cohane, 2005, *in* Rice, Fallon e Bambling, 2011; Zartaloudi, 2011).

Os homens, independentemente da idade, etnia e origem social, demoram mais tempo a recorrer aos profissionais de saúde mental e estão mais relutantes em procurar ajuda no caso de depressão, devido às ideologias de masculinidade e às normas e papéis de género, que têm um papel desencorajador na procura de ajuda (Zartaloudi, 2011). Esta maior relutância ocorre devido ao fato da doença representar fragilidade nos homens, mas principalmente porque a doença mental em si é ainda mais estigmatizante, no sentido em que provoca sentimentos e sintomas tipicamente femininos, tais como a tristeza persistente e o pessimismo, o que leva a que seja mais difícil para os homens admiti-la e denunciá-la.

Ou seja, existe uma maior relutância por parte dos homens para admitir emoções desagradáveis, devido às expectativas culturais em relação à expressividade (Sigmon *et al.*, 2005). Assim, os estereótipos em torno do género, levam a que os homens reprimam mais as suas emoções, contrariamente ao que ocorre com as mulheres, dado que é culturalmente apropriado e aceitável para estas serem mais expressivas em relação aos seus problemas (Phillips e Segal, 1969, p.59, *cit. in* Gove e Tudor, 1973, p.830). Portanto "a feminilidade e os papéis femininos estão associadas com a capacidade de experimentar, expressar e comunicar emoções aos outros (…), enquanto a masculinidade e os papéis masculinos são associados com a capacidade de suprimir e controlar as suas emoções" (Fischer e Manstead, 2000, p. 71, *cit. in* Sigmon *et al.*, 2005, p. 402).

Para além da questão da expressividade, existem normas de emoção que especificam os sentimentos e expressão emocional "apropriados" para homens e mulheres, e no caso dos sentimentos de depressão, e tendo em conta as emoções que esta provoca, são aceitáveis para as mulheres, mas sancionadas para os homens (Simon, 2014). Deste modo, a socialização do papel de género influencia, consciente ou inconscientemente, os indivíduos em relação à descrição e relato das suas emoções, e leva os homens a estarem menos dispostos a denunciarem e relatarem sintomas depressivos (Sigmon *et al.*, 2005).

Assim sendo, tanto no relato como na apresentação de sintomas, verifica-se que estes estão em sintonia com os papéis e normas de género (Zanello e Bukowitz, 2012). Na sua interação com o médico ou profissional de saúde mental, o individuo apresenta-se a si próprio e aos seus sintomas em conformidade com as normas e papéis de género (*doing gender*) (Hamberg, 2008). Ou seja, os indivíduos são socializados de forma diferente em relação à expressão e exposição de sintomas depressivos, e relatam os seus sintomas de acordo com as normas sociais, e deste modo os estereótipos sobre género e a emoção podem influenciar os relatos de depressão e podem levar a que os indivíduos alterem o relato das suas emoções de modo a

se adequarem e adaptarem aos estereótipos (Brody e Hall, 2000, *in* Sigmon *et al.*, 2005), o que pode contribuir para que a depressão seja menos frequentemente diagnosticada nos homens.

Assim, e de acordo com o que temos vindo a argumentar, homens e mulheres expressam o sofrimento emocional e respondem ao *stress* de modo diferente. Geralmente as mulheres revelam sintomas como: insónia, ansiedade, tristeza, choro, angústia, nervosismo, desânimo e sentimentos de culpa ou inutilidade (Sloan e Sandt, 2006; Zanello e Silva, 2012), ou seja, emoções tipicamente femininas. Enquanto geralmente os homens exprimem os seus sintomas de modo diferente, nomeadamente, raiva, irritabilidade, agressividade, ideação suicida, consumo de substâncias, excesso de trabalho e comportamento antissocial (Andrade, Viana e Silveira, 2006; Rice, Fallon e Bambling, 2011; Zanello e Silva, 2012), ou seja, manifestam os seus sintomas de angústia através de comportamentos híper-masculinos, pois estes são mais aceitáveis socialmente, e desta forma evitam a expressão da doença do modo como ocorre nas mulheres (Rabasquinho e Pereira, 2007; Rice, Fallon e Bambling, 2011).

As mulheres são mais propensas a internalizar o seu *stress* e tendem a responder com comportamentos de internalização, enquanto os homens são mais propensos a expressar o seu *stress* e a reagir com comportamentos de externalização (Immerman e Mackey, 2003; Canetto 1997, 1991, *in* Rabasquinho e Pereira, 2007; Kovacs, Obrosky e Sherril, 2003, *in* Wisdom *et al.*, 2007; Simon e Lively, 2010; Simon, 2014). Esta diferença no modo de expressar e responder ao *stress* deve-se ao fato da depressão ser uma emoção inconsistente com o papel masculino, e desta forma os homens podem adotar estes comportamentos como forma de tentar gerir, transformar e suprimir estes sentimentos socialmente inapropriadas (Keenan e Shaw, 1997, *in* Broderick e Korteland, 2002; Simon e Lively, 2010).

Deste modo, a expressão destes sintomas e comportamentos pode não ser considerado como depressão, visto que os sintomas descritos pelas mulheres são os mais característicos e os que mais se enquadram na definição e nas práticas de avaliação[19] desta patologia (Sigmon *et al.*, 2005; Andrade, Viana e Silveira, 2006). Portanto, apesar dos homens serem igualmente vulneráveis à depressão, e do seu nível de gravidade de depressão ser similar à depressão feminina, estes permanecem não identificados, não diagnosticados e, consequentemente, não tratados (Zartaloudi, 2011).

Para além destas desigualdades de género na saúde mental, é necessário ter em consideração que as doenças são construídas socialmente e que contêm rótulos. Neste sentido, a depressão

[19] De acordo com os critérios do Manual de Diagnósticos e Estatística de Desordens Mentais (4ºedição) a depressão é diagnosticada se pelo menos um destes fatores interferir significativamente com a vida do individuo: humor deprimido; perda de interesse e prazer por atividades que normalmente são agradáveis e sensação de fadiga e energia diminuída. E pelo menos a presença de quatro sintomas adicionais durante o mesmo período, entre eles: distúrbio de peso; perda da confiança ou autoestima; sentimentos de culpa excessiva, auto-reprovação e inutilidade; distúrbios de sono; falta de concentração ou indecisão; pensamento recorrente de morte ou suicídio, entre outros (Sloan e Sandt, 2006).

desde o seu surgimento sempre foi associada às mulheres, logo é uma doença associada ao universo feminino. Assim, as características e comportamentos considerados como tipicamente femininos passaram deste o início pelo seu conceito, isto porque devido à construção cultural em torno da mulher, esta é considerada como tendo uma maior vulnerabilidade biológica a transtornos psicológicos. Então, verificou-se que antes da depressão ser descrita e estabelecida como diagnóstico, os psiquiatras assumiram desde logo que as mulheres eram mais frequentemente deprimidas do que os homens (Hirschbein, *in* Hamberg, 2008).

Esta conceção da depressão ser uma doença tipicamente feminina, foi durante muito tempo associada e explicada por uma corrente biologizante que encontra a explicação para a maior prevalência de ansiedade e depressão nas mulheres devido a fatores genéticos, nomeadamente através do seu sistema e eventos reprodutivos e do funcionamento hormonal (Baptista, Baptista e Oliveira, 1999; Hopcroft e Bradley, 2007; Zanello, 2010), particularmente pelo seu ciclo menstrual, gravidez e menopausa, que explicava a sua instabilidade emocional. Esta crença de que o sistema reprodutivo justificava a maior prevalência de depressão entre as mulheres, levou a uma conceção reducionista e biologizante da saúde mental das mulheres, pois reduz a existência da mulher ao seu corpo, e muito particularmente à sua função reprodutiva, ignorando a importância das relações sociais de género (Zanello e Bukowitz, 2012). Assim, nesta perspetiva, a saúde mental da mulher é definida pelo seu corpo, relacionado com o ciclo reprodutivo feminino, independentemente de outros fatores, o que contribuiu para que o discurso médico se apoderasse de determinados temas, reduzindo-os à sua condição biológica, conduzindo a que mal-estar das mulheres passasse a ser medicalizado (Vieira, 2002, *in* Zanello, 2010).

Assim, e tendo em conta que se assumiu à partida a depressão como uma doença no feminino, entre a década de 1950 e 1980, investigadores analisaram os pacientes hospitalizados, tendo os seus sintomas sido utilizados para definir a categoria de depressão. Contudo, os indivíduos analisados eram principalmente mulheres, visto que existiam mais mulheres do que homens com depressão assumida. Para além desta tendência de apenas considerar os sintomas das mulheres para categorizar a depressão, os pacientes que abusavam de álcool e drogas eram frequentemente excluídos destes estudos, sendo que a maioria deles eram homens (Hamberg, 2008).

Posto isto, pode-se concluir que a conexão entre a depressão e mulheres se tornou um círculo fechado, isto é, visto que os investigadores estudaram sobretudo as mulheres para estabelecer as bases para o diagnóstico, elas enquadraram-se mais nestas descrições e recebiam mais frequentemente o diagnóstico, o que apoiou as conclusões de que as mulheres são mais deprimidas do que os homens (Hamberg, 2008). Assim, a categoria desta doença foi abordada com as noções de feminilidade, e dai a predominância das mulheres nas estatísticas de depressão que se seguiram, e que vieram confirmar que as mulheres eram

“objetivamente” mais deprimidas do que os homens (Hirshbein 2009, *in* Neitzke, 2016). Com isto é possível verificar que a categoria da depressão foi moldada pelas normas sociais de feminilidade e passou a ser considerada como uma categoria biomédica, o que demonstra que nem mesmo as categorias médicas (ou a *disease*) são neutras e objetivas, sendo socialmente influenciadas.

Em suma, a conceção da depressão como uma doença no feminino e as diferenças de género na saúde explicam, em parte, a maior representatividade de mulheres nas taxas de depressão. Contudo, existem outros fatores sociais que contribuem para a diferença na depressão entre homens e mulheres, e que serão abordados de seguida.

2.3 Fatores associados à depressão de homens e mulheres

Nos últimos 20 anos desenvolveu-se um corpo teórico bastante vasto relativamente à multiplicidade de fatores estruturais, sociais, psicológicos e socioculturais que contribuem para as persistentes diferenças de género na saúde mental e no bem-estar emocional (Simon, 2014). Assim, diversas investigações têm revelado diferenças de género na incidência, prevalência e no decurso desta patologia (Andrade, Viana e Silveira, 2006). Há mesmo quem entenda ser "concebível que existam fatores sociais universais que deprimem as mulheres, e que estes fatores representem a predominância transcultural da depressão nas mulheres" (Weissman e Olfson 1995: 800, *cit. in* Neitzke, 2016, p.67).

Efetivamente, é necessário ter em conta que as mulheres têm múltiplos fatores de risco que aumentam cumulativamente a sua probabilidade de depressão e o desenvolvimento de sintomas depressivos (Cambron, Acitelli e Pettit, 2009). De seguida vão ser abordados os fatores sociais associados à depressão que estão mais presentes e são mais referidos na literatura analisada, nomeadamente a socialização dos papéis e normas de género, as diferenças na exposição ao *stress* e nos eventos de vida stressantes, as estratégias de *coping* e a dependência emocional.

Uma das causas sociais para a maior prevalência de depressão nas mulheres pode ser explicada pela socialização do papel de género, já antes referida, desde logo pelo fato das mulheres terem papéis e estatutos sociais limitados e pouco valorizados nas esferas públicas, bem como pelo fato destas terem níveis mais baixos de *status* e poder do que os homens, o que se verifica em todas as sociedades (Kemper, 1978, 1991, *in* Hopcroft e Bradley, 2007; Wisdom *et al.*, 2007). Assim, o conteúdo e a qualidade dos seus papéis sociais, bem como a multiplicidade de papéis desempenhados pelas mulheres, podem afetar de modo significativo a sua saúde mental, o que leva a que estas sejam mais propensas a ter problemas emocionais. Ou seja, estes papéis possuem uma série de características que podem promover a doença mental, nomeadamente a depressão (Gove e Tudor, 1973; Turner e Turner, 1999).

Portanto, uma maior feminilidade e a adoção de papéis femininos mais estereotipados está associada a uma maior tendência para o surgimento de depressão (Sanfilipo, 1994, *in* Sprock e Yode, 1997). Deste modo, os papéis das mulheres na sociedade podem ser menos satisfatórios e mais stressantes do que os papéis masculinos (Gove, 1972; Gove e Tudor, 1973, *in* Simon, 2014), e, assim sendo, as mulheres estão mais expostas do que os homens ao *stress* relacionado com o seu papel de género. Pelo contrário, os papéis tipicamente masculinos estão associados com experiências menos depressivas.

Relativamente aos papéis familiares, nota-se que estes continuam a ter significados diferentes para homens e mulheres, existindo uma distinção de papéis dentro da família. Assim, ao homem é atribuído um papel mais instrumental e à mulher um papel mais expressivo dentro do seio familiar. Isto é, à figura masculina cabe-lhe sobretudo o papel de ser provedor da família, enquanto à mulher cabe-lhe assegurar os cuidados familiares e os cuidados relacionados com a casa, o que muitas vezes foi associado com a sua aptidão natural para o cuidar (Immerman e Mackey, 2003; Simon, 2014). Estes papéis são complementares, contudo desiguais. Posto isto, as mulheres continuam ainda atualmente a assegurar a maioria das tarefas que envolvem o cuidado com outros, nomeadamente com os filhos, apesar de atualmente o papel do homem dentro do seio familiar ser também o de cuidar e não somente o de provedor. Neste sentido, verifica-se que mulheres com filhos pequenos estão em maior risco de depressão (American Psychological Association, 1985; McGrath *et al.*, 1990, *in* Sprock e Yode, 1997).

Quanto às tarefas domésticas, e apesar das desigualdades de género em relação ao tempo utilizado no trabalho não-remunerado se terem atenuado, as mulheres continuam a ter mais responsabilidade e a realizar e suportar a maioria das tarefas domésticas, o que leva a que estas trabalhem mais horas por dia (Gove e Tudor, 1973; Simon, 2014). Esta divisão desigual do trabalho doméstico pode representar uma fonte de *stress* para as mulheres e contribui para a persistência da desigualdade de género no bem-estar, bem como tem sido associada ao surgimento de sintomas depressivos. Para além disto, este é um trabalho com pouca valorização social, de baixo prestígio, insatisfatório e com poucas recompensas, visto que realizar tarefas domésticas não requer muitas habilidades e é um trabalho relativamente invisível, apesar de ser essencial, o que pode levar as mulheres a estarem descontentes com este papel e causar-lhes um maior sofrimento (Gove e Tudor, 1973).

Para além das elevadas exigências do seu papel doméstico, as mulheres podem ter mais *stress* relacionado com o mundo do mercado de trabalho. Isto porque persiste uma desigualdade de género no mundo do trabalho, nomeadamente a segregação horizontal e vertical e a desigualdade no rendimento, sendo que os trabalhos tipicamente femininos tendem a ser associados a menores rendimentos, prestígio e controlo (Lennon, 1987; Jacobs e Steinberg, 1990; Lennon e Rosenfield, 1992; Roxburgh, 1996; Lennon, 1999, *in* Turner e Turner, 1999). Assim, tem-se verificado que as mulheres empregadas experimentam níveis mais elevados de

sofrimento psicológico e depressão do que os homens empregados (Reskin e Coverman, 1985; Turner e Avison, 1989, *in* Turner e Turner, 1999). Portanto, as diferenças de género no stress, associadas às condições de trabalho, podem explicar as diferenças na angústia entre homens e mulheres empregados (Pugliesi, 1995, *in* Turner e Turner, 1999).

Apesar disto, as mulheres que estão empregadas estão significativamente menos angustiadas do que as mulheres não empregadas (Kessler e McRae 1982; Rosenfield, 1980, *in* Simon, 2014). O desemprego é um importante determinante social de saúde mental, e está relacionado com o surgimento e desenvolvimento de doenças mentais e depressão. Contudo, a relação entre desemprego e doenças mentais é maior entre os homens (Rodgers, 1991; Lahelma, 1992; Virtanen *et al.*, 2003, *in* Ludermir, 2008), e isto está nitidamente relacionado com os papéis e as expetativas de género.

Efetivamente, existem diferenças nos fatores de risco pré-existentes que podem levar as mulheres a estarem mais suscetíveis à depressão (Broderick e Korteland, 2002). Isto é, algumas circunstâncias são mais angustiantes para as mulheres e outras mais angustiantes para os homens, logo, enquanto as mulheres são mais reativas aos eventos interpessoais, familiares e que estejam relacionados com os pares, os homens tendem a ser mais reativos a eventos de realização e relacionados com o seu trabalho (Broderick e Korteland, 2002; Cambron, Acitelli e Pettit, 2009; Simon e Lively, 2010; Simon, 2014). Isto demostra nitidamente os papéis e as expetativas de género, tal como as diferentes responsabilidades que são socialmente atribuídas a homens e mulheres. Portanto, o *stress* no domínio familiar e do trabalho afetam de forma diferente o bem-estar dos indivíduos (Broderick e Korteland, 2002; Simon, 2014).

Neste sentido, é necessário ter em conta as exigências dos diversos e múltiplos papéis desempenhados pelas mulheres como um fator importante para compreender completamente a maior prevalência de depressão entre estas. O desempenho de múltiplos papéis pelas mulheres leva-as, frequentemente, a realizar uma dupla jornada, o que gera uma sobrecarga de trabalho e responsabilidades, maiores situações de *stress* e um conflito entre papéis, pois os seus papéis estão associados a maiores exigências e expetativas (Simon, 1995, *in* Turner e Turner, 1999). Este conflito entre papéis reflete-se na sua saúde mental e pode resultar em maiores taxas de depressão, e assim tem-se verificado que mulheres com maiores níveis de *stress* em casa e no trabalho têm mais tendência a ficar deprimidas (Aneshensel, 1986, *in* Sprock e Yode, 1997). O mesmo se verifica em mulheres empregadas com filhos, que são exclusivamente responsáveis pelo cuidado das crianças, estando estas particularmente angustiadas (Ross e Mirowsky, 1988, *in* Turner e Turner, 1999).

Em suma, as desigualdades no mundo do mercado de trabalho, as convicções culturais sobre o significado diferente das identidades sociais familiares masculinas e femininas, a influência das pressões sociais, o reduzido nível de satisfação associado ao desempenho dos múltiplos

papéis femininos e as oportunidades mais restritas (Hopcroft e Bradley, 2007; Ludermir, 2008) desempenham um papel fundamental nos níveis de sofrimento emocional. Assim, os papéis desempenhados no trabalho e na família são menos vantajosos e uma fonte de maior *stress* para a saúde mental das mulheres, o que pode justificar, em parte, a persistência de episódios depressivos entre estas (Simon, 2014).

Para além de existir esta maior vulnerabilidade e exposição ao longo da vida das mulheres ao *stress* social, a maior depressão entre estas está também relacionada com o facto de estarem mais propensas a experimentar eventos negativos e tensões de vida stressantes, tanto agudos como crónicos, sendo estes eventos mais graves, quando comparados com os dos homens (Broderick e Korteland, 2002). Estes eventos têm sido associados ao início da depressão e contribuem para o aumento da taxa de depressão nas mulheres. Esta diferença na experiência de eventos negativos e de *stress* surge na adolescência, com as raparigas a experimentarem mais eventos de *stress* do que os rapazes, e mantêm-se ao longo da vida (Compas, *et al.*, 1989; Wichstom, 1999, *in* Broderick e Korteland, 2002).

Dentro dos eventos de vida negativos e stressantes pode mencionar-se o facto das mulheres serem as principais vítimas de abuso, nomeadamente de sofrerem mais violência física, agressão e abuso sexual, o que leva a que estas estejam em risco de desenvolver problemas de saúde, tanto físicos como mentais, colocando-as em maior risco de transtornos depressivos, ansiedade, transtornos de *stress* pós-traumático e suicídio (Cultler e Nolen-Hoeksema, 1991; Hamilton, 1989; Jehu, 1989, *in* Sprock e Yode, 1997; Andrade, Viana e Silveira, 2006; Alves e Rodrigues, 2010). Relativamente à violência doméstica, a OMS (2000, *in* Ludermir, 2008) indicou-a como a principal causa, em relação ao género, da depressão entre as mulheres (Ludermir, 2008).

Posto isto, a depressão pode ser desencadeada quando indivíduos mais vulneráveis experimentam eventos de vida stressantes ou negativos (Cambron, Acitelli e Pettit, 2009). Segundo Harris (2003, *in* Neitzle, 2016), geralmente a depressão começa com alguns eventos de vida stressantes, e que têm impacto em todos os indivíduos. Contudo, para pessoas que são mais vulneráveis, os sentimentos de desânimo são mais propensos a generalizar-se para outros aspetos da vida, assim o início da depressão em certos indivíduos e não noutros está relacionado com uma certa vulnerabilidade. A generalização destes sentimentos mais negativos é mais provável ocorrer em indivíduos que já pertencem a uma categoria da população com menos poder, e particularmente sujeitos a sofrer eventos de vida graves, o que é o caso das mulheres (Harris 2003, *in* Neitzle, 2016). Deste modo, as mulheres são mais vulneráveis do que os homens ao impacto do stress, nomeadamente aos efeitos psicológicos e emocionais, isto devido às estratégias de *coping* adotadas e a um suporte social mais frágil (Simon e Lively, 2010; Simon, 2014).

Neste sentido, o suporte social influencia a capacidade de os indivíduos lidarem com o *stress* e com os eventos de vida stressantes, portanto, as fortes redes sociais de suporte podem reduzir o impacto negativo do *stress* e proteger os indivíduos da depressão (Sprock e Yode, 1997; Simon, 2014). Como já mencionado anteriormente, as redes de suporte social estão relacionadas com aspetos como o rendimento e a ocupação profissional. Assim, e tendo em conta que as mulheres têm mais probabilidades de ter menos recursos do que os homens, estas redes podem ser menos úteis quando enfrentam situações mais complicadas (Sprock e Yode, 1997), sendo que o suporte social tem mais impacto e é mais importante para as mulheres do que para os homens. Para além disto, as mulheres são mais propensas a dar mais frequente e efetivamente um suporte e apoio social do que os homens, o que pode de certo modo proteger os homens da depressão (Belle, 1987, *in* Sprock e Yode, 1997).

Apesar disto, as diferenças de género em relação ao *stress* representam apenas uma parte da diferença de género na depressão, e é preciso ter em conta que estes eventos isoladamente podem não levar necessariamente à depressão, pois as pessoas podem ser resilientes fase a estas experiências (Sloan e Sandt, 2006).

Isto conduz-nos para outro fator social associado à depressão já antes mencionado, as estratégias de *coping*. Os papéis de género podem levar os indivíduos a adotarem diferentes estratégias de *coping*[20] para lidarem com situações negativas e/ou stressantes, visto que a construção em torno das masculinidades e feminilidades conduz a diferentes respostas e comportamentos apropriados a certas situações. Isto é, apesar das características biológicas e afetivas dos próprios indivíduos levarem a determinados comportamentos, também é necessário considerar os comportamentos estereotipados de género, os quais determinam de certo modo as estratégias adotadas pelos indivíduos, e que estão relacionados com a aprendizagem e execução dos papéis sociais de género e, portanto, sujeitos à influencia da sociedade (Bussey e Bandura, 1999, *in* Broderick e Korteland, 2002).

Deste modo, as estratégias de *coping* utilizadas e escolhidas pelos indivíduos são ajustadas ao género, e são aprendidas e interiorizadas da mesma forma que ocorre com os outros comportamentos de género. Como tal, estas estratégias utilizadas são construídas com base em estereótipos de género, e assim o que geralmente é um comportamento de *coping* apropriado para as mulheres, não é adequado e apropriado para os homens (Broderick e Korteland, 2002). Portanto, homens e mulheres têm diferentes estratégias de *coping* para lidar com o *stress* e com situações negativas. Enquanto as mulheres tendem a ter uma

[20] Por *coping* entende-se os "esforços conscientes e voluntários para regular a emoção, a cognição, o comportamento, a fisiologia e o ambiente como resposta a eventos ou circunstâncias stressantes" (Compas, *et al.*, 2001, p.89, *cit. in* Broderick e Korteland, 2002, p.204). Ou seja, são as estratégias utilizadas pelos indivíduos para lidar com circunstâncias tipicamente negativas e/ou stressantes.

estratégia de ruminação[21], a serem mais expressivas verbal e emocionalmente e a terem uma maior autorreflexão sobre as situações, os homens tendem a ter estratégias de *coping* inexpressivas e um maior controlo das suas emoções (Sprock e Yode, 1997; Butler e Nolen-Hoelksema, 1994, *in* Broderick e Korteland, 2002; Simon, 2014).

A estratégia de ruminação tem sido associada ao início e desenvolvimento de sintomas depressivos, bem como o aumento de sintomas depressivos pode levar a uma maior ruminação, e, portanto, existe uma correlação positiva entre ruminação e sintomas depressivos (Cambron, Acitelli e Pettit, 2009). Deste modo, esta estratégia de *coping* pode efetivamente desenvolver, manter e piorar a depressão, bem como aumentar a duração e intensidade de episódios depressivos (Sprock e Yode, 1997; Greenberg e Pyszczynski, 1986; Ingram *et al.*, 1988; Morrow e Nolen-Hoeksema, 1990, *in* Broderick e Korteland, 2002). Assim, os indivíduos que utilizam esta estratégia envolvem-se em comportamentos de *coping* menos positivos e estão mais propensos a serem menos resilientes perante eventos de vida stressantes, pois deste modo amplifica-se o efeito negativo dos problemas, o que consequentemente leva a respostas e comportamentos mais negativos.

As tendências de ruminação estão bastante associadas às experiencias de depressão nas mulheres, assim as mulheres têm padrões de *coping* passivo e as suas descrições são caracterizadas por ruminação, maiores níveis de emoções negativas, menor distração e uma resolução de problemas menos efetiva (Broderick e Korteland, 2002). Portanto, o *coping* de ruminação está bastante associado com o género e com o papel feminino.

Relativamente aos homens, e visto que existe uma tendência para os indivíduos se conformarem com as normas de género, o que reduz o conjunto de comportamentos disponíveis, os comportamentos de resiliência podem ser vistos como atributos femininos, sobretudo se recorrem à ruminação (Sylvester e Hayes, 2010, *in* Rice *et al.*, 2011). Assim, os homens estão mais propensos a adotar estratégias de *coping* relacionadas com a distração[22] para lidar com estas situações, o que pode suavizar o efeito negativo relacionado com o stress, e consequentemente atenuar os episódios depressivos (Thayer *et al.*, *in* Sprock e Yode, 1997; Nolen-Hoeksema, Morrow, e Fredrickson, 1993, *in* Broderick e Korteland, 2002), bem como permite que os homens mascararem e escondam os seus sentimentos de depressão.

---

[21] Por ruminação entende-se o processo repetitivo focado em emoções, sentimentos e pensamentos negativos sobre eventos e situações do passado, o que aumenta a importância e frequência de lembranças de experiencias negativas e angustiantes. Bem como uma maior autorreflexão dos indivíduos sobre as situações, assim, os indivíduos tendem a formular hipóteses e a analisar uma variedade de dimensões quando consideram um determinado problema (Cambron, Acitelli e Pettit, 2009). Um exemplo desta estratégia é o indivíduo falar repetidamente sobre um evento negativo (Morrow e Nolen-Hoeksema, 1990, *in* Broderick e Korteland, 2002).

[22] Estratégia que permite aos indivíduos envolverem-se em atividades e/ou pensamentos neutros ou agradáveis que permitem o desvio da sua atenção para eventos, situações e experiências mais positivas e que lhe proporcionem prazer (Broderick e Korteland, 2002).

Portanto, o papel de género feminino está em concordância com uma estratégia de ruminação visto que o seu papel tradicional é caracterizado pela expressividade de emoções e passividade, o que lhes permite demostrar sinais de fraqueza. Quanto à distração, esta estratégia é entendida em maior conformidade com as características e papéis tipicamente masculinos, como a demostração de força, o que pode efetivamente representar uma vantagem de coping. Neste sentido, as mulheres e os indivíduos que se identifiquem com o género feminino podem ser menos propensos a adotarem comportamentos e estratégias de *coping* tipicamente masculinas, o que em certas circunstâncias poderia representar uma vantagem.

Por fim, a dependência emocional[23] é igualmente um fator de risco para o surgimento e desenvolvimento de depressão, existindo uma forte relação entre esta dimensão e maiores níveis de depressão. Assim, os indivíduos com maior necessidade de dependência estão mais propensos e vulneráveis à depressão, sendo que esta dependência emocional parece ter uma maior significância para a depressão nas mulheres (Cambron, Acitelli e Pettit, 2009).

Esta associação entre dependência emocional e taxas mais elevadas de depressão entre as mulheres, deve-se às diferenças de género nas relações interpessoais, e ao fato destas terem diferentes significados para homens e mulheres. Assim, é culturalmente normativo que as mulheres possam exibir uma maior dependência de outras pessoas, enquanto que em relação aos homens espera-se que estes sejam mais independentes e autónomos (Turner e Turner, 1999). Isto leva a que as mulheres sejam mais prejudicadas por esta dependência em relação aos homens, o que se traduz em diferenças na vulnerabilidade. As mulheres colocam mais ênfase nas relações, devido à socialização de género, e tendem a experimentar tanto os efeitos positivos como negativos que surgem destas relações, sendo mais vulneráveis às tensões e efeitos negativos que possam surgir. Assim sendo, geralmente, as relações matrimoniais, familiares e parentais têm uma maior importância e são mais stressantes para as mulheres (Turner 1994, *in* Sprock e Yode, 1997).

As mulheres estão, então, mais expostas a enfrentar um *stress* interpessoal devido aos problemas e eventos negativos que ocorrem com as pessoas dentro da sua rede, nomeadamente, com os seus companheiros, amigos e familiares, enquanto para os homens as circunstâncias e eventos negativos que ocorrem consigo próprios tendem a ser mais angustiantes e stressantes (Cambron, Acitelli e Pettit, 2009; Simon, 2014).

---

[23] A dependência emocional refere-se a indivíduos que dependem quase exclusivamente do amor e da atenção dos outros para a manutenção da sua autoestima e da perceção que têm de si próprios (Hirschfeld *et al.*, 1976, *in* Turner e Turner, 1999). Ou seja, a valorização individual e a autoestima dependem do funcionamento de relacionamentos interpessoais, bem como do pensamento e julgamento dos outros. Esta dependência reflete um desejo e necessidade de relacionamentos, bem como de ser cuidado, amado e protegido (Beck, 1983; Blatt, 1974; Blatt e Zuroff, 1992, *in* Cambron, Acitelli e Pettit, 2009). Assim, "no sentido mais amplo, a dependência interpessoal refere-se a um complexo de pensamentos, sentimentos e comportamentos que giram em torno da necessidade de se aproximar e interagir com outras pessoas" (Hirschfeld *et al.*, 1976, p. 374, *cit. in* Turner e Turner, 1999, p.363).

Posto isto, os indivíduos com uma maior dependência emocional podem ficar mais deprimidos quando existe uma rutura na relação, e tendo em conta que as mulheres são mais propensas a idealizarem e esforçarem-se para conseguirem atributos ideais para as suas relações interpessoais, estas tendem a ficar mais deprimidas quando existe uma rutura (Sprock e Yode, 1997; McGuire e Troisi, 1998, *in* Hopcroft e Bradley, 2007; Cambron, Acitelli e Pettit, 2009; Simon, 2014).

Adicionalmente a estas questões, a construção da identidade feminina e da sua autoestima está mais propensa a ser relacionada e dependente do desenvolvimento e da qualidade de relações íntimas, pelo que as próprias perceções das mulheres sobre elas mesmas são mais fortemente definidas e mantidas através da sua relação com os outros (Erikson, 1968, *in* Turner e Turner, 1999; Cambron, Acitelli e Pettit, 2009). Pelo contrário, a socialização masculina enfatiza a importância da independência para a construção da sua identidade e, portanto, é menos provável que a avaliação e autoestima dos homens seja afetada pelo *stress* interpessoal (Cambron, Acitelli e Pettit, 2009; Rosenfield, *in* Simon, 2014).

Nas mulheres existe, assim, uma maior dependência da avaliação e autoestima através das suas relações, levando a que estas dimensões sejam mais instáveis, o que representa um fator de risco para o desenvolvimento de depressão (Crocker, 2002, *in* Cambron, Acitelli e Pettit, 2009). Para além disto, as mulheres estão mais dependentes e preocupadas com as opiniões e avaliações externas de si mesma, e tendem a obter a sua própria avaliação, valorização individual e autoestima, em grande medida, a partir das avaliações, do pensamento e julgamento dos outros indivíduos pertencentes à sua rede, o que as tornam mais vulneráveis à depressão (Turner e Turner, 1999; Kuiper e Olinger, 1986; Kuiper *et al.*, 1988, *in* Cambron, Acitelli e Pettit, 2009).

Estes níveis mais elevados de dependência emocional entre as mulheres verificam-se independentemente de fatores do *status* social, tais como o estado civil e parental, a educação, o rendimento e o prestígio ocupacional (Turner e Turner, 1999). Ou seja, os papéis e o *status* podem reforçar ou diminuir essa dependência, mas tendo em conta que os contextos sociais desses papéis e *status* levam a diferentes poderes e oportunidades de acordo com o género, estes afetam de modo diferente a dependência emocional de homens e mulheres. Portanto, esta dependência emocional pode ser aumentada no contexto do baixo poder, o que é especialmente prejudicial para as mulheres, uma vez que as mulheres tipicamente ocupam posições menos poderosas na sociedade. Deste modo, um poder mais baixo e uma maior dependência podem aumentar a vulnerabilidade das mulheres (Turner e Turner, 1999).

Em suma, todos estes fatores sociais contribuem para que as mulheres estejam mais propensas a sofrer depressão, visto que geralmente as mulheres demonstram níveis mais elevados nestas variáveis de risco que conduzem ao seu desenvolvimento. Contudo, estes

fatores isolados não explicam a maior prevalência entre as mulheres, nem são fatores determinantes ou exclusivos, pelo que devem ser relacionados entre si, visto que a depressão é um fenómeno complexo e, portanto, não existe uma explicação única para as desigualdades de género, nem para a sua associação com a saúde mental. Neste sentido, é importante também ter em consideração que o género tem impacto sobre os outros determinantes sociais de saúde mental mencionados anteriormente, nomeadamente o *status* socioeconómico, o desemprego ou o trabalho, pelo que devem ser também considerados quando se discutem fatores de risco na saúde mental.

Capítulo III – Viés de género na medicina

A medicina e o conhecimento médico-cientifico são um produto da sociedade e, como tal, estão sujeitos a valores, não sendo entidades neutras nem objetivamente concebidas. Neste sentido, a medicina tende a refletir os estereótipos e preconceitos da sociedade. Apesar de durante muito tempo esta questão não ter sido reconhecida, na última década do século XX surgiram evidências em relação à existência de impressões empíricas e juízos subjetivos na prática médica, especificamente no que concerne ao género, neste sentido pode existir uma falta de rigor e transparência por parte dos profissionais de saúde (Cantero e Delgado, 2004; Poínhos, 2011).

Assim, tem-se vindo a refletir sobre o viés de género na medicina a vários níveis, nomeadamente: na investigação científica, na definição de patologias, na prática clínica e nas políticas de saúde (Poínhos, 2011). Apesar das mulheres sofrerem mais com este viés, nomeadamente na maior inadequação de cuidados e nas menores taxas de diagnóstico e/ou tratamento, este tem efeitos prejudiciais para toda a população (Poínhos, 2011).

Posto isto, os estereótipos de género na medicina dizem respeito ao fato de existir uma negligência relativamente a preconceitos sobre a saúde, comportamentos, experiências e necessidades de homens e mulheres (Hamberg, 2008). Assim é necessário ter em conta o julgamento clínico dos profissionais de saúde, os diagnósticos que podem ser estereotipados, bem como a validade das categorias e os critérios de diagnóstico (McGrath *et al.*, 1990, *in* Sprock e Yode, 1997).

Um dos primeiros vieses de género identificados, esteve relacionado com a exclusão sistemática das mulheres nos estudos biomédicos e ensaios clínicos. Estes utilizaram os homens como protótipos da população, e fazia-se uma extrapolação automática, inferindo e aplicando os resultados para as mulheres, produzindo-se desta forma um conhecimento tendencioso (Hamberg, 2008). As mulheres eram pensadas como homens em ponto pequeno. Esta sub-representação das mulheres nos ensaios clínicos parte da suposição errada de que existe igualdade entre homens e mulheres e que a sua vivência social é a mesma (Cantero e Delgado, 2004). Esta invisibilidade de género ainda continua presente numa grande quantidade de conhecimento produzido atualmente sobre doenças e fatores de risco (Hamberg, 2008). Porém, com a inclusão das mulheres e a consideração das diferenças entre sexos nas investigações é possível obter dados válidos para ambos os sexos, e deste modo leva a que a investigação beneficie os vários grupos da sociedade (Poínhos, 2011).

O viés de género pode também ser verificado no "planeamento errado de igualdade ou diferenças entre homens e mulheres – na sua natureza, comportamentos e/ou racionamentos

-, o qual pode gerar uma conduta desigual nos serviços de saúde e que é discriminatória para um sexo em relação ao outro" (Cantero e Delgado, 2004, p.3). Ou seja, existe uma invisibilidade do género (*gender blindness*) que reside na falta de consideração do género quando ele é efetivamente relevante, assumindo a igualdade entre sexos a níveis onde se verificam na realidade diferenças genuínas, quer a nível biológico ou de condições de vida e experiências, e ainda supondo erradamente que a situação e os riscos de homens e mulheres são similares; ou pelo contrário, assumindo diferenças entre sexos que são na realidade inexistentes (Cantero e Delgado, 2004; Verdonk *et al.*, in. em Poínhos, 2011). Isto ocorre porque na medicina os termos sexo e género são frequentemente utilizados e entendidos como sinónimos (Poínhos, 2011).

Outro viés consiste numa atitude diferente face a pacientes consoante o seu sexo, tal como a atribuição de diferentes diagnósticos com a expressão dos mesmos sintomas. Assim, existem várias investigações que demostram que relatos idênticos são interpretados de maneira diferente, dependendo do sexo do paciente, ou seja, quando os pacientes relatam os seus sintomas e condições o médico, enfermeiro ou outros membros da equipa de cuidados de saúde estão propensos a interpretar até mesmo discursos idênticos de forma diferente devido às representações e estereótipos de género. Portanto, o olhar clínico (*medical gaze*[24]) também pode conter os estereótipos de género e, deste modo, negligenciar sintomas em pacientes pertencentes ao sexo oposto em que a condição e doença é conhecida por ser menos comum ou grave (Hamberg, 2008). No entanto, na interação entre médico-paciente, também o paciente pode envolver-se com estereótipos de género, ou seja, este apresenta-se a si próprio e aos seus sintomas em conformidade com normas de género- *doing gender*-, à semelhança da interpretação que o médico faz dos relatos e comportamentos do paciente (Hamberg, 2008).

Assim, este viés de género é mais facilmente identificado quando a condição ou doença está supostamente associada a um dos géneros, devido à prevalência histórica de uma determinada patologia num dos sexos, levando a que os diagnósticos sejam menos prováveis no sexo oposto, o que se traduz em práticas desiguais em homens e mulheres (López *et al.*, *in* Poínhos, 2011). Portanto, o viés de género de diagnóstico refere-se à influência sistemática de um fator, mas que não é utilizada na definição de um transtorno, e que leva à existência de falsos negativos e falsos positivos, e deste modo leva a que a taxa diagnosticada se desvie da taxa verdadeira (Widiger e Spitzer, 1991, *in* Sprock e Yode, 1997). Um exemplo associado a esta questão é a enxaqueca, que afeta sobretudo as mulheres, levando a indústria farmacêutica a fazer publicidades dirigidas aos consumidores e aos médicos retratando sobretudo pacientes do sexo feminino, o que reforça a impressão de que a enxaqueca é apenas uma condição de mulheres, deixando muitos homens que sofrem desta condição

[24] O *medical gaze* corresponde a um conceito utilizado por Foucault (1977), para referir o olhar neutro, objetivo e afastado dos profissionais de saúde em relação aos pacientes. Assim, o termo evidência a separação que a medicina e os médicos fazem entre o corpo do paciente e a sua identidade.

invisibilizados, o que leva a que sejam menos frequentemente diagnosticados (Hamberg, 2008).

Podendo existir viés no diagnóstico, a probabilidade de quem sofre de uma determinada condição ou doença seja tratado e acompanhado é quase nula, se por algum motivo for excluído do processo de diagnóstico, e também diminui a sua possibilidade de diagnóstico se durante este processo não forem realizados os exames oportunos (Cantero e Delgado, 2004). O viés de género, para além de influenciar o diagnóstico, tem impacto também nas propostas de tratamento, o que leva a discrepâncias no tratamento proposto a homens e mulheres, e que pode ter consequências positivas, negativas ou neutras para a saúde destes indivíduos (Cantero e Delgado, 2004; Verdonk *et al.*, *in* Poínhos, 2011). Por fim, a desigualdade de género também pode ocorrer se existir uma discriminação em função do sexo do paciente em termos de oportunidades, disponibilidade de recursos ou acesso aos serviços de saúde (Verdonk *et al.*, *in* Poínhos, 2011).

3.1 Viés de género no diagnóstico de depressão

Relativamente à questão das doenças mentais e da depressão, uma das primeiras críticas feitas esteve relacionada com a classificação do manual de diagnóstico e estatística de desordens mentais-III. Isto porque a equipa envolvida na sua construção era constituída maioritariamente por homens e continha uma perspetiva masculina de saúde mental, rotulando os comportamentos estereotipados femininos como patológicos. Assim, as maiores taxas de distúrbios mentais, incluindo a depressão, em mulheres evidenciavam um viés de género no diagnóstico (Kaplan, 1983; Franks, 1986, *in* Sprock e Yode, 1997).

Outro viés de género que importa referir é o viés de critério (Widiger e Spitzer, 1991, *in* Sprock e Yode, 1997), que se refere ao julgamento clínico. Assim, o que as evidências têm revelado é que para a apresentação dos mesmos sintomas é mais provável que as mulheres sejam diagnosticadas com depressão do que os homens, o que pode ser justificado pelo facto destas serem consideradas mais propensas a problemas psicológicos e psicossomáticos (Gove e Tudor, 1973; Sloan e Sandt, 2006; Poínhos, 2011; Basílio, Figueira e Nunes, 2015). Ou seja, o que se verifica é que apesar dos homens também obterem níveis elevados nas escalas de depressão, é menos provável serem diagnosticados do que as mulheres com níveis similares. Isto demostra o preconceito dos médicos no diagnóstico sobre o padrão de depressão, sendo que para além de relacionarem esta patologia com o género, são também tendenciosos na interpretação de dados padronizados (Hamberg, 2008). Posto isto, algumas investigações têm demostrado que o género influencia o diagnóstico do paciente com transtornos de personalidade ou depressão (Warner, 1978; Wrobel, 1993, *in* Sprock e Yode, 1997).

Assim, segundo a investigação de Potts, Burnam e Wells, (1991, *in* Sprock e Yode, 1997), os profissionais de saúde tendem a identificar mais frequentemente a depressão nas mulheres do que nos homens, e isto ocorreu mesmo em pacientes homens que tendo preenchido todos os

critérios de diagnóstico de depressão, não foram diagnosticados com esta patologia. Mas também ocorreram casos de pacientes mulheres que não preenchiam estes critérios e que foram diagnosticadas com depressão. Então, pode-se concluir que esta tendência dos profissionais de saúde de identificarem mais frequentemente depressão nas mulheres pode levar à existência de falsos positivos para as mulheres e falsos negativos para os homens, existindo assim uma tendência para o sob-diagnóstico de depressão nas mulheres e um subdiagnóstico nos homens (Sprock e Yode, 1997; Zanello e Silva, 2012).

Uma outra questão é que pode existir falha em considerar as diferenças de género na forma como as doenças mentais se manifestam e/ou expressam, o que pode revelar diferentes taxas de prevalência, em função de possíveis viés de género nos critérios de diagnóstico (Grant e Weissman, *in* Zanello e Silva, 2012). Widiger e Spitzer (1991, *in* Sprock e Yode, 1997) referem-se a esta questão como viés na avaliação, a qual está relacionada com a avaliação psicológica. Assim, como já foi referido, as mulheres são mais propensas a relatar sintomas de angústia psicológica devido ao maior reconhecimento das suas emoções, bem como das diferenças na socialização e papéis de género, o que as leva a uma maior denúncia dos seus sintomas e a uma maior facilidade de expressarem as suas emoções. Isto leva a que homens e mulheres adotem estilos diferentes quando são solicitados a identificar os seus sintomas de depressão, podendo levar os profissionais de saúde a não considerar a depressão quando avaliam pacientes do sexo masculino (Sprock e Yode, 1997; Sloan e Sandt, 2006; Basílio, Figueira e Nunes, 2015). Deste modo, leva a que os testes e as entrevistas realizadas possam superestimar a depressão para as mulheres e/ou subestimar a depressão para os homens (Sprock e Yode, 1997).

Como já mencionado, existem diferenças de género nas próprias manifestações dos sintomas depressivos, levando os homens tendencialmente a manifestar a depressão de forma diferente das mulheres, nomeadamente através de problemas com álcool e drogas, mas e tal como referido, os critérios considerados sobrevalorizam sintomas mais típicos no género feminino (Basílio, Figueira e Nunes, 2015). Assim sendo, estas diferentes manifestações podem afetar a validade das escalas de depressão, pois estas podem não abordar adequadamente os sintomas dos homens com depressão, como é o caso dos comportamentos de risco (Wihelm e Parker, 1993 *in* Sprock e Yode, 1997), podendo levar à já mencionada existência de falsos positivos ou falsos negativos.

Outro viés de género na depressão está relacionado com o fato de existir um maior número de mulheres diagnosticadas com depressão, o que pode desempenhar um papel importante na tomada de decisões dos profissionais de saúde mental, e que ao longo do tempo pode influenciar as taxas de prevalência de transtornos. Assim, se as mulheres são mais frequentemente diagnosticadas com depressão e se os profissionais de saúde em situações de incerteza recorrem a esta taxa de prevalência para realizar o diagnóstico, isto pode levar a

que efetivamente as taxas de depressão nas mulheres sejam maiores (Lopez, 1989, *in* Sprock e Yode, 1997).

É de referir ainda que as mulheres são mais propensas do que os homens deprimidos a serem encaminhadas e internadas no hospital (Zartaloudi, 2011). Na investigação de Wrobel (1993, *in* Sprock e Yode, 1997) verificou-se que o género influencia o diagnóstico, mas também as decisões tomadas pelos psicólogos clínicos para o tratamento de um paciente com depressão. O mesmo se verificou na investigação de Wilcox (1992, *in* Sprock e Yode, 1997), em que o sexo dos pacientes influenciava os estudantes de medicina nas recomendações de tratamento, e assim estes estudantes foram mais propensos a recomendar aconselhamento para as mulheres deprimidas e uma consulta não-psiquiátrica para os homens.

Para além destes aspetos, o fato dos pacientes serem mulheres parece ser um fator preditivo para a prescrição de psicofármacos (Basílio, Figueira e Nunes, 2015), tendo-se verificado a existência de uma maior prescrição e consumo de medicamentos psicotrópicos nas mulheres. Isto pode ser justificado pelo fato de mais mulheres serem diagnosticadas, mas também possivelmente pelo fato dos médicos tenderem a prescrever mais fármacos para sintomas depressivos às mulheres do que aos homens (Cantero e Delgado, 2004). Os dados internacionais apontam que, em média, 70% dos indivíduos consumidores de medicamentos, principalmente calmantes, tranquilizantes e sedativos, pertencem ao sexo feminino (Oliveira, 2000; Ribeiro, 2007, *in* Zanello, 2010).

Posto isto, Gordon (2010, *in* Neitzke, 2016, p.63) denomina como "ideologia não escrita" (*unwritten ideology*) o fato de a categoria do género ter pouca influência nos modelos de psiquiatria da psiquiátrica contemporânea, visto que estes modelos concentram-se no funcionamento neurológico e num conjunto de critérios operacionais e aspetos clínicos para a classificação da depressão, o que permite facilmente ignorar o género e outras desigualdades sociais presentes na sociedade (Baptista, Baptista e Oliveira, 1999).

Em suma, para se analisar as diferenças de género no que concerne à depressão, é igualmente importante que se considere o viés de género na medicina e todas as dimensões mencionadas, pois só deste modo conseguimos ter uma ampla compreensão desta realidade.

Parte 2 – Delineamento da investigação

Capítulo I – Orientações metodológicas e técnicas de investigação

1.1 Opções metodológicas

As metodologias, de um modo geral, correspondem ao conjunto de procedimentos que, em articulação com os objetivos, orientam a investigação científica, sendo o seu principal propósito encontrar respostas para as questões de pesquisa. Assim, o "(...) método em pesquisa significa a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenómenos" (Richardson, 1989, p. 29, *cit. in* Dalfovo, Lana e Silveira, 2008, p.6). Este inclui "conceções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador" (Minayo, 2001, p.16). Portanto, a metodologia está relacionada com a ligação entre aquilo que se pretende conhecer e o percurso a percorrer para o alcançar (Augusto, 2014), então estas vão definir o decurso da investigação e, como tal, o processo de investigação dever ser planeado e realizado de acordo com os princípios de cada método. Posto isto, a seleção dos métodos e técnicas está diretamente relacionada com o tipo de problema em causa, com a natureza do fenómeno, com as características do objeto e com os objetivos traçados no início da pesquisa a que o investigador se propõe analisar, bem como com a natureza da informação que se pretende obter e com o nível de profundidade da mesma (Dalfovo, Lana e Silveira, 2008; Augusto, 2014).

Neste sentido, e tendo em conta os objetivos da presente investigação, estes conduzem-nos para uma pesquisa do tipo qualitativo, visto que estas metodologias têm como objetivo obter um conhecimento em profundidade tão grande quanto possível do fenómeno e procurar padrões comuns entre os indivíduos, bem como dos seus mundos sociais (Ragin, 2011). Portanto, os objetivos deste método prendem-se com a compreensão e interpretação dos fenómenos, através dos significados e contextos em que estes ocorrem, e assim permitem ter uma visão mais abrangente dos mesmos dando-nos uma abordagem diferenciada da compreensão da realidade (Neves, 1996). Segundo Greenwood (1965 *cit. in* Lima, 1970, p.564), as metodologias qualitativas dizem respeito ao "exame intensivo, tanto em amplitude como em profundidade e utilizando todas as técnicas disponíveis, de uma amostra particular, selecionada de acordo com determinado objetivo de um fenómeno social, ordenando os dados resultantes por forma a preservar o carácter unitário da amostra, com a finalidade última de obter uma ampla compreensão do fenómeno na sua totalidade". Então, nestas metodologias o papel da compreensão destaca-se ao longo de todo o processo, logo os investigadores preocupam-se em entender e explicar a dinâmica das relações sociais que contêm crenças,

valores, atitudes e hábitos, assim trabalham com a vivência, experiência, e com o quotidiano dos indivíduos, portanto a linguagem, as práticas e os fenómenos são indissociáveis (Minayo, 2001).

Tendo em conta o que foi dito, o recurso a esta metodologia permite-nos conhecer e compreender mais especificamente e em profundidade o fenómeno da depressão, privilegiando-se o ponto de vista dos indivíduos, bem como permite descrever, explicar e descodificar os elementos que compõem o sistema complexo de significados que os indivíduos atribuem à depressão, e conhecer e compreender a experiência e vivência dos indivíduos.

Como se realiza uma análise intensiva dos dados, o material recolhido é bastante heterogéneo e em grande quantidade, pois contém uma variedade de perspetivas dos indivíduos e dos seus contextos, o que facilita a intensidade da análise e a profundidade na compreensão do objeto de estudo (Lima, 1970). Assim como se pretende conhecer o significado que as pessoas atribuem à depressão e a sua experiência, isto requer que exista uma representação adequada deste fenómeno que se deve basear na perspetiva das pessoas (Ragin, 2011). Posto isto, segundo Neves (1996), os métodos qualitativos são considerados mais ricos, completos, globais e reais.

Como o que se pretende é entender o porquê dos fenómenos, nomeadamente aspetos e especificidades que não podem ser quantificados, o recurso a uma metodologia qualitativa é o mais adequado, dado que esta não está preocupada em quantificar ou enumerar fenómenos e eventos (Gerhardt e Silveira, 2009), mas sim na sua compreensão e interpretação. Assim, vão ser examinados muitos aspetos e características de um número relativamente pequeno de casos, mas em profundidade, o que corresponde a uma abordagem intensiva (Ragin, 2011). Neste sentido, esta metodologia corresponde ao que se pretende investigar, pois o fenómeno da depressão e a perceção e experiência dos indivíduos não pode ser reduzido a simples variáveis, visto que este fenómeno é mais complexo do que uma relação entre estas. Tal como refere Minayo (2001, p.22), "a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis".

1.2 Seleção das técnicas de pesquisa

As técnicas de investigação correspondem ao processo, utilizado pelas ciências sociais, que serve de mediação prática para a realização das investigações (Marconi e Lakatos, 2003), estas devem ser selecionadas em compatibilidade com as referências teóricas, com os métodos adotados e com a profundidade e qualidade dos dados que se pretende obter (Boni e Quaresma, 2005). Posto isto, a técnica que melhor permite responder aos objetivos propostos é a entrevista, visto que esta nos permite compreender os significados que os indivíduos

diagnosticados atribuem à questão da depressão, bem como permite captar de modo mais amplo e profundo as perceções e experiência dos mesmos.

De um modo geral, a entrevista pode ser definida como um "processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado" (Haguette, 1997, p.86, *cit. in* Boni e Quaresma, 2005, p.72), assim o entrevistado apresenta-se como uma fonte de informação, e é uma oportunidade para o próprio entrevistado refletir sobre determinadas questões ou situações (Gray, 2009). Contudo, esta conversa não é natural e neutra, mas corresponde a uma conversa de natureza profissional, isto porque o investigador pretende recolher dados e informações relacionados com o seu tema de investigação (Neto, 2001; Marconi e Lakatos, 2003).

O recurso à entrevista é importante quando se pretende respostas profundas para as conclusões da investigação (Júnior e Júnior, 2011), pois esta permite aos investigadores conhecerem de forma mais profunda o individuo e a sua história, o seu modo de ver o mundo, as suas atitudes, motivações, interações e crenças (Ruquoy, 1997). Assim, a entrevista é um instrumento poderoso para se obter dados ricos sobre sentimentos, perspetivas, significados, valores, comportamentos e a definição que os indivíduos dão às situações e à construção da realidade (Ruquoy, 1997; Gray, 2009). Segundo Best (1972, p. 120, *cit. in* Marconi e Lakatos, 2003, p. 196), "a entrevista é muitas vezes superior a outros sistemas de obtenção de dados".

Efetivamente, esta técnica é a que melhor se adequa para dar respostas aos objetivos proposto para a investigação visto, que permite respostas mais reflexivas e explorar profundamente perspetivas, significados, opiniões, sentimentos e a experiência dos indivíduos, obtendo-se desta forma uma informação bastante rica e em grande quantidade, o que dificilmente seria alcançado com o recurso a outra técnica.

Quanto ao nível de estruturação foi realizada uma entrevista não-estruturada. Este tipo de entrevista é das menos estruturadas, no sentido em que a entrevista se foca num tema específico, mas as perguntas geralmente não são pré-planeadas e não são específicas nem fechadas, porém existem tópicos que devem ser abordados pelos indivíduos. Portanto, o investigador tem liberdade para desenrolar cada situação na direção que considere mais adequada, permitindo deste modo explorar mais ampla e profundamente o tema e as questões (Marconi e Lakatos, 2003). Então, é permitido que os indivíduos falem livremente sobre o tema de investigação e que expressem os seus sentimentos e opiniões, tendo oportunidade e liberdade para discorrer sobre o assunto (Boni e Quaresma, 2005). Assim, o entrevistador deve tentar intervir o menos possível, isto para não quebrar a sequência da reflexão e do discurso dos indivíduos, cabendo-lhe a postura de ouvinte e o papel de compreender o que lhe é dito (Oliveira, 2008). Contudo, o entrevistador deve procurar

sempre manter o controlo da entrevista, e deve estar focado no tema e nos objetivos da investigação, mas sem que isso implique a sua maior estruturação (Gil, 2008; Gray, 2009).

A opção por este tipo de entrevista prende-se com o fato de existir uma ampla liberdade por parte destes indivíduos para expressar as suas opiniões, sentimentos e experiência relativamente à sua vivência com a depressão, pois como se pretende captar as representações e significados dos indivíduos no processo de depressão, é necessário que os indivíduos tenham liberdade para explicar a sua experiência, de forma a que se consiga compreender em profundidade estas questões. No entanto, permite, também, que haja algumas dimensões, consideradas importantes, que sejam sugeridas pelo investigador, de modo a que o entrevistado se pronuncie sobre elas.

A seleção desta entrevista não-estruturada esteve também relacionada com o fato de exigir uma maior proximidade com os indivíduos, o que permite criar uma relação de maior confiança, tornando possível que exista uma maior abertura e conforto para abordar estas questões mais delicadas e complexas, e deste modo obter um conhecimento mais amplo, profundo e detalhado da sua experiência e dos significados atribuídos à doença. Esta permite ainda que as respostas dos indivíduos sejam espontâneas, e possibilita ao entrevistador observar o indivíduo enquanto este dá as suas respostas e desta forma captar a sua expressão corporal.

Este tipo de entrevista foi ainda selecionado devido à sua maior flexibilidade pois permite que as questões podem ser esclarecidas e adaptadas ou improvisadas, tal como permite que o entrevistador pode esclarecer alguma questão ou resposta que possa ter sido mais duvidosa ou que não esteja em concordância com o discurso feito anteriormente. Para além de todas estas vantagens, há ainda a acrescentar que os entrevistadores têm flexibilidade para se adaptem às características dos indivíduos e às situações e circunstâncias em que se desenrola a entrevista.

Por fim, um aspeto importante a ter em consideração na realização de uma entrevista, são as questões éticas, sobretudo devido à proximidade entre o investigador e o entrevistado. Assim, foi realizado e entregue um consentimento informado, que assegura não somente que os indivíduos tenham optado por serem entrevistados de livre vontade, mas também que estes tiveram um conhecimento dos objetivos e propósitos da investigação. Assim, os participantes foram devidamente informados e esclarecidos sobre tudo o que envolve a entrevista, nomeadamente sobre as características e as condições da sua realização, a natureza da investigação e os seus objetivos. Foram igualmente informados sobre possíveis riscos ou benefícios que os resultados da investigação possam ocasionar, e foram garantidos o anonimato e a confidencialidade da informação. Por fim, aos entrevistados foi dada total liberdade para deixarem de ser participantes por qualquer que seja o motivo, encerrar a entrevista antes da sua conclusão ou não responder a alguma questão. Neste sentido, foi

entregue a cada um dos participantes um consentimento informado, cujo modelo se encontra em anexo (Anexo I).

1.3 Seleção e caracterização dos entrevistados

Relativamente à seleção dos entrevistados, foram entrevistados homens e mulheres, tendo em conta que estão a atravessar, ou atravessaram anteriormente, um processo de depressão. A seleção dos indivíduos teve um carácter de conveniência, deste modo foram entrevistados indivíduos no distrito de Castelo Branco por questões de proximidade geográfica.

Para aceder a estas pessoas utilizou-se a técnica de bola de neve, esta corresponde a uma técnica de amostragem não probabilística e é utilizada quando existe uma maior dificuldade no acesso aos indivíduos. Com o recurso a esta técnica, os indivíduos com depressão informaram e sugeriram a participação no estudo a novos indivíduos. A vantagem desta técnica é que possibilita que se consiga obter um maior número de entrevistados, pois geralmente uma pessoa com depressão conhece outras pessoas na mesma situação. Como tal, o número de casos não foi definido à priori, pelo que dependeu da qualidade das entrevistas e das informações obtidas.

As entrevistas tiveram a duração de cerca de 1 hora a 1 hora e 30 minutos e foram realizadas entre maio e julho de 2018. Estas foram realizadas num local sugerido pelos entrevistados e tentou-se proporcionar e garantir o conforto dos participantes, bem como a privacidade dos mesmos.

Relativamente à população entrevistada, encontra-se em anexo a caracterização sociodemográfica da mesma (anexo II). Foram realizadas um total de 12 entrevistas. Em relação ao sexo dos indivíduos, foram entrevistadas 9 mulheres e 3 homens. Esta diferença no número de mulheres e homens está relacionada com um conjunto de discussões teóricas realizadas anteriormente, nomeadamente a dificuldade em encontrar homens que tenham passado por uma depressão, tal como a maior dificuldade em que estes estejam disponíveis para uma entrevista.

Quanto à caracterização da população entrevistada, estes têm entre 22 e 72 anos. No que diz respeito ao estado civil, a situação mais comum é a de casado. Relativamente às habilitações literárias, estas são bastante diversificadas, com uma escolarização que vai desde o 4ºano a indivíduos com mestrado. No que toca à profissão, estas são heterogéneas, porém destacam-se as categorias socioprofissionais mais baixas. Quanto à situação profissional esta é igualmente diversificada, contudo existem mais indivíduos desempregados e reformados do que empregados. Em relação à parentalidade, a maioria dos indivíduos entrevistados têm filhos, e a depressão surgiu sobretudo nas mulheres enquanto estes eram pequenos, ao contrário do que se nota nos homens, sendo que este facto tinha já sido apontado como um fator que desencadeia a depressão entre as mulheres. Por fim, quanto à idade do surgimento

da depressão, esta varia entre os 18 e os 56 anos, sendo que geralmente os homens tiveram a depressão em idades mais avançadas, entre os 50 e 60 anos, enquanto as mulheres percorrem todas as faixas etárias, notando-se uma predominância entre os 18 e os 30 anos.

Capítulo II – Análise das entrevistas

Nesta parte vão ser analisados os discursos que foram obtidos através das entrevistas realizadas, o que permitiu conhecer a realidade dos indivíduos entrevistados na sua vivência e convivência com a depressão. Neste sentido, o alinhamento desta parte está em sintonia com o processo de desenvolvimento da doença.

2.1 Percursos da depressão

Neste primeiro tópico vai ser abordado o percurso que vai da identificação dos sinais e sintomas como problemáticos e causadores de dor e mal-estar, os quais conduzem à procura de ajuda médica e ao consequente diagnóstico, que serão tratados no ponto seguinte. Assim, vão ser analisados os sinais que levaram inicialmente os indivíduos a reconhecer que algo de estranho consigo próprios, procurando compreender o modo como foram interpretados e os significados que lhe foram atribuídos. De seguida, vão ser identificadas as causas que os próprios indivíduos atribuem para o surgimento do seu sofrimento psíquico. E, por fim, vão ser abordadas as explicações que estes formulam para o desenvolvimento da depressão.

2.1.1 Sinais e sintomas

Torna-se necessário começar pelo momento em que se deu a manifestação da depressão, isto é, pelos sinais e sintomas que levaram em primeira instância os indivíduos a reconhecer que algo não estava certo com eles, e que os levaram posteriormente a procurar ajuda. Segundo DGS (2017, p. 4), "as perturbações depressivas são caracterizadas por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou de autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração", bem com por um humor deprimido, pensamentos suicidas e distúrbios psicomotores (Sloan e Sandt, 2006). Estes sintomas mais típicos da depressão estão em concordância com os sintomas referidos e identificados pelos indivíduos entrevistados. Assim, e de forma geral, foram mencionados sintomas como: a falta de interesse generalizado; o choro e tristeza; vontade de vomitar, falta de apetite e/ou perda de peso; problemas de sono; o pensar constantemente nos problemas; sintomas físicos e isolamento. Outros sinais e sintomas foram igualmente referidos, embora em menor número, como: ansiedade, nervos, angústia e ataques de pânico.

É importante ainda mencionar que os indivíduos identificaram múltiplos sintomas, sobretudo no que diz respeito às mulheres, o que está de acordo com o fato destas estarem mais conscientes e atentas em relação aos seus estados internos e expressarem e reconhecerem mais facilmente os seus sintomas, o que leva a que reportem um maior número de sintomas depressivos, comparativamente aos homens (Sprock e Yode, 1997; Baptista, Baptista e Oliveira, 1999; Sloan e Sandt, 2006).

Tal como mencionado por Zanello e Bukowitz (2012) e Sigmon *et al*. (2005), existem nítidas diferenças de género no relato e apresentação de sintomas, o que de certa forma está em sintonia com os papéis de género, isto é, homens e mulheres expõem e expressam de forma distinta os seus sintomas, em conformidade com as normas de género. Assim, e em conformidade com o que foi referido por Sloan e Sandt (2006) e Zanello e Silva (2012), as mulheres entrevistadas reportaram um maior número de sintomas e revelaram sintomas relacionados com emoções entendidas como sendo tipicamente femininas, tais como: choro e tristeza; angústia e ansiedade; isolamento; vontade de vomitar, falta de apetite e/ou perda de peso. É possível perceber a forma como os sintomas foram descritos pelas mulheres através dos discursos que se seguem:

> *Sentia-me triste, muita tristeza, uma vontade de fechar os olhos e que ninguém me perturbasse, era uma angústia, uma angústia muito grande, uma dor aqui no peito, um aperto no coração, é uma angústia que até parece que tenho vontade de vomitar às vezes… não me apetece comer, não me apetece fazer comida… é uma coisa angustiante*. (Fem02, 72 anos, divorciada, professora universitária, licenciatura, reformada)

> *Chorava constantemente, não tinha vontade sequer de sair, nem de me vestir… não tinha vontade sequer de viver… pensava que…. tinha perdido mesmo o interesse pela vida, comecei a ficar cada vez mais triste, mais deprimida, não queria sair com ninguém, perdi a vontade de tudo. Depois, mais tarde, veio o problema mais grave, que foi quando deixei de comer, e tudo o que eu comia vomitava, o médico achava que poderia ser bulimia ou princípios de anorexia nervosa porque eu emagreci muito.* (Fem06, 36 anos, casada, técnica de vendas, 12ºAno, empregada)

> *(…) isolo-me muito, começo a deixar de dormir, a chorar por tudo e por nada, sem motivo nenhum, às vezes acordo já com a vontade de chorar sem saber o que é que se está a passar… sem vontade de fazer nada, triste, triste, normalmente vem tudo assim*. (Fem12, 55 anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Outro sinal bastante identificado somente pelas mulheres foram os sintomas físicos, e nestes casos o reconhecimento da depressão deu-se apenas após o surgimento destes sintomas. Entre os sintomas físicos encontram-se: dores de cabeça e peito, hemorragias, face dormente e desmaios.

> *(…) foi aqui a parte esquerda da face tudo paralisado e dormente, o maxilar também, até para comer me dava impressão, depois isolava-me, chorava e andei uma semana sem dormir, nem de noite nem de dia, uma semana inteirinha e pronto, a gente depois começava a chorar e sem saber o que tinha, e não me doía nada, está a ver? Não me doía nada… era o chorar sem saber porquê e era aquela tristeza que sei*

lá… e ninguém me fazia mal nem nada, mas eu nem podia ver ninguém, nem ouvir ninguém, nada. (Fem10, 59anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Olhe a falta de sono, não conseguia dormir ou o sono excessivo, depois percebi que tinha dores de cabeça constantes, eu andei um mês com dores de cabeça, e foi quando fui parar ao hospital… e também tive perda de peso, perdi 10 quilos num mês. (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

Quanto aos homens, estes exprimem os seus sintomas de modo diferente. Segundo Andrade, Viana e Silveira, (2006) e Rabasquinho e Pereira (2007), os homens exprimem os seus sentimentos e sintomas de depressão através de comportamentos híper-masculinos, tais como raiva, agressividade ou consumo de substâncias. Porém, os homens entrevistados não identificaram estes sinais e sintomas. No entanto, identificaram sinais mais aceitáveis socialmente para os homens, tais como: problemas de sono, sendo comum a todos os homens entrevistados, ansiedade e nervos, e a falta de interesse generalizado. Evitam a expressão da doença nos modoscomo ocorre nas mulheres (Rice, Fallon e Bambling, 2011), assim, os sinais identificados estão em maior concordância com o seu papel género, não identificando sinais tipicamente femininos como o choro e a tristeza.

Ah... deixar de dormir, passei noites inteiras sem dormir (choro)… eu não dormia nem deixava dormir, porque eu tremia a noite toda, a minha mulher teve de arranjar uma cama para dormir ao meu lado (choro), tremia muito, não sei se era nervos, frio ou calor, eu passava a noite toda a tremer. (Mas04, 54 anos, casado, 9ºAno, desempregado)

(…) não dormir, muito nervosismo, só pensar naquilo e depois obviamente perde-se gosto por tudo o resto, porque já não dá para fazer mais nada, não temos vontade de fazer nada. (Mas05, 43 anos, solteiro, professor de educação física, licenciatura, empregado)

Dormir, dormir é que me custava e custa muito, e sentir-me assim… pronto... em baixo, não me sentia bem, não tinha reação para mais nada se não estar ali assim, era a tal coisa, sentia-me deprimido e sentia-me muito em baixo. (Mas08, 69 anos, viúvo, empregado de peças de automóvel, 9ºano, reformado)

Uma questão que ressaltada destes discursos analisados é a referencia constante aos nervos, que medicamente não existe, e, portanto, esta noção de que existe um problema de nervos é tipicamente uma explicação leiga (Alves, 2010).

2.1.2 Causas

Quanto às causas identificadas para o surgimento da depressão, estas são múltiplas e variadas. Assim, de forma geral foram identificadas, pelos indivíduos entrevistados, causas relacionadas com relacionamentos amorosos, nomeadamente: problemas, conflitos e instabilidade na relação conjugal, fim de relações e traições. Foi ainda referido como gerador da depressão o mundo do trabalho, particularmente, foi identificado a tensão no trabalho, o desemprego e a reforma; e, por fim, foram ainda referidas situações de luto e problemas de saúde, como causadores da doença.

Nesta dimensão, é bastante notório, em conformidade com o que foi abordado anteriormente, diferenças de género, ou seja, os fatores que contribuem para o surgimento e desenvolvimento da doença são distintos para homens e mulheres. Tal como referido por Broderick e Korteland (2002), Cambron, Acitelli e Pettit (2009), Simon e Lively (2010) e Simon (2014), certas circunstâncias são mais stressantes para as mulheres e outras mais angustiantes para os homens. Assim, e tal como verificado nas entrevistas realizadas, as mulheres são mais reativas e demostram uma maior preocupação com eventos pessoais, familiares e relacionadas com os pares, enquanto os homens demostram uma maior inquietação com o mundo do trabalho e com eventos de realização. Evidenciando-se deste modo que o mundo do trabalho e o domínio familiar afetam de modo distinto homens e mulheres, sendo que estes também lhes conferem pesos diferenciados.

Neste sentido, as causas que as mulheres atribuem ao surgimento da depressão são múltiplas. Contudo, estas estão sobretudo ligadas com a esfera relacional e emocional, nomeadamente: desgostos de amor, traição, violência psicológica, abuso sexual e problemas no casamento. Sendo que a traição foi um tema recorrente e um ponto comum à maioria das mulheres entrevistadas, destacando-se bastante em relação às outras causas identificadas por estas. Esta questão demostra o significado e a enfâse diferenciada que homens e mulheres atribuem às relações interpessoais, particularmente às amorosas, bem como o efeito que estas produzem nos indivíduos. Assim, e como as mulheres colocam mais ênfase nas relações, estas têm uma maior vulnerabilidade, pois tendem a experimentar tantos os efeitos positivos como os *negativos que possam surgir destas (Turner e Turner, 1999).*

> *Eu tive o azar de ter relações no decorrer da minha vida que não foram saudáveis, tive três relações sérias e todas terminaram da mesma forma, essas pessoas traíram-me e foram pessoas falsas e mentirosas comigo, e isso causou-me um sofrimento enorme… um sofrimento muito grande.* (Fem03, 22 anos, solteira, estudante, 12ºAno)

> *Não estava bem porque tinha saído de uma má relação, e depois era tudo um misto de emoções, tinha tido a minha primeira relação, não é? O meu primeiro namorado mesmo a sério, que tinha durado um ano e pouco, e depois descobri que estava a ser enganada, e vim a descobrir da pior maneira... foi lá ir a casa e ela estava lá com*

ele. Eu era muito novinha, e o facto de ser nova tinha apostado tudo naquela relação, foi o meu primeiro namorado, custou-me muito (…). (Fem06, 36 anos, casada, técnica de vendas, 12ºAno, empregada)

Prontos, eu tive problemas com o meu marido ainda de início no casamento, eram os meus filhos pequenos, sofri muito ainda… e acho que as coisas ficam, a gente na altura pensa que aquilo fica bem e passa, mas não, as coisas ficam cá dentro. Ele nunca me tratou mal, mas eu sabia que andava a ser traída com outras mulheres, sabia, era uma coisa que eu sabia porque ele próprio admitia (…). Depois eu ainda cheguei e a pensar em separar-me dele, mas depois como é que ia fazer? Eu não tinha emprego, não tinha nada, o que é que eu fazia com os meninos pequenos? Não podia fazer nada… olhe, foi-se aguentando. (Fem10, 59anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

O fim das relações foi igualmente identificado como um fator catalisador no surgimento da depressão, bem como o abandono na gravidez, e que leva tipicamente as mulheres a culparem-se por esta situação.

(…) foi assim um conjunto de situações que levaram a que isto acontecesse, mas o desgosto amoroso foi o que despoletou a situação... a depressão, porque as coisas acabaram e eu fiquei - "Então, mas isto não era para ser para sempre? O que é aconteceu aqui? O que é eu fiz de mal?". E eu pensava sempre que era eu o problema, e pensava "Foi alguma coisa que eu fiz de certeza... Será que foi a roupa que eu usei? Será que foi o meu corte de cabelo? Será que eu devia ter-me cuidado um bocadinho mais? Meter perfume, maquilhagem?". Pronto, e não, não era, as coisas simplesmente não resultaram porque somos diferentes, acabou. (Fem01, 34 anos, casada, engenheira industrial, mestrado, empregada)

(…) eu estava perdida não queria saber de ninguém porque tinham-me abandonado, estive uma noite com um amigo meu e engravidei e fui abandonada em fevereiro, com risco de aborto duas vezes, e ele depois não aguentou e abandonou-me… pela terceira vez, e eu epá não conseguia, afastei-me de mais pessoas, da minha família, eu estava sempre em casa a dormir (...). (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

A violência e pressão psicológica vivida no seio das relações foi igualmente identificada como geradora da depressão, visto que a desigualdade de género existente aumenta as probabilidades de as mulheres experimentarem eventos negativos, tais como violência física e psicológica e abuso sexual, o que as coloca em maior risco de desenvolvimento de depressão (Broderick e Korteland, 2002).

Tive uma relação muito complicada, porque eu sofri de violência psicológica, eu não podia estar com ninguém, tive que deixar o meu grupo de amigos... todos os dias haviam discussões e ele sabia todos os meus passos, comecei a sentir-me observada e a viver com receio. Para além disso, esse rapaz obrigou-me.… houve um episódio muito triste em que me obrigou a ter uma relação sexual quando eu não o desejava e fi-lo por medo e chorar... neste momento vejo as coisas de outra forma e encaro isto como uma violação, mas no momento, como eu gostava desse rapaz e nós tínhamos um compromisso, eu achava que era uma coisa normal e que eu é que estava mal… foi muito complicado (…). Atualmente, estou numa relação em que me sinto completamente sufocada porque ele afastou-me dos meus amigos, das pessoas que eu conhecia, dos hábitos que eu tinha, abdiquei de me sentir bem comigo própria para poder agradá-lo e vivo apenas para ele, faço tudo o que preciso apenas com ele, para onde vou ele vai comigo. E pronto, eu cada vez comecei a ficar pior, chorava por tudo e por nada, sempre com medo que ele ficasse aborrecido com alguma coisa e comecei a sentir-me cada vez mais sozinha, parecia que o meu sonho estava a desmoronar-se… o meu conto de fadas estava a destruir-se (…). (Fem03, 22 anos, solteira, estudante, 12ºAno)

Essa relação também não foi muito fácil porque era relação também na base de muitos ciúmes da parte dele… muita pressão, eu não podia vestir aquilo que eu queria, nem sair com quem eu queria, e depois foi o choque todo… ter apostado tudo naquela pessoa e depois ter-me feito o que fez (…). (Fem06, 36 anos, casada, técnica de vendas, 12ºAno, empregada)

Ainda neste âmbito, foi notado que grande parte das mulheres entrevistadas revelou uma grande dependência emocional, sendo já esta mencionada como um fator de risco para o surgimento da depressão, sobretudo no que diz respeito à depressão feminina (Cambron, Acitelli e Pettit, 2009). Assim, as mulheres entrevistadas revelaram uma maior necessidade de relacionamentos, bem como um grande desejo de serem amadas e protegidas, o que as torna mais vulneráveis ao surgimento de depressão no caso de existir uma rotura de relações (Cambron, Acitelli e Pettit, 2009; Simon, 2014). Esta necessidade de relacionamentos leva as mulheres a terem uma maior tendência para idealizar relações e a esforçarem-se para conseguirem reunir atributos ideais para as suas relações interpessoais (Sprock e Yode, 1997; Cambron, Acitelli e Pettit, 2009; Simon, 2014). Esta idealização de relações é coincidente com um projeto de vida tipicamente tradicional para as mulheres, que começa no namoro e se estende ao casamento e filhos. Esta dependência é claramente notória no discurso das entrevistadas que se seguem:

Agora aprendi a aceitar isso, mas antigamente como via que os meus pais tinham uma relação perfeita, e que se davam super bem, eu pensei "Olha vou ter uma relação assim, vou encontrar uma pessoa e vai ser tudo maravilhoso", claro que as coisas não

aconteceram assim… (Fem01, 34 anos, casada, engenheira industrial, mestrado, empregada)

(…) eu parecia que estava a viver um conto de fadas, que tinha encontrado a pessoa ideal, a pessoa certa, o príncipe encantado… vivi momentos espetaculares, momentos que eu pensava que só existiam nos filmes, e esse rapaz tinha exatamente os mesmos objetivos de vida que eu: conseguir uma vida estável, dar-me o casamento de sonho como eu sempre tanto desejei, e ser pai. Era uma relação de sonho, eu sempre ansiei toda a minha vida por uma coisa assim. (Fem03, 22 anos, solteira, estudante, 12ºAno)

Portanto, as causas identificadas por estas mulheres estão mais relacionadas com a esfera privada e doméstica, possivelmente pelo maior peso que estas esferas têm para as mulheres, visto ser o espaço onde muitas delas encontram a sua realização pessoal, e assim, quando as suas relações falham, estas sentem que tudo à sua volta é um fracasso.

Foi ainda particularmente referido por uma das entrevistadas como principal fator para o surgimento da depressão a preocupação com os outros. Não obstante este fator ter sido mencionado por todas as mulheres entrevistadas, referiu-o como o principal desencadeador da doença. Isto advém do facto das mulheres serem tipicamente as cuidadoras e as gestoras da vida familiar, o que provoca uma pressão adicional, tendo já sido referida como uma das causas de problemas de saúde mental. Assim, as relações matrimoniais, familiares e parentais são mais importantes e stressantes para as mulheres, o que leva a que estas estejam mais expostas ao *stress* devido aos problemas que acontecem com as pessoas que pertencem a sua rede, tal como foi visível ao longo dos discursos das mulheres entrevistadas (Sprock e Yode, 1997; Cambron, Acitelli e Pettit, 2009; Simon, 2014).

Para além dos problemas nos casamentos e namoros e da preocupação com os outros, foi também identificado pelas mulheres, como fator para o surgimento da depressão, o *stress* associado aos múltiplos papéis desenvolvidos por estas. Então, e em conformidade com o que foi dito anteriormente, o conteúdo e as características dos papéis sociais femininos e a multiplicidade de papéis afetam de forma expressiva a saúde mental das mulheres, visto que estes tendem a ser menos satisfatórios e mais stressantes, e produzem uma sobrecarga de responsabilidades e um conflito entre papéis (Gove e Tudor, 1973; Turner e Turner, 1999; Simon, 2014).

Portanto, o significado diferente das identidades familiares masculinas e femininas, leva a que seja atribuído às mulheres um papel dentro do seio familiar mais expressivo, cabendo-lhe assegurar o cuidado com as tarefas domésticas e o cuidado com a família, nomeadamente com os filhos e com doentes na família, o que representa uma fonte de *stress* para estas (Gove e Tudor, 1973; Immerman e Mackey, 2003; Simon, 2014). Logo, o cuidado com os outros, a responsabilidade com as tarefas domésticas e o trabalho fora de casa, levam estas

mulheres a realizarem uma dupla jornada, o que no seu entender despoletou e/ou contribuiu para o surgimento da doença, tal como as próprias identificaram no decurso das entrevistas.

> *(…) sempre foi assim, a responsabilidade com os filhos sempre foi para cima de mim, sentia-me sobrecarregada, a cabeça ficava esgotada… era tudo de cima de mim, era ir pôr os filhos à escola, chegar a casa à noite fazer comida, dar banho, era tudo… Depois a minha mãe nessa altura esteve cá em casa durante 7 anos, tinha de lhe dar as refeições, tinha que lhe dar banho, ela estava mesmo dependente de mim. Andava sempre preocupada… pronto foi uma sobrecarga muito… até que os meus filhos foram pequenos foi..., mas pronto, eu sempre quis trabalhar (…).* (Fem07, 53 anos, casada, caixeira, 4ºano, empregada)

> *Foi isso tudo, porque eu dormia, se conseguisse dormir, 4/5 horas, trabalhava 18 horas dormia o resto… eu andava sempre, sempre a trabalhar. Depois o meu pai ficou muito doente, entretanto piorou e eu tive de me despedir… e isso custou-me muito, saber que ele foi abandonado ali e eu tive que perder tudo por causa de uma pessoa…. Epá a minha mãe estava lá… porque é que eu não podia cuidar do meu filho? Percebe? Depois o meu filho era só problemas na escola e o pai dele também se afastou, no ano passado só o viu três vezes, e eu não tinha com quem o deixar, a minha mãe ajudava-me, mas quando ela não podia tinha que ser eu, e foi muito difícil, era o meu pai, era o meu filho, era muita coisa… era muita coisa a acontecer.* (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

Outra causa enunciada nas entrevistas realizadas foram os problemas de saúde, que levaram a entrevistada a ter mais dificuldade em realizar tarefas, sobretudo tarefas tipicamente femininas, o que se traduziu numa grande preocupação, por não poder corresponder às expectativas sociais (e próprias) em relação ao que deveria ser o seu papel, o que conduziu, no seu entender, ao desenvolvimento da doença:

> *Eu tive um problema na perna e não conseguia andar, e então eu não era capaz de fazer as tarefas em casa… e eu a querer fazer as tarefas e não ser capaz de as fazer, e sabia que o marido vinha ao almoço e que vinha ao jantar e eu não era capaz, e depois ele vinha a correr e ainda estar que estar a fazer o almoço… e isso enervava-me, ele dizia - "Não te preocupes que eu faço, não te preocupes" mas isso acabava por me preocupar, porque eu gosto de ter as coisas em dia, digamos, gosto de ter… fui habituada a fazer as coisas, por exemplo a casa precisava de ser aspirada eu não era capaz de a aspirar, o marido também não tinha jeito, a pontos que tive de pôr lá uma pessoa em casa para me ir limpar a casa, isso tudo contribui para a pessoa não estar bem, digamos assim… sentir-se. E isto bastou para os nervos se começarem a acumular de mim.* (Fem09, 64 anos, casada, chefe de secretaria, 12ºano, reformada)

O falecimento de familiares próximos, também foi identificado como causa para o desenvolvimento da doença, tal como podemos verificar pela fala da entrevistada:

> *Quando eu tinha 22 anos, casei e enviuvei em 2 meses, foi uma coisa que ninguém estava à espera, nem eu… soube depois mais tarde que ele se tinha suicidado, e aí foi um desencadear. Depois, mais tarde, vim então a passar pela pior, e eu aí fui-me mesmo a baixo… foi a da morte da minha irmã, que não aceitava que tinha esquizofrenia e acabou por acontecer o pior e envenenou-se (…).* (Fem07, 53 anos, casada, caixeira, 4ºano, empregada)

Por fim, a reforma foi igualmente causadora do desenvolvimento da depressão, pois levou a entrevistada a deixar de ter a rotina do trabalho e o contato com os outros, o que lhe causa um grande sofrimento e angústia.

> *(…) foi a aposentação, coisa engraçada, porque o facto de deixar de ter aquela rotina do trabalho e de ter muito tempo livre causava-me angústia, e o facto de estar sozinha também gera essa angústia…* (Fem02, 72 anos, divorciada, professora universitária, licenciatura, reformada)

Relativamente aos homens, e segundo Cambron, Acitelli e Pettit (2009) e Simon (2014), estes tendem a ficar mais stressados e angustiados com os problemas e circunstâncias que ocorrem com eles próprios, o que foi visível nos discursos masculinos. Neste sentido, apenas identificaram como fonte do seu sofrimento psíquico o trabalho. Assim, o *stress* e pressão no trabalho, o desemprego e a reforma foram referidos como os principais desencadeadores da depressão. Isto acontece, devido à importância que é atribuída ao trabalho no papel masculino, especialmente ao seu papel como provedor da família, levando a que a impossibilidade e/ou impotência para o realizar possa colocar em causa a masculinidade. Portanto, é na esfera pública que se encontram as causas que identificam para a sua doença, não sendo feita referência a questões do foro emocional ou privado, ao contrário que do acontece com as mulheres. Isto é, os homens não identificam causas, nem preocupações relacionadas com o seu papel dentro do seio familiar, pois a estes cabem-lhe um papel mais instrumental sobretudo como provedor da família (Immerman e Mackey, 2003; Simon, 2014). Nos discursos que se seguem é percetível que o trabalho foi uma enorme fonte de sofrimento para os homens entrevistados:

> *(…) felizmente eu não tenho problemas familiares, dou-me bem com a mulher e com os filhos, e, portanto, foi o trabalho, aliás vários trabalhos. Eu trabalhei numa empresa que me ficou a dever 32 mil euros, depois estive no desemprego durante 8 meses, isso também contribuiu porque eu queria era trabalhar. Depois arranjei outro trabalho numa imobiliária, e aquilo correu mal, tanto que eu tive que me despedir, porque eu andava a trabalhar, tinha que meter gasóleo no carro chegava ao fim do*

mês e não tinha dinheiro, porque vender casas e terrenos não é assim tão fácil como parece. Andava numa angústia muito grande porque eu trabalhava e chegava ao fim do dia e não via resultados porque não conseguia cumprir os objetivos, não conseguia. (Mas04, 54 anos, casado, 9ºAno, desempregado)

Eu já tive algumas recaídas, mas a primeira foi quando comecei a trabalhar e basicamente eu acho que apareceu por causa da pressão que foi, porque eu ao analisar o meu trabalho e a minha forma de ser para mim estava tudo mal. Foi a pressão que eu coloquei sobre mim próprio, do medo de falhar perante os alunos e perante os pais, e, portanto, depois foi tudo uma bola de neve e uma sucessão de pensamentos e de stress, comecei a não dormir, sempre a pensar naquilo… sempre a pensar, e depois pronto, chegou a uma fase em que já não dormia. (Mas05, 43 anos, solteiro, professor de educação física, licenciatura, empregado)

(…) tive um enfarte e fiquei em casa com baixa médica, depois passados 3 anos tive outro e tive de me reformar (…). Acho que foi a própria doença, porque eu comecei…, portanto eu era uma pessoa muito ativa e comecei a ver que não podia fazer certas coisas e comecei a ir-me abaixo, então só estava bem sentado ali no sofá e tal…, portanto o fato de ser uma pessoa que estava bem e que sentia saúde, e depois deu-me aquela coisa de repente, a partir daí é que eu me fui a abaixo. (Mas08, 69 anos, viúvo, empregado de peças de automóvel, 9ºano, reformado)

Tal como já mencionado anteriormente, o desemprego, o maior *stress* e a tensão psicológica no trabalho são um forte determinante social de saúde mental e estão relacionados com o surgimento de depressão (Patel e Kleinman, 2003; WHO, 2003; Ludermir, 2008; Scambler, 2011). Sendo que, e tal como refere Ludermir (2008), a relação entre desemprego e doenças mentais é maior entre os homens, iniciando-se estes efeitos negativos quando os indivíduos sentem que os seus empregos estão em risco (WHO e CGF, 2014). Esta relação entre desemprego e doenças mentais nos homens está nitidamente relacionada com o papel socialmente atribuído ao homem.

2.1.3 Explicação para o surgimento da depressão

Em relação às explicações que os indivíduos atribuem para o surgimento da depressão, tratam-se de explicações leigas, existindo uma forte individualização destas. As explicações estão sobretudo relacionadas com a experiência de vida e com a personalidade e feitio dos indivíduos, bem como com o silêncio e o isolamento a que as pessoas se submetem. Quanto à experiência de vida, os indivíduos referiram que o desencadear da doença está relacionado com acontecimentos e experiências e com a acumulação de problemas, e igualmente pelo fato dos indivíduos sofrerem em silêncio com estes eventos.

Assim, o que se verificou foi que os indivíduos se submetem ao silêncio como mecanismo de defesa e como forma de não preocupar os outros à sua volta, isto conduz à internalização do stress, o que gera sofrimento, levando muitas vezes a que este sofrimento seja invisibilizado. Esta acumulação de problemas e o silêncio foi percetível em praticamente todas as mulheres entrevistadas, pois estas são mais propensas a internalizar o seu *stress* e tendem a responder com comportamentos de internalização, o que está de acordo com que foi mencionado por Immerman e Mackey (2003), Canetto (1997, 1991, *in* Rabasquinho e Pereira, 2007), Kovacs, Obrosky e Sherril (2003, *in* Wisdom *et al*., 2007), Simon e Lively (2010) e Simon (2014).

> *(…) foi um passar, digamos assim, sofrido, sofria só para mim porque neste tempo todo eu fui operada 2 vezes à mesma perna e sabe deus às vezes o que eu estava a sofrer, mas para lá em casa não estar a pô-los perplexos e preocupados com o meu problema, então eu nunca demostrei, calava-me e sofria sozinha, eu acho que foi daí os meus nervos…* (Fem09, 64 anos, casada, chefe de secretaria, 12ºano, reformada)

> *(…) pronto agente todos temos problemas na vida e aquilo são coisas que vão acumulando está a ver? Com o passar dos anos, as coisas vão acumulando e depois até que há uma altura que prontos, que aquilo explode… eu pelo menos foi assim. É como lhe digo é o acumular das coisas, se a gente quando tivesse um problema conversasse, se calhar se a gente tentasse conversar com outras pessoas, talvez isto nunca acumulasse tanto. Mas agente cala, sofre e cala, e depois chega a uma altura que já não dá mais.* (Fem10, 59anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Neste caso, é importante referir a relevância das fortes redes de apoio e suporte social, que podem efetivamente proteger a saúde mental dos indivíduos (WHO, 2003), sendo que este este apoio social não foi verificado no discurso destas mulheres. Porém, esta temática será abordada de forma mais profunda em momento mais oportuno.

Outra explicação encontrada por alguns entrevistados para o surgimento da depressão foi a personalidade e maneira de ser dos indivíduos, que segundo os próprios, os torna mais suscetíveis ao surgimento da doença.

> *(…) sou uma pessoa deste sempre ansiosa e nervosa, e então tudo tem a ver também com a minha personalidade, com o fato de ser uma pessoa extremamente sensível e uma pessoa que me preocupo imenso com as pessoas que eu amo, e ao afetarem as pessoas que eu amo afetam-me a mim diretamente. Portanto, o fato de eu ser uma pessoa tão afetuosa, uma pessoa tão sensível, uma pessoa que precisa tanto de amar os outros e de me sentir amada que isso tem tudo a ver com a minha depressão.* (Fem03, 22 anos, solteira, estudante, 12ºAno)

(…) eu sempre fui assim, sempre chorei muito e fico muito afetada com as coisas, mas depois naquela fase de acumulação de muitas coisas… mas eu já qualquer coisa era sempre assim, ficava sem forças, sem nada, ia-me mesmo, mesmo abaixo e depois chorava e chorava… eu sempre fui muito chorona, vou-me logo abaixo, por qualquer coisa eu chorava, ficava muito nervosa com mínimas coisas, mas naquela altura era demais. (Fem07, 53 anos, casada, caixeira, 4ºano, empregada)

Por fim, os indivíduos entrevistados também relacionaram estas duas explicações, referindo que a depressão surge pelas experiências que os indivíduos têm, mas também pela forma como encaram essas situações, colocando uma ênfase particular nos aspetos individuais, tal como é possível verificar pela fala desta entrevistada:

(…) isso também há muitos feitios e muitas maneiras de encarar a vida… é conforme o feitio da pessoa e a maneira de encarar as situações, não é? Eu acho que tem tudo a ver com a experiência de vida, e com a forma como encaramos as situações, isso conta muito, o feitio da pessoa conta muito. (Fem09, 64 anos, casada, chefe de secretaria, 12ºano, reformada)

2.2 Procura de ajuda

Neste segundo momento, analisa-se a procura de ajuda médica, ou seja, em que momento e porque é que os entrevistados decidiram que a sua situação exigia uma solução médica. Inicialmente vão ser abordados os fatores e a relutância em procurar esta ajuda, bem como o tipo de médico consultado, o tempo para a realização do diagnóstico e a perspetiva dos indivíduos em relação aos profissionais de saúde. Por fim, vão ser abordados os sentimentos dos indivíduos em relação ao diagnóstico, que como é sabido, é um momento-chave no processo da gestão da doença.

2.2.1 Fatores para a procura de ajuda

Em relação aos fatores que levaram os indivíduos entrevistados a procurar ajuda médica, estes devem-se aos próprios sintomas da doença, ao aconselhamento de pessoas próximas e ao surgimento de sintomas físicos. Assim, quase todos os indivíduos referiam que o que os levou a procurar ajuda médica foram os sintomas típicos da depressão, que causam transtorno nos indivíduos e na sua vida, tal como podemos verificar pelos discursos que se seguem:

(…) eu cheguei uma manhã e achei que tinha de ir ao médico, eu estava a fazer uma sandes para levar e vi as lágrimas a caírem no pão, e então pensei "Não, hoje tens que ir ao médico e não passa de hoje", porque eu não dormia 1 minuto… sempre a olhar para o relógio. (…) a minha mulher tinha-me dito muitas vezes - "Olha que tu tens de ir ao médico, tu não andas bem" … ela sabia que eu não andava bem, ela conhece-me há 30 e tal anos, mas eu sempre tentei adiar - "Eu não tenho nada" só que depois a gente começa a não dormir… (Mas04, 54 anos, casado, 9ºAno, desempregado)

Depois tive que ir ao médico obviamente porque eu via que não estava bem, eu não dormia, super stressado, nervoso, não conseguia planear as coisas, não conseguia fazer nada, eu já não conseguia estar assim, não é? (Mas05, 43 anos, solteiro, professor de educação física, licenciatura, empregado)

(…) já não podia andar mais, eu já não aguentava… andei uma semana inteira sem dormir, nem de noite nem dia, já não sabia como havia de estar e andava desorientada de todo… desorientada mesmo, aquilo foi horrível, e ao final dessa semana fui logo, isto já não podia andar e ele (marido) também via como eu andava e queria que eu fosse ao médico… ele é que me disse - "Tens que ir, tens que ir", e tive mesmo que ir (…). (Fem10, 59anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Foi ainda visível que esta procura de ajuda ocorreu também devido ao aconselhamento de familiares ou pessoas mais próximas. Assim, geralmente a procura deu-se após a manutenção dos sintomas, e igualmente pelo aconselhamento. Apenas dois entrevistados referiram que esta procura se deu somente pelo aconselhamento de familiares próximos, ou mesmo através do aconselhamento médico, e, portanto, esta procura de ajuda não se deu por iniciativa própria.

(…) os meus pais é que se começaram a aperceber que as coisas não estavam bem, quando deixei de sair e quando deixei de perder o amor próprio, e depois procuraram um médico…, portanto procurar ajuda foi uma decisão dos meus pais, porque eu queria esconder isso, tinha vergonha. (Fem06, 36 anos, casada, técnica de vendas, 12ºAno, empregada)

Procurei ajuda porque o meu médico me passou, o médico viu como eu andava e passou-me então para psiquiatria, passou logo para a psiquiatria (…). (Mas08, 69 anos, viúvo, empregado de peças de automóvel, 9ºano, reformado)

Também foi notório, apenas entre as mulheres, que em alguns casos esta procura de ajuda se deu após sintomas físicos bastante percetíveis, tais como dores de cabeça, hemorragias, vómitos e desmaios. Estes sintomas levaram-nas inicialmente a recorrer às urgências, a médicos de clínica geral ou a especialistas de outras áreas, tal como podemos verificar pelos discursos das três entrevistadas que se seguem:

(…) até ao dia em que fui parar ao hospital com muitas, muitas hemorragias, tudo derivado ao sistema nervoso, porque o período começou-me a descontrolar, o sistema nervoso alterou-me tudo, fiquei logo toda alterada, e então já que eles não tratavam ali, porque eles no hospital disseram que não era nada, fui logo marcar a consulta na médica de família. (Fem07, 53 anos, casada, caixeira, 4ºano, empregada)

(…) eu tinha dores de cabeça todos os dias, e foi quando fui parar ao hospital porque tive uma dor de cabeça que só me levantei quando já estava na maca porque deixei de falar, apanhou-me esta parte toda da cabeça, a minha mãe chegou a casa e eu não me conseguia mexer, não conseguia falar, eu olhava para a minha mãe não tinha reação nenhuma, só chorava. (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

Comecei a ter muitos vómitos e a vomitar, não conseguia ter nada no estômago e consultei o médico de família, e ele como eu tinha sido operada à vesicula atendia que fosse da vesicula, receitava-me medicamentos para a vesicula, mas eu não me punha melhor… e comecei a achar que teria que recorrer a outro médico. E então fui ao médico que me operou à vesicula, ele mandou-me logo tirar uma ecografia, e disse-me - "Não é nada de vesicula, portanto tu não a tens, não é nada do problema vesicular, tu tens é uma grande camada de nervos, é que tu tens". Aí disse para o marido - "Ai é nervos? Então agora ele diz que é nervos, então se é nervos vou ao médico dos nervos", e logo na semana seguinte procurei o médico. (Fem09, 64 anos, casada, chefe de secretaria, 12ºano, reformada)

Relativamente à relutância em procurar ajuda médica, e apesar desta ter sido bastante heterogénea, verificou-se, em conexão com o que é cientificamente apontado, que todos os homens entrevistados apresentaram relutância em procura-la, devido a um conjunto de fatores já amplamente discutidos, tais como as normas e papéis de género que têm um papel desencorajador na procura de ajuda médica, sobretudo no que concerne a questões de saúde mental (Rice, Fallon e Bambling, 2011; Zartaloudi, 2011). Então, estas normas e papéis levam a uma maior dificuldade por parte dos homens em admitir e denunciar a doença, e mesmo que identifiquem sinais de depressão interpretam o seu sofrimento como vergonhoso, sendo mais propensos a sofrer em silêncio e a ocultarem estes sintomas (Rice, Fallon e Bambling, 2011 e Zartaloudi, 2011).

É necessário ainda mencionar que algumas mulheres também revelaram este receio e relutância em procurar ajuda. Os motivos identificados pelos indivíduos para esta aversão devem-se ao fato de revelarem alguma relutância em assumir que precisam de ajuda, sobretudo ajuda de médicos especialistas de saúde mental; devido à construção social em torno da depressão; à complexidade da doença em si; ou por não quererem tomar medicação e consequentemente abrandar o ritmo de vida, tal como é possível denotar pelos seguintes discursos:

(…) eu no início pensei que... acho que é como toda a gente pensa... pensei que ajuda médica não me ia ajudar nada, acho que é sempre difícil tu aceitares que precisas de ajuda. Mas eu pensei "Os médicos estão lá para nos ajudar, e, portanto, eu não tenho que ter vergonha ou não tenho que ter receio só porque acho que é uma parvoíce". Nós se estamos numa situação de aflição ou doentes temos de recorrer a

um médico e ponto final, e um psicólogo é um médico como outro qualquer, e, portanto, inicialmente levei um bocadinho de tempo a aceitar o fato de ter que ir ao médico, mas depois pronto aceitei e fui. (Fem01, 34 anos, casada, engenheira industrial, mestrado, empregada)

(…) ainda andei algum tempo assim, pronto… sem procurar ajuda porque era a primeira vez e não sabia… e a depressão é uma doença muito complexa, e então pronto podia ser uma coisa passageira, mas obviamente que agora já sei que não, já a conheço bem. Mas a depressão é… como não se vê, como é uma doença muito incapacitante, quando nós estamos com ela obviamente já nos sentimos diminuídos porque não nos apetece fazer nada, nem temos vontade de nada e é quase como entre aspas vergonha ter depressão porque é uma coisa dos fracos, e então aquele pensamento nós somos fortes e não pode ser, não pode acontecer…, portanto, sim, tive relutância em pedir ajuda. (Mas05, 43 anos, solteiro, professor de educação física, licenciatura, empregado)

Ah…, mas eu não fui logo… não, porque eu não sou a favor de medicação, então as dores de cabeça começaram em janeiro e eu só comecei a tomar medicação em junho porque também a minha vida estava muito agitada e eu não… epá não dava para parar, não dava para fazer medicação naquela altura, porque eu não queria parar, eu sabia que a medicação me ia fazer parar e eu não podia porque eu tinha de tomar conta do meu pai. Então, as dores de cabeça continuaram, a perda de peso, a falta de sono, continuou tudo, mas como eu tinha tanta coisa para fazer… (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

A outra parte dos indivíduos referiram que não tiveram qualquer problema em recorrer e procurar essa ajuda, sobretudo no caso das mulheres, o que está em concordância com aquilo que foi proferido por Rabasquinho e Pereira (2007). Assim, há uma maior facilidade por parte das mulheres em assumir o papel de doente, visto que a fragilidade gerada pela doença é socialmente melhor aceite, sobretudo no que concerne à depressão, levando-as a admitirem que estão deprimidas mais facilmente e evitando comportamentos de fuga a esta realidade (Jenkins, 1985, *in* Schraiber *et al.*, 2005).

Eu não, não senhora, não, lá está a tal coisa não preciso de ninguém para me dizer A B ou C, eu é que decido as coisas, e o que tenho de fazer, sou eu que estou doente, tenho um problema sou eu que o tenho de resolver. (Fem09, 64 anos, casada, chefe de secretaria, 12ºano, reformada)

(…) não tive problemas em ir à médica, eu dou-me muito bem com ela, eu cheguei lá, e ela sabe da minha vida toda, sabe os meus problemas, sabe tudo e com ela falei e falo sempre à vontade. (Fem10, 59anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Não, fui logo lá (psiquiatra)… achei que se não era com ele (cardiologista), e eu não estava bem, tinha que ir, tinha que procurar ajuda noutro lado, e procurei logo um bom psiquiatra (Fem12, 55 anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

2.2.2 Procura de ajuda

Relativamente ao médico consultado, verificou-se que os indivíduos entrevistados recorreram, na sua grande maioria, e em primeiro lugar, a cuidados de saúde primários. O que está de acordo com Sloan e Sandt (2006), que apontam que quando os indivíduos, homens e mulheres, apresentam sintomas de depressão, recorrem mais frequentemente a médicos de clínica geral, em vez de se dirigirem a profissionais de saúde mental. Esta procura de médicos generalistas pode indicar a maior dificuldade por parte dos indivíduos em procurar ajuda de um especialista de saúde mental, devido ao estigma associado às doenças mentais.

Contudo, verificaram-se duas situações distintas. A primeira, em que os médicos de clínica geral encaminham os pacientes para os especialistas de saúde mental, que posteriormente realizam o diagnóstico. Esta situação foi apenas verificada nos homens que recorreram em primeiro lugar ao médico de família, tal como os próprios referem:

Fui ao médico de família e ele disse-me - "Então, estás aqui a fazer o quê? Epá isto não é nada comigo, vou te marcar aqui uma consulta de psiquiatria, e urgente", e depois encaminhou-me para a psiquiatria, pronto, fui à consulta de psiquiatria, e ela disse-me - "Epá estás com uma depressão e com uma ansiedade enorme", pronto fiquei logo de baixa, estive de baixa um ano e dois meses. (Mas04, 54 anos, casado, 9ºAno, desempregado)

(…) eu tinha as consultas médicas e então contava ao médico o que se passava, e o ele disse - "Então vamos passar para psiquiatria", e pronto… depois andei na psiquiatria e em psicologia também. (Mas08, 69 anos, viúvo, empregado de peças de automóvel, 9ºano, reformado)

A outra situação, comum entre as mulheres, diz respeito ao fato dos médicos de clínica geral procederem ao diagnóstico da depressão e prescreverem antidepressivos, e geralmente sem que as aconselhem a recorrer a um especialista de saúde mental, tal como podemos verificar:

(…) ao fim de relatar a minha história à médica, e depois de me fazer algumas perguntas, achou por bem receitar-me uns antidepressivos e uns reguladores de sono (…) nunca pensei em recorrer a outro médico, porque era ela com a qual me sentia mais à vontade por já conhecer, e como ela já conhecia o meu historial anterior… senti mais confiança com a minha médica de família do que recorrer a um especialista que eu não conhecia, mas ela aconselhou-me a procurar apoio em psicoterapia (…). (Fem03, 22 anos, solteira, estudante, 12ºAno)

(…) eu contei-lhe a história toda que se tinha passado, e ela disse - "Pronto, isto é uma depressão que já anda aqui, portanto vamos já atacar com os antidepressivos", e então receitou-me o antidepressivo, outro para andar assim mais tranquila, e outro para dormir, passou-me os medicamentos e disse-me - "Isto já é para a vida", e realmente até agora foi sempre o tomar dos comprimidos. (…) só fui à minha médica de família, pronto a médica também nunca me aconselhou a recorrer a outro, como eu depois me senti bem com a medicação e tudo mais. (Fem07, 53 anos, casada, caixeira, 4ºano, empregada)

(…) depois nem fui a nenhum médico especialista disto, fui à minha médica de família, ela é que me ajudou e fez-me logo bem a medicação, é ela que me tem passado tudo (…) ela nunca me disse para ir a outro médico… via que eu estava a ficar melhor porque ela viu como eu ia de início e depois como eu comecei logo a melhorar, e então ela disse que não, que estava bem assim e que não precisava, que era só a medicação. (Fem10, 59anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Esta situação foi encontrada entre 5 das 9 mulheres entrevistadas, sendo que estas 5 mulheres foram diagnosticadas e medicadas pelos médicos de família, e que as restantes 4 recorram primeiramente a outro especialista, o que indica que todas as mulheres entrevistadas que recorreram primeiro ao médico de clínica geral foram prontamente diagnosticadas. Esta questão é bastante grave, tendo em conta que quem deveria realizar este diagnóstico, e consequentemente prescrever os antidepressivos, deveria ser um psiquiatra, sobretudo porque os antidepressivos tendem usualmente a acompanhar estas mulheres ao longo da vida sem se dar a existência de um apoio e acompanhamento efetivo e adequado. Pelo contrário, no caso dos homens, estes foram reencaminhados pelos médicos para psiquiatras, o que pode indicar e revelar os estereótipos de género no que diz respeito à depressão.

Isto remete-nos claramente para tudo aquilo que foi amplamente abordado relativamente ao viés de género na medicina, sobretudo no que concerne às doenças mentais e especificamente à depressão. Assim, e tendo em conta que as doenças são construídas socialmente e que a depressão foi sempre associada ao universo feminino, o olhar clinico pode conter estereótipos de género. Neste sentido, pode existir uma maior tendência por parte dos profissionais de saúde para identificar depressão nas mulheres, o que consequentemente pode levar à existência de falsos negativos e falsos positivos, existindo uma tendência para o sobre-diagnóstico de depressão nas mulheres e para a consequente prescrição de psicofármacos (Sprock e Yode, 1997; Hamberg, 2008; Basílio, Figueira e Nunes, 2015). Por fim, é necessário ter em conta que as mulheres têm um maior reconhecimento e expressam mais facilmente as suas emoções, e que os critérios de diagnóstico sobrevalorizam os sintomas tipicamente feminino, o que pode superestimar a depressão nas mulheres (Sprock e Yode, 1997; Basílio, Figueira e Nunes, 2015).

Somente três dos indivíduos entrevistados recorreram prontamente a um psiquiatra, o que se deu após terem consultado médicos especialistas de outras áreas, que reencaminharam e aconselharam os indivíduos a procurar um médico psiquiatra. Esta procura de médicos de outras especialidades aconteceu porque os indivíduos entrevistados referiram que não identificaram a depressão como causadora dos seus problemas e sintomas físicos.

> *A minha mãe teve que me levar às urgências e depois aí passado um tempo fui à psiquiatria. Foi logo o primeiro médico que eu fui porque eu conhecia-a e então decidi falar com ela, e ela disse que realmente era uma depressão, e que era uma depressão mesmo muito grave, era o início de um esgotamento nervoso, tanto que levava a esse pico em que me apetecia desaparecer.* (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

> *Primeiro fui ao cardiologista, houve um vizinho meu que, como eu, desmaiava muito, que me indicou o médico do coração e que talvez fosse do coração, e esse médico é que me passou uma carta logo para o psiquiatra porque eram problemas realmente de psiquiatria. E até agora tem sido sempre com o psiquiatra, sempre o mesmo.* (Fem12, 55 anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Por fim, apenas um dos indivíduos entrevistados recorreu primeiramente a um neurologista. Relativamente ao tempo para a realização do diagnóstico, todos os indivíduos referiram que este foi bastante rápido, sobretudo no caso das mulheres que procuraram e foram diagnosticadas pelo médico de família. Geralmente estas mulheres foram diagnosticadas e medicadas na primeira consulta, assim, e tal como Basílio, Figueira e Nunes (2015) mencionaram, o fato dos pacientes serem mulheres parece ser um fator preditivo para a prescrição de psicofármacos.

> *(…) ela (médica de clínica geral) falou comigo na primeira consulta, como eu lhe digo eu passava lá uma hora ao pé dela, acabei por desabafar um pouco, e depois ela viu que eu não estava bem... não me sentia bem, e depois o meu pai também acabou por entrar na conversa (…) E ela disse - "Pronto ok, então se é assim tens que procurar ajuda médica, tu estás com uma depressão", mas foi logo no início que ela me diagnosticou isto, começou por me receitar energizantes, para ver se eu espevitava, coisa que não aconteceu, e depois ela então partiu para os antidepressivos.* (Fem01, 34 anos, casada, engenheira industrial, mestrado, empregada)

> *Logo na primeira consulta, ele (médico de clínica geral) esteve a falar um bocado comigo, percebeu como eu estava e receitou logo os antidepressivos e depois qualquer coisa para a bulimia, para parar de vomitar (…).* (Fem06, 36 anos, casada, técnica de vendas, 12ºAno, empregada)

Foi logo na primeira consulta, eu expliquei tudo o que tinha acontecido, ela (médica de clínica geral) fez-me umas perguntas, mas como ela também já me conhecia… (Fem07, 53 anos, casada, caixeira, 4ºano, empregada)

(…) quando lá cheguei os sintomas que eu lhe falei, a maneira como eu me sentia, ela (médica de clínica geral) disse-me logo que o meu problema que era esse, disse-me logo - "Estás é com uma depressão", e prontos então lá me receitou a medicação (…). (Fem10, 59anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Nos restantes indivíduos que recorreram a um psiquiatra, o diagnóstico foi igualmente rápido, porém no que diz respeito à realização do diagnóstico e ao acompanhamento, podemos notar que estes foram bastante diferentes.

(…) fez-me uma série de perguntas, estivemos a conversar, acho que aquilo foi quase uma manhã a conversar, e depois diagnosticou-me a depressão e medicou-me, e ainda pôs a hipótese de ser internado. (Mas04, 54 anos, casado, 9ºAno, desempregado)

Na primeira (consulta) disse que estava com uma depressão, mas só depois nas próximas consultas é que ela conseguiu, com o estudo dela, ver o nível da depressão, e pronto disse que era grave e que eu não vivia, eu sobrevivia. (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

Ele disse logo que era uma depressão já bem avançada, fui logo internada e deu-me a medicação, mas depois, claro, primeiro que acertasse com a medicação... (Fem12, 55 anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

2.2.3 Os profissionais de saúde

Outra questão que ressaltou ao longo das entrevistas realizadas foi a perspetiva em relação aos profissionais de saúde, que na sua maioria foi negativa, e que acabou por levar as pessoas a desistirem das consultas, muito sobretudo das consultas de psicologia. Isto ocorreu pela falta de compreensão que diziam sentir por parte dos profissionais; e também pelo fato de, segundo os próprios entrevistados, as consultas não os ajudarem efetivamente, e considerarem que a situação teria de ser ultrapassada por eles próprios.

Eu corri 2 ou 3 psicólogos, mas não, não me conseguiam ajudar, percebi que não valia a pena... eu expunha os meus problemas, mas não sentia beneficio, ou seja, eu expunha aquilo que estava a sentir, eles faziam-me perguntas e…., mas eu não sentia alívio, ou seja, eu saía de lá tal e qual como entrei porque era tudo muito impessoal não me sentia à vontade, não me ajudavam. (Fem01, 34 anos, casada, engenheira industrial, mestrado, empregada)

(…) ele (neurologista) é uma pessoa completamente… não tem sensibilidade para isso, não posso contar com ele, não sinto um apoio realmente… não posso contar com ele. Nem compreende, eu acho que ele nem compreende, acho que não. (Fem02, 72 anos, divorciada, professora universitária, licenciatura, reformada)

(…) só fui a uma consulta no psicólogo, na minha opinião... não serve de absolutamente nada, na minha opinião. No psiquiatra, basicamente a minha opinião sobre os psiquiatras é muito simples, os psiquiatras prescrevem um medicamento, um químico que efetivamente é o que nos ajuda, não o médico em si, o médico a mim não me ajuda nada, não é pelo conselho que ele me dá - "Tem que sair, tem que fazer, tem fazer isto e aquilo", o químico é que me dá essa vontade não é o que o médico me diz, portanto para mim o importante é o químico e não propriamente o psiquiatra, porque se não teria um psicólogo. (Mas05, 43 anos, solteiro, professor de educação física, licenciatura, empregado)

(…) eu é que deixei de ir à psicóloga porque ao fim ao cabo o psicólogo sou eu, não é? No psicólogo ao fim ao cabo só tínhamos mais conversa, às vezes era mais para distrair, mas não sentia realmente ajuda… porque temos de ser nos próprios também a reagir. (Mas08, 69 anos, viúvo, empregado de peças de automóvel, 9ºano, reformado)

Apenas alguns indivíduos têm uma perspetiva positiva em relação aos profissionais, encontrando-se neste caso somente indivíduos que recorreram e são acompanhados por psiquiatras. Isto conduz-nos para a questão da farmacologização[25], isto é, o fato dos indivíduos verem cada vez mais nos fármacos uma solução para os seus problemas, o que os leva a procurar uma solução médica (medicamentosa) e rápida para o seu sofrimento. Isto leva os indivíduos a tornarem-se mais dependentes da intervenção da médica, e a não considerar as suas próprias capacidades para resolver estes problemas (Augusto, 2016). Neste sentido, a satisfação que os indivíduos dizem sentir em relação aos psiquiatras provêm do fato destes receitarem os fármacos. E, provavelmente no sentido inverso, a insatisfação com os psicólogos resulta do facto de estes não receitarem fármacos e se centrarem na psicoterapia, o que para alguns é entendido apenas como conversa sem efeito prático.

[25] A farmacologização corresponde ao "processo pelo qual condições corporais ou comportamentais são entendidas como necessitando de tratamento com fármacos por parte dos médicos, pacientes ou ambos" (Abraham, 2010, *in* Augusto, 2016, p.214), assim existe uma transformação de condições humanas em assuntos farmacêuticos de tratamento ou melhoramento (Williams, Gabe e Davis, 2008, *in* Augusto, 2015).

2.2.4 O diagnóstico

Por fim, no que respeita aos sentimentos experimentados aquando do diagnóstico, e tendo em conta que o diagnóstico é um momento-chave no processo de doença, os indivíduos referiram que geralmente este foi uma surpresa e que não contavam com esta situação. Isto ocorreu por vários motivos, entre os quais a falta de conhecimento da doença, visto que alguns indivíduos foram diagnosticados numa altura em que, segundo os próprios, não se comentava tanto a depressão e não existia um conhecimento tão profundo como acontece atualmente.

> *(…) foi uma surpresa, eu não sabia, não fazia ideia, aliás eu sabia muito pouco sobre o assunto, não tinha um conhecimento profundo do que é uma depressão, não sabia como as pessoas ficavam, na nostalgia que ficavam, na apatia que ficavam (…).* (Fem01, 34 anos, casada, engenheira industrial, mestrado, empregada)

> *(…) era novinha também não sabia bem o que era uma depressão, e há 18 anos atrás não se falava tanto, portanto não pensava que fosse uma depressão, lá está porque nem se quer se ouvia assim falar muito.* (Fem06, 36 anos, casada, técnica de vendas, 12ºAno, empregada)

> *Eu na altura… pronto também não sabia muito bem o que era, até que ele depois explicasse e… eu sabia que tinha qualquer coisa, porque não era normal como eu estava, eu não sabia de todo era que eram problemas de cabeça… não sabia, mas aceitava os internamentos, aceitava a medicação, sempre aceitei bem. (Fem12, 55 anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)*

Os outros indivíduos referem que, realmente, e apesar de terem algum conhecimento sobre a doença, não sabiam que poderiam estar a passar por uma depressão e que foram apanhados completamente de surpresa, tal como se pode verificar:

> *(…) eu não sabia que tinha uma depressão, não fazia ideia, não sabia o que tinha, eu esperava que tinha qualquer coisa, eu sabia que tinha qualquer coisa, mas não fazia ideia que era uma depressão.* (Mas04, 54 anos, casado, 9ºAno, desempregado)

> *(…) eu quando ele me disse aquilo - "Nervos? Mas porquê?" … não me enervo, não tenho uma vida nada preocupante, tenho uma vida desafogada, bem com o marido sempre, e pronto uma família organizada, que não tinha motivos para…, pensava eu. Não, eu não ia à espera, por acaso não ia à espera de…*

nem pensava, em depressão não pensava, não pensava. (Fem09, 64 anos, casada, chefe de secretaria, 12ºano, reformada)

Quando fui parar ao hospital com as dores de cabeça não esperava… como trabalhava tanto não tinha tempo para pensar nisso, e aquelas dores eu pensava que era de outra coisa qualquer, não dei importância. Quando ele me disse eu foi logo - "Não, não pode!" mas depois passado um tempo eu pensei "Pode, tu mal dormes", mas lá está, foi preciso uns meses para perceber as coisas… estive uns meses para aceitar que afinal preciso de medicação. Mas na altura não aceitei, quando me deram o primeiro diagnóstico do esgotamento nervoso eu não aceitei, não tinha lógica, na minha cabeça não fazia sentido… epá eu sabia que estava sobrecarregada, tanto que eles disseram, - "Mas você anda num estado de ansiedade enorme?" e eu - "Não" - "Mas anda muito stressada?" e eu - "Não" - "E dorme bem?" -" Durmo", eu não disse nada por pensei "Não, eles não me vão diagnosticar uma coisa esquisita" então eu neguei tudo, mas eles diagnosticaram. (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

Os restantes indivíduos referiram que o diagnóstico não foi surpreendente e que já estavam à espera deste, visto que conheciam os sintomas típicos da doença e que estavam conscientes quanto ao seu estado emocional, tal como podemos verificar:

Eu sabia que estava com depressão… não foi nada inesperado, eu já sabia que estava assim, os sintomas eram todos esses e eu sabia bem, até por conhecimentos académicos, sabia bem que estava assim, que era isso que me estava a acontecer. (Fem02, 72 anos, divorciada, professora universitária, licenciatura, reformada)

(…) caiu-me natural, já estava à espera, nunca disse que não… foi uma coisa que já estava à espera, não me apanhou de surpresa pronto, também já conhecia o que era uma depressão por causa da minha mãe e da minha irmã (…). (Fem07, 53 anos, casada, caixeira, 4ºano, empregada)

(…) eu já sentia que andava com depressão, eu sentia-me deprimido… não foi inesperado estas coisas, pelo menos para mim, não surgiram de repente, não é? Não veio a depressão assim de repetente… aquilo foi pouco a pouco, uma pessoa foi-se sentindo mais em baixo, cada vez mais em baixo, até que… (Mas08, 69 anos, viúvo, empregado de peças de automóvel, 9ºano, reformado)

É importante ainda salientar que em vários discursos os indivíduos se referem à doença, numa terminologia claramente leiga, tal como: nervos, doença dos nervos ou problemas de cabeça (Alves, 2010).

2.3 A vivência e experiência da depressão

Neste ponto analisam-se a experiência e os sentimentos dos indivíduos na sua vivência da doença, bem como as diferenças de género na forma como os indivíduos experimentam a depressão. Discute-se ainda o modo como a doença produz mudanças no self, nos percursos de vida, nas relações sociais e redes de sociabilidade.

2.3.1 Sentimentos/emoções

Quanto à experiência da depressão, é constatado em todos os indivíduos entrevistados um desinteresse generalizado e uma desmotivação para realizar atividades e usufruir tempos de lazer, o que causa um enorme sofrimento nos indivíduos, tal como os próprios referiram:

> *(…) tira-me a vontade de fazer coisas, de fazer coisas até do meu dia-a-dia normal, como fazer as minhas atividades, de ir onde eu gostava de ir, por exemplo fazer pintura, eu gostava de pintar, e agora não me apetece… e outras coisas assim do género que eu gostava de fazer e que me davam prazer e que passei a perder o interesse, agora às vezes nem ler já me apetece. E tenho pena, tenho muita pena, de algumas coisas que fazia e que agora tenho dificuldade em fazer, e em me ocupar… eu própria sinto essa limitação, e essa limitação é dolorosa… é dolorosa a limitação de saber que não tenho vontade, que não me apetece… as depressões causam muito sofrimento, as pessoas não fazem ideia o sofrimento que é realmente os sintomas da depressão, é um sofrimento e angústia muito grande.* (Fem02, 72 anos, divorciada, professora universitária, licenciatura, reformada)

> *(…) perdi a vontade de fazer as coisas que eu fazia, coisas que fazia com todo o gosto e que neste momento eu deixei de ter vontade... deixei de ter vontade de fazer coisas básicas como sair, socializar com as pessoas, de falar com as pessoas. Não tenho vontade em sair de casa, de passear… de fazer a minha rotina, lá está, as coisas que eu antes gostava de fazer e me dava prazer em fazer, como estar com os amigos, ir ao cinema, sair.* (Fem03, 22 anos, solteira, estudante, 12ºAno)

> *(…) tristeza e não ter gosto por nada, esses são os dois sentimentos maiores, portanto, no fundo, não se vive, sobrevive-se, depois tudo custa a fazer, lavar os dentes custa, tomar banho custa, ir às compras custa, custa tudo… não me apetece fazer nada, nem desporto… é não ter gosto por nada, pela vida, por nada e tudo custa a fazer, portanto só queremos estar isolados, deitados, sem preocupação nenhuma, sem querer fazer nada.* (Mas05, 43 anos, solteiro, professor de educação física, licenciatura, empregado)

A depressão demostrou ser profundamente incapacitante, para os indivíduos, tendo estes referido que esta leva à existência de um cansaço constante e uma permanente tristeza, bem como um desinteresse em socializar, o que se traduz no isolamento dos indivíduos.

> *(…) eu durmo bem graças a deus durmo bem, mas de manhã para me levantar tenho uma incapacidade, sinto-me… quando penso que vou enfrentar um novo dia sinto uma vontade de ficar na cama, de não me levantar, de não me mexer… é uma dificuldade enorme em sair da cama e iniciar um novo dia, só me apetece ficar sossegada e de olhos fechados.* (Fem02, 72 anos, divorciada, professora universitária, licenciatura, reformada)

> *(…) às vezes estava aqui, vinha tentar fazer o almoço ou o jantar, mas de momento para o outro sentia que tinha de ir um bocado deitar-me, fechar as portas todas e chorar à minha vontade, tinha que ir (…). Só me apetecia ficar na cama e que ninguém me visse, era isso, não tinha fome nem sede… às vezes iam-me chamar para comer - "Olhem deixem-me estar que eu quero estar sozinha e sossegada, só quero estar descansada" … tinha de estar às escuras, e ali assim, tapava a cabeça onde não visse nem ouvisse ninguém, era como eu me sentia mais aliviada.* (Fem10, 59anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

> *Há dias que não me consigo levantar, é muito complicado, agora tento combater isso, mas antes eu passava os dias deitada sem querer estar nem falar com ninguém (…) Ah, banhos era para esquecer, eu passava uma semana sem tomar banho, não me apetecia, não me apetecia fazer nada, não me apetecia comer, não me apetecia tomar banho… Contas? Estive três meses sem pagar a renda e não era que me faltasse o dinheiro é que não me apetecia, só o fato de saber que tinha de ir ter com o senhorio ou ter de ir ao multibanco. Comida que se estragava porque eu não me apetecia fazer nada, coisas banais, imagine um dia cheguei a casa tinha a luz cortada, sabe o que aconteceu? Não me apetecia abrir as cartas, e então não vi o aviso.* (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

> *(…) a minha depressão é terrível, não se sabe por que ponta se há de pegar. Estou quase sempre com internamentos, tenho tido muitas recaídas durante estes anos todos… ainda agora lá estive por tentativa de suicídio, depois dá-me assim para fazer estas coisas… chego a pontos de nem saber quem sou, nem consigo comer, não tenho força nem para andar, nem para comer, nem para tomar banho, têm que me dar banho, têm que me fazer isso tudo. (…) eu chego mesmo a pontos de me desorientar e descontrolar completamente, não sei onde vou, onde estou, nem o que estou a fazer (…).* (Fem12, 55 anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Nesta vivência ao longo do processo de depressão, e no que diz respeito aos sentimentos expressados, denota-se uma constante referência, mais ou menos explícita, ao sofrimento que a doença provoca. Estes sentimentos mencionados mostraram-se, de forma geral, muito semelhantes entre todos os indivíduos entrevistados. Contudo, a experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente, isto é, a vivência do mal-estar, que parece ser profundamente individual, revela normalidades que são moldadas pela configuração social, logo, as configurações das masculinidades e feminilidades conduzem a diferentes formas de experimentar e viver este sofrimento (Santos, 2009). Assim, quando se analisam as preocupações que assolam os indivíduos no decurso da doença, esta análise revela diferenças de género bastante significativas, especialmente no que diz respeito ao desempenho dos papéis sociais e das funções que são atribuídas aos indivíduos. É importante assinalar que, nestas doenças, a manutenção dos deveres sociais assume um importante relevo, pois a doença prolonga-se, pelo que não pode ser entendida como uma interrupção temporária do desempenho dos papéis, tal como ocorre nas doenças agudas (Neto e Alves, 2012).

Assim, e começando pela experiência feminina, esta é marcada por uma grande preocupação e angústia pelo cuidado com os outros, tais como pais, filhos e maridos, o que revela as diferentes identidades sociais atribuídas a homens e mulheres. Portanto, e em conformidade com os papéis de género femininos (esposa, mãe, cuidadora), a experiência da mulher é marcada pela preocupação com o cuidado com os outros, sobretudo com os filhos, o que lhes provoca um grande sofrimento e angústia devido à sua incapacidade e/ou falta de motivação para o fazer, levando a que as mulheres se culpem muitas vezes por não terem conseguido cumprir o socialmente esperado da forma como desejavam. Esta questão tinha já sido apontado por Zanello (2010) como uma das características e preocupações associadas à depressão feminina.

> *(…) e digo-lhe mesmo, foi muita coisa no fato dos meus filhos serem pequenos, porque se fossem maiores eu se calhar desinteressava-me mesmo de muita coisa…. Eu disse mesmo para a médica - "Oh doutora, eu não quero ficar maluca da cabeça, eu tenho dois filhos para criar". (…) depois havia de dar mais atenção aos filhos e não o dava, depois era assim, eu queria fazer as coisas, mas eles também precisavam de um bocadinho de apoio e eu esse apoio nunca lhes o dei porque não tinha tempo… por isso é que talvez o meu filho é assim mais rebelde, porque eu deixei um bocado talvez mais à mercê…* (Fem07, 53 anos, casada, caixeira, 4ºano, empregada)

> *É o meu filho, ele obriga-me a levantar da cama porque eu passo os dias todos fechados naquela casa, o que me obriga a sair é o meu filho, e às vezes eu sinto-me mal por ele não sair mais… olhe ontem, por exemplo, nem vimos a luz do dia, nem anteontem… eu isolo-me de uma maneira... a noite é que vamos ao parque, aí eu obrigo-me a sair de casa, porque eu digo-lhe eu não me apetece sair nem ver pessoas…* (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

Os meus filhos eram todos pequenos, eu estive 10 anos internada numa clínica, então os garotos passaram muito tempo só com o pai… era uma preocupação para mim... uma preocupação enorme, enorme… embora eles fossem lá nos fins-de-semana, mas pronto… três filhos pequenos… depois era o meu marido, tomar conta deles e trabalhar, foi difícil, foi muito difícil… e agora há momentos que também são terríveis (choro)… (Fem12, 55 anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Outro aspeto que causa uma grande preocupação e sofrimento nas mulheres são as tarefas domésticas, também elas conotadas como sendo tipicamente femininas, pela falta de motivação e/ou incapacidade que a depressão provoca para realizar este trabalho, tal como é possível ver nos discursos seguintes:

Sempre fui assim, mesmo quando vivia com os meus pais, gostava de ter tudo limpo e organizado, e desde sempre que fui habituada a fazer as tarefas dentro de casa, e claro que neste momento tenho pouca disposição para as realizar, e isso para mim é uma preocupação porque eu sempre gostei de ter a casa organizada, e agora tenho dificuldades porque realmente não me apetece. (Fem03, 22 anos, solteira, estudante, 12ºAno)

(…) saber que tinha que fazer estas coisas e não me sentia com força nem com vontade e sabia que tinha que as fazer… opá sentia-me mal, depois sabia que tinha as roupas para arranjar, tinha comida para fazer, tinha tudo, sentia-me mal se visse as coisas por fazer, mas também não tinha força para as fazer… não tinha força, não conseguia, eu sabia que era necessário faze-las, mas não conseguia. (Fem10, 59anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

A mim o que me preocupa é não fazer as coisas, não ter mesmo vontade de fazer as coisas em casa, nem comer, depois eles chegam a noite e não há nada para comer, vem-me essa preocupação, mas é incontrolável. Quando eu sou internada, é sempre… essa fica sempre, o primeiro dia que eu entro vou toda baralhada, nem sei tão pouco onde estou…, mas depois passa a noite que eu começo a pensar e… penso muita vez, eles (marido e filho) ficam sozinhos, é um transtorno… não estou lá para os ajudar. (Fem12, 55 anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

No processo de recuperação, estas mulheres têm de lidar com as emoções e os sentimentos negativos que a doença causa, mas têm também que lidar com as expectativas sociais que internalizaram profundamente, sendo que a sua incapacidade para as cumprir lhes causa um sofrimento adicional, com o qual têm de lidar durante o seu processo de gestão da doença, o que claramente não se verificou no caso dos homens. Apesar disto, foi notado que na sua maioria, as mulheres, mesmo doentes, continuavam a assegurar grande parte do cuidado com os filhos e com as tarefas domésticas. Tal como apontado por Santos (2009), a tarefa do

cuidado é socialmente atribuída à mulher que, mesmo doente, não escapa a esta prescrição social.

Relativamente à experiência masculina, foi notório que as preocupações e o sofrimento dos homens são muito diferentes das inquietações das mulheres, sendo que neles estas estão maioritariamente relacionadas com o mundo do trabalho, com o julgamento do seu desempenho profissional e com a incapacidade para trabalhar, o que corresponde ao papel socialmente esperado dos homens.

> *(…) isso a mim não me incomoda (relativamente às tarefas domésticas), quanto estou assim em baixo faço o mínimo dos mínimos, não tenho vontade, nem de fazer de comida nem nada… a parte profissional é que é sempre complicada para mim, o medo de falhar perante os outros porque a minha profissão é muito específica e tenho medo do julgamento, de falhar, de não fazer um bom trabalho e pronto essa parte aí preocupa-me muito quando estou assim, quando não estou, não me preocupa tanto porque sei que sou bom profissional.* (Mas05, 43 anos, solteiro, professor de educação física, licenciatura, empregado)

> *Sentia-me incapacitado, ter de deixar de trabalhar por causa dos problemas… senti-me incapacitado para trabalhar e pronto, uma pessoa quando está assim… fica deprimido porque uma pessoa querer fazer as coisas e não poder…, mas depois fui-me acostumando com isso, sabia que não podia trabalhar.* (Mas08, 69 anos, viúvo, empregado de peças de automóvel, 9ºano, reformado)

Outra preocupação que ressaltou no discurso masculino, que não foi encontrada no discurso das mulheres, foi a parte sexual e as consequências que a depressão traz nesta área, o que representa uma preocupação para os homens, tal como podemos ver:

> *(…) eu cheguei a perder o apetite sexual… não tinha.* (Mas04, 54 anos, casado, 9ºAno, desempregado)

> *(…) a parte sexual que é muito preocupante para muita gente porque dizem que nos homens os antidepressivos causam impotência, a mim nunca me causou nada, obviamente que o que me faz é… tenho mais dificuldade em ejacular, sim isso é verdade…, mas isso a mim nunca se manifestou, mas essa parte é muito preocupante (…).* (Mas05, 43 anos, solteiro, professor de educação física, licenciatura, empregado)

A incapacidade para cumprir o papel social de género como provedor da família, a preocupação com o mundo do trabalho e com a sexualidade já tinham sido apontadas como uma das preocupações recorrentemente identificadas por homens com depressão, nomeadamente por Immerman e Mackey (2003) e Santos (2009).

É ainda importante referir que nos discursos masculinos não foi referido qualquer tipo de preocupação com tarefas relacionadas com a casa ou cuidados familiares, exceto a preocupação com o papel de provedor da família. Embora um dos entrevistados tenha feito referência às tarefas domésticas, relativiza completamente a necessidade de as levar a cabo de uma forma exigente, dizendo que faz os mínimos, o que não tem qualquer importância para ele. Já as mulheres, sofrem bastante por não conseguir corresponder a um padrão de desempenho das tarefas domésticas, que provavelmente se impuseram a si próprias, o ter sempre tudo "arrumado e limpo", dando a entender que algo na sua identidade de mães e esposas é posto em causa quando esse padrão não é mantido.

2.3.2 Mudanças no self e nos percursos de vida

A depressão produz uma série de consequências no *self* dos indivíduos e na sua vida. Tal como referem Neto e Alves (2012), a vivência do sofrimento e o diagnóstico têm impactos sociais com repercussões nos percursos de vida e que se alargam até a identidade dos indivíduos. Relativamente ao *self*, os indivíduos referiram que com o surgimento da depressão mudaram bastante, bem como os seus interesses, e que não se reconhecem e identificam com este novo EU, construído em torno do sofrimento. Isto ocorre visto que o diagnóstico, bem como a própria doença, desencadeia processos estigmatizantes que produzem enormes consequências identitárias e sociais (Neto e Alves, 2012, p.115).

Neste sentido, a depressão conduziu a uma rotura biográfica[26], pois estes eventos psíquicos colidem com o seu self, levando a uma reconstrução identitária, e agindo como fatores que limitam a interação social dos indivíduos (Kelly e Field, 1996 *in* Williams, 2000). Então, as estruturas da vida quotidiana dos indivíduos são profundamente abaladas, e é neste sentido que Bury (1982, *in* Williams, 2000) conceitualiza as doenças cronicas como um "tipo de experiência disruptiva" (Williams, 2000). Assim, a depressão traz consequências identitárias, tal como podemos notar nos discursos abaixo:

> *(…) eu não era assim, eu era uma pessoa alegre, cheia de atividades, cheia de genica e deixei de ter essa genica… também a idade, a idade também contribui muito, mas antes de eu ficar com esta depressão eu fazia tudo normal, sentia-me bem, fazia tudo normalmente, cuidava da minha filha, cuidava das coisas da casa, fiz sempre formação universitária juntamente com a minha profissão… e fazia isso tudo, e tudo corria bem, tudo estava bem, depois é que comecei a ter dificuldades quando esta depressão apareceu na minha vida, os interesses passaram a ser diferentes.* (Fem02, 72 anos, divorciada, professora universitária, licenciatura, reformada)

[26] A rotura biográfica diz respeito à quebra dos pressupostos que os indivíduos assumem sobre os seus corpos, o *self* e o mundo, e em grande parte ocorre com o surgimento de doenças cronicas (Williams, 2000).

Eu digo-lhe eu estou muito diferente, não tem nada a ver de como era dantes… custa-me a viver assim, eu não gosto de estar assim, é o que lhe digo, eu agora estou bem, a seguir já não estou, eu até pensava que era bipolar porque eu estava bem, no fim de um bocado já estava mal e a gritar. Preciso de estabilidade, quero estar com outras pessoas à vontade, quero sair à noite, quero ser o que era e o que não sou…isto destruiu-me, e os meus amigos que estão do meu lado, eles dizem que não me conhecem, que eu não sou a mesma pessoa, e eu tenho noção disso… não sou a mesma pessoa, não tem nada a ver. (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

Para além das consequências profundas no modo como os indivíduos se veem e julgam, estas têm também repercussões na forma como consideram que os outros os veem (Bury, 1988, *in* Williams, 2000). A forma como os outros os veem pode ser interiorizada pelos próprios indivíduos. Assim, o facto de as outras pessoas julgarem que eles têm problemas de cabeça e que são malucos, não considerando a depressão como uma doença, acaba por ser interiorizado pelos doentes, havendo mesmo quem ache que se calhar até é.

A família diz que eu sou maluca, o resto das pessoas que não se dão comigo dizem que eu sou maluca, pronto… se calhar até sou… (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

Apesar destas mudanças, maioritariamente identificadas pelos indivíduos como negativas, algumas pessoas identificam mudanças positivas no self, num processo semelhante ao relatado por Williams (2000), que adianta a ideia de que a rotura biográfica não tem necessariamente que implicar mudanças avaliadas negativamente.

As mudanças é que eu agora acho que estou mais desprendida, já me preocupei mais, agora não… parece que tenho assim um coração mais desprendido. Fiquei mais desprendida e mais aberta para falar nas coisas, enquanto eu guardava as coisas tudo para mim, eu mudei, eu sei que mudei porque agora há certas coisas, mesmo palavras que me saem, coisas que eu nunca dizia. Sinto-me melhor comigo própria porque não guardo, não me calo… (Fem07, 53 anos, casada, caixeira, 4ºano, empregada)

Para além das mudanças no self, são notórias igualmente, e tal como também mencionado por Williams (2000), mudanças na vida e no percurso de vida dos indivíduos, visto que a doença traz consequências e repercussões práticas para os indivíduos. Nomeadamente na dificuldade no que diz respeito ao desempenho das atividades diárias e na sua relação com os outros, tal como podemos ver pelos discursos seguintes:

(…) toda esta ansiedade, todo este stress, todo este medo está a condicionar-me a eu poder viver o meu dia-a-dia em paz, e isso tem-se evidenciado na minha saúde, já não consigo dormir à noite, não consigo estar bem emocional e psicologicamente, choro compulsivamente, tenho tido enjoos frequentes, dores de cabeça constantes e isso está a prejudicar-me não só na minha vida social, mas também na minha vida académica… têm sido tempos muito difíceis para mim (…). (Fem03, 22 anos, solteira, estudante, 12ºAno)

Fiquei logo de baixa a partir da primeira consulta que fui ao médico, -"Pelo menos um mês", disse ela, de um mês passou para um ano e dois meses… foi muito difícil, porque com a medicação eu tive alturas que… a andar na rua parecia um zombie, estava como se fosse drogado. Eu ia morrendo atropelado aqui em cima porque passei no semáforo vermelho para peões, aliás eu fui aconselhado a não conduzir, eu andei meia dúzia de meses que não conduzia por causa da medicação, porque eu de um momento para o outro alterava-me, ficava alterado (Mas04, 54 anos, casado, 9ºAno, desempregado)

(…) naturalmente senti mudanças em mim porque tenho de lidar com esse tipo de sintomas de vez em quando… vou tendo recaídas não tão profundas como já tive algumas, mas sim, volta e meia tenho recaídas, e tenho de tomar constantemente os antidepressivos, já fiz interrupções, mas não é a melhor opção para mim, já me apercebi disso. (Mas05, 43 anos, solteiro, professor de educação física, licenciatura, empregado)

Sentia-me mais tranquila, já comia, que eu nem comia… do nada engordei 11 quilos, hoje pesei-me e disse - "Ei, 11 quilos", veja só, os medicamentos também engordam, é assim. (Fem09, 64 anos, casada, chefe de secretaria, 12ºano, reformada)

Uma das mudanças, que não poderia deixar de ser referida, está relacionada com o mundo do trabalho, a participação no mercado de trabalho e o desempenho de uma profissão, visto que em grande medida todas estas dimensões estão relacionadas com a construção e manutenção de uma identidade adulta. Assim, o surgimento dos sintomas depressivos e a depressão demostraram ter um grande impacto neste parâmetro da vida, que ocupa uma boa parte das rotinas quotidianas da vida adulta.

Os indivíduos entrevistados mencionam a falta de motivação, concentração e de memória, a diminuição da produtividade e a pressão que dizem sentir quer por parte deles próprios, quer por parte das entidades patronais, quer dos colegas de trabalho. Então, a depressão incapacita os indivíduos para desempenharem as suas tarefas profissionais de acordo com as expectativas (suas e da entidade patronal), o que claramente tem repercussões no julgamento que os outros fazem de si, mas também no julgamento que fazem de si próprios.

Sendo que esta incapacidade face ao trabalho é resultado do sofrimento, mas também da própria medicação.

> *(…) curiosamente dava aulas na mesma, que é uma coisa muito engraçada, aí mantinha toda aquela parte do profissionalismo, nunca tive queixas dos pais, nem de ninguém, mas depois nós não fazemos as coisas… e então ao estarmos assim até podemos ir trabalhar, fazer o mínimo dar a aulinha, mas depois não nos apetece fazer mais nada, nem fazer trabalho de direção de turma, nem... e depois tudo acumula e se não está nada feito é um problema, é um fiasco e portanto isso é uma pressão porque não nos apetece trabalhar, então todos os dias há coisas a acumular e há uma pressão que aumenta dentro de nós.* (Mas05, 43 anos, solteiro, professor de educação física, licenciatura, empregado)

> *No trabalho afetou, porque outra coisa que tive foi perda de memória, e foi aí que me afetou porque eu esquecia-me de ir trabalhar, esquecia-me porque era um trabalho rotativo, então eu misturava tudo, ou esquecia-me do cartão, esquecia-me da farda, dos código para pôr na balança para pesar o peixe... a minha produtividade baixou, eu não conseguia fazer tudo e a minha chefe começou a cair de cima de mim - "Ela não faz, ela não trabalha!", depois ela tanto reclamou comigo, tanto gritou comigo e eu só chorava porque eu pensava "Eu não consigo" porque eu queria morrer… mas pronto, não foi aceite.* (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

> *(…) uma altura em que estive melhor, eu tinha tirado o curso de estética, e olhe como estive melhor o psiquiatra disse - "Pode exercer, já está apta, sabe bem o que está a fazer e não há problema" depois tive aí uns dois anos a trabalhar. Mas depois comecei a preocupar-me, lá está, as pessoas contavam-me muitas coisas e eu comecei a vir para casa e já só pensava nisso, comecei a andar baralhada. Fui ao médico e ele disse - "Tu assim não podes trabalhar e estares a mexer em ceras quentes, a mexer nisto e naquilo, e a trabalhar com o público, não pode ser. Eu aconselho-te a fechares porque tu já não estás em condições", e depois fechei e nunca mais trabalhei. Foi um grande desgosto, porque eu só o ter que sair todos os dias de casa, e o conviver com pessoas…, mas também sabia e compreendia que não podia ser, não é? Podia muito bem queimar uma pessoa… ele fez-me ver a realidade e, depois era ainda mais chato o problema.* (Fem12, 55 anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

2.3.3 Relações sociais e redes de apoio

As relações sociais são uma dimensão da vida que geralmente sofre uma grande alteração com o instalar da depressão, sendo que esta mudança pode ocorrer tanto por parte do individuo

diagnosticado, como por parte das pessoas que se encontram à sua volta. Este isolamento e mudança nas relações causa ainda um maior sofrimento nos indivíduos.

2.3.3.1 Relações familiares

Quanto às relações familiares, após o diagnóstico da doença, alguns indivíduos entrevistados referem que esta notícia não foi valorizada pelos familiares mais próximos, não tendo recebido uma ajuda efetiva da sua parte. Assim, nas entrevistas transparece esta falta de compreensão da doença, visto que esta não é uma doença visível no físico dos indivíduos, portanto não é passível de ser demostrada aos outros, conduzindo os indivíduos a um sentimento de desvalorização do seu sofrimento. Esta questão foi igualmente verificada no estudo realizado por Neto e Alves (2012).

> *(…) é como eu digo, os familiares, como a maior parte nunca passou por uma depressão, não sabem o que é, portanto reagem com alguma indiferença… e com força - "Tens que ter força e tal, vai, força aí", mas sim, reagem com alguma indiferença porque não é uma doença que se veja assim no físico e nem nada disso, portanto desvalorizam, porque não sabem o que ela provoca em termos emocionais e físicos e também porque nos tira a vontade de tudo.* (Mas05, 43 anos, solteiro, professor de educação física, licenciatura, empregado)

> *(…) eu acho que ele (marido) não sabe lidar com estas situações… não me deixou, isso não… só que pronto, depois as coisas foram passando, eu não desabafava muito com ele porque eu falava com ele e ele não tinha resposta... pronto, não houve assim grande manifestação (…).* (Fem07, 53 anos, casada, caixeira, 4ºano, empregada)

Noutros discursos, é notório que a depressão não foi compreendida nem aceite pelos familiares, o que causa um sofrimento adicional nos indivíduos, tal como é visível nestes discursos:

> *Dentro do meu agregado familiar tive imensa ajuda da parte do meu pai, mas a minha mãe já não, era completamente diferente, a minha mãe via-me assim começava a ralhar comigo a dizer que eu tinha tudo em casa, que ela me dava roupa lavada, cama e casa, e que tinha tudo o que eu queria, e porque é que eu estava a chorar, e que não tinha razão nenhuma para estar assim. Pronto, começava a ralhar comigo e só piorava, eu sentia-me ainda pior… só piorava.* (Fem01, 34 anos, casada, engenheira industrial, mestrado, empregada)

> *(...) a minha mãe não entendia e dizia - "Estás sempre a dormir, não fazes nada! Estás sempre a gritar, estás sempre a reclamar!", a minha mãe passava-se comigo, mesmo sabendo o problema que eu tinha, as pessoas não estão preparadas para isso. Epá eu digo-lhe eu deixei de falar para a minha família, e não me dou quase com*

ninguém porque eles não me entendiam, dizem que eram coisas da minha cabeça, e que não tinha depressão nenhuma… a minha depressão não foi aceite, nem é, porque eu sou a maluquinha. A família diz que eu sou maluca, o resto das pessoas que não se dão comigo dizem que eu sou maluca, pronto… se calhar até sou… mas eu acho que não são coisas da minha cabeça, acho que não entendem a minha dor, não entendem o meu estado de stress, não entendem nada e então decidi afastar-me. Por exemplo, eu fui muitas vezes para a praia no ano passado, e a minha família dizia - "Tu andavas sempre a passear", andava, mas quem é que sabe o que ia aqui dentro? (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

(…) quer dizer eu primeiro para ter muito um apoio, não tive… não aceitavam… diziam-me - "Problemas de cabeça não é doença", mas isso ainda hoje passado este tempo todo o meu marido não aceita… ainda hoje. Já houve uma altura em que eu fui internada, e uma psiquiatra mandou-o chamar, falou com ele e tudo, mas… não aceita, sabe que eu que estou mal e diz - "Telefona-lhe lá (psiquiatra) a ver se te atende e tal", mas… ele diz - "Depressão não é doença, as pessoas só estão mal da cabeça porque querem" e diz-me assim estas coisas, ainda hoje é assim. Pronto, em principio é sempre muito chato porque ouve-se - "Tu és maluca. Tu não estás boa da cabeça", ouve-se muita vez isso, enfim, depois… olhe vai-se ouvindo, eu também já estou habituada. (Fem12, 55 anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Porém, a maioria dos indivíduos referiram que sempre sentiram o apoio familiar e uma maior preocupação por parte da família após o surgimento e o diagnóstico da doença.

(…) sempre me apoiaram… deram-me muito apoio, às vezes tratavam-me como um bebé… os meus filhos é que eram os meus pais, eles cuidaram muito de mim, estavam sempre muito preocupados, tratavam-me como um bebé, tanto que ainda agora digo - "Epá deixem-se lá disso, isso já passou... isso é para esquecer". (Mas04, 54 anos, casado, 9ºAno, desempregado)

(…) ao fim ao cabo, o que eles queriam é que eu me tratasse mais nada… eles até me tratavam muito bem, cada vez me tratavam melhor, pronto sabiam as minhas condições, não é? Incitavam-me a que eu fosse a dar uma volta e tudo, que me distraísse, para caminhar, mas eu sentia-me… era a tal coisa só estava bem ali… em casa. (Mas08, 69 anos, viúvo, empregado de peças de automóvel, 9ºano, reformado)

2.3.3.2 Relações de amizade e no trabalho

Quanto às relações de amizade e às relações em contexto de trabalho, o que se verificou, na grande maioria dos indivíduos entrevistados, foi o isolamento. Este isolamento ocorreu, sobretudo, por iniciativa dos indivíduos com depressão, que se submetem a um afastamento dos outros, o que diminui as suas redes de sociabilidade.

(…) foquei-me naquilo... não conseguia tirar o meu pensamento daquilo, era só coisas que me faziam mal, eu isolei-me completamente, não queria sair, não queria ir a jantares nem almoços de família, não queria sair com os amigos, não queria ir beber um café, não queria fazer nada, só queria estar em casa sozinha. (Fem01, 34 anos, casada, engenheira industrial, mestrado, empregada)

(…) tenho tendência a isolar-me, a interiorizar essa depressão e essa angústia e pouco falo… às vezes com as pessoas mais amigas falo do assunto, mas não sou assim pessoa de falar muito disto... sinto-me muito sozinha, tenho dias em que me sinto muito sozinha. (Fem02, 72 anos, divorciada, professora universitária, licenciatura, reformada)

Era mesmo a relação com as pessoas, uma pessoa não se sentia à vontade e então tentava retrair-me, estar mais em casa, pronto... não conviver com as outras pessoas…porque não tinha vontade, era capaz de ir até ao café tomar o cafezito e vir-me embora… não tinha vontade de falar com ninguém. (Mas08, 69 anos, viúvo, empregado de peças de automóvel, 9ºano, reformado)

(…) não queria estar com ninguém, gostava de estava de estar sozinha, gostava de estar sozinha e deitava-me, fechava a porta do quarto, tudo ás escuras era assim que eu me sentia bem… (Fem10, 59anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Contudo, também se encontraram casos em que ocorreram os dois processos em simultâneo, ou seja, em que se deu um afastamento e isolamento da pessoa com depressão, mas também foi notado o afastamento e falta de compreensão por parte das pessoas mais próximas e dos amigos, tal como é percetível neste discurso:

(…) os meus amigos não conseguiam lidar com isso - "Está sempre a chorar, está sempre a ligar, é sempre o mesmo", diziam que eu era maluca, que gritava e que não sabia estar, então decidi "Ok, não vou dizer mais nada", e também nunca mais ninguém me disse nada e acabou assim… decidi não procurar mais ninguém e eles também deixaram de procurar… portanto não falo com ninguém, não me dou com ninguém… os meus amigos largaram-me, tá bem que o meu estado podia não ser o melhor… mas eu tinha muita gente à minha volta, não sei onde é que estão. Mesmo no trabalho, por exemplo, eu no trabalho tive de contar, mas lá também fui repreendida do tipo - "Tu estás aqui é para trabalhar" pronto era assim… ninguém queria saber como é que eu estava, até mesmo quando eu disse que o meu pai estava a morrer disseram-me - "A tua vida fica lá fora, tu aqui estás é para trabalhar". (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

Somente dois dos indivíduos entrevistados referiram que as relações de amizade se mantiveram após o surgimento da depressão, e que sentiram um bom apoio por parte dos amigos. Por fim, três dos entrevistados, referiram que optaram por não contar aos amigos e conhecidos:

> *Os meus amigos praticamente foram capazes de nem se aperceber muito… sabiam que eu andava com o problema cardíaco, mas pronto não notavam que eu andava deprimido. Dos amigos… isto é a tal coisa, os amigos muitas vezes ouvem as pessoas e são capazes de ouvir e ver as pessoas, mas a partir dai não ligam, não é? Não sentia apoio… não, não sentia porque os amigos não notavam que eu tinha depressão, nem eu dava a perceber, não é?* (Mas08, 69 anos, viúvo, empregado de peças de automóvel, 9ºano, reformado)

Isto está claramente relacionado com a construção social em torno das doenças mentais, e com o estigma ainda associado a estas doenças, que leva a que os indivíduos não sejam compreendidos pelos outros ou a esconderem a sua condição, tornando-se esta uma doença "mascarada", sobretudo entre os homens. A temática da construção social da doença e do estigma será retomada adiante de modo mais alargado.

Relativamente ao suporte e apoio social, e como já referimos, estes são fatores que influenciam a capacidade dos indivíduos para lidarem com os acontecimentos de vida e com o *stress* (Sprock e Yode, 1997; Simon, 2014). Assim, tal como amplamente mencionado na diversa bibliografia sobre saúde mental, quanto maior é a rede de apoio e o suporte social que os indivíduos têm, menor é o risco de estes desenvolverem transtornos mentais; isto é, fortes redes de apoio têm um efeito protetor sobre a saúde mental dos indivíduos (Immerman e Mackey, 2003; Patel e Kleinman, 2003; WHO, 2003; WHO e CGF, 2014).

Para além destas redes de apoio serem significantes no surgimento da depressão, estas são identificadas pelos indivíduos como igualmente essenciais no decurso da doença e no apoio para a ultrapassar. Nas entrevistas realizadas, os indivíduos referiram que falam e desabafam com familiares, amigos, médicos e com deus. A maioria dos indivíduos refere que sentiu apoio sobretudo por parte dos familiares mais próximos, entre os quais: conjugues, filhos, pais, irmãos e tios, e também um apoio dos amigos mais chegados.

> *(…) o meu pai foi o meu psicólogo, ele chegava a casa sentava-se ao pé de mim e ficava ali a ouvir-me mesmo que eu repetisse as coisas 100 vezes, e depois tens que ter uma pessoa todos os dias que diga - "Vá tens que ter força, não te podes deixar estar aí sentada na cama, tens que sair e fazer outras coisas, não te podes deixar estar aí nessa estagnação". E foi isso que o meu pai fez, e na altura não tinha quase ninguém que fizesse isto por mim, e foi assim que eu consegui superar, na altura ele*

foi o meu melhor amigo. (Fem01, 34 anos, casada, engenheira industrial, mestrado, empregada)

Nessa altura não encontrava sentido nenhum na vida… aliás a força foi da família, da família e dos médicos… eles apoiaram-me muito, muito… se não fosse a minha mulher e os meus filhos não sei… aliás eu tive uma situação que eu… ia para me mandar do 6º andar para baixo (choro)… estavam lá os meus filhos e foram eles que me socorreram. (Mas04, 54 anos, casado, 9ºAno, desempregado)

(…) falo com os meus amigos mais próximos, aqueles que ficaram ao meu lado, e esses apoiaram-me sempre, muito preocupados, e deram-me um apoio mesmo muito bom, diferente da minha família. (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

Outra entrevistada refere que apesar de não ter o apoio de ninguém próximo, encontra-o no internamento de psiquiatria no hospital, quer seja através dos médicos e psicólogos, quer seja através do contacto com outros indivíduos internados por parte dos quais sente que é melhor compreendida:

Sinto-me muito sozinha… não tenho ninguém, não tenho ajuda de ninguém, estou sozinha. Nunca tive amigos para falar, sempre fui reservada, e sempre fui eu e o meu marido… senti a falta de apoio de alguém… Agora de quem eu sinto apoio é dos médicos porque como já lá vão tantos anos eu já tenho uma certa confiança com médicos, enfermeiros, com as auxiliares, que vou para ali (hospital) é como que esteja numa segunda casa, conheço bem as pessoas… já são muitos anos. Até um doente com o outro, nós falar com um doente que tem as mesmas coisas ou que teve, ou que está lá para se curar na mesma, e ao falarmos com um doente ajuda muito também… são mais compreensivos. (Fem12, 55 anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Outros indivíduos referiram que não receberam nenhum tipo de apoio, seja porque não tinham efetivamente ninguém a quem a recorrer para desabafar; por não quererem preocupar os outros a sua volta; e, por fim, porque optaram por não contar às pessoas mais próximas, e como tal esta é uma doença mascarada, portanto, não reconhecida como depressão.

(…) eu com a minha filha, por exemplo, nem falo neste assunto porque ela fica em pânico quando eu lhe disse que estava… ela tem muita dificuldade em aceitar que eu não esteja a passar bem, e eu nem lhe falo nesse assunto, mas ela sabe que estou a tomar medicamentos para a depressão. E quando estou assim mais em baixo recorro a deus, sou muito crente vou todos os dias à missa, tenho necessidade de ir e daquela presença de deus na minha vida, e isso ajuda-me…quando estou pior peço a deus para

me ajudar, para me auxiliar, para me dar forças… (Fem02, 72 anos, divorciada, professora universitária, licenciatura, reformada)

(…) tenho pessoas com as quais eu sei que posso confiar a 100% e a quem eu posso recorrer, mas para isso é também preciso eu querer, e eu não quero porque não gosto de preocupar as pessoas com os meus problemas, e então sou eu que os tenho de resolver e não preocupar as pessoas que eu amo e que eu sei que gostam de mim, com a minha vida, com os meus problemas, por isso tento afastar essas pessoas para não as prejudicar e afetar emocionalmente. (Fem03, 22 anos, solteira, estudante, 12ºAno)

(…) é como lhe digo, para a minha mãe não podia falar porque não a queria também meter ao barulho, e para falar com outra pessoa não tinha, porque isto agente pensa que tem amigos e não tem, está a ver? (…) mesmo com eles (filhos) eu não falo nisto, isto passou-se eram eles muito pequenitos, sabem que eu que tomo os comprimidos para isto, mas não temos conversas, não é com eles que falo porque eles preocupam-se muito comigo (…) (Fem10, 59anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

2.3.3.3 Relutância em revelar a situação

Em relação à relutância em revelar a sua situação para os outros, o que se nota é que uma parte dos indivíduos falaram com pessoas mais próximas e não tiveram relutância em contar aos outros que tinham uma depressão. Porém, geralmente, isto acontece sobretudo entre as mulheres, e após algum tempo de convivência com a doença.

(…) com eles (amigos) sempre tive à vontade, ainda hoje em dia falo abertamente disto. Claro que às vezes as pessoas ligam - "Olha esta teve uma depressão, é maluca, não bate bem da cabeça", e eu na altura acho que também pensava isso, está a ver? Apesar do pouco conhecimento que eu tinha, e se calhar até era derivado ao pouco conhecimento, dizia - "Epá normalmente uma depressão está ligada a pessoas malucas, pronto não batem bem da cabeça". (Fem01, 34 anos, casada, engenheira industrial, mestrado, empregada)

(…) posso ter sentido um sentimento de estar a falhar perante os outros, mas não me senti constrangida porque na altura o que eu queria, o que eu sentia necessidade era de falar, de sentir algum apoio, alguma força, por isso não me senti constrangida. (Fem03, 22 anos, solteira, estudante, 12ºAno)

Não, nem tenho problemas mesmo em falar que sou internada na psiquiatria, não, não escondo nada… isso nunca foi um problema porque eu quando comecei a ir para lá pensei que só pessoas assim como eu, com poucos estudos é que tinham isto, mas

quando comecei a ver pessoas com mais estudos do que eu estarem também internadas por depressões... comecei a perceber que era uma coisa que não escolhia, podia acontecer a qualquer pessoa, e então nunca… comecei a não esconder e não deixei de dizer que era internada. (Fem12, 55 anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Contudo, outra parte dos indivíduos referiram que optaram por não contar, sobretudo por medo do julgamento dos outros e pela falta de compreensão. Sendo que, dentro dos indivíduos que optaram por não revelar a sua doença, é possível encontrar situações em que as pessoas mudaram a sua rotina de forma a que os outros não reconhecessem a depressão. Esta relutância em contar é visível sobretudo no caso dos homens, mas é igualmente verificada entre as mulheres.

(…) aliás para a minha mãe e para o meu pai aquilo parecia que era mesmo, e é, grave, que até me diziam - "Não é preciso contarmos a ninguém, ninguém precisa de saber, é segredo" e eu pronto, assim andava calada, eu também já não falava para ninguém, tinha-me isolado dos meus amigos, até da minha família por isso… (Fem06, 36 anos, casada, técnica de vendas, 12ºAno, empregada)

Não senti o julgamento dos outros porque as outras pessoas consideravam-me uma pessoa normal, não sabiam, não é? É a tal coisa uma pessoa sente-se sempre constrangido em dizer - "Epá ando com uma depressão e assim" … como dizer… uma espécie talvez de vergonha ou qualquer coisa, não é? (Mas08, 69 anos, viúvo, empregado de peças de automóvel, 9ºano, reformado)

Ai, não, não… não contei a ninguém (amigos) porque há pessoas que ainda se riem por cima com o mal dos outros… porque há pessoas como não têm as coisas também não ligam, muitos até dizem - "Ai isso as depressões, as depressões… olha eles é que arranjam aqueles problemas para a cabeça deles" está a ver? Há pessoas que falam assim, pensam que isto não é uma doença mesmo, que não é uma doença a sério. E pensam que a própria pessoa que tem é que tem culpa e é que… e então nunca falei para ninguém, não ia falar neste problema para a rua, e, portanto, ninguém sabia… eles se calhar nem iam compreender, ou então iam pensar mal … porque a depressão, cada um é que tem a depressão que quer, muitos dizem assim. E, opá, deixava de ir às vezes aqui ou além porque eu não me sentia bem, pensava que toda a gente estava a olhar para mim e que era uma coisa que as pessoas notassem, está a ver? Pensei que as pessoas ao olharem para mim que iam notar, que iam perceber, e então isolei-me muita vez por causa disso (…). (Fem10, 59anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Já não me apetece sair de casa, já não tenho aquele sorriso que tinha… e é isso as pessoas que me conhecem, e que me veem e abordam, notam logo que eu não estou bem, e dizem que se nota muito na minha cara, e eu não gosto, faz-me sentir ainda mais triste, eu preciso é de uma palavra de apoio e de conforto, e não como muitas pessoas me dizem - "Ai estás horrível. já viste a tua cara? Parece que estás drogada. Estás tão magra" (...). Por exemplo, eu ia todos os fins-de-semana ao fórum com a minha mãe, deixei de ir… para quê? Para ver alguém? Para me estarem a criticar? (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

Estes discursos conduzem-nos necessariamente para a questão da construção social em torno da doença mental e da depressão. Assim, e visto que, estas doenças estão associadas a uma conotação negativa e a um estigma bastante poderoso, é possível que o individuo experimente um sofrimento resultante desse mesmo estigma. Este marca o significado atribuído à doença pelos próprios doentes, a sua experiência de doença, tendo um grande impacto na sua vida. No sentido de evitarem a rotulagem e os julgamentos que o estigma confere, os indivíduos sentem-se relutantes e constrangidos em revelar a sua condição de doença, mesmo às pessoas mais próximas. Ao revelarem a sua doença, os indivíduos expõem-se a um estigma desacreditado[27] (Goffman, 1963), o qual interfere no processo de interação social, e consequentemente traz repercussões na autoestima e na construção identitária, podendo levar à criação de uma nova identidade baseada na doença, uma identidade detiorada.

Neste sentido, e como os indivíduos procuram esconder a sua condição, esta torna-se uma doença "mascarada", levando-os, por vezes, a alteram as suas rotinas como forma de não existir um reconhecimento dos outros da sua doença. Isto demostra que "socialmente os impactos de uma doença mental são bem diferentes dos de uma doença física" (Miles, 1982; Alves, 2011 *in* Neto e Silva, 2012, p.113).

Torna-se necessário voltar a retomar a questão do género, pois os impactos sociais nos homens com depressão tendem a ser mais pesados, devido a todas as questões já amplamente discutidas. Assim, as características atribuídas aos homens - força, coragem, virilidade, racionalidade e autoridade – implicam que os homens não expressem vulnerabilidade, dependência e intimidade emocional, características tipicamente associadas as mulheres, o que no caso de se dar o reconhecimento da depressão, por parte dos outros, pode colocar em causa a sua masculinidade (Rice *et al.*, 2011 e Zartaloudi, 2011).

(…) sempre constrangido em revelar, sempre, mesmo ao amigo, porque como disse anteriormente é uma sensação de diminuição, nós sentimo-nos mal, em baixo e

[27] O estigma desacreditado está relacionado com o reconhecimento, por parte dos indivíduos à volta do indivíduo estigmatizado, da sua doença. Assim, o indivíduo estigmatizado assume que a sua diferença já é conhecida ou é evidente no momento da interação, o que traz conotações a interação social (Goffman, 1963).

inferiores, portanto não é algo que se goste de estar a dizer… e tenho essa pequena coisinha... o homem não chora, o homem… não é? O homem é mais forte que tudo… claro que sim, e se calhar por isso tive mais relutância porque sentimo-nos diminuídos, e nós não gostamos dessa sensação. (Mas05, 43 anos, solteiro, professor de educação física, licenciatura, empregado)

2.4 Gerindo a doença e perspetivando o futuro

2.4.1 Estratégias para lidar com a depressão

Quanto às estratégias utilizadas para ultrapassar e lidar com a doença, estas variam entre a ruminação e a distração. Assim, percebe-se que muitos indivíduos têm tendência para pensar constantemente e se focarem nos problemas, e geralmente sofrendo em silêncio, sendo que esta estratégia tem sido identificada com o início e desenvolvimento de sintomas depressivos; uma maior ruminação tem também sido associada ao aumento desses sintomas (Cambron, Acitelli e Pettit, 2009).

(…) estou sempre a remoer nesses problemas, penso muitas vezes nisso, tenho tendência para pensar que estou angustiada, que estou sozinha, que… é como um mal, é como uma pessoa que parte um braço, tem o braço partido e tem aquela limitação do braço partido e tem de conviver com essa limitação, eu tenho de apreender a viver com esta limitação... faço um esforço para isso não afetar muito o meu dia-a-dia, e para reagir, mas é muito doloroso. (Fem02, 72 anos, divorciada, professora universitária, licenciatura, reformada)

Eu sou uma pessoa muito masoquista, ou seja, eu tenho tendência a guardar tudo para mim e estou constantemente pensar em tudo… tudo... estou constantemente a pensar nas coisas, e acho que isso piora o meu estado porque eu não consigo parar de pensar nas coisas, eu não consigo fazer nada que me possa distrair daquilo que está a minha volta, posso estar a fazer mil e uma coisas, mas a minha cabeça está sempre a pensar nisso. (Fem03, 22 anos, solteira, estudante, 12ºAno)

Esta maneira de pensar, a cabeça não pára, é o dia todo, sempre a pensar, sempre a pensar, mas é um cansaço que às vezes eu acordo ainda estou a pensar e isso é que me fazia as dores de cabeça, é o pensar excessivo porque eu em vez de estar a descansar estou a matar a minha cabeça a pensar nas coisas, e então trabalhava que era para estar com mais energia, também para fugir um bocado dos problemas… tinha que me sentir ocupada para não pensar, eu trabalhava 18 horas, tinha cinco trabalhos, tinha que ter porque se não eu não tinha sono, porque se não eu…. tinha que parar, e eu não podia parar, tinha que ocupar a minha cabeça. (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

Contudo, os restantes indivíduos, encontrando-se neste caso os homens, referem que se tentam distrair dos problemas e que se envolvem em pensamentos e/ou atividades mais agradáveis, e que apreenderam ao longo dos anos a viver e conviver com a sua condição. A distração, como forma de lidar com as situações, pode atenuar o efeito negativo do stress, bem como atenuar os episódios depressivos, permitindo ainda que os homens escondam os seus sentimentos de depressão (Sprock e Yode, 1997 e Broderick e Korteland, 2002).

> *Houve uma altura em que eu me vi perante uma situação que eu disse - "Pronto vai descambar outra vez", e depois pensei comigo própria e disse - "Não, não vai" e então lutei, e ocupei o meu tempo de tal maneira que eu não tinha tempo para pensar nos meus problemas. E hoje em dia, isto ainda acontece, é a minha proteção, foi uma regra que impus a mim própria que foi: quando estou mais triste preciso de me distrair, de sair, de ver pessoas e coisas novas, de sair da rotina obviamente para não cair neste marasmo, na apatia… se há coisa que eu aprendi na depressão é o estar ocupada não te deixa cair na depressão.* (Fem01, 34 anos, casada, engenheira industrial, mestrado, empregada)

> *(…) tento distrair-me, tanto que agora arranjei este curso (curso do centro de emprego), não é? Para não estar sempre em casa... aliás eu, em casa foi uma coisa boa que eu fiz e que me aconselharam a fazer era andar muito, passear, ir para o castelo, distrair-me… e eu fazia, agora arranjei este (curso)... pronto é uma ocupação, ao fim ao cabo é uma ocupação.* (Mas04, 54 anos, casado, 9ºAno, desempregado)

> *(…) agora lá está tenho que saber conviver com a doença e sei que isso só me causa perturbação e então… tento relativizar tudo… isto foi tudo uma evolução de aprendizagem da doença, a primeira vez que se manifestou foi há 15 anos depois tive várias recaídas e em todo este período e aprendi a relacionar-me com a doença.* (Mas05, 43 anos, solteiro, professor de educação física, licenciatura, empregado)

Assim, e como referido por Sprock e Yode (1997), Broderick e Korteland (2002) e Simon (2014), as mulheres tendem a ter uma estratégia mais de ruminação e demostram uma tendência para se preocuparem mais com os problemas e sofrerem em silêncio, apesar de muitas entrevistadas identificarem também a distração como estratégia de enfrentamento de problemas. Os homens, tendencialmente, recorreram à distração, devido à aprendizagem e convivência com a doença, permitindo-lhes, ainda, que a doença não seja tão facilmente reconhecida pelos outros.

2.4.2 Perceção do estado de saúde

Quanto à perceção do estado de saúde, a maioria dos indivíduos consideram que a depressão é uma doença sem cura, e como tal, é uma situação com a qual vão ter que lidar ao longo da

vida, visto que a medicação não os cura, sendo que alguns dos entrevistados revelaram uma certa apreensão e receio em relação ao futuro, tal como podemos verificar pelos discursos que se seguem:

> *(…) ainda não estou curada completamente... ainda não me sinto completamente curada, sinto-me um bocadinho melhor…, mas tenho que lidar, é uma situação que eu tenho que lidar com ela, que não sei agora o que hei dez fazer mais…* (Fem02, 72 anos, divorciada, professora universitária, licenciatura, reformada)

> *Nós tentamos esconder, mas cura, cura, acho que não, eu queria acreditar, mas acho que não. Posso dizer que 90% já foi, mas tenho medo, da recaída é que eu tenho medo.* (Mas04, 54 anos, casado, 9ºAno, desempregado)

> *(…) não é uma coisa que na minha opinião, e por experiência própria, acho que não tem cura, tem é formas de saber lidar com ela, e evitar determinados estados muito, muito baixos… claro que temos altos e baixos como toda a gente, mas depois alguns sinais de alarme temos de estar atentos a eles. Mas eu tenho a certeza que não tem cura, é uma situação que vou ter de lidar até ao fim da vida.* (Mas05, 43 anos, solteiro, professor de educação física, licenciatura, empregado)

> *Não estou curada, não estou… eu sei que não estou curada, o que é faço a minha vida, olhe ando na minha vida… sei que tenho que os tomar, já tentei parar e não faço nada, não consigo fazer a minha vida, meto-me logo à cama, deixo logo de trabalhar, nem a vida de casa faço, e depois torno a ficar com aquela tristeza não dá mesmo para parar…* (Fem10, 59anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Somente quatro dos indivíduos entrevistados consideram que a sua depressão está curada, contudo, verifica-se que pelo menos dois dos indivíduos continuam a tomar medicação para a depressão ou reguladores de sono.

2.5 Estereótipos de género

Quanto aos estereótipos de género, relativamente à depressão, foi visível que a maioria dos entrevistados consideraram que as mulheres são mais propícias a ter uma depressão. Um dos motivos mais identificados para esta diferença foi o fato dos indivíduos, tanto homens como mulheres, considerarem que estas são mais sensíveis e dependentes dos outros, tal como referem os entrevistados:

> *(…) acho que a depressão afeta mais as mulheres, eu acho que sim porque as mulheres são mais sensíveis, são mais sensíveis aos sentimentos... aos seus próprios sentimentos, aos sentimentos das outras pessoas, acho que vivem as coisas de outra maneira. Não sei se é por serem mães e viverem aquela emoção toda, sei lá gerar um*

filho, epá não sei, ou são mais sensíveis ao filho e depois às pessoas que a rodeiam. Não sei, o que sei é que as mulheres são mais sensíveis e, portanto, se calhar essa sensibilidade acaba por fragilizar um bocadinho as mulheres, quando se sentem deprimidas ou tristes ou leva-las um pouco mais abaixo na situação de desgosto. (Fem01, 34 anos, casada, engenheira industrial, mestrado, empregada)

(…) as mulheres sofrem muito mais de doenças a nível do foro psicológico, mais que os homens, porque as mulheres são mais ligadas afetivamente à família e à vida pessoal, sofrem com os problemas dos outros e isso torna-as mais sensíveis, e suscetíveis a ter uma depressão. (Fem03, 22 anos, solteira, estudante, 12ºAno)

As mulheres têm mais depressão, somos mais fracas de cabeça, a mente é mais fraca, somos mais inseguras e pensamos mais… acho eu. (Fem06, 36 anos, casada, técnica de vendas, 12ºAno, empregada)

Eu acho que o ser da mulher é mais… somos mais frágeis. As mulheres pensam mais, têm mais depressão, são mais sensíveis. Embora agora também já há muitos homens, mas a maioria é mulheres… eu se fosse homem se calhar não pensava em tanta coisa… não sei digo eu… acho que os homens são mais fortes, ultrapassam melhor as coisas. (Fem07, 53 anos, casada, caixeira, 4ºano, empregada)

Podemos notar que esta maior suscetibilidade e fragilidade da mulher foi justificada pela maternidade, que explica a maior instabilidade e sensibilidade das mulheres; pelo fato da mulher ter uma mente fraca, o que está claramente ligado à ideia de que as mulheres são mais corpo e os homens mais mente; e também pela sensibilidade que é tipicamente associada com a fragilidade, o que está relacionado com a ideia de que as emoções são eminentemente femininas e a razão eminentemente masculina, sendo que as emoções as prejudicam.

Neste sentido, e em semelhança com o que foi mencionado por Rice *et al*. (2011) e Zartaloudi (2011), a identificação da mulher como mais sensível e depende dos outros, está relacionada com as características tipicamente associadas às mulheres, como a passividade, fragilidade, afetividade e sensibilidade, levando estas a ser entendidas como mais emotivas, e então percebidas como mais suscetíveis de virem a sofrer psicologicamente com os acontecimentos de vida, e portanto mais propensas a ter depressão.

Outras das justificações encontradas para a o fato das mulheres serem entendidas como mais suscetíveis à depressão, está relacionada com o fato destas estarem mais expostas ao *stress* devido aos diversos trabalhos e responsabilidades. Assim, as mulheres reconhecem que a multiplicidade de papéis e a múltiplas responsabilidades, em casa e no trabalho, são fonte de stress, e veem-nas como indutoras da doença, tal como é apontado na literatura,

nomeadamente por Gove e Tudor (1973) e Turner e Turner (1999), onde se reconhece que estes papéis possuem uma série de características que podem promover a doença mental, nomeadamente a depressão.

> *Ai, eu acho que é nas mulheres, mas isso é porque as mulheres também têm uma vida muito mais ativa… estamos mais em stress do que eles, nós temos que limpar a casa, estar com os filhos, organizar a nossa vida, temos de fazer tudo… e eles trabalham, ainda é um pouco assim. Só que lá está, a mulher muito mais depressa descobre a depressão e aceita do que o homem, os homens demoram mais tempo, porque têm aquela mania do "O homem não chora", e então eles podem ter a depressão só que não a aceitam … por exemplo a meu ver, os suicídios é mais na parte masculina porque o homem não aceita isso, "O homem? O homem não é fraco!". (...) imagine um homem das obras ter uma depressão, não tem lógica para as outras pessoas, as pessoas vão dizer - "Não tens força, não tens capacidade" não vai ser aceite naquele sítio. Seja onde for ele não vai ser aceite por outro homem assim, só se a pessoa tiver passado por isso, mas se um homem tiver passado por isso ele também não vai dizer que passou (...).* (Fem11, 30 anos, solteira, 12ºAno, desempregada)

> *Mais nas mulheres porque as mulheres mesmo têm o emprego, a vida de casa, filhos… acho que é mais stress a vida das mulheres.* (Fem12, 55 anos, casada, doméstica, 4ºAno, desempregada)

Apenas quatro dos indivíduos entrevistados reconhecem que a depressão também pode surgir nos homens, entendendo que esta pode afetar qualquer pessoa:

> *(…) os homens também têm as suas fragilidades, não é? Eu acho que os homens também têm as suas fragilidades, também têm as suas limitações… eu acho que sim, eles também podem apanhar uma depressão.* (Fem02, 72 anos, divorciada, professora universitária, licenciatura, reformada)

> *(…) acho que pode acontecer nos dois de forma por igual, depende se tivermos profissões de responsabilidade…. Para mim acontece de forma igual, tudo tem a ver com o tipo de vida e com o stress a que essa pessoa é sujeita, e depois pronto pode ceder ou não.* (Mas05, 43 anos, solteiro, professor de educação física, licenciatura, empregado)

É interessante ainda notar, neste último discurso, que o entrevistado identifica a profissão, e o *stress* associado a esta, como principal causa para o desenvolvimento de depressão, o que está em concordância com o papel socialmente esperado dos homens, em que as suas maiores responsabilidades se encontram na esfera pública, da qual faz parte o trabalho.

Considerações finais

Foi notório no decurso da investigação, tanto no que respeita à revisão da literatura, como à análise dos dados empíricos, que todo o percurso de doença vivido pelos indivíduos diagnosticados com depressão é profundamente marcado por papéis e representações de género, assim, desde do seu surgimento, o sofrimento psíquico demostra estar em conformidade com a construção social do género, com as características e as expectativas socialmente atribuídas a homens e mulheres.

Começando pelo surgimento da depressão, os sintomas identificados e manifestados pelos indivíduos encaixam-se na sintomatologia médica da depressão, contudo é importante sublinhar a clara existência de diferenças de género, tanto nos sintomas enunciados, como no relato dos mesmos. Notou-se igualmente uma enorme diferença de género no que diz respeito às causas (enunciadas pelos indivíduos) que desencadeiam o surgimento da doença. As causas que as mulheres atribuem para o desenvolvimento da doença estão ligadas com a esfera relacional e emocional, nomeadamente com traições e fim de relações; e com os papéis tipicamente conotados com o universo feminino, sobretudo com o *stress*, a sobrecarga e a responsabilidade associados aos múltiplos trabalhos desempenhados pelas mulheres. No que diz respeito aos homens, foi notório que as causas identificadas estiveram também elas relacionadas com os seus papéis, nomeadamente os associados ao mundo do trabalho, sendo de enfatizar o facto de ter sido o único fator que consideraram como causa de depressão e gerador de sofrimento.

Outra dimensão analisada e que revelou grandes diferenças entre homens e mulheres foi a procura de ajuda médica. Assim, todos os homens referiram e descreveram uma certa relutância em procurar esta ajuda, porém é importante salientar que algumas mulheres também a identificaram. Esta maior relutância revelada pelos homens entrevistados está de acordo com o que vem sendo apontado em termos de género e saúde, de um modo geral, e não apenas no caso da saúde mental. Assim, devido às ideologias de masculinidade e às normas e papéis de género, os homens evitam comportamentos tipicamente femininos, como demostrar emoções, procurar ajuda ou expressar dor, o que os leva a recorrer menos frequentemente a cuidados de saúde e a não pedir ajuda (Rice, Fallon e Bambling, 2011; Augusto, 2013). No caso da saúde mental verifica-se que estes demoram também mais tempo a recorrer a profissionais de saúde mental e estão mais relutantes em procurar ajuda no caso de depressão (Zartaloudi, 2011).

Quanto ao médico consultado, a maioria dos indivíduos recorreu, sobretudo e em primeiro lugar, ao médico de geral, o que foi justificado pelo fato de sentirem uma maior confiança, permitindo-lhes expor de forma clara os seus problemas. Esta procura de médicos generalistas pode indicar a maior relutância, por parte dos indivíduos, tanto homens como mulheres, em

procurar ajuda de um especialista de saúde mental, devido ao poderoso estigma associado às doenças mentais.

Dentro desta dimensão, uma das questões que despertou preocupação refere-se ao fato de muitas das mulheres entrevistadas mencionarem que os médicos de clínica geral procederam rapidamente à realização do diagnóstico e consequentemente à prescrição de antidepressivos, sem as aconselharem a recorrer a uma ajuda especializada. Pelo contrário, no caso dos homens que procuram ajuda através destes profissionais, estes foram imediatamente reencaminhados para psiquiatras, o que pode indicar e revelar os estereótipos de género, neste caso dos médicos, no que diz respeito às doenças mentais e à depressão, em particular. Este viés de género na medicina foi amplamente discutido na revisão da literatura (Sprock e Yode, 1997; Sloan e Sandt, 2006; Zanello e Silva, 2012; Neitzke, 2016), onde se afirma que os médicos estão mais predispostos a diagnosticar uma depressão numa mulher do que num homem. Este maior diagnóstico de depressão em mulheres por parte dos médicos de clínica geral revelou-se um problema ainda mais grave, já que geralmente estas mulheres prolongam a toma destes medicamentos ao longo da vida sem serem devida e efetivamente acompanhadas por um médico especialista.

Em relação à avaliação que os entrevistados fazem do acompanhamento e ação dos profissionais de saúde, esta foi na sua grande maioria negativa, muito particularmente no que respeita aos psicólogos, o que levou alguns deles a desistirem das consultas de psicologia. Parte da explicação para esta avaliação pode residir no facto destas consultas se concentrarem na psicoterapia, o que para a maioria dos indivíduos entrevistados é entendido apenas como conversa sem um efeito prático. Pelo contrário, foram descritas perspetivas positivas em relação aos psiquiatras, o que pode ser justificado pelo facto destes prescreverem os antidepressivos, que segundo os entrevistados é o que os ajuda efetivamente. Esta constatação remete claramente para a crescente relevância dos fármacos na vida dos indivíduos, que os entendem como uma via privilegiada (se não a única) para a resolução dos seus problemas (médicos ou não), numa clara ilustração do processo de farmacologização (Augusto, 2015; Augusto, 2016).

Relativamente ao diagnóstico, este provocou diferentes sentimentos nos indivíduos entrevistados, assim e geralmente, os indivíduos referiram que o diagnóstico foi inesperado devido à falta de um conhecimento prévio da doença, ou ao fato de não saberem efetivamente que estariam a atravessar um processo de depressão. Um dos aspetos que geralmente causa angústia nos indivíduos, são longos trajetos até ao diagnóstico, sendo que não ter a indicação do problema é causador de incerteza e receio. Contudo, nestes casos, o diagnóstico foi rápido (por vezes foi realizado na primeira consulta médica), o que não causou tanto sofrimento.

Quanto à experiência da depressão, é notado que esta é incapacitante para os indivíduos, pois leva à persistência de um cansaço e tristeza; foi ainda verificado que esta conduz a um desinteresse generalizado e uma desmotivação para realizar atividades e usufruir tempos de lazer. Porém, e conforme referido previamente, ao analisar as preocupações e a experiência de forma mais profunda, foram identificadas diferenças de género bastante significativas, as quais remetem, uma vez mais, para os papéis de género socialmente definidos, e aos quais estão associadas profundas expectativas e julgamentos sociais. Assim sendo, a experiência da mulher foi marcada pela preocupação no cuidado com os outros e uma preocupação relativamente ao desempenho das tarefas domésticas. A incapacidade ou falta de motivação para a realização destas duas atividades demostrou ser uma grande fonte de sofrimento psíquico para estas mulheres, que se sentem culpadas por não poderem desempenhar estes papéis sociais na sua plenitude ou pelo menos de um modo satisfatório, papéis esses que no seu entender lhes cabem a elas.

Relativamente à experiência masculina, esta foi marcada pela preocupação com o mundo do trabalho, pelo sucesso profissional e pela vida sexual, o que está em conformidade com os papéis de género masculinos, ligados ao mundo do trabalho e à figura do ganha-pão da família, sendo que a questão do desempenho sexual está também conotada com a ideia de virilidade e masculinidade. É ainda importante referir que nos discursos masculinos não foi referido qualquer tipo de preocupação com tarefas relacionadas com a casa ou cuidados familiares, exceto a preocupação com o papel de provedor da família. Já as mulheres, sofrem bastante por não conseguir corresponder a um padrão de desempenho das tarefas domésticas, que provavelmente se impuseram a si próprias, o ter sempre tudo "arrumado e limpo", dando a entender que algo na sua identidade de mães e esposas é posto em causa se assim não for.

As relações sociais demostraram ser uma área bastante afetada pelo surgimento da doença, assim, a maioria dos entrevistados identificaram mudanças e alterações nas relações familiares e/ou nas relações de amizade. No que concerne às relações familiares, de forma geral, os indivíduos revelaram que sentiram uma preocupação e apoio por parte dos familiares, porém alguns indivíduos referiram que a doença não foi valorizada, compreendida e aceite por estes, o que causa um maior sofrimento psíquico no indivíduo. Quanto às relações de amizade, verificou-se na grande maioria dos entrevistados, que estes têm uma tendência para se isolarem e se afastarem dos outros, o que conduz á diminuição das suas redes de sociabilidade. Este afastamento deve-se à própria doença que os deixa sem motivação para socializar com outras pessoas; ao fato de sentirem uma falta de compreensão; ou por não quererem que se dê um reconhecimento por parte das outras pessoas da sua doença.

Este último aspeto remete-nos para a relutância em revelar a doença, e apesar de se ter verificado que uma parte dos indivíduos conversaram com pessoas mais próximas e não tiveram relutância em revelar a sua condição, isto deu-se apenas no caso das mulheres. A

outra parte dos indivíduos referiam que optaram por não contar, principalmente por medo do julgamento e da falta de compreensão, levando a que em certas situações os indivíduos alterarem a sua rotina como forma da depressão não ser reconhecida pelos outros, o que está nitidamente associado com a construção social bastante negativa e ao forte estigma associado aos indivíduos portadores de doença mental. Esta maior relutância, apesar de ser identificada também pelas mulheres, foi verificada em todos os homens entrevistados, o que indica claramente que o surgimento e desenvolvimento de depressão, bem como os sentimentos que esta doença provoca, não estão em conformidade com as características e os estereótipos associados aos homens. Torna-se, por isso, mais difícil para estes revelar a sua doença aos outros, visto que vai ser conotado com uma maior fragilidade, característica tipicamente associada às mulheres.

Esta relutância é também possível de ser analisada pelas poucas entrevistas que a investigadora conseguiu realizar com homens, o que pode ser justificado pelo fato das mulheres serem mais frequentemente diagnosticadas e pela maior relutância dos homens em revelarem e falarem sobre as suas fragilidades. Para além disto, o fato dos homens serem menos expressivos e reveladores em relação às suas emoções e dificuldades, evidenciou-se nos seus discursos.

Quanto as mudanças no *self*, os indivíduos revelaram que sentiram mudanças na sua maneira de ser levando à criação de um novo EU, com o qual não se identificam. Neste sentido, a experiência da doença pode levar a que a esta se torne num "problema biográfico", conduzindo a profundas mudanças na identidade e no *self*, bem como pode levar os indivíduos a assumirem novos papéis (Conrad e Barker, 2011). Deste modo, segundo Williams (2000), dá-se a existência de uma rotura biográfica que "constrói" um individuo que é efetivamente "preso" dentro do seu corpo "dorido", sendo obrigado a adaptar-se às limitações que isso gera. A doença produziu igualmente mudanças no percurso de vida, principalmente no desempenho das atividades diárias, nomeadamente no que diz respeito ao trabalho. Assim, as alterações sentidas dão-se através da manifestação das limitações com que se deparam no desempenho das tarefas e papéis sociais (Neto e Alves, 2012).

Em relação às estratégias utilizadas para lidar com a sua doença, foi revelado que uma parte dos indivíduos, principalmente as mulheres, tendem a pensar e a concentrarem-se mais nos seus problemas, sendo esta estratégia associada ao início, desenvolvimento e aumento de sintomas depressivos, o que pode efetivamente manter e/ou agravar a doença. Quanto aos restantes indivíduos, estes tendem a distrair-se dos problemas, o que pode efetivamente atenuar os episódios depressivos.

Por fim, podemos perceber pelos discursos dos entrevistados, e de acordo com o que era expetável, que a depressão é uma doença considerada tipicamente feminina, sendo que isto é justificado pelos estereótipos associados às mulheres, como a fragilidade e a mente fraca,

que as torna mais propícias ao desenvolvimento da depressão. A maior suscetibilidade de depressão nas mulheres foi igualmente justificada pelo maior *stress* associado aos múltiplos trabalhos desenvolvidos pelas mulheres.

Em suma, o que se pode concluir através da análise realizada, e em concordância com o que é cientificamente apontado, é que a construção das masculinidades e feminilidades tem consequências no início e desenvolvimento da depressão, nas interpretações sobre a doença mental, e pode afetar todos os aspetos da doença, nomeadamente "a maneira como os sintomas se expressam, o curso da doença, a busca do tratamento pelo paciente e se este melhora com o tratamento" (Philipps e First, cit. in Zanello e Silva, 2012, p.268), sendo que estas diferenças podem ser notadas ao longo de todo o processo, incluindo na interação entre o médico-paciente. Assim, quando se trata da determinação do estado de saúde tanto o sexo como o género têm um profundo impacto nestas questões (Zartaloudi, 2011).

Por tudo o que foi dito, reitera-se, com a presente investigação, a noção de que a doença não é apenas um acontecimento biofisiológico, nem que a mesma pode ser exclusivamente enquadrada, compreendida e gerida tendo por referência o modelo biomédico. A doença é também um fenómeno social, e enquanto tal deve ser compreendida e interpretada de acordo com a experiência biográfica dos indivíduos, mas também de acordo com as estruturas sociais que influenciam as suas experiências da doença, nomeadamente, de acordo, e neste caso particular, com a construção social do género e com as desigualdades de género que ainda marcam a sociedade portuguesa, as quais se repercutem nas experiências aparentemente mais privadas e íntimas dos indivíduos.

Torna-se, assim, importante explorar esta relação entre género e depressão noutros sentidos e perspetivas. De acordo com o já aqui explicitado, existe um viés de género no diagnóstico de depressão, pelo que, futuramente, seria interessante analisar e perceber as articulações que os profissionais de saúde mental fazem entre sexo e género quando discorrem sobre as causas e o diagnóstico da depressão.

Com a presente investigação espera-se ter-se atingido os objetivos propostos, bem como se espera ter contribuído, de alguma forma, para a compreensão das diferenças de género existentes no percurso da doença.

Referências Bibliográficas

Alves, Ana e Rodrigues, Nuno (2010), "Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental", *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 28 (2), pp. 127-131

Alves, Fátima e Silva, Luísa (2004), "Psiquiatria e comunidade: elementos de reflexão", *Atas dos ateliers do Vº Congresso português de Sociologia*, pp. 56-64

Alves, Fátima (2010), A doença mental nem sempre é doença. Racionalidades leigas sobre saúde e doença mental, Porto, Edições Afrontamento

Andrade, Laura; Viana, Maria e Silveira, Camila (2006), "Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher", *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), pp. 43-54

Augusto, Amélia (2013), "As desigualdades sociais em Saúde", *In Fátima Alves. (org.), Saúde Medicina e Sociedade*. Uma visão sociológica, Lisboa, Pactor

Augusto, Amélia (2014), "Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência", *Fórum Sociológico*, (24), pp. 73-77

Augusto, Amélia (2015), "Comentário: da medicalização à biomedicalização da vida", *in Graça Carapinheiro, Tiago, Correia (org.), Novos temas de saúde, novas questões sociais*, Lisboa, Mundos sociais, pp. 83-98

Augusto, Amélia (2016), "Biomedicalização da infância: contextos, motores e processos", *in Nuno Augusto (org.), Sociedade em debate*. Vila Nova de Famalicão, Edições Húmus, pp. 209-230

Baptista, Makilim; Baptista, Adriana e Oliveira, Maria (1999), "Depressão e gênero: por que as mulheres deprimem mais que os homens?", *Temas em psicologia*, l7 (2), pp. 143-156

Basílio, Nuno; Figueira, Sofia e Nunes, José (2015), "Perceção do diagnóstico de depressão e ansiedade pelo médico de família conforme o género do paciente", *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, (31), pp. 384-390

Berger, Peter e Luckmann, Thomas (2004), A construção social da realidade, Lisboa, Dinalivro

Boni, Valdete e Quaresma, Sílvia (2005), "Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais", *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, 2 (1), pp. 68-80

Broderick, Patricia e Korteland, Constance (2002), "Coping Style and Depression in Early Adolescence: Relationships to Gender, Gender Role, and Implicit Beliefs", *Plenum publishing corporation*, 46 (7/8), pp. 201-213

Cambron, Jenelle; Acitelli, Linda e Pettit, Jeremy (2009), "Explaining gender differences in depression: an interpersonal contingent self-esteem perspective", *Sex roles*, (61), pp. 751-761

Cantero, María e Delgado, María (2004), "Sesgo de género en el esfuerzo terapêutico", *Gaceta Sanitaria*, 18 (4), pp. 1-12

Cardoso, Hugo (2006), "A quantificação do estatuto socioeconómico em populações contemporâneas e históricas: dificuldades, algumas orientações e importância na investigação orientada para a saúde", *Antropologia Portuguesa*, pp. 247-272

Connell, Robert (2005), Masculinities (2º edition), Los Angeles, University of California Press

Connell, Robert e Messerschmidt, James (2013), "Masculinidade hegemônica: repensando o conceito", *Estudos Feministas*, 21 (1), pp. 241- 282

Conrad, Peter e Barker, Kristin (2011), "A construção social da doença: insights-chave e implicações para políticas de saúde", *Idéias*, (2), pp.185-220

Dalfovo, Michael; Lana, Adilson e Silveira, Amélia (2008), "Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico", *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 2 (4), pp. 1-13

DGS – Direção Geral de Saúde (2015). *Portugal – Saúde mental em números*, Lisboa

DGS - Direção Geral de Saúde (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns*, Lisboa

Foucault, Michel (1975), Doença mental e psicologia, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro Ltda.

Foucault, Michel (1977), O nascimento da clinica, Rio de Janeiro, Forense Universitária

Gerhardt, Tatiana e Silveira, Denise (org.) (2009), Métodos de pesquisa, Rio Grande do Sul, Editora da UFRGS

Gil, António (2008), Métodos e técnicas de pesquisa social, São Paulo, Editora Atlas

Goffman, Erving (1961), "A carreira moral do doente mental", *in Erving Goffman, Manicômios, prisões e concentos*, São Paulo, Perspectiva, pp. 111-143

Goffman, Erving (1963), “Stigma and social identity”, *in Erving Goffman, Stigma – Notes on the management of spoiled identity*, London, Penguin, pp. 11-57

Gonçalves, Amadeu (2006), “A doença mental: determinação individual ou construção social”, *Journal of Education, Technologies, and Health*, (32), pp. 163-168

Gonçales, Cintia e Machado, Ana (2007), “Depressão, o mal do século: de que século?”, *Revista Enfermagem UERJ*, 15 (2), pp. 298-304

Gove e Tudor (1973), “Adult Sex Roles and Mental Illness”, *The American Journal of Sociology*, 78 (4), pp. 812-835

Gray, David (2009), Doing research in the real world, Londres, Sage

Hamberg, Katarina (2008), “Gender bias in medicine”, *Women's Health*, 4(3), pp. 237–243

Herzlich, Claudine (2005), “A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença”, *Revista Saúde Coletiva*, (15), pp. 57-70

Hopcroft, Rosemary e Bradley, Dana (2007), “The Sex Difference in Depression Across 29 Countries”, *Social Forces*, 85 (4), pp. 1483-1507

Illich, Ivan (1976), Medical Nemesis: The expropriation of health, New York, Pantheon

Immerman, Ronald e Mackey, Wade (2003), “The depression gender gap: A view through a biocultural filter”, *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 129 (1), pp. 5-39

Júnior, Álvaro e Júnior, Nazir (2011), “A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos”, *Evidência*, 7 (7), pp.237-250.

Lima, Marinús (1970), “O inquérito sociológico: problemas de metodologia”, pp. 558-628

Ludermir, Ana (2008), “Desigualdades de Classe e Gênero e Saúde Mental nas Cidades”, *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18 (3), pp. 451-467

Marconi, Marina e Lakatos, Eva (2003), Fundamentos de metodologia científica, São Paulo, Atlas

Mendes, Felismina (2011), “Medicalização: a cada um o seu diagnóstico”, *Barómetro social*

Minayo, Maria (2001), “Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social”, *in Maria Minayo (org.), Teoria, método e criatividade*, Petrópolis, Vozes pp. 7-80

Neitzke, Alex (2016), “An Illness of Power: Gender and the Social Causes of Depression”, *Culture, Medicine, and Psychiatry*, (40), pp. 59-73

Neto, Cecília e Alves, Fátima (2012), “A experiência subjetiva com a doença mental: o caso da depressão”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, (70), pp. 111-129

Neto, Otávio (2001), “O trabalho de campo como descoberta e criação”, *in Maria Minayo (org.), Teoria, método e criatividade*, Petrópolis, Vozes, pp. 7-80

Neves, José (1996), “Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades”, *Cadernos de pesquisas em administração*, 1 (3), pp. 1-5

Oliveira, Cristiano (2008), “Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características”, *Travessias*, 2 (3), pp. 1-16

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2016), *Relatório de Primavera 2016*

Patel, Vikram e Kleinman, Arthur (2003), “Poverty and common mental disorders in developing countries”, *Bulletin of the World Health Organization*, 81 (8), pp. 609-615

Poínhos, Rui (2011), “Viés de género na medicina”, *Ata médica portuguesa*, (24), pp. 975-986

Rabasquinho, Cidália e Pereira, Henrique (2007), “Género e saúde mental: Uma abordagem epidemiológica”, *Análise Psicológica*, 3 (XXV), pp. 439-454

Ragin, Charles (2011), Constructing Social Research, California, Pine Forge

Raposo, Jakelline et al. (2016), “Condutas de saúde de adolescentes segundo o sexo: uma revisão sistematizada”, *Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde*, 17 (2), pp. 214-235

Rice, Simon; Fallon, Barry e Bambling, Matthew (2011), “Men and Depression: The Impact of Masculine Role Norms Throughout the Lifespan”, *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 28 (2), pp. 133–144

Rodrigues, Elisabete (2011), “Masculinidades e fatores sociais de risco para a saúde: um retrato nacional”, *Saúde e tecnologia*, (6), pp. 24-31

Ruquoy, Danielle (1997), “Situação de entrevista e estratégia do entrevistador”, *in Luc Albarello et al., Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*, Lisboa, Gradiva

Santos, Anna (2009), “Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados”, *Ciência e Saúde Coletiva*, 14 (4), pp. 1177-1182

Scambler, Graham (2011), “Health inequalities”, *Sociology of Health & Illness*, 34 (1), pp. 130-146

Schraiber, Lília; Gomes, Romeu e Couto, Márcia (2005), “Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva”, *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (1), pp. 7-17

Sigmon, Sandra *et al*. (2005), “Gender differences in self-reports of depression: the response bias hypothesis revisited”, *Sex roles*, 53 (5/6), pp. 401-411

Simon, Robin e Lively, Kathryn (2010), “Sex, Anger and Depression”, *Social Forces*, 88(4), pp. 1543–1568

Simon, Robin (2014), "Twenty Years of the Sociology of Mental Health: The Continued Significance of Gender and Marital Status for Emotional Well-Being”, *in Robert Johnson; Jay Turner e Bruce Link (Eds.), Sociology of Mental Health - Selected Topics from Forty Years 1970s-2010s*, pp.21-51

Sloan, Denise e Sandt, Arthur (2006), “Gender differences in depression”, *Women's Health*, 2 (3), pp. 425–434

Souza, Thaís e Lacerda, Acioly (2013), “Depressão ao longo da história”, *in António Silva e João Quevedo (org.), Depressão – teoria e clínica*, Porto Alegre, Artmed, pp. 17-28

Sprock, June e Yode, Carol (1997), “Women and depression: an update on the report of the APA Task Force”, *Plenum publishing corporation*, 36, (5) 6, pp.269-303

Turner, Heather e Turner, R. Jay (1999), “Gender, social status, and emotional reliance”, *Journal of Health and Social Behavior*, 40 (4), pp. 360-373

Vintém, Manuel; Guerreiro, Maria e Carvalho, Helena (2008), “Desigualdades de género e sociais na saúde e doença em Portugal – Uma análise do Módulo “Saúde” do European Social Survey-2004”, *VI Congresso Português de Sociologia*- Mundos Sociais: Saberes e Práticas

WHO - World Health Organization (2003), *Social determinants of health – The solid facts*, Copenhaga, WHO-E

WHO e CGF - World Health Organization e Calouste Gulbenkian Foundation (2014), *Social determinants of mental health*, Geneva, WHO e CGF

Williams, Simon (2000), “Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on a core concept”, Sociology of Health & Illness, 22 (1), pp. 40-67

Wisdom, Jennifer *et al*. (2007), “Adolescents' Perceptions of the Gendered Context of Depression: "Tough" Boys and Objectified Girls”, *Journal of Mental Health Counseling*, 29 (2), pp. 144-162

Zanello, Valeska (2010), “Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica”, *in Cristina Stevens et al. (org.), Gênero e feminismos: convergências in(disciplinares),* Brasília, ExLibris, pp. 307-320

Zanello, Valeska e Bukowitz, Bruna (2012), “Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados”, *Revista de estudos feministas*

Zanello, Valeska e Silva, René (2012), “Saúde mental, gênero e violência estrutural”, *Revista Bioética*, 20 (2), pp. 267-279

Zartaloudi, Aphroditi (2011), “What is men’s experience of depression?”, *Health Science Journal*, 5 (3), pp. 182-187

Anexos

ANEXO I - CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO – PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: SAÚDE MENTAL E GÉNERO – AS DIFERENÇAS DE GÉNERO EM TORNO DA DEPRESSÃO (Título provisório, sujeito a reformulação)

1 – Qual é o objetivo do estudo? O objetivo deste estudo é analisar e compreender as experiências e a produção de significados por parte de pessoas diagnosticadas com depressão, discutindo a sua relação com uma dimensão de género.

2 – Porque e como me escolheram para participar? A sua participação está ligada ao facto de ter sido diagnosticado/a com uma depressão, tendo sido indicado/a por alguém que o/a conhece e que experimenta ou experimentou a mesma situação de doença.

3 – O que é que a minha participação envolve? Planeámos uma entrevista, com a duração aproximadamente de uma a duas horas. Se consentir, a entrevista será gravada, para que depois possa ser transcrita.

4 – O estudo implica a minha identificação? Não, será sempre garantida a confidencialidade e o anonimato de todos os participantes.

5 – Quais são os direitos dos participantes? Podem colocar todas as questões relacionadas com a pesquisa, que serão respondidas. Podem também desistir a qualquer momento, sem que daí advenha qualquer consequência. A participação é totalmente livre e voluntária.

6 – A que fins se destinam os dados recolhidos? Os dados recolhidos destinam-se apenas para fins de investigação, podendo os resultados da mesma vir a ser apresentados sob a forma de artigos ou outra produção científica.

7 – Que consequências, para mim, se podem esperar da minha participação? Não se antevê qualquer consequência (positiva ou negativa) da sua participação.

8 – Se eu quiser mais informação sobre o estudo, quem posso contactar? Este estudo é parte do percurso de mestrado em "Sociologia: Exclusões e Políticas Sociais" da UBI. A orientadora da dissertação pode ser contactada por e-mail (----------) e a investigadora pode ser contactada por telemóvel (---------) ou por e-mail (----------).

Comprometo-me a assegurar os direitos dos participantes acima enunciados
A investigadora:

(Soraia Jorge)

Considero-me esclarecido/a sobre os aspetos que considero importantes. Fui informado/a acerca do direito de a qualquer momento me recusar participar e de que a minha recusa não terá consequências para mim. Foi ainda salvaguardada a confidencialidade e o anonimato de todos os participantes. Aceito, por isso, participar do estudo acima referenciado.

O/A participante

Data ___/__/ 2018

ANEXO II – Caracterização sociodemográfica dos indivíduos entrevistados

Sexo	Idade	Estado civil	Habilitações literárias	Profissão	Situação profissional	Nº de filhos	Data do diagnóstico
Fem 01	34	Casada	Mestrado	Engenheira civil	Empregada	0	2002 (com 18anos)
Fem 02	72	Divorciada	Licenciatura	Professora universitária	Reformada	1	2000 (com 54anos)
Fem 03	22	Solteira	12ºAno	Estudante		0	2018 (com 22anos)
Mas 04	54	Casado	9ºAno		Desempregado	2	2016 (com 52 anos)
Mas 05	43	Solteiro	Licenciatura	Professor de educação física	Empregado	0	2003 (com 28 anos)
Fem 06	36	Casada	12ºAno	Técnica de vendas	Empregada	2	2000 (com 18 anos)
Fem 07	53	Casada	4ºAno	Caixeira	Empregada	2	2000 (com 35 anos)
Mas 08	69	Viúvo	9ºAno	Empregado de peças de automóvel	Reformado	2	2005 (com 56 anos)
Fem 09	64	Casada	12ºAno	Chefe de secretaria	Reformada	2	2015 (com 61 anos)
Fem 10	59	Casada	4ºAno	Doméstica	Desempregada	2	1988 (com 29 anos)
Fem 11	30	Solteira	12ºAno		Desempregada	1	2017 (com 29 anos)
Fem 12	55	Casada	4ºAno	Doméstica	Desempregada	3	1992 (com 29 anos)

ANEXO III – Sinopse das entrevistas

		Fem 01	Fem 02	Fem 03	Mas 04	Mas 05	Fem 06
Percursos da Depressão	Sinais e sintomas	(…) fiquei muito triste, isolava-me bastante, não deixava de pensar nos problemas (…) isolei-me em casa e não me apetecia sair de casa, não me apetecia conviver, não me apetecia socializar (…).	Sentia-me triste, muita tristeza, uma vontade de fechar os olhos e que ninguém me perturbasse, era uma angústia (…) um aperto no coração (…).	(…) a minha ansiedade, ataques de pânico e começar a levar uma vida de tristeza (…) estou sempre a chorar, por qualquer coisa começo a chorar (…). Para além disso tinha muitas dores de cabeça e enjoos (…).	Deixar de dormir, passei noites inteiras sem dormir (choro)… (…) eu passava a noite toda a tremer.	(…) não dormir, muito nervosismo, só pensar naquilo (…) perde-se o gosto por tudo o resto, porque já não dá para fazer mais nada, não temos vontade de fazer nada.	Chorava constantemente, não tinha vontade sequer de sair, nem de me vestir… não tinha vontade sequer de viver (…) tinha perdido mesmo o interesse pela vida, (…) deixei de comer, e tudo o que eu comia vomitava.

		Fem 07	Mas 08	Fem 09	Fem 10	Fem 11	Fem 12
Percursos da Depressão	Sinais e sintomas	(…) não dormir, sempre muito nervosa, muito pensativa (…) e chorava muito, constantemente (…). (…) até ao dia em que fui parar ao hospital com muitas, muitas hemorragias (…).	Dormir é que me custava e custa muito, e sentir-me assim… pronto... em baixo, não me sentia bem, não tinha reação para mais nada se não estar ali assim, era a tal coisa (…).	(…) comecei a ter muitos vómitos… a vomitar, não conseguia ter nada no estomago (…) eu estava magríssima.	(…) foi aqui a parte esquerda da face tudo paralisado e dormente (…) depois isolava-me, chorava e andei uma semana sem dormir (…).	(…) não conseguia dormir ou o sono excessivo, depois percebi que tinha dores de cabeça constantes, eu andei um mês com dores de cabeça (…) e também tive perda de peso, perdi 10 quilos num mês.	(…) isolo-me muito, começo a deixar de dormir, a chorar por tudo e por nada, sem motivo nenhum, (…).

		Fem 01	Fem 02	Fem 03	Mas 04	Mas 05	Fem 06
Percursos da Depressão	Causas	(…) o desgosto amoroso foi o que despoletou a situação (…) as coisas acabaram e eu fiquei - "Então, mas isto não era para ser para sempre?" (…).	(…) foi a aposentação (…) o facto de deixar de ter aquela rotina do trabalho e de ter muito tempo livre causava-me angústia, e o facto de estar sozinha também gera essa angústia…	(…) tive três relações sérias e todas terminaram da mesma forma, essas pessoas traíram-me e foram pessoas falsas e mentirosas comigo (…).	(…) foi o trabalho, aliás vários trabalhos. (…) estive no desemprego (…) depois arranjei outro trabalho (…) e aquilo correu mal (…) porque eu andava a trabalhar, tinha que meter gasóleo no carro chegava ao fim do mês e não tinha dinheiro (…).	(…) quando comecei a trabalhar e basicamente eu acho que apareceu por causa da pressão que foi, porque eu ao analisar o meu trabalho e a minha forma de ser para mim estava tudo mal.	Não estava bem porque tinha saído de uma má relação, e depois era tudo um misto de emoções, tinha tido a minha primeira relação, não é?

		Fem 07	Mas 08	Fem 09	Fem 10	Fem 11	Fem 12
Percursos da Depressão	Causas	(…) casei e enviuvei em 2 meses (…) mais tarde (…) foi a da morte da minha irmã, que não aceitava que tinha esquizofrenia e acabou por acontecer o pior e envenenou-se (…). (…) a responsabilidade com os filhos sempre foi para cima de mim, sentia-me sobrecarregada (…).	(…) tive um enfarte e fiquei em casa com baixa médica, depois passados 3 anos tive outro e tive de me reformar (…).	Eu tive um problema na perna e não conseguia andar, e então eu não era capaz de fazer as tarefas em casa (…) isto bastou para os nervos se começarem a acumular de mim.	(…) tive problemas com o meu marido (…) eu sabia que andava a ser traída com outras mulheres (…).	(…) engravidei e fui abandonada em fevereiro, com risco de aborto duas vezes, e ele depois não aguentou e abandonou-me (...). (…) eu andava sempre, sempre a trabalhar. Depois o meu pai ficou muito doente, entretanto piorou e eu tive de me despedir (…).	Foi uma depressão pós-parto (…) eu tenho assim um feitio que tudo me preocupa, mesmo o médico diz, quando me interna, - "olha que é para te tratares tu, não é para queres saber dos problemas dos outros" (…).

		Fem 01	Fem 02	Fem 03	Mas 04	Mas 05	Fem 06
Percursos da Depressão	Explicação para o surgimento da depressão	(…) acho que tive uma depressão por ser mais sensível ou ser mais frágil ou pela maneira como eu vivi a vida, porque acho que é toda uma experiência de vida (…).	(…) tem a ver com a maneira de encarar as coisas (…) o sentir-me muito sozinha também ajudou (…).	(…) tudo tem a ver também com a minha personalidade, com o fato de ser uma pessoa extremamente sensível e uma pessoa que me preocupo imenso com as pessoas que eu amo (…) isso tem tudo a ver com a minha depressão.	(…) se calhar guardava só para mim (…) porque eu chorava muitas vezes, mas a minha família e as pessoas à minha volta não se apercebiam…	(…) sou uma pessoa muito… digamos... muito sensível, qualquer coisa me causa tristeza, tanto aquilo que acontece comigo e como com os outros (…).	o meu feitio, isso também já tem a ver com a minha maneira de ser (…).

		Fem 07	Mas 08	Fem 09	Fem 10	Fem 11	Fem 12
Percursos da Depressão	Explicação para o surgimento da depressão	(…) eu sempre fui assim, sempre chorei muito e fico muito afetada com as coisas (…) ficava muito nervosa com mínimas coisas (..,).	(…) o passado, nós vamos guardando muita coisa (…).	(…) foi um passar, digamos assim, sofrido, sofria só para mim (…) isso também há muitos feitios e muitas maneiras de encarar a vida… é conforme o feitio da pessoa e a maneira de encarar as situações, não é? (…).	(…) todos temos problemas na vida e aquilo são coisas que vão acumulando está a ver? (…) se a gente quando tivesse um problema conversasse (…) mas agente cala, sofre e cala (…).	Não falava com ninguém, guardava tudo para mim (…) acho que nós por vezes carregamos coisas que andamos anos a carregar aquilo, aquela mágoa, aquele sentimento e nós não temos noção… ficamos ali sempre a remoer.	(…) eu acho que realmente surge por aquilo que agente passou, pelo passado da pessoa, por tudo (…) agente não ter com quem falar vai buscar muita coisa (…) também tenho um feitio assim de pensar muito nos problemas dos outros.

		Fem 01	Fem 02	Fem 03	Mas 04	Mas 05	Fem 06
Procura de ajuda	Fatores para a procura de ajuda	(…) os amigos e a família aconselharam-me (…) eu no início pensei que (…) ajuda médica não me ia ajudar nada, acho que é sempre difícil tu aceitares que precisas de ajuda (…) inicialmente levei um bocadinho de tempo a aceitar o fato de ter que ir ao médico	Porque me sentia mal… (..,) fui por iniciativa minha (…) não tive problemas em ir ao medico porque achei que se tinha um problema tinha de o resolver (…).	(…) decidi procurar ajuda porque eu própria senti necessidade de a procurar (…) falei a minha mãe (…) e sempre fez força para que eu recorre-se a ajuda médica (…) foi muito complicado eu assumir que precisava de ajuda, e foi complicado mesmo também por isso por não querer tomar medicação.	(…) eu cheguei uma manhã e achei que tinha de ir ao médico, eu estava a fazer uma sandes para levar e vi as lágrimas a caírem no pão (…) a minha mulher tinha-me dito muitas vezes (…) mas eu sempre tentei adiar (…).	(…) tive que ir ao médico (…) eu já não conseguia estar assim, não é? (…) ainda andei algum tempo assim (…) é quase como entre aspas vergonha ter depressão porque é uma coisa dos fracos, e então aquele pensamento nós somos fortes e não pode ser, não pode acontecer (…).	(…) procurar ajuda foi uma decisão dos meus pais, porque eu queria esconder isso, tinha vergonha.

		Fem 07	Mas 08	Fem 09	Fem 10	Fem 11	Fem 12
Procura de ajuda	Fatores para a procura de ajuda	(…) até ao dia em que fui parar ao hospital com muitas, muitas hemorragias, tudo derivado ao sistema nervoso (…) fui logo marcar a consulta na médica de família. (…) não tive vergonha de pedir ajuda… foi coisa que nunca me passou pela cabeça (…).	Procurei ajuda porque o meu médico me passou (…) de início não queria ir, alguma vergonha talvez mas ao fim ao cabo eu compreendia que era para meu bem (…).	Comecei a ter muitos vómitos e a vomitar, não conseguia ter nada no estômago (…). Eu não, não senhora, não, lá está a tal coisa não preciso de ninguém para me dizer A B ou C, eu é que decido as coisas	(…) já não podia andar mais, eu já não aguentava (…) e ele (marido) também via como eu andava e queria que eu fosse ao médico (…). (…) não tive problemas em ir à médica, eu dou-me muito bem com ela (…).	(…) eu tinha dores de cabeça todos os dias, e foi quando fui parar ao hospital (…). Ah…, mas eu não fui logo… não, porque eu não sou a favor de medicação (…).	(…) desmaiava muito (…) e pensamos que seria melhor procurar um bom psiquiatra (…) fui logo lá… achei que se não era com ele (cardiologista), e eu não estava bem, tinha que ir, tinha que procurar ajuda noutro lado (…).

		Fem 01	Fem 02	Fem 03	Mas 04	Mas 05	Fem 06
Procura de ajuda	Procura de ajuda	(…) quem me diagnosticou a depressão foi a minha médica de família (…). Na primeira consulta (…) foi logo no início que ela me diagnosticou	Nunca consultei nem psiquiatras nem psicólogos. O meu médico tem sido sempre ele (neurologista) (…). Foi uma coisa rápida, ele conhecia-me tão bem que percebeu muito bem o que eu lhe disse	(…) ao fim de relatar a minha história à médica (…) achou por bem receitar-me uns antidepressivos e uns reguladores de sono (…) nunca pensei em recorrer a outro médico, porque era ela com a qual me sentia mais à vontade (…). Logo na primeira consulta e após muitas questões que ela me colocou foi percebendo o meu estado psicológico	Fui ao médico de família e ele disse-me - "Então, estás aqui a fazer o quê? Epá isto não é nada comigo, vou te marcar aqui uma consulta de psiquiatria, e urgente", e depois encaminhou-me para a psiquiatria (…). Na primeira consulta disse-me logo… fez-me uma série de perguntas, estivemos a conversar, acho que aquilo foi quase uma manhã a conversar (…).	(…) recorri a muitos já... psicólogos duas vezes só, e psiquiatras já consultei dois (…). Foi muito rápido, foi instantâneo (…).	(…) fui ao medico de clinica geral, que era amigo da família, medicou-me e depois ele só me recomendou ir para o psicólogo (…). Logo na primeira consulta, ele (…) percebeu como eu estava e receitou logo os antidepressivos (…).

		Fem 07	Mas 08	Fem 09	Fem 10	Fem 11	Fem 12
Procura de ajuda	Procura de ajuda	(…) passou-me os medicamentos e disse-me - "Isto já é para a vida" (…) só fui à minha médica de família, pronto a médica também nunca me aconselhou a recorrer a outro, como eu depois me senti bem com a medicação e tudo mais (…). Foi logo na primeira consulta, eu expliquei tudo o que tinha acontecido, ela fez-me umas perguntas, mas como ela também já me conhecia	(…) eu tinha as consultas médicas e então contava ao médico o que se passava, e o ele disse - "Então vamos passar para psiquiatria" (…). (…) foi rápido, e ele (psiquiatra) disse-me para ir também ao psicólogo (...).	O médico como eu tinha sido operada à vesicula atendia que fosse da vesicula (…) não me punha melhor (…) depois fui logo ao psiquiatra (…). (…) logo na primeira consulta, diz que eu ia com uma depressão muito forte (…).	(…) depois nem fui a nenhum médico especialista disto, fui à minha médica de família (…) ela nunca me disse para ir a outro médico… via que eu estava a ficar melhor (…).(…) quando lá cheguei os sintomas que eu lhe falei (…) ela disse-me logo que o meu problema que era esse (…).	(…) passado um tempo fui à psiquiatria. Foi logo o primeiro médico que eu fui porque eu conhecia-a e então decidi falar com ela, e ela disse que realmente era uma depressão (…). Na primeira (consulta) disse que estava com uma depressão, mas só depois (…) com o estudo dela, ver o nível da depressão (…).	Primeiro fui ao cardiologista (…) esse médico é que me passou uma carta logo para o psiquiatra porque eram problemas realmente de psiquiatria. E até agora tem sido sempre com o psiquiatra, sempre o mesmo. Ele disse logo que era uma depressão já bem avançada, fui logo internada e deu-me a medicação (…).

		Fem 01	Fem 02	Fem 03	Mas 04	Mas 05	Fem 06
Procura de ajuda	Os profissionais de saúde	Eu corri 2 ou 3 psicólogos, mas não, não me conseguiam ajudar, percebi que não valia a pena... eu expunha os meus problemas, mas não sentia beneficio (…) era tudo muito impessoal não me sentia à vontade, não me ajudavam.	(…) ele é uma pessoa (…) não tem sensibilidade para isso, não posso contar com ele, não sinto um apoio realmente… (…) nem compreende, eu acho que ele nem compreende (…).	(…) não me ajuda, só me receita os medicamentos (…).	(…) senti muito apoio… muito… a psiquiatra foi uma grande ajuda (…).	(…) só fui a uma consulta no psicólogo, na minha opinião... não serve de absolutamente nada, na minha opinião. No psiquiatra, basicamente a minha opinião sobre os psiquiatras é muito simples, os psiquiatras prescrevem um medicamento, um químico que efetivamente é o que nos ajuda, não o médico em si (…).	(…) ainda fui a psicólogos e assim, mas não, não dava em nada. (…) acabei por desistir porque não via resultados e só eu é que consegui vencer (…).

		Fem 07	Mas 08	Fem 09	Fem 10	Fem 11	Fem 12
Procura de ajuda	Os profissionais de saúde	(…) nessa altura a medica ajudou-me …, mas agora… (…).	(…) eu é que deixei de ir à psicóloga porque ao fim ao cabo o psicólogo sou eu (…) não sentia realmente ajuda… porque temos de ser nos próprios também a reagir.	(…) ao longo das consultas, muito falador, muito falador o homem, assim uma pessoa muito serena, uma pessoa muito serena, gostei de lá ir e se tiver um problema é onde vou.	(…) ela é muito minha amiga, e sempre tive muita confiança com ela (…).	Ajudou muito mesmo (…).	Muito… um apoio muito, muito grande, ele é, ainda hoje, é psiquiatra, é um amigo é… sinto muito apoio da parte dele.

		Fem 01	Fem 02	Fem 03	Mas 04	Mas 05	Fem 06
Procura de ajuda	O diagnóstico	(…) foi uma surpresa, eu não sabia, não fazia ideia, aliás eu sabia muito pouco sobre o assunto, não tinha um conhecimento profundo (…).	Eu sabia que estava com depressão… não foi nada inesperado, eu já sabia que estava assim, os sintomas eram todos esses (…).	Já estava à espera desse diagnóstico (…) devido ao meu estado emocional, ao meu estado psicológico (…).	(…) eu não sabia que tinha uma depressão, não fazia ideia, não sabia o que tinha, eu esperava que tinha qualquer coisa, eu sabia que tinha qualquer coisa, mas não fazia ideia que era uma depressão.	(…) já tinha ideia, claro que nos depois vamos pesquisamos e isso, e claro que conhecemos os sintomas da doença.	(…) não sabia bem o que era uma depressão, e há 18 anos atrás não se falava tanto, portanto não pensava que fosse uma depressão, lá está porque nem se quer se ouvia assim falar muito.

		Fem 07	Mas 08	Fem 09	Fem 10	Fem 11	Fem 12
Procura de ajuda	O diagnóstico	(…) caiu-me natural, já estava à espera, nunca disse que não… foi uma coisa que já estava à espera, não me apanhou de surpresa pronto (…).	(…) eu já sentia que andava com depressão, eu sentia-me deprimido… não foi inesperado (…).	(…) eu quando ele me disse aquilo - "Nervos? Mas porquê?" … não me enervo (…) não ia à espera (…) nem pensava, em depressão não pensava, não pensava.	(…) não sabia mesmo o que tinha, nadinha, nadinha, não… (…) Olhe, eu nem sabia, eu dizia, - "mas que doença é esta?" (…) eu já tinha ouvido falar em depressões, mas nunca pensei que viesse para mim está a ver?	Quando fui parar ao hospital com as dores de cabeça não esperava (…) quando ele me disse eu foi logo - "Não, não pode!" (…).	(…) não sabia muito bem o que era, até que ele depois explicasse e… (…) mas aceitava os internamentos, aceitava a medicação, sempre aceitei bem.

		Fem 01	Fem 02	Fem 03	Mas 04	Mas 05	Fem 06
A experiência e vivência com depressão	Sentimentos/emoções	Não queria sair, só estava bem em casa, não queria estar com ninguém (…). Sentia-me completamente inútil (…) a minha autoestima, pensava que era burra, que era uma pessoa que não conseguia cativar as outras pessoas, que não conseguia sequer manter um relacionamento (…).	(…) tira-me a vontade de fazer coisas, de fazer coisas até do meu dia-a-dia normal (…) e tenho pena, tenho muita pena, de algumas coisas que fazia e que agora tenho dificuldade em fazer, e em me ocupar… eu própria sinto essa limitação, e essa limitação é dolorosa (…). (…) quando penso que vou enfrentar um novo dia sinto uma vontade de ficar na cama, de não me levantar, de não me mexer (…).	(…) perdi a vontade de fazer as coisas que eu fazia (…) deixei de ter vontade de fazer coisas básicas como sair, socializar com as pessoas (…). (…) neste momento tenho pouca disposição para as realizar (tarefas domésticas), e isso para mim é uma preocupação (…).	Esses tempos foram terríveis (…) o estar de baixa, não poder trabalhar (…). (…) cheguei a perder o apetite sexual… não tinha (…).	(…) tristeza e não ter gosto por nada (…) depois tudo custa a fazer, lavar os dentes custa, tomar banho custa, ir às compras custa, custa tudo (…) só queremos estar isolados, deitados (…). (…) isso a mim não me incomoda (tarefas domésticas), quanto estou assim em baixo faço o mínimo dos mínimos (…) a parte profissional é que é sempre complicada para mim (…). (…) a parte sexual que é muito preocupante para muita gente (…).	(…) sentia-me muita tristeza, não queria estar com as pessoas, só queria estar no meu quarto (…).

		Fem 07	Mas 08	Fem 09	Fem 10	Fem 11	Fem 12
A experiência e vivência com depressão	Sentimentos/emoções	(…) e digo-lhe mesmo, foi muita coisa no fato dos meus filhos serem pequenos (…) eu disse mesmo para a médica - "Oh doutora, eu não quero ficar maluca da cabeça, eu tenho dois filhos para criar" (…). (…) (…) não era que eu tivesse vontade de as fazer (tarefas domésticas), mas tinha que as fazer, sentia-me na obrigação de as fazer.	Sentia-me incapacitado, ter de deixar de trabalhar por causa dos problemas… senti-me incapacitado para trabalhar e pronto, uma pessoa quando está assim… fica deprimido (…).	(…) o não conseguir ter a casa organizada, isso preocupava-me muito (…).	Só me apetecia ficar na cama e que ninguém me visse, era isso, não tinha fome nem sede (…) tinha de estar às escuras, e ali assim, tapava a cabeça onde não visse nem ouvisse ninguém, era como eu me sentia mais aliviada (…). (…) saber que tinha que fazer estas coisas (tarefas domésticas) e não me sentia com força nem com vontade e sabia que tinha que as fazer… opá sentia-me mal (…).	Há dias que não me consigo levantar, é muito complicado, agora tento combater isso, mas antes eu passava os dias deitada sem querer estar nem falar com ninguém (…) Ah, banhos era para esquecer, eu passava uma semana sem tomar banho (…). É o meu filho, ele obriga-me a levantar da cama porque eu passo os dias todos fechados naquela casa (…).	Estou quase sempre com internamentos, tenho tido muitas recaídas durante estes anos todos (…) chego a pontos de nem saber quem sou, nem consigo comer, não tenho força nem para andar, nem para comer, nem para tomar banho, têm que me dar banho (…). (…) os garotos passaram muito tempo só com o pai… era uma preocupação para mim... uma preocupação enorme, enorme (…) depois era o meu marido, tomar conta deles e trabalhar, foi difícil (…). A mim o que me preocupa é não fazer as coisas, não ter mesmo vontade de fazer as coisas em casa, nem comer, depois eles chegam a noite e não há nada para comer, vem-me essa preocupação (…).

		Fem 01	Fem 02	Fem 03	Mas 04	Mas 05	Fem 06
A experiência e vivência com depressão	Mudanças no self e nos percursos de vida	(…) mas houve outra coisa que também mudou em mim, e que melhorou em mim antes da depressão eu era super exigente, e ainda sou, mas comecei a ver as coisas de outra maneira, e a depressão é que me levou a aliviar um pouco a exigência sobre mim própria (…).	(…) eu não era assim, eu era uma pessoa alegre, cheia de atividades, cheia de genica e deixei de ter essa genica (…).	(…) mudei muito, eu não era assim, sempre fui muito sociável (…). (…) toda esta ansiedade, todo este *stress*, todo este medo está a condicionar-me a eu poder viver o meu dia-a-dia em paz (…).	Fiquei logo de baixa a partir da primeira consulta que fui ao médico (…) ia morrendo atropelado (…) fui aconselhado a não conduzir, eu andei meia dúzia de meses que não conduzia por causa da medicação, porque eu de um momento para o outro alterava-me (…).	(…) naturalmente senti mudanças em mim porque tenho de lidar com esse tipo de sintomas (…) volta e meia tenho recaídas (…). (…) mantinha toda aquela parte do profissionalismo (…) é uma pressão porque não nos apetece trabalhar, então todos os dias há coisas a acumular e há uma pressão que aumenta dentro de nós (…).	(…) mudei muito nessa altura, mas acho que isso me fortaleceu (…).

		Fem 07	Mas 08	Fem 09	Fem 10	Fem 11	Fem 12
A experiência e vivência com depressão	Mudanças no self e nos percursos de vida	As mudanças é que eu agora acho que estou mais desprendida, já me preocupei mais, agora não… parece que tenho assim um coração mais desprendido (…). Sinto-me melhor comigo própria porque não guardo, não me calo (…).	(…) não me apetecia conviver com as pessoas, essa foi a principal mudança (…).	(…) do nada engordei 11 quilos, hoje pesei-me e disse - "Ei, 11 quilos", veja só, os medicamentos também engordam, é assim.	(…) deixei de fazer muitas coisas por causa desta depressão (…).	Eu digo-lhe eu estou muito diferente, não tem nada a ver de como era dantes… custa-me a viver assim, eu não gosto de estar assim (…) não sou a mesma pessoa, não tem nada a ver. No trabalho afetou, porque outra coisa que tive foi perda de memória (…) a minha produtividade baixou, eu não conseguia fazer tudo e a minha chefe começou a cair de cima de mim (…).	Eu mudei muito, normalmente eu não era assim (…). Fui ao médico e ele disse - "Tu assim não podes trabalhar e estares a mexer em ceras quentes, a mexer nisto e naquilo, e a trabalhar com o público, não pode ser. Eu aconselho-te a fechares porque tu já não estás em condições", e depois fechei e nunca mais trabalhei. Foi um grande desgosto (…).

		Fem 01	Fem 02	Fem 03	Mas 04	Mas 05	Fem 06
A experiência e vivência com depressão	Relações Sociais e Redes de apoio	(…) a minha mãe via-me assim começava a ralhar comigo a dizer que eu tinha tudo em casa, que ela me dava roupa lavada, cama e casa, e que tinha tudo o que eu queria, e porque é que eu estava a chorar, e que não tinha razão nenhuma para estar assim. (…) o meu pai foi o meu psicólogo, ele chegava a casa sentava-se ao pé de mim e ficava ali a ouvir-me (…). (…) eu isolei-me completamente, não queria sair, não queria ir a jantares nem almoços de família, não queria sair com os amigos (…).	(…) não falei muito com a minha família (…). (…) ela (filha) tem muita dificuldade em aceitar que eu não esteja a passar bem, e eu nem lhe falo nesse assunto (…) tenho tendência a isolar-me, a interiorizar essa depressão e essa angústia e pouco falo (…). (…) quando estou assim mais em baixo recorro a deus (…).	(…) muita preocupação, e com alguma angústia, não foi fácil para eles (família) (…). (…) tento afastar essas pessoas (amigos) para não as prejudicar e afetar emocionalmente (…) não gosto de preocupar as pessoas com os meus problemas (…).	(…) sempre me apoiaram… deram-me muito apoio, às vezes tratavam-me como um bebé (…). (…) aliás a força foi da família, da família e dos médicos… eles apoiaram-me muito, muito (…).	(…) é como eu digo, os familiares, como a maior parte nunca passou por uma depressão, não sabem o que é, portanto reagem com alguma indiferença (…) porque não é uma doença que se veja assim no físico e nem nada disso, portanto desvalorizam (…).	(…) sempre apoiada, sempre… (…) eles sempre foram, mas nesse caso foi diferente (…).

		Fem 07	Mas 08	Fem 09	Fem 10	Fem 11	Fem 12
A experiência e vivência com depressão	Relações Sociais e Redes de apoio	(…) eu acho que ele (marido) não sabe lidar com estas situações (…). (…) a minha irmã, o meu cunhado e e uma amiga minha ajudaram-me muito (…).	(…) eles até me tratavam muito bem, cada vez me tratavam melhor, pronto sabiam as minhas condições, não é? (…). Os meus amigos praticamente foram capazes de nem se aperceber muito… sabiam que eu andava com o problema cardíaco, mas pronto não notavam que eu andava deprimido (…). (…) tentava retrair-me, estar mais em casa, pronto... não conviver com as outras pessoas…porque não tinha vontade (…).	(…) da parte do meu marido até, talvez, para melhor (…).	(…) não queria estar com ninguém, gostava de estava de estar sozinha (…). (…) para falar com outra pessoa não tinha, porque isto agente pensa que tem amigos e não tem, está a ver?	(...) a minha mãe não entendia e dizia - "Estás sempre a dormir, não fazes nada! Estás sempre a gritar, estás sempre a reclamar!" (…). (…) os meus amigos não conseguiam lidar com isso - "Está sempre a chorar, está sempre a ligar, é sempre o mesmo", diziam que eu era maluca, que gritava e que não sabia estar, então decidi "Ok, não vou dizer mais nada" (…). (…) falo com os meus amigos mais próximos, aqueles que ficaram ao meu lado, e esses apoiaram-me sempre, muito preocupados, e deram-me um apoio mesmo muito bom, diferente da minha família.	(…) quer dizer eu primeiro para ter muito um apoio, não tive… não aceitavam… diziam-me - "Problemas de cabeça não é doença" (…). Sinto-me muito sozinha… não tenho ninguém, não tenho ajuda de ninguém (…) agora de quem eu sinto apoio é dos médicos (…) até um doente com o outro (…) ao falarmos com um doente ajuda muito também… são mais compreensivos.

		Fem 01	Fem 02	Fem 03	Mas 04	Mas 05	Fem 06
A experiência e vivência com depressão	Relutância em revelar a situação	(…) com eles (amigos) sempre tive à vontade, ainda hoje em dia falo abertamente disto. Claro que às vezes as pessoas ligam - "Olha esta teve uma depressão, é maluca, não bate bem da cabeça", e eu na altura acho que também pensava isso, está a ver? (…).	(…) não tenho vergonha nenhuma, são coisas que acontecem na vida das pessoas (…).	(…) posso ter sentido um sentimento de estar a falhar perante os outros, mas não me senti constrangida porque na altura o que eu queria, o que eu sentia necessidade era de falar, de sentir algum apoio alguma força, por isso não me senti constrangida.	(…) só contei a algumas pessoas, não é uma coisa que se goste de falar (…).	(…) sempre constrangido em revelar, sempre, mesmo ao amigo, porque como disse anteriormente é uma sensação de diminuição, nós sentimo-nos mal, em baixo e inferiores, portanto não é algo que se goste de estar a dizer… e tenho essa pequena coisinha... o homem não chora, o homem… não é? O homem é mais forte que tudo… claro que sim, e se calhar por isso tive mais relutância porque sentimo-nos diminuídos, e nós não gostamos dessa sensação.	(…) aliás para a minha mãe e para o meu pai aquilo parecia que era mesmo, e é, grave, que até me diziam - "Não é preciso contarmos a ninguém, ninguém precisa de saber, é segredo" e eu pronto, assim andava calada (…).

		Fem 07	Mas 08	Fem 09	Fem 10	Fem 11	Fem 12
A experiência e vivência com depressão	Relutância em revelar a situação	É uma coisa que nunca tive preconceitos em falar nisto (…) talvez o medo de ter uma depressão mesmo funda, talvez isso me leve a falar (…).	Não senti o julgamento dos outros porque as outras pessoas consideravam-me uma pessoa normal, não sabiam, não é? É a tal coisa uma pessoa sente-se sempre constrangido em dizer - "Epá ando com uma depressão e assim" … como dizer… uma espécie talvez de vergonha ou qualquer coisa, não é? (…).	Não, não eu não, não tenho problemas nenhum em dizer o que tenho.	Ai, não, não… não contei a ninguém (amigos) porque há pessoas que ainda se riem por cima com o mal dos outros… porque há pessoas como não têm as coisas também não ligam, muitos até dizem - "Ai isso as depressões, as depressões… olha eles é que arranjam aqueles problemas para a cabeça deles" está a ver? Há pessoas que falam assim, pensam que isto não é uma doença mesmo, que não é uma doença a sério (…).	(…) já não me apetece sair de casa, já não tenho aquele sorriso que tinha… e é isso as pessoas que me conhecem, e que me veem e abordam, notam logo que eu não estou bem, e dizem que se nota muito na minha cara, e eu não gosto, faz-me sentir ainda mais triste (…).	Não, nem tenho problemas mesmo em falar que sou internada na psiquiatria, não, não escondo nada (…).

		Fem 01	Fem 02	Fem 03	Mas 04	Mas 05	Fem 06
Gerindo a doença e perspetivando o futuro	Estratégias para lidar com a depressão	Houve uma altura em que eu me vi perante uma situação que eu disse - "Pronto vai descambar outra vez", e depois pensei comigo própria e disse - "Não, não vai" e então lutei, e ocupei o meu tempo de tal maneira que eu não tinha tempo para pensar nos meus problemas (…).	(…) estou sempre a remoer nesses problemas, penso muitas vezes nisso, tenho tendência para pensar que estou angustiada, que estou sozinha, que (…).	Eu sou uma pessoa muito masoquista, ou seja, eu tenho tendência a guardar tudo para mim e estou constantemente pensar em tudo (…).	(…) tento distrair-me, tanto que agora arranjei este curso (curso do centro de emprego), não é? Para não estar sempre em casa. (…).	(…) agora lá está tenho que saber conviver com a doença e sei que isso só me causa perturbação e então… tento relativizar tudo… isto foi tudo uma evolução de aprendizagem da doença (…).	(…) sempre a pensar, "E porquê? Em que é que eu falhei? Porque é que me aconteceu isto a mim", culpava-me (…).

		Fem 07	Mas 08	Fem 09	Fem 10	Fem 11	Fem 12
Gerindo a doença e perspetivando o futuro	Estratégias para lidar com a depressão	Agora penso e tudo mais, e às vezes só me apetece ficar em casa sossegada (…) mas depois digo assim - "não, tens que ter força, tens que sair de casa, tens que ir", (…) tento-me distrair para não pensar sempre (…).	(…) só a pensar sobre isso… e pensar no que viria a seguir... se pioraria se não pioraria (…) agora já não, já estou melhor (…).	(…) faziam-me pensar, "mas eu nunca mais me ponho boa, quando é que eu começarei a andar, ficarei sempre assim, será? Será que ficarei sempre assim? Como é que será?" (…).	(…) ver-me assim naquela situação, aquilo começou-me assim a moer a moer e eu nem que não quisesse pensar naquilo estava sempre no pensamento… estava sempre a pensar naquilo, era sempre naquilo (…).	Esta maneira de pensar, a cabeça não pára, é o dia todo, sempre a pensar, sempre a pensar, mas é um cansaço que às vezes eu acordo ainda estou a pensar (…).	Tento, tento distrair-me, mas… tento ajeitar as coisas, toma-se a medicação e vai-se vendo com as coisas correm (…).

		Fem 01	Fem 02	Fem 03	Mas 04	Mas 05	Fem 06
Gerindo a doença e perspetivando o futuro	Perceção do estado de saúde	100%, curada. Uma pessoa nunca pode dizer nunca, mas neste momento eu diria que dificilmente cairei numa situação dessas (…) porque já aprendi a defender-me (…) tenho maneiras de me proteger a mim própria para que isso não aconteça (…).	(…) ainda não estou curada completamente... ainda não me sinto completamente curada, sinto-me um bocadinho melhor…, mas tenho que lidar, é uma situação que eu tenho que lidar com ela (…).	(…) vou ter de lidar com ela nos próximos tempos (…) mas não sei se tem cura, penso que provavelmente vou ter que apreender a lidar com a depressão para o resto da minha vida (…).	Nós tentamos esconder, mas cura, cura, acho que não, eu queria acreditar, mas acho que não. Posso dizer que 90% já foi, mas tenho medo, da recaída é que eu tenho medo (…).	(…) não é uma coisa que na minha opinião, e por experiência própria, acho que não tem cura, tem é formas de saber lidar com ela, e evitar determinados estados muito, muito baixos (…).	Fiquei bem e nunca tive recaídas… a não ser há uns tempos atrás… (…) andava com ataques de pânico (…).

		Fem 07	Mas 08	Fem 09	Fem 10	Fem 11	Fem 12
Gerindo a doença e perspetivando o futuro	Perceção do estado de saúde	Não de todo… porque é assim há dias que agente sente-se mais em baixo… o estado de ansiedade (…) se eu deixo de tomar os comprimidos vou-me abaixo, é logo…espero que não volte atrás, que continue assim.	Sinto-me curado, sinto-me uma pessoa normal agora, não tenho problemas nenhuns… tirando este problema de não conseguir dormir se não à base de medicamentos (…).	(…) felizmente hoje encontro-me boa (…) ele reduziu-me a medicação e até hoje encontro-me bem, espero não ter nenhuma recaída. Eu acho que sim que já, acho que sim, basta eu ver-me já a fazer as coisas… basta eu ver-me… agora na minha casa andei a aspira-la (…).	Não estou curada, não estou… eu sei que não estou curada, o que é faço a minha vida, olhe ando na minha vida (…).	Eu ainda não noto que esteja bem (…) a medicação ajuda a ter mais energia, mas não cura (...).	Não, não deixo nunca… não se pode, já tentamos, uma vez o médico tentou reduzir, fui internada para se ir reduzindo, mas fui logo a baixo… não, não dá. E agora não se trata, não tem cura, vou ter que lidar com isto até ao final.

	Fem 01	Fem 02	Fem 03	Mas 04	Mas 05	Fem 06
Estereótipos de género	(…) acho que a depressão afeta mais as mulheres, eu acho que sim porque as mulheres são mais sensíveis, são mais sensíveis aos sentimentos (…) e, portanto, se calhar essa sensibilidade acaba por fragilizar um bocadinho as mulheres, quando se sentem deprimidas ou tristes ou leva-las um pouco mais abaixo na situação de desgosto.	(…) os homens também têm as suas fragilidades, não é? Eu acho que os homens também têm as suas fragilidades, também têm as suas limitações… eu acho que sim, eles também podem apanhar uma depressão.	(…) as mulheres sofrem muito mais de doenças a nível do foro psicológico, mais que os homens, porque as mulheres são mais ligadas afetivamente à família e à vida pessoal, sofrem com os problemas dos outros e isso torna-as mais sensíveis, e suscetíveis a ter uma depressão.	(…) eu tenho impressão que é nas mulheres (…) penso que elas possam ser mais sensíveis e elas também dizem que têm mais trabalho, têm o trabalho e depois têm o trabalho em casa, não é?	(…) acho que pode acontecer nos dois de forma por igual, depende se tivermos profissões de responsabilidade…. Para mim acontece de forma igual, tudo tem a ver com o tipo de vida e com o *stress* a que essa pessoa é sujeita, e depois pronto pode ceder ou não.	As mulheres têm mais depressão, somos mais fracas de cabeça, a mente é mais fraca, somos mais inseguras e pensamos mais (…).

	Fem 07	Mas 08	Fem 09	Fem 10	Fem 11	Fem 12
Estereótipos de género	Eu acho que o ser da mulher é mais… somos mais frágeis. As mulheres pensam mais, têm mais depressão, são mais sensíveis. (…) acho que os homens são mais fortes, ultrapassam melhor as coisas.	Eu tenho impressão que acontece tanto no homem como na mulher, não é? Tudo depende das circunstâncias, depende das situações (…).	Eu acho que tanto dá nas mulheres como nos homens, eu acho que estes problemas tanto ataca o homem como a mulher (…).	(…) as mulheres sentem-se assim mais deprimidas (…) não reagem tão bem como reagem os homens (…).	Ai, eu acho que é nas mulheres, mas isso é porque as mulheres também têm uma vida muito mais ativa… estamos mais em *stress* do que eles, nós temos que limpar a casa, estar com os filhos, organizar a nossa vida, temos de fazer tudo… e eles trabalham, ainda é um pouco assim (…).	Mais nas mulheres por causa do feitio, embora eu tenha estado internada com muitos homens e novos, rapazes novos, também muitos homens estão a ir a baixo…