

João Paulo de Sousa Miranda

Sentimentos Depressivos na Universidade: Representações e Comportamentos

Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em Sociologia orientada pela Professora
Doutora Alexandra Lopes

Faculdade de Letras da Universidade do Porto

Setembro de 2015

Índice

Agradecimentos	V
Resumo	VII
Abstract.....	IX
Résumé	XI
Índice de Figuras e Tabelas.....	XIII
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	XV
Introdução	1
Capítulo I - A segunda metade do século XX como elemento catalisador das teorias da sociologia da saúde e da doença: entre o biopoder e a conceção leiga .	5
1.1. Saúde e doença como determinantes sociais	5
1.2. A doença mental na história da medicina.....	6
1.3. A origem da biomedicina	8
1.3.1. Psiquiatria e controlo social: o aumento do poder da psiquiatria	10
1.3.2. Normalização como forma de controlo social: o nascimento do DSM	13
1.3.3. Medicalização como importante dimensão social	15
1.3.4. Automedicalização, automedicação e medicalização da tristeza: fármacos com dinâmica de tratamento	17
1.4. Representações sociais da saúde e da doença: o conhecimento leigo.....	19
1.4.1. Conhecimento leigo na saúde mental	22
1.5. Desde o panorama macro até Portugal: a doença mental em números	24
Capítulo II - A depressão nas sociedades contemporâneas: um mundo de representações.....	28
2.1. Depressão: a melancolia de um trajeto.....	28
2.1.1. A descoberta da depressão no DSM	31
2.1.2. Características sociodemográficas e económicas da patologia e incidência em Portugal	32
2.2. Pontos de proximidade e afastamento entre o conhecimento leigo e o conhecimento pericial da depressão.....	34
2.2.1. Tratamento e sintomas da depressão à luz das suas dimensões	36
2.2.2. Balanço entre posições positivas e negativas: sentimentos e causas da depressão.....	37
2.2.3. Práticas e comportamentos perante a depressão.....	40

2.3. Estudos da depressão em contexto específico: a representação da depressão nas universidades	44
Capítulo III - Modelo de análise, tipo de investigação e dados secundários.....	48
3.1. Metodologia de investigação	50
3.2. Eurobarómetro 345.....	56
Capítulo IV - Apresentação e discussão de dados	58
4.1. Caracterização da amostra	58
4.2. Representações da depressão: do conceito às causas	60
4.3. Práticas e comportamentos	65
4.4. Dimensões da representação da depressão: sintomas, sentimentos e causas ...	71
4.5. Representações da depressão em perspetiva: entre a estrutura e a vivência individual.....	77
Notas conclusivas	85
Referências Bibliográficas.....	91
Anexos	102

Agradecimentos

Muito perto do fim de mais uma fase do meu percurso de crescimento são necessárias novas palavras para agradecer a todos os que me seguiram mais de perto. Em primeiro lugar, não posso deixar de agradecer tudo aquilo que a Professora Doutora Alexandra Lopes me proporcionou. Por um ano de acompanhamento, essencial à realização desta dissertação, por toda a ajuda e disponibilidade demonstrada durante esse período, e por todas as reflexões e conversas que me permitiram terminar a dissertação. Muito obrigado!

À Patrícia, Isabel e Joaquim por me ajudarem na integração numa nova faculdade e realidade, e, também, por todos os momentos de trabalho facilitados pelo bom ambiente que conseguimos protagonizar.

Fora da FLUP, preciso agradecer a todos os amigos pela sua curiosidade e interesse na dissertação. Conversar sobre as várias fase de um trabalho de meses ajudou muito na arrumação de ideias. Um agradecimento especial ao Pedro. Tantas tardes de conversa sobre os mais diversos assuntos ajudaram na libertação de ideias e reflexões.

Aos meus pais. Porque também é por ambos que percorro este caminho. Porque sem a sua ajuda constante, nada do que se realizou seria possível. A eles estarei sempre grato.

Por fim, à Maria. Sempre no fim porque é o lugar onde cada um quer chegar depois de um dia. Obrigado por conseguires ser rápida o suficiente para chegar onde preciso quando preciso.

Muito obrigado a todos!

Resumo

Esta dissertação de mestrado toma como tema principal os discursos, as representações e as vivências da depressão na população universitária. Toma como referencial os quadros teóricos da Sociologia da Saúde e da Doença na tentativa de discutir o papel central da medicina nas sociedades contemporâneas enquanto instância reguladora que fornece matrizes de sentido para as experiências do quotidiano. Levada em conta como domínio fundamental, no que diz respeito a representações, comportamentos e formas de regulação, a medicina tem exercido o seu domínio através do conhecimento pericial mas também, na forma da conceção leiga da saúde e da doença. No caso do nosso estudo, procuramos entender em que medida as representações e comportamentos, face a sentimentos depressivos, se colocam no cruzamento entre as duas formas de conhecimento.

Para o efeito, realizamos um inquérito por questionário, a uma amostra de estudantes da Universidade do Porto para entender de que forma a depressão é representada em contexto universitário, bem como os comportamentos e atitudes perante a patologia. De forma a entender tendências entre a população em geral e a população-alvo, procedemos a uma análise secundária de dados, tendo para o efeito mobilizado os dados procedentes do Eurobarómetro 345.

A conclusão do estudo permitiu perceber a complexa relação dos estudantes do ensino superior com a depressão. Enquanto representam a depressão como uma patologia com múltiplas causas e sintomas, as suas práticas em relação à doença nem sempre se coadunam com as suas próprias representações. A perspetiva mais geral, porém, não diminui a importância de variáveis que remetem para o domínio das estruturas sociais e dos eixos de diferenciação socialmente construídos, como o género, a idade ou a situação socioeconómica dos indivíduos, fulcrais na atribuição de sentidos e atitudes em relação à depressão.

Palavras-chave: depressão; sociologia da saúde e da doença; medicalização; representações sociais; conhecimento leigo.

Abstract

This dissertation is about the discourses, the representations and the experiences of depression among students enrolled in higher education. It works with the theoretical frameworks of Sociology of Health and Illness to discuss the central role of medicine in contemporary societies as the site of social regulation that gives meaning to the experiences of everyday life. Medicine has exerted its dominance through the monopoly of legitimate expert knowledge but also by means of its influence in lay conceptions of health and disease. In this study we seek to understand to what extent the representations and the behavior towards feelings of depression are placed at the intersection between the two forms of knowledge: expert and lay.

The research involved a questionnaire survey to a sample of students of the University of Porto to understand how depression is represented at the university level as well as the behavior and the attitudes towards the disease. In order to place the findings from the survey against some trends among the general population we have also carried out a secondary analysis of data, and to this end we have used the data coming from the Eurobarometer 345.

The main findings of this study point to the complex relationship of higher education students with depression. While representing the depression as a disease with multiple causes and symptoms, their practices regarding the disease do not always match their own representations. From a broader perspective, however, this does not diminish the importance of variables that refer to the domain of social structure and differentiation along dimensions such as gender, age or socio-economic status, all dimensions that have proven key in assigning meanings and attitudes towards depression.

Keywords: depression; sociology of health and illness; medicalization; social representation; lay knowledge.

Résumé

Cette thèse porte sur les discours, les représentations et les expériences de la dépression chez les étudiants inscrits dans l'enseignement supérieur. Il fonctionne avec les cadres théoriques de la sociologie de la santé et de la maladie afin de discuter le rôle central de la médecine dans les sociétés contemporaines comme la place de régulation sociale qui donne un sens aux expériences de la vie quotidienne. La médecine a exercé sa domination à travers le monopole du savoir légitime des expertes, mais également par le biais de son influence dans les conceptions laïques de la santé et de la maladie. Dans cette étude, nous cherchons à comprendre dans quelle mesure les représentations et le comportement à l'égard des sentiments de dépression sont placés à l'intersection entre les deux formes de connaissance: expert et laïque.

La recherche comportait un questionnaire à un échantillon d'étudiants de l'Université de Porto à fin de comprendre comment la dépression est représenté au niveau des étudiants de l'université ainsi que le comportement et les attitudes à l'égard de la maladie. Afin de placer les résultats de l'enquête contre certaines tendances dans la population générale, nous avons également procédé à une analyse secondaire des données, et à cette fin, nous avons utilisé les données provenant de l'Eurobaromètre 345.

Les principales conclusions de cette dissertation montrent la relation complexe des étudiants de l'enseignement supérieur avec la dépression. Bien que représentant la dépression comme une maladie aux causes multiples et les symptômes, leurs pratiques concernant la maladie ne correspondent pas toujours à leurs propres représentations. Dans une perspective plus large, cependant, ceci ne diminue pas l'importance des variables qui se réfèrent au domaine de la structure sociale et la différenciation dans des dimensions telles que le sexe, l'âge ou le statut socio-économique, toutes les dimensions qui se sont avérées clé dans l'attribution des significations et des attitudes à l'égard la dépression.

Mots-clés: dépression; sociologie de la santé et de la maladie; médicalisation; représentation sociale; connaissances laïque.

Índice de Figuras e Tabelas

Figuras

Figura 1. Modelo de análise.....	50
---	----

Tabelas

Tabela 1. Distribuição de respostas por faculdade e género	53
Tabela 2. Distribuição da amostra e da população da UP, por género	54
Tabela 3. Caraterização da amostra.....	59
Tabela 4. Frase que melhore descreve depressão.....	61
Tabela 5. Melhor forma de tratar depressão	61
Tabela 6. Representação de sintomas depressivos	62
Tabela 7. Representação de sentimentos depressivos.....	63
Tabela 8. Representação de causas da depressão	64
Tabela 9. Relação com indivíduo diagnosticado com sintomas depressivos.....	65
Tabela 10. Recurso a ajuda médica	67
Tabela 11. Recurso a fármacos	68
Tabela 12. Autoavaliação em contextos de pressão	70
Tabela 13. Conhecimento da depressão na terceira pessoa	71
Tabela 14. Modelo fatorial: dimensão dos sintomas de depressão	72
Tabela 15. Modelo fatorial: dimensão dos sentimentos de depressão.....	74
Tabela 16. Modelo fatorial: dimensão das causas de depressão	76
Tabela 17. Modelo de regressão linear dos sintomas	79
Tabela 18. Modelo de regressão linear dos sentimentos	80
Tabela 19. Modelo de regressão linear da componente causas.....	81

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA - *American Psychological Association*

DASS – *Depression Anxiety Stress Scales*

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSM - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

INE – Instituto Nacional de Estatística

KMO - *Kaiser-Meyer-Olkin*

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

SAQ – *Self-Assessment Questionnaire*

SEDES - Associação para o Desenvolvimento Económico e Social

SPSS - *Software* de tratamento e análise de dados

Introdução

Realizado no âmbito do Mestrado em Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, esta investigação tem como objetivo primeiro perceber de que forma os estudantes universitários representam a patologia depressão. Ao lado deste, foi determinado como segundo objetivo, a descoberta dos comportamentos e atitudes da mesma população em relação aos sintomas representativos da depressão.

Nos últimos trinta anos, os críticos da prática psiquiátrica e da sua teoria, sociólogos e alguns psiquiatras, enfatizam a fraca validade e construção das categorias de diagnóstico, a ausência quase total de estudos longitudinais na psiquiatria epidemiológica, o domínio do conhecimento empírico, como substituto do desenvolvimento teórico, bem como a falta de reflexão teórica e prática, e o trabalho de parte interessada, como o caso das indústrias farmacêuticas, no campo da saúde mental (Rogers e Pilgrim, 2003, cit. por Pilgrim e Rogers, 2005, p.318).

A interpretação biológica das doenças mentais e consequente aumento do poder de entidades de cuidados médicos (Aho, 2008) traduziu-se no aumento do fosso entre o conhecimento leigo e a medicina; o conhecimento do paciente é considerado secundário quando comparado ao conhecimento do domínio médico (Ingleby, 1982). A explicação para esta contradição relaciona-se com o poder político da psiquiatria como classe profissional e de controlo social (Ingleby, 1982). Apesar do aparente menosprezo por parte da medicina, a conceção leiga da doença mental encerra importantes fatores no desenvolvimento da sociedade; Haslam (2003) afirma, inclusive, a sua preponderância em termos da modificação de imagem dos indivíduos diagnosticados com algum tipo de doença mental.

As diferenças entre conceções médicas/periciais e conceções leigas não se reduzem apenas às abordagens da doença mental. As representações sobre conceitos, origens e sentimentos são dimensões que separam estas duas realidades. Com o modelo biomédico, a doença mental é assumida como uma doença com origem no cérebro (Horwitz, 2011), enquanto a conceção leiga entrega as causas das patologias a diversos fatores, como sentimentos e eventos negativos do quotidiano (Pilgrim e Bentall, 1999), através de significados construídos na sua rede social (Silva e Alves, 2011). Esta afirmação, de que as representações da saúde e da doença mental se inscrevem em roteiros culturais de vivência das emoções mas em simultâneo, em universos de significação onde a medicina domina como instância reguladora e prescritora de sentidos, é o ponto de partida para esta dissertação. Mais concretamente, o tema

da dissertação incidirá sobre as representações da depressão e as experiências da depressão, construídas através do discurso dos estudantes do ensino superior.

A depressão e o estudo da depressão tem visto a sua pertinência impulsionada pela notoriedade que vem adquirindo em vários fóruns de discussão pública. Esta patologia tem sido recorrentemente noticiada devido aos seus números preocupantes, mas também, pela atenção disponibilizada através de diversos meios de comunicação social portuguesa. No ano de 2013, Portugal apresentava a maior taxa de incidência de perturbações mentais entre oito países europeus escolhidos para o estudo, com destaque para a depressão (Norte, 2013). Já no decorrer do ano de 2015, foi possível perceber a elevada subida do número de casos de crianças e jovens adolescentes que procuraram os serviços de urgência dos principais hospitais de Porto e Lisboa devido a problemas mentais (*in* Observador, 2015). Neste caso, os problemas detetados são relacionados com depressão, ansiedade e tentativas de suicídio (*Ibidem*).

Partindo de um quadro teórico amplo de referência e do interesse particular sobre a temática da depressão, a investigação vai incidir sobre uma população específica, os estudantes do ensino universitário público. O projeto parte com dois objetivos gerais: perceber como os indivíduos definem os sentimentos depressivos; identificar como experienciam os comportamentos, bem como a incidência dos mesmos, discutindo as suas causas enquanto determinantes que remetem para o foro das estruturas sociais, económicas, relacionais e culturais. Em termos de objetivos específicos, a investigação vai tentar entender: como os indivíduos classificam e definem um conjunto de distúrbios ao nível comportamental, em consonância com o conceito médico da depressão, numa forma de autorrepresentação da depressão; como experienciam esse tipo de sentimentos, ou seja, os comportamentos perante esses sentimentos; a incidência e prevalência deste tipo de comportamentos; a que estratégias recorrem para a gestão deste tipo de comportamentos (universo biomédico, auto regulação, atividades sociais, etc.).

Além dos modelos teóricos acerca das representações e conceções leigas da doença mental, o primeiro capítulo da investigação apresenta outros tópicos de acesa discussão no debate entre o campo médico e as ciências sociais. Desde logo a visão biomédica, transformadora de todas as doenças físicas e mentais em disfunções ou falhas do corpo; a argumentação de que a doença mental é um mito, onde apenas o diagnóstico de uma doença física é válida cientificamente; o discurso sobre os problemas de saúde mental e físicos explicados através de um quadro comum de entendimento entre biologia, psicologia e social; por fim, a consideração de todas as doenças como um desvio (Pilgrim e Tomasini, 2012). As correntes teóricas e metodológicas para o estudo da saúde mental e dos seus problemas na

sociedade são claramente diferentes entre a epidemiologia psiquiátrica e a sociologia, ainda que, no passado, a influência sociológica no campo da psiquiatria social e epidemiologia tenha sido bem aceite (Pilgrim e Rogers, 2005). Na perspectiva destes autores, um dos exemplos dessa boa relação passou pela existência de um elevado número de pesquisas sociológicas após a Segunda Grande Guerra Mundial, que concluíram e demonstraram como padrões sociais influenciavam problemas de saúde mental (*Ibidem*). Ainda assim, esta relação chega ao fim no momento em que os sociólogos começam a criticar, em larga escala, o conhecimento baseado na psiquiatria (*Ibidem*).

O segundo capítulo perspetiva a depressão no seu contexto clínico, bem como as representações e comportamentos dos indivíduos perante esta patologia. No que diz respeito à depressão, a transmissão de conhecimentos entre o indivíduo e o tecido social acontece depois de algumas experiências sociais, onde as representações populares e científicas são misturadas (Fonseca, Coutinho e Azevedo, 2008). Na perspectiva de Coutinho (2005), a depressão possui uma vasta representação leiga, desde problemas psicológicos e psiquiátricos mais ou menos graves, várias diferenças no humor e no comportamento dos indivíduos (Cit. por Vieira e Coutinho, 2008, p.716). O capítulo aborda ainda estudos consultados sobre a patologia, através de uma visão geral, mas também, focando a população que queremos estudar.

Apresentada no terceiro capítulo, a metodologia de investigação encontra-se ancorada numa abordagem de carácter extensivo, utilizando o inquérito por questionário como ferramenta para recolha de dados. Neste capítulo, é explicada a composição do inquérito e todo o processo de administração do mesmo, bem como os traços gerais da amostra escolhida.

Por fim, o quarto e último capítulo oferece a análise de resultados do inquérito por questionário e conseqüente discussão, antes da reflexão conclusiva. Ao longo do capítulo, além da apresentação e discussão dos resultados obtidos com o inquérito por questionário, introduzem-se, em jeito de cenário comparativo, alguns dos dados obtidos a partir de uma das versões do Eurobarómetro (EB345) relativo ao ano de 2010. O objetivo desse exercício é discutir algumas das dinâmicas específicas que se colocam à população universitária por comparação às dinâmicas gerais que caracterizam a população europeia e portuguesa em particular, fornecendo um lastro empírico adicional à investigação.

As grandes conclusões do estudo apontam para uma relação complexa entre os estudantes do ensino superior e a depressão. Se por um lado, é possível verificar um afastamento do público-alvo ao modelo biomédico, o modelo dominante do campo da medicina, o estudo também demonstra uma aproximação ao modelo biomédico no momento do tratamento. Porém, a difícil relação entre o modelo biomédico e os estudantes do ensino superior não remete para

uma aproximação às teorias abordadas através do conhecimento leigo. A nossa amostra representa a depressão de forma bastante abrangente, relacionando os sintomas, sentimentos e causas da depressão com diversos fatores do ambiente socioeconómico dos indivíduos.

Capítulo I

A segunda metade do século XX como elemento catalisador das teorias da sociologia da saúde e da doença: entre o biopoder e a concepção leiga

1.1. Saúde e doença como determinantes sociais

A trajetória histórica permitiu observar mudanças no que concerne à definição de doença, embora sem que qualquer uma dessas mudanças seja considerada radical. É possível definir doença através da existência de, no mínimo, uma lesão anatômica ou fisiológica visível, com origens naturais ou através de algum agente humano (Szasz, 1994). Ao longo da história, os diagnósticos construíram-se socialmente e com divergências de maior ou menor dimensão consoante a cultura (*Ibidem*). Na contemporaneidade, as mudanças são visíveis em diversas dimensões do quotidiano dos indivíduos. Comportamentos do domínio da sexualidade encarados como comportamentos perfeitamente naturais na atualidade, como a homossexualidade ou a masturbação, oferecem bons exemplos do que antes fora considerado como diagnóstico de uma doença (Szasz, 1994). Segundo a perspectiva de Szasz (1961), os médicos possuem o poder de escolha perante dois caminhos distintos: classificar, como doentes, indivíduos que consideram incapazes, utilizando-os como símbolo e forma de categorização, ou a definição de regras, através do aumento do espectro possível da classificação de doente a outras condições humanas, com o objetivo de abranger outros indivíduos.

Parsons (1951) admitia a doença como fenómeno impeditivo da plena realização de tarefas importantes do quotidiano (Cit. por Varul, 2010, p.73). Devido a esta incapacidade temporária, o autor defendia a recuperação do doente em casa e abstraído dos seus papéis na sociedade (*Ibidem*, p.77). Ainda assim, a incapacidade temporária dos doentes perante a sociedade não se encontra fora das normas da socialização, diferenciando a doença de desvios como o crime (Varul, 2010). Devido à inserção da doença nas normas de socialização, o adoecimento com origem numa patologia de fácil prevenção passou a ser encarado como um ato de irresponsabilidade, por parte da sociedade, já que o indivíduo não fora capaz de realizar os esforços necessários para prevenir a doença (Lupton, 1995, cit. por Riso, 2013, p.81-82). Ainda assim, a autora assume a forma relevante como a sociedade observa a saúde como dimensão inserida no fenómeno da socialização (Lupton, 1995, cit. por Riso, 2013, p.81-82), determinando o que é positivo ou negativo para um indivíduo considerado doente (Szasz, 1961).

Nettledon e Bondon (1995) atribuem a responsabilização de cada indivíduo pela sua saúde às políticas de governos neoliberais (Cit. por Riso, 2013, p.82).

Décadas atrás, Parsons (1964) enaltecia a produtividade como componente prioritária da engrenagem da sociedade (Cit. por Varul, 2010, p.75). Neste contexto, a saúde tornou-se matéria indispensável para assegurar a assiduidade e produtividade dos trabalhadores (Varul, 2010); através desta perspetiva, a doença assume-se como um dos comportamentos mais importantes da sociedade (Parsons, 1951, cit. por Varul, 2010, p.74). Esta visão é consistente com a visão marxista; a ascensão de uma nova economia capitalista, favorecedora do consumismo, de maiores jornadas de trabalho e de produção urgente (Davies, 2011).

Com a prioridade centrada na industrialização e na jornada laboral, a análise e controlo de diversos momentos da vida social do corpo individual e coletivo era fundamental (Foucault, 2005, cit. por Gaudenzi e Ortega, 2012, p.22). Nas últimas décadas do século dezoito, os estados-nação da Europa preocupavam-se com a produção natural de soldados, uma questão de máxima importância no panorama europeu desse tempo (Illich, 1982). Nesse panorama, o papel das mulheres foi redefinido para membro produtor de soldados, transformando o nascimento numa função indispensável das mulheres devido, essencialmente, às características do seu aparelho reprodutor (*Ibidem*). Desta forma, a medicina passou a exercer a função de controlo social do corpo dos indivíduos e do corpo social (Foucault, 2008b, cit. por Gaudenzi e Ortega, 2012, p.29-30).

Através da sua teoria do surgimento da anatomia patológica e das clínicas, Foucault (1977) assume a existência de uma nova noção de conhecimento através da personificação implícita do individual (Cit. por Armstrong, 1985 p.109-110). Na perspetiva de Foucault (1977), um dos exemplos dessa teoria passa pela localização da doença dentro do próprio corpo, transformando o indivíduo em objeto de constante atenção médica e de diversas instituições de cuidados médicos (*Ibidem*, p.109-110). Atualmente, a promoção da saúde consiste na integração da saúde individual nos cuidados de saúde de proximidade, como entidade promotora do estilo de vida saudável, mas também, entidade responsabilizadora da saúde individual de cada elemento da sociedade (Silva e Alves, 2011).

1.2. A doença mental na história da medicina

Apesar de curta, a abordagem ao conceito de doença revela-se de carácter obrigatório para entender as devidas diferenças entre doença física e a doença mental, já que estas diferenças não se restringem ao conceito ou à região do corpo atingida. Enquanto a doença física consiste em disfunções corporais e numa diminuta relação entre fatores sociais e culturais (Neto e Alves, 2012), na perspetiva de Horwitz e Scheid (1999), a doença mental não depende

apenas de uma disfunção mas também, de um desencontro social e cultural (Cit. por Neto e Alves, 2012, p.112).

Pensar a doença mental como patologia com origem no cérebro não passava de uma hipótese remota na década de quarenta; a partir da década de sessenta, a ideia tornou-se um facto científico (Szasz, 1994). A doença mental pode ser considerada um estado social atribuído; nenhum indivíduo se encontra excluído de cometer ações atribuídas, como estereótipo público, associados à doença mental (Scheff, 1966, cit. por Gove, 1970, p.876). Através desta perspectiva, os indivíduos que cometem tais ações em público são rotulados como doentes mentais e podem ser alvo de internamento numa instituição de tratamento de saúde mental (*Ibidem*). Na opinião de Szasz (2003), o termo doença mental consiste numa condição patológica ou doença inserida na sociedade, como tática social, que permite a famílias, tribunais ou ao tecido social, a separação dos indivíduos que demonstram ou reivindicam comportamentos considerados doenças mentais perigosas. Na atualidade, os problemas humanos encontram-se inseridos na dimensão doença mental, e a opinião pública convenceu-se da necessidade de utilização de fármacos e de terapia para a sua resolução (Szasz, 2003).

Ingleby (1982) apresenta três interpretações sobre o conceito de doença mental. A primeira, através do modelo de afeção tradicional, implica a existência de uma patologia física para o diagnóstico de qualquer doença mental (*Ibidem*). Segundo o autor, os críticos focam a categorização de doenças psiquiátricas como tal devido à inexistência de evidências de uma relação causal (*Ibidem*). Historicamente, Roth (1976) admite não existirem casos de relação entre estados concetualizados como doença, e devida identificação, segundo causas físicas (Cit. por Ingleby, 1982, p.91). Na segunda interpretação, Ingleby (1982) assume o diagnóstico psiquiátrico com bases definidas na censura moral ou seja, na utilização da expressão doença mental, quando um indivíduo infringe regras de conduta moral da sociedade onde se insere. Através desta perspectiva, a doença mental é encarada como forma de desvio equiparada ao crime mas, segundo o autor, embora o comportamento do paciente não se coadune com as regras de conduta da sociedade, o comportamento pode não ser suficiente para merecer o rótulo de desvio (Ingleby, 1982). McHugh (1970) considera impossível definir, como desviante, um indivíduo que infrinja as regras da sociedade sem qualquer tipo de consciência ou intenção de tal (Cit. por Ingleby, 1982, p.94). Por fim, a terceira interpretação sobre o conceito da doença mental apresentada por Ingleby (1982), define os doentes mentais como indivíduos sem problemas de perda física mas sim de razão. Segundo esta perspectiva, com raízes no conceito de loucura adotada no século XVIII e caracterizada como um retorno à condição animal, as imputações de demência acontecem quando o comportamento não tem qualquer explicação

plausível (Ingleby, 1982). Esta perspectiva admite que tipos de regras, ultrapassadas por comportamento psicótico, divergem das regras ultrapassadas pelo desvio; ou seja, situam-se numa dimensão onde não se atua inteligivelmente (*Ibidem*). Ingleby (1982) admite a insuficiência da ininteligibilidade para a importação da doença mental; a incompetência por inexperiência, relacionada com idade ou incapacidade temporária, devido a um agente físico como o álcool, pode ser suficiente para qualquer indivíduo não demonstrar qualquer sentido nas suas ações (*Ibidem*). Como revelam os estudos levados a cabo por Bott (1976) e Smith (1978), o comportamento só se encara como sintomático de doença, para um agente ou para todos os que o rodeiam, quando se torna intolerável para ambos (Cit. por Ingleby, 1982, p.99).

Como defendem alguns dos autores acima mencionados, a probabilidade da doença mental se encontrar refém de causas biológicas é escassa. Além da presença de fatores biológicos no diagnóstico da doença mental, fatores psicológicos e sociais também se encontram inseridos no diagnóstico (Alves e Rodrigues, 2010). Alguns estudos demonstram evidências acerca dos determinantes sociais e económicos da saúde mental, adquirindo um papel relevante na saúde física e na relação entre doenças orgânicas (Prince *et al.*, 2007, cit. por Alves e Rodrigues, 2010, p.128). Fatores socioeconómicos como o emprego, educação, pobreza, habitação, ambiente familiar e experiências negativas na infância, exclusão social ou estigma, cultura e eventos do quotidiano com capacidade para originar *stress*, possuem bastante influência na saúde mental dos indivíduos (Alves e Rodrigues, 2010). Fryers *et al.* (2005) correlaciona altos níveis de doença mental em indivíduos inseridos em níveis socioeconómicos baixos, caracterizados pela sua baixa escolaridade, desvantagem material e desemprego (Cit. por Amele, Frew e Urquía, 2013, p.41).

1.3. A origem da biomedicina

Definir doença mental é, ainda, um caminho difícil de percorrer na contemporaneidade. Contudo, existiu um período de tempo bastante conturbado e de inúmeras abordagens e discussões em redor do tema. De forma mais concreta, esse período de tempo situa-se na segunda metade do século XIX, o momento do nascimento da biomedicina.

O período posterior à Segunda Grande Guerra desenvolveu a medicalização indefinida, um conceito definidor do aumento do campo de ação da medicina: a imposição de controlo regular de doenças e a presença quase total da medicina em todos os campos da vida, com o objetivo de categorizar o normal distinguindo-o do anormal (Foucault, 2001, cit. por Zorzaneli, Ortega e Júnior, 2014, p.1861). Foucault (1977) localiza a origem da medicina moderna na emergência do sucesso da ligação entre o exame do corpo e a exploração do mesmo, além da

elaboração de diversas reformulações no campo da vida e da morte, da doença, e na relação entre a ciência e o indivíduo (Cit. por Armstrong, 1985, p.111). Segundo esta perspectiva, o corpo humano passa a ser o foco de intervenção do conhecimento (*Ibidem*, p.111).

O aumento do campo legislativo da medicina na sua generalidade, também revelou repercussões no campo da psiquiatria. No final do século XIX, a psiquiatria aumentou o seu campo de ação e, segundo Caponi (2009), o seu principal interesse deixou de ser o tratamento e sim a prevenção. A nova posição da política psiquiátrica permitiu desenvolver diversas estratégias, como por exemplo, o controlo da reprodução e da sexualidade (*Ibidem*). Esta nova faceta da psiquiatria privilegiava as tendências normativas, já que o comportamento da população, os desvios e anomalias, figuravam como alvo das principais preocupações (Foucault, 1999, cit. por Caponi, 2009, p.541). Segundo Foucault (1999), a nova posição da psiquiatria definia-se através do poder adquirido no domínio não-patológico da sociedade (*Ibidem*), definindo as principais regras comportamentais orientadoras das sociedades modernas (Foucault, 2008b, cit. por Gaudenzi e Ortega, 2012, p.30).

No início desta mudança, a escola freudiana expandiu a dimensão da psiquiatria com o objetivo de incluir uma variedade mais densa de sintomas e ações (Horwitz, 2011). Em simultâneo, ajudou na redefinição de motivações básicas do comportamento humano e transferiu a atividade psiquiátrica dos asilos para ações mais próximas da comunidade (*Ibidem*). Ou seja, a escola freudiana alterou a relação existente entre sintomas fáceis de identificar e doenças (Horwitz, 2011). Este tipo de psiquiatria psicodinâmica, como designa o autor, concebia sintomas como expressões simbólicas da mente do indivíduo, com o objetivo de corresponder a um número ilimitado de significados, variáveis consoante os indivíduos, e assim, impossibilitadoras da uniformização de sintomas (Horwitz, 2011).

Esta visão refletiu-se na elaboração do DSM-I em 1952 e no DSM-II em 1968 (Horwitz, 2011). Embora dominantes, as explicações psicodinâmicas baseadas na história de cada indivíduo não respondiam a casos graves (*Ibidem*). Horwitz e Wakefield (2005) identificam o ponto fraco do DSM-I e DSM-II na sua vaga definição de distúrbios mentais, impedindo, dessa forma, a realização de diagnósticos e tratamentos *standard*. Os pacientes com diagnóstico mais graves eram internados e raramente conseguiam uma oportunidade de abandonar as instituições que os albergavam (Horwitz, 2011). Em simultâneo, os diferentes diagnósticos realizados por parte dos psiquiatras, com base em sintomas semelhantes, descredibilizavam a psiquiatria (Horwitz e Wakefield, 2005)

Em plena década de setenta, a psiquiatria sofria uma crise de legitimação pela impossibilidade de uniformização no diagnóstico das patologias (Horwitz, 2011). Segundo

Horwitz (2011), o principal problema encontrava-se estabelecido na incapacidade da medição, quantificação e comparação de pacientes. Com a teoria psicodinâmica a entrar em fase de declínio, as normativas médicas exigiam uma forma precisa e definitiva para identificar as diversas patologias (Starr, 1982, cit. por Horwitz, 2011, p.429). A solução encontrada no final da década de setenta apontava para a adoção e implementação do modelo biomédico como o único caminho para a credibilização da psiquiatria (Horwitz, 2011). O modelo biomédico assume os distúrbios mentais como doenças do cérebro, semelhantes a qualquer outra patologia diagnosticada no corpo, com possibilidade de ser medida e comparada através dos seus sintomas (*Ibidem*). O modelo foi aceite e integrado no DSM-III, publicado em 1980, colocando novamente em prática o sistema de uniformização de patologias e sintomas (*Ibidem*). Apesar de ser incapaz, na esmagadora maioria dos casos, de revelar qualquer traço de doença em análises sanguíneas ou na tomografia axial computadorizada, Aho (2008) afirma que a psiquiatria biológica é perspetivada, pelos psiquiatras, como a única forma de entendimento das doenças mentais (*Ibidem*).

1.3.1. Psiquiatria e controlo social: o aumento do poder da psiquiatria

Vários autores consideram o aumento do poder da psiquiatria como uma forma de controlo social. Parsons foi o primeiro autor a sugerir o papel da medicina como instituição de controlo social (Conrad, 1992). A sua teoria do papel do doente revelou-se muito importante porque legitimou os desvios como doença, assumindo a definição de um desvio comportamental como problema médico, e dessa forma, também legitimou os profissionais de saúde na pesquisa da resolução do problema (*Ibidem*). Zola (1972) salienta quatro razões para a entrada de problemas sociais na jurisdição médica. O desenvolvimento de atividades fornecedoras de resposta à medicina ou seja, os sintomas definidores de patologia em conjunto com toda a atividade em que o indivíduo participa no quotidiano; o desenvolvimento tecnológico e o seu domínio técnico por parte da profissão médica, bem como o direito à realização de cirurgias e à prescrição de medicamentos; a saúde como assunto pericial, já que apenas os médicos possuem capacidade para debater e decidir sobre o corpo e a mente de outro indivíduo; por fim, a utilização de retórica médica em vários aspetos da vida social. Zola (1972) admite que o aumento de poder psiquiátrico começou com o interesse da psiquiatria pela criminalidade e com a intenção de entender de que forma a insanidade poderia ser utilizada como objeto de defesa. O envolvimento da medicina nos problemas sociais, neste caso, o envolvimento da psiquiatria, removeu a autoridade moral a um campo, até então, dominado de forma exclusiva pela igreja, e o escrutínio legal, com o objetivo de punição (Zola, 1972; Fox,

1977), transformando, posteriormente, conceitos de comportamentos considerados até à data como pecado em doenças mentais (Szasz, 1961).

Através de condições e parâmetros pré-definidos, atividades vulgares como a condução, a prática de surf ou a prática de relações sexuais, a alimentação, a administração de aspirinas e até o vestuário, são utilizados como exemplo de situações do quotidiano com capacidade para originar algum tipo de problema médico (Zola, 1972). Com o aumento do número de atividades do quotidiano relacionadas com a saúde e medicina, a influência do campo médico na sociedade aumenta de forma proporcional (Zola, 1972; Horwitz, 2011). Na perspetiva de Zola (1972), a elevada importância depositada na medicina tem origem na entrega e restrição de diagnósticos e tratamentos de doenças ao seu grupo profissional. Na opinião de Freidson (1970), o domínio profissional adquirido pelos médicos foi um dos principais fatores para fornecer à medicina jurisdição total, no que concerne à saúde e à doença (Cit. por Conrad, 1992, p.214). De acordo com a perspetiva de Conrad (1992), a ideologia médica, entidade impositora de modelos para benefícios ideológicos, a colaboração médica, caracterizada por funções de profissionais médicos, desde facilitador a técnico de saúde, e a tecnologia médica, caracterizada pela utilização de tecnologias disponíveis para o controlo social, como os fármacos e a realização de cirurgias, são exemplos de dimensões de controlo social exercidos pela medicina. A vigilância médica, dimensão introduzida pelas teorias de Foucault (1973, 1977), é considerada como a quarta dimensão de controlo social (Cit. por Conrad, 1992, p.216). Ingleby (1982) admite que o poder dos psiquiatras sobre a vida dos indivíduos já se tornou considerável, e para o justificar, existe a necessidade de reivindicar os seus juízos como autoridade específica e única; na sua perspetiva, se os critérios para definição de doença mental estivessem ao alcance de qualquer indivíduo, o poder da psiquiatria desaparecia. Szasz (1994), um dos autores mais críticos sobre a forma de atuar da psiquiatria, considera este campo da medicina como negação da liberdade e do entendimento da natureza trágica da vida. Esta negação atribui uma visão neuro-mitológica da perversidade humana aos pacientes, entregando a gestão do seu quotidiano e da sua vida a profissionais de saúde (*Ibidem*). Por sua vez, Fox (1977) entende o aumento de poder na medicina, para tratamento e prevenção, como forma de subjugar e modificar o comportamento dos doentes. Na perspetiva do autor, uma das formas de controlo social com maior desenvolvimento foram os métodos de controlo de comportamento, através de químicos ou terapias (Fox, 1977).

Já no final do século XIX, os responsáveis pela legislação dos EUA autorizaram a transformação das doenças mentais, como metáfora para uma noção bem mais literal, através da influência psiquiátrica (Szasz, 1994). O autor apresenta o exemplo da claustrofobia, uma das

patologias inseridas no plano de tratamento do país, enquanto situações como a piromania e a cleptomania ficaram excluídos do plano (Szasz, 1994). Seguindo esta linha de pensamento, Szasz (1994) vai mais longe e argumenta que os diagnósticos das doenças mentais são decididos em debates organizados pela APA, e com ou sem consenso final. O autor acredita que os psiquiatras possuem o poder de incutir as suas próprias reivindicações como factos científicos e tratamentos racionais, desacreditando as reivindicações de pacientes mentais e de críticos da psiquiatria, através da utilização do seu poder para impor as ideias defendidas há décadas (*Ibidem*). Esta perspetiva, denominada por Szasz (1994) como visão psiquiátrica, encara as doenças mentais e os seus tratamentos como factos consumados.

Na perspetiva do movimento antipsiquiatria, o retrato das políticas e diagnósticos psiquiátricos é constituído pela categorização de comportamentos socialmente indesejados para justificar a intervenção da psiquiatria, e assim exercer uma forma de controlo perante esses indivíduos (Horwitz e Wakefield, 2005). Também no campo dos diagnósticos, Szasz foi um dos autores mais críticos do aumento de poder da psiquiatria. A perspetiva crítica de Szasz (1994) considera que os diagnósticos psiquiátricos não apontam para qualquer lesão anatómica, fisiológica ou de agentes causadores de doenças; em sentido contrário, os diagnósticos psiquiátricos apontam para os problemas humanos e para os seus comportamentos. O autor condena a posição dos psiquiatras na criação de diagnósticos de doenças mentais e respetivos tratamentos, na criação de diferentes designações consoante as diferentes condutas humanas e na posição legisladora dos mesmos (Szasz, 1994). Ainda assim, o autor reconhece o tratamento de doentes e a punição de crimes como fator essencial para a manutenção da ordem social, ressaltando as devidas diferenças entre fenómenos e regras, ciência e direito, curas e controlo (*Ibidem*). Finalmente, Szasz (1994) considera a existência de cinco justificações para a elaboração do diagnóstico. A justificação científica, para identificar qual o órgão ou tecido causador de uma determinada doença; a justificação profissional, para alargar o raio de ação, poder e prestígio do monopólio médico; justificações legais, com o objetivo de legitimar intervenções sancionatórias fora da esfera da justiça; a justificação político-económica, através do reforço de medidas de promoção da saúde pública, angariação de fundos para investigação e tratamentos no campo médico; e por fim, as justificações pessoais, como forma de atração do apoio da opinião pública em geral, dos media e dos pacientes diagnosticados com doença mental (Szasz, 1994).

1.3.2. Normalização como forma de controlo social: o nascimento do DSM

Como referido anteriormente, um dos aspetos mais relevantes na relação entre as teorias da biopolítica e do controlo social passa pela categorização entre a definição de normal e anormal. A perspetiva de Caponi (2009) valida a importância da questão e da necessidade de definir e separar o normal do anormal. Segundo a autora, nos seus mais diversos domínios, o percurso de vida do indivíduo reflete-se como elemento indispensável da esfera política (*Ibidem*). A leitura de Foucault (1975) recai sobre a elaboração da construção da normalidade através da recolha e sistematização de informação sobre o estado de saúde dos indivíduos, permitindo dessa forma, a construção de sistemas de classificação dos indivíduos através das suas características (Foucault, 1975, cit. por Riso, 2013, p.81). Nestas condições, a estatística transforma-se num dos principais aliados da biopolítica, através da sua contribuição como entidade distribuidora de informação relevante sobre morbilidade, mortalidade, natalidade e distribuição de doenças (Caponi, 2009). Com a associação da saúde às políticas normativas e alimentada por dados estatísticos, qualquer anomalia do indivíduo passa a ser definida como sintoma de uma patologia (*Ibidem*). No extremo oposto, a perspetiva de Canguilhem (1990) consiste na atribuição da diferença entre o normal e o patológico a um nível qualitativo mas deixando de lado as análises quantitativas (Cit. por Caponi, 2009, p.536). Para o autor, a definição de anomalia traduz-se numa variação aleatória da normalidade, considerada, de imediato, como uma variável negativa e alvo de intervenção médica (Canguilhem, 1990, cit. por Caponi, 2009, p.535). Já Herzlich (1969) assume que a utilização de algumas dimensões sugeridas pela biopolítica, como elemento normativo e regulador, foram bem interiorizadas pelas sociedades contemporâneas (Cit. por Silva e Alves, 2011, p.1217).

A uniformização é um processo normativo resultante de fatores culturais, económicos e políticos (Horwitz, 2011). A emergência da uniformização de distúrbios mundiais e do seu tratamento através de fármacos, exemplifica o poder dos fatores sociais na construção de distinção face a outros indivíduos (*Ibidem*). Na perspetiva de Horwitz (2011), a criação do DSM-III permitiu um acréscimo do papel da uniformização na criação de um maior número de distúrbios mentais, com a consequência mais relevante a ser definida pela legitimação da administração de fármacos a novos alvos da sociedade. A escassa conformidade ética e de normas profissionais na administração de fármacos psicoativos são os principais constrangimentos do processo de uniformização, já que grande parte dos pacientes diagnosticados com doença mental não se insere, de forma clara, nas categorias criadas pelo DSM-III (*Ibidem*).

Publicado em 1980, a terceira edição do DSM rompeu com o passado através de mudanças significativas ao conteúdo da primeira e segunda versão (Aho, 2008). A terceira edição rejeita a análise dos seus antecessores sobre a importância das relações e interações sociais dos pacientes, enfatizando, de forma exclusiva e com recurso a dados empíricos, a observação direta do comportamento do paciente (*Ibidem*). Além de criar novas categorias, o novo sistema de diagnóstico implementado no DSM-III também originou novas categorias de patologias para manter as bases de critério utilizado pelos médicos (Horwitz, 2011). Estas categorias dividiram-se em dois eixos: no primeiro eixo, encontram-se integrados os comportamentos identificáveis através das categorias existentes; os comportamentos que não se enquadram em qualquer das categorias associam-se ao segundo eixo, classificados como distúrbios de personalidade (Aho, 2008). As patologias inseridas no primeiro eixo são tratadas como “doença verdadeira” e fazem parte dos encargos das entidades de cuidados médicos; as patologias remetidas para o segundo eixo são encaradas como “problemas da vida e do quotidiano”, caracterizados por tratamentos demasiado longos para se encontrar qualquer solução na medicina (*Ibidem*). Na perspectiva de Aho (2008), esta mudança revelou o problema de eficácia na análise dos comportamentos, originada na inexistência de validade científica, mas também criou dificuldades aos analistas através da adversidade encontrada na identificação ou não identificação de uma doença. Desta forma, o diagnóstico previsto no manual era escolhido através da descrição de sintomas por parte do paciente, com a devida consideração perante as possíveis causas (Horwitz, 2011). Este sistema resolveu os problemas de legitimidade da psiquiatria e promoveu o desenvolvimento da indústria farmacêutica através do aumento de patologias a tratar (Horwitz, 2011; Horwitz e Wakefield, 2005).

Esta perspectiva é partilhada por autores como Aho (2008), que consideram o DSM-III como um dos fatores mais relevantes na origem de uma relação estreita entre a psiquiatria e as indústrias farmacêuticas. Com o aumento do número de categorias de diagnóstico na última edição do DSM e, conseqüentemente, com o aumento do número de fármacos para o tratamento de novas patologias, Aho (2008) admite que grande parte das prescrições têm como alvo comportamentos comuns no quotidiano do indivíduo, como a preocupação, fúria ou frustração. Na perspectiva de Russo e Venâncio (2006), o novo sistema, através da sua origem estritamente biológica e com a devida articulação farmacológica, coloca em causa o crescimento exponencial de categorias de diagnóstico para favorecer as atividades económicas da indústria farmacêutica (Cit. por Gama, Campos e Ferrer, 2014, p.73). Através de um discurso semelhante, Horwitz (2011) sugere um conjunto de influências culturais, económicas, legais e profissionais na requisição de fármacos, com o objetivo de tratar condições específicas dos pacientes alvo de

diagnóstico. Conrad (2005) admite que as indústrias farmacêuticas têm aumentado o seu protagonismo e impacto na fronteira que separa o normal do patológico. Desta forma, também estas entidades funcionam como importantes agentes de controlo social (*Ibidem*).

1.3.3. Medicalização como importante dimensão social

No campo da sociologia da saúde, uma das correntes teóricas mais explorada é a teoria da medicalização. A medicalização é utilizada na descrição dos tratamentos de situações sem qualquer ligação à medicina mas normalmente encarados como tal, na forma de doenças e distúrbios diversos (Conrad, 1992; Conrad e Leiter, 2004; Illich, 1982). O conceito teórico surgiu na literatura das ciências sociais, de forma relevante, na década de setenta e, apesar de sugerir uma ligação a conceitos utilizados na medicina, o termo medicalização é utilizado, em larga medida, na forma de crítica ao excesso de administração de medicamentos como forma de tratamento (Conrad, 1992). Segundo a opinião de Conrad e Leiter (2004), a utilização do conceito é acompanhada por algumas características do campo da medicina, desde a utilização de linguagem médica na descrição do problema à adoção do panorama médico para melhor entendimento do mesmo e, conseqüentemente, a aplicação de formas de intervenção médica para a sua resolução. Zola (1972) defende a medicalização como extensão da jurisdição médica à vida social dos indivíduos, com o objetivo de resolver um fenómeno, até então não médico, e entregue à gestão de outras dimensões da vida social (Cit. por Fainzang, 2013, p.489).

Conrad (1992) defende a divisão da medicalização em três níveis distintos. Considerando o nível concetual da medicalização, o autor admite a utilização do vocabulário médico na definição do problema. Neste caso, também é necessário o envolvimento de médicos mas sem recurso a qualquer tratamento (*Ibidem*). Ao nível institucional, Conrad (1992) enaltece a abordagem de entidades médicas ao problema descrito, devido à possibilidade do mesmo pertencer a uma determinada especialidade da medicina. Neste nível, os médicos funcionam como entidades facilitadoras do tratamento dos indivíduos nas organizações, onde existe acompanhamento diário de pessoal não-médico (*Ibidem*). Por fim, no nível interacional, existe uma interação direta entre médicos e pacientes, onde o processo de medicalização surge como resultado dessa interação, já que o médico define o problema como um caso entregue à esfera da medicina ou prescreve um tratamento para o resolver (*Ibidem*).

A diminuição de militância religiosa, resultante da crescente confiança nos trabalhos científicos, a ascensão da racionalidade e o constante progresso, em conjunto com o aumento de poder e do prestígio da profissão médica, são fatores sociais encorajadores da medicalização (Conrad, 1992). Apesar destes fatores não explicarem, de forma concreta, o aumento da

medicalização, estes fatores fizeram parte do contexto da década de setenta (Conrad, 1992). Na perspectiva do autor, assim como as intervenções médicas são julgadas pela sua eficácia, as consequências sociais da medicalização parecem indiferentes à eficácia médica (*Ibidem*). Também a medicalização encerra vários aspetos negativos como a individualização de problemas sociais, o domínio e a ascensão do poder médico e a deslocação da responsabilidade, através da utilização de tecnologia (*Ibidem*).

Na perspectiva de Conrad (2005), a investigação sobre o crescimento da medicalização tem como foco a criação de novas categorias médicas e consequente crescimento da jurisdição médica, onde imperam discursos morais e de domínio profissional. O autor considera a biopolítica e os seus diversos fatores como mecanismos fundamentais na liderança do processo de medicalização nas sociedades ocidentais (Conrad, 2005). Através do desenvolvimento tecnológico, a biopolítica desempenha um papel facilitador no processo de medicalização, com o desenvolvimento da indústria farmacêutica e com os avanços no campo da genética (*Ibidem*). Na atualidade, os produtos médicos, os serviços de saúde e os tratamentos, encontram-se sinalizados como promotores de bem-estar a nível geral, criando dessa forma, um novo mercado (Conrad e Leiter, 2004; Horwitz, 2010). Este panorama tem origem no aumento da necessidade de cuidados personalizados, na criação de companhias de saúde, no crescimento da indústria biotecnológica, na utilização de publicidade e no recurso vulgar a medicamentos (*Ibidem*).

A medicalização também ocorre em desvios comportamentais, assim como em acontecimentos resultantes do quotidiano dos indivíduos (Conrad, 1992). Comportamentos como o alcoolismo, a homossexualidade, a infertilidade e a hiperatividade são alguns exemplos de comportamentos alvo da medicalização (*Ibidem*). No que diz respeito a outras dimensões comuns do quotidiano dos indivíduos, a medicalização encontra-se presente em situações como o nascimento, a sexualidade, o ciclo menstrual, a menopausa e o envelhecimento (*Ibidem*). Aho (2008) recorre a um exemplo, a condução ou a realização de viagens de trabalho, com o objetivo de expor mais situações vulgares inseridas na esfera da medicalização. No âmbito do atual modelo biomédico, as ações anteriormente descritas podem causar um “distúrbio de ansiedade generalizado” (*Ibidem*). Dessa forma, e como já foi possível descrever, através do crescente número de distúrbios atribuídos, cresce igualmente o número de fármacos disponíveis para os solucionar (Aho, 2008). Conrad (2005) enfatiza a redução de cobertura dos planos de cuidados médicos para o tratamento terapêutico de algumas patologias, em nada consonante com o aumento das verbas disponíveis para a prescrição de fármacos. Apesar da sua posição como *gatekeeper* de tratamentos médicos, a posição dos médicos é cada vez mais subordinada no atual panorama da medicalização, transformando as indústrias farmacêuticas e o mercado no

principal mecanismo da medicalização (Conrad, 2005). Na ausência da medicalização, o controlo social exercido pela medicina perde legitimidade e torna-se mais difícil de se estabelecer (Conrad, 1992).

1.3.4. Automedicalização, automedicação e medicalização da tristeza: fármacos como dinâmica de tratamento

A adoção de estratégias de automedicação, devido a divergências de opinião com o médico consultado, é um processo recorrente na sociedade (Fainzang, 2013). Ainda assim, também é possível encontrar casos de estratégias de automedicalização (*Ibidem*). A conclusão do estudo realizado pela autora remete o indivíduo como decisor final no processo de administração de fármacos, com o objetivo de resolver patologias, como disso é exemplo, os casos de patologias relacionadas com a saúde mental, utilizando a situação das insónias como exemplo observado (*Ibidem*). Na perspetiva de Fainzang (2013), este processo é um ato de automedicalização antes de se transformar num ato de automedicação, caracterizando-se como um processo com significados políticos e sociais. Assim, a automedicalização transforma-se numa dinâmica de protesto contra as condições de vida e de trabalho colocadas por interesses industriais e corporativos, definindo-se como perspetiva de socialização ou politização de um problema social, utilizando estratégias como o autoexame e a automedicação (*Ibidem*).

Fainzang (2013) assume a automedicação como processo dependente de influências externas. A decisão é formada através de conselhos alheios, da pesquisa de informação na *internet* ou por intermédio de publicidade; ou seja, a opção adquire influência pelo ambiente social que rodeia o indivíduo (*Ibidem*). Desta forma, o indivíduo consegue responder de diversas formas ao fenómeno: através de experiências passadas, pela obtenção de informação adicional, através de redes de amizade, família ou meios de comunicação, e através da opinião de técnicos farmacêuticos (*Ibidem*). Fainzang (2013) acrescenta três pressupostos à automedicação: imposição de autoexame, autodiagnóstico e autoprescrição. O autoexame pode revelar algum sinal corporal, transformado em sintoma pelo indivíduo, e convertido num estado patológico com necessária intervenção médica (*Ibidem*). A identificação do sintoma encontra-se relacionada com a distinção entre o normal e o patológico (Fainzang, 2013). Na opinião de Canguilhem (1966), o julgamento encontra-se registado na autoridade médica mas, como pertence ao indivíduo a regulamentação das normas no processo de automedicação, este vai beber do discurso biomédico, da indústria farmacêutica ou de opiniões do ambiente social onde se encontra inserido (Cit. por Fainzang, 2013, p.495).

Por sua vez, Dworkin (2001) assume uma nova realidade inserida no contexto da medicalização; os médicos são encorajados a assumir a infelicidade como causa para a prescrição de fármacos psicoativos. Na perspectiva do autor, a medicalização da infelicidade é um fenômeno crescente nas sociedades contemporâneas (*Ibidem*). Dworkin (2001) assume esta mudança de paradigma; em décadas passadas, a medicina tratava as doenças mentais mas atribuía assuntos como a infelicidade para o âmbito das religiões. Na atualidade, a medicina procura dar resposta a indivíduos tristes ou que apresentem indícios de baixa autoestima, admitindo possuir competências necessárias para o tratamento de sentimentos do quotidiano e da vida de cada indivíduo (*Ibidem*). Dworkin (2001) considera que a medicina deve continuar a confinar para si mesma o tratamento de doenças mentais, como a depressão, deixando de parte a infelicidade resultante de fatores do quotidiano. Os indivíduos infelizes, sujeitos à administração de fármacos psicoativos, tornam-se reféns de uma descida de consciência de todos os processos definidores do quotidiano (*Ibidem*). Horwitz e Wakefield (2005) acreditam que a medicalização da tristeza alcançou um impacto social longínquo do domínio da psiquiatria. Os trabalhos realizados acerca do conceito entram em desacordo sobre a atividade da psiquiatria, no que diz respeito à classificação ou não do distúrbio (*Ibidem*).

A consequência com maior relevo na medicalização de distúrbios mentais passa pela representação negativa de grande parte das emoções (Davies, 2011). Na opinião de Isen (1982; 1984), a emoção ocorre quando um evento com capacidade de interromper a normalidade comportamental do indivíduo acontece, conduzindo-o ao foco exclusivo das suas atenções no evento (Cit. por Morris e Reilly, 1987, p.218). Numa relação de âmbito comparativo com o humor, o evento torna-se algo com menor importância porque a atenção não se concentra totalmente no evento, apesar do mesmo definir-se como elemento potencializador de pensamentos positivos ou negativos, estes sim, com capacidade de alteração do humor do indivíduo (*Ibidem*, p.218). Hochschild (1983) atribui o processo de criação de emoções como um sentimento construído socialmente, entendida como ideal, para trabalhar e utilizar de acordo com as circunstâncias (Cit. por Bonelli, 2004, p.357). A autora admite que as emoções comportam-se como mensageiras do *self*, com o objetivo de informar a ligação entre aquilo que o indivíduo presencia e o que era expectável (Hochschild, 1983, cit. Bonelli, 2004, p.358). Na perspectiva de Morris e Reilly (1987), cada indivíduo tem a possibilidade de regular o seu bom humor ao contrário do que acontece com o mau humor, devido às suas características negativas. De acordo com esta teoria, os indivíduos tentam regular o seu bom humor quando se encontram em atividades com potencial para prejudicar e diminuir o mesmo (Clark e Isen, 1982, cit. por

Morris e Reilly, 1987, p.223). Finalmente, Morris e Reilly (1987) assumem a necessidade de rejeitar as categorias de intensidade e de duração como fator definidor do humor.

Os profissionais médicos acreditam que o humor é determinado por ligações do sistema nervoso cerebral, precisamente onde os antidepressivos atuam, apesar de admitirem as múltiplas origens de patologias como a depressão (Dworkin, 2001). É precisamente este o pensamento condutor da prescrição em massa de antidepressivos, mesmo com uma observada passividade dos pacientes, que representam a situação de forma idêntica (*Ibidem*). Na opinião do autor, as características dos antidepressivos originam a procura do fármaco por parte de todos os indivíduos que se autorrepresentam como infelizes (*Ibidem*). Este tipo de pacientes considera injusta a prescrição dos antidepressivos limitada a indivíduos diagnosticados com depressão, já que o acompanhamento terapêutico, atividade sugerida para a resolução de problemas do foro emocional, define-se como caminho mais moroso rumo ao bem-estar (*Ibidem*). A utilização de fármacos antidepressivos em indivíduos com sinais de infelicidade resume-se à criação de atalhos, na opinião de Dworkin (2001), com o objetivo de encontrar um estado de felicidade inexistente.

1.4. Representações sociais da saúde e da doença: o conhecimento leigo

Apesar do poder instituído pela biomedicina no decorrer das últimas décadas, o modelo não elimina ligações a outros sistemas de compreensão e representação, como é o caso do conhecimento leigo (Silva e Alves, 2011). Apesar do reconhecimento da competência médica, não é possível anular a necessidade dos indivíduos em interpretar todos os acontecimentos originados no seu espaço social e no espaço global (Geertz, 1989, cit. por Silva e Alves, 2011, p.1216). Porém, o mesmo reconhecimento não acontece no lado oposto. Segundo a perspectiva de Popay e Williams (1996), a biomedicina marginaliza o conhecimento leigo, através do seu papel ativo na conceção do tratamento objetivo da doença, e com uma vincada separação de qualquer tipo de experiência quotidiana (Cits. por Silva e Alves, 2011, p.1213-1214). Silva e Alves (2011) concebem a medicina como entidade desqualificadora de sistemas individuais como a crença, já que este campo profissional considera quaisquer atos e práticas destes sistemas como atos irracionais. O campo da medicina relaciona atitudes como a automedicação, o recurso tardio à medicina ou o recurso a terapêuticas consideradas alternativas à irracionalidade provocada pela subjetividade cultural (Silva e Alves, 2011). Desta forma, o estatuto do conhecimento leigo encontra-se reduzido, na contemporaneidade, a categorias como a crença e a superstição devido aos poderes hierárquicos de outras instituições, como é o caso da medicina (*Ibidem*).

Os significados construídos pelos indivíduos a partir da sua experiência na rede social, explicativos e com sentido relevante dos conhecimentos vividos, permitem definir o conhecimento leigo (Silva e Alves, 2011). Este conhecimento está relacionado com as diversas vertentes das sociedades onde os indivíduos se inserem, normalizando o indivíduo e a sua maneira de observar e viver o quotidiano (*Ibidem*). A origem do conhecimento revela-se possível através de significados subjetivos, conhecimento de estruturas sociais do quotidiano e interações pessoais (*Ibidem*). Giddens (1989) admite a existência de reflexividade na capacidade cognitiva dos indivíduos, com o objetivo de interpretar diversas ações sociais (Cit. por Silva e Alves, 2011, p.1212). Becker (1980) explica este processo através de situações face-a-face decorrentes do quotidiano, permitindo aos indivíduos tipificar e concluir uma normativa de si e dos outros (*Ibidem*, p.1212). Através da perspetiva do interacionismo simbólico, Goffman (1993, 1998, 2003) conclui que todos os indivíduos atribuem um significado às suas próprias ações mas também às ações de outros indivíduos (Cit. por Silva e Alves, 2011, p.1212). Os indivíduos revelam significados simbólicos e atribuem estes significados a ações, palavras e gestos, adaptando-se de forma contínua perante diferentes contextos ou até, processos de interação social (*Ibidem*, p. 1212).

A proposta teórica de Moscovici (2003) coloca a origem das representações sociais na interação entre o indivíduo e o objeto social (Cit. por Fonseca, Coutinho e Azevedo, 2008, p.494). De acordo com esta perspetiva, o indivíduo constrói uma realidade própria e singular, que é posteriormente transmitida a outros indivíduos (*Ibidem*, p.494). Essa troca de conhecimento consiste na construção de representações sociais (Fonseca, Coutinho e Azevedo, 2008). Davies (2011) aborda a situação perante um cenário semelhante, assumindo as atitudes de uma sociedade como resposta a fenómenos do ser humano, afetando por completo, a experiência vivida por qualquer indivíduo na resposta a esse fenómeno.

A perspetiva de Silva e Alves (2011) define a saúde e doença como importantes dimensões integradas no tecido social, representando a interação entre indivíduos com instituições culturais e sociais, e que acabam por não se reduzir ao seu conceito médico. A presença da saúde e da doença no tecido social destaca-se nas representações sociais atribuídos em atitudes, crenças, ideais, simbolismo e valores de um indivíduo ou de uma sociedade (*Ibidem*). Encarada como uma das atividades humanas mais criativas, a produção de sentido define-se como elemento fundamental para conceção e representação do mundo e, ainda que a cultura das sociedades ocidentais beba de um sistema baseado no conhecimento da ciência biomédica, a cultura leiga concebe a saúde e a doença através do conhecimento e representações assentes em experiências (Silva e Alves, 2011).

Consideradas racionais pela antropologia, as práticas médicas provenientes dos indígenas, bem como a característica lógica de vários tipos de saberes leigos (Rivers, 1924; Levi-Strauss, 1964, cits. por Silva e Alves, 2011, p.1218), são determinantes nas relações com o sistema de cuidados médicos contemporâneos, embora se definam através de diferentes ângulos de compreensão e de significado (Silva e Alves, 2011). A questão central do conhecimento e racionalidade leiga admite que nem todas as considerações possuem uma lógica científica, já que são caracterizadas por uma estreita ligação à afetividade e ao relato e interpretação de uma experiência (*Ibidem*). As autoras propõem a definição de racionalidade leiga como um esquema de orientação lógica para resolução de um determinado problema: lógicas plurais, numa relação causa-efeito, complexas, na medida em que podem ser várias em simultâneo, e influenciadas pela subjetividade cultural onde se encontra inserido o indivíduo (*Ibidem*).

Segundo Mauss (1985), na perspectiva do conhecimento leigo, tanto a saúde como a doença se relacionam com todas as dimensões sociais (Cit. por Silva e Alves, 2011, p.1214). A partir deste exercício teórico, a saúde e a doença não se identificam através de qualquer perturbação do funcionamento do corpo ou dos seus órgãos, mas através de fenómenos interpretados nas suas representações e num contexto espaço-tempo (Silva e Alves, 2011). Adoecer é entendido, nas sociedades ocidentais, como um papel instituído pela visão biomédica, com consequências na vida social (Cornwell, 1984, cit. por Silva e Alves, 2011, p.1215). Quando um indivíduo começa a sentir-se doente, na maior parte das vezes, a visita ao médico pode estar fora de questão devido às críticas sociais levantadas pela interpretação de doença (Blaxter, 1983, cit. por Silva e Alves, 2011, p.1215). A justificação para a visita ao médico encontra-se condicionada pela evolução da situação e pela existência de sinais corporais representados como doença (*Ibidem*). Esta avaliação encontra-se implícita na experiência e reflexividade do indivíduo, e ao conhecimento de carácter científico que circula no tecido social onde se insere (Freidson, 1984, cit. por Silva e Alves, 2011, p.1215), onde as concepções leigas possuem o poder de legitimar ou não o recurso à medicina (Haslam, 2003). Na perspectiva de Massé (1995), a concepção leiga da doença é um subsistema integrado no sistema cultural popular, correspondente ao conhecimento produzido intelectualmente pelos indivíduos ao longo do tempo (Cit. por Silva e Alves, 2011, p.1218). Augé e Herzlich (1984) salientam que a concepção leiga não tem como principal função conhecer, mas sim, atribuir sentidos e encontrar explicações sociais para determinado aspeto relacionado com a doença (Augé e Herzlich, 1984, cits. por Silva e Alves, 2011, p. 1219).

Silva e Alves (2011) admitem a existência de uma união entre fatos externos ao tecido social, e os comportamentos dos indivíduos perante os mesmos através de um exemplo: se o frio for um elemento associado à propagação de um determinado tipo de doenças, adoecer só acontece perante experiências e comportamentos do indivíduo relacionados com a sua vida no tecido social. Na opinião de Silva (2008), a principal representação social relativa à saúde passa pela conquista de equilíbrio entre o usufruto de capacidades e situações do quotidiano possíveis de controlar (Cit. por Silva e Alves, 2011, p.1217). Herzlich (1969) e Silva (2008) assumem o conhecimento leigo da promoção da saúde com base na resistência a efeitos não controlados pelos indivíduos no seu quotidiano na sociedade, rejeitando o resultado de atitudes com origem na visão biomédica para um estilo de vida saudável (*Ibidem*, p.1218).

1.4.1. Conhecimento Leigo na Saúde Mental

O conhecimento leigo diverge no que concerne aos sentimentos relacionados a indivíduos com distúrbios mentais; uma parte da população teme, outra sente compaixão e, finalmente, uma terceira parte sente-se indiferente à situação (Haslam, Ban e Kaufmann, 2007). Na perspectiva de Haslam e Giosan (2002), a melhor forma de estudar as concepções leigas acerca da saúde mental passa por entender as condições admitidas como distúrbios mentais. As concepções leigas acerca da saúde mental carregam em si uma importância relevante, através do poder de modificação da atitude pública que possuem em relação à tolerância ou ao repúdio na relação com os indivíduos que apresentam sinais de qualquer distúrbio psiquiátrico (Haslam, 2003). Regra geral, a sociedade representa a doença mental como conceito definidor de lesões ao nível do cérebro, como acontece com a esquizofrenia, justificando a existência de doenças mentais como qualquer outra doença (Szasz, 1994). As atitudes e crenças leigas desempenham um papel importante para determinar se os indivíduos com distúrbios mentais precisam ou não de ajuda médica (Haslam, Ban e Kaufmann, 2007).

A concepção leiga dos distúrbios mentais pode ser representada através de quatro dimensões (Haslam, 2003; Haslam, Ban e Kaufmann, 2007). Na primeira dimensão, considera-se qual o tipo de distúrbio, se aberrante, desviante ou anormal; a segunda dimensão pode considerar ou não o indivíduo como elemento determinante no controlo do distúrbio; atribuir a anormalidade a causas naturais é a definição da terceira representação sugerida pelos autores; por fim, a quarta e última dimensão, considera as anteriores dimensões e tenta justificar, de acordo com a concepção leiga da psicologia, os distúrbios mentais (Haslam, 2003; Haslam, Ban e Kaufmann, 2007). Haslam (2003) considera a diferença entre concepções leigas e profissionais como mais um obstáculo para a realização de trabalho conjunto no diagnóstico e tratamento

dos indivíduos. Este fosso entre concepções produz efeitos negativos na relação entre a dimensão leiga da sociedade e os indivíduos com distúrbios mentais (Haslam, 2003). O autor acredita na necessidade de introdução de informação teórica e empírica nas definições leigas dos distúrbios mentais (*Ibidem*). Na perspectiva de Jorm (2000), a literacia acerca da saúde mental caracteriza-se através de vários componentes: a capacidade de reconhecimento de distúrbios mentais, conhecimentos e crenças sobre possíveis fatores de risco, conhecimentos e crenças sobre atividades de autoajuda, conhecimentos e crenças sobre a ajuda profissional, atitudes facilitadoras de procura de ajuda profissional, e finalmente, conhecimentos sobre formas de pesquisa para obtenção de mais conhecimento (Cit. por Loureiro et al., 2012, p.14).

Pilgrim e Tomasini (2012) atribuem às doenças mentais a capacidade de despertar processos únicos de medo e distância social, bem como respostas desproporcionadas de ameaça, reais ou imaginárias, isto porque, segundo Szasz (1961), a expressão doença mental tem sido utilizada como um termo diminuidor e deteriorador. A definição leiga do distúrbio mental permite perceber como este tipo de patologias são estigmatizadas, impedindo os indivíduos de recorrer a ajuda apropriada (Haslam e Giosan, 2002). Em comparação com a população em geral, existe uma maior prevalência de situações de exclusão social em indivíduos com doença mental, vitimização e abuso de direitos humanos (OMS, 2012, cit. por Amele, Frew e Urquía, 2013, p.42). Na faixa etária compreendida entre os 15 e os 24 anos, o baixo nível de literacia acerca da saúde mental é responsável por atos estigmatizantes contínuos e pelo agravamento de sintomas devido à procura tardia de ajuda profissional (Loureiro et al., 2012). Sartorius (2007) descreve o estigma como principal obstáculo para o tratamento de indivíduos com distúrbios mentais; os atos estigmatizantes têm como origem em vários quadrantes da sociedade e até, nos próprios profissionais médicos (Cit. por Amele, Frew e Urquía, 2013, p.41-42). As causas para este tipo de comportamento são semelhantes às suas consequências. As consequências socioeconómicas do desenvolvimento de doenças mentais passam pelo desemprego, originando situações de débito, pobreza, estigma e discriminação (OMS, 2012, cit. por Amele, Frew e Urquía, 2013, p. 42).

Os comportamentos desviantes são alvo de vários estudos por parte das ciências sociais e possuem um papel relevante na conceção leiga da doença mental. Na perspectiva de Gove (1970), existem dois tipos de reações sociais no que diz respeito ao desvio: o desvio primário, causador da categorização do indivíduo desviante, e o desvio secundário, comportamento causado pela atribuição do papel desviante ou seja, o desvio primário. A entrada num grupo minoritário, com regras diferentes do grupo dominante, a infração de regras para usufruto e ganho pessoal, e a ignorância acerca das regras do grupo são causas para atribuição de desvio

primário a qualquer indivíduo (Gove, 1970). Becker (1963) admite que o desvio não se define como característica de um ato mas sim, como produto da interação entre quem comete o ato desviante e aqueles que respondem ou o testemunham (Cit. por Gove, 1970, p.874). Os grupos sociais criam o desvio através da criação de regras para determinados erros e as infrações daí resultantes são definidas como comportamentos desviantes (Becker, 1963, cit. por Gove, 1970, p. 874). As variações culturais também atribuem concepções de desvio perante aspetos relacionados com distúrbios em culturas específicas mas que não se reproduzem em outras formas culturais (Haslam, 2003; Haslam, Ban e Kaufmann, 2007).

Na perspetiva de Becker (1963) e Erickson (1964), assim que o indivíduo é rotulado e estigmatizado como desviante, inicia-se um processo de imagem que conduz a representações e comportamentos por parte de outros indivíduos, e que resulta em tratamento desviante (Cit. por Gove, 1970, p.875). Os alvos deste processo são obrigados a entrar em grupos desviantes, resultando, em grande parte dos casos, no internamento em instituições (Gove, 1970). Estes grupos em nada são semelhantes, a não ser no rótulo e no destino, ou seja, na perspetiva de enfrentar problemas semelhantes e na construção e desenvolvimento de uma subcultura denominada desviante (Becker, 1963, cit. por Gove, 1970, p.875).

1.5. Desde o panorama macro até Portugal: a doença mental em números

Segundo dados apresentados pelo OPSS (2014), existem aproximadamente 450 milhões de indivíduos diagnosticados com doenças mentais em todo mundo, com quatro em cada seis causas de incapacidade atribuídas ao vasto leque de doenças mentais. Perante este grave cenário, Dlouhy (2014) defende uma resposta ao nível governamental, através da disponibilização de mais recursos financeiros, humanos e materiais (Cit. por OPSS, 2014, p.41). O relatório *Mental Health Action Plan 2013-2020* (OMS, 2013) definiu a implementação de sistemas de saúde integrados e eficientes, com especial atenção nos serviços primários, serviços de cuidados e serviços sociais, através da criação de forças de trabalho com competência para cada serviço, e por fim, reservar financiamento adequado para a saúde mental (OMS, 2013, cit. por OPSS, 2014, p.41).

Wittchen *et al.* (2011) apresenta dados preocupantes sobre o panorama no espaço europeu; cerca de 38% da população da União Europeia já experienciou um tipo de distúrbio mental durante os doze meses anteriores à realização do estudo (Cit. por Amele, Frew e Urquía, 2013, p.38). Através de dados disponibilizados pela OMS (2005), conseguimos perceber que 90% da população residente na União Europeia reportou um ou mais episódios de doença mental no ano anterior à realização do estudo mas não usufruiu de qualquer tratamento nesse

mesmo espaço de tempo (OMS, 2005, cit. por OPSS, 2014, p.41). No entanto, apenas 2,5% da população da União Europeia já foi acompanhada por um psiquiatra ou por um psicólogo após reportar algum episódio de doença mental (*Ibidem*, p.41).

Ainda no panorama da União Europeia, o programa *Joint Action on Mental Health and Well-Being* encontra-se em funcionamento desde 2013, com o objetivo de construir pontes políticas para a realização de ações conjuntas acerca da saúde mental (Amele, Frew e Urquía, 2013). Este programa debruça-se, essencialmente, sobre quatro áreas: a promoção da saúde mental nas escolas e locais de trabalho, a promoção contra a depressão e o suicídio, o desenvolvimento de comunidades de cuidados continuados na área da saúde mental, e a promoção para a integração da saúde mental nos diversos âmbitos das políticas de saúde (Amele, Frew e Urquía, 2013).

Atualmente, existe um projeto da União Europeia em sete dos países integrados na organização, dirigido a jovens com idades compreendidas entre os 14 e os 24 anos, com o objetivo de prevenir distúrbios mentais e consequente prevenção do suicídio (Amele, Frew e Urquía, 2013). Segundo MacKean *et al.* (2011), os estados-membro da UE trabalham de forma ativa desde 2007, no que diz respeito à prevenção de doenças mentais, através de maior aproximação aos indivíduos, um melhor reconhecimento do papel do ambiente social em relação a indivíduos com problemas de saúde mental, e o aumento de colaboração de diversos setores para tratar os determinantes sociais da saúde (*Ibidem*, p.57-58).

No que a Portugal diz respeito, cerca de 23% da população reportou uma perturbação psiquiátrica, colocando Portugal no terceiro lugar no *ranking* dos países que organizaram o mesmo estudo (DGS, 2013, cit. por OPSS, 2014, p.37). Almeida e Xavier (2013) assinalam a existência de uma elevada taxa de prevalência de doença mental no nosso país, com especial relevo para a depressão (Cit. por OPSS, 2014, p.17). Através de dados elaborados a partir da década de noventa, as repercussões sociais em países europeus flagelados com crises económicas e sociais foram menores entre aqueles que desenvolveram, de forma gradual, cuidados de saúde de proximidade e de saúde mental, bem como a imposição de subsídios a casais em situação de desemprego e a implementação de programas para a criação de emprego (Stuckler e Basu, 2013, cit. por OPSS, 2014, p.36). Através de dados recolhidos pelo INE (2013), estima-se que pouco mais de 45% da população portuguesa se encontrava no limiar da pobreza antes de receber qualquer ajuda social no ano de 2012 (Cit. por OPSS, 2014, p.40). Os números são superiores à média europeia e aos números do ano de 1995 em Portugal, onde os valores se fixavam nos 37% (*Ibidem*, p.40). Ainda assim, e após a transferência de valores monetários de ajuda social, o número de portugueses no limiar da pobreza fixa-se sempre acima

da média dos países da União Europeia. Em relação aos desempregados, a taxa de risco de pobreza situa-se acima dos 38% em 2011 (OPSS, 2014, p.40). Contrariando a tendência do período compreendido entre 2004 e 2009, a assimetria da distribuição de rendimentos aumentou desde 2010 (INE, 2013, cit. por OPSS, 2014, p.40). Outro estudo, desta feita realizado pela SEDES (2013), conclui que cerca de 22% dos agregados familiares portugueses reduziu nas despesas em saúde (Cit. por OPSS, 2014, p.83). O relatório da OPSS (2014) conclui que Portugal encontra-se perante um cenário potencial de prevalência de doenças mentais, com origem na situação desfavorável dos determinantes sociais relacionados com a saúde.

No que diz respeito à situação institucional da saúde mental em Portugal, existem alguns fatores a ter em conta: os cuidados básicos no âmbito da saúde mental continuam a ser efetuados nos hospitais gerais, embora exista um largo espetro de serviços comunitários destinados à saúde mental; a distribuição de recursos humanos encontra-se desequilibrada, com grande concentração de profissionais em Lisboa, Porto e Coimbra; a prevenção e promoção de atividades para condições positivas da saúde mental escasseiam, embora exista a perspetiva da criação de novas ações, principalmente no que diz respeito ao estigma, exclusão social, depressão, suicídio, abuso de álcool e drogas (Amele, Frew e Urquíá, 2013). Na década de oitenta, iniciou-se o processo de passagem do modelo centrado nos hospitais psiquiátricos para o espaço comunitário em Portugal (DGS, 2013, cit. por OPSS, 2014, p.44). Atualmente, o espaço comunitário é definido através de departamentos ou serviços de saúde mental em hospitais gerais mas, com o encerramento de algumas unidades, o número de camas disponibilizadas no setor público passou de 1299 em 2008 para 874 em 2012 (*Ibidem*, p.44).

Através do relatório da OPSS (2014), além das consequências globais da crise económica e financeira, é possível perceber que a mesma crise atrasou o processo de descentralização do serviço nacional de saúde. Este novo processo de organização permitia libertar organizações de gestão e prestação de cuidados de saúde de órgãos de gestão mais centrais, longínquos e burocráticos (OPSS, 2014). A partir de 2010 foram previstas algumas iniciativas legislativas correspondentes à interrupção do processo da descentralização onde se incluem, entre as demais, limitações de celebrações ou renovação de contratos de trabalho de profissionais da área da saúde (*Ibidem*). O mesmo foi previsto com a celebração de outro tipo de contratos, nomeadamente, com empresas prestadores de serviços de saúde (*Ibidem*). Ainda assim, verifica-se um conjunto de medidas que interrompem o processo de descentralização do serviço nacional de saúde (*Ibidem*). Embora não se defina como um fator determinante e que resultaria na resolução de todos os problemas no panorama da saúde em Portugal, este processo impede o planeamento estratégico a nível nacional, a contratação por necessidades e plurianual,

desresponsabilização de elementos na liderança de organizações de saúde e, em último caso, este processo pode impedir a sustentabilidade do sistema nacional de saúde, segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2014).

Capítulo II

A depressão nas sociedades contemporâneas: um mundo de representações

O trajeto do conceito da depressão enfrentou diversas transformações ao longo de várias décadas, obtendo, neste aspeto, semelhanças com o trajeto identificado e demonstrado no campo das doenças mentais. Porém, antes da história, será pertinente recorrer a uma das várias definições da patologia depressão, neste caso, o conceito psiquiátrico da patologia.

2.1. Depressão: a melancolia de um trajeto

Segundo Pilgrim e Bentall (1999), o conceito psiquiátrico da depressão definiu-se através de três diagnósticos distintos: melancolia, neurastenia e tristeza ou apatia. Porém, como referido anteriormente, a história da patologia tem início muito tempo antes. No século 50 A.C., Hipócrates escreve a primeira definição sobre a patologia a que hoje podemos associar a depressão (Cit. por Horwitz e Wakefield, 2005, p.41). Segundo Hipócrates, a apresentação de sintomas como desânimo, receios sem qualquer tipo de fundamento, insónias e impulsos suicidas, frequentes durante um certo período de tempo, indicavam uma situação de distúrbio mental (*Ibidem*). Um século mais tarde, Aristóteles distinguiu os estados de humor considerados normais e patológicos (Cit. por Horwitz e Wakefield, 2005, p.41-42): separou a melancolia, com origem em situações do quotidiano, de diversos distúrbios motivadores de desânimo sem qualquer origem conhecida (*Ibidem*). No século XVII, Burton (1621) define a melancolia como um estado de medo e de tristeza sem causa aparente (Cit. por Horwitz e Wakefield, 2005, p.42-43). Harwood (2011) determina o aparecimento do conceito depressão entre a primeira e a segunda metade do século dezanove, com o objetivo de substituir o termo melancolia. Pilgrim e Bentall (1999) sugerem a introdução do conceito de depressão mental neste mesmo período de tempo como analogia à depressão física, utilizada para descrever o declínio das funções cardiovasculares do indivíduo.

Segundo Shorter (2009), o diagnóstico da depressão era uma situação rara antes da década de setenta, sendo identificada através de sentimentos de inutilidade ou através de pensamentos constantes na morte (Cit. por Horwitz, 2010, p.113). A partir da década de setenta, a depressão define-se como patologia dominante na dimensão médica e na imagem generalizada dos problemas mentais (Horwitz e Wakefield, 2007, cit. por Horwitz, 2010, p.113-114), devido a mudanças nas regras psiquiátricas, à organização económica, agora ancorada na dinâmica publicitária, e a vantagens daí retiradas por profissionais e diversas políticas (Horwitz, 2010). Horwitz (2010) assume uma mudança no paradigma e na atenção dispensada à ansiedade

quando, nas últimas cinco décadas, a ansiedade foi gradualmente substituída pelo conceito da depressão, quer pela população, quer pelos profissionais médicos e investigadores. De forma semelhante, também os antidepressivos substituíram os ansiolíticos (Horwitz, 2010). A competição no âmbito da psiquiatria, através do menor interesse demonstrado pela patologia por psiquiatras orientados para a prática da psiquiatria psicodinâmica, foi uma das razões para o declínio da ansiedade e o crescimento da depressão (Horwitz, 2010). Pelo contrário, ainda na década de setenta, os psiquiatras orientados pela prática da biomedicina demonstraram a sua preocupação sobre o método da psicanálise, até então, o método de referência (*Ibidem*). O argumento centrava-se na falta de natureza científica do método, fator que colocaria em perigo a credibilidade da psiquiatria (*Ibidem*).

Ainda assim, a história da patologia e dos seus diagnósticos não é suficiente para uma caracterização da depressão. Apesar da definição encontrada nos últimos DSM, é possível encontrar outras definições do conceito da depressão. Na literatura psiquiátrica e na literatura da psicologia clínica, é possível encontrar diversas posições acerca da patologia. Enquanto alguns autores defendem a depressão como um distúrbio de humor, seguido de um considerável número de sintomas (Lewis, 1934; Becker, 1977, cit. por Pilgrim e Bentall, 1999, p.262), outras posições apresentam a depressão como uma perspetiva negativa do futuro, do mundo e do *self* (Beck *et al.*, 1979, cit. por Pilgrim e Bentall, 1999, p.262), como resultado da baixa autoestima e diminuição da motivação (Beck, 1967, cit. por Blatt, D’Afflitti e Quinlan, 1976, p.383). Montgomery (1990) apresenta a depressão como uma síndrome que requer o diagnóstico de vários sintomas (Cit. por Pilgrim e Bentall, 1999, p.262-263). Vieira e Coutinho (2008) admitem o funcionamento da depressão como elemento inibidor do indivíduo, afetando o raciocínio, representações e comportamentos no espaço social. Camon (2001) considera a depressão como uma doença do organismo porque afeta o corpo físico, psíquico e social (Cit. por Vieira e Coutinho, 2008, p.716). Já para Versiani (2004), a depressão é uma doença crónica incapacitante, que se manifesta esporadicamente e com duração variável em cada indivíduo (Cit. por Vieira e Coutinho, 2008, p.716-717). Na perspetiva de Berrios (1995), a depressão caracteriza-se como uma doença inibidora, capaz de desencadear a perda de capacidades refletivas (Cit. por Harwood, 2011, p.591). Jastrow (1901) define depressão no *The Dictionary of Philosophy and Psychology* como patologia caracterizada por falta de coragem ou iniciativa, deflação de espíritos e pensamentos sombrios (Cit. por Harwood, 2011, p.591). Blatt (1974) divide a depressão em dois tipos: anaclítico, caracterizado por sentimentos de fraqueza, falta de apoio e ajuda, medo do abandono, desejo de amor e proteção, e introjetivo, um tipo de patologia mais desenvolvida, com intensos sentimentos de inferioridade, culpa e inutilidade (Cit. por

Blatt, D’Afflitti e Quinlan, 1976, pp.383-384). A depressão também é utilizada com o objetivo de descrever situações como a variação momentânea de estados emocionais considerados normais (Bibring, 1953; Freud, 1917 [1957]), tipos de caráter (Blatt, 1966), situações de perturbação clínica, eventos como resultado de privações na infância (Spitz e Wolf, 1946), sentimentos de abandono e urgente sentido de utilidade (Abraham, 1927; Freud, 1917 [1957]) (Cit. por Blatt, D’Afflitti e Quinlan, 1976, p.383). Finalmente, Karasz (2005) entende a depressão como uma doença mental, comum às sociedades ocidentais, e indicada nos últimos anos, como uma grave ameaça à saúde pública global.

No que concerne ao diagnóstico da depressão, Pilgrim e Bentall (1999) diferenciam-no em dois aspectos quando comparados a outro tipo de patologias. Em primeiro lugar, não existe qualquer tipo de agente comum no diagnóstico da depressão, seja ele cultural ou histórico; através desta perspectiva, existe a possibilidade de qualquer médico diagnosticar depressão a dois pacientes sem qualquer sintoma em comum entre eles (*Ibidem*). O segundo aspecto passa pela impossibilidade de realizar um diagnóstico da patologia apenas pela existência de sinais externos, ou apenas por sintomas (*Ibidem*). Neste contexto, não existe possibilidade de distinguir um paciente com depressão de outro que aparente estar triste, ainda que possua sintomas semelhantes (*Ibidem*). A perspectiva de McPherson e Armstrong (2006) assume o diagnóstico da depressão como uma luta constante entre a representação *standard*, apresentada por manuais psiquiátricos, e a atuação dos psiquiatras, através do sistema de rotulagem. A diferença entre as duas formas de atuar é o principal problema do estudo dos respectivos autores, que têm como objetivo perceber a codificação da depressão nos determinantes sociais (*Ibidem*). Com a falta de referências subjacentes à patologia, os códigos sobre a depressão são produto de processos sociais, como a publicação e revisão de manuais de diagnóstico, diversas políticas de saúde mental, a descoberta de novas gerações de fármacos psicoativos, e a luta pelo poder entre a psiquiatria biológica e a psiquiatria psicodinâmica (*Ibidem*). Ainda assim, no decorrer das últimas décadas, observa-se um crescimento sucessivo de diagnósticos de depressão em cada geração (Horwitz e Wakefield, 2005). Este novo panorama surge como uma das principais razões para a planificação e realização de estratégias conjuntas entre a psiquiatria, a indústria farmacêutica e a medicina na sua generalidade (Horwitz e Wakefield, 2005). Atualmente, é possível diagnosticar indivíduos com depressão mas sem os habituais sintomas (*Ibidem*).

Apesar da existência de novos motivos de preocupação, devido a efeitos secundários provenientes do diagnóstico, como o risco de suicídio e a dependência dos fármacos, a transformação da tristeza em depressão foi extremamente lucrativa para a indústria farmacêutica (Horwitz e Wakefield, 2005). A proliferação de anúncios publicitários sobre

fármacos e os sintomas onde atuam, como a tristeza, ansiedade ou problemas relacionados com o sono, atentam o público para potenciais sinais de distúrbios mentais (Horwitz e Wakefield, 2005). Perfeitamente legitimada pela psiquiatria, este tipo de estratégia confunde o público nas suas representações acerca do limite entre a normalidade e o distúrbio (Horwitz e Wakefield, 2005). A descontextualização da implementação de diagnósticos, consoante o critério dos sintomas, originou a classificação da tristeza como um tipo de distúrbio mental, aumentando o domínio da patologia depressão a partir da entrada em vigor do DSM-III (*Ibidem*). Apesar de não existir qualquer explicação para uma subida tão abrupta em pouco tempo, Horwitz e Wakefield (2005) acreditam que a explicação encontra-se ancorada na forma de abordagem da psiquiatria no que concerne a diagnósticos de doenças mentais, no fundo, na colonização da vida quotidiana pela medicina de que fala Castel na sua tese de psiquiatrização de sociedades contemporâneas (Castel, Castel e Lovell, 1982).

É possível encontrar algumas ambiguidades na comparação entre definições do conceito da depressão e outros estados psicológicos é possível encontrar algumas ambiguidades (Pilgrim e Bentall, 1999). Enquanto alguns autores colocam a depressão numa categoria concetual, outros admitem a existência da depressão, de forma simultânea com o funcionamento saudável do indivíduo (*Ibidem*). Segundo Murphy (1982), a depressão nos idosos pode ser confundida como disforia (Cit. por Pilgrim e Bentall, 1999, p.264); autores como Kleinman (1988) acreditam na diferença cultural em critérios atribuídos à infelicidade, bem como na distinção da infelicidade anormal (*Ibidem*, p.264). Psicólogos como Eysenck (1977) colocam-se numa posição diferente, assumindo a depressão como elemento não atribuidor de qualquer anomalia ao bom funcionamento do estado psicológico, enquanto psiquiatras como Kendell (1975) entendem a depressão como doença, e conseqüentemente, um estado de saúde descontinuado (*Ibidem*, p.264). Os argumentos referidos espelham a situação atual destes grupos profissionais; os psicólogos centram o seu trabalho em assunções sobre o comportamento, enquanto os psiquiatras distinguem a normalidade da anormalidade através de diagnósticos médicos (Pilgrim e Bentall, 1999).

2.1.1. A descoberta da depressão no DSM

Como referido no primeiro capítulo, as sucessivas versões do DSM regularam o comportamento da medicina na sua relação com as doenças mentais. A segunda edição do DSM, lançada em 1968, define a depressão como um conjunto de reações excessivas a eventos do quotidiano (Horwitz e Wakefield, 2005; Horwitz, 2010). Anteriormente referidas, as opiniões de psiquiatras entusiastas da biomedicina colidiam com as definições das duas

primeiras versões do DSM. A posição da biomedicina considerava mais apropriada a inserção da depressão no conceito de doença específica, associando-a a causas biológicas (Horwitz, 2010). Ao mesmo tempo, a teoria médica localizava a origem da depressão em conceitos de desequilíbrios químicos ao nível cerebral (*Ibidem*). A mudança na perspetiva da depressão foi alterada e implementada no DSM-III. A perspetiva de Horwitz (2010) considera a terceira edição do DSM como um dos principais motivos para a rápida ascensão da depressão.

Com o lançamento da terceira edição do DSM em 1980, a distinção entre tristeza e depressão desapareceu, e assim continuou até ao lançamento do DSM-IV, em 1994 (Horwitz e Wakefield, 2005). A definição da depressão, utilizada na esmagadora maioria das vezes através do conceito apresentado no DSM-IV como *major depressive disorder*, é uma referência, a nível global, na psiquiatria e em campos de investigação de diversos domínios (*Ibidem*). Embora mais recente, o DSM-V não tem qualquer mudança significativa em relação à quarta edição. O diagnóstico da depressão, através do DSM-V, não prescinde da observação de cinco dos nove sintomas apresentados na definição, durante um período de duas semanas consecutivas, e sempre em conjunto com dois sintomas definidos como base da patologia: a perda de interesse ou prazer, e um estado de humor representado como depressivo (APA, 2013; Harwood, 2011; Horwitz e Wakefield, 2005; Horwitz, 2010). Os restantes sete sintomas representam mudanças ao nível do apetite, insónia ou hipersonia, agitação ou retardação ao nível motor, fadiga, sentimento de inutilidade e culpa, diminuição da capacidade de raciocínio e concentração, bem como falta de capacidade de decisão, e pensamentos recorrentes em morte ou ideias consideradas suicidas (APA, 2013; Harwood, 2011; Horwitz e Wakefield, 2005; Horwitz, 2010). Como forma de prevenção perante o surgimento de casos onde os sintomas se revelem mais brandos e, dessa forma, com possibilidade de passar despercebidos, todos os sintomas necessitam de revelar danos nas áreas do quotidiano onde o paciente se envolve (Horwitz e Wakefield, 2005). Ainda assim, existem três exceções apresentadas em ambas as edições para o diagnóstico da depressão baseado nestes sintomas: a mudança do diagnóstico para outra categoria associada a distúrbios, a depressão com origem em qualquer prescrição farmacêutica anterior ao diagnóstico, e a tristeza considerada normal pelo DSM, associada ao falecimento de alguém próximo (APA, 2013; Horwitz e Wakefield, 2005).

2.1.2. Características sociodemográficas e económicas da patologia e incidência em Portugal

Através de dados disponibilizados por um estudo publicado pela OMS (2012), a depressão surge como uma patologia vulgarmente diagnosticada em jovens, adolescentes,

adultos, idosos, grupos sociais compostos por baixos níveis socioeconómicos, mulheres, indivíduos com origem em etnias minoritárias, e grupos sociais excluídos pela restante sociedade (OMS, 2012, cit. por Amele, Frew e Urquía, 2013, p.41-42). Entre as patologias relacionadas com saúde mental, a depressão é uma das patologias com maior recorrência devido às consequências de políticas de austeridade como o desemprego, a instabilidade laboral ou o empobrecimento e endividamento repentino (OPSS, 2014).

Na década de setenta, Brown e Harris (1978) descobriram um elevado número de incidências de depressão diagnosticados a mulheres em idade ativa, mas apenas em casos onde assumiam a educação dos filhos em casa (Cit. por Brown, 2002, p.257). Através de mais um estudo, desta feita elaborado por Bifulco, Brown e Harris (1994), foram identificados alguns aspetos críticos desencadeadores de episódios depressivos em cerca de 50% das mulheres inquiridas, durante o período anterior aos dezassete anos, como episódios de negligência, violência física por parte de membros da família nuclear, e episódios de abusos sexuais (Cit. por Brown, 2002, p.265). Na opinião dos autores, estas situações duplicam o risco de episódios depressivos na idade adulta (*Ibidem*). Quando se desenvolvem eventos difíceis do quotidiano, ainda que experienciados de forma idêntica por ambos os elementos do casal, o risco de depressão é mais elevado nas mulheres (Nazroo, Edwards e Brown, 1997, cit. por Brown, 2002, p.266). De acordo com a opinião dos autores, o fenómeno acontece devido à maior sensibilidade revelada pelas mulheres em eventos que dizem respeito aos filhos e ao lar (*Ibidem*). No que diz respeito aos homens, Eales (1988) admite que as taxas de risco de depressão aumentam quando se encontram relacionados com temas que não envolvem papéis nucleares da família, como disso é exemplo a área laboral (Cit. por Brown, 2002, p.266).

Segundo o *Mental Health Survey* (2011), a prevalência anual de distúrbios depressivos em Portugal é de 7,9%, mas ao longo da vida o número sobe para os 19,3% (Cit. por Amele, Frew e Urquía, 2013, p.392). Relativamente à situação demográfica da depressão, os números revelam ser consonantes com os pressupostos referenciados. De acordo com os dados obtidos pela Rede de Médicos-Sentinela, foram diagnosticados cerca de 882 casos por cem mil habitantes em 2004; em 2012, o número aumentava e situava-se nos 992 casos, ambos em indivíduos do sexo feminino (Cit. por OPSS, 2014, p.17-18). Os números referentes ao sexo masculino também sofreram um aumento, já que a taxa de incidência da depressão encontrava-se nos 290 casos por cem mil habitantes em 2004, aumentando em 2012 para os 347 casos (Rede de Médicos-Sentinela, cit. por OPSS, 2014, p.17-18). Em ambos os casos, o tempo médio para o início do tratamento chega a ser de cinco anos (*Ibidem*).

2.2. Pontos de proximidade e afastamento entre o conhecimento leigo e o conhecimento pericial da depressão

No início do século XXI, os pacientes começaram a utilizar a palavra depressão como definição para qualquer patologia associada ao campo da doença mental (Horwitz, 2010). Na perspectiva de Pilgrim e Bentall (1999), é possível encontrar várias diferenças nas representações de profissionais e leigos acerca da depressão. Enquanto os profissionais assumem, normalmente, as dimensões culturais e históricas da depressão, a concepção leiga testemunha sentimentos vulgares e distúrbios, episódios que variam entre as mais diversas culturas (*Ibidem*). Os profissionais reclamam um estatuto epistemológico autoritário sobre as suas representações da depressão, enquanto a concepção leiga apenas espera que as suas representações e experiências possam ser levadas em conta, não aspirando à autoridade do *know-how* médico (*Ibidem*). A dimensão social do diagnóstico de profissionais não se equipara às dimensões atribuídas ao conhecimento leigo; os profissionais têm acesso a poucos pontos sociais no momento da consulta, enquanto o conhecimento leigo tem a experiência das representações de sentimentos em contexto social, construídos em vários aspetos de situações passadas e presentes (Pilgrim e Bentall, 1999). Finalmente, os profissionais utilizam como referência, a racionalidade leiga acerca de distúrbios apenas em aspetos emocionais, enquanto a concepção leiga tem, na sua base, várias referências do domínio médico, apoiando e criticando o mesmo, consoante a sua representação e experiência (Pilgrim e Bentall, 1999). Nesse tipo de abordagem, os inquiridos assumem-se como depressivos, e invocam as racionalidades leigas porque estas adaptam-se melhor à sua representação do conceito de depressão (Pilgrim e Bentall, 1999). Segundo Coutinho (2006), entender as representações sociais da depressão consiste na compreensão das dinâmicas dos indivíduos na interpretação da patologia, ao mesmo tempo que reconhece os pensamentos e as experiências dos indivíduos (Cit. por Vieira e Coutinho, 2008, p.719).

A diferença de diagnósticos entre culturas é um problema que não se resume a representações dos sentimentos, envolvendo também a diferente utilização de linguagem e das palavras (Pilgrim e Bentall, 1999). Um estudo elaborado por Leff (1973) concluiu que alguns idiomas do continente africano utilizam apenas uma palavra para descrever raiva e tristeza, enquanto uma população aborígine na Austrália não discrimina sentimentos através de palavras, como medo e vergonha (Cit. por Pilgrim e Bentall, 1999, p.266). Este tipo de emoções desempenha um papel bastante importante na psicopatologia das sociedades ocidentais, embora isso não signifique a descrição de emoções de forma idêntica noutras culturas (Pilgrim e

Bentall, 1999). Referindo um exemplo, Marsella (1981) não descobriu qualquer palavra que se assemelhe à depressão em sociedades não-ocidentais (Cit. por Pilgrim e Bentall, 1999, p.266). No Japão, é possível encontrar no vocabulário as expressões ansiedade e depressão mas os seus significados nem sempre são idênticos aos significados que reconhecemos atualmente (Chan, 1990, cit. por Pilgrim e Bentall, 1999, p.266). Na perspectiva de Horwitz e Wakefield (2005), a caracterização da depressão como patologia, originadora de reações emocionais com base nas atividades do quotidiano, não define uma mudança de paradigma no nível de comunicação dos indivíduos mas sim, uma transformação que ocorreu no seio da psiquiatria.

No campo das Ciências Sociais, existem vários estudos acerca da representação da depressão e dos comportamentos associados à patologia. Muitos deles adquirem formatos idênticos aos objetivos propostos por esta dissertação. Num estudo conduzido por Link *et al.* (1999) sobre a conceção de doença mental, cerca de 88% dos inquiridos assinalaram a *major depressive disorder* como uma doença mental. Outro estudo, desta feita elaborado por Barney *et al.* (2009) a indivíduos com diagnóstico atual ou passado de depressão, revela a representação dos inquiridos acerca da forma como são observados pela restante sociedade. Os inquiridos acreditam que a sociedade observa a depressão como uma forma de tristeza e de mau humor, aguardando o desfecho da situação de forma rápida e autónoma por parte dos diagnosticados (*Ibidem*). Enquanto uma parte dos inquiridos não deseja associar a depressão a uma doença mental, devido a atitudes estigmatizantes da sociedade, outra parte deseja essa associação para evitar situações de menosprezo (Barney *et al.* (2009).

Outro estudo relevante foi realizado nos EUA por Karasz (2005). O autor conduziu o estudo com duas amostras distintas: a primeira amostra era composta por mulheres de origem americana e europeia; a segunda amostra aglomerava mulheres originárias do sul de Ásia. Apesar da utilização regular do termo depressão, o segundo grupo considera o conceito como definição de reações emocionais perante determinadas situações do quotidiano (*Ibidem*). Além de permitir entender a inexistência da procura de auxílio médico, o estudo sugere que a diferença não se encontra na conceção da depressão mas sim, na caracterização da depressão como doença (*Ibidem*). Neto e Alves (2012) elaboraram um estudo acerca dos discursos leigos sobre a depressão crónica através da realização de dez entrevistas a indivíduos diagnosticados por um psiquiatra. Os inquiridos encontravam-se sinalizados e integrados na comunidade, acompanhados pelo plano de Consultas Psiquiátricas e Saúde Mental de 2010. A maioria dos inquiridos não entende o significado do seu diagnóstico ou não conhece a definição de depressão (*Ibidem*). O maior receio dos inquiridos é a possibilidade de se tornarem “malucos”, refletindo o estigma social que é associado à “verdadeira doença mental”, através da perda de

memória e de noção da realidade (Neto e Alves, 2012). Através da sua experiência, definem a depressão como algo “mais leve” quando comparada a “verdadeiras doenças mentais”, relacionando-a com eventos e afetos resultantes do quotidiano, e nunca como algo endógeno ou biológico (*Ibidem*). Em simultâneo, os inquiridos associam a depressão com o organismo, nomeadamente com o cérebro e com o sistema nervoso (*Ibidem*).

2.2.1. Tratamento e sintomas da depressão à luz das duas dimensões

Com o seu prolongamento ao longo do tempo, não é possível perceber a depressão na forma de suspensão temporária do desempenho de papéis sociais (Neto e Alves, 2012). Assim, é necessário controlar a evolução da doença, os sintomas e as suas manifestações, na perspetiva dos sistemas de cuidados disponíveis no tratamento da depressão, como também é necessário conseguir uma intervenção social para obtenção de qualidade de vida do paciente (Neto e Alves, 2012). Como Parsons (1951) afirma na sua teoria do papel do doente, o paciente necessita de adquirir um papel ativo, não só na procura de ajuda perante o surgimento dos primeiros sintomas mas também, através da adoção de comportamentos preventivos (Cit. por Neto e Alves, 2012, p.113).

Como referido anteriormente, a depressão apresenta sintomas coincidentes com sentimentos comuns na sociedade, como preocupação, nervosismo e tristeza, ou sintomas somáticos, como problemas no sono e no apetite, tensão muscular e dificuldades de respiração (Horwitz, 2011). De forma simultânea, os pacientes diagnosticados com depressão podem apresentar problemas psicossociais relacionados com finanças, relações pessoais e profissionais, e com a saúde, apesar destes sintomas encontrarem-se relacionados a outras patologias (*Ibidem*). Na perspetiva de Pilgrim e Bentall (1999), a persistência de debate acerca da relação entre a depressão e doenças físicas é muito frequente. Alguma literatura psiquiátrica aponta a perda de peso e apetite, bem como a fadiga, como sintomas de depressão, apesar de não se confirmarem sintomas como o mau humor (Pilgrim e Bentall, 1999). Na perspetiva de Segrin e Flora (2004), os indivíduos com sintomas considerados depressivos encontram-se mais vulneráveis a conflitos nas suas relações sociais, onde se sentem sem capacidade para lidar com qualquer tipo de conflito (Cit. por Fernandes, Falcone e Sardinha, 2012, p.184).

Num estudo elaborado por Loureiro *et al.* (2012), apenas 32% dos inquiridos identificaram os sintomas de depressão utilizados pela medicina, através da apresentação de sintomas de um caso específico. Através de uma amostra de indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos, onde se inserem indivíduos já diagnosticados, no passado, com depressão, e outros que reportaram contacto com indivíduos diagnosticados com

a patologia, foi possível realizar um estudo sobre representações de sintomas (Epstein *et al.*, 2010). Os autores dividiram os resultados em três dimensões: conhecimento, rotulagem e explicação. Relativamente ao conhecimento, os autores dividem a dimensão em três subcategorias. No que concerne a indivíduos que desconheciam o seu futuro diagnóstico, admitem não conseguir vislumbrar a sua personalidade depressiva. Em indivíduos que descobriram a sua situação, alguns admitem que descobriram naturalmente enquanto outros observaram mudanças emocionais e comportamentais, pensamentos negativos e até, sintomas físicos como perda de peso. Por fim, os indivíduos que descobriram através de factos sociais, realçam a existência de constantes alertas por parte de indivíduos inseridos na sua rede social e a própria comparação entre ambos (Epstein *et al.*, 2010). Na dimensão rotulagem, os indivíduos admitem o crescimento da aceitação, de metáforas acerca de situações de aperto, inibição social, problemas na utilização do termo depressão e inclusive, a utilização do próprio questionário para avaliar os sintomas da depressão (*Ibidem*). Através da explicação, os indivíduos revelaram explicações físicas através de químicos, características de personalidade, eventos do quotidiano, a combinação de respostas anteriores e por fim, alguns inquiridos revelaram não encontrar qualquer explicação (Epstein *et al.*, 2010).

2.2.2. Balanço entre posições positivas e negativas: sentimentos e causas da depressão

A partir do momento que conhecem o diagnóstico ou se representam como pacientes com depressão, os indivíduos consideram-se elementos sem valor, presentes num mundo caracterizado por obstáculos intransponíveis, onde não é possível encontrar esperança relativamente ao seu futuro (Bowlby, 2004, cit. por Fernandes, Falcone e Sardinha, 2012, p.184). Lewinsohn (1974) considera os pacientes depressivos como indivíduos com menor capacidade de socialização e assim, segundo Coyne (1976), a representação dos mesmos perante outros indivíduos também se torna mais negativa (Cits. por Lewinsohn *et al.*, 1980, p.203). Lewinsohn *et al.* (1980) comprovou, através da sua investigação, que os indivíduos diagnosticados com depressão representam-se como indivíduos menos positivos em relação às suas competências sociais, quando se comparam com grupos sociais que designam como “normais” da sociedade. Segundo Vieira e Coutinho (2008), os indivíduos diagnosticados com depressão sofrem uma diminuição significativa da qualidade de vida no espaço social, no espaço profissional e pessoal.

No estudo elaborado por Karasz (2005) acima abordado, a primeira amostra, composta por mulheres de origem americana e europeia, desvaloriza a importância dos sentimentos

resultantes de eventos negativos do cotidiano devido ao controle emocional de cada indivíduo. As mulheres com origem no sul da ásia, e que compõe a segunda amostra do estudo, opinam de forma completamente oposta ou seja, os sentimentos resultantes dos eventos são graves porque os indivíduos não possuem capacidade de controlar os seus sentimentos (*Ibidem*). LaPointe e Crandell (1980) assumem que os indivíduos consideram a infelicidade como elemento situado fora do âmbito de controle do próprio indivíduo, obtendo dessa forma, desresponsabilização emocional, colocando num patamar de elevada importância a necessidade de conselhos e encorajamento regulares por parte de outros indivíduos. Num estudo conduzido por Barney *et al.* (2009) a indivíduos com diagnóstico atual ou passado de depressão, a grande maioria considera que a sociedade lhes atribui culpa pelo diagnóstico de depressão. Segundo os inquiridos, a ausência de qualquer sintoma considerado externo ao indivíduo é responsável pela admissão de culpa dos pacientes perante a patologia (*Ibidem*).

No estudo elaborado por Neto e Alves (2012) abordado anteriormente, os indivíduos inquiridos descrevem o que sentem como esgotamento, vontade de morrer, *stress*, fraqueza, um sentimento provindo “dos nervos” e desequilíbrios do sono. Nestes casos, o sofrimento é entendido como algo sem cura e também, como causa de mal-estar, assim definido como sentimento contrário ao bem-estar e felicidade (*Ibidem*). A opinião de Neto e Alves (2012) sugere que este mal-estar encontra-se ligado à negatividade sentida e às suas consequências, como a rejeição ou desilusão familiar, vergonha, isolamento social ou medo do futuro. Os inquiridos salientam as alterações no sono, o desinteresse pelo cuidado da casa, da imagem pessoal, lentificação ou agitação motora e psicológica, e por fim, desinteresse social e relacional como sentimentos relacionados com a depressão (*Ibidem*). Revelando não possuir qualquer valor ou utilidade social, os inquiridos encaram o futuro com apreensão e descrença, enaltecendo o seu medo de “ficar malucos”, e, apesar de poucos se revelarem otimistas, consideram o otimismo como aspeto chave para a melhoria e construção de relações afetivas (*Ibidem*). As autoras concluem que os inquiridos sentem-se incompreendidos; se por um lado recusam rótulos pelas suas consequências na identidade social, por outro lado, admitem a necessidade de existência de rótulos para receber algum tipo de compreensão por parte da sociedade onde se encontram inseridos (*Ibidem*).

Cooper-Patrick *et al.* (1997) aborda a forma como os inquiridos diagnosticados com depressão encaram e realizam algumas estratégias para enfrentar a patologia, neste caso, através de atividades positivas ou negativas, e pela negação do diagnóstico. Um dos grupos inquiridos admitia a necessidade de procura espiritual, justificando as suas ações coincidentes com práticas religiosas (*Ibidem*). A maior parte dos inquiridos revelou a utilização de suportes sociais tais

como a família, amigos ou colegas da faculdade (Cooper-Patrick *et al.*, 1997). No entanto, durante um episódio depressivo mais forte, os inquiridos admitem não se refugiar nos suportes sociais referidos devido ao desconforto causado pelo pedido de ajuda, e até, pela falta de entendimento da depressão por parte dos indivíduos inseridos no seu sistema de suporte (Cooper-Patrick *et al.*, 1997).

Na opinião de Fernandes, Falcone e Sardinha (2012), a depressão pode ter múltiplas causas, desde biológicas, psicológicas e socioculturais. Segundo Lewinsohn (1974), a depressão surge quando o indivíduo tem poucas posições positivas e várias formas de se punir (Cit. por Morris e Reilly, 1987, p.225). Já para Coutinho e Saldanha (2005), a depressão reflete-se em comportamentos negativos na estrutura familiar (Cit. por Vieira e Coutinho, 2008, p.716). Na opinião de Nunes (1997) e Alves (2011), alguns elementos do domínio do sobrenatural, do social, do natural e do próprio doente explicam o surgimento da depressão (Cit. por Neto e Alves, 2012, p.118). Neste caso, as causas são explicadas através da relação com sentimentos ou acontecimentos dolorosos provocados pelo quotidiano, e por situações de inevitável infelicidade (Neto e Alves, 2012).

Beck (1967) descreve uma visão negativa do *self* desajustada da realidade como uma das potenciais causas da depressão e juntamente com Rehm (1977), acredita que os indivíduos diagnosticados com depressão caracterizam-se através de uma autoavaliação negativa (Cits. por Lewinsohn *et al.*, 1980, p.203). Brown (2002) defende a existência de três grupos de significado com maior relevo no estudo etiológico da depressão; eventos baseados em funções sociais, eventos de perda específica ou evolução natural do primeiro momento, e eventos ligados a memórias dos eventos anteriores, através da avaliação negativa do *self*, memórias de eventos negativos passados e baixa autoestima.

A OMS (2012) define causas distintas para eventos depressivos nos diversos grupos da sociedade (Cit. por Amele, Frew e Urquía, 2013, p.41-42). Nos jovens e adolescentes, os fatores de risco encontram-se no abuso de tabaco, álcool, drogas e isolamento (*Ibidem*). Nos adultos, a desvantagem socioeconómica, desemprego, pobreza, isolamento, álcool e droga são fatores de risco que podem originar um evento depressivo (OMS, 2012, cit. por Amele, Frew e Urquía, 2013, p.41-42). Relativamente a idosos, os fatores de risco da depressão passam por isolamento familiar e social, doença física, negligência, abusos físicos e luto (*Ibidem*). Finalmente, os fatores que podem originar eventos depressivos em grupos considerados de risco, passam pelo *stress* com origem no quotidiano, a discriminação, o estigma, a falta de liquidez, a estrutura familiar, o baixo nível de escolaridade e a pobreza (*Ibidem*).

Por sua vez, Link *et al.* (1999) abordou as causas da depressão através de seis possibilidades. Cerca de 38% dos inquiridos atribui a depressão ao mau carácter do indivíduo; quase 73% dos indivíduos considera a depressão como uma patologia com origem em distúrbios químicos provindos do cérebro; pouco mais de 47% considera a educação transmitida pela família como causa provável do desenvolvimento da depressão; o desenvolvimento da patologia, com origem em eventos de *stress* do quotidiano, representou quase 95% de resposta dos inquiridos; fatores genéticos ou de hereditariedade foram a escolha de cerca de 53% dos inquiridos; por fim, a vontade de deus, como origem da depressão nos indivíduos, foi alvo de escolha por pouco mais de 15% dos indivíduos (Link *et al.*, 1999). O estudo de Cooper-Patrick *et al.* (1997) concluiu que o rumo de vida e problemas associados ao quotidiano, bem como a existência de outros problemas de saúde, encontram-se intimamente ligados ao surgimento da depressão.

Na investigação de Karasz (2005) abordado anteriormente, as narrativas expostas pela segunda amostra, composta por mulheres com origem sul-asiática, focam de forma quase exclusiva a família. Em direção oposta, a primeira amostra, composta por mulheres com origem americana e europeia, relaciona a depressão com eventos negativos como a morte de alguém conhecido, ou aspetos mais individuais como o divórcio ou despedimento (Karasz, 2005). Mencionado anteriormente, o estudo de Neto e Alves (2012) percebeu a existência de distintos elementos causais que explicam as situações de sofrimento por parte dos inquiridos. Causas hereditárias através de herança cultural, explicados por comportamentos e relações, ou orgânicos, já que qualquer um dos casos é assumido como um aspeto que alivia a responsabilização do indivíduo (*Ibidem*). Causas sociais, com origem na inconsistência de personalidade dos pais, maus-tratos psicológicos entre cônjuges e sobrecarga familiar, e relações afetivas, como desgosto, decepção e traição, com potencial para causar incapacidade relacional. Neste aspeto, os indivíduos remetem para a não-doença devido à normalidade destes aspetos na vida de todos os indivíduos (*Ibidem*). As causas económicas, devido a qualquer evento originador de endividamento ou incapacidade de consumo de acordo com os padrões sociais onde se encontram inseridos (*Ibidem*). Por fim, causas relacionadas com a personalidade individual, onde colocam o “feitio” como causa ou facilitador da depressão, justificando a “sua fraqueza” em enfrentar situações normais da vida (*Ibidem*).

2.2.3. Práticas e comportamentos perante a depressão

Durante um período de três meses no ano de 2006, a palavra depressão foi o tópico mais procurado em locais de pesquisa de fármacos (Barber, 2008, cit. por Horwitz, 2010, p.117).

Segundo Kravitz *et al.* (2005), quando os indivíduos se dirigem aos cuidados primários com sintomas depressivos, os médicos iniciam o tratamento com a prescrição de fármacos e/ou com recurso a psicoterapia (Cit. por Epstein *et al.*, 2010, p.954). Nestes casos, os médicos não reconhecem, em grande parte das vezes, perturbações a nível emocional (Epstein *et al.*, 2007, cit. por Epstein *et al.*, 2010, p.954). Segundo Dwight-Johnson *et al.* (2000), não é raro encontrar pacientes sem capacidade de descrição do que representam ser os seus sentimentos depressivos (Cit. por Epstein *et al.*, 2010, p.954). Autores como Karasz (2006) assumem a normalidade da atribuição de sintomas depressivos a problemas com origem no quotidiano por parte dos pacientes que recorrem a ajuda médica (Cit. por Epstein *et al.*, 2010, p.954). Quando isso acontece, segundo Epstein *et al.* (1999), também é comum verificar que os médicos ignoram as representações de sintomas depressivos dos pacientes, procurando sinais e explicações em patologias com origem orgânica (Cit. por Epstein *et al.*, 2010, p.954).

Referido anteriormente, a investigação conduzida por Barney *et al.* (2009) a indivíduos com diagnóstico atual ou passado de depressão, a preocupação generalizada acerca das respostas dadas pelos médicos é perceptível. Os inquiridos admitem um ligeiro estigma dos médicos de clínica geral e sentem-se pouco à vontade com médicos da especialidade (*Ibidem*). Nesta dimensão, os homens são os mais preocupados pelo relevo dado à opinião dos médicos, isto devido a experiências negativas conhecidas através da sua rede social (*Ibidem*). Ainda assim, a maior parte dos inquiridos prefere não solicitar qualquer tipo de ajuda porque acreditam que outros indivíduos reagem de forma negativa quando descobrem que alguém próximo foi diagnosticado com depressão (*Ibidem*). Também é comum encontrar expectativas negativas, independentemente da fonte, relativamente a dimensões relacionados com processos de ajuda informal (*Ibidem*). Por fim, um número considerável de inquiridos não revelou aos amigos e à família sobre a depressão. Os indivíduos do sexo masculino são os mais relutantes em informar os amigos e de forma ainda mais acentuada, os conhecidos do ambiente laboral (*Ibidem*). Segundo os autores, e explorando um cenário hipotético de revelação com resposta positiva, os inquiridos não desejam ser tratados de forma diferente (Barney *et al.*, 2009).

A elevada morosidade no tratamento da ansiedade transformou o tratamento da depressão num alvo mais apetecível para a prescrição de fármacos (Horwitz, 2011). Esta transformação resultou numa produção em massa de medicamentos com base em serotonina (Healy, 1997, cit. por Horwitz, 2011, p.431). Estes inibidores não atuam perante uma patologia específica mas nos processos químicos do cérebro do indivíduo, esteja este doente ou não (Horwitz, 2011). Este tipo de medicamentos é utilizado em pacientes diagnosticados com ansiedade e depressão e, segundo Horwitz (2011), também em indivíduos sem qualquer patologia diagnosticada. No

fim da década de oitenta, estes fármacos foram categorizados como antidepressivos (Horwitz, 2011). O rótulo antidepressivo proporcionou um tremendo impacto e passou a ser alvo prioritário da indústria farmacêutica, no que diz respeito a ações publicitárias (*Ibidem*). A publicidade enaltecia o *stress* e a mudança de sintomas na depressão e ansiedade, com o objetivo de incentivar a utilização de fármacos como terapêutica secundária no tratamento dos doentes (Metzl, 2003, cit. por Horwitz, 2011, p.429). No período compreendido entre 1987 e 1997, as vendas de antidepressivos aumentaram em mais de 300% só nos EUA (*Ibidem*).

Ainda nos EUA, a utilização de fármacos no tratamento da depressão aumentou em cerca de 40% apenas na década de noventa (Dworkin, 2001). O número de pacientes diagnosticados com depressão duplicou nas últimas décadas, apesar de não existir uma grande mudança nos critérios de diagnóstico (*Ibidem*). Segundo Mojtabai (2008), cerca de 10% da população dos EUA administrava antidepressivos em 2010, colocando-os como *best-seller* na categoria dos fármacos no país (Cit. por Horwitz, 2010, p.118). Alguns profissionais da medicina suspeitam que uma parte dos medicamentos prescritos não tem como destinatários finais os indivíduos doentes; essa parte tem como finalidade os pacientes que se representam como infelizes (Dworkin, 2001). Através dessa perspectiva, diversos médicos culpam as organizações de cuidados de saúde pelo excesso de prescrições (*Ibidem*). O autor alerta para a política de relação impessoal entre médicos e pacientes, política condutora de menor resistência por parte dos médicos na prescrição de fármacos (*Ibidem*). Em consonância com a situação, as entidades de cuidados de saúde poupam nos recursos monetários com a prescrição de medicamentos e com a descontinuidade de consultas médicas (*Ibidem*).

Ainda assim, Dworkin (2001) admite que a medicina deve continuar a usar fármacos como o Prozac para o combate à depressão. Contudo, na opinião do autor, existe uma falha na ligação médica entre depressão e infelicidade: a diferença entre as duas situações é difícil de perceber mas necessita de ser detetada (*Ibidem*). De acordo com a perspectiva de Dworkin (2001), apesar de aptos e com competências para distinguir as diferenças, uma parte dos médicos prefere juntar as duas situações. Segundo o autor, os indivíduos não diagnosticados com depressão mas consumidores de fármacos psicoativos sentem-se desconfortáveis (*Ibidem*). O humor dos indivíduos é modificado de uma forma que os mesmos não conseguem entender, e que resulta na incapacidade do indivíduo em estabelecer uma ligação entre os seus sentimentos e tudo o que observa (*Ibidem*). Como referido anteriormente, apesar de ter criado um método para classificar o que é ou não definido como uma doença mental, com o objetivo de separar patologias como a depressão de sentimentos do quotidiano como a infelicidade, a tendência habitual da medicina passa por juntar as duas situações (*Ibidem*).

No período de tempo compreendido entre 2008 e 2013, Portugal assistiu ao aumento de consumo de fármacos antidepressivos coincidindo com o período de menores gastos com medicamentos (OPSS, 2014). Durante a passagem entre o ano de 2012 e de 2013, o consumo de antidepressivos subiu cerca de 18% (*Ibidem*). Já no ano de 2014, foram vendidos cerca de 23 mil embalagens de antidepressivos por dia (Ferreira, 2015). Na região do Porto, o consumo diário por mil habitantes passou de 60,77 doses em 2012 para 69,46 em 2013 (*Ibidem*). Segundo o Infarmed, o custo dos fármacos para o Estado, entre 2010 e 2013, desceu no serviço ambulatorio 31,5% e 5,3% em contexto hospitalar (Cit. por OPSS, 2014, p.69). Apesar do aumento de consumo deste tipo de fármaco, a representação dos indivíduos continua refém de sentimentos negativos intimamente ligados com a utilização dos mesmos. Barney *et al.* (2009) concluiu que a maioria dos inquiridos do seu estudo não deseja que o seu recurso a antidepressivos seja conhecido. Um dos inquiridos exemplificou o constrangimento vivido numa farmácia, onde não transmitia a receita do antidepressivo a qualquer técnico de farmácia enquanto outros indivíduos se encontrassem ao seu lado (*Ibidem*).

Apesar da aparente normalidade como se encara a depressão, devido à facilidade e recorrente aquisição de antidepressivos, a conceção pública representa as doenças mentais como algo imprevisível e responsável por comportamentos potencialmente perigosos (Gove, 1970). Esta conclusão é fundamentada num estudo realizado por Nunnaly (1961), onde não só encontraram as representações dos inquiridos acima referidas como outro tipo de observações; os inquiridos consideram os indivíduos diagnosticados com qualquer doença mental como “sujos”, com falta de inteligência, com falta de sinceridade e inúteis para a sociedade (Cit. por Gove, 1970, p.876). A investigação realizada por Phillips (1963) permite entender que a rejeição por parte da representação pública é justificada pelos comportamentos dos doentes mentais mas apenas porque os mesmos se encontram em tratamento (Phillips, 1963, cit. por Gove, 1970, p.877). Esta opinião considerava exceções, como os indivíduos diagnosticados com esquizofrenia paranoica, doentes considerados perigosos pelos inquiridos (Phillips, 1963, cit. por Gove, 1970, p.877).

Acima mencionado, no estudo elaborado por Link *et al.* (1999), 47% dos inquiridos responderam de forma afirmativa acerca do desejo de distância social em relação aos indivíduos com depressão. Os dados provenientes da investigação elaborada por Barney *et al.* (2009), já referenciado durante o trabalho, a indivíduos com diagnóstico atual ou passado de depressão, revelam que a maioria dos participantes refere o afastamento por parte de outros indivíduos devido à representação negativa da depressão. Os pacientes diagnosticados com depressão têm uma posição semelhante, revelando desconforto quando informam os indivíduos mais próximos

acerca da sua situação, como já foi mencionado anteriormente (Barney *et al.*, 2009). Na opinião dos inquiridos, é normal o surgimento de atitudes consideradas repelentes com o passar do tempo (*Ibidem*). Ainda assim, alguns participantes enfatizam a ajuda oferecida pelos indivíduos inseridos na sua rede social mas que acaba por desaparecer ao longo do tempo (*Ibidem*). Muitas vezes considerados como ameaça, os entrevistados acreditam que o rótulo doença mental pode levar a essa consideração, mas não o rótulo da depressão (*Ibidem*).

O estudo de Neto e Alves (2012) conclui e assume posições diversas dos indivíduos na sua relação com algum paciente com diagnóstico de depressão. O estudo permitiu perceber a existência de falta de compreensão, abandono, falta de apoio, discriminação e estigmatização por parte da família nuclear, bem como falta de paciência, indiferença afetiva e abandono no casal ou parceiro (*Ibidem*). A situação culmina com o impacto do sofrimento nos filhos e com a incapacidade de realizar o seu trabalho, não só pelo sofrimento mas também pela medicação, discriminação e marginalização ao nível laboral (*Ibidem*).

2.3. Estudos da depressão em contexto específico: a representação da patologia nas universidades

O segundo capítulo encerra com a revisão de alguns estudos que assumiram como população-alvo o mesmo tipo de amostra que viria a ser assumida na nossa investigação: os estudantes do ensino superior. Alguns deles já revisitados ao longo do texto, revelam a constante aproximação e afastamento do domínio da medicina em relação ao conhecimento leigo. Com a entrada na universidade, os estudantes lidam com as exigências do novo mundo académico e com a preparação para a entrada no mercado de trabalho (Bayram e Bilgel, 2008). Na perspetiva dos autores, os estudantes universitários estão mais vulneráveis a problemas de saúde mental, como a depressão e a ansiedade, especialmente nas sociedades ocidentais.

Vieira e Coutinho (2008) elaboraram um estudo sobre as representações sociais da depressão e suicídio, com base na opinião de estudantes de psicologia de uma universidade pública brasileira. O inquérito foi realizado através da divisão dos estudantes em três grupos de resposta, consoante o tempo de curso já efetuado. Os alunos finalistas representaram a depressão como patologia reveladora de tristeza, melancolia, apatia, angústia, dor e incapacidade, que pode resultar em morte (Vieira e Coutinho, 2008). Através das respostas dos alunos inseridos nos primeiros anos do curso, a depressão é representada como uma doença causadora de medo e angústia, com origem em eventos causadores de desilusão no indivíduo (Vieira e Coutinho, 2008). Tendencialmente, os alunos que frequentam um espaço intermédio do curso de psicologia representam a depressão tendencialmente como solidão originadora de

sofrimento psíquico, com necessidade de tratamento profissional (Vieira e Coutinho, 2008). Daqui sai, sobretudo, a sugestão de que a aquisição de conhecimento pericial vai moldando e mudando as representações sobre a depressão, afastando-as do universo leigo.

Por sua vez, Starr e Moulds (2006) concluíram que memórias com significados negativos são o melhor catalisador da depressão, num estudo elaborado com uma amostra de estudantes universitários. A prevalência destas memórias também surge como um elemento correlacionado com a depressão (*Ibidem*). Numa outra investigação realizada numa universidade brasileira, novamente utilizando estudantes de psicologia, a depressão foi representada como resultado de sofrimento relacionado com diversas esferas sociais, solidão, preconceito e outros sinais que podem ser traduzidos em depressão nos indivíduos abordados (Fonseca, Coutinho e Azevedo, 2008). Ainda na mesma investigação, a amostra do sexo feminino revelou a sua autorrepresentação da depressão através da necessidade de apoio familiar constante, mas também, da aparente melancolia e tristeza (Fonseca, Coutinho e Azevedo, 2008). Estudantes mais velhos e do sexo masculino representam a depressão como resultado de processos que desiludiram o indivíduo e de pensamentos constantes sobre a morte (*Ibidem*).

Andrews e Wilding (2004) conduziram um estudo no âmbito da saúde mental no Reino Unido, concluindo que os problemas financeiros aumentam os níveis de depressão dos estudantes do ensino superior. Os resultados encontrados mostram um risco elevado de contágio para os resultados académicos (*Ibidem*). Já Wertheim & Schwarz (1983) utilizaram uma amostra de estudantes universitários para perceber se os jovens com sentimentos depressivos preferiam atrasar alguma tarefa menos desejável do que realizá-la imediatamente (Cit. por Morris e Reilly, 1987, p.229). Apesar dos resultados obtidos só se demonstrarem significantes para o sexo masculino da amostra, os resultados permitiram concluir que quanto maior é o sentimento depressivo do indivíduo, maior é a probabilidade de atraso nas suas tarefas (Wertheim & Schwarz, 1983, cit. por Morris e Reilly, 1987, p.229). Por sua vez, Bayram e Bilgel (2008) realizaram uma investigação para perceber a prevalência de problemas do foro mental em estudantes universitários na Turquia, através de uma amostra de 1617 estudantes. O questionário realizado pelos investigadores continha variáveis demográficas e era complementado pela versão turca do DASS. A maior parte dos inquiridos reportaram uma condição económica moderada e nenhum dos participantes revelou antecedentes de doenças mentais (Bayram e Bilgel, 2008). Outro resultado relevante é a relação entre a satisfação conseguida nos cursos ou seja, quanto maior a satisfação, menor é o nível de prevalência da depressão (Bayram e Bilgel, 2008). Por outro lado, os estudantes do primeiro e segundo ano tendem a demonstrar níveis mais altos de depressão do que os restantes, bem como os

estudantes com uma situação económica familiar mais frágil (Bayram e Bilgel, 2008). O estudo permitiu perceber que não existe qualquer diferença significativa nos níveis de depressão entre homens e mulheres (*Ibidem*).

Rippere (1977) abordou um grupo de estudantes com o objetivo de administrar um inquérito acerca da depressão e de comportamentos consequentes (Cit. por Morris e Reilly, 1987, p.221). Através da própria representação de sentimentos considerados depressivos, os estudantes inquiridos entenderam a procura de contacto social e a procura da justificação para o sentimento depressivo como os dois sentimentos mais comuns na sua situação (Rippere, 1977, cit. por Morris e Reilly, 1987, p.221). A baixa auto estima é considerada um dos aspetos mais importantes em sentimentos considerados depressivos (*Ibidem*). Na perspetiva de Lee *et al.* (2014), estudantes com características de baixa autoestima podem desenvolver estratégias comportamentais que afetam a sua perceção do suporte social disponível, desencadeando o surgimento de sintomas depressivos. O estudo dos autores sugere a elevada importância da autoestima na perceção dos sistemas de suporte social dos indivíduos, permitindo alcançar novas estratégias para lidar com sintomas depressivos que possam surgir no primeiro ano de frequência universitária (*Ibidem*). Autores como Bettencourt *et al.* (1999) e Kernis (2003) propõem a ligação entre alta autoestima e uma melhor adaptação aos desafios encontrados na entrada do ensino superior (Cit. por Lee *et al.*, 2014, p.562). Enquanto os indivíduos com alta autoestima acreditam nas suas capacidades e encontram o respeito dos que o rodeiam (Rosenberg, 1965, cit. por Lee *et al.*, 2014, p.562), os indivíduos com baixa autoestima encontram sentimentos de solidão, insegurança e inferioridade (Mruk, 1999, cit. por Lee *et al.*, 2014, p.562). A perda de um familiar ou contextos estruturais familiares inseguros, bem como o aumento da responsabilidade associada à entrada no contexto universitário, encontram-se associados ao processo do surgimento de sintomas depressivos nos estudantes (Lee *et al.*, 2014).

Finalmente, o estudo de Davis-Berman e Pestello (2008) pretendia examinar o uso de medicamentos psiquiátricos por parte de estudantes de ciências sociais. Mais de metade dos inquiridos, cerca de 54% dos estudantes, revelou ter experienciado sintomas depressivos. Correlacionando os resultados obtidos, foi possível perceber que todos os estudantes com experiências depressivas recorreram a fármacos (Davis-Berman e Pestello, 2008). Ainda assim, a maior parte dos inquiridos não recorreu a qualquer tipo de tratamento, apesar de cerca de 1/5 dos estudantes optar por adquirir fármacos psicoativos (*Ibidem*). Os resultados indicam ainda a utilização de fármacos como experiência positiva, embora realcem a existência do estigma associado à administração deste tipo de medicamento (*Ibidem*).

Esta panóplia bastante expressiva de incursões empíricas ao universo das representações e vivências da depressão em contexto universitário, acaba por nos permitir perceber que essas representações e vivências se cruzam numa malha de fatores que são de natureza mais individual, com outros que parecem remeter para contextos sociais de carácter mais estrutural, embora a leitura, centrada no plano psicológico, prevaleça. Este foi, no fundo, o nosso ponto de partida para uma incursão de pendor mais sociológico – procuraremos discutir como as representações, as atitudes e as prescrições normativas sobre a depressão também se suportam em dimensões que remetem para processos de definição social e coletiva, e que moldam as experiências da doença.

Capítulo III

Modelo de análise, tipo de investigação e dados secundários

A informação apresentada nos dois primeiros capítulos permite entender as diferentes perspectivas presentes em dimensões, também elas, completamente distintas. O domínio da saúde e da doença enaltece, *per si*, as diferenças entre o campo profissional e o campo do conhecimento leigo. Ainda assim, o domínio reservado à saúde mental introduz novos discursos e novas temáticas de discussão entre estas duas formas de conhecimento.

A medicina, apesar do desenvolvimento no campo científico e do seu espaço na sociedade, não tem capacidade para eliminar o conhecimento com origem em representações sociais no campo da saúde e da doença, (Silva e Alves, 2011). O conhecimento leigo, com origem em experiências adquiridas através da rede social de cada indivíduo (*Ibidem*), sugere diversas interpretações do campo da saúde e da doença, entre as quais, a legitimação do recurso à medicina (Haslam, 2003). O campo da saúde mental sugere diferentes abordagens por parte do conhecimento leigo; ainda que a sociedade encare a doença mental como mais uma doença, no que concerne ao tipo de lesão (Szasz, 1994), a saúde mental desperta sentimentos como medo e distância social (Pilgrim e Tomasini, 2012), bem como desencadeia atos de estigmatização (Haslam e Giosan, 2002).

O tema da saúde mental tem adquirido relevo na agenda da investigação sociológica, embora encontre ecos e espaço em esferas mais alargadas, nomeadamente na esfera política. Utilizando um exemplo pertinente, o Eurobarómetro 345 dedica em 2010, uma secção inteira à recolha de dados sobre as representações e as vivências dos europeus no campo da depressão. Entre algumas das conclusões mais relevantes sobre as representações da população europeia em geral, verifica-se que cerca de 15% da população da amostra admitiu ter procurado ajuda ao nível psicológico ou emocional nos doze meses anteriores ao estudo, sendo que cerca de 7% admitiu o uso de fármacos antidepressivos (Eurobarómetro, 2010). Também é possível perceber o alcance dos problemas do foro mental; afetam, em maior escala, a população com maiores problemas económicos (*Ibidem*).

Consideramos imperativo a escolha de uma patologia associada ao campo profissional da doença mental para melhor entender as representações e comportamentos por parte dos indivíduos que se inserem nos domínios do conhecimento leigo. A depressão, mais do que uma escolha interessante, foi uma escolha pertinente e evidente. São vários os autores que se têm debruçado sobre o estudo das diferenças de utilização da palavra depressão entre profissionais e leigos. De uma forma geral, os profissionais assumem a depressão como uma doença mental,

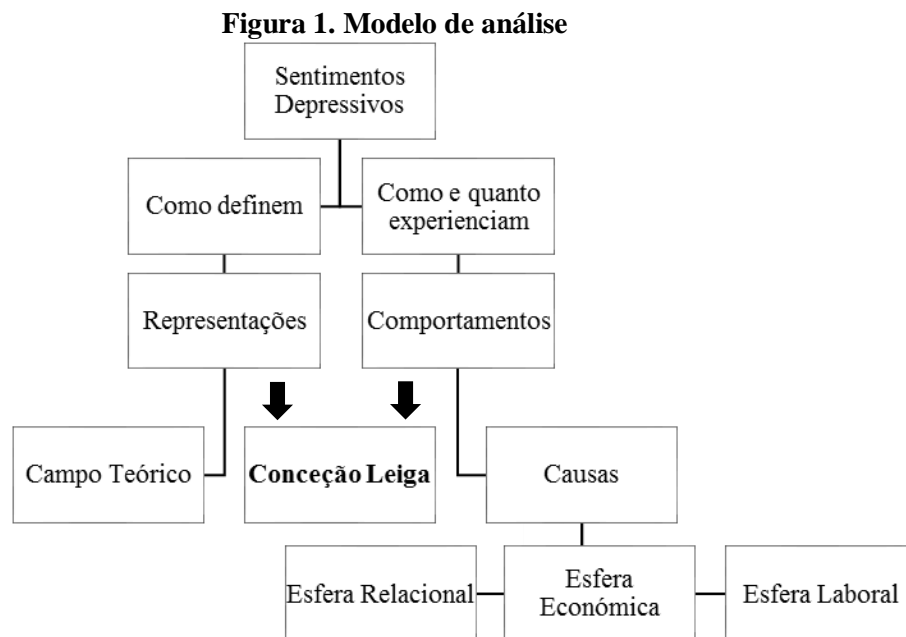
enquanto o conhecimento leigo utiliza o termo depressão de forma menos precisa e com o objetivo de descrever sentimentos comuns (Pilgrim e Bentall, 1999). De acordo com os mesmos autores, esta confusão de conceitos revela uma certa tensão entre aquilo que são as experiências das emoções, por parte dos leigos, e a perspectiva profissional dessas mesmas emoções. Mais ainda, essa é uma tensão que se inscreve em culturas de representação das emoções. Por exemplo, a letargia ou baixa autoestima são utilizados como sintomas descritivos da depressão (*Ibidem*).

A representação de uma patologia com elevada incidência na população portuguesa, agravada pela crise económica e financeira, permitiu uma reflexão pertinente sobre a população visada por este mesmo estudo. Como anteriormente mencionado, a escolha da população para estudo recaiu sobre a população com frequência no ensino superior. A escolha incidiu nesta população por dois motivos principais; a facilidade de chegada aos estudantes e, mais uma vez, a pertinência do objetivo. A abordagem a estudantes do ensino superior permitirá obter dados e perceber tendências acerca de representações e comportamentos perante a depressão. Outros estudos revelaram a identificação de sentimentos como tristeza, apatia, medo e solidão como caraterizadores da depressão em jovens que frequentam o ensino superior (Vieira e Coutinho, 2008). A procura de contato social e da justificação para os sentimentos atuais (Rippere, 1977, cit. por Morris e Reilly, 1987, p.221), bem como o atraso no cumprimento das suas tarefas do quotidiano (Wertheim e Schwarz, 1983, *Ibidem*, p.229), são alguns dos comportamentos mencionados por jovens estudantes que revelam sentimentos considerados depressivos. O recurso à medicina por intermédio de psiquiatras ou médico de família traduz-se, normalmente, em tratamentos com base em psicofármacos (Kravitz *et al.*, 2005, cit. por Epstein *et al.*, 2010, p. 954). Como mencionado anteriormente, o consumo de psicofármacos, na forma de antidepressivos, revela-se preocupante. Entre o ano de 2012 e 2013, o consumo de antidepressivos subiu cerca de 18% no nosso país (OPSS, 2014). Já em 2014, foram vendidos cerca de 23 mil embalagens de antidepressivos por dia (Ferreira, 2015).

Desta forma, a investigação parte de um quadro teórico de referência, exposto anteriormente, que permite incidir sobre uma população específica, neste caso, os estudantes do ensino universitário público. O projeto partiu com dois objetivos gerais: (i) perceber como os indivíduos definem os sentimentos depressivos; (ii) identificar como experienciam os comportamentos, como percebem a incidência da patologia e como identificam as causas da depressão ou seja, se identificam a patologia remetendo-a para origens sociais, económicas, relacionais ou até culturais. Através de objetivos específicos, o estudo procura: (i) identificar de que forma os indivíduos, através da autorrepresentação, classificam e definem distúrbios ao

nível comportamental, em consonância com o conceito médico da depressão; (ii) perceber quais os comportamentos perante os sentimentos depressivos; (iii) identificar a incidência e prevalência desses comportamentos; (iv) perceber as estratégias utilizadas pelos indivíduos para a gestão desses comportamentos.

Colocadas as questões de partida e decididas quais as problemáticas a debater, foi criado um modelo de análise, disponível na Figura 1, para auxiliar na elaboração do trabalho.



Este modelo de análise permitiu-nos seguir dois caminhos distintos na nossa investigação. Por um lado, admitimos a representação dos sentimentos depressivos através da teoria proposta em diversos domínios. Por outro lado, procuramos entender as atitudes e comportamentos perante os sentimentos depressivos através das suas causas. As representações e os comportamentos dos sentimentos depressivos possuem a sua própria abordagem da conceção leiga, e com diferentes graus de ligação ao conhecimento pericial.

3.1. Metodologia de investigação

A metodologia de investigação ancorou-se numa abordagem de carácter extensiva, através de uma análise quantitativa, traduzida na utilização do inquérito por questionário como ferramenta para recolha de dados. Este método de abordagem, essencialmente utilizado em populações de número considerável, permite a utilização de questões diretas ou indiretas com

o objetivo de adquirir informação de dados imprescindíveis para utilização posterior, através de uma análise quantitativa (Greenwood, 1965, cit. por Almeida e Pinto, 1995, p.94-95). A abordagem permite a colocação de questões através da realização de entrevistas ou, como no caso escolhido, permite a obtenção de dados de forma indireta, através da administração de questionário (*Ibidem*). A análise quantitativa permite a recolha de dados observáveis, quantificáveis e, dentro daquilo que é razoável supor epistemologicamente, independentes do investigador (Freixo, 2012). Este tipo de análise contribui para o desenvolvimento e validação de conhecimentos, colocando os dados necessários à disposição do investigador para possível generalização e predição de acontecimentos (*Ibidem*).

Quivy e Van Campenhoudt (2003) consideram os inquéritos por questionário bons instrumentos de verificação de hipóteses e de recolha de dados para posterior correlação. Esta técnica de recolha de dados permite captar atitudes, opiniões e tendências de uma população ou da amostra de uma população, com o objetivo de desenhar, nas considerações finais, o panorama geral da população ou amostra estudada (Fowler, 2008, cit. por Creswell, 2014, p.13). A administração de inquérito por questionário, uma técnica de observação não participante (Almeida e Pinto, 1995), possui uma lista interessante de vantagens mas também encontramos algumas desvantagens. O custo e a superficialidade de respostas são características limitadoras desta técnica, por exemplo (Quivy e Van Campenhoudt, 2003).

A forma de aplicação do questionário foi alvo de uma decisão rápida. A administração de um questionário do tipo SAQ era uma opção válida, devido à sua utilização em diversas investigações sobre representações psicológicas e comportamentais (Brown, Vanable e Eriksen, 2008). Os questionários SAQ têm o intuito de conseguir respostas mais precisas no campo dos comportamentos. Contudo, não demonstram capacidade de assegurar aos entrevistados o seu carácter anónimo (Turner *et al.*, 1998). O trabalho teórico de Goffman (1959) admite a possibilidade da existência de comportamentos e discursos deturpados do entrevistado neste tipo de questionários, sugerindo uma representação por parte dos indivíduos de forma a corresponder a normativas sociais (Cit. por Supple, Aquilino e Wright, 1999, p.468). Este fundamento teórico tem implicações na recolha de dados de temas mais sensíveis como é o caso das experiências sobre doenças mentais (*Ibidem*). Assim, a opção recaiu na administração de um inquérito por questionário através da internet, designado na literatura como *web survey*, através da técnica de auto-administração.

Apesar do aumento da popularidade da tecnologia *web survey*, existe, de facto, alguma preocupação acerca das taxas de resposta devido ao número de indivíduos ainda impedidos de aceder à internet (Shih e Fan, 2008). Para minimizar esta possibilidade, a utilização desta

tecnologia limita-se a investigações realizadas a alvos populacionais específicos, como os estudantes universitários (Shih e Fan, 2008), que têm acesso garantido e gratuito à internet. A utilização de questionários através da tecnologia *web survey* é alvo de vários estudos comparativos com outras formas de aplicação de questionários. Porém, os resultados das investigações são inconsistentes devido aos diferentes contextos implementados em cada investigação (*Ibidem*). Na perspetiva de Shih e Fan (2008), existem dois problemas neste tipo de estudos: em primeiro lugar, a existência de várias formas de aplicação de questionários através da internet. Os diferentes conceitos utilizados nos estudos comparativos dificultaram o entendimento dos participantes sobre a tecnologia *web survey*. Em segundo lugar, os autores classificam como escassas as investigações que comparam estes dois tipos distintos de administração de inquéritos (Shih e Fan, 2008). Mann e Stewart (2000) acrescentam a dificuldade para encontrar bases de dados de *email* compatíveis com a população a estudar.

Ainda assim, as vantagens parecem ultrapassar os limites deste tipo de administração de inquérito. O acesso facilitado aos indivíduos é um dos aspetos mais relevantes (Mann e Stewart, 2000). O *web survey* ultrapassa barreiras geográficas, permite a participação de indivíduos com dificuldade na resposta de inquéritos cara a cara, permite o acesso específico, como é o nosso caso, a uma população, e finalmente, é capaz de assegurar o anonimato dos inquiridos (*Ibidem*). O custo deste tipo de aplicação é baixo, no tempo despendido para a aplicação dos questionários, e é muito baixo ou inexistente no que diz respeito aos custos económicos (*Ibidem*). O *web survey* permite ainda eliminar o perigo de má transcrição das respostas do questionário e facilita o tratamento da informação (*Ibidem*).

O universo sobre o qual incidiu a nossa inquirição foi o universo dos estudantes com registo ativo na Universidade do Porto. O envio do questionário realizou-se em duas fases distintas. A primeira fase consistiu no envio de um *email* para cada um dos diretores das faculdades inseridas na Universidade do Porto, devidamente acompanhado por um pequeno texto introdutório e o respetivo *link* para acesso direto ao questionário, solicitando permissão e a divulgação do *email* pelos alunos de cada uma das faculdades. O pedido coincidiu com as primeiras semanas do segundo semestre académico do ano letivo 2014/15, no dia 24 de fevereiro, e foi acreditado pelo envio do pedido pela orientadora da dissertação. A segunda fase, iniciada a 6 de março, ficou definida através do envio do *email* original, desta feita, através do sistema de *email* dinâmico da Universidade do Porto, e para toda a comunidade estudantil deste ano letivo. A data escolhida para encerrar a possibilidade de resposta ao questionário foi o dia 17 de março. Durante o período em que o questionário esteve disponível, cerca de dezoito dias,

mais de 1600 alunos responderam ao inquérito por questionário proposto. A tabela 1 permite observar a distribuição de respostas por faculdade e por género.

Tabela 1. Distribuição de respostas por faculdade e género

Faculdade	Género		n = 1.640		N = 32.479
	Feminino	Masculino	Total	(%)	(%)
Abel Salazar	20	2	22	1,3	7,5
Arquitetura	23	13	36	2,2	3,7
Belas Artes	47	8	55	3,4	3,4
Ciências	254	125	379	23,1	11,4
Ciências da Nutrição e Alimentação	36	1	37	2,3	1,5
Desporto	51	22	73	4,5	4,4
Direito	61	12	73	4,5	4,3
Economia	128	48	176	10,7	10,1
Engenharia	201	192	393	24	22,8
Farmácia	5	0	5	3	3,9
Letras	208	87	295	18	13
Medicina	13	3	16	1	8
Medicina Dentária	0	0	0	0	1,4
Psicologia	76	13	80	4,9	4,6

A tabela apresenta os dados relativos a treze das catorze faculdades que compõem a Universidade do Porto. Infelizmente, não obtivemos qualquer resposta de alunos inscritos da Faculdade de Medicina Dentária, apesar de ambos os processos de envio do questionário, através de *email* dinâmico, revelarem a normalidade observada nos outros casos.

Através de dados disponibilizados pelo *site* da Universidade do Porto¹, é possível perceber a dimensão da amostra conseguida através da administração dos inquéritos por questionário. Os dados mais recentes, datados a 31 de dezembro de 2013, revelam 32.479 inscritos na Universidade do Porto. A nossa amostra, inscrita nas várias faculdades, representa cerca de 5% da população da Universidade do Porto. Em todas as faculdades, sem exceção, existe um maior contributo por parte do sexo feminino. Além de sugerir, de forma óbvia, a diferença de género no número de inscritos na Universidade do Porto, os números revelam uma probabilidade maior de abertura do sexo feminino no tratamento deste tipo de assunto que, como vimos anteriormente, é abordado com maior sensibilidade pela população feminina (Brown, 2002; Karasz, 2005). A tabela 1 apresenta, ainda, alguns dados complementares que demonstram a proximidade entre a proporção de alunos inscritos em cada faculdade e a proporção da nossa amostra.

A tabela 2 demonstra a proporção de género entre a nossa amostra e a população das catorze faculdades da Universidade do Porto. Como acima sugerido, existe um maior número

¹ Dados consultados a 19 de maio de 2015. Os dados estão disponíveis em: https://sigarra.up.pt/up/pt/conteudos_service.conteudos_cont?pct_id=22484&pv_cod=49awyHjmGJp7

de inscritos do sexo feminino, embora o mesmo seja bem menor do que a representação feminina da nossa amostra. No entanto, o enviesamento demonstrado na amostra aparenta revelar uma maior abertura do sexo feminino no tratamento da temática saúde mental e depressão.

Tabela 2. Distribuição da amostra e da população da UP, por género

	n = 1.640	%	N = 32.479	%
Género				
Feminino	1.123	68,5	17.568	54
Masculino	517	31,5	14.911	46

O questionário foi concebido através de quatro dimensões, além das informações necessárias para o controlo de resposta por parte do público-alvo ou seja, ano, curso e faculdade da Universidade do Porto que frequenta. De forma natural, a caracterização da amostra é uma das dimensões exploradas no questionário. Além dos dados sobre género, idade, estado civil e situação profissional, o questionário permite conhecer se a população-alvo reside na região do Grande Porto e conseqüente tipologia de residência. Referente ao estado civil dos inquiridos, foi colocada uma questão adicional, sobre a existência de uma relação amorosa à data do questionário, a todos aqueles que não se encontram casados ou com uma relação celebrada através de união de facto. A questão sobre parentalidade também foi abordada, bem como o número de filhos no caso de respostas afirmativas à primeira questão. Por fim, foi concebida uma escala de rendimento do agregado, com um valor mínimo de menos de quinhentos euros por mês, até mais de dois mil euros por mês.

As restantes três dimensões refletem os objetivos propostos na elaboração da dissertação. Nas representações sobre a depressão, os inquiridos encontraram seis questões, três das quais de escolha múltipla, com opções de resposta acerca da definição da depressão, o tratamento da depressão, os sintomas da depressão, os sentimentos dos indivíduos diagnosticadas com a patologia, as causas da mesma e a representação de uma relação próxima com alguém diagnosticado com depressão. Na dimensão acerca das práticas e comportamentos, os inquiridos foram confrontados com questões sobre necessidade de recurso a ajuda médica e o tipo de ajuda procurado, o recurso a fármacos devido a sentimentos considerados depressivos, a origem da prescrição, o tipo de fármaco e frequência do consumo, o conhecimento dos inquiridos, dentro das suas relações familiares e de amizade, acerca da procura de ajuda médica por sentimentos considerados depressivos e finalmente, o hábito de recurso médico do inquirido e possíveis inibições económicas na altura de visita ao médico. A terceira e última dimensão consiste numa autoavaliação em contextos de pressão. Foram consideradas três opções de

resposta com dois níveis distintos e um intermédio. As questões tinham como objetivo perceber a avaliação da carga de trabalho no curso e no trabalho, respetivamente, se estudantes e trabalhadores-estudantes, e a avaliação da situação financeira na altura da resposta ao questionário.

As dimensões e questões foram concebidas de duas formas distintas. Muitas das dimensões exploradas tiveram como base os estudos consultados na pesquisa prévia sobre o tema. As várias sugestões encontradas nas questões sobre as formas de representação da depressão foram obtidas através da leitura de autores com investigações prévias sobre a depressão e algumas das suas conclusões. Por outro lado, o Eurobarómetro 345 também influenciou a constituição do questionário, quer em termos de perguntas de representação e comportamentos, quer na constituição de escalas em algumas questões. O objetivo desta proximidade passa por elaborar alguma comparação dos resultados e de observação de tendências, com clara noção das diferenças entre populações atingidas por ambos os estudos, seja em número ou em composição, entre o nosso estudo e os dados fornecidos pelo Eurobarómetro 345. Ou seja, a metodologia de investigação pretende envolver o exercício de análise secundária de dados, analisando-os à luz da matriz teórica do trabalho, permitindo desenhar um pano de fundo sobre as tendências dos fenómenos que queremos discutir na dissertação para a população em geral.

Após as respostas conseguidas, os dados recolhidos foram armazenados pelo sistema de aplicação da técnica do inquérito por questionário. A base de dados daí resultante foi trabalhada no *software* SPSS, onde foi alvo de algumas técnicas de tratamento estatístico de dados, no plano univariado e bivariado. Após as habituais operações para revelar o panorama geral dos dados, foram realizadas duas outras técnicas. Em primeiro lugar, e para análise dos componentes representativos de sintomas, sentimentos e causas da depressão, foi aplicado um modelo de desenho fatorial, com o objetivo de separar os indicadores em alguns componentes denominados posteriormente. Neste ponto, foram aplicados os testes de validade de análise KMO e a análise de consistência interna dos compósitos, através da leitura dos valores do alfa de Cronbach. Num segundo momento, utilizando os componentes extraídos após a aplicação do desenho fatorial, foram aplicados modelos de regressão linear múltipla para os indicadores referentes a sintomas, sentimentos e causas da depressão.

Ainda antes da administração do inquérito por questionário, foi elaborado um pré-teste com dez indivíduos que não pertencem ao público-alvo do questionário. Seguindo os critérios que foram pedidos para a elaboração do relatório, podemos afirmar que as conclusões são satisfatórias. O tempo de resposta situa-se entre os três e os oito minutos e o intervalo médio

situa-se entre três e cinco minutos. Com o aumento de questões para responder por parte de um dos participantes face aos outros, o tempo de resposta foi de cerca de oito minutos para responder a todo o questionário.

Em relação aos restantes tópicos, a resposta foi positiva e não existiu qualquer problema durante o questionário e na sua aplicação final, bem como não existiu qualquer constrangimento em relação às perguntas colocadas. Foram levantadas apenas duas observações acerca das questões. Em primeiro lugar, um dos indivíduos achou que nenhuma das descrições da depressão era representativa da sua definição de depressão. Os exemplos levantados pelo participante surgem colocados como resposta em sintomas, na questão seguinte. Em segundo lugar, na questão sobre a possibilidade de uma relação com alguém com sintomas depressivos, outro participante teve algumas dúvidas sobre a escala. Todas as restantes observações foram positivas.

3.2. Eurobarómetro 345

A Comissão Europeia, através dos estudos do Eurobarómetro, assume a investigação acerca das representações dos habitantes da União Europeia sobre os mais diversos assuntos². Neste caso, o Eurobarómetro 345 procurou entender as representações e comportamentos da população europeia sobre a saúde mental.

Alguns dados, anteriores ao estudo apresentado pelo Eurobarómetro 345, serviram para fundamentar a necessidade do mesmo. Segundo dados disponibilizados pelo Eurostat (2007), o suicídio representava uma parte considerável do número de mortes anuais nos países da Europa (Cit. por Eurobarómetro, 2010). Neste caso, o suicídio correlacionado com experiências depressivas e com distúrbios mentais, que atingiam aproximadamente um em cada dez europeus (Eurobarómetro, 2010), foi uma das dimensões fundamentais para a elaboração do estudo.

O trabalho de campo foi realizado entre 26 de fevereiro e 17 de março de 2010, baseado num outro inquérito por questionário administrado em 2006 (Eurobarómetro, 2010). O estudo incluiu todos os 27 Estados-Membro da União Europeia, analisados de forma individual ou através de dois grupos; o primeiro grupo integra os quinze estados-membro presentes na UE em janeiro de 2004, e o segundo grupo, que integra os restantes doze membros que aderiram à UE em maio de 2004 e em janeiro de 2007 (*Ibidem*). A amostra considerada no estudo foi de 26.800 indivíduos (*Ibidem*). Foram realizadas mais de mil entrevistas em cada um dos países,

² Informação disponível em: http://www.parleurop.pt/pt/informacao_ue/eurobarometro.html

com exceção do Chipre, Luxemburgo e Malta, países onde se efetuaram cerca de metade das entrevistas realizadas nos restantes países (Eurobarómetro, 2010).

O estudo divide-se em quatro temas centrais. O estado da saúde mental dos indivíduos, onde se pretendeu entender como se sentem os inquiridos mentalmente e fisicamente, e quais os impactos desses sentimentos no quotidiano; o nível de conforto no emprego teve como objetivo perceber a representação da segurança no emprego de cada indivíduo, bem como o nível de adequação do mesmo ao cargo, e se o próprio indivíduo é ou não reconhecido pelo seu trabalho; o terceiro tema, cuidados e tratamentos, pretendeu perceber quais os cuidados disponibilizados a cada indivíduo que procurou ajuda médica devido a distúrbios mentais; por fim, as representações sobre a saúde mental, ou seja, o estudo procurou perceber o nível de conforto de cada indivíduo na interação com outro mas, neste caso, diagnosticado com uma patologia associada à doença mental (Eurobarómetro, 2010). Como não podia deixar de ser, são realizadas outro tipo de análises, como a análise sociodemográfica. O estudo analisa a idade, ocupação e grupo social de cada indivíduo, bem como outras características fora do âmbito sociodemográfico, como a experiência de cada indivíduo com distúrbios ao nível mental ou a administração de antidepressivos (*Ibidem*).

Capítulo IV

Apresentação e discussão de dados

O quarto capítulo apresenta os resultados das 1640 respostas ao nosso inquérito por questionário. Desde representações a práticas e comportamentos, o capítulo procura apresentar os dados de forma simples e informativa, mas também oferece um conjunto de reflexões teóricas ao que os dados nos oferecem sobre as representações da depressão, de acordo com os objetivos pretendidos no início do estudo, realizando correlações com variáveis diversas que remetem para o domínio do socialmente construído.

No decorrer da apresentação dos dados, serão oferecidas as primeiras pinceladas na comparação entre os dados da nossa amostra e os dados obtidos na análise do Eurobarómetro 345.

4.1. Caracterização da amostra

Como referido anteriormente, a administração do inquérito, realizado através do preenchimento de um questionário, foi administrado através do envio de um *email* dinâmico para todas as faculdades que compõem a Universidade do Porto. Numa primeira fase, o envio da informação e respetivo *link* para o acesso ao questionário, foi realizado pelos responsáveis administrativos de cada faculdade, a partir do dia 24 de fevereiro. Com início a 6 de março, a segunda fase do envio de *emails* foi realizado pelo autor desta dissertação. A entrada de respostas estendeu-se até o dia 17 de março, altura em que o questionário deixou de estar disponível para ser respondido.

Durante os dias que compreenderam a totalidade das duas fases, mais de 1600 alunos da Universidade do Porto, representando cerca de 5% de toda a comunidade estudantil da Universidade, responderam ao inquérito. A tabela 3 revela a caracterização da amostra.

Tabela 3. Caracterização da amostra

	N = 1640	%
Género		
Feminino	1123	68,5
Masculino	517	31,5
Idade		
17 – 24	1339	81,6
25 – 39	254	15,5
40 – 54	38	2,3
> 55	9	0,5
Estado Civil		
Solteiro	1526	93
Casado	60	3,7
União de Facto	44	2,7
Divorciado/Separado	9	0,5
Viúvo	1	0,1
Relação Amorosa Atual		
Não	781	50,8
Sim	755	49,2
Filhos		
Não	1579	96,3
Sim	61	3,7
Situação Profissional		
Estudante	1356	82,7
Trabalhador-Estudante	284	17,3
Rendimento do Agregado		
< 500€	131	8
500 a 1.000€	473	28,8
1.000 a 1.500€	442	27
1.500 a 2.000€	281	17,1
> 2.000€	313	19,1
Reside no Grande Porto		
Não	362	22,1
Sim	1278	77,9
Tipologia de Residência		
Campus	69	4,2
Com família	1122	68,4
Com outros que não família	304	18,5
Sozinho	145	8,8

Como anteriormente foi referenciado, verifica-se uma adesão de quase 70% de respostas de indivíduos do sexo feminino. Este valor é maior do que o número de inscrições verificadas na Universidade do Porto, onde cerca de 54% de alunos são do sexo feminino, segundo os mais recentes dados disponibilizados pela instituição referentes ao ano letivo de 2013/2014. Utilizando os mesmos intervalos de idade presentes no estudo Eurobarómetro 345, é possível observar um número relevante no intervalo de idades compreendido entre os 17 e os 24 anos.

A caracterização da amostra passa, essencialmente, por estes dois aspetos esperados: a larga expressão da amostra na faixa etária entre os 17 e os 24 anos, e a composição maioritária de mulheres na nossa amostra. Como tivemos oportunidade de salientar anteriormente, as duas principais características da nossa amostra encontram-se entre as mais observadas em

diagnósticos de depressão (OMS, 2012, cit. por Amele, Frew e Urquía, 2013, p.41-42). O consumo de drogas, tabaco, de álcool em excesso e situações de isolamento (*Ibidem*), bem como a perda de familiares, a inserção em contextos familiares inseguros ou a pressão associada à entrada no universo do ensino superior (Lee *et al.*, 2014) são alguns dos fatores associados ao surgimento de sentimentos depressivos em jovens e adolescentes. O número de casos de depressão no sexo feminino tem aumentado de ano para ano, porém, os números disponíveis também enaltecem a diferença entre género no que diz respeito ao diagnóstico da depressão. No ano de 2012, enquanto a taxa de incidência da depressão nos homens situava-se em 347 casos por cada cem mil habitantes, o número de mulheres diagnosticadas com a patologia estava muito perto dos mil casos por cada cem mil habitantes (Rede de Médicos-Sentinela, cit. por OPSS, 2014, p.17-18). Apesar de não dispormos de informação para elaborar análises de não resposta, não deixa de ser interessante lançar a hipótese da particular relação do género feminino com a depressão encontra-se inserida entre os fatores que determinaram uma maior adesão desse grupo ao estudo.

Os restantes parâmetros, indicadores que possibilitam o tratamento da caracterização da amostra, não revelam surpresas. Mais de 80% dos inquiridos encontram-se inscritos na Universidade do Porto em regime de estudante a tempo inteiro; quase 80% dos inquiridos reside na região denominada de Grande Porto, e na maior parte desses casos residem com a família; relativamente ao agregado familiar, a maioria encontra-se nos níveis que compreendem o salário mínimo nacional, se partilhado, ou na média salarial a nível nacional.

Uma das características do universo em contexto universitário é confirmada pela tendência da amostra. O número de alunos com filhos é baixo, com valores inferiores a 4%. Dentro deste valor, a maioria dos inquiridos tem um filho apenas. No caso dos indivíduos da amostra que não se encontram casados ou a viver uma relação em forma de união de facto, existe uma grande proximidade de valores representativos de indivíduos inseridos numa relação amorosa e indivíduos sem qualquer relação amorosa no momento de resposta ao questionário.

4.2. Representações da depressão: do conceito às causas

A tabela seguinte apresenta os dados relativos à representação da depressão. Como é possível perceber através dos dados disponibilizados na tabela 4, o conceito da depressão provoca algumas divisões na nossa amostra. Neste caso, quase 32% da nossa amostra representa a depressão como uma doença, não no sentido fisiológico ou com qualquer lesão visível, como admite Szasz (1994), mas no que diz respeito a ideias e pensamentos negativos com origem nos indivíduos.

Tabela 4. Frase que melhor descreve depressão

	N = 1640	%
Depressão é uma doença com origem no sistema nervoso	390	23,8
Depressão é uma doença incapacitante	222	13,5
Depressão é uma doença mental	316	19,3
Depressão é uma doença orgânica, com origem no tecido cerebral	48	2,9
Depressão é uma doença relacionada com ideias e pensamentos negativos dos indivíduos	520	31,7
Depressão é uma doença relacionada com o quotidiano urbano	77	4,7
Depressão não é uma verdadeira doença	67	4,1

Anteriormente mencionados, alguns autores defendem, de forma bastante aproximada, o conceito da depressão como a opção mais escolhida pela nossa amostra. Enquanto Lewis (1934) e Becker (1977) caracterizam a patologia como um distúrbio de humor (Cit. por Pilgrim e Bentall, 1999, p.262), Beck *et al* (1979) apresenta a depressão como uma perspetiva negativa ampla do mundo (*Ibidem*, p.262), e Jastrow (1901) define a depressão, entre outros, como uma patologia caracterizada por pensamentos sombrios (Cit. por Harwood, 2011, p.591).

No que diz respeito ao tratamento da depressão, mais de metade da amostra considera a necessidade de combate da patologia através do acompanhamento terapêutico mas sem recurso ao internamento em qualquer instituição médica. Os dados disponibilizados na tabela 5 também permitem observar que apenas 2% da amostra acredita no tratamento da depressão através da administração de medicamentos. Este aspeto pode ser interpretado como uma primeira expressão da “quotidianização” da depressão e da sua representação como doença “normal” dos tempos, ao contrário do estado invulgar a tratar através de algum tipo de fármaco.

Tabela 5. Melhor forma de tratar depressão

	N = 1640	%
Acompanhamento terapêutico de profissionais da medicina, sem recurso a internamento	838	51,1
Acompanhamento terapêutico não-médico	177	10,8
Administração de medicamentos	33	2
Domínio da própria identidade	254	15,5
Incremento das relações familiares e do círculo de amigos	303	18,5
Internamento em instituições hospitalares	8	0,5
Não tem cura	27	1,6

Através da tabela 6, observamos as três variáveis mais indicadas como representantes dos sintomas depressivos; a tristeza prolongada, falta de vontade para realizar atividades do quotidiano e isolamento, ambas dentro das escolhas de mais de 80% da amostra.

Tabela 6. Representação de sintomas depressivos

	% (N = 1640)	% (Total)
Tristeza Prolongada	13	89
Falta de vontade para realizar atividades do cotidiano	12,8	88
Incapacidade de realizar atividades do cotidiano	5,3	36,5
Solidão	8	55,1
Isolamento	11,9	81,9
Ansiedade	9,1	62,6
Esgotamento	9,3	63,8
Fraqueza	6,6	45,4
Insónias	9	61,9
Capacidades de raciocínio diminuídas	7,2	49,7
Descuido da imagem	7,7	52,8

Esta perspectiva é acompanhada por teóricos como Szasz (1994), que apontam o caminho dos diagnósticos psiquiátricos para problemas de ordem comportamental e relacional. Os sintomas mais representados pela amostra inserem-se, com exceção do indicador isolamento, no conceito médico da depressão. Como observado anteriormente, os mais recentes DSM diagnosticam a depressão perante mudanças ao nível do apetite, insónia ou hipersonia, agitação ou retardação ao nível motor, fadiga, sentimento de inutilidade e culpa, diminuição da capacidade de raciocínio e concentração, e falta de capacidade de decisão, finalizando com pensamentos recorrentes na morte ou em ideias consideradas suicidas (APA, 2013; Harwood, 2011; Horwitz e Wakefield, 2005; Horwitz, 2010). Para legitimar o diagnóstico da depressão, estes sintomas necessitam ser observados durante um período de duas semanas, em conjunto com dois outros sintomas considerados imprescindíveis para o diagnóstico, a perda de interesse ou prazer, e um estado de humor representado como depressivo (*Ibidem*). Nas representações mais leigas, as categorias que se destacam não são essas mas sim as categorias que remetem para a mobilização de categorias de diagnóstico médico, com o objetivo de “classificar” sentimentos, alinhando, desta forma, com a teoria da medicalização já discutida nesta dissertação.

A sequência do inquérito permitia aos inquiridos escolher quais as variáveis com que representam sentimentos característicos da patologia depressão. Os dados obtidos, inseridos na tabela 7, permitem observar as três variáveis mais indicadas, ambas acima de 70% de escolha da amostra; a falta de autoestima, falta de esperança e, novamente, a tristeza prolongada.

Tabela 7. Representação de sentimentos depressivos

	% (N = 1640)	% (Total)
Ocultam a sua situação perante os outros indivíduos	6,6	58,9
Sentem incompreensão no círculo de amigos	6,5	57,5
Sentem incompreensão na família nuclear	6,5	57,2
Sentem incompreensão na faculdade/trabalho	5,6	49,9
Sentem o estigma depois de relatar o que sentem	3,2	28,6
Falta ou inexistência de autoestima	8,9	78,5
Receio de ficar “doido”	2,9	25,9
Falta de esperança	8,3	73,7
Ansiedade	6,6	58,3
Não conseguem encarar o quotidiano	5,7	50,3
Isolamento	7,8	69,4
Solidão	6,8	60,1
Tristeza Prolongada	9,5	84,1
Vontade de morrer	5,8	51,5
Insónias	5,2	46,3
Capacidades de raciocínio diminuídas	4,1	36,6

As variáveis mais escolhidas pela amostra como sentimentos representativos da depressão coincidem com algumas abordagens teóricas e estudos previamente mencionados na dissertação. Através de dez entrevistas a indivíduos diagnosticados com a patologia, Neto e Alves (2012) descobriram diversos tipos de sentimentos relacionados com a depressão. Entre eles, o desinteresse pela imagem pessoal e pelo ambiente que rodeia o indivíduo, e a dificuldade em encarar o futuro com alguma espécie de otimismo, tanto no plano pessoal ou profissional (*Ibidem*). Bowlby (2004) é um dos autores que também enfatiza o sentimento caracterizado pela falta de esperança no futuro por parte dos indivíduos diagnosticados com depressão (Cit. por Fernandes, Falcone e Sardinha, 2012, p.184). Paradoxalmente, o receio de “ficar maluco” é continuamente mencionado nas entrevistas levadas a cabo por Neto e Alves (2012), algo que não acontece na representação da nossa amostra.

Através da observação do trabalho de Lewinsohn *et al.* (1980), é perceptível a dificuldade dos indivíduos diagnosticados com depressão na sua relação com outros indivíduos. Este sentimento tem origem na representação negativa das suas competências (*Ibidem*). Já Fonseca, Coutinho e Azevedo (2008) dividem a análise de duas formas distintas. Se por um lado, as mulheres que constituíam a amostra representaram a depressão através de situações de melancolia e tristeza, por outro lado, os homens representam os sentimentos da patologia através de desilusões passadas e no constante pensamento na morte (*Ibidem*). O estudo realizado por Vieira e Coutinho (2008) permitiu encontrar uma diversidade de sentimentos representados por estudantes do ensino superior acerca da depressão. Tristeza, melancolia ou incapacidade são aspetos referidos pelos alunos, como também o medo, angústia e solidão (Vieira e Coutinho,

2008). Finalmente, autores como Beck (1967) e Rehm (1977) sugerem a autoavaliação negativa como o sentimento principal da depressão (Cits. por Lewinsohn *et al.*, 1980, p.203).

No que diz respeito à representação das causas da depressão, é perceptível uma menor divisão nas escolhas das diversas variáveis, como sugerem os dados presentes na tabela 8. Neste caso, acima de 70% das escolhas dos inquiridos encontram-se sete variáveis: transtorno nas relações familiares e de amizade, desemprego, *stress* laboral, separação/divórcio, morte de alguém próximo e solidão.

Tabela 8. Representação de causas da depressão

	% (N = 1640)	% (Total)
Comportamentos provenientes do ambiente familiar	5,4	60,1
Falta de empatia com os restantes indivíduos	3,3	36,7
Atividades do quotidiano	2,9	32,1
Herança genética	3,1	34
Elementos orgânicos	1	11,5
Transtornos nas relações familiares	7,4	81,3
Transtornos nas relações de amizade	6,8	74,8
Desemprego	7,3	80
<i>Stress</i> laboral	6,8	75,4
Instabilidade contratual	3,5	38,5
Violência	5,7	62,7
Consumo de drogas	3,3	36,6
Gravidez	2,8	30,9
Maternidade/paternidade	3,1	34,5
Separação/divórcio	7,1	78,3
Morte de alguém próximo	7,7	85,1
Perspetivas do presente/futuro goradas	5,4	59,9
Endividamento	5,8	64,3
Incapacidade económica para criar hábitos de consumo	2,6	28,4
Desenvolvimento da personalidade	2,4	26,8
Solidão	6,5	71,2

Como foi referido anteriormente, diversos autores contribuíram com os seus estudos para tentar responder sobre as causas possíveis para o surgimento da depressão. Entre outros fatores, Alves e Rodrigues (2010) salientam a importância de fatores socioeconómicos como preditores de patologias indicadas como doença mental. Distúrbios no ambiente familiar, também indicado por Coutinho e Saldanha (2005) (Cit. por Vieira e Coutinho, 2008, p.716) e o *stress* provocado por eventos do quotidiano, são duas das variáveis que podem originar o surgimento de complicações ao nível da saúde mental (Alves e Rodrigues, 2010). Os problemas na rede social dos indivíduos, distúrbios nas relações e no quotidiano que se traduzem em sentimentos de infelicidade, são elementos importantes na consideração da origem da depressão (Cooper-Patrick *et al.*, 1997; Fonseca, Coutinho e Azevedo, 2008, Karasz, 2005). Anteriormente mencionadas, as autoras Fernandes, Falcone e Sardinha (2012) apontam para diversas causas para o diagnóstico da depressão, incorporadas em causas psicológicas e socioculturais.

Segundo Brown (2002), os eventos negativos nas diferentes ligações sociais do indivíduo, eventos de perda e eventos negativos do passado, são as principais causas para o surgimento da depressão nos indivíduos. Desvantagem socioeconómica, desemprego e isolamento são outros fatores que podem originar eventos depressivos na população adulta (OMS, 2012, cit. por Amele, Frew e Urquíá, 2013, p.41-42). Num estudo realizado por Link *et al.* (1999), a representação da depressão com origem em eventos de *stress* do quotidiano obteve quase 95% de resposta dos inquiridos. No mesmo estudo, perto de 73% dos indivíduos considera a depressão como uma patologia com origem em distúrbios químicos com origem no cérebro (*Ibidem*). Esta perspetiva situa-se num canto oposto às representações da nossa amostra, que considera os elementos orgânicos como a causa menos provável da depressão.

4.3. Práticas e Comportamentos

Após as questões relativas às representações da depressão, o inquérito por questionário abrangeu questões acerca de práticas e comportamentos dos indivíduos, não só perante os sentimentos depressivos, como também face a questões de intensidade do trabalho no quotidiano ou pressões económicas.

A tabela 9 descreve a primeira informação adquirida através do questionário acerca de práticas e comportamentos perante a depressão, neste caso, a relação com alguém diagnosticado com depressão. Sem surpresa, mais de 90% da amostra assume ser difícil ou muito mais difícil a relação com um indivíduo diagnosticado com depressão, quando comparado a outro indivíduo sem qualquer diagnóstico de uma doença mental.

Tabela 9. Relação com indivíduo diagnosticado com sintomas depressivos

	N = 1640	%
Muito mais difícil do que com uma pessoa sem depressão	523	31,9
Mais difícil do que com uma pessoa sem depressão	966	58,9
Igual a uma relação com uma pessoa sem depressão	125	7,6
Mais fácil do que com uma pessoa sem depressão	19	1,2
Muito mais fácil do que com uma pessoa sem depressão	7	0,4

Os números revelam diferenças significativas entre o nosso estudo e o trabalho exposto pelo Eurobarómetro 345. Enquanto pouco mais de 9% da nossa amostra admite normalidade ou facilidade no trato com um indivíduo diagnosticados com uma doença mental, no nosso caso, a depressão, cerca de 67% da população da UE admite o conforto em situação de conversa com indivíduos diagnosticados de forma idêntica (Eurobarómetro, 2010). O estudo admite dificuldade neste tipo de atividade social em apenas 22% da população da UE (*Ibidem*). Portugal está um pouco acima da média europeia; 32% dos portugueses admitem dificuldade

numa conversa com um indivíduo diagnosticado com alguma patologia do foro psiquiátrico (Eurobarómetro, 2010). Este pequeno grupo é composto, de forma maioritária, por indivíduos com baixa escolaridade e com origem em grupos socioeconómicos mais baixos (*Ibidem*). Os inquiridos posicionados em situação oposta, revelando facilidade neste tipo de contato social, é constituído por cerca de 65% de estudantes, dispersos de forma semelhante pelos diferentes grupos socioeconómicos (*Ibidem*).

O estudo realizado por Link *et al.* (1999) concluiu que 47% dos inquiridos desejam alguma distância social em relação a indivíduos com depressão. Através de uma perspetiva diferente, Barney *et al.* (2009) conseguiu recolher informação junto de indivíduos com diagnóstico atual ou passado de depressão, onde a maioria dos participantes assume o afastamento de conhecidos devido a representações negativas da depressão. Estes inquiridos admitem algum desconforto quando necessitam de informar os indivíduos mais próximos acerca da sua situação (*Ibidem*). Posição semelhante foi encontrada por Neto e Alves (2012) nas suas entrevistas. Os inquiridos revelaram a falta de compreensão e de apoio, bem como atos discriminatórios e de estigmatização por parte da família nuclear e de indivíduos inseridos no seu ambiente laboral (*Ibidem*).

O contacto com a medicina é mais um fator analisado pelo nosso inquirido. Como é possível perceber através da informação da tabela 10, perto de 20% da amostra revelou ter procurado ajuda médica devido a sentimentos depressivos. Os números em Portugal encontram-se em níveis inferiores quando comparados à média da UE. Em 2013, enquanto cerca de 23% da população portuguesa reportava alguma perturbação do foro psiquiátrico (DGS, 2013, cit. por OPSS, 2014, p.37), onde a depressão distingue-se como uma das patologias com maior relevo (Almeida e Xavier, 2013, cit. por OPSS, 2014, p.17), em 2011, 38% da população da UE já tinha experienciado, pelo menos uma vez, um distúrbio psiquiátrico no último ano (Wittchen *et al.*, 2011, cit. por Amele, Frew e Urquíá, 2013, p.38).

Tabela 10. Recurso a ajuda médica

	N = 1640	%
Recurso a ajuda médica devido a sentimentos depressivos		
Não	1314	80,1
Sim	326	19,9
	N = 1640	%
Tipo de recurso quando doente		
Família	725	45
Amigos	166	10,3
Médico	660	41
Farmacêutico	40	2,5
Outros (psicólogo, internet)	17	1
	N = 326	%
Tipo de ajuda médica		
Médico de família	65	19,9
Psiquiatra	143	43,9
Outro (Psicólogo)	113	34,7
Outros	5	1,5

O Eurobarómetro 345 revela que 65% dos portugueses experienciaram sentimentos depressivos no ano anterior ao inquérito (Eurobarómetro, 2010). Estes números, bastantes superiores aos dados conseguidos através do nosso estudo, são pouco diferentes dos números da média da UE, situados em 66% (*Ibidem*). A média europeia admite uma maior prevalência nas mulheres, em estudantes e em indivíduos inseridos em grupos socioeconómicos mais baixos, e com maior dificuldade no pagamento das suas contas (*Ibidem*).

A procura de ajuda profissional dividiu-se entre o psiquiatra e a ajuda terapêutica com o psicólogo. Os dados do Eurobarómetro 345 revelam maior tendência na procura do médico de família (Eurobarómetro, 2010). Curiosamente, o psiquiatra surge em último lugar na lista de procura de ajuda profissional, atrás do psicólogo (*Ibidem*). O grupo de indivíduos que procura auxílio profissional caracteriza-se pela sua dificuldade no pagamento de despesas e pela integração em grupos socioeconómicos mais baixos (*Ibidem*). Os homens com idade máxima de 24 anos, estudantes ou colocados em empregos relacionados com gestão ou administração, e com pouca ou nenhuma dificuldade no pagamento das suas despesas, são os que menos procuram ajuda profissional para responder aos seus problemas emocionais (*Ibidem*).

Segundo dados disponibilizados pela OMS (2005), cerca de 2,5% da população da UE já foi alvo de acompanhamento médico por parte de um psiquiatra ou através de um psicólogo (Cit. por OPSS, 2014, p.41). Barney *et al.* (2009) conclui que alguns indivíduos admitem um ligeiro estigma por parte dos médicos de clínica geral, embora reconheçam desconforto perante os médicos da especialidade. Também neste caso, os homens demonstram um maior receio devido a informações retiradas de experiências alheias (Barney *et al.*, 2009). O autor salienta ainda que a procura por ajuda médica não é maior devido ao receio de atitudes estigmatizantes

com origem no possível diagnóstico de depressão, por parte de indivíduos das suas redes sociais (Barney *et al.*, 2009).

Apesar de apenas 2% da nossa amostra admitir o tratamento da depressão através de fármacos, 13% dos inquiridos do nosso estudo admitiu ter recorrido a fármacos para combater sentimentos que consideraram depressivos. Através da tabela 11, é possível perceber que a maioria dos indivíduos, inseridos neste pequeno subgrupo, administrou os fármacos devido a conselho médico.

Tabela 11. Recurso a fármacos

	N = 1640	%
Recurso a antidepressivos devido a sentimentos depressivos		
Não	1427	87
Sim	213	13
	N = 213	%
Recurso devido a prescrição médica		
Sim	186	87,3
Não, foi-me aconselhado por pessoas próximas	15	7
Não, fui eu que tomei a iniciativa de o tomar	12	5,6
Frequência de recurso ao fármaco		
Diariamente	186	87,3
Uma vez por semana	3	1,4
De vez em quando	17	8
Uma vez apenas	7	3,3
Tipo de Fármaco		
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	32	15,1
Antipsicóticos	2	0,9
Antidepressivos	90	42,5
Dois ou mais tipos de psicofármacos	60	28,3
Outras substâncias	10	4,7
Não se recorda	18	8,5

Os dados estatísticos apresentados através do estudo do Eurobarómetro são semelhantes. Apesar de a média europeia ser inferior, já que apenas 7% dos indivíduos admitem a administração de qualquer fármaco antidepressivo no ano anterior ao inquérito, no caso da população portuguesa o número sobe para os 15%, o valor mais alto dos países que compõe o estudo (Eurobarómetro, 2010). Curiosamente, neste pequeno subgrupo, apenas 55% admite a utilização de antidepressivos para combater sentimentos depressivos (*Ibidem*). Mulheres e jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos são duas das variáveis caraterizadoras deste subgrupo (*Ibidem*). Quase metade são estudantes e, de forma algo surpreendente, existe um equilíbrio de números no que diz respeito ao pagamento de despesas (Eurobarómetro, 2010). Estes números encontram-se muito perto de alguns estudos observados anteriormente. Entre 2012 e 2013, o consumo de fármacos antidepressivos subiu cerca de 18%

(OPSS, 2014). Neste período de tempo, e na região do grande Porto, o consumo diário passou de perto de 61 doses para quase 70 doses por mil habitantes (*Ibidem*).

A frequência diária de administração de medicamentos é outro dos fatores a reter, como o tipo de fármaco que foi administrado. Embora os antidepressivos surjam em primeiro lugar, como o esperado, uma parte importante destes indivíduos também foi sujeito à administração de fármacos do grupo dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, bem como uma mistura de dois ou mais tipos de psicofármacos. A distribuição por tipo de fármaco foi realizada de acordo com o previsto no Prontuário Terapêutico 11 (Infarmed, 2012)

A tabela 12 apresenta os dados relacionados com a autoavaliação da amostra em contextos de pressão financeira, e na faculdade e/ou trabalho. A avaliação da carga de trabalho no quotidiano é elaborada através dos indivíduos da amostra com estatuto de trabalhador-estudante. Grande parte dos elementos inseridos no pequeno subgrupo admite alguma dificuldade na conciliação entre a profissão e as exigências académicas. Quase 4% demonstra incapacidade de realizar todas as tarefas solicitadas nas duas situações onde se insere. O segundo grupo, maior e onde se encontram incluídos os indivíduos inscritos como estudantes a tempo inteiro da amostra, revela uma situação semelhante em alguns aspetos. A maior parte admite dificuldade em responder às exigências das unidades curriculares e pouco mais de 10% revela não conseguir realizar as atividades no tempo estipulado.

Tabela 12. Autoavaliação em contextos de pressão

	N = 1356	%
Avaliação da carga de trabalho no curso		
Consigo dar resposta a tudo sem grande dificuldade	411	30,3
Tenho alguma dificuldade em dar resposta a tudo o que é pedido	806	59,4
Não consigo dar resposta a tudo o que é pedido	139	10,3
	N = 284	%
Avaliação da carga de trabalho no quotidiano		
Não tenho nenhuma dificuldade em conciliar a minha profissão e as exigências da faculdade e das unidades curriculares que frequento	65	22,9
Tenho alguma dificuldade em conciliar a minha profissão com as exigências da faculdade e das unidades curriculares que frequento	208	73,2
Não consigo compatibilizar as solicitações da minha profissão com as exigências da faculdade e das unidades curriculares que frequento	11	3,9
	N = 1640	%
Situação financeira atual		
Consigo pagar as minhas despesas sem dificuldade	705	43
Consigo pagar as minhas despesas mas com alguma dificuldade	820	50
Não consigo pagar todas as minhas despesas	115	7
	N = 1640	%
Inibição económica em visita médica		
Frequentemente	73	4,5
Algumas vezes	275	16,8
Nunca	1292	78,8

Problemas de saúde com origem emocional afetam menos os indivíduos, no seu quotidiano, quando comparados com problemas com origem física, segundo dados obtidos através do Eurobarómetro 345 (Eurobarómetro, 2010). Enquanto 8% dos indivíduos admite o impedimento de realização de atividades do quotidiano devido a questões do foro emocional, 14% dos inquiridos assume esse impedimento com origem em problemas físicos (*Ibidem*). Os indivíduos inseridos em grupos socioeconómicos mais baixos, com dificuldades no pagamento das suas despesas e também, os indivíduos que residem sozinhos, são os mais afetados por problemas emocionais no seu quotidiano (*Ibidem*).

O último indicador presente na tabela 12 revela a autoavaliação financeira por parte de todos os elementos que compõe a amostra. Metade da amostra revela dificuldades no cumprimento das suas despesas e 7% dos inquiridos admite a falta de capacidade em liquidar as suas despesas. Esta situação é um dos indicadores mais comuns no surgimento de patologias como a depressão (OPSS, 2014). Os problemas financeiros são um dos principais indicadores para o aumento de sentimentos depressivos em estudantes do ensino superior (Andrews e Wilding, 2004).

Finalmente, a tabela 13 apresenta os dados relacionados com o conhecimento da depressão na terceira pessoa, isto é, o conhecimento de indivíduos inseridos na rede familiar e de amizade com sentimentos depressivos por parte da nossa amostra.

Tabela 13. Conhecimento da depressão na terceira pessoa

	N = 1640	%
Conhecimento do recurso a ajuda médica devido a sentimentos depressivos		
Não	853	52
Sim	787	48
Conhecimento do recurso a antidepressivo devido a sentimentos depressivos		
Não	905	55,2
Sim	735	44,8

Pouco menos de metade da amostra admite o conhecimento de casos próximos de sentimentos depressivos. 48% dos inquiridos admite ter conhecimento da procura de ajuda médica, devido a sentimentos depressivos, por parte de um indivíduo inserido na sua rede social. O valor não é transportado para o conhecimento de indivíduos que recorreram a fármacos para o combate desses sentimentos. A diferença, ainda que menor do que 4%, admite o receio anteriormente mencionado; através do seu estudo, Barney *et al.* (2009) salienta a vontade dos pacientes em esconder o recurso e administração de fármacos antidepressivos de outros indivíduos.

4.4. Dimensões da representação da depressão: sintomas, sentimentos e causas

As respostas do questionário apresentadas anteriormente permitem-nos separar três importantes fatores referentes à autorrepresentação da patologia depressão. Em três questões presentes no questionário, com múltiplas hipóteses de escolha, os inquiridos tinham oportunidade de escolher quais eram, no seu entender, os sintomas da depressão, os sentimentos referentes à patologia e as causas da depressão.

Utilizando os dados obtidos pelas respostas às três questões que nos permitem perceber as autorepresentações nestes três níveis distintos, rodamos três análises fatoriais com o objetivo de definir perfis identificáveis de resposta. A tabela 14 apresenta os dados obtidos do modelo fatorial referente aos sintomas, através de uma rotação ortogonal.

Tabela 14. Modelo fatorial: dimensão dos sintomas de depressão

Indicador	Cognitivos	Emocionais	Físicos	Comunalidades
Ansiedade	0.597			0.395
Insónias	0.714			0.519
Capacidade de raciocínio diminuídas	0.583			0.446
Tristeza prolongada		0.649		0.427
Falta de vontade para realizar atividades do quotidiano		0.513		0.588
Solidão		0.501		0.426
Isolamento		0.642		0.503
Descuido da imagem		0.433		0.370
Incapacidade de realizar atividades do quotidiano			0.647	0.513
Esgotamento			0.576	0.352
Fraqueza			0.559	0.422
KMO = 0,785 Teste de Esfericidade de Bartlet $\chi^2 = 1741,329$ p = 0,000 Proporção total de variância explicada = 45,1% Componentes extraídas com rotação ortogonal e critério de extração «valor próprio > 1»				

A tabela 14 apenas demonstra as correlações mais fortes dos onze indicadores utilizados no questionário. A análise fatorial permite isolar três componentes que explicam pouco mais de 45% do modelo. O teste de validade da análise KMO encontra-se muito perto dos 79%, o que nos possibilita uma análise de qualidade considerável. Os valores inseridos entre 0,70 e 0,80 permitem realizar uma análise fatorial de nível médio, enquanto os valores entre 0,80 e 0,90, bem como de 0,90 a 1, classificam, respetivamente, uma análise fatorial boa ou muito boa (Pereira, 1999)

Devidamente isolados, os componentes foram designados como sintomas cognitivos, sintomas emocionais e sintomas físicos. Os sintomas cognitivos assumem três fatores: “ansiedade”, “insónias” e “capacidade de raciocínio diminuída”. Os sintomas emocionais apresentam os indicadores “tristeza prolongada”, “falta de vontade para realizar atividades do quotidiano”, “solidão”, “isolamento” e “descuido da imagem”. Por fim, o terceiro componente, previamente designado como sintomas físicos, admite os indicadores “incapacidade de realizar atividades do quotidiano”, “esgotamento” e “fraqueza”. As três variáveis mais indicadas como representantes dos sintomas depressivos no questionário, ou seja, a tristeza prolongada, falta de vontade para realizar atividades do quotidiano e isolamento, ambas inseridas nas escolhas de mais de 80% da amostra, encontram-se no âmbito da componente de sintomas emocionais, como representação de sintomas da depressão.

Com o objetivo de perceber a fiabilidade dos resultados, foi realizada uma análise de consistência interna às escalas compostas. Esta análise, elaborada através da interpretação do valor do alfa de Cronbach, permite perceber a consistência de cada um dos nossos componentes. A interpretação dos valores foi feita de acordo com a proposta teórica de George e Mallery (2003). Os autores consideram os valores do alfa de Cronbach da seguinte forma: valores abaixo

de 0,5 são inaceitáveis; valores compreendidos entre 0,5 e 0,6 são considerados fracos; valores entre 0,6 e 0,7 são questionáveis; os valores entre 0,7 e 0,8 são considerados aceitáveis; valores compreendidos entre 0,8 e 0,9 são bons; finalmente, todos os valores acima de 0,9 consideram-se excelentes (*Ibidem*). Corrida a análise, o valor do alfa de Cronbach do componente sintomas cognitivos é de 0,498, o componente sintomas emocionais apresenta o resultado de 0,520 e finalmente, o componente sintomas físicos tem como resultado 0,477. Com consciência dos baixos valores do alfa de Cronbach, adotando a teoria proposta por George e Mallery (2003), e que podem traduzir-se numa menor fiabilidade dos componentes, decidimos aceitar os três componentes. Ainda que baixos, os valores serão suficientes para esboçar tendências gerais no âmbito do tema da dissertação.

A tabela 15 apresenta os resultados de um modelo fatorial, desta vez identificando com perfis de representação de sentimentos ligados à patologia depressão. A tabela apresenta os resultados obtidos através de uma rotação ortogonal.

Tabela 15. Modelo fatorial: dimensão dos sentimentos de depressão

Indicador	Relacionais	Emocionais	Cognitivos	Estigma	Comunalidades
Sentem incompreensão no círculo de amigos	0.901				0.838
Sentem incompreensão na família nuclear	0.902				0.823
Sentem incompreensão na faculdade/trabalho	0.856				0.761
Falta ou inexistência de autoestima		0.611			0.375
Falta de esperança		0.518			0.335
Isolamento		0.543			0.418
Solidão		0.534			0.364
Tristeza prolongada		0.643			0.419
Vontade de morrer		0.444			0.316
Receio de ficar “doido”			0.482		0.426
Ansiedade			0.610		0.393
Não conseguem encarar o quotidiano			0.418		0.249
Insónias			0.668		0.488
Capacidade de raciocínio diminuídas			0.678		0.485
Ocultam a sua situação perante outros indivíduos				0.796	0.669
Sentem o estigma depois de relatar o que sentem				0.525	0.419
KMO = 0,807 Teste de Esfericidade de Bartlett $\chi^2 = 5212,281$ p = 0,000 Proporção total de variância explicada = 48,619% Componentes extraídas com rotação ortogonal e critério de extração «valor próprio > 1»					

Mais uma vez utilizando os valores mais altos de correlação, foram isolados quatro componentes de sentimentos representativos da depressão, segundo os dados obtidos pelas respostas da nossa amostra. Os quatro componentes isolados explicam pouco mais de 48% do modelo. A análise de fiabilidade KMO, acima dos 80%, sugere uma boa análise fatorial, segundo Pereira (1999).

Os quatro componentes foram designados da seguinte forma: sentimentos relacionais, emocionais, cognitivos e sentimentos atribuídos ao estigma. Os sentimentos relacionais englobam três indicadores, tais como “incompreensão no círculo de amigos”, “incompreensão na família nuclear” e “incompreensão na faculdade e/ou no trabalho”. Através da realização de uma análise de consistência interna do componente, com origem na leitura dos valores do alfa de Cronbach, percebemos a boa consistência do componente, já que o mesmo tem um valor de 0,885. De forma idêntica ao elaborado na análise fatorial anterior, a leitura dos valores é efetuada com base na teoria proposta por George e Mallery (2003).

O maior número de indicadores encontra-se inserido no componente designado como sentimentos emocionais. Neste componente encontramos os seguintes indicadores: “falta ou inexistência de autoestima”, “falta de esperança”, “isolamento”, “solidão”, “tristeza

prolongada” e “vontade de morrer”. Novamente, as três variáveis mais indicadas, ambas acima de 70% de escolha da amostra no questionário, a falta de autoestima, falta de esperança e, novamente, tristeza prolongada, encontram-se inseridas na componente dos sentimentos emocionais. A análise de consistência interna do componente revela um valor do alfa de Cronbach de 0,625.

O terceiro componente remete-nos para sentimentos que consideramos cognitivos. Neste caso, o componente é caracterizado por indicadores como “receio de ficar doido”, “ansiedade”, “não consegue encarar o quotidiano”, “insónias” e “capacidade de raciocínio diminuídas”. Dos três primeiros componentes, este componente revela um valor inferior no que toca ao alfa de Cronbach, com 0,585.

Ainda neste modelo de análise fatorial, foi possível isolar um quarto componente, os sentimentos atribuídos ao estigma. Contudo, as análises futuras não vão contar com este componente devido a duas questões essenciais. Em primeiro lugar, o componente abrange apenas dois indicadores. Neste caso, “ocultação da sua situação perante outros indivíduos” e “sentem estigma depois de relatar o que sentem”. Esta questão poderia ser ultrapassada se a análise de consistência interna apresentasse um valor alto do alfa de Cronbach, o que não acontece. O baixo valor apresentado pelo alfa de Cronbach (0,289) é a segunda razão para a não utilização futura deste componente. Ainda assim, os indicadores serão analisados de forma independente, já que o estigma é uma das questões importantes no domínio da saúde mental.

O último modelo de análise fatorial é o mais extenso, com 21 indicadores e cinco componentes. Desta feita, os indicadores demonstram opções representativas das causas da depressão segundo a amostra de inquiridos. O modelo apresentado na tabela 16 corresponde a uma análise fatorial com rotação ortogonal, sendo que os cinco componentes apresentados explicam pouco mais de 48% do modelo. A análise de fiabilidade KMO apresenta o valor de 85,1%, representativo de um bom modelo de análise fatorial.

Tabela 16. Modelo fatorial: dimensão das causas de depressão

Indicador	Desvio	Orgânicas	Quotidiano	Relacionais	Emocionais	Comunalidades
Desemprego	0.630					0.516
Violência	0.561					0.446
Separação/Divórcio	0.710					0.539
Morte de alguém próximo	0.683					0.517
Endividamento	0.579					0.509
Herança genética		0.583				0.485
Elementos orgânicos		0.589				0.411
Consumo de drogas		0.479				0.391
Gravidez		0.656				0.612
Maternidade/Paternidade		0.628				0.616
Atividades do quotidiano			0.572			0.418
Stress laboral			0.538			0.365
Instabilidade contratual			0.598			0.447
Incapacidade económica para criar hábitos de consumo			0.614			0.444
Transtornos nas relações familiares				0.816		0.749
Transtornos nas relações de amizade				0.812		0.738
Comportamentos provenientes do ambiente familiar					0.414	0.318
Falta de empatia com os restantes indivíduos					0.554	0.360
Perspetivas do presente/futuro goradas					0.503	0.417
Desenvolvimento da personalidade					0.465	0.483
Solidão					0.540	0.406
KMO = 0,851 Teste de Esfericidade de Bartlett $\chi^2 = 6685,722$ $p = 0,000$ Proporção total de variância explicada = 48,514% Componentes extraídas com rotação ortogonal e critério de extração «valor próprio > 1»						

Assumindo os valores apresentados pelo modelo, foram isolados cinco componentes com a seguinte designação: causas com origem em desvios sociais, orgânicas, causas com origem no quotidiano, relacionais e causas emocionais. As causas com origem em desvios sociais englobam cinco indicadores, tais como “desemprego”, “violência”, “separação/divórcio”, “morte de alguém próximo” e “endividamento”. Segundo George e Mallery (2003), a consistência interna deste componente é aceitável, já que apresenta um valor do alfa de Cronbach de 0,735.

“Herança genética”, “elementos orgânicos”, “consumo de drogas”, “gravidez” e “maternidade/paternidade” são os indicadores associados ao segundo componente, previamente denominado como causas orgânicas. Após a realização da análise de consistência interna, foi possível observar um valor de 0,634 apresentado pela leitura do alfa de Cronbach.

O componente que apresenta as causas da depressão originadas no quotidiano abrange quatro indicadores, entre eles “atividades do quotidiano”, “stress laboral”, “instabilidade

contratual” e “incapacidade económica para criar hábitos de consumo”. Neste componente, o alfa de Cronbach apresenta o valor de 0,536, ainda acima do modelo de interesse para aceitar a leitura do componente.

Com apenas dois indicadores, os “transtornos nas relações familiares” e “transtornos nas relações de amizade”, as causas relacionais apresentam 0,800 no alfa de Cronbach, um valor alto na análise de consistência interna. Por fim, as causas emocionais assumem os cinco últimos indicadores utilizados neste modelo de análise fatorial: “comportamentos provenientes do ambiente familiar”, “falta de empatia com os restantes indivíduos”, “perspetivas do presente e/ou futuro goradas”, “desenvolvimento da personalidade” e “solidão”. Neste componente, os níveis de análise do alfa de Cronbach são os mais baixos deste modelo, situando-se em 0,506.

As variáveis mais escolhidas no questionário transportam-nos para quatro das cinco componentes separadas, representando mais de 70% das escolhas dos inquiridos. O transtorno nas relações familiares e de amizade, desemprego, *stress* laboral, separação/divórcio, morte de alguém próximo e solidão, representam as causas da depressão para a nossa amostra, atribuindo a depressão com origem em desvios sociais e atividades do quotidiano, bem como em questões relacionais e emocionais.

4.5. Representações da depressão em perspetiva: entre a estrutura e a vivência individual

O objetivo da última parte deste capítulo passa pela descoberta da associação entre componentes isolados pela análise fatorial com outras variáveis independentes, desta feita, variáveis caracterizadoras dos inquiridos. As variáveis independentes escolhidas foram: género, idade, relação amorosa atual, filhos, avaliação da carga de trabalho do quotidiano, a autoavaliação da pressão financeira, a vivência da depressão na primeira pessoa e, finalmente, a vivência da depressão na terceira pessoa.

A partir dos resultados dos modelos fatoriais foram compostas variáveis síntese, todas elas a partir de processos aditivos simples. Os índices criados e que viriam a ser tomados como variáveis dependentes numa série de modelos de regressão linear, foram:

- Sintomas Cognitivos;
- Sintomas Emocionais;
- Sintomas Físicos;
- Sentimentos Relacionais;
- Sentimentos Emocionais;

- Sentimentos Cognitivos;
- Causas com origem em Desvios Sociais;
- Causas Orgânicas;
- Causas com origem no Quotidiano;
- Causas Relacionais;
- Causas Emocionais;

Para cada índice, o valor cresce à medida que é mais forte a adesão do inquirido com a dimensão de representação da depressão. A tabela 17 disponibiliza os resultados obtidos por um modelo de regressão linear. Este primeiro modelo associa os três componentes relacionados com os sintomas da depressão às oito variáveis independentes previamente escolhidas.

Tabela 17. Modelo de regressão linear dos sintomas

Preditores	Cognitivos		Emocionais		Físicos	
	B (erro padrão)	Beta ponderado	B (erro padrão)	Beta ponderado	B (erro padrão)	Beta ponderado
Gênero (base = masculino)						
Feminino	0.054 (0.016)**	0.086	0.027 (0.013)*	0.052	0.060 (0.019)**	0.081
Idade	0.003 (0.002)	0.041	0.001 (0.002)	0.021	- 0.001 (0.002)	- 0.015
Relação amorosa atual (base = não)						
Sim	- 0.010 (0.014)	- 0.018	- 0.001 (0.012)	- 0.001	0.006 (0.017)	0.008
Tem filhos (base = não)						
Sim	- 1.112 (0.084)	- 0.036	- 0.139 (0.071)+	- 0.054	- 0.057 (0.102)	- (0.015)
Avaliação da carga de trabalho	0.007 (0.012)	0.016	- 0.005 (0.010)	- 0.013	0.001 (0.014)	0.002
Avaliação de pressão financeira	0.025 (0.012)*	0.053	0.021 (0.010)*	0.053	0.041 (0.014)**	0.074
Vivência de depressão na primeira pessoa (base = não)						
Sim	0.106 (0.018)**	0.149	0.055 (0.015)**	0.093	0.064 (0.022)**	0.075
Vivência de depressão por terceira pessoa (base = não)						
Sim	0.058 (0.014)**	0.101	0.010 (0.012)	0.020	0.022 (0.017)	0.032
Sintomas Cognitivos	R2 = 0,051 F = 11,297 p = 0.000					
Sintomas Emocionais	R2 = 0,014 F = 3,745 p = 0.000					
Sintomas Físicos	R2 = 0,018 F = 4,521 p = 0.000					
	+ Significante a 10% * Significante a 5% ** Significante a 1%					
	Modelo testado para multicolineariedade e para efeitos interativos. Não foi encontrado nenhum efeito significativo.					

A tabela 18 apresenta um modelo de regressão linear semelhante, no que diz respeito às variáveis independentes, já que a variável dependente utilizada neste modelo são as três componentes dos sentimentos: sentimentos relacionais, emocionais e físicos.

Tabela 18. Modelo de regressão linear dos sentimentos

Preditores	Relacionais		Emocionais		Cognitivos	
	B (erro padrão)	Beta ponderado	B (erro padrão)	Beta ponderado	B (erro padrão)	Beta ponderado
Gênero (base = masculino)						
Feminino	0.102 (0.025)**	0.106	0.028 (0.014)+	0.049	0.039 (0.016)*	0.061
Idade	- 0.011 (0.003)**	- 0.110	0.001 (0.002)	0.009	0.006 (0.002)**	0.083
Relação amorosa atual (base = não)						
Sim	- 0.023 (0.023)	- 0.026	- 0.031 (0.013)*	- 0.059	0.002 (0.015)	0.003
Tem filhos (base = não)						
Sim	0.027 (0.133)	0.005	- 0.129 (0.078)+	- 0.046	- 0.170 (0.086)*	- 0.053
Avaliação da carga de trabalho	0.016 (0.019)	0.021	- 0.012 (0.011)	- 0.028	0.010 (0.012)	0.020
Avaliação de pressão financeira	0.056 (0.019)**	0.076	0.017 (0.011)	0.041	0.025 (0.012)*	0.052
Vivência de depressão na primeira pessoa (base = não)						
Sim	0.047 (0.028)	0.042	0.055 (0.017)**	0.085	0.153 (0.019)**	0.208
Vivência de depressão por terceira pessoa (base = não)						
Sim	- 0.008 (0.023)	- 0.009	0.008 (0.013)	0.016	0.043 (0.015)**	0.073
Sentimentos Relacionais R2 = 0,029 F = 6,649 p = 0.000						
Sentimentos Emocionais R2 = 0,013 F = 3,548 p = 0.000						
Sentimentos Cognitivos R2 = 0,069 F = 15,273 p = 0.000						
+ Significante a 10% * Significante a 5% ** Significante a 1%						
Modelo testado para multicolineariedade e para efeitos interativos. Não foi encontrado nenhum efeito significativo.						

Por fim, a tabela 19 apresenta os dados obtidos num modelo de regressão linear, com as mesmas oito variáveis independentes das anteriores, mas com as variáveis dependentes relativas às causas da depressão, anteriormente isoladas através de um modelo de análise fatorial.

Tabela 19. Modelo de regressão linear da componente causas

Preditor	Desvios		Orgânicas		Quotidiano		Relacionais		Emocionais	
	B (erro padrão)	Beta ponderado	B (erro padrão)	Beta ponderado	B (erro padrão)	Beta ponderado	B (erro padrão)	Beta ponderado	B (erro padrão)	Beta ponderado
Gênero (base = masculino) Feminino	0.131 (0.016)**	0.202	0.079 (0.016)**	0.130	0.011 (0.016)	0.018	0.055 (0.021)**	0.068	- 0.004 (0.015)	- 0.008
Idade	0.001 (0.002)	0.011	0.002 (0.002)	0.025	0.003 (0.002)	0.037	- 0.010 (0.002)**	- 0.117	0.000 (0.002)	- 0.003
Relação amorosa atual (base = não) Sim	0.021 (0.015)	0.036	- 0.016 (0.014)	- 0.028	0.005 (0.015)	0.009	- 0.014 (0.019)	- 0.019	- 0.029 (0.014)*	- 0.054
Tem filhos (base = não) Sim	- 0.097 (0.088)	- 0.030	0.005 (0.085)	0.002	0.016 (0.088)	0.005	- 0.048 (0.110)	- 0.012	- 0.065 (0.082)	- 0.022
Avaliação da carga de trabalho	- 0.027 (0.012)*	- 0.056	- 0.006 (0.012)	- 0.014	0.004 (0.012)	0.009	-0.039 (0.016)*	- 0.064	0.008 (0.012)	0.017
Avaliação de pressão financeira	0.039 (0.012)**	0.079	0.022 (0.012)+	0.047	0.070 (0.012)**	0.145	0.029 (0.016)+	0.048	0.019 (0.011)	0.042
Vivência de depressão na primeira pessoa (base = não) Sim	- 0.018 (0.019)	- 0.024	0.014 (0.018)	0.020	0.009 (0.019)	0.012	0.012 (0.024)	0.014	0.053 (0.018)**	0.079
Vivência de depressão por terceira pessoa (base = não) Sim	0.009 (0.015)	0.016	0.021 (0.015)	0.037	0.033 (0.015)*	0.056	0.010 (0.019)	0.014	0.018 (0.014)	0.033
Causas com origem em desvios sociais		R2 = 0,051	F = 11,365	p = 0.000						
Causas Orgânicas		R2 = 0,018	F = 4,495	p = 0.000						
Causas com origem no quotidiano		R2 = 0,024	F = 5,794	p = 0.000						
Causas Relacionais		R2 = 0.024	F = 5.625	p = 0.000						
Causas Emocionais		R2 = 0.010	F = 2.848	p = 0.004						
+ Significante a 10% * Significante a 5% ** Significante a 1%										
Modelo testado para multicolineariedade e para efeitos interativos. Não foi encontrado nenhum efeito significativo.										

A análise dos dados disponibilizados nas três tabelas permite retirar algumas conclusões imediatas no que diz respeito à relação da depressão com as variáveis caracterizadoras dos indivíduos da nossa amostra.

A variável género é bastante importante nas representações de sintomas, sentimentos e causas da depressão, segundo os dados disponibilizados pelos três modelos de regressão linear. No que diz respeito aos sintomas, embora nenhuma das categorias assuma, *per si*, todos os sintomas atribuídos pelo domínio médico à depressão, já que os sintomas atribuídos colocam-se de forma aleatória pelas três categorias, podemos assumir a maior identificação e representação das mulheres perante os sintomas da depressão. Embora o componente de sintomas emocionais sugira uma dimensão mais ampla, o sexo feminino é mais assertivo na atribuição dos sintomas da depressão. O mesmo acontece na representação dos sentimentos, já que as mulheres não hesitam em identificar e representar os sentimentos decorrentes da depressão, principalmente os sentimentos com origem nas relações, sejam elas no círculo de amigos, na família nuclear ou no ambiente escolar e/ou laboral. Este facto pode ser considerado importante porque, como anteriormente mencionado, Rippere (1977) concluiu que indivíduos com sentimentos considerados depressivos procuram, precisamente, o contato social (Cit. por Morris e Reilly, 1987, p.221), que neste caso é dificultado pela incompreensão do seu círculo social. Situação idêntica foi concluída no estudo de Fonseca, Coutinho e Azevedo (2008); o grupo do sexo feminino da amostra representou a depressão como necessidade de apoio na família, bem como sentimentos de melancolia e tristeza.

Variáveis com origem em desvios sociais, elementos orgânicos e os vários níveis relacionais presentes no tecido social são representados como causas da patologia depressão pelos indivíduos do sexo feminino da nossa amostra. Neste caso, as mulheres representam indicadores como o desemprego, violência, endividamento e cortes abruptos em relações próximas como elementos potencializadores da patologia depressão. Neste caso, os dados corroboram o estudo de Karasz (2005), quando determinou, perante uma amostra de mulheres ocidentais, a associação da depressão a eventos negativos no domínio social.

Os dados da tabela 18 permitem identificar a importância da idade na representação de sentimentos relacionais e cognitivos como sentimentos da patologia depressão. Se por um lado, os alunos mais novos representam os sentimentos relacionais como sentimentos da depressão, à medida que progridem no seu percurso escolar, os jovens que frequentam a universidade começam a reconhecer, nos sentimentos cognitivos, os sentimentos

associados à patologia depressão. Também os mais novos representam a depressão como patologia com origem em causas relacionais, ou seja, na relação entre familiares e no círculo de amigos. Estas indicações não são acompanhadas na dimensão dos sintomas; segundo os dados da tabela 17, a idade não é uma variável a ter em conta.

Já os indivíduos sem qualquer relação amorosa à data do inquérito atribuem os sentimentos da depressão a sentimentos emocionais. Verificamos uma tendência interessante na análise da tabela 19; os indivíduos integrados na mesma variável representam as causas da depressão em fatores emocionais.

Um número reduzido da nossa amostra, pouco menos de 4%, encontra-se numa situação de maternidade/paternidade. Embora com pouca significância estatística, este pequeno grupo representa a depressão através de sintomas emocionais. Já os indivíduos sem filhos, um grupo maioritário da nossa amostra, representam os sintomas da depressão na sua componente emocional e, em discordância com os indivíduos com filhos, associam os sentimentos da depressão a sentimentos cognitivos.

Os indivíduos da amostra com maior carga de trabalho no quotidiano representam a depressão como uma patologia originária em comportamentos desviantes. Pelo contrário, os indivíduos com menor carga de trabalho no seu quotidiano associam a depressão com origem a causas relacionais. Curiosamente, os indivíduos com maior carga de trabalho no quotidiano não associam esse fator como elemento preponderante na origem da patologia.

Em conjunto com o género e a vivência da depressão na primeira pessoa, a autoavaliação da pressão financeira é uma variável significativa nas nossas análises. Quanto maior a dificuldade dos indivíduos no pagamento das suas despesas, maior é a sua representação da depressão através dos três componentes encontrados, com particular ênfase nos sintomas físicos, onde se encontram inseridas variáveis como o esgotamento, a fraqueza e a incapacidade de realizar atividades do quotidiano. A situação é semelhante na associação de sentimentos à patologia; os indivíduos com maior dificuldade no pagamento das suas despesas representam a depressão através de sentimentos relacionais, na sua maioria, e em sentimentos cognitivos. O mesmo grupo da amostra atribui causas orgânicas, relacionais e fundamentalmente, fatores e vivências do quotidiano como agentes causadores da depressão. Pelo contrário, enquanto os indivíduos preocupam-se menos ou nada com o pagamento das suas despesas, atribuem as causas da depressão a desvios sociais.

Os indivíduos que experienciaram sentimentos depressivos na primeira pessoa identificam, sem surpresa, os três componentes de sintomas como fatores determinantes no reconhecimento da depressão. Apesar de ambos se demonstrarem estatisticamente muito significantes, os sintomas com maior representação por parte dos inquiridos foram os cognitivos. A componente emocional e cognitiva continua a ser preponderante, desta vez na representação de sentimentos depressivos por parte deste grupo da amostra e, sem surpresa, atribuem o surgimento da patologia a causas emocionais. Curiosamente, situações como o desemprego, a pobreza, a discriminação e o estigma, fatores associados ao desenvolvimento de doenças mentais (OMS, 2012, cit. por Amele, Frew e Urquía, 2013, p. 42) não são representadas como causas da depressão neste grupo da amostra. Contudo, os dados disponibilizados na tabela 17 e 18 corroboram as informações acima mencionadas do estudo de Neto e Alves (2012), onde entrevistaram dez indivíduos com diagnóstico da depressão. Os dez inquiridos assumiram sintomas e sentimentos depressivos coincidentes com diversas variáveis utilizadas no nosso estudo.

O componente onde se integram os sintomas cognitivos ganha força na análise geral porque é o único definido, de forma preponderante, pelos indivíduos que experienciaram a depressão na terceira pessoa, sugerindo dessa forma, uma conformidade de representações. O mesmo grupo de indivíduos liga a depressão a causas com origem no quotidiano. Já referido anteriormente na dissertação, 95% da amostra considerada no estudo realizado por Link *et al.* (1999) representa a depressão como uma patologia com origem em eventos do quotidiano, nomeadamente, eventos geradores de *stress*.

Notas conclusivas

Através da análise de dados, resultantes da administração do inquérito e do tratamento dos mesmos dados recorrendo ao programa SPSS, é possível responder, de forma satisfatória, aos objetivos propostos no início da dissertação. Anteriormente mencionados, os objetivos do estudo conduziam-nos para duas dimensões distintas das representações da depressão do público-alvo escolhido, os estudantes do ensino superior. Sumariamente, o estudo propôs-se descobrir as representações da depressão, no âmbito do conceito, tratamento, sintomas, sentimentos e causas da patologia. Por outro lado, a segunda parte da dissertação ambicionava entender que tipos de comportamento se manifestam, na amostra escolhida, perante indivíduos diagnosticados com a patologia, sentimentos depressivos e contextos de pressão quotidiana. Por fim, foi proposta a comparação de alguma da informação recolhida através do Eurobarómetro 345, com o objetivo de comparar as tendências observadas nos comportamentos e práticas relacionadas com a depressão.

No quarto capítulo da tese apresentamos os dados referentes à representação de sintomas, sentimentos e causas dos estudantes do ensino superior da Universidade do Porto. Através dos dados recolhidos nessas três variáveis, foram realizados modelos de análise fatorial, correspondentes a cada uma das representações pretendidas, que nos permitiram criar e designar componentes de escolha da amostra. De seguida, e com a elaboração de modelos de regressão linear, foi possível descobrir correlações pertinentes entre os componentes anteriormente separados e algumas variáveis previamente escolhidas. Desta forma, podemos encarar os resultados de duas formas distintas: perceber a tendência da amostra na sua generalidade, mas também, através da correlação de algumas variáveis com componentes anteriormente separados na análise fatorial.

Em primeiro lugar, e abordando as tendências gerais da representação da depressão de toda a amostra, percebemos que os estudantes do ensino superior inscritos na Universidade do Porto não seguem totalmente as linhas orientadoras do modelo biomédico. Porém, não podemos afirmar que as mesmas representações seguem linearmente os exemplos obtidos pelo conhecimento leigo da sociedade portuguesa, no que diz respeito ao campo da saúde e da doença, neste caso, no campo da doença mental. Enquanto rejeitam a conceção da patologia com origem em fatores biológicos, a amostra parece considerar fundamental o entendimento de toda a envolvente presente no quotidiano do indivíduo; ou seja, a amostra representa a depressão como doença

relacionada com pensamentos negativos do indivíduo, com origem em fatores presentes no quotidiano. O conjunto de fatores não se limita a eventos negativos ocorridos na extensa rede de relações dos indivíduos, pessoais e profissionais, albergando também, eventos negativos do ambiente socioeconómico onde estes se inserem. Esta análise da amostra admite uma ligação próxima com o conhecimento atual da realidade portuguesa, já que a crise económica e financeira originou, entre outros, o aumento do número de desempregados, mas também, o aumento da precariedade laboral. O desemprego, em conjunto com o *stress* laboral, atribuído, entre outros aspectos, à insegurança do posto de trabalho, desencadeia pensamentos negativos sobre o presente e futuro, originando os sintomas e os sentimentos da patologia depressão.

A amostra representou os sintomas e sentimentos da depressão como consequência da sua representação de conceito e das suas causas. A tristeza e a ausência de bem-estar para o próprio e para tudo o que o rodeia, são alguns elementos esperados na sociedade contemporânea, numa diversidade de eventos negativos dos indivíduos. Neste ponto, a amostra considera normal o indivíduo perder autoestima, apesar de não o considerar culpado da patologia. Como resultado, o indivíduo não consegue encarar as suas responsabilidades quotidianas, colocando-se à margem das suas redes sociais. Neste caso, os dados conseguidos pelo inquérito à nossa amostra sugerem semelhanças entre os sintomas e os sentimentos da depressão. Por último, a representação dos tratamentos da depressão sugere a questão considerada anteriormente, ou seja, o afastamento dos estudantes do ensino superior do modelo biomédico; mais de metade da nossa amostra representa o acompanhamento terapêutico, sem recurso à manutenção do paciente em qualquer instituição do campo da medicina, como tratamento indicado da depressão.

A abordagem geral permite entender algumas conclusões retiradas dos resultados dos modelos de regressão linear anteriormente mencionados. O género é, talvez, a variável mais importante de todas as variáveis utilizadas. Neste exercício, percebemos que as mulheres possuem uma perspetiva mais acutilante no que diz respeito ao tema das doenças mentais. As mulheres atribuem um grau de importância elevado aos sintomas físicos e cognitivos da depressão, representando os sentimentos negativos da patologia como sentimentos relacionais. O número alargado de representação das causas, em consonância com os dados obtidos pela generalidade da amostra, e a importância da variável na maioria dos componentes apresentados nos três modelos de regressão linear, permite perceber a importância acima referida. As mulheres surgem com maior disposição para encarar o assunto das doenças mentais, neste caso particular, o assunto

da depressão, ao contrário do que acontece com os homens. Os dados sugerem maior abertura de discurso, através da elevada importância fornecida à questão, como na identificação dos fatores caracterizadores de uma patologia associada ao campo das doenças mentais, um dos campos de discussão mais sensíveis nas sociedades ocidentais. Neste caso, as mulheres parecem dominar o conhecimento leigo acerca das doenças mentais, no sentido de conhecimento adquirido, e na representação mais assertiva da patologia. O resultado permite entender o papel de relevo das mulheres na atribuição de significados da doença mental e da depressão.

A transformação da opinião da amostra, consoante a sua idade, é um fator interessante e relevante. Verificamos a tendência de representar a depressão como patologia definidora de sentimentos relacionais negativos nos inquiridos mais novos; porém, essa representação modifica-se na perspectiva dos alunos mais velhos, já que representam a depressão como patologia associada a sentimentos cognitivos negativos. Podemos assumir uma maior importância atribuída pelos elementos mais novos da amostra às relações, algo que vai mudando ao longo dos anos, transformando a representação de fatores cognitivos como algo essencial para uma boa saúde mental. Outro facto curioso sugere a correlação da inexistência de uma relação atual com a atribuição de sentimentos e causas emocionais à depressão. Neste caso, os alunos identificam a probabilidade do desenvolvimento da patologia com experiências emocionais negativas, que podem ser originadas em relações amorosas com menor sucesso.

O estudo permitiu verificar a pesada correlação entre a autoavaliação da pressão financeira de cada indivíduo e a depressão. Os indivíduos com maior dificuldade no pagamento das suas contas representam a depressão de forma mais abrangente nos três componentes isolados. Este grupo da amostra entende a depressão como algo grave, com múltiplos sintomas, sentimentos e causas. Pelo contrário, os indivíduos com menor dificuldade ou dificuldade de pagamento de despesas inexistente, não conseguem representar a patologia de forma específica, identificando, apenas, as suas causas através de fatores sociais desviantes. A diferença de representações sugere o papel preponderante das condições económicas e financeiras como elemento facilitador da representação da patologia depressão; quanto maior a dificuldade, maior é a representação da vivência da patologia.

Os indivíduos da amostra que experienciaram a depressão na primeira pessoa representam os sintomas da depressão de forma abrangente, colocando ênfase em

sentimentos negativos do foro emocional e cognitivo, com origem em causas emocionais. Este variável assemelha-se a respostas encontradas noutras variáveis e afasta-se da representação da depressão atribuída pelo atual modelo biomédico presente no domínio da medicina. Podemos admitir que a patologia não é uniforme, no que diz respeito a sintomas, sentimentos e causas, abrangendo diversas áreas características do ser humano. O modelo biomédico assume maior uniformidade, algo que não é representado pela amostra; a depressão pode ser representada de diversas formas.

Os objetivos da dissertação também pretendiam entender práticas e comportamentos dos estudantes do ensino superior quando confrontados com a própria representação da depressão, e também, a representação dos indivíduos perante a patologia na terceira pessoa. De forma oposta à tendência europeia, demonstrada através dos dados disponibilizados pelo Eurobarómetro 345, os estudantes inscritos na Universidade do Porto revelam dificuldades na relação com um indivíduo diagnosticado com depressão. Como referido anteriormente, através da apresentação de dados referentes a alguns estudos, este tipo de atitude prejudica a adaptação dos diagnosticados à nova realidade, atrasando e dificultando o percurso de tratamento da patologia, originando atitudes estigmatizantes em diversas áreas do quotidiano.

A partir dos dados recolhidos no nosso inquérito por questionário, é possível perceber que cerca de um em cada cinco alunos do ensino superior recorreu a ajuda médica devido a sentimentos depressivos. Apesar de consideráveis, os números são inferiores aos dados registados pelo Eurobarómetro 345, onde um em cada três portugueses experienciou sentimentos depressivos no ano anterior ao inquérito. Como foi oportuno verificar anteriormente, a representação da depressão por parte da amostra coloca-se distante da definição do modelo biomédico. Esta representação, próxima do entendimento da depressão como algo dependente de pensamentos negativos e eventuais transtornos nas relações, ou seja, a consequência de eventos negativos do quotidiano, sugere a falta de entendimento da patologia como doença, encarando a visita ao médico como algo desnecessário. Os estudantes que entendem necessitar de ajuda médica procuram o psiquiatra e o psicólogo, contrariando a tendência europeia, onde o médico de família ocupa o primeiro lugar na prioridade dos indivíduos para o pedido de ajuda. Neste caso, os estudantes do ensino superior identificam, de forma correta, que tipo de profissionais atuam no caso das doenças mentais, ainda que no caso da procura dos psiquiatras, seja possível pensar numa nova aproximação das ideias do modelo biomédico. Curiosamente, quase metade dos alunos do ensino superior conhece algum

caso de depressão, bem como a administração de fármacos, com o objetivo de resolver sentimentos depressivos. Estes números sugerem dificuldades na autorrepresentação da depressão, bem como o receio de responder a este tipo de estudos devido a situações estigmatizantes.

A utilização de fármacos apresenta dados paradoxais quando comparados às respostas fornecidas pela amostra na questão acerca do tratamento da depressão. Nessa questão, apenas 2% da amostra admitia a utilização de fármacos para responder a sentimentos depressivos. Porém, 13% da amostra admitiu a utilização de fármacos para responder a sentimentos depressivos, na sua maior parte, prescritos pelo médico procurado. Consideramos preocupante a utilização de dois ou mais tipos de psicofármacos para a resolução dos problemas depressivos, bem como a utilização de outro tipo de medicamentos que não se adaptam à finalidade pretendida. O caso admite proporções mais preocupantes quando observamos a recorrência aos fármacos prescritos por alguma entidade do domínio médico; a esmagadora maioria dos indivíduos admite a sua utilização diária. Esta tendência está muito próxima dos números portugueses recolhidos pelo Eurobarómetro 345 e, dessa forma, bem acima da média europeia.

As reflexões retiradas dos dados obtidos no nosso estudo permitem entender a complexidade das representações sociais das doenças mentais, no nosso caso, da depressão. Ainda que seja possível decifrar o afastamento dos estudantes do ensino superior perante a posição do atual modelo biomédico, é possível entender a dificuldade dessa relação em toda a sua globalidade. O afastamento entre a representação e os comportamentos é claramente mitigado, no que diz respeito à recorrência de administração de fármacos para o tratamento da depressão. Por outro lado, a aproximação às ideias retiradas das teorias do conhecimento leigo não é total. A nossa amostra representa a depressão de forma mais abrangente, atribuindo a depressão a múltiplos fatores inseridos no nosso quotidiano, considerando preponderante o entendimento do ambiente socioeconómico para determinar quais os fatores de maior relevo no diagnóstico. Esta visão mais global não dispensou a análise de variáveis na sua individualidade, como o género e a idade, identificando e classificando-os como elementos preponderantes na representação da depressão como uma patologia mais complexa do que transparece para o público.

Em jeito de encerramento, os discursos e as práticas sobre a depressão reforçam os processos socialmente determinados da construção das experiências na doença e inscrevem-se num universo complexo, onde argumentos leigos se cruzam com ditames

periciais reveladores da importância do modelo biomédico como instância de regulação de comportamentos e sentidos nas sociedades contemporâneas.

Referências Bibliográficas

Artigos de publicações em série

- AHO, Kevin (2008), “Medicalizing Mental Health: A Phenomenological Alternative”, *J Med Humanit.* vol. 9, n.º 4, (julho de 2008), pp.243-259, [Consultado a 15.10.2014]. Disponível em: <<http://pages.towson.edu/garcia/medical%20sociology/2011%20FALL%20MEDICAL%20SOCI/MedicalizingMentalHealth.pdf>>
- ALVES, Ana Alexandra M.; RODRIGUES, Nuno Filipe R. (2010), “Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* vol. 28, n.º 2, (setembro de 2010), pp. 127-131, [Consultado a 03.03.2015]. Disponível em: <<https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/vol-2-2010/2-Determinantes%20sociais%20e%20economicos%20da%20Saude%20Mental.pdf>>
- ANDREWS, Bernice; WILDING, John M. (2004), “The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students”, *British Journal of Psychology.* vol. 95, pp. 509-521, [Consultado a 10.12.2014]. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/0007126042369802/pdf>>
- ARMSTRONG, David (1985), “The subject and the social in medicine: an appreciation of Michel Foucault”, *Sociology of Health & Illness.* vol. 7, n.º 1, pp. 108-117, [Consultado a 14.01.2015]. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep10831391/epdf>>
- BARNEY, Lisa J. *et al.* (2009), “Exploring the nature of stigmatizing beliefs about depression and help-seeking: Implications for reducing stigma”, *BMC Public Health.* vol. 9, n.º 61, (fevereiro de 2009), [Consultado a 05.03.2015]. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-9-61.pdf>>
- BAYRAM, Nuran; BILGEL, Nazan (2008), “The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students”, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* vol. 43, (março de 2008), pp. 667-672, [Consultado a 15.10.2014]. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s00127-008-0345-x/fulltext.html>>

- BLATT, Sidney J.; D’AFFLITTI, Joseph P.; QUINLAN, Donald M. (1976), “Experiences of Depression in Normal Young Adults”, *Journal of Abnormal Psychology*. vol. 85, n.º 4, pp. 383-389, [Consultado a 05.03.2015]. Disponível em: <<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=859cd949-1ee6-486f-ad3b-4d432c40fc80%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4114>>
- BONELLI, Maria da Gloria. (2004), “Arlie Russell Hochschild e a sociologia das emoções”, *Cadernos Pagu*. n.º 22, (janeiro/junho de 2004), pp. 357-372, [online]. 2004, n.22, pp. 357-372, [Consultado a 13.01.2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332004000100015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>
- BROWN, George W. (2002), “Social Roles, Context and Evolution in the Origins of Depression”, *Journal of Health and Social Behavior*. vol. 43, n.º 3, (setembro de 2002), pp. 255-276, [Consultado a 09.03.2015]. Disponível em: <[http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared%20Documents/4%20Developmental%20Psychopathology%20and%20Risk%20\(24\)/Brown%202002.pdf](http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared%20Documents/4%20Developmental%20Psychopathology%20and%20Risk%20(24)/Brown%202002.pdf)>
- BROWN, Jennifer L.; VANABLE, Peter A.; ERIKSEN, Michael D. (2008), “Computer-assisted self-interviews: A cost effectiveness analysis”, *Behavior Research Methods*. vol. 40, n.º 1, pp. 1-7, [Consultado a 08.12.2014]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2572260/>>
- CAPONI, Sandra (2009), “Biopolítica e medicalização dos anormais”, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. vol. 19, n.º 2, (março de 2009), pp. 529-549, [Consultado a 04.02.2015]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n2/v19n2a16.pdf>>
- CONRAD, Peter (1992), “Medicalization and Social Control”, *Annual Review of Sociology*. vol. 18, pp. 209-232, [Consultado a 15.10.2014]. Disponível em: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=874176a5-65bf-476c-b1fa-972bad393d7a%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4108>>
- CONRAD, Peter (2005), “The Shifting Engines of Medicalization”, *Journal of Health and Social Behavior*. vol. 46, (março de 2005), pp. 3-14, [Consultado a 07.01.2015]. Disponível em: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=2257284b-9385-47a5-b493-8a225fba77d1%40sessionmgr4004&vid=1&hid=4108>>

- CONRAD, Peter; LEITER, Valerie (2004), “Medicalization, Markets and Consumers”, *Journal of Health and Social Behavior*. vol. 45, pp. 158-176, [Consultado a 15.10.2014]. Disponível em: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=06a3f9bc-af43-4cd6-b75f-38900b0487c8%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4108>>
- COOPER-PATRICK, Lisa *et al.* (1997), “Identification of Patient Attitudes and Preferences Regarding Treatment of Depression”, *J Gen Intern Med*. vol. 12, (julho de 1997), pp. 431-438, [Consultado a 10.12.2014]. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1525-1497.1997.00075.x/pdf>>
- DAVIES, James (2011), “Positive and Negative Models of Suffering: An Anthropology of Our Shifting Cultural Consciousness of Emotional Discontent”, *Anthropology of Consciousness*. vol. 22, n.º 2, pp. 188-208, [Consultado a 22.01.2015]. Disponível em: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=8f911438-0c8d-4b0d-ac4e-6cce945603be%40sessionmgr4002&vid=0&hid=4108>>
- DWORKIN, Ronald W. (2001), “The medicalization of unhappiness”, *Public Interest*. n.º 144, pp. 85-128, [Consultado a 15.10.2014]. Disponível em: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=b59d8a77-ac5f-4a8d-91cf-d9ad57f9d374%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4108>>
- EPSTEIN, Ronald M. *et al.* (2010), “«I Didn’t Know What Was Wrong»: How People With Undiagnosed Depression Recognize, Name and Explain Their Distress”, *Journal of General Internal Medicine*. vol. 25, n.º 9, (maio de 2010), pp. 954-961, [Consultado a 02.03.2015]. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2917673/pdf/11606_2010_Article_1367.pdf>
- FAINZANG, Sylvie (2013), “The Other Side of Medicalization: Self-Medicalization and Self-Medication”, *Cult Med Psychiatry*. n.º 37, (julho de 2013), pp. 488-504, [Consultado a 07.01.2015]. Disponível em: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11013-013-9330-2/fulltext.html>>
- FERNANDES, Conceição S.; FALCONE, Eliane M. O.; SARDINHA, Aline (2012), “Deficiências em habilidades sociais na depressão: estudo comparativo”, *Psicologia: Teoria e Prática*. vol. 14, n.º 1, pp. 183-196, [Consultado a 02.03.2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000300018&lng=en&tlng=en>

- FONSECA, Aline A.; COUTINHO, Maria da Penha L.; AZEVEDO, Regina L. W. (2008), “Representações Sociais da Depressão em Jovens Universitários Com e Sem Sintomas para Desenvolver a Depressão”, *Psicologia: Reflexão e Crítica*. vol. 21, n.º 3, p. 492-498, [Consultado a 03.02.2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0102-79722008000300018&pid=S0102-79722008000300018&pdf_path=prc/v21n3/v21n3a18.pdf>
- FOX, Renée C. (1977), “The Medicalization and Demedicalization of American Society”, *Daedalus*. vol. 106, n.º 1, pp. 9-22, [Consultado a 07.01.2015]. Disponível em: <<http://www.jstor.org/stable/pdf/20024452.pdf?acceptTC=true>>
- GAMA, Carlos; CAMPOS, Rosana; FERRER, Ana (2014), “Saúde Mental e Vulnerabilidade Social: a direção do tratamento”, *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. vol. 17, n.º 1, (março de 2014), pp. 69-84, [Consultado a 19.02.2015]. Disponível em: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=1fb2b673-91c5-46ee-ac98-8db737daa161%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4108>>
- GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco (2012), “O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização”, *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. vol. 16, n.º 40, (janeiro/março de 2012), pp. 21-34, [Consultado a 04.02.2015]. Disponível em: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=852383d3-8f32-4f89-be2a-bc4303de46df%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4108>>
- GOVE, Walter R. (1970), “Societal Reaction as an Explanation of Mental Illness: An Evaluation”, *American Sociological Review*. vol. 35, n.º 5, pp. 873-884, [Consultado a 02.03.2015]. Disponível em: <<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=c610da59-d28b-4ee2-a4ff-ee16bc2d908d%40sessionmgr112&vid=1&hid=126>>
- HARWOOD, Valerie (2011), “Connecting the Dots: Threat Assessment, Depression, and The Troubled Student”, *Curriculum Inquiry*. vol. 41, n.º 5, pp. 586-609, [Consultado a 02.03.2015]. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-873X.2011.00566.x/epdf>>

- HASLAM, Nick (2003), “Folk Psychiatry: Lay Thinking about Mental Disorder”, *Social Research*. vol. 70, n.º 2, pp. 621-644, [Consultado a 02.12.2014]. Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=bca785af-d99b-4457-9639-15d24c5914fd%40sessionmgr112&vid=1&hid=126>>
- HASLAM, Nick; BAN, Lauren; KAUFMANN, Leah (2007), “Lay conceptions of mental disorder: The folk psychiatry model”, *Australian Psychologist*. vol. 42, n.º 2, (junho de 2007), pp. 129-137, [Consultado a 02.12.2014]. Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=6a6461aa-9ea9-4bcf-a726-50028e973a6c%40sessionmgr113&vid=1&hid=126>>
- HASLAM, Nick; GIOSAN, Cezar (2002), “The Lay Concept of Mental Disorder among American Undergraduates”, *Journal of Clinical Psychology*. vol. 58, n.º 4, pp. 479-485, [Consultado a 02.12.2014]. Disponível em: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=ba57fb8e-d0ee-4ae1-b67b-014601e537a4%40sessionmgr110&vid=1&hid=126>>
- HORWITZ, Allan V. (2010), “How an Age of Anxiety Became an Age of Depression”, *The Milbank Quarterly*. vol. 88, n.º 1, pp. 112-138, [Consultado a 04.02.2015]. Disponível em: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=7ad6177d-63c6-4363-9eb4-64fbc0d5dc8e%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4108>>
- HORWITZ, Allan V. (2011), “Naming the problem that has no name: creating targets for standardized drugs”, *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. vol. 42, n.º 4, pp. 427-433, [Consultado a 14.01.2015]. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1369848611000380>>
- HORWITZ, Allan V.; WAKEFIELD, Jerome C. (2005), “The age of depression”, *The Public Interest*. vol. 158, pp. 39-58, [Consultado a 10.02.2015]. Disponível em: http://www.nationalaffairs.com/doclib/20080711_200515803TheageofdepressionALLANVHORWITZ.pdf>
- ILLICH, Ivan (1982), “Medicalization and primary care”, *Journal of the Royal College of General Practitioners*. vol. 32, n.º 241, (agosto de 1982), pp. 463-470, [Consultado a 17.02.2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1972593/pdf/jroyalcgprac00092-0009.pdf>>

- INGLEBY, David (1982), “A Construção Social da Doença Mental”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*. n.º 9, (junho de 1982), pp. 87-113, [Consultado a 27.02.2015]. Disponível em: <<http://www.ces.uc.pt/rccs/includes/download.php?id=175>>
- KARASZ, Alison (2005), “Cultural differences in conceptual models of depression”, *Social Science & Medicine*. vol. 60, pp. 1625-1635, [Consultado a 04.12.2014]. Disponível em: <http://www.researchgate.net/profile/Alison_Karasz/publication/6252192_Cultural_differences_in_conceptual_models_of_everyday_fatigue_a_vignette_study/links/53d26c2a0cf220632f3c9977.pdf>
- LAPOINTE, Karen A.; CRANDELL, Cathy J. (1980), “Relationship of Irrational Beliefs to Self-Reported Depression”, *Cognitive Therapy and Research*. vol. 4, n.º 2, pp. 247-250, [Consultado a 04.03.2015]. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF01173656>>
- LEE, Catherine *et al.* (2014), “A closer look at self-esteem, perceived social support, and coping strategy: a prospective study of depressive symptomatology across the transition to college”, *Journal of Social and Clinical Psychology*. vol. 33, n.º 6, pp. 560-585, [Consultado a 10.12.2014]. Disponível em: <<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=3f9e34dc-494c-41eb-944b-796930eead75%40sessionmgr115&vid=1&hid=119>>
- LEWINSOHN, Peter M. *et al.* (1980), “Social Competence and Depression: The Role of Illusory Self-Perceptions”, *Journal of Abnormal Psychology*. vol. 89, n.º 2, pp. 203-212, [Consultado a 04.03.2015]. Disponível em: <<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=a2c41329-e9fc-4c16-9df4-42925a963f2a%40sessionmgr198&vid=1&hid=119>>
- LINK, Bruce G. *et al.* (1999), “Public Conceptions of Mental Illness: Labels, Causes, Dangerousness, and Social Distance”, *American Journal of Public Health*. vol. 89, n.º 9, (setembro de 2009), pp. 1328-1333, [Consultado a 04.03.2015]. Disponível em: <<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=984a9964-5360-46f4-bb16-2b32d7862fe4%40sessionmgr112&vid=1&hid=119>>
- LOUREIRO, Luís *et al.* (2012), “Reconhecimento da depressão e crenças sobre procura de ajuda em jovens portugueses”, *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. n.º 7, (junho de 2012), pp. 13-17, [Consultado a 19.02.2015]. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n7/n7a03.pdf>>

- MCPHERSON, Susan; ARMSTRONG, David (2006), “Social determinants of diagnostic labels in depression”, *Social Science & Medicine*. vol. 62, n.º 1, pp. 50-58, [Consultado a 04.03.2015]. Disponível em: <http://www.academia.edu/458050/Social_determinants_of_diagnostic_labels_in_depression>
- MORRIS, William N.; REILLY, Nora P. (1987), “Toward the self-regulation of mood: Theory and Research”, *Motivation and Emotion*. vol. 11, n.º 3, pp. 215-249, [Consultado a 15.10.2014]. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2F001412>>
- NETO, Cecília; ALVES, Fátima (2012), “A experiência subjetiva com a doença mental: o caso da depressão”, *Sociologia, Problemas e Práticas*. n.º 70, pp. 111-129, [Consultado a 18.02.2015]. Disponível em: <<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=bd6d2143-e79d-4a73-9a03-8f9bff86bdf3%40sessionmgr115&vid=0&hid=119>>
- PILGRIM, David; BENTALL, Richard (1999), “The medicalisation of misery: A critical realist analysis of the concept of depression”, *Journal of Mental Health*. vol. 8, n.º 3, pp. 261-274, [Consultado a 09.03.2015]. Disponível em: <<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=c3b57378-4944-4a4f-9c84-94486407df96%40sessionmgr113&vid=1&hid=119>>
- PILGRIM, David; ROGERS, Anne (2005), “Social psychiatry and sociology”, *Journal of Mental Health*. vol. 14, n.º 4, (agosto de 2005), pp. 317-320, [Consultado a 15.10.2014]. Disponível em: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=a58c4fd5-3a5c-4871-956f-6b9d29ec852c%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4103>>
- PILGRIM, David; TOMASINI, Floris (2012), “On being unreasonable in modern society: are mental health problems special?”, *Disability & Society*. vol. 27, n.º 5, (abril de 2012), pp. 631-646, [Consultado a 04.03.2015]. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09687599.2012.669108>>

- RISO, Brígida (2013), “A Construção da Escola como Lugar de Saúde. Contributo para uma reflexão sobre as políticas de saúde escolar na sociedade portuguesa contemporânea”, *Educação, Sociedade & Culturas*. n.º 38, pp. 77-97, [Consultado a 14.01.2015]. Disponível em: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=334893d3-33db-4d26-9ac6-134bf0191d8a%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4103>>
- SHIH, Tse-Hua; FAN, Xitao (2008), “Comparing Response Rates from Web and Mail Surveys: A Meta-Analysis”, *Field Methods*. vol. 20, n.º 3, (abril de 2008), pp. 249-271, [Consultado a 08.12.2014]. Disponível em: <<http://fmj.sagepub.com/content/20/3/249.full.pdf+html>>
- SILVA, Luísa F.; ALVES, Fátima (2011), “Compreender as racionalidades leigas sobre saúde e doença”, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. vol. 21, n.º 4, (novembro de 2011), pp. 1207-1229, [Consultado a 05.03.2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0103-73312011000400003&pid=S0103-73312011000400003&pdf_path=physis/v21n4/a02v21n4.pdf>
- STARR, Susannah; MOULDS, Michelle L. (2006), “The role of negative interpretations of intrusive memories in depression”, *Journal of Affective Disorders*. vol. 93, (maio de 2006), pp. 125-132, [Consultado a 04.03.2015]. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032706001145>>
- SUPPLE, Andrew J.; AQUILINO, William S.; WRIGHT, Debra L. (1999), “Collecting Sensitive Self-Report Data with Laptop Computers: Impact on the Response Tendencies of Adolescents in a Home Interview”, *Journal of Research on Adolescence*. vol. 9, n.º 4, pp. 467-488, [Consultado a 08.12.2014]. Disponível em: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=ddd0226b-b019-4c33-8eb7-17d8aa651376%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4103>>
- SZASZ, Thomas S. (1961), “The uses of naming and the origin of the myth of mental illness”, *American Psychologist*. vol.16, n.º 2, pp. 59-65, [Consultado a 06.03.2015]. Disponível em: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=a083d465-f28d-4ed3-bb9c-a6594dccc8f%40sessionmgr4005&vid=1&hid=4103>>

- SZASZ, Thomas (1994), “Mental Illness Is Still a Myth”, *Society*. vol. 31, n.º 4, (maio/junho de 1994), pp. 34-39, [Consultado a 06.03.2015]. Disponível em: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=0eaa7f09-1f3c-4912-95d7-29529582ac55%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4103>>
- SZASZ, Thomas (2003), “Psychiatry and the control of dangerousness: on the apotropaic function of the term «mental illness»”, *Journal of Social Work Education*. vol. 39, n.º 3, p. 375-381, [Consultado a 06.03.2015]. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1733760/pdf/v029p00227.pdf>>
- TURNER, C. F. *et al.* (1998), “Adolescent Sexual Behavior, Drug Use, and Violence: Increased Reporting with Computer Survey Technology”, *Science*. vol. 280, (maio de 2008), pp. 867-873, [Consultado a 08.12.2014]. Disponível em: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=18d1f18a-b076-4ffa-ab7a-198acad67a6d%40sessionmgr4001&vid=1&hid=4103>>
- VARUL, Matthias Zick (2010), “Talcott Parsons, the Sick Role and Chronic Illness”, *Body & Society*. vol. 16, n.º 2, (julho de 2010), pp. 72-94, [Consultado a 13.01.2015]. Disponível em: <<http://bod.sagepub.com/content/16/2/72.full.pdf>>
- VIEIRA, Kay; COUTINHO, Maria da Penha (2008), “Representações Sociais da Depressão e do Suicídio Elaboradas por Estudantes de Psicologia”, *Psicologia, Ciência e Profissão*. vol. 28, n.º 4, pp. 714-727, [Consultado a 13.02.2015]. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1414-98932008000400005&pid=S1414-98932008000400005&pdf_path=pcp/v28n4/v28n4a05.pdf>
- ZOLA, Irving K. (1972), “Medicine as an Institution of Social Control”, *The Sociological Review*. vol. 20, n.º 4, pp. 487-504, [Consultado a 17.02.2015]. Disponível em: <<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=5e49e295-2416-486e-ba4c-8e4f1b20eb20%40sessionmgr4003&vid=1&hid=4103>>
- ZORZANELLI, Rafaela T.; ORTEGA, Francisco; JÚNIOR, Benilton B. (2014), “Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010”, *Ciência & Saúde Coletiva*. vol. 19, n.º 6, pp. 1859-1868, [Consultado a 13.01.2015]. Disponível em: <<http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=d7d61345-beb6-451a-aef6-1b296e61e796%40sessionmgr112&vid=0&hid=119>>

Artigos jornalísticos

- FERREIRA, Ana Bela (2015), “Portugueses compram 23 mil caixas de antidepressivos por dia”, *Diário de Notícias*. (1 de abril). Disponível em: <http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=4487183>
- NORTE, Helena (2013), “Portugal tem a taxa mais elevada de doenças mentais da Europa”, *Jornal de Notícias*. (10 de outubro). Disponível em: <http://www.jn.pt/PaginaInicial/Nacional/Saude/interior.aspx?content_id=3468885>
- “Número de adolescentes que recorre à urgência com problemas mentais subiu”, *Observador*. (16 de março de 2015). Disponível em: <<http://observador.pt/2015/03/16/numero-adolescentes-recorre-urgencia-problemas-mentais-subiu/>>

Monografias

- ALMEIDA, João Ferreira de; PINTO, José Madureira (1995) – *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença. 5ª Edição. ISBN: 972-23-1231-6.
- CASTEL, Françoise; CASTEL, Robert; LOVELL, Anne (1982) – *The Psychiatric Society*. Nova Iorque: Columbia University Press. ISBN: 978-0231052443.
- CRESWELL, John W. (2014) – *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 4ª Edição. Londres: Sage Publications. ISBN: 978-1-4522-7461-4.
- FREIXO, Manuel João Vaz (2012) – *Metodologia Científica*. Lisboa: Instituto Piaget. 4ª Edição. ISBN: 978-989-659-114-4.
- GEORGE, Darren; MALLERY, Paul (2003) – *SPSS for windows step by step: a single guide and reference (11.0 update)*. Boston: Allyn & Bacon. ISBN: 978-0205375523.
- MANN, Chris; STEWART, Fiona (2000) – *Internet Communication and Qualitative Research*. Londres: Sage Publications. ISBN: 0-7619-6627-7.
- PEREIRA, Alexandre (2009) – *SPSS – Guia prático de utilização*. Lisboa: Edições Sílabo. 2ª Edição. ISBN: 972-618-212-3.
- QUIVY, Raymond; VAN CAMPENHOUDT, Luc (2003) – *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva. 3ª Edição. ISBN: 972-662-275-1.

Relatórios científicos e técnicos

- AMELE, Chiara; FREW, Stuart; URQUÍA, Norman (2013), *European profile of prevention and promotion of mental health (EuroPoPP-MH)*. Bruxelas: Comissão

Europeia, [Consultado a 10.04.2015]. Disponível em:
<http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/europopp_full_en.pdf>

• AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION – APA (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.

[Consultado a 15.12.2014]. Disponível em:
<<http://www.terapiacognitiva.eu/dwl/dsm5/DSM-5.pdf>>

• EUROBARÓMETRO 345 (2010), *Mental Health*, [Consultado a 19.01.2015]. Disponível em: <http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_345_en.pdf>

• INFARMED (2012), *Prontuário Terapêutico – 11*. Lisboa: Ministério da Saúde. ISBN: 978-989-8369-11-6. [Consultado a 17.04.2015]. Disponível em:
<http://www.infarmed.pt/portal/pls/portal/!PORTAL.wwpob_page.show?_docname=8944263.PDF>

• OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - OPSS (2014), *Relatório de Primavera 2014. Saúde: síndrome de negação*. [Consultado a 14.03.2015].

Disponível em:
<<http://www.esesjd.uevora.pt/content/download/300/1482/version/1/file/RelatC3rio+Primavera+2014+-+28junho.pdf>>

Sites consultados

• *American Psychological Association* - <http://www.apa.org/index.aspx>

• *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>

• Direção-Geral da Saúde - <https://www.dgs.pt/>

• Organização Mundial da Saúde - <http://www.who.int/en/>

• Parlamento Europeu - <http://www.parleurop.pt/>

• Universidade do Porto - https://sigarra.up.pt/up/pt/web_page.inicial

Anexos

Anexo 1 – Exemplo de inquérito por questionário administrado *online*

Sentimentos Depressivos na Universidade: Representações e Comportamentos

O meu nome é João Miranda e sou estudante de mestrado no Departamento de Sociologia da Faculdade de Letras da UPorto. Estou, neste momento, a preparar uma dissertação que incide no tema da depressão entre os estudantes universitários. O objetivo do meu estudo é perceber o que pensam os estudantes universitários sobre a depressão e sobre as formas como se manifesta e trata. O meu trabalho está a ser orientado pela Prof^a Alexandra Lopes. No âmbito do meu estudo, construí um questionário que gostaria de te convidar a preencher. O teu contributo será de grande importância para a concretização do meu trabalho.

Este questionário está a ser enviado para todos os estudantes da UPorto através do sistema de email dinâmico. A participação no estudo é voluntária e só ocupará cerca de 5 minutos do teu tempo.

O questionário inclui perguntas onde te peço opiniões sobre a depressão e questões sobre alguns comportamentos e práticas nesse domínio.

A informação recolhida será analisada apenas no âmbito da preparação da minha dissertação. Os dados serão mantidos confidenciais e arquivados em suporte de acesso reservado. Não será pedida nenhuma informação de identificação pessoal. Desde já agradeço muito a tua colaboração.

Curso _____

Ano de Inscrição _____

Faculdade _____

Gostaria de começar por lhe colocar algumas questões sobre aquilo que pensa em relação à depressão.

Das seguintes frases, seleciona aquela que melhor descreve o que pensas que é a depressão:
(escolhe apenas uma, aquela que melhor descreve a tua opinião)

- Depressão é uma doença com origem no sistema nervoso;
- Depressão é uma doença relacionada com o quotidiano urbano;
- Depressão não é uma verdadeira doença;
- Depressão é uma doença relacionada com ideias e pensamentos negativos dos indivíduos;
- Depressão é uma doença mental;
- Depressão é uma doença incapacitante;
- Depressão é uma doença orgânica, com origem no tecido cerebral;

Na seguinte lista assinala os sintomas que, na tua opinião, são sintomas depressivos
(escolhe todos os que quiseres)

- Tristeza prolongada;
- Falta de vontade para realizar atividades do quotidiano;
- Incapacidade de realizar atividades do quotidiano;
- Solidão;
- Isolamento;
- Ansiedade;
- Esgotamento;
- Fraqueza;
- Insónias;
- Capacidades de raciocínio diminuídas;
- Descuido da imagem;

Na tua opinião, qual é a melhor forma de tratar a depressão?
(escolhe apenas uma, aquela que consideras a melhor de todas)

- Internamento em instituições hospitalares;
- Acompanhamento terapêutico de profissionais da medicina, sem recurso a internamento;
- Administração de medicamentos;
- Acompanhamento terapêutico não-médico;
- Incremento das relações familiares e do círculo de amigos;
- Domínio da própria identidade;
- Não tem cura;

Na tua opinião, o que sentem os indivíduos com sentimentos depressivos?
(escolhe todos os que quiseres)

- Ocultam a sua situação perante os outros indivíduos;
- Sentem incompreensão no círculo de amigos;
- Sentem incompreensão na família nuclear;
- Sentem incompreensão na faculdade/trabalho;
- Sentem o estigma depois de relatar o que sentem;
- Falta ou inexistência de auto-estima;
- Receio de ficar “doido”;
- Falta de esperança;
- Ansiedade;
- Não conseguem encarar o quotidiano;

- Isolamento;
- Solidão;
- Tristeza prolongada;
- Vontade de morrer;
- Insónias;
- Capacidades de raciocínio diminuídas;

Na seguinte lista, indica quais são, na tua opinião, as possíveis causas de depressão
(escolhe todas as que quiseres)

- Comportamentos provenientes do ambiente familiar;
- Falta de empatia com os restantes indivíduos;
- Atividades do quotidiano;
- Herança genética;
- Elementos orgânicos;
- Transtornos nas relações familiares;
- Transtornos nas relações de amizade;
- Desemprego;
- Stress laboral;
- Instabilidade contratual;
- Violência;
- Consumo de drogas;
- Gravidez;
- Maternidade/paternidade
- Separação/divórcio;
- Morte de alguém próximo;
- Perspetivas do presente/futuro goradas;
- Endividamento;
- Incapacidade económica para criar hábitos de consumo;
- Desenvolvimento da personalidade;
- Solidão;

Utilizando a seguinte escala, como achas que será manter uma relação próxima com uma pessoa com depressão?

- Muito mais difícil do que com uma pessoa sem depressão
- Mais difícil do que com uma pessoa sem depressão
- Igual a uma relação com uma pessoa sem depressão
- Mais fácil do que com uma pessoa sem depressão
- Muito mais fácil do que com uma pessoa sem depressão

Agora gostaria de mudar um pouco de tema e colocar-lhe algumas questões sobre si.

No último ano recorreste a algum tipo de ajuda médica por te sentires deprimido?

Sim

Não

Se sim, que tipo de médico procuraste?

Médico de Família

Psiquiatra

Outro. Qual? _____

Quantas vezes procuraste esse médico no último ano? _____

No último ano recorreste a algum medicamento anti-depressivo por te sentires deprimido?

Sim

Não

Se sim, esse medicamento foi prescrito por um médico?

Sim

Não, foi-me aconselhado por pessoas próximas

Não, fui eu que tomei a iniciativa de o tomar

Se sim, que medicamento ou medicamentos tomaste? _____

Com que frequência tomaste essa medicação?

Diariamente

Uma vez por semana

De vez em quando

Uma vez apenas

Conheces algum amigo/colega da faculdade que tenha recorrido a algum tipo de ajuda médica por se sentir deprimido?

Sim

Não

Conheces algum amigo/colega da faculdade que tenha recorrido a algum medicamento antidepressivo por se sentir deprimido?

Sim

Não

A quem recorres quando te sentes doente ou quando necessitas de algum tipo de aconselhamento sobre a tua saúde?

Família

Amigos

Médico

Farmacêutico

Outro. Qual? _____

No último ano, alguma vez te sentiste doente e não foste ao médico por não poderes pagar essa despesa?

Frequentemente

Algumas vezes

Nunca

Estamos quase a terminar. Queria apenas perguntar-te algumas questões sociodemográficas que nos ajudam na análise de dados.

Género

Feminino

Masculino

Idade _____

Localidade _____

Presentemente, vives na região do Grande Porto?

Sim

Não

Residência

Campus

Resides com família

Resides com outros que não família

Resides sozinho

Quantas pessoas residem contigo no mesmo agregado?

(sem contar contigo)

Estado Civil

Solteiro

Casado

União de Facto

Divorciado/Separado

Viúvo

Se o estado civil não for casado/união de facto, estás envolvido em alguma relação amorosa atualmente?

Sim

Não

Tens filhos?

Sim

Não

Se sim, quantos? _____

Situação Profissional

Estudante

Trabalhador-estudante

(Se estudante) Como avalias a carga de trabalho que te é exigida no curso que frequentas? (escolhe a frase que melhor descreve a tua situação)

Consigo dar resposta a tudo sem grande dificuldade

Tenho alguma dificuldade em dar resposta a tudo o que é pedido

Não consigo dar resposta a tudo o que é pedido

(Se trabalhador-estudante) Como descreverias a carga de trabalho que necessitas de desenvolver quotidianamente? (escolhe a frase que melhor descreve a tua situação)

Não tenho nenhuma dificuldade em conciliar a minha profissão e as exigências da faculdade e das unidades curriculares que frequento

Tenho alguma dificuldade em conciliar a minha profissão com as exigências da faculdade e das unidades curriculares que frequento

Não consigo compatibilizar as solicitações da minha profissão com as exigências da faculdade e das unidades curriculares que frequento

Qual o rendimento mensal (líquido) do teu agregado familiar?

< 500€

500 a 1.000€

1.000€ a 1.500€

1.500€ a 2.000€

> 2.000€

Como classificarias a tua situação financeira atual?

Consigo pagar as minhas despesas sem dificuldade

Consigo pagar as minhas despesas mas com alguma dificuldade

Não consigo pagar todas as minhas despesas

Chegamos ao fim. Gostaria de agradecer a tua colaboração. Se quiseres que te seja enviado, no final do estudo, um breve sumário das principais conclusões deste projeto, por favor regista o teu email

(esta informação é confidencial)