



Departamento de Sociologia

## A Experiência Subjectiva com a Doença Mental Crónica

### Estudo Exploratório sobre os Impactos na Vida Quotidiana em sujeitos diagnosticados com Depressão Crónica

Cecília Maria Jesus Neto

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Sociologia da Saúde e da Doença

Orientador:  
Doutora Maria de Fátima Pereira Alves,  
Universidade Aberta

Co-orientadora:  
Doutora Graça Carapinheiro  
ISCTE-IUL

Outubro, 2010

*E Algo raro há... dentro*

*Da pessoa que eu era...*

*E Esta... não sente o mesmo...*

*Poderá ser loucura... isto?*

Emily Dickinson, "The First Day's Night Had Come" (1955)

## **Agradecimentos**

Impõe-se neste momento, deveras importante para mim e para todos aqueles que partilharam esta etapa do meu itinerário de aprendizagem, um espaço para palavras de agradecimento e reconhecimento, bem como para alguns comentários a propósito do percurso deste trabalho académico.

Neste percurso, marcado por uma aprendizagem constante, algumas fases do trabalho impuseram uma exposição inquietante (se bem que ao mesmo tempo incrivelmente fascinante) a este mundo da investigação deixada em suspenso desde 1995 (data de término da minha licenciatura em Sociologia, variante de Sociologia Industrial, da Empresa e do Trabalho) e com um novo apelo em 2004/2005 (Pós-graduação no Curso Gerir Projectos em Parceria).

Em primeiro lugar, a expressão da minha gratidão e respeito a todos os 12 indivíduos que aceitaram espontânea e voluntariamente colaborar na investigação, a serem entrevistados, e a partilhar comigo as suas experiências de viver com o sofrimento designado pelo modelo biomédico de Doença Mental – Depressão Crónica.

Em segundo lugar, os agradecimentos institucionais. Quero agradecer o carinho, o interesse e a disponibilidade inestimáveis de todos os profissionais do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Oeste Norte onde decorreu esta investigação, destaco: a Dr.<sup>a</sup> Paula Teresa de Carvalho (Psiquiatra e responsável do Serviço) que autorizou e permitiu o desenvolvimento da pesquisa, com quem trabalho desde 1998 e despertou em mim o gosto por estas áreas da vida e do conhecimento neste domínio da Saúde e da Doença Mental; a Dr.<sup>a</sup> Celeste (Psicóloga) e a Enfermeira Lídia (com especialidade em Saúde Mental) dinamizadoras do grupo dos doentes com diagnóstico de Depressão Crónica que facilitaram o acesso e a realização das entrevistas aos indivíduos pertencentes ao grupo, ou não; e à restante equipa por toda a disponibilidade na discussão de algumas ideias e instrumentos de investigação. Este trabalho, acima de tudo, não seria possível sem o apoio e o incentivo de todos vós.

À instituição onde trabalho, Centro de Educação Especial Rainha Dona Leonor, por aceitar e permitir o recurso ao estatuto de Trabalhador-Estudante com todas as implicações de tempo de quem faz um mestrado com empenho e dedicação e trabalha em simultâneo.

Agradeço à Doutora Fátima Alves, orientadora desta investigação, por ter acreditado neste trabalho e por me ter dado a oportunidade e privilégio de com ela trabalhar e aprender. Para ela, a minha gratidão por este período de felicidade e aprendizagem numa área de

investigação que me ajudou a compreender e a gostar ainda mais. Sem ela, com todo o seu apoio, palavras de estímulo (principalmente nos momentos mais difíceis), rigor e conhecimento não teria conseguido acabar desta forma que tanto me apraz.

Gostaria de referenciar o grupo de Seminário de Investigação dinamizado pela Doutora Graça Carapinheiro, também Co-orientadora do presente trabalho, que me permitiu questionar o projecto inicial e definir as linhas de investigação a seguir. Acho que deveria desenvolver-se no decurso de todo o 2º ano do mestrado. Agradeço a oportunidade de troca de experiências e conhecimentos que partilhou com todos nós. E aos colegas de mestrado que apresentaram e discutiram as questões de partida do presente estudo.

Aos meus amigos por me terem apoiado, com as suas palavras encorajadoras e de compreensão, nos momentos de solidão e desespero inerentes a quem trabalha, tem família (duas filhas) e se dedica a um trabalho de investigação.

Ainda, uma palavra muito especial à minha família, principalmente à minha mãe Filomena, ao meu Pai Joaquim e ao meu irmão João, pela forma como está presente em todos os momentos da minha vida e que se reflecte naquilo que eu hoje sou e consigo construir. Neles descansei o peso da minha responsabilidade, nomeadamente a de mãe.

E ainda, ao meu marido, Marco, pois graças a ele foi possível, durante vários momentos, viver exclusivamente para esta investigação. A ele agradeço a sua compreensão por ter suportado o meu “temperamento” obsessivo e mau feitio que nas alturas de maior tensão aumentou consideravelmente e chegando a por em causa coisas que me são muito valiosas.

Finalmente, às minhas filhas, Leonor e Joana, pelo tempo que este trabalho lhes roubou e pela grande prova de amizade e tolerância que, apesar de pequeninas, demonstraram quando lhes “roubava” algumas noites e fins-de-semana para desenvolvimento do trabalho. E à Leonor, se calhar por ser mais velhinha, me ajudou a cuidar da irmã e quando lhe agradecia referia muitas vezes: “deixa lá mãe, se é importante para ti, também é para nós, a gente compreende”. E à Joana, pelos mimosos, sorrisos e os inúmeros desenhos que fez enquanto eu trabalhava (davam para publicar um livro). Elas obrigaram-me a tornar-me metódica e pragmática na gestão das tarefas domésticas e disciplinada no presente trabalho. Apenas espero que este percurso tenha sido um exemplo para elas, nomeadamente o de que nem tudo é fácil na vida e de que nunca se desiste de um projecto que é importante e simbólico para nós, sobretudo pelo prazer e felicidade de aprender, conhecer, compreender e chegar ao fim com a missão cumprida.

## Resumo

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) coloca a depressão crónica como sendo actualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo, ocupando o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia. Situação ainda mais expressiva pois estima-se que em 20 anos a depressão crónica venha a ocupar a segunda das principais causas de doenças no mundo.

O presente estudo surge na continuidade da experiência profissional desenvolvida no âmbito da Reabilitação Social na área da deficiência e da doença mental, onde o trabalho comunitário e o contacto com o fenómeno da doença mental trouxe inquietações sobre a forma como os indivíduos, suas famílias e comunidade elaboram as suas compreensões sobre a doença e sobre o doente mental.

Neste contexto, interessou-me perceber como é que os próprios sujeitos que vivenciam a depressão a entendem, a explicam e interpretam, a introduzem no seu quotidiano e lidam com as suas consequências e impactos nos vários níveis e contextos onde a sua vida decorre. Procurámos, através dos discursos dos próprios ter acesso às vivências, aos sentidos e aos significados do viver com uma depressão crónica. Assim, a questão principal que conduziu a presente investigação foi: Qual o impacto do diagnóstico psiquiátrico de depressão crónica na trajectória de vida do sujeito?

Trata-se de uma pesquisa de carácter exploratório e enquadra-se numa metodologia qualitativa e intensiva. Foi utilizada a técnica da entrevista por referência ao estudo das histórias de vida. Procurámos obter informações dos sujeitos por meio de entrevista com recurso a um instrumento semi-estruturado. A análise e interpretação da informação recolhida assentaram na técnica da análise de conteúdo e recorremo-nos das opções teóricas de Jorge Vala (1990: op. cit), Michel Pêcheux (1993) e de Laurence Bardin (1977).

Em termos globais, nos discursos identificaram-se consequências múltiplas nos vários níveis de vida: familiar, amigos, trabalho, lazer, saúde física, social. Acentuam-se as mudanças ocorridas com e resultantes da doença. As dificuldades mais nomeadas dirigem-se ao lidar com o ambiente familiar que é profundamente afectado e com este o ambiente social em geral e os relacionamentos.

Ao nível dos relacionamentos interpessoais denotam uma diminuição das redes de sociabilidade e sociais ora porque se isolam em virtude das características da doença, ora porque ficam desconfiados das palavras que são ditas e dos actos que são praticados, ora porque se pretende proteger os outros do seu sofrimento e da sua negatividade evitando-lhes

o sofrimento e a dor. A referência à falta de compreensão pelos outros é constante. Neste sentido referem que desejariam ter alguém em quem pudessem confiar, desabafar, conversar e a quem se pudessem entregar por se sentirem compreendidos.

Em síntese, o surgimento da depressão relega a pessoa ao isolamento e ao encerramento sobre si próprio (onde encontra solidão, sossego, quietude) recusando e recusando-lhe o convívio social e emerge um posicionamento negativista face ao futuro. A incompreensão, o Estigma e a discriminação de que se sentem alvo e os preconceitos sociais começa na própria família, pelas atitudes de discriminação, e se estende à sociedade, que se revela no medo da proximidade e do contágio. Este fenómeno assenta numa das noções culturais mais antigas e persistentes, e também uma das mais controversas que defende a possível existência de um laço entre sofrimento mental e loucura. Esta representação tem impacto ao nível da Identidade (mortificação do “eu” e na reconstrução biográfica).

Conceitos-Chave: Depressão Crónica, Gestão da Doença, Interação Social

## **Abstract**

The World Health Organization (WHO, 2001) identifies chronic depression as the main cause of disability worldwide, ranking fourth among the ten leading causes of disease. This situation is even more significant because it is estimated that in 20 years depression will be the second leading cause of disease worldwide.

This study follows my professional experience within the social rehabilitation in the area of disability and mental illness where community work and contact with the phenomenon of mental illness has brought many concerns about how individuals, their families and communities construct their understandings about illness.

In this context, we aim to understand how depression is experienced, explained and interpreted in the daily lives of people we have interviewed. What are the consequences and impacts in their lives? We seek, through the speeches, experiences, senses and meanings of living with a chronic depression. So, the main question that guided this research was: What is the impact of psychiatric diagnosis of chronic depression in life trajectory of the individuals?

This research is exploratory and methodologically intensive and qualitative. We have made 10 interviews, using a semi-structured instrument. The analysis and interpretation of data collected were based on the technique of content analysis (Vala, 1990; Pêcheux, 1993; Bardin, 1977).

The results show that speeches identified multiple consequences at various levels of life: family, friends, work, leisure, physical health, social. The accent is on the changes produced by the disease. The most nominated difficulties are dealing with the family environment that is profoundly affected and with social environment and relationships in general.

We have observed a reduction in social networks because interviewees isolate themselves in result of the characteristics of the disease. The reference to lack of understanding by others is constant. In this sense interviewees refer they wished to have someone who they could trust, confide, talk, and who they might be with because they feel comprehended.

The onset of depression relegates the person to isolation and closure (where they declare to find solitude, peace, stillness) and to refuse social life. The misunderstanding, stigma and discrimination they feel being targeted and social prejudices begin in the family, by attitudes of discrimination, and are extended to the society that fears 'contagion'. This phenomenon is based on the oldest and most persistent cultural notions and also in one of the most controversial claims about the possible existence of a connection between mental distress and madness. This representation has impact on the level of identity (mortification of self and biographical reconstruction).

Keywords: chronic depression, disease management, social interaction

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	1
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
Cap. 1 – Contextualização histórica da depressão .....	5
Cap. 2 – Entre o discurso biomédico e oficial e as perspectivas leigas .....	8
2.1 - As concepções dominantes: o discurso oficial e o discurso biomédico .....	8
2.2 – Os Discursos Leigos sobre depressão .....	11
Cap. 3 – Illness, Sickness e Diseases – A depressão enquanto doença crónica .....	13
3.1 – A depressão como desvio social .....	17
3.2 - O efeito da temporalidade – Disrupção biográfica .....	21
PARTE II: OBJECTO E OBJECTIVOS – QUESTÕES METODOLOGICAS	
Cap. 1 – As vivências com a depressão crónica – considerações sobre o objecto .....	23
1. 1 – Objecto e Objectivos – a (s) vivência (s) com a depressão crónica .....	25
Cap. 2 – O Método e a Amostra – discursos sobre a (s) vivência (s) com a depressão crónica	
2.1 - O Método – Abordagem qualitativa .....	26
2.1.1 - Instrumento de recolha de dados .....	27
2.2 - Análise e interpretação da informação recolhida .....	30
2.3 - Os sujeitos entrevistados .....	31
PARTE III: TRABALHO DE CAMPO	
Cap. 1 – Caracterização sociográfica dos sujeitos entrevistados .....	34
1.1 - O campo – Centro Hospitalar Oeste Norte .....	34
1.2 - Caracterização global da amostra .....	34
Cap. 2 – A depressão crónica – O discurso leigo .....	36
Cap. 3 – O Domínio das Concepções .....	36
3.1 – A depressão enquanto doença e enquanto ‘não doença’ .....	37
3.2 - Taxonomias leigas .....	41
3.3 – Anatomia do sofrimento .....	43
3.4 – Causalidade .....	44
Cap. 4 – Impactos na vida quotidiana e na identidade .....	47



4.1 - Impacto ao nível Social .....	47
4.2 – Impactos ao nível laboral .....	50
4.3 – Impactos ao nível do estigma .....	51
4.4 – Impactos ao nível do percurso escolar .....	52
4.5 - Impacto ao nível da Identidade .....	53
Cap. 5 – Os Itinerários Terapêuticos .....	54
5.1 – O subsistema profissional .....	55
5.1.1 – Encaminhamento para consulta de especialidade .....	55
5.1.2 – As terapêuticas de grupo .....	57
5.1.3 – A Medicação .....	57
5.1.4 – O internamento psiquiátrico .....	58
5.1.5 - Tecnologias de diagnóstico – Meios de Diagnóstico Terapêutico .....	58
5.2 - Subsistema Informal .....	58
5.3 – Subsistema popular .....	59
Cap. 6 – Reconstrução Biográfica .....	59
Notas conclusivas .....	I
Bibliografia .....	IV

## **ANEXOS**

<b>Anexo A</b> – Quadro nº1 – Proporção de população (em %) por tipo de doença crónica por NUT .....	VIII
<b>Anexo B</b> – Quadro nº 2 – Doenças que Aposentaram Funcionários Activos .....	VIII
<b>Anexo C</b> – Guião da entrevista .....	IX
<b>Anexo D</b> – Figura 1 – Área Geográfica .....	XVI
<b>Anexo E</b> – Caracterização global da amostra .....	XVI
<b>Anexo F</b> – Resumos das principais partes das falas referentes às dimensões apresentadas – Abordagem realizada horizontalmente .....	XIX
Cap. 3 – Domínio das Concepções .....	XIX
Cap. 4 – Impactos na Vida Quotidiana .....	LX
Cap. 5 – Os Itinerários Terapêuticos .....	LXVI
Cap. 6 – Reconstrução Biográfica .....	LXXXVII

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001)<sup>1</sup> coloca a depressão crónica como sendo actualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo, ocupando o quarto lugar entre as dez principais causas de patologia. Situação ainda mais expressiva pois estima-se que em 20 anos a depressão crónica venha a ocupar a segunda das principais causas de doenças no mundo. Segundo a OMS (op. cit), até 2020, se persistirem as tendências actuais da transição demográfica e epidemiológica, a carga da depressão subirá para 5,7% da carga total de doenças; e cerca de 20% dos casos a depressão seguirá um curso crónico, sem remissão.

Esta tendência para o número crescente de casos de depressão crónica entre a população já havia sido identificada por Strauss<sup>2</sup> em 1975, a partir de um estudo de morbilidade realizado pelos serviços de Saúde Pública junto da população americana no período de Julho de 1965 a Junho de 1967. Constatou que num período de dois anos, aproximadamente 50% da população civil, excluindo a população residente em instituições, teria uma ou mais doenças crónicas. De notar que entre os tipos de doenças crónicas referenciados destacam-se: doenças cardíacas (16,4%), artrite e reumatismo (14,8%); doença mental e de nervos (7,8%).

Para Portugal, os dados oficiais, disponíveis no *Plano Nacional de Doença Mental* (2008),<sup>3</sup> referem que a prevalência dos problemas de doença mental não se afasta muito da encontrada em países europeus com características semelhantes. Por outro lado, a partir do 4º Inquérito Nacional de Saúde podemos verificar que no conjunto das doenças crónicas, a depressão ocupa a terceira posição (Pestana, 2009)<sup>4</sup>, representando 8,3% no continente, 5,4% na Região Autónoma dos Açores e 4,1% na Região Autónoma da Madeira, como se pode verificar no **Anexo A** – Quadro nº1 – Proporção de população (em %) por tipo de doença crónica por NUT.

Em consonância com este cenário, a OMS (op. cit. 2001) e a legislação nacional (2006)<sup>5</sup> tem vindo a alertar para os pesados encargos que as perturbações depressivas

---

<sup>1</sup> Relatório Mundial da Saúde 2001 – Doença Mental: Nova Conceção, Nova Esperança, OMS (Organização Mundial de Saúde), Direcção-Geral da Saúde, 2002 / OMS; Acedido em 23/12/2008 em [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)

<sup>2</sup> Strauss, Anselm L. (1975); *Chronic Illness and the Quality of Life*; The C. V. Mosby Company; (N/T)

<sup>3</sup> Plano Nacional de Doença Mental Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008

<sup>4</sup> Pestana, Luís Câmara, comunicação apresentada no Workshop para Jornalistas “ A Depressão”, na Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental, 13 de Outubro de 2009, Lisboa.

<sup>5</sup> Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Doença Mental para 2007-2016; Ministério da Saúde; Acedido em 01/05/2009 em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4-44F0-817F-879187BD2915/0/relatorioplanoaccaservicossaudemental.pdf>

impõem à sociedade, em termos de sofrimento e incapacidade individual, de disfunção familiar e de diminuição da produtividade no trabalho.

Um dos tipos de custo sinalizados para depressão está relacionado com o grande absentismo profissional que a doença provoca. Consequentemente, as ausências ao trabalho (intermitentes ou prolongadas) conduzem a uma diminuição do rendimento, à redução da produtividade e, muitas vezes, a despedimentos ou reformas antecipadas (Costa e Moniz, 2007)<sup>6</sup>. Como se pode constatar no **Anexo B** (Quadro nº 2 – Doenças que Aposentaram Funcionários Activos) as doenças psiquiátricas ocupam o primeiro entre os grupos patológicos que aposentaram funcionários activos tendo repercussões ao nível das estratégias políticas de protecção social e de saúde.

Face ao número crescente de casos de doenças psiquiátricas temos vindo a assistir a tentativas de criação de recursos e de respostas que respondam às necessidades colocadas, sejam elas de atendimento e cuidado psiquiátrico, sejam as respostas sociais necessárias à reabilitação e inserção social. As políticas públicas no domínio da doença mental têm vindo a orientar-se para um Modelo Organizacional dos serviços assente na comunidade (*Rede de Referenciação de Psiquiatria e Doença Mental, 2004*)<sup>7</sup>. A desinstitucionalização Psiquiátrica tentada sucessivamente desde o final dos anos 60, seguindo as orientações europeias e americanas, por obstáculos variados, só a um ritmo muito lento tem vindo a ser implementada e com graves insuficiências e lacunas no atendimento das necessidades globais desta população. Efectivamente no Plano Nacional prevêem-se a criação de serviços descentralizados mais próximos das populações, exigindo uma maior articulação com centros de saúde e outras agências da comunidade (Plano Nacional de Doença mental, 2008)<sup>8</sup>.

O aumento das doenças crónicas, nomeadamente das doenças mentais crónicas, bem como as mudanças operadas no domínio das respostas à doença mental coloca-nos perante a necessidade de avaliar os impactos desse facto na vida das pessoas, dos grupos e das organizações sociais, mas também de compreender as vivências desse processo e as alterações e ajustamentos que exige ao nível da identidade e dos modos de vida.

Neste contexto, interessa-nos perceber como é que os próprios sujeitos que vivenciam a depressão a entendem, a explicam e interpretam, a introduzem no seu quotidiano e lidam

---

<sup>6</sup> Costa, Ana Luisa e Moniz Almeida Matos Godinho Cardoso, (2007), *Depressão e Factores Cronobiológicos*, Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica, Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia.

<sup>7</sup> Rede de Referenciação de Psiquiatria e Doença mental; PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. Direcção de Serviços de Psiquiatria e Doença mental; Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. Acedido em 01/05/2009 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007439.pdf>

<sup>8</sup> Plano Nacional de Doença mental Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008

com as suas consequências e impactos nos vários níveis e contextos onde a sua vida decorre: Qual o impacto do diagnóstico psiquiátrico de depressão crónica na trajectória de vida do sujeito? Será que o tempo de vivência com o diagnóstico condiciona ou não a trajectória de vida? Neste sentido, procuramos compreender como é que a temporalidade introduz ou não novas aprendizagens e novos estilos para entenderem o problema e lidar com ele. Como é que os sujeitos diagnosticados com depressão crónica vivenciam a doença (como lidam - sintomas, crises, medicação, etc.). Como articulam a sua posição na doença com a sua condição face à comunidade em que se inserem? Ou seja, importa-nos conhecer as estratégias de (re) construção biográfica e de interacção social face ao sofrimento e diagnóstico que caracteriza a depressão crónica.

O presente estudo surge na continuidade da minha experiência profissional desenvolvida no âmbito da Reabilitação Social na área da deficiência e da doença mental – desde 1998. A minha trajectória profissional tem-me permitido o acesso a algum conhecimento sobre os universos sociais em que a vida quotidiana do doente mental decorre: sobre a situação social de exclusão que vivenciam nas suas várias dimensões de vida – ao nível da saúde, laboral, económico, familiar, etc. Tenho contactado directamente com indivíduos portadores de diagnóstico psiquiátrico de doença mental crónica, com as suas famílias, profissionais da área da saúde e com a comunidade envolvente. O trabalho comunitário e o contacto com o fenómeno da doença mental tem-me levantado muitas inquietações sobre a forma como os indivíduos, suas famílias e comunidade elaboram as suas compreensões sobre a doença e sobre o doente mental.

Em Portugal, apesar de termos vindo a assistir a uma maior produção científica no campo da saúde, a doença mental crónica, tem sido relegada para segundo plano no campo do conhecimento e da reflexão sociológica (Alves, 1998)<sup>9</sup>. Neste contexto procuramos uma melhor compreensão e conhecimento das doenças mentais crónicas, em especial da depressão.

Tal como Strauss (1975:1; N/T)<sup>10</sup>, citando L. Mayo (1956) afirma “a doença crónica é um desafio” para os técnicos, as organizações, os poderes oficiais e para as ciências. Efectivamente, a doença mental crónica produz incapacidades, produz desvio à norma. Essas podem ser permanentes, são causadas por uma alteração patológica irreversível, requerem rotinas especiais de reabilitação geralmente muito prolongadas, e muitos cuidados médicos e

---

<sup>9</sup> Alves, Fátima (1998), A Família como suporte Social da Política de Doença mental em Portugal – Dissertação de Mestrado em Sociologia; Instituto Superior de Serviço Social do Porto.

<sup>10</sup> Strauss, Anselm L. (1975); *Cronic Illness and the Quality of Life*; The C. V. Mosby Company; (N/T)

sociais. Do ponto de vista comum (de doença aguda) não há cura para elas. Há tratamentos paliativos e/ou cuidados continuados.

Efectivamente, o contacto com a doença mental crónica tem-nos proporcionado o acesso às experiências dos sujeitos que as vivenciam. Podemos supor, com Strauss, que se por um lado partilharão muitos dos problemas sociais e psicológicos, por outro, algumas das experiências relatadas são heterogéneas, não somente entre tipologias ou diagnósticos psiquiátricos, mas também dentro da mesma tipologia, presumivelmente, porque terão diferentes impactos nas vidas o que originará diferentes problemas de ordem sociológica e psicológica. (Strauss, op. cit., 1975:4; N/T).

Neste sentido, procuramos, através dos discursos dos próprios ter acesso às vivências, aos sentidos e aos significados do viver com uma depressão crónica.

Resta sublinhar que embora possamos constatar que a psiquiatria tenha vindo a dar uma maior atenção aos aspectos sociológicos da doença crónica, contudo ainda são escassos os estudos sobre as racionalidades leigas e sobre a experiência do “doente” com a “doença” crónica, em particular com a depressão crónica e o impacto na sua trajectória de vida.

Para dar conta da complexidade deste fenómeno bem como do estudo exploratório efectuado, estruturámos o trabalho da seguinte forma:

- Na **primeira parte** evidencia-se a análise histórica assente na ideia avançada por Kleinman (1981:1; N/T)<sup>11</sup> de que as categorias da clínica existem em todas as culturas. Neste sentido parte-se do pressuposto de que o conceito doença mental crónica, independentemente da sua tipologia (classificação médica) foi sendo construído ao longo dos tempos e que varia de acordo com o contexto social. Ou seja, o diagnóstico é uma construção social (Alves, 2008, op.cit.). Como refere Vallejo-Nágera (2006: 32)<sup>12</sup> desde os tempos mais remotos e em diferentes culturas, existem descrições sobre a depressão. Tratam-se de descrições próximas das conhecidas actualmente, ainda que expressadas em linguagem diferente e sujeita a interpretações distintas (religiosas ou mágicas, ou de tipo científico oficial) conforme os critérios da época: “Muitas vezes, a vítima e os espectadores não avaliavam esta situação como uma doença”.
- A **segunda parte** centra-se na elaboração do enquadramento teórico-metodológico, onde se problematiza o objecto, os objectivos e os procedimentos do método.
- A **terceira parte** assentará na análise e interpretação dos resultados

---

<sup>11</sup> Kleinman, Arthur (1981), *The Relevance of Social Science for Medicine (Culture, illness, and healing)*, CIP; Holland (N/T)

<sup>12</sup> Vallejo-Nágera (2006), Juan António, *A Depressão: Como lidar com a doença do nosso tempo*; (pp. 32-45); Editora PRINCÍPIA, Estoril, Outubro 2006 (reimpressão); tradução de Roque da Cunha Ferreira

## PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### Cap. 1 – Contextualização histórica da depressão

A análise histórica é um dos instrumentos a que a sociologia recorre para proceder à análise diacrónica, tão útil à relativização. Assim, a abordagem da problemática da depressão não pode deixar de recorrer a aspectos do passado para melhor compreensão do presente.

Na cultura ocidental, quase tudo tem um precedente nos Gregos e a depressão não poderia ser excepção. Fala-se em doença e procuram-se as causas naturais, o tratamento e a cura. A seguinte descrição de um episódio protagonizado por Hipócrates (460-375 a.c.) é elucidativa desta concepção. Segundo Vallejo-Nágera (op. cit. 2006:32), foi-lhe pedido para analisar a situação do filósofo Demócrito, que aparentemente enlouquecera. Demócrito passara por uma fase depressiva, inactiva e logo de seguida por hipertimia, com uma actividade febril. Ora tal situação era considerada estranha aos olhos dos seus contemporâneos. Quando foi visitado por Hipócrates, Demócrito contou-lhe que tinha sofrido tanto com a sua doença que desejava descobrir um tratamento para a curar nos outros e evitar a sua própria recaída. Nos cadáveres dos animais mortos buscava a sede da “bílis negra”, fonte de melancolia. Hipócrates achou razoável e meritória a atitude do filósofo, que era também a sua: a de procura da causa natural e de tentativa de a remediar. A etimologia da palavra «melancolia» alude precisamente a este conceito grego da bÍlis negra (melos - «negro», chole - «bÍlis»), que perduraria durante muitos séculos, com complementos como a «melancolia ventosa», e substituições da bÍlis como agente causal pelos «vapores do baço», pelo «fermento demonÍaco» e pela «sujidade melancólica».

No que se refere ainda à cultura grega, Vallejo-Nágera (op. cit. 2006: 33) relata-nos ainda que “nos escritos de Hipócrates, Homero, Aristóteles, Areteo, AsclepÍades, Plutarco e tantos outros, encontramos descrições nÍtidas de processos depressivos e manÍacos; e, também, a sucessão desses estados numa mesma pessoa”. Observaram a evolução da perturbação e descreveram-na em ciclos que, quando os sintomas terminavam, os melancólicos recuperavam totalmente a sua personalidade normal (ao contrário de outras formas de «loucura»).

Também nas sagradas escrituras encontramos relatos e descrições sobre a depressão: “um rei, inimigo de Israel [...] permaneceu assim naquele lugar durante muitos dias, porque a sua tristeza ia aumentando, de tal forma que pensou que morreria, de tão abatido e oprimido

de desgosto que estava [...] – *Em que abismo de tristeza me encontro... vêm-me à memória os males que causei... Morro de Melancolia...!* (Vallejo-Nágera, op. cit. 2006: 34).

Com as invasões dos bárbaros “desapareceu a figura do sábio profano da cultura greco-romana” e encontramos uma abordagem nova, centrada no âmbito do «espiritual». A depressão surge em relação com o pecado e com as tentações do demónio. Em síntese, a depressão é entendida como uma consequência da consciência de pecado (causa dos seus males) e do arrependimento. Emerge o desejo da morte como uma forma de aproximação de Deus, bem como o suicídio (o maior dos pecados, o de Judas). Efectivamente já São Paulo tinha falado de duas formas de tristeza: a «tristeza segundo Deus», que é essencialmente a angústia do arrependimento por ter errado e a «tristeza segundo o mundo», que «produz a morte». A noção cristã de culpa e arrependimento está associada à ideia do perdão, do abraço generoso de Deus ao pecador arrependido” Vallejo-Nágera (op. cit. 2006: 34-35).

A referência ao suicídio enquanto expressão da doença só acontece nos finais do século XVI em paralelo ao emergir da concepção da depressão como uma doença. Até este período a hostilidade social contra o suicida no Ocidente (tantas vezes um deprimido) foi terrível. Vallejo-Nágera (op. cit. 2006: 36) destaca que “o suicida estava condenado moralmente (para toda a eternidade), e também socialmente (não podia ser enterrado em solo sagrado e os seus restos mortais, desmembrados ou incinerados, eram sepultados em algum lugar infame, como em cruzamentos de caminhos; a sua família era condenada à desonra e ao ostracismo...)”. Nos países anglo-saxónicos, a repressão sobre a conduta suicida era forte pois quando o acto de tirar a sua própria vida falhava, recuperava-se a pessoa para depois a condenar à morte por tortura.

No séc. XVI ressurge a denominação de «melancolia», juntamente com outras, como *toedium vitae*” marcando a passagem para o terreno médico. Segundo Porter<sup>13</sup> (2002), Bartolomeu Anglicus, que ensinava em Paris no séc. XIII, incluía na melancolia estados como a ansiedade, hipocondria, depressão e ilusão.

Os Falret, no século XIX, introduzem o conceito de «loucura circular» e acentuam o seu carácter hereditário, contribuindo deste modo para avanços da medicina na explicação do sofrimento mental. Mas é na Alemanha que Kahlbaum descreve a melancolia e a mania, não como doenças independentes, mas como duas fases opostas da mesma doença. Pelo carácter «circular» da doença, denomina-a *vesaniatypica circularis* se é grave e *ciclotimia* se é leve, com rápidas recuperações espontâneas (Vallejo-Nágera, op. cit. 2006: 37-38).

---

<sup>13</sup> Porter, R. (2002), *Madness: a brief history*; Oxford: Oxford University Press.

Mas, foi entre meados do séc. XIX e inícios do séc. XX que a Psiquiatria se consolidou enquanto categoria profissional e enquanto ciência biomédica, ao conquistar o campo da loucura, que transformou em doença mental, para a qual desenvolveu tratamentos (Porter, 2002; Foucault, 1989<sup>14</sup>)

Kraepelin e Freud marcam indubitavelmente o nascimento e desenvolvimento da Psiquiatria. As suas abordagens, diametralmente opostas, da depressão bem como de outras classificações psiquiátricas transmitiram-se aos seus discípulos, originando o que hoje conhecemos por psiquiatria «psicodinâmica» e «organicista» (Alves, 2001:23-37)<sup>15</sup>. Os seguidores de Freud e da psicanálise identificam que a causa de muitas depressões é psicológica. O estado de ânimo depressivo é entendido como uma forma de adaptação que funciona simultaneamente como mecanismo de defesa. A depressão é vista como uma manifestação de hostilidade contra a pessoa amada que se perdeu na infância. Desencadeia uma reacção de ódio contra o objecto de amor perdido, por este ter «desaparecido», responsável pelo surgimento de sentimentos de culpa excessivos. Para se defender dessa culpa, o indivíduo redirecciona os sentimentos de ódio e dirige-os contra si mesmo, com um carácter «auto punitivo», o que justifica a intensidade dos sofrimentos do depressivo e que ele «feche a si próprio todas as saídas». Por outro lado, para Kraepelin e os seus seguidores, as depressões são consideradas «endógenas», com causas orgânicas e hereditárias. A sua essência estará numa alteração do metabolismo em sectores que afectam o sistema nervoso (não tendo conseguido demonstrar qual era esse elemento químico alterado). De alguma forma este direccionamento orgânico recupera a antiga interpretação «humoral» e a «bílis negra causadora de melancolia» dos Gregos, mas com denominações do séc. XX (Vallejo-Nágera, op. cit. 2006: 40).

Nos anos 50 e seguintes, segundo Alves (op.cit 2008:40), “vão dar-se grandes progressos a nível da psicofarmacologia. Foram desenvolvidos tranquilizantes, ansiolíticos, antidepressivos, antipsicóticos, etc., que deram um grande impulso à profissão psiquiátrica, proporcionando um método efectivo para controlar os sintomas sem recorrer a longas estadias no hospital, a cirurgias irreversíveis ou, ainda, à psicanálise. São medicamentos com fortes efeitos secundários”. Segundo Thuillier (1996: 196; N/T)<sup>16</sup> os primeiros tratamentos eficazes para a depressão surgiram com o ópio e láudano. Posteriormente surgiram com Von Meduna através da administração de cardiazol por via intravenosa. Este químico

---

<sup>14</sup> Foucault M. (1989), M. História da Loucura, São Paulo: Editora Perspectiva

<sup>15</sup> Alves, Fátima (2001), Acção Social na área da Saúde Mental, Universidade aberta, Lisboa.

<sup>16</sup> Thuillier, Jean (1996), La Folie, Histoire et Dictionnaire, Bouquins, Paris (N/T)



desencadeava ataques epiléticos obtendo-se crises convulsivas com resultados positivos. Estes efeitos secundários do tratamento representavam um elevado preço em sofrimento que o deprimido tinha de pagar pela sua cura. Nos anos 30, em Itália, dois médicos utilizaram a corrente eléctrica para provocar crises convulsivas. Neste tipo de tratamento o doente não se lembra da crise e pode chegar a não se dar conta que foi submetido a um tratamento por electrochoque, tomando o nome dos seus autores e sendo também conhecido por «método de Cerletti-Binni» (Vallejo-Nágera (op. cit. 2006: 41).

Somente em 1957, segundo Thuillier (1996:196) os psiquiatras dispuseram do Largactil e da possibilidade de tratamento químico da depressão com neurolépticos. Em consequência, atribui-se à medicação o efeito de permitir, segundo Alves (op.cit 2008:40), “o fim do asilo, ao tornar possível aos doentes mentais psicóticos a vida na comunidade, que deixou de ter motivo para lhes reecar reacções descontroladas e violentas”. Tal como Rappoport<sup>17</sup> (1974:26, in Alves, op.cit 2008:41) afirmou, este facto constitui-se como a 3ª revolução na psiquiatria social “já que a tónica se desloca dos cuidados estritamente médicos (1ª revolução) e das abordagens psicodinâmicas (2ª revolução) para a utilização de métodos de grupo e de terapias pelo meio” (3ª revolução)”.

## **Cap. 2 – Entre o discurso biomédico e oficial e as perspectivas leigas**

Para além de perceber o modo como as sociedades espaço-temporalmente situadas concebem e se organizam face à loucura ou doença mental, pretendemos neste capítulo dar conta da explicação que as ciências colocam ao nosso dispor para entender e explicar a depressão. Deste modo e num primeiro momento procederemos a uma breve incursão pelo discurso biomédico e no sentido de problematizar o conhecimento que temos ao nosso alcance para compreender a depressão, para, logo de seguida, trazer para a discussão os contributos das ciências sociais.

### **2.1 - As concepções dominantes: o discurso oficial e o discurso biomédico**

As transformações no domínio das respostas à doença mental e as vivências com a depressão crónica assentam na “grande transformação cultural no que se entende por doença mental (...) fruto das rápidas mudanças (...), mas que na realidade são construções recentes ” (Alves, op. cit. 2008: 68).

---

<sup>17</sup> Rappoport, R. N. (1974), *La Communauté Thérapeutique*, Paris: Ed. Librairie François Maspero

Desde 1952, ano da publicação do primeiro manual oficial de distúrbios mentais, que inclui um glossário descritivo das categorias de diagnóstico – o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM) – que assistimos a um movimento no sentido da primazia do diagnóstico sobre outros aspectos da doença mental (APA, 1986). O reconhecimento crescente, por parte de clínicos e investigadores, da necessidade de utilizarem uma terminologia comum, levou à criação de listas de sinais e sintomas, mais ou menos duradouros, para caracterizarem as perturbações do foro psiquiátrico. Em 1968 (DSM-II e CID-8), 1979 (CID-9), 1980 (DSM-III), 1987 (DSMIII-R), 1992 (CID-10) e 1994 (DSM-IV), a Associação Americana de Psiquiatria (APA) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) foram introduzindo actualizações sucessivas sobre a caracterização das patologias, em geral, e sobre a depressão, em particular (Costa e Moniz, op. cit. 2007: 12).

Ao descrever clinicamente a depressão, a OMS (op.cit. 2001)<sup>18</sup> refere que embora os sentimentos depressivos sejam comuns, especialmente depois de encontrar reveses na vida, o diagnóstico psiquiátrico de perturbação depressiva, só é confirmado quando os sintomas atingem certo limiar e perduram por pelo menos duas semanas. A depressão pode manifestar-se em episódios. Num episódio depressivo típico, a pessoa sofre de depressão do humor, redução de energia e diminuição da actividade. A capacidade de apreciar, mostrar interesse e a concentração aparece reduzida. É comum observar cansaço acentuado após um mínimo de esforço. Geralmente, o sono é perturbado e o apetite diminui. A auto-estima e a confiança em si mesmo quase sempre são reduzidas e muitas vezes estão presentes as ideias de culpa e pouca valia. Dependendo do número e da gravidade dos sintomas, um episódio depressivo pode ser descrito como *Episódio depressivo brando* onde estão presentes dois ou três dos sintomas acima mencionados. A pessoa é, via de regra, afligida por eles, mas provavelmente poderá prosseguir com a maior parte das suas actividades. Já no *Episódio depressivo moderado* onde estão presentes quatro ou mais dos sintomas acima descritos a pessoa manifesta grande dificuldade para continuar com suas actividades normais. No *Episódio depressivo grave* ocorrem, de forma marcante e perturbadora, vários dos sintomas identificados, geralmente implica perda de auto-estima e ideias de pouca valia ou culpa, e são comuns pensamentos e actos suicidas.

---

<sup>18</sup> Relatório Mundial da Saúde (2001) – Doença mental: Nova Conceção, Nova Esperança, OMS (Organização Mundial de Saúde), Direcção-Geral da Saúde, 2002 / OMS; Acedido em 23/12/2008 em [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)

Por referência à Psiquiatria, Jara (2009)<sup>19</sup> aborda a depressão como conceito clínico que designa um “Síndrome no qual estão incluídas várias entidades patológicas, habitualmente referidas no léxico psiquiátrico como Perturbação de Humor. Sendo uma das formas mais frequentes e graves de sofrimento humano, a depressão é indirectamente a maior responsável pelas mortes por suicídio e, directamente por níveis elevados de incapacidade pessoal, social e profissional. Podendo ter várias formas de apresentação clínica, graus variáveis de severidade, diferentes factores etiológicos e diferentes tipos de evolução, a depressão congrega em cada pessoa em sofrimento aspectos de singularidade que muito dificultam a sua classificação patológica. Por outro lado, atingindo a pessoa aos níveis biológicos, psicológico, familiar e social, é nestes planos que também se colocam as questões terapêuticas, ou seja, terapias biológicas, psicológicas, familiares e de intervenção social”.

Segundo Costa e Moniz (op. cit. 2007: 13), “encontramos na literatura quem considera que [o] defeito nuclear na depressão é uma atrofia central do desejo. Outras definições incluem, além de humor deprimido e de perda de interesse, de desejo ou de prazer (anedonia), diminuição da auto-estima e perda de autoconfiança, acompanhadas por sentimentos de culpa; perda de perspectivas quanto ao futuro; sentimentos de desespero; pensamentos sobre a morte ou ideação suicida; perda da capacidade de concentração; lentificação ou agitação psicomotora; perda de energia ou fadiga; perda de apetite; diminuição da libido e insónia”.

A acrescentar a estas características, podemos ainda enumerar, segundo Costa e Moniz (op. cit. 2007:14), “algumas outras que, sendo menos típicas, descrevem precisamente outra face desta condição clínica – a depressão atípica ou mascarada. Nesta situação, sem qualquer referência a queixas psicológicas, encontramos deprimidos com hiperfagia, hipersónia e queixas somáticas várias, como por exemplo, cefaleias ou outras dores, o que contribui em larga escala para o subdiagnóstico da depressão e a consequente ausência de um tratamento adequado”.

Por fim, quanto aos aspectos sociais alterados no doente deprimido, Costa e Moniz (op. cit. 2007:14) identificam como factores comuns “dificuldade em estabelecer e manter um relacionamento interpessoal adequado; isolamento social, mudança radical na qualidade das relações e absentismo escolar ou profissional, o que globalmente contribui para uma perda generalizada da qualidade de vida”.

---

<sup>19</sup> Jara, comunicação apresentada no Workshop para Jornalistas “Depressão”, 13 de Outubro de 2009, Lisboa, Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental.

Efectivamente, o modelo Biomédico da doença lança os fundamentos sobre os quais assenta a medicina ocidental moderna e determina grandemente a configuração dos sistemas de cuidados que se criam na sociedade para fazer face aos problemas colocados pela doença. Na linha de Foucault (2007)<sup>20</sup> o bio-poder é uma teia de normas e regras de “domesticação” dos corpos, disciplina que invade e penetra todas as dimensões da vida (alimentação, comportamentos, sexualidade, etc.). A doença é definida objectivamente, com base em sintomas identificáveis. As causas assentam sobretudo em genes defeituosos, bactérias, vírus ou acidentes. A doença é identificada e classificada em diferentes tipos. Neste contexto, a tendência actual dominante, segundo Alves (2008:79) referenciando Horwitz, et al (1999)<sup>21</sup> é a de analisar a doença mental enquanto uma doença física. Ora esta premissa coloca questões importantes de sublinhar. Efectivamente “não existem grandes desacordos relativamente às funções físicas dos sistemas físicos. O mesmo não se pode dizer sobre os sistemas implicados no funcionamento psicológico. (...) A definição primária de doença física assenta essencialmente em disfunções no corpo, apesar de poder ser relacionada com factores sociais e culturais. Já a doença mental depende não apenas da disfunção mas simultaneamente da consideração da desadequação social e cultural nela implicada”. É aqui que reside, desde logo, o interesse da abordagem sociológica.

## 2.2 – Os Discursos Leigos sobre depressão

O estudo das racionalidades leigas permite-nos ter acesso à forma como os sujeitos explicam a loucura, em particular a depressão, na vida quotidiana. Como a explicam, como a vivenciam como lidam com ela e a integram na vida quotidiana? Dimensão fundamental quando se procuram as vivências e os impactos da depressão na vida quotidiana bem como as estratégias para lidar com eles. Efectivamente, o conhecimento do saber leigo permite-nos ter acesso às concepções e práticas relacionadas com a depressão. Em Portugal, num estudo qualitativo efectuado na Região Norte, Alves (op.cit 2008:217) encontrou que “A Depressão é o rótulo mais utilizado nos discursos leigos” o que associa à utilização massiva desta categoria pelos meios de comunicação de massa bem como pelos estudos epidemiológicos com mais impacto junto da opinião pública. “De uma forma ou de outra, circula a ideia de que há muita gente nas sociedades ocidentais que sofre de depressão e que destas apenas uma pequena parte procura ajuda. Os estudos epidemiológicos apontam para isso. Também

---

<sup>20</sup> Foucault, M. (2007); História da Sexualidade – a vontade de saber, Vol. 1 Rio de Janeiro, Graal.

<sup>21</sup> Horwitz, A. V. e Scheid, T. L. (eds), et al. (1999); A Handbook for the study of Mental Health – Social Contexts, Theories, and Systems. Cambridge: Cambridge University Press.

encontramos nos discursos esta constatação de que é vulgar ouvir que, actualmente, há cada vez mais pessoas com depressões.”

No entanto, Alves (op. cit., 2008: 218) encontrou não uma concepção homogénea de depressão, mas uma concepção plural. Encontrou *depressões*. A depressão aparece classificada nos discursos da população que estudou, ora como doença mental grave, portanto enquanto uma verdadeira doença, ora como «não doença», assumindo formas entendidas como normais porque intimamente relacionadas com sofrimentos que resultam da vida quotidiana (morte de alguém, perda de emprego, separação, etc.), o que denominou por *sofrimento mental normal*, ou ainda assumindo formas que se relacionam mais directamente com a maneira de ser, com a personalidade construída (ou não), o que denominou por *sofrimento mental continuado*. Estas *depressões* aparecem nos discursos como “produto das contradições sociais da vida em sociedade de consumo orientada para o individualismo, onde a biomedicina hoje ocupa o papel regulador das emoções e dos sofrimentos antes vividos no domínio privado da família, da vizinhança e dos amigos” ou “como fazendo parte das «doenças da cidade», no sentido de que resulta do ritmo acelerado com que se vive a vida na cidade (por contraposição ao ar e à calma do campo), e da solidão no sentido de isolamento social enquanto fenómeno que resulta desse ritmo e desse stress do dia a dia”. Encontrou também a depressão como «doença da moda», na medida em que as próprias pessoas se auto-classificam como deprimidas e procuram ajuda especializada, o que sem dúvida traduz esta tendência para o auto-diagnóstico ou hetero-diagnóstico, num movimento de psiquiatrização dos afectos e comportamentos eminentemente sociais e medicalização da vida. É relativamente comum encontrar este tipo de comportamentos na população. “Está difundido que determinados comportamentos humanos como a tristeza podem ser entendidos e resolvidos pela biomedicina, enquadrada numa normalidade hedonista que encara a tristeza como algo não desejável e perturbador da ideia de que na vida não há lugar para a tristeza” (Alves 2008; op. cit.: 218).

Neste estudo, a depressão que é considerada ‘doença mental’ propriamente dita é considerada muito grave. Geralmente denominada por depressão profunda “é a depressão mais séria, a que implica ‘esgotamento’ e que pode não ser recuperável. Esta depressão profunda, mais séria ou mais grave, relaciona-se com a cabeça, com o cérebro e com o pensamento” (Alves 2008: op. cit.: 219). “O problema, a depressão, situa-se apenas na cabeça das pessoas, local onde se cria a própria doença. Essa criação da doença resulta apenas do próprio pensamento – ou que sofre por antecipar no campo das ideias situações de sofrimento, ou porque cria doenças, dores, que não têm existência real fora desse pensamento

(enganador)” (Alves 2008: op. cit.: 219). “Essa depressão também pode significar algum problema no próprio cérebro, e aí já se relaciona com as células que secam” (Alves 2008: op. cit.: 220). Observou ainda que nos discursos leigos “quer seja uma doença que tem origem nas ideias ou no cérebro, é uma doença que leva as pessoas a terem comportamentos estranhos, no sentido de não normais nela – isolar-se, não falar, tristeza – e a apresentarem uma capacidade muito reduzida para mobilizar forças que as conduzam à cura (se assim fosse, já não seria considerada doença, mas sim sofrimento mental normal ou continuado)”. Efectivamente a classificação leiga de depressão apenas inclui na categoria de doença propriamente dita as situações em que se observa uma interferência clara na vida do dia-a-dia, impedindo uma vida quotidiana normal, o desempenho regular dos papéis sociais. Tudo o resto é considerado sofrimento normal, que faz parte da vida (Alves, 2008; op.cit.221).

A pesquisa de Alves (2008) chama à atenção para a importância dos domínios cultural e social e acentua a importância de tomar como objecto de análise a perspectiva dos sujeitos que lidam, eles próprios, com o facto de serem rotulados pela psiquiatria, com todas as consequências que certamente isso terá nas suas vidas quotidianas e na sua identidade. É pois o que este estudo exploratório tentará.

### **Cap. 3 – Illness, Sickness e Diseases – A depressão enquanto doença crónica**

Para uma análise sociológica de uma questão vasta, complexa e multifacetada como a depressão crónica, torna-se necessário recorrer a um conjunto de instrumentos teóricos e empíricos capazes de fornecer pistas exploratórias sobre as questões da Sociologia da Doença Mental.

Num primeiro momento importa proceder à definição de alguns conceitos fundamentais para esta pesquisa. Efectivamente, os sociólogos, nas duas últimas décadas, para além da busca de factores sociais associados a “diseases” (doença), dirigiram a sua atenção para as questões sobre a “illness” e sobre “sickness” (Twaddle, 1981:111; N/T)<sup>22</sup>, afastando-se deste modo do conceito de disease, mais próximo do modelo biomédico. Efectivamente o termo “disease” apela a uma dimensão “objectiva” que pode ser medida por meio de testes laboratoriais ou observação directa. É o que acontece aos indivíduos e ao seu funcionamento fisiológico a partir do “normal” e que se tornam hospedeiros para outros organismos que limitam a esperança de vida ou capacidades (Twaddle, 1981, op. cit.:112,

---

<sup>22</sup> Twaddle, Andrew (1981), Sickness and the Sickness Career: some implications; in Kleinman, Arthur, The Relevance of Social Science for Medicine (Culture, illness, and healing), CIP; Holland (N/T)

N/T). Quando se fala de “Illness” referimo-nos à mais subjectiva ou psicológica dimensão da saúde. Embora experimentando-as, não são geralmente o motivo mais imediato de preocupação para as pessoas. Estes incluem dor, fraqueza, tontura, entorpecimento, ou alguns outros "sintomas" que as têm preocupado, quer devido ao desconforto imediato, ao efeito sobre as capacidades de funcionamento social ou o que pensam poder ser (Twaddle, 1981, op. cit: 112, N/T). Por sua vez, “Sickness” refere-se à dimensão social: a capacidade de cumprir as obrigações da vida de grupo. E o resultado passa a ser definido pelos outros como ‘incapazes / doentes’. Resulta, geralmente, no incumprimento das obrigações sociais definido pelos outros como resultado de doença ou incapacidade (Twaddle, 1981, op. cit: 112. N/T).

Na nossa pesquisa interessa-nos particularmente as duas últimas pois poderão estas colocar-nos em contacto com a vivência da depressão no quotidiano, nas várias dimensões da vida das pessoas.

Um outro conceito fundamental reporta-se à representação social sobre depressão visto que estas resultam e condicionam simultaneamente os comportamentos e a forma de vivenciar a experiência com a doença. A maneira como o doente as percebe afecta o modo como se relaciona com *o eu*, com os outros e com o meio. Igualmente exerce influência na forma como os outros percebem e se relacionam com o indivíduo “rotulado”. E, fundamentalmente, tem influência na forma de envolvimento do indivíduo na doença crónica, nas suas manifestações e nos seus próprios cuidados. Como refere Alves (2008; op.cit.: 99) citando Jodelet<sup>23</sup> (1989: 36) nesta via encontram-se os estudos sobre as representações sociais que se dirigem à compreensão dos conteúdos do pensamento e da acção colectiva no sentido de imagens compósitas que circulam nas interacções sociais, constituídas por conceitos, proposições e explicações (Moscovici, 1981) que mobilizam conhecimentos, valores, crenças, emoções, para interpretar os fenómenos da realidade social e para orientar as acções e interacções sociais, o denominado fim prático. Tidos no seu conjunto, estes estudos sugerem, segundo Alves (2008; op. cit.: 103) que as representações sociais sobre a doença mental são múltiplas e heterogéneas, mas unidas por temas como a diferença, a alteridade, a anormalidade e o perigo. As reacções sociais reflectem esta conotação negativa (alguém de aparência estranha, é perigoso, não é digno de confiança) e cria-se todo um conjunto de estratégias, consistentes ou não, que segregam a pessoa diferente do convívio com os outros (Alves, 1998).

---

<sup>23</sup> Jodelet, D. Les Représentations Sociales: un domain en expansion (1989); in D. Jodelet (org.), Les Représentations Sociales, Paris: PUF.

Por outro lado, analisar a doença mental a partir da perspectiva das “doenças” designadas “crónicas” coloca-nos perante o desafio de analisar as circunstâncias sociais implícitas na vivência da doença e não apenas o estudo das causas. A análise remete-nos para a compreensão da acção social e da experiência com a doença mental crónica – Depressão.

Por referência às manifestações e cuidados, a perspectiva teórica de Strauss (1975; N/T)<sup>24</sup> identifica sete importantes problemas típicos de doentes crónicos, que apesar de iguais aos de qualquer outro doente, para estes eles não desaparecem. Do mesmo modo, estes problemas identificados aplicar-se-ão à depressão crónica:

1. “Prevenção e controlo de crises” – “o carácter evolutivo e prolongado da doença crónica, leva a que o doente necessite de saber e de implementar formas de reduzir ou prevenir a ocorrência de crises, de conhecer os sinais de uma crise eminente e ter planeado formas de actuação para as alturas de crise” (Strauss, 1975, op.cit: 13; N/T).
2. “Gestão de regimes prescritos” – a necessidade de tratamentos prolongados, exige adaptações de vida que dependem de vários factores, como sejam, a aprendizagem, a aceitação, o factor económico, etc. (Strauss, 1975, op.cit: 21; N/T).
3. “Controlo dos sintomas” – a multiplicidade de sintomas de uma doença crónica obriga a profundas alterações de vida do seu portador e família. Alterações essas que podem ser desgastantes e prolongadas. (Strauss, 1975, op.cit: 34; N/T).
4. “Controlo do tempo” – dependendo das alterações provocadas pela doença crónica e suas implicações (por exemplo manter ou não o emprego) a percepção e gestão do tempo altera-se, enquanto que uns consideram ter muito tempo, outros não (Strauss, 1975, op.cit: 44; N/T).
5. “Adaptação a alterações” – doenças crónicas, como por exemplo a esclerose múltipla são imprevisíveis, e as alterações são tão frequentes que tornam a adaptação mais difícil. A doença crónica passa a fazer parte da identidade da pessoa bem como daquelas que lhe são mais significativas (Strauss, 1975, op.cit: 47; N/T).
6. “Prevenção do isolamento social” – a doença crónica provoca frequentemente reacções de isolamento que conduzem à solidão e depressão, levando por vezes à ruptura de relações prolongadas como o casamento, sendo por isso necessário manter o apoio social e o aconselhamento profissional de forma a prevenir maior desgaste (Strauss, 1975, op.cit: 54; N/T).
7. “Normalização do quotidiano” – com o objectivo de tornar menos visível as alterações; muitos indivíduos portadores de doença crónica, tentam gerir os sintomas, evitando

---

<sup>24</sup> Strauss, Anselm L. (1975); *Cronic Illness and the Quality of Life*; The C. V. Mosby Company; (N/T)



determinados locais ou horas do dia para os seus encontros sociais (Strauss, 1975, op.cit: 58; N/T).

Esta compreensão da doença crónica configura-se como uma realidade em que intervêm múltiplos níveis de análise. Tal como refere Strauss (1978 cit in Mendes, 2005:46)<sup>25</sup>, “os doentes no seu trabalho de gestão da doença vão mais além de um trabalho de cuidados de saúde definidos, já que têm também que gerir as consequências da doença sobre a sua organização de vida, as suas relações com os outros e até certo ponto a sua relação consigo próprios. Assim, o doente tenta sempre preservar as suas inserções habituais nas diferentes arenas sociais isto é, ele tenta sempre manter a sua intervenção como actor da construção negociada da doença com novos actores, de forma a fazer face ao impacto desorganizador das doenças crónicas”. Face a estas doenças, segundo Mendes (2005, op. cit., 43), o problema da manutenção das obrigações sociais assume especial relevo, já que a doença se prolonga e não pode ser encarada indefinidamente como uma suspensão temporária do cumprimento dos papéis sociais, como acontece face às doenças agudas.

Para Ribeiro (1998)<sup>26</sup>, citando Giovannini, Bitti, Sarchielli e Speltini, as condições crónicas são problemas de saúde a longo prazo devidos a um distúrbio irreversível, um acumulo de distúrbios ou um estado patológico latente. Algumas condições crónicas causam alteração irreversível da estrutura ou função de um ou mais sistemas orgânicos. Outras são condições crónicas porque ainda não foi encontrada a cura (Black, 1996)<sup>27</sup>.

Baszanger (1986, cit in Mendes, 2005, op. cit.:44) considera que “A doença crónica persiste durante toda a vida do sujeito, ele tem de viver com ela e muitas vezes para ela e, aqui, o papel do doente não é procurar a cura, mas sim gerir a doença até ao fim da vida”. Deste modo, situando a doença enquanto algo que ocorre entre o doente e os seus mundos sociais, como defende Mendes (2005), as alterações que a doença vai impor na vida do sujeito são mais problemáticas do que a própria doença em si.

Este tipo de doenças têm vindo a desafiar os sistemas de cuidados disponíveis para com elas lidar, no sentido de minimizar, e de gerir também, os impactos na vida quotidiana das pessoas. Se por um lado procuram controlar a evolução da doença, os seus sintomas e crises, por outro não podem descurar uma intervenção mais social com o objectivo de manter alguma qualidade de vida. Aqui o doente assume um papel mais activo pois dele se exige que

---

<sup>25</sup> Mendes, Felismina (2005), "Doenças crónicas: A prioridade de Gerir a Doença e Negociar os Cuidados", *Pensar Enfermagem*, vol.9, nº1; p: 42-47.

<sup>26</sup> Ribeiro, José Luís Pais (1998) – Psicologia e Saúde. Lisboa: ISPA.

<sup>27</sup> Black, Joyce M; Jacobs, Esther Matassarini (1996)– Luckman e Sorensen- Enfermagem Médico-cirúrgica – Uma abordagem psicológica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A. 4ª edição.

reconheça os primeiros sinais da crise e procure ajuda, decida em conformidade e com eficácia, nomeadamente adoptando comportamentos que previnam o aparecimento de sintomas ou que os consigam gerir de tal forma que estes não dominem a vida do indivíduo, impedindo a vida de acontecer. “Só esta aprendizagem lhe permitirá tomar decisões e, conseqüentemente, organizar a sua vida face às exigências da doença ou seja só isso lhe permitirá gerir a doença” (1983, cit in Mendes, 2005, op.cit.:46). É este o desafio lançado àqueles que padecem de doenças crónicas, como é o caso da depressão.

### 3.1 – A depressão como desvio social

Acabamos de constatar que as doenças crónicas colocam vários desafios aos sujeitos que as vivenciam, no entanto quando falamos em doenças mentais crónicas, há especificidades que não podemos ignorar, pois socialmente os impactos de uma doença mental são bem diferentes se tratasse de uma diabetes. Neste contexto, e tentando compreender a experiência subjectiva do indivíduo em relação à sua própria doença, correlacionando-a com a experiência objectiva (por referencia ao diagnóstico psiquiátrico), seus impactos e implicações na reconstrução de si e da própria situação, é importante fazer referencia à perspectiva interaccionista de Goffman (1961; 1963) e aos seus conceitos de “Identidade Deteriorada”, “Carreira de Doente Mental” e “Cerimonia de degradação do status”.

O rótulo Psiquiátrico de uma pessoa só se torna significativo na medida em que essa interpretação altera o seu destino social – uma alteração que se torna fundamental na nossa sociedade quando, e apenas quando, a pessoa é confrontada com o diagnóstico psiquiátrico de doença mental crónica e/ou passa pela hospitalização (Goffman, op.cit. 1961:112)<sup>28</sup>.

Goffman (1961, op.cit: 114-115) introduz a fase da carreira de doente que denomina “Pré-Paciente” e que corresponde ao período anterior à admissão no hospital: “juntamente com a reavaliação desintegradora que a pessoa faz de si mesma, haverá a circunstância nova, e quase tão penetrante, de tentar esconder dos outros o que ela considera como fatos novos e fundamentais a seu respeito, ao mesmo tempo em que tenta descobrir se os outros também descobriram”. A angústia resultante dessa percepção de si mesmo, e as estratégias usadas para reduzi-las, variam de acordo com a cultura e a pessoa socializada. Neste contexto, a passagem de pessoa a doente mental, pode ser realizada através de uma série de estádios

---

<sup>28</sup> Goffman, E. (1961); Manicómios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva, 2007

ligados. Cada estágio tende a provocar um brusco declínio no status adulto livre. E consequentemente, enquanto uma pessoa é gradualmente transformada em doente, a pessoa mais próxima é transformada em tutor ou cuidador. O indivíduo está sujeito a um conjunto relativamente complexo de experiências de mortificação: restrição de movimentos livres na vida comunitária.

Dessa forma, segundo Pilgrim e Roger, (1999: 14, N/T)<sup>29</sup>, “a perspectiva interaccionista pressupõe o estabelecimento de um acordo com o indivíduo que, uma vez atribuído o rótulo, altera significativamente a sua identidade e o seu status social”. Logo que a pessoa é vista como tendo perdido a sua razão, a sua imagem anterior dilui-se. Deste modo os indivíduos são ‘despidos’ e desapossados das suas identidades anteriores e uma nova identidade é construída ocupando o seu lugar, o que Goffman denominou de ‘cerimonia de degradação do status’. No momento em que se percebe a existência da doença mental e esta é entendida enquanto desvio, reproduz-se, na acção colectiva e nos processos sociais desencadeados, o entendimento pelo qual um indivíduo ou um grupo é considerado desviante pelos demais. “Nesta óptica, o desvio é o resultado das iniciativas do outro, visto que ele encadeia um processo de intervenções colocado em prática para seleccionar, identificar e tipificar os indivíduos” (ibidem).

O conceito de estigma também contribui para colocar em evidência os processos sociais subjacentes ao rótulo de doença mental em geral e de depressão em particular. Goffman (1963 op. cit: 41) refere que “as pessoas que têm um estigma particular tendem a ter experiências semelhantes de aprendizagem relativa à sua condição e a sofrer mudanças semelhantes na sua concepção do eu – uma ‘carreira moral’ semelhante, que é não só causa como efeito do compromisso com uma sequência semelhante de ajustamentos pessoais.” Refere que uma das fases do “ processo de socialização é aquela na qual a pessoa estigmatizada aprende e incorpora o ponto de vista dos normais, adquirindo, portanto, as crenças da sociedade mais ampla em relação à identidade e uma ideia geral do que significa possuir um estigma particular. Uma outra fase é aquela na qual ela aprende que possui um estigma particular e, dessa vez detalhadamente, as consequências de possuí-lo.”

Goffman descreve quatro modelos possíveis de desenvolvimento da carreira moral, dos quais, para a presente pesquisa, destacamos dois:

- Os que possuem um estigma congénito e que são socializados nesse contexto de desvantagem, aprendendo e incorporando os padrões face aos quais fracassam. “Pôr

---

<sup>29</sup> PILGRIM, David, e ROGERS, Anne (1999), A Sociology of Mental Health and Illness, 2ª edição: Open University Press, USA (N/T)

exemplo, um órfão aprende que é natural e normal que as crianças tenham pais e aprende, ao mesmo tempo, o que significa não tê-lo” (Goffman, 1963 op. cit: 42). No mesmo sentido será que um indivíduo que teve uma experiência de doença mental – depressão na sua família aprende, ao mesmo tempo, o que significa não tê-la?

- Um outro modelo de socialização que Goffman (1963 op. cit: 43-44) refere “é exemplificado pelos que se tornam estigmatizados numa fase avançada da vida ou aprendem muito mais tarde que sempre foram desacreditáveis”. Estes aprenderam como é que a sociedade classifica os normais e os estigmatizados, muito antes de terem de se confrontar com a sua própria ‘falta’, no presente trabalho, como doentes mentais. (Goffman, 1963 op. cit: 43-44).

O contributo das ciências sociais foi bem mais rico, no entanto, apenas salientaremos algumas questões que as abordagens estruturalistas nos trouxeram para a identificação do papel que os factores sociais desempenham na explicação das doenças mentais, ao problematizar as relações entre a estrutura social e a incidência e prevalência de perturbação mental (Cuff et al., 1990)<sup>30</sup>.

De um modo geral predominam as pesquisas sobre as causas: o "stress social" e os "live events" são factores que podem precipitar o surgimento da doença mental (Busfield, 1996)<sup>31</sup>. As pesquisas sobre o "suporte social" (Henderson, 1988)<sup>32</sup> salientam o seu papel no desencadear de doença mental e enaltecem os factores de vulnerabilidade. Neste contexto os estudos sobre a associação entre classe social e “doença mental” reforçam a ideia de que o efeito «classe» se impõe ao efeito «cultura» (Machado, 2003)<sup>33</sup>. No entanto esta correlação parece ser mais forte no caso de algumas doenças mentais, que não a depressão – é o caso de algumas psicoses (Hollingshead e Redlich, 1958)<sup>34</sup>. Outros estudos também têm encontrado uma relação importante entre a classe social e a evolução da doença, sendo que os pacientes de classes mais baixas são susceptíveis de permanecer mais tempo nos hospitais, apresentam maiores taxas de reinternamentos do que os pacientes oriundos de classes mais elevadas. Este efeito de classe impõe de alguma forma a necessidade de perceber como é que no caso da depressão crónica se pode configurar esta relação. Haverá desigualdades importantes nas

---

<sup>30</sup> Cuff, E, et al , (1990), *Perspectives in Sociology*; London, Unwin Hyman.

<sup>31</sup> Busfield, J. (1996), *Men, Women and Madness – Understanding Gender and Mental Health*; in *Sociology of Health & Illness*, 22 (5): 543-558

<sup>32</sup> Henderson (1988), *Culture, Health, and Illness: an introduction for health professionals*; London, Wright.

<sup>33</sup> Machado, Fernando, Luís; Costa, António Firmino da; Mauritti, Rosário; Martins, Susana da Cruz; Casanova, José Luís; Almeida, João Ferreira de (2003); *Classes sociais e estudantes universitários: Origens, oportunidades e orientações*; Revista Crítica de Ciências Sociais, 66, Outubro, pp: 45-80

<sup>34</sup> Hollingshead, A. B. e Redlich, F.C. (1958); *Social Class and Mental Illness*; Nava Iorque: Jonh Wiley.

vivências com o diagnóstico de depressão crónica? Duas questões analíticas à partida poderiam ser colocadas: a) as desigualdades no acesso ao diagnóstico; b) e as orientações de vida desses doentes.

Segundo Clarke (2001)<sup>35</sup> estas tendências têm vindo a ser enquadradas em quatro hipóteses explicativas, a da hereditariedade genética; selecção social; stress social e reacção social, hipóteses estas que equacionam a relação entre o surgimento de doença mental e depressão, ora enquanto causa ora enquanto consequência.

Não podemos deixar de referir a importância dos estudos sobre o género. Na verdade nas sociedades ocidentais existe a crença de que a perturbação mental é mais comum entre as mulheres do que entre os homens (Busfield, 1996: 13, N/T). Do mesmo modo existe a crença de que os homens não sofrem de depressão, dado que esta apresenta sinais e sintomas que dificilmente são autorizados na cultura dominante: os homens não choram, os homens não são fracos, etc. Do mesmo modo, quando uma mulher é internada porque sofre de depressão, os estudos têm vindo a mostrar que dificilmente os seus maridos reconhecem a motivação do internamento como se de uma verdadeira doença se tratasse (Alves, 2008), apelidando-a muitas vezes de preguiçosa, complicada ou simplesmente ‘nervosa’. Segundo Busfield (1996, op. cit: 13-14, N/T) esta ideia “para muitos, está ligada à suposição de que as mulheres são biologicamente e psicologicamente inferiores aos homens e são mais emocionais, voláteis e irracionais, ou para a suposição de que eles são, por natureza, mais vulnerável às diversas estirpes e tensões da vida quotidiana e que, conseqüentemente, apresentam mais probabilidade de tornarem-se mentalmente perturbadas”. É neste contexto, que no século XX, segundo Busfield (1996, op. cit: 14-15, N/T) “os vínculos entre género e tipo de perturbação mental são alguns dos resultados mais consistentes da epidemiologia psiquiátrica - algumas perturbações mentais parecem ser mais revestidas de marcas femininas, enquanto outras têm uma face mais masculina e ainda outras são mais ou menos género-neutral”. É o caso da anorexia nervosa, caracterizada por uma recusa em comer, perda de peso corporal e perturbações da imagem corporal, marcas determinantemente femininas em populações de pacientes das sociedades industriais avançadas.

Segundo Busfield (1996, op. cit: 92, N/T) “é difícil de determinar esta diferença de género observados ao nível das manifestações e sintomas de depressão”. Nas pesquisas realizadas por Weissman e Klerman (1977) e Egeland e Hostetter (1993) (cit. in Busfield, 1996, op. cit: 93, N/T) podemos observar que a predominância feminina na depressão

---

<sup>35</sup> Clarke, A. (2001), *The Sociology of Healthcare*; London, Prentice Hall.

identificada por meio de instrumentos de rastreio, não é universal. Na verdade não se encontraram diferenças significativas entre homens e mulheres de determinados grupos sociais, por referência aos sintomas da depressão”. Pois, em relação às formas de manifestação, a pesquisa de Silvia Caneto (1991) (cit. in Busfield, 1996, op. cit: 93, N/T) revela-nos por exemplo, “que o alcoolismo nos homens pode mascarar a depressão”; e que “o abuso de substâncias (como o álcool) nos homens e as tentativas de suicídio de mulheres são equivalentes psicológicas”. A autora conclui que estes fenómenos assentam no facto de que na cultura ocidental, homens e mulheres, respondem às dificuldades psicológicas de forma bastante diferente: as mulheres geralmente internalizam os seus sentimentos e dificuldades, tornando-se ansiosas e deprimidas; os homens viram os seus sentimentos para o exterior, quer no beber excessivo ou a na agressão e a na violência (Vloward e Piven de 1979 cit in Busfield, 1996, op. cit: 93, N/T) ou, quando internalizam os sentimentos expressam-nos por meio de sintomas físicos. Efectivamente, mesmo quando homens e mulheres são alvo do mesmo diagnóstico, a manifestação dos sintomas é diferente (Goldstein 1992; Padesky e Hammen de 1981 cit. in Busfield, 1996, op. cit: 93, N/T).

Outros estudos mostram claras diferenças na expressão emocional entre homens e mulheres das culturas ocidentais e a capacidade e a vontade de articular as emoções (Duncombe e Marsden de 1993, cit in Busfield, 1996, op. cit: 93, N/T). Em particular, a expressão pública de certas emoções em homens (ansiedade, medo, miséria) é desencorajada em muitas circunstâncias como indicativo da vulnerabilidade e dependência, bem como incompatível com ideias de Masculinidade e a importância atribuída ao controlo e realização. Em contraste, as expressões de raiva e indignação, que pode reforçar o poder e a capacidade de controlar outros, são traduzidos da mesma maneira (Thompson e Walker, 1989 cit in Busfield, 1996, op. cit: 94, N/T)). Por outro lado, a expressão da ansiedade, medo e tristeza, bem como do sentimento de amor e afeição são mais admissíveis nas mulheres, que são normalmente esperadas para fazer o trabalho de 'emoções' dentro da família (Hochschild de 1983; James de 1989; Duncombe e Marsden de 1993, cit in Busfield, 1996, op. cit: 94, N/T).

### **3.2 - O efeito da temporalidade – Disrupção biográfica**

Por referência a Blaxter (1992) citado por Bury (1997:3; N/T)<sup>36</sup>, a saúde e doença ainda não são constantes humanas simples. Saúde e doença são fenómenos sociais pelo

---

<sup>36</sup> Bury, Michael (1997); *Health and Illness in a Changing Society*, Routledge; London and New York (N/T)

menos em dois sentidos: primeiro, alguns distúrbios de saúde ocorrem de forma aleatória. A “Illness” varia frequentemente pelo grupo social em termos de classe, género, etnia ou idade. A dimensão social da doença também é de carácter temporal, isto é, concebida em termos das suas dimensões históricas e das diferentes fases do curso da vida do indivíduo ou biografia. Neste contexto, o conceito de Disrupção Biográfica (Bury, 1982; Charmaz, 1983; Corbin & Strauss, 1987) põe em evidência o impacto do diagnóstico psiquiátrico de doença mental e como este pode afectar a experiência com a doença.

Segundo Bury (1997: 124)<sup>37</sup>, o aparecimento da Illness, especialmente a que é evidentemente incapacitante, desmembra o tecido social e cultural, expondo o indivíduo às ameaças de self-identity e à perda de controlo, potencialmente prejudicial. O termo de ‘disrupção biográfica’ foi cunhada para dar expressão a esses processos (Bury, 1982, 1991). Desta forma, tratar a experiência subjectiva da doença (Illness) como um evento de disrupção permite que o seu significado se situe num contexto temporal e na trajectória de vida. As mudanças no corpo (físico e mental) e o aparecimento dos sintomas envolvem simultaneamente uma alteração na situação de vida da pessoa e nas relações sociais (Bury, 1997 op. cit: 124).

Dois tipos de significado podem estar envolvidos no aparecimento de doenças crónicas. “O primeiro está relacionado com a preocupação e o significado com as consequências que o aparecimento e a persistência dos sintomas têm para as pessoas a nível prático e social”. “O segundo está relacionado com a preocupação e significado que envolve a doença. Embora os efeitos incapacitantes da doença crónica frequentemente tenham características comuns (por exemplo, as limitações mensuráveis que se colocam no desempenho de tarefas), o significado mais profundo de uma perturbação de identidade pode ser mais específico. Trata-se do significado simbólico, que a doença tem nos segmentos das culturas modernas e as funções metafóricas dos leigos e das suas expectativas” (Bury, 1997, op. cit: 125 T/N).

---

<sup>37</sup> Bury, Michael (1997), “Chronic Illness and Disability” in BURY, Michael; Health and Illness in a Changing Society, Routledge; London and New York, (N/T)

## PARTE II: OBJECTO E OBJECTIVOS – QUESTÕES METODOLOGICAS

### Cap. 1 – As vivências com a depressão crónica – considerações sobre o objecto

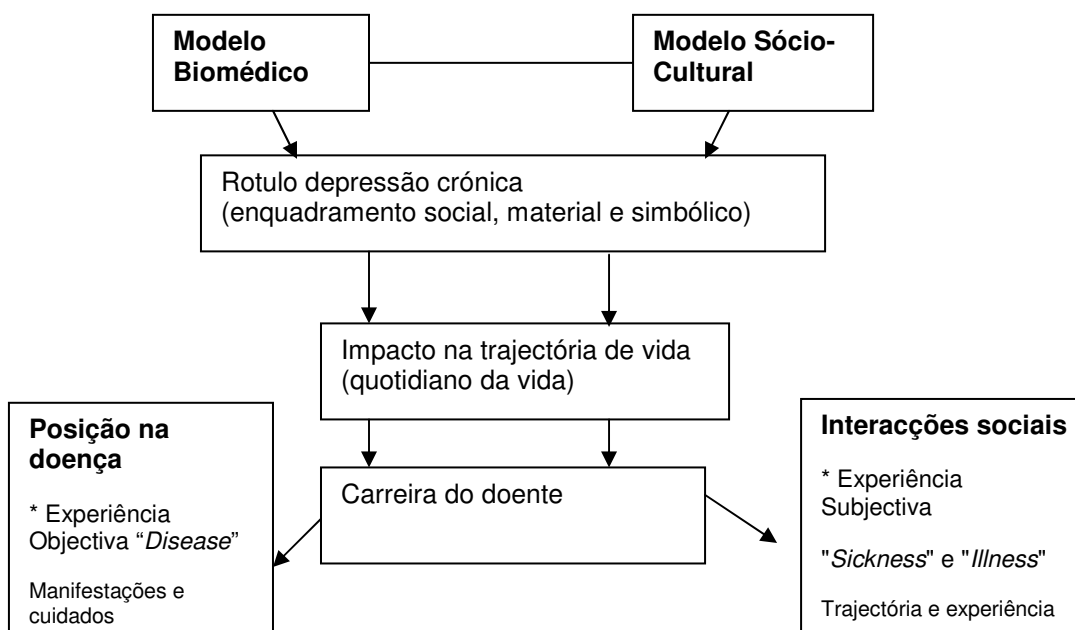
O debate em torno da complexidade do fenómeno da depressão e das mudanças operadas no domínio das respostas à doença mental atravessa todas as esferas da vida social dizendo respeito ao quotidiano dos sujeitos portadores de depressão crónica. Assim, as inquietações que, em linhas gerais, conduzem a presente investigação são as seguintes:

I – Que concepções, interpretações e significados atribuem as pessoas com diagnóstico clínico de depressão a esta realidade? Neste contexto, interessa-nos perceber como é que os próprios sujeitos que vivenciam a depressão a entendem, a explicam e interpretam, a introduzem no seu quotidiano e lidam com as suas consequências e impactos nos vários níveis e contextos onde a sua vida decorre. Como articulam a sua vida quotidiana com a experiência com a depressão crónica (como lidam com a depressão - sintomas, crises, medicação, etc.)

II – Qual o impacto do diagnóstico psiquiátrico de depressão crónica na trajectória de vida do sujeito? Será que o tempo de vivência com o diagnóstico condiciona ou não a trajectória de vida? Neste sentido, procuramos compreender como é que a temporalidade introduz ou não novas aprendizagens e novos estilos para entenderem o problema e lidar com ele.

III – Como articula a sua posição na doença com a sua condição face à comunidade em que se insere? Ou seja, importa-nos conhecer as estratégias de (re) construção biográfica e de interacção social face ao sofrimento e diagnóstico que caracteriza a depressão crónica.

As considerações teóricas que orientam a pesquisa assentam no seguinte esquema:





No campo da Sociologia da Saúde e da Doença existem muitas razões para constatar que a “depressão não é somente mais um problema social, mas um dos problemas centrais entre vários tipos de problemas” (Brown e Harris, 1978:3; N/T)<sup>38</sup>. Neste sentido, a depressão é entendida como causa mas também consequência de um conjunto diversos problemas (pessoais, sociais e ambientais) e tem diferentes sentidos e significados conforme a nossa posição na estrutura social (classe social, idade, sexo e outros factores, que se possam vir a considerar). O trabalho de Brown e Harris (1978) é uma referência importante na medida em que aborda a depressão a partir do significado desta condição (circunstância). Ao fazê-lo, defendem a ideia de “a depressão assume uma posição fulcral para compreender os «males» da nossa sociedade” (Brown e Harris, 1978:3, N/T). Em suma, considera-se que a depressão é resultado de um processo sócio-cultural, com impacto nas interações sociais. Estes autores consideram que a depressão enquanto infelicidade e tristeza é inevitável em todas as sociedades, e nem sempre em todas elas esta é uma realidade clínica. Deste modo consideram que a sua forma de manifestação e compreensão varia de acordo com o seu enquadramento social, material e simbólico. Esta forma de manifestação assenta na experiência subjectiva da doença, com os seus significados expressivos em termos do código cultural que rege o grupo social em que se manifesta (Twaddle, in Kleinman, 1981, op.cit. N/T).

Brown e Harris (1978 op.cit:3) referem ainda que na história da sociologia tem existido uma grande preocupação com a função etimológica e com os factores psicossociais da doença. Estes autores referem que foi C.Wright Mills em *The Sociological Imagination* que trouxe para a discussão pública sobre a ‘estrutura social’, as ‘dificuldades pessoais nos relacionamentos’. Destacam que esta discussão assente nas dificuldades pessoais de relacionamento, representam um aspecto central de todo o trabalho clássico em ciências sociais. Neste sentido, para Brown e Harris (1978, op.cit:4, N/T) é importante ressaltar que “a preocupação da Sociologia não tem sido somente com o funcionamento do sistema social como um todo, mas com o seu impacto nos indivíduos que fazem parte deste sistema”. Referem que uma das coisas que a sociologia procura na colaboração com a medicina são novas formas de olhar para tal impacto – até que ponto a perturbação psiquiátrica ou psicológica é resultado de uma forma de vida familiar, económica e política social? E, por sua vez que impactos essa perturbação social tem ou não nas trajetórias de vida? Dentro desta linha, os sociólogos podem estudar se algum acontecimento de mudança pode desenvolver a perturbação psiquiátrica. Mas, independente das causas e das consequências

---

<sup>38</sup> Brown, George W. e Harris, Tirril; Social Origins of Depression; Tavistock Publication; Great Britain in 1978 (N/T)

que podem desenvolver, é importante compreender como os indivíduos interpretam e reagem emocionalmente a estas mudanças e que sentidos lhe atribuem.

Neste contexto, a presente pesquisa desenvolve-se partindo do campo da cultura, não negligenciando “as desigualdades sociais, particularmente as de classe, mas também as de género ou as de natureza territorial” (Machado 2005:696)<sup>39</sup>. Assim, consideramos, segundo a perspectiva de Helman (1994, 24)<sup>40</sup> que “a cultura na qual um indivíduo nasceu ou vive não é, por certo, a única influência dessa natureza sofrida por ele. É apenas uma dentre várias influências, as quais incluem factores individuais (como idade, género, temporalidade e/da experiência), os factores educacionais (formais e informais, incluindo actividade profissional e o estigma) e os factores socioeconómicos (como classe social, status económico e redes de apoio social).

### **1.1 – Objecto e Objectivos – a (s) vivencia (s) com a depressão crónica**

A presente pesquisa tem por objecto de análise a vivencia com a depressão crónica. Este estudo parte do diagnóstico psiquiátrico de depressão crónica. Contudo, não se centra nas questões subjacentes à sua atribuição clínica mas antes nos impactos e na abordagem dos processos sociais que dão forma e significado à vivencia com este rótulo.

Analisar a doença mental a partir da perspectiva das “doenças” designadas “crónicas” coloca-nos perante o desafio de pesquisar as circunstâncias sociais implícitas na vivência com a doença e não apenas nos dirige para o estudo das causas. Remete-nos para a compreensão da (s) vivências e da (s) experiência com a doença mental crónica.

Portanto, a pesquisa é dirigida às pessoas com diagnóstico de depressão crónica e não aos profissionais, nem à população geral. Tem como objectivo reflectir acerca dos factores sociais que podem estar presentes na vivencia com depressão crónica. Neste sentido, a pesquisa visa a compreensão das experiências com a doença, individualmente consideradas, com o objectivo de conhecer e compreender que factores influenciam a percepção subjectiva de doença e a sua vivencia quotidiana.

Sendo assim trata-se de uma compreensão ao nível micro e/ou fenomenológico, não negligenciando o nível macro, pois entende-se que as experiências subjectivas e a produção de significado do ponto de vista dos indivíduos “doentes” pressupõem processos sociais que criam descontinuidades na ordem e nas relações sociais e sobretudo na identidade

---

<sup>39</sup> Machado, Fernando Luís; Matias, Ana Raquel; Leal, Sofia (2005); Desigualdades sociais e diferenças culturais: os resultados escolares dos filhos de imigrantes africanos; *Análise Social*, vol. XL (176), 695-714

<sup>40</sup> Helman, Cecil G. (1994); *Cultura, Saúde e Doença*; Editora Artes Médicas Sul Ltda.; Porto Alegre, Brasil.

psicossocial do indivíduo (disrupção biográfica, Bury, 1997, op. cit.), e consequentemente existem relações e ligações da doença individual com a sociedade mais abrangente no âmbito da qual essas percepções individuais e colectivas ganham sentido. A tónica será colocada na “illness” experiência subjectiva da doença, com os seus significados expressivos em termos do código cultural que rege o grupo social em que se manifesta (Twaddle, in Kleinman, 1981 op.cit. N/T).

Trata-se de uma pesquisa de carácter exploratório que procura compreender quais os factores que emergem com a atribuição do diagnóstico psiquiátrico de doença mental crónica – Depressão. Esta pesquisa tem como objectivo geral compreender a vivencia da experiência subjectiva (“Illness”) da depressão crónica, por relação com a atribuição de um rótulo, um diagnóstico médico (experiência objectiva com a doença “carreira do doente”) e ao processo de reconstrução biográfica que se desencadeia (por referencia à “Sickness” e à integração e interacção social).

## **Cap. 2 – O Método e a Amostra – discursos sobre a(s) vivencia(s) com a depressão crónica**

### **2.1. O Método – Abordagem qualitativa**

O presente estudo enquadra-se numa metodologia qualitativa e intensiva que permita a exploração e o aprofundamento necessário à compreensão contextualizada pelos objectivos.

Neste contexto, para recolha de dados foi utilizada a técnica da entrevista por referência ao estudo das histórias de vida.

As abordagens qualitativas facilitam a descrição da complexidade de problemas e hipóteses (Oliveira, 2008: 47)<sup>41</sup>, bem como a compreensão e interpretação dos fenómenos em estudo. É com este objectivo de analisar a interacção entre variáveis, compreender e classificar determinados processos sociais (Oliveira, op. cit, 2008: 47), bem como de estar atenta aos sentidos e significados (Alves, 2008) que optámos pelos métodos qualitativos.

A presente pesquisa destaca ao papel activo do sujeito na sua relação com o objecto do conhecimento e construção de suas vivências. São os indivíduos que constroem o conhecimento através das suas experiências. É a interacção social que fornece os

---

<sup>41</sup> Oliveira, Maria Marly de (2008); Como Fazer projectos, relatórios, monografias, dissertações e teses; 4ª Edição; CAMPUS – Concursos; Elsevier Editora, Ltda. Rio de Janeiro.

instrumentos e os artefactos que serão objecto de análise para o entendimento do funcionamento da realidade social de que fazem parte.

O conhecimento detalhado da pessoa e a sua experiência com a doença permite que o investigador compreenda o sentido e o significado que a doença e o diagnóstico têm para o próprio doente (Brown e Harris, 1978:5; N/T)<sup>42</sup>.

### **2.1.1. Instrumento de recolha de dados**

Para alcançar os objectivos procurámos obter informações dos sujeitos por meio de entrevista. Para as entrevistas optámos pela construção de um instrumento flexível, dando ênfase ao carácter interactivo da relação. Construámos um instrumento semi-estruturado, contendo uma lista de tópicos em forma de questão que deverão ser abordadas, caso não apareçam espontaneamente no discurso do entrevistado. A questão central foi saber quais as vivências com a depressão crónica. Assim, foi solicitado aos sujeitos que nos relatassem as suas experiências com a doença “recorrendo ao triângulo identidade, memória e narração” (Conde, 1994, op. cit.:41). E, os entrevistados foram confrontados com a seguinte ordem de questões abertas, não tendo obedecido a esta ordem necessariamente:

1º) *O que sabe sobre a depressão? O que significa ter uma depressão?*

2º) *Como tem sido a sua experiência com o seu sofrimento e diagnóstico de depressão e quais as suas experiências mais marcantes e que alteraram a sua vida (no passado, presente e futuro)?*

3º) *O que acha que correu bem e o que poderia ter sido diferente?*

Com estas questões pretendeu-se “situar o sujeito no (s) seus campo (s) ou domínios (s) de referência, na respectiva trajectória e sobretudo na experiência social da subjectividade como matriz fundamental para a auto-percepção e auto-colocação” (Conde, 1994, op. cit.:41).

Segundo Fortin (2000: 51)<sup>43</sup> “uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar (...) um enunciado interrogativo claro (...) que precisa os conceitos-chave, especifica a natureza da população que se quer estudar (...)”, pelo que a presente pesquisa debruçou-se em compreender o impacto do diagnóstico

---

<sup>42</sup> Brown, George W. e Harris, Tirril (1978); Social Origins of Depression; Tavistock Publication; Great Britain in (N/T)

<sup>43</sup> FORTIN, Marie-Fabienne (2000), O Processo de Investigação: Da concepção à realização – 2.ª ed., Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-10-X. 388p.

psiquiátrico de depressão crónica na interacção social da pessoa rotulada, entendido como o início da carreira do doente por referencia ao conceito de Goffman (1963, op. cit) de «Carreira Moral do Doente Mental» e à abordagem de Kleinman e Twaddle (1981, op. cit.) do conceito de «Sickness Career» – «Carreira da doença» serão utilizadas, por referencia ao quadro teórico, os conceitos-chave de “Identidade Deteriorada” e “Cerimónia de Degradação do Status” de Goffman (1961, op.cit) e Interacção Social.

Os dois primeiros conceitos-chave (“Identidade Deteriorada” e “Cerimónia de Degradação do Status”) permitem-nos atingir os nossos objectivos no sentido que permitem:

- Entender como é que a doença afecta a trajectória de vida. Foi direccionada para as seguintes questões: O que significa ter uma depressão? E quais as consequências desse diagnóstico e respectivo sofrimento mental? O indicador considerado é o processo de socialização por referência a Goffman (1961, op.cit, 42-44) e assenta em dois eixos: estigma congénito e estigma adquirido. No primeiro eixo o sujeito é socializado dentro da situação de doença mental – depressão. No segundo eixo o sujeito torna-se estigmatizado numa fase avançada da vida (adulto). Este processo de socialização permite-nos inferir o que o sujeito incorporou do ponto de vista geral com a doença.

- E ainda compreender as estratégias de (re) construção biográfica e de interacção social face à rotulagem psiquiátrica descritas pelo sujeito rotulado. Foi direccionada para as seguintes questões: o que significava anteriormente (ao diagnóstico) ter uma depressão? A confirmação do diagnóstico implicou uma mudança do significado de depressão? Ocorreu alguma mudança na sua vida com a atribuição do diagnóstico de depressão e ao seu sofrimento mental? Ao nível do Status, considera-se uma pessoa normal ou diferente? O indicador considerado é o papel social desempenhado. Este indicador visa aferir a ocorrência ou não de alteração de (os) papel (eis) desempenha (dos).

O conceito-chave Interacção Social permite-nos o desenvolvimento dos nossos objectivos no sentido em que permite compreender o impacto do rótulo psiquiátrico na vida quotidiana, nas várias áreas de vida.

As áreas de vida consideradas no presente estudo serão analisadas por referência à ocorrência ou não de alguma alteração nas seguintes áreas:

- Empregabilidade. Nesta área foi questionado: Ocorreu alguma mudança ao nível do seu emprego com a atribuição do diagnóstico de depressão ao seu sofrimento mental? Este indicador visa apurar quais as ocorrências mais frequentes face ao mercado de trabalho: manutenção do emprego, integração/procura de novo emprego, pensão por invalidez (reforma), desemprego/despedimento, dificuldades na (re)integração no mercado de trabalho,

subsídio de desemprego, ou outro que pudesse vir a ser considerado na análise dos resultados.

- Relações interpessoais. Nesta área foi questionado: Ocorreu alguma mudança ao nível dos seus relacionamentos pessoais com a atribuição do diagnóstico de depressão ao seu sofrimento mental? Este indicador visa averiguar quais as ocorrências mais frequentes face à rede de amizades: manutenção do grupo de amigos, integração em novo grupo, opção pelo isolamento, ou outro que se possa vir a considerar na análise dos resultados.

- Participação social; nesta área foi questionado: Ocorreu alguma mudança ao nível das suas actividades sociais regulares com a atribuição do diagnóstico de depressão ao seu sofrimento mental? Este indicador visa verificar quais as ocorrências mais frequentes face à rede de amizades: manutenção do tipo de participação em actividades sociais, lúdicas, ou outra que pudesse vir a ser considerada na análise dos resultados.

- Autonomia. Nesta área foi questionado: Ocorreu alguma mudança ao nível das suas actividades pessoais diárias com a atribuição do diagnóstico de depressão ao seu sofrimento mental? Este indicador visa apurar quais as ocorrências mais frequentes face à independência: acesso e defesa dos seus direitos, pudesse vir a ser considerada na análise dos resultados.

- Vida familiar. Nesta área foi questionado: Ocorreu alguma mudança ao nível da sua vida familiar com a atribuição do diagnóstico de depressão ao seu sofrimento mental? Este indicador visa apurar quais as ocorrências mais frequentes face à ao suporte familiar: manutenção da estrutura familiar, separação, institucionalização ou outra que pudesse vir a ser considerada na análise dos resultados.

Salientamos que esta metodologia de recolha de dados pressupôs a repetição da entrevista por diversas vezes com recurso a questões que orientam o aprofundamento. Estes discursos foram recolhidos com recurso à tecnologia áudio – gravador (Consultar **Anexo C** - Guião da entrevista).

Foi efectuado um pré-teste a um homem e uma mulher seleccionado seguindo os mesmos critérios de construção da amostra do estudo. O pré-teste permitiu afinar o instrumento de recolha de dados e perceber algumas limitações técnicas na ‘arte’ de entrevistar, preparando desta forma a investigadora para a entrevista. Os discursos das entrevistas de pré-teste não foram integrados por ter sido considerado alguns erros de aplicação. Nomeadamente, a indução do conceito de Depressão por parte do entrevistador.

## 2.2. Análise e interpretação da informação recolhida

A análise e interpretação da informação recolhida assentaram na técnica da análise de conteúdo. Por referência aos objectivos do presente estudo exploratório pretendeu-se a descrição (nível empírico descritivo) tão exaustiva quanto possível de um acontecimento, de um caso, de uma população, etc. Segundo Vala (1990:105)<sup>44</sup> em muitos destes estudos, o investigador não dispõe de hipóteses de partida, reúne os dados de forma controlada e sistematizada que depois organiza e classifica. Ela poderá mostrar, por exemplo, a importância relativa atribuída pelos sujeitos a temas como a vida familiar, a vida económica, a vida profissional, a vida religiosa, etc.

Na análise de conteúdo procurámos trabalhar o mais possível (os constrangimentos de tempo e espaço são limitadores desta análise) o sentido do discurso e a análise de conteúdo do mesmo. Assim sendo, recorremo-nos das opções teóricas de Jorge Vala (1990: op. cit), Michel Pêcheux (1993)<sup>45</sup> e de Laurence Bardin (1977)<sup>46</sup>.

Tomar como objecto o discurso do sujeito portador de diagnóstico de “depressão crónica” é partilhar da ideia de Gill (2002: 244)<sup>47</sup> “uma rejeição da noção realista de que a linguagem é simplesmente um meio neutro de reflectir, ou descrever o mundo, e uma convicção da importância central do discurso na construção da vida social”. Trabalhar com o sentido implica fazer uma nova interpretação e mostrar como o discurso funciona. A análise entre entrevistas permitiu-nos interpretar os saberes constituídos na memória do dizer; os sentidos do que é dizível e circula na sociedade, saberes que existem antes do sujeito; saberes pré-construídos constituídos pela construção colectiva. Todavia, como refere Orlandi (2004, p: 18-19)<sup>48</sup> “a interpretação é o vestígio do possível. É o lugar próprio da ideologia e é ‘materializada’ pela história. (...) Ela sempre se dá de algum lugar da história e da sociedade”.

---

<sup>44</sup> Vala, Jorge (1990), “A Análise de Conteúdo”, Cap. IV, in SILVA. Augusto Santos e Pinto, José Madureira (Orgs.); Metodologia das Ciências Sociais; Biblioteca das Ciências do Homem; Edições Afrontamento, 4ª Edição, Porto.

<sup>45</sup> Pêcheux, M. (1993) Análise Automática do Discurso (AAD-69). In: Gadet F. Halk T, Organizadores. por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. 2ª ed. Campinas (SP): Ed Unicamp; p: 61-105

<sup>46</sup> Bardin (1977), Análise de Conteúdo, Presss Universitaires de France, Edições 70, Lda., Lisboa

<sup>47</sup> Gill, R. (2002), Análise de discurso. In: Bauer MW, Gaskell. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3ª Ed. Petrópolis (RJ): Vozes; p.244-270

<sup>48</sup> Orlandi, E. (2004) Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. 4ª ed. Campinas (SP): Pontes;

### 2.3. Os sujeitos entrevistados

Foram alvo de entrevista os sujeitos que se apresentaram disponíveis e aceitaram colaborar. Trata-se, pois de uma amostra não representativa do ponto de vista estatístico, mas que pode ser considerada representativa do ponto de vista sociológico em profundidade, que procura identificar tipos de situações e compreender as relações sociais que nelas se estabelecem, (Lima, op. cit., 1981: 18). Com esta técnica, não se pode generalizar os resultados obtidos na “população à qual pertence o grupo de conveniência, mas do qual se poderão obter informações preciosas, embora não as utilizando sem as devidas cautelas” (Carmo e Ferreira, 1998: 197)<sup>49</sup>.

Entrevistámos homens e mulheres com diagnóstico psiquiátrico de depressão crónica, integrados na comunidade e sinalizados e acompanhados em consulta de Psiquiatria e Saúde Mental no Centro Hospitalar Oeste Norte, localizado em Caldas da Rainha, distrito de Leiria, no ano de 2010.

As entrevistas decorreram entre Abril e Julho, no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Oeste Norte. E tiveram a duração média de 1h e 15 minutos.

Para ter acesso aos sujeitos a entrevistar foi solicitada a autorização à psiquiatra responsável pelo Serviço de Psiquiatria do CHON – Dr.<sup>a</sup> Paula Teresa de Carvalho – que facilitou todo o processo, muitas vezes demorado, de avaliação e autorização pelo Comité de Ética e numa fase em que o Conselho de Administração estava em fase de transição.

Reconhecemos as dificuldades de trabalhar com um grupo heterogéneo, constituído por referência à diferença de género, à faixa etária, processo de socialização e classe social, mas tratando-se de em estudo exploratório, consideramos que estas variáveis permite-nos explorar algumas pistas para um futuro estudo mais aprofundado sobre este objecto.

Os sujeitos entrevistados foram sinalizados pela psiquiatra responsável pelo serviço de psiquiatria do CHON e pela Psicóloga (Dr.<sup>a</sup> Celeste Narciso) e Enfermeira (Enf<sup>a</sup> Lúcia Corado) responsáveis pela dinamização do grupo terapêutico de doentes com depressão, depois de auscultar a disponibilidade dos sujeitos em colaborar com a presente pesquisa. Foram definidos os seguintes critérios para a selecção:

- igualdade de representação entre homens e mulheres;

---

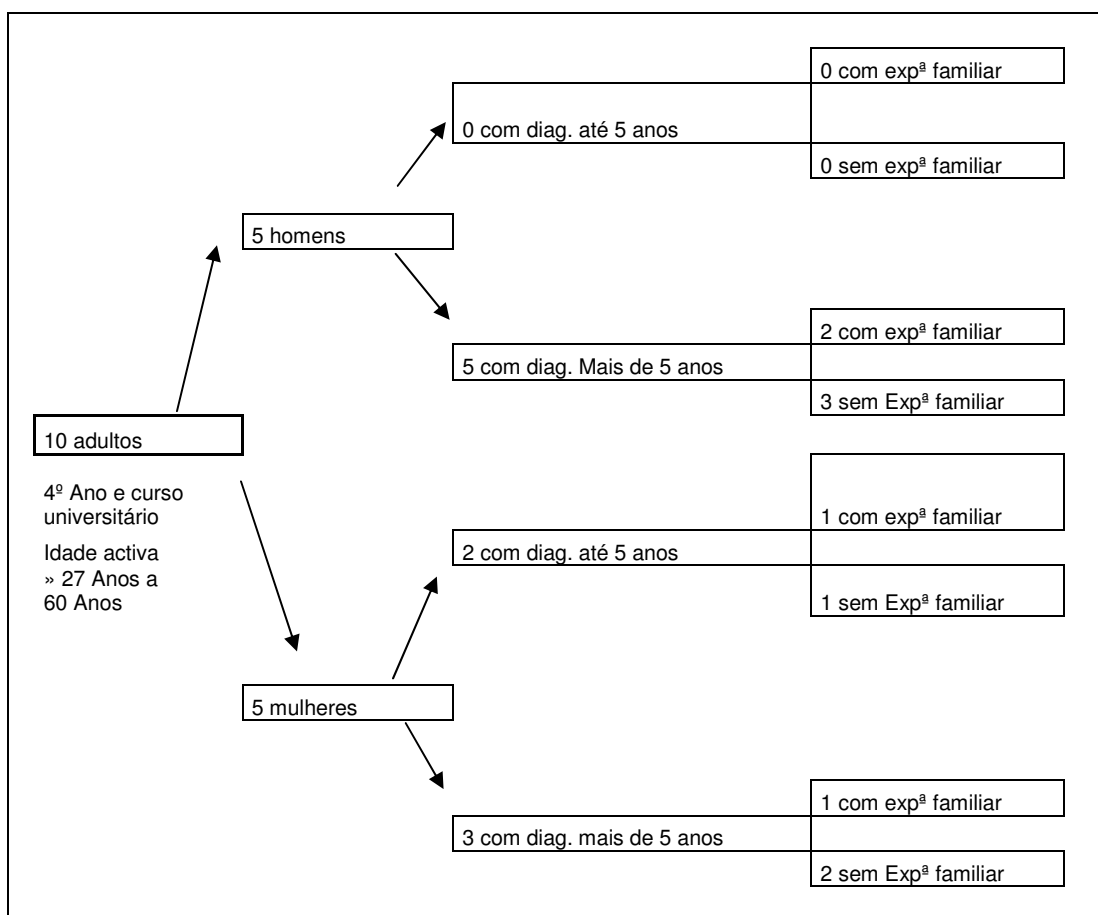
<sup>49</sup> Carmo, H., Ferreira, M. M. (1998), Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem; Lisboa; Universidade Aberta.



- inicialmente definimos 16 sujeitos como o número a que tentaríamos chegar, ou o número suficiente para atingir a saturação da informação recolhida (que do ponto de vista da investigação não traga mais nada de novo), o que por limitações de tempo não foi possível. Este estudo é, na verdade, exploratório. Na prática, entrevistámos 12 sujeitos. (2 em fase de pré-teste, e 10 sujeitos sobre os quais assentaram a análise de conteúdo)
- a idade – inicialmente consideramos a faixa etária dos participantes seria de 18 a 65 anos – faixa designada por “idade activa” (integrados ou não no mercado de trabalho, em situação de subsidio de desemprego, subsidio de doença ou pensionistas por invalidez). Pois permitiria-nos aferir as opções e as estratégias ao nível do impacto no indivíduo adulto e com expectativas sociais de autonomização. Na prática a faixa etária dos participantes foi de 27 a 60.
- o sexo – inicialmente definiu-se que seriam entrevistados 8 homens e 8 mulheres. Porém, foram entrevistados 5 sujeitos do sexo feminino e 5 sujeitos do sexo masculino aos quais foi atribuído o diagnóstico em fase adulta. A distinção sexual permitiria verificar em que medida as expectativas sociais geradas pela desigualdade de género presentes na comunidade caldense implicam numa vivência diferenciada com o diagnóstico de depressão crónica. A desigualdade de género permitiria reflectir acerca da especificidade da depressão na comunidade caldense actual.
- a classe social/ categorias escolares - seria realizada por referência às categorias escolares analisadas por Machado (2005 op.cit). Pois pretendia incluir na análise da presente pesquisa as questões relacionadas a importância da dimensão escolar/educacional na vivência com o diagnóstico. Seriam consideradas as habilitações entre o 9º ano e frequência universitária (sem conclusão). Na prática, 4 indivíduos entrevistados tinham a 4ª classe, 3 tinham o 6º ano, 1 tinha o 9º ano e 2 tinham curso superior.
- a idade do diagnóstico – por referência à temporalidade de vivência com diagnóstico psiquiátrico seria inicialmente considerado o período de 6 meses a 1 ano (impacto inicial), e com 5 ou mais anos (experiência com a doença). Consideramos que o tempo da doença traz relatos de experiências diferentes ao nível dos papéis desempenhados. Permite compreender as estratégias de (re) construção biográfica e de interacção social face ao sujeito entrevistado. O que sucedeu na prática foi que entrevistámos sujeitos com tempo de acompanhamento em consulta de psiquiatria que varia entre os 3 anos e os 36 anos – sujeitos enquadrados no que consideramos inicialmente “com experiência com a doença”.
- a familiarização com a doença por referencia ao processo de socialização – consideramos que deveriam ser entrevistados 2 sujeitos com experiência familiar de doença crónica e 2 sem

experiência familiar de doença crónica. Pois no que concerne ao estigma e socialização consideramos que a familiarização com a doença poderá ou não ter influência no significado atribuído a doença (sofrimento e diagnóstico). Permitiria compreender a aprendizagem e a incorporação da doença por referência as vivências anteriores com a própria doença – se foi socializado dentro de um contexto de doença mental ou se só se familiariza numa fase adulta. Mas na prática encontramos 3 sujeitos com experiência familiar de doença mental crónica com diagnóstico clínico de depressão.

Distribuição dos sujeitos:



Neste estudo foram respeitados um conjunto de questões éticas e morais: “o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e direito a um tratamento justo e leal” Fortim (2000: 116, op. cit). Estes procedimentos éticos e informais envolveram requisitos formais como seja o consentimento informado, assegurar a confidencialidade e o anonimato dos participantes e também o pedido de autorização formal para a realização das entrevistas com inicio a 1 de Maio de 2010, ao Conselho de Administração do CHON. O requerimento foi dirigido à responsável pelo Serviço de Psiquiatria, contendo em anexo: o projecto de dissertação de mestrado, instrumento de recolha de dados e cronograma de actividades.

## **PARTE III: TRABALHO DE CAMPO**<sup>50</sup>

### **Cap. 1 – Caracterização sociográfica dos sujeitos entrevistados**

A análise sociográfica que a seguir se apresenta é feita com base nas entrevistas realizadas a 10 pessoas com diagnóstico clínico de depressão crónica que foram entrevistados nas instalações do serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Oeste Norte na localidade de Caldas da Rainha. Não procurámos regularidades, mas sim significados. Apenas pretendemos caracterizar a amostra do ponto de vista de algumas variáveis sociográficas que nos permitam caracterizar em termos sociais as pessoas que entrevistámos.

#### **1.1 - O campo – Centro Hospitalar Oeste Norte**

As entrevistas decorreram no Centro Hospitalar Oeste Norte inserido na área geográfica da Sub-Região Oeste -Norte, que abrange uma área constituída pelos concelhos de Alcobaça, Caldas da Rainha e Peniche, servidos pelo Centro Hospitalar das Caldas da Rainha, pelo Hospital Bernardino Lopes de Oliveira, em Alcobaça, e pelo Hospital São Pedro Gonçalves Telmo, em Peniche (Consultar **Anexo D** – Figura 1 – Área Geográfica).

Os entrevistados são provenientes do concelho de Caldas da Rainha e Alcobaça. Os sujeitos provenientes do Concelho de Caldas da Rainha residem nas seguintes freguesias: 3 Stº Onofre e 2 Nª Srª do Populo (Cidade de Caldas da Rainha), 1 Trabalhias, 1 da Mouraria, 1 Alvorinha, 1 Nadadouro. Somente 1 entrevistado provem do Concelho de Alcobaça e reside em São Martinho do Porto.

#### **1.2 - Caracterização global da amostra**

Entrevistámos 5 homens e 5 mulheres. E para facilitar o acesso a grupos etários de idades classificamos os sujeitos em 5 escalões etários: **25-34, 35-44, 45-54 e 55-64**. Entre os nossos entrevistados predominam idades situadas nos escalões dos 45-54 e 55-64. Os mais velhos não estão representados, pois o sujeito mais velho da nossa amostra possui 60 anos de idade.

No que respeita ao estado conjugal, a grande parte dos sujeitos entrevistados encontra-se, à data da entrevista, casado onde se incluem 3 mulheres e 1 homem na faixa

---

<sup>50</sup> As falas que ilustram cada dimensão de análise podem ser consultadas em **Anexo F**, onde todas as dimensões aqui consideradas estão apresentadas – horizontalmente – com os resumos das principais partes das falas, ou no CD em anexo que contém as transcrições de todas as 10 entrevistas).

etária dos 45-54 e 3 homens e 1 mulher na faixa etária dos 55-64. Os restantes são solteiros. (Consultar **Anexo E - Quadro 1** – Distribuição da amostra por Escalão Etário, Género e Estado Conjugal)

Por referência ao tipo de família, a maior parte dos entrevistados vive no seio de família nuclear, com a esposa e filhos (3 homens e 4 mulheres).

A observação da variável escolaridade permite-nos constatar que a maior parte tem o 1º ciclo (4ª classe), seguindo do 2º ciclo (6º ano) distribuído homogeneamente entre a variável de género. Apenas 2 (1 homem e 1 mulher) possuem ensino superior (**Idem - Quadro 2** – Distribuição da amostra por Tipo de Família, Género e Habilitações Escolares).

No que concerne à variável condição perante o trabalho, a maior parte integra o grupo dos activos (2 homens e 3 mulheres). Contudo, estes, à data da aplicação das entrevistas encontravam-se em situação de incapacidade temporária para o trabalho (baixa médica). Em número quase idêntico encontramos os reformados (2 homens e 2 mulheres).

No que concerne à situação na profissão (por referência á última profissão desempenhada), a totalidade enquadra-se no grupo trabalhador por conta de outrem (**Idem Quadro 3** – Distribuição da amostra por Condição Face ao Trabalho, Género e Situação na Profissão).

Podemos verificar que a idade média aproximada que os sujeitos referem como sendo a idade do surgimento do problema / sofrimento é a partir dos 32 anos nos homens e dos 25 anos nas mulheres. Não consideramos a referência desde criança porque não conseguimos identificar a idade concreta a que se referiam, somente diziam: “não sei, desde criança” ou “desde que me lembro”.

No que diz respeito à idade média aproximada da 1ª consulta de psiquiatria é de 43 anos nos homens e 26 anos nas mulheres.

O período que medeia o aparecimento dos sintomas / sofrimento e a 1ª consulta de psiquiatria, pedido de ajuda especializada (psiquiatria) é maior nos homens.

Em relação ao tempo médio aproximado do acompanhamento em consulta de psiquiatria é de 21 anos nas mulheres e de 10 anos nos homens. As mulheres andam em média há 21 anos em psiquiatria e os homens frequentam a consulta de psiquiatria em média há 10 anos.

Por referência à existência de problemas de saúde mental na família, a maioria diz não existirem com diagnóstico confirmado. Mas nos seus discursos 3 sujeitos sinalizam que existem referências a determinadas sofrimentos semelhantes aos seus num dos familiares próximos da família nuclear: pai, tia e esposa (**Idem - Quadro 4** – Distribuição da amostra por Entrevistado, Sexo, Idade surgimento do problema, Idade 1ª Consulta, nº anos na psiquiatria e Problemas de saúde mental na família).

## Cap. 2 – A depressão crónica – O discurso leigo

Na presente pesquisa privilegiámos uma abordagem das racionalidades leigas enquanto lugar de produção e de reprodução de saberes que visam ordenar o mundo e dar-lhes sentidos, numa acção reflexiva que combina conhecimentos provenientes de várias fontes – sejam da ciência, sejam da tradição. No campo da saúde, apesar da centralidade que ocupa a medicina e da sua recusa formal em partilhar o seu campo (com outros saberes, nomeadamente os saberes leigos), esses saberes coexistem, enquanto modos de produção de sentido (que conferem significados, explicações, estratégias de tratamento e cura, etc.) e de orientação das acções (Lopes, N., 2003; Carapinheiro, 2007; Alves, 2008).

As informações recolhidas para o presente trabalho de pesquisa tiveram como objectivo a procura dos sentidos e dos significados dos sujeitos portadores de diagnóstico de depressão crónica sobre o seu sofrimento em particular e sobre a depressão crónica em geral. Estes sentidos foram observados através de entrevistas em profundidade e analisados através da análise de conteúdo. De um modo geral trata-se de discursos ricos em profundidade e espessura – os discursos fornecem elementos importantes para caracterizar estes sentidos e significados que procurámos. De seguida apresentamos os resultados gerais, que conseguimos reportar, pois por questões meramente de tempo não nos foi possível fazer uma análise mais aprofundada e mais amadurecida.

## Capítulo 3 – O Domínio das Concepções

O objectivo desta pesquisa é o de perceber como é que os próprios sujeitos que vivenciam a depressão a entendem, a explicam e interpretam, a introduzem no seu quotidiano e lidam com as suas consequências e impactos nos vários níveis e contextos onde a sua vida decorre. Qual o impacto do diagnóstico psiquiátrico de depressão crónica na trajectória de vida do sujeito?

Como refere Widlocher (2001:18)<sup>51</sup> “ se a noção de doença mental foi fecunda e libertadora, foi ao separar a perturbação mental da pessoa, libertando-a de toda a falta e de toda a marca original, para a considerar apenas como um sujeito afectado por um mal que lhe é exterior. A ideia de doença está, com efeito, muito ligada à da exterioridade do mal em relação à parte do mundo natural que vem modificar. Quer ele provenha do exterior, como a

---

<sup>51</sup> WIDLOCHER, Daniel (2001), *As Lógicas da Depressão*, Climepsi Editores, Lisboa, Janeiro.

infecção microbiana, quer do interior, como a diabetes, é o mesmo.” Há o Homem e a sua depressão e o Homem com o seu sofrimento mental. Mas qual é o sistema lógico e quais as concepções atribuídas pelo indivíduo com diagnóstico de depressão crónica? Reconhece o seu diagnóstico clínico? Reconhece-lhe o estatuto de doença ou recusa-a? Porque é que o aceita, porque é que recusa e como explica?

Neste domínio de análise sobre as concepções, os sujeitos entrevistados classificam-na ora como doença, ora como ‘não doença’. Concepções que remontam aos percursos de sofrimento vivenciados e que se relacionam intimamente com concepções culturalmente enraizadas sobre o que sentiam/sentem e os impactos na vida quotidiana bem como com o itinerário terapêutico efectuado. A este nível o contacto com a psiquiatria parece fornecer uma moldura de enquadramento que permite integrar numa explicação médica um conjunto de factores que ‘desculpabilizam’ o indivíduo de comportamentos socialmente avaliados como negativos – o que o senso comum classifica como preguiça aparece interpretado como sinal de doença, por exemplo. Esta moldura ‘desculpabiliza’ e ‘desresponsabiliza’ desta forma o indivíduo e tem reflexos positivos na identidade. Mas também há os aspectos negativos subjacentes a este estatuto que a medicina proporciona – por exemplo o rótulo de doente mental. E esses são recusados, pelo estigma implícito e pelas consequências na identidade pessoal e social. A este nível, muitas vezes, distingue-se entre ter uma depressão e uma doença mental. Aqui, a depressão não é uma ‘verdadeira’ doença mental. A depressão é algo mais ‘leve’ e menos carregado simbolicamente. Efectivamente, encontramos uma pluralidade de concepções associadas à situação relatada de cada um, em vez de uma concepção claramente definida e entendida.

### **3.1 – A depressão enquanto doença e enquanto ‘não doença’**

Dos 10 entrevistados somente 2 sujeitos referem o seu sofrimento com sendo uma depressão, e mesmo neste casos referem-se utilizando expressões como “*e agora quando eu estou assim com a tal depressão...*” A maioria (8) refere não saber o seu diagnóstico ou que quando lhe falaram em depressão não sabiam o que era. Descrevem o seu sofrimento por referência apenas ao que sabem ou ao que sentiram/sentem, adoptando denominações mais ligadas a uma concepção mais cultural e contextual, como por exemplo esgotamento, vontade de morrer, stress, fraqueza, nervoso ou dos nervos, desequilíbrio no ritmo do sono, etc.

A concepção subjacente à ideia de depressão enquanto doença encontrada (muitas vezes porque diagnosticada pelo médico) inclui o sofrimento vivido numa percepção que

acentua a gravidade da situação, algo ameaçador da vida em sociedade e da identidade. Aqui o sofrimento é entendido, geralmente, como não tendo cura, (sendo crónica), e com impactos nos diversos níveis da acção e da interacção do indivíduo. Os elementos presentes no seu surgimento e a trajectória percorrida provocam uma mudança na identidade, resultante de perdas relacionadas com a vida que tinham (e que mudou) e implicando uma certa “mortificação do eu” por referência a uma sensação de perda da vida anterior. Esta mudança tem impactos nos pensamentos e nas práticas no quotidiano. É o mesmo indivíduo que pensa e age, mas parece que tudo é permeado por um negativismo da realidade e um pessimismo perante o futuro. O sofrimento adquire diferentes concepções por referência ao valor de mal-estar, pela sua intensidade e duração e refere-se essencialmente aos afectos (negatividade do que se sente) e às consequências: rejeição/desilusão familiar; vergonha; isolamento social; medo do futuro, entre outras. Mesmo após a resolução do problema em episódios anteriores o indivíduo denota e acentua no discurso a mudança entre o antes e o depois.

*”... fiquei sem força... (...) E como eu sou, vamos considerar, de extremos (...) comecei a ver tudo negativo na minha vida e comecei a cair... foi o meu primeiro lar de compra e não esperava que só dura-se 10 anos. Deste acontecimento comecei a ter vergonha (...) e daí levar-me ao desanimo e ao destruir da minha imagem” Masc08, 49 anos, 3º Ciclo (9ºano), Metalúrgico/Empregado Fabril*

*” ... Para mim a depressão que é aquilo que eu sinto: é uma tristeza... uma tristeza que não sai... é crónica (...) falando por mim... eu era uma pessoa muito alegre (...) Os meus filhos não se lembram... ou por outra... não conheceram a outra mãe que têm...” Fem04, 49 anos, 2º Ciclo (6ª classe), Doméstica/Reformada*

*” ... falo com pouca gente... antigamente... quando eu era uma pessoa normal (...) trabalhava... comia de tudo... não tinha ulcerar do estômago (...) as vezes quando me enervo... já não posso comer (...) enervo-me e sinto-me doente... por me sentir doente fico mais triste... e depois ainda fico com mais nervos...” Masc01, 64 anos, 2º Ciclo (6º ano), Motorista numa empresa turística/Empregado*

A falta de forças, o cansaço extremo, as queixas na cabeça, as dores de alma, a diminuição da capacidade de raciocínio e de decisão estão entre as características associadas à situação que vivenciam e que aparecem situadas entre a doença em si, i.e. a depressão, (quase como se de uma entidade exterior se tratasse) e a sua vida real.

*”... Eu não sei o que é a depressão... mas eu estou num conjunto de depressão... (...) nesse conjunto está tudo com depressão...” Mas10, 44 anos, 3º Ciclo (9º ano), Administrativo/Reformado*

Apresentam queixas variadas no peito (zona do coração onde culturalmente se situam os afectos), referindo aperto, nó e dores. A cabeça é um dos focos centrais das queixas, com dores de cabeça, tonturas, peso na cabeça, cansaço da cabeça, cabeça pensa muito, não tem

“tarinbelhos”. Neste contexto referem-se ao pensamento, que pensa em coisas sem sentido, pensa nas doenças, ou que está enfraquecido, com falta de memória.

Esta doença, a depressão, é uma doença que é vista como incapacitante pois as pessoas ficam enfraquecidas, sem forças, lentifica-as, retira-lhes vida e torna as pessoas diferentes do que eram até aí. Metaforicamente falam no buraco em que a pessoa entra e na ausência de luz no fundo do túnel.

Nesta concepção de depressão enquanto doença, a incurabilidade e cronicidade é patente nos discursos. Deste modo quando se referem ao ‘antes do surgimento da doença’ falam em ‘quando eu era uma pessoa normal’. Este critério de normalidade refere-se sobretudo às capacidades relacionadas com o desempenho dos papéis sociais em adultos (trabalhador/a, pai/mãe; filho/filha, irmão/irmã; amigo/a; etc).

O maior receio que apresentam é o de poder vir a tornar-se maluca/o, o que sem dúvida reflecte o estigma social associado à ‘verdadeira doença mental’. Este receio manifesta-se no medo de ficar sem memória, não saber aquilo que diz ou que faz, numa explicação que simultaneamente afasta o rótulo de doença mental para o seu caso, que é diferente, e afirma a natureza ‘mais leve’ da depressão que vive e que, apesar de crónica e incurável, aparece nos discursos muito mais relacionada com a vivência e os afectos que resultam de reacções a situações de vida, e não como algo endógeno, biológico, interno.

Estamos em presença de duas percepções bem diferenciadas de doença mental: a que aparece relacionada com o organismo, com o cérebro (cabeça ou nervos), e uma perturbação do tipo psicossocial ligada aos acontecimentos de vida e à personalidade do indivíduo por referência à relação entre indivíduo e a sociedade. Estas ganham sentidos e significados mais precisos quando abordarmos as causas apontadas para a doença/sofrimento.

É generalizada a manifestação do sentimento de incompreensão face à sua situação. Sentem-se incompreendidos e incapazes de transmitirem o que sentem ou vivem àqueles que os rodeiam nas suas várias áreas de vida. Esse sentimento aparece reflectido nas atitudes dos outros face à situação – referem que as pessoas estranham e não sabem como agir em relação a eles. Outras vezes não há comportamentos exteriores denunciadores da doença, que aparece ‘mascarada’ ou encoberta de modo a que os outros até podem perceber algo estranho, mas não reconhecível enquanto depressão. O que leva a que muitos não reconheçam a doença ao doente, não os compreendam e desvalorizem o seu sofrimento. Outras vezes explicam-no com base em princípios culturais depreciativos.

*” ... Um grande mal aqui... (apontou para a zona do peito) (...) Sim um grande nó no peito...”*  
*Mas10, 44 anos, 3º Ciclo (9º ano), Administrativo/Reformado*



*”... uma pessoa não tem forças... (...) mas sinto a minha cabeça muito em baixo... muito cansada... parece que não tenho “tarinbelhos”... quero fazer meu trabalho em casa e vejo-me perdida para fazer qualquer coisa... demoro muito tempo a fazer as coisas (...) e penso muito...” Fem03, 49 anos, 2º Ciclo (6º ano), Empregada Fabril/Reformada*

*”... incapacita... Torna-nos diferentes... Pensamos em coisas sem pés nem cabeça... (...) sabe eu sonho muito... e todos os meus sonhos parecem reais... e derivam todos da maldade que se faz neste mundo... eu ainda cheguei a escrever, por 2 vezes, o meu sonho... cheguei a entregar à Dr.ª... não sei explicar... só sei que entrei num buraco e que ainda não vi luz ao fundo do túnel... porque esse meu problema... penso eu que nunca se vai tratar... “ Mas10, 44 anos, 3º Ciclo (9º ano), Administrativo/Reformado*

*”... Está relacionada com o pensamento. Antes achava que tinha a ver com o cérebro. Eram aquelas pessoas que não estavam boas da cabeça, estavam doidas. Associava às camisas-de-forças e aquelas intuições... (...) aos hospitais...” Mas07, 27 anos, Ensino Superior, Designer Gráfico/Desempregado*

*” ... O estado de alma... podemos dizer que é a emoção... (...) O que é que eu sinto, ou o que é que é ... estar deprimido... por exemplo eu tenho muitas depressões. Eu tenho uma depressão que é do tipo mascarada. Significa que não aparento estar deprimida, mas estou... Podem-me achar estranha mas não sabem que eu estou deprimida...” Fem02, 44 anos, Ensino Superior, Economista/Empregada de call-center*

*” ... Não sei... (...) Às doenças de nervos (...) Há umas melhores e outras piores (...) É intermédia. Porque há medicação mas não há cura.” Masc09, 60 anos, 1º Ciclo (4º ano), Electricista de Redes/Empregado*

*”... o diagnóstico da cabeça não me interessa porque acho que não estou maluco... mas o diagnóstico dos nervos para mim é importante... (...) eu acho que não estou maluco... os malucos são os que estão doentes da cabeça... é louco, é tonto... pronto é doente mental... tem uma doença mental não é? “ Masc01, 64 anos, 2º Ciclo (6º ano), Motorista numa empresa turística/Empregado*

De um modo geral os discursos sobre a sua própria situação remetem o sofrimento para um estatuto de ‘não doença’, que decorre de situações e acontecimentos de vida ‘normais’, (no sentido em que é comum ao longo do ciclo de vida confrontar-se com eles), geralmente problemáticas, zangas com amigos, namorados ou marido, sobrecarga de trabalho, endividamento, as injustiças sociais, violência e que causam ‘esgotamento’, ‘grande cansaço’, ‘stress’, ‘incapacidade’, ‘vontade de morrer’, ‘humilhação’, ‘sentimento de vergonha’. Expressões como esgotamento, nervos e stress são comuns para definir o sofrimento de que padecem.

Encontrámos também a referência ao sofrimento que se relaciona com a forma de ser da pessoa, com o ‘feitio’, com a sua personalidade construída, e que condiciona a vivência quotidiana do sofrimento aparecendo nos discursos como sendo ansiedade, fraqueza, tristeza

crónica, nervos, pensar muito, medos variados e incapacitantes da acção. Distinta contudo da verdadeira doença.

*”... Penso e pergunto-me a mim mesmo: porque raio eu tenho este feitio... porque é que eu sou assim... (...) Eu é que penso que é o feitio... mas é a maneira de ser da pessoa (...) mas não sei dar explicação para isso... (...) Eu gostava muito de ser de outra maneira... não queria ser assim como sou...” Fem03, 49 anos, 2º Ciclo (6º ano), Empregada Fabril/Reformada*

O desinteresse generalizado aparece nos discursos como explicativo do descuido pela imagem pessoal (aparência, peso, etc), o desinteresse pelo cuidado das actividades de casa. A tristeza constante que referem sentir, manifesta no choro sem motivo, na lentificação ou agitação motora e psicológica, no desinteresse social e relacional, na alteração do ritmo do sono (ou não conseguem dormir ou dormem todo o tempo) permite que se instale um sentimento de incapacidade generalizado. As pessoas deixam de ter uma vida ‘normal’ no sentido do desempenho dos papéis sociais e das funções que lhes estavam atribuídas e se esperava que desempenhassem. O sentimento de incapacidade que daí resulta reforça o imobilismo da acção. Refugiam-se do mundo, de onde referem muitas vezes ter vontade de desaparecer – quer no sentido de deixar de existir quer no sentido de começar de novo, com outra vida e outras oportunidades de vencer o sofrimento.

*” Então... na lentificação psicomotora tenho a situação de que me viro para a colega e é uma superior e ela vira-se para mim e diz “dah... dah...” (...) A questão é que eu preciso... eu compreendo, demoro tempo a acompanhar, demoro tempo a dar a resposta e não pareço normal. Mas... Como posso parecer normal se estou doente! (...) o que mais doeu em termos de trabalho nestes últimos anos foram as perdas de memória, o facto de não conseguir rotinizar coisas simples e diárias ou de repente dizer-me algo e depois perguntarem-me (...)e eu é que não me lembro. Isto é horrível. (...) Ou posso ter um quadro de hipersónia em que eu estou a refugiar-me no sono, porque eu não consigo encarar o dia, não consigo encarar a vida e então a cama é o refúgio. Depois de dormir muitas horas, já tive fases, de aturdir-me com a televisão e evitar a vida real. (...) É não pensar na minha vida. A televisão é um escape é estar ocupada, mas sobretudo não pensar na minha vida.” Fem02, 44 anos, Ensino Superior, Economista/Empregada de call-center*

### **3.2 - Taxonomias leigas**

As taxonomias utilizadas são complexas e muito diversificados os nomes utilizados para reportar o que se tem ou do que se sofre por um lado e o que é a depressão e a doença mental por outro. Estas taxonomias têm subjacentes classificações amplas, relacionadas com as concepções subjacentes, com as causas e com a auto-imagem e com a imagem social.

As taxonomias observadas reflectem esta distinção encontrada nos discursos entre verdadeiras situações de doença mental e outras que não são consideradas doença, tal como vimos anteriormente. Deste modo, pretendemos analisar, muito sumariamente, as taxonomias (classificações) encontradas para falar sobre a sua própria situação (e não as taxonomias utilizadas para falar de doença mental propriamente dita, discursos geralmente sobre os outros e não sobre o próprio) no sentido de perceber até que ponto a linguagem psiquiátrica penetrou os modos de dizer e de falar destes sujeitos, próximos da psiquiatria porque utilizam os seus serviços e os seus profissionais e portanto melhor colocados socialmente para se apropriar desta linguagem técnica e científica.

Os discursos leigos analisados conservam o ponto de vista que Canguilhem<sup>52</sup> designa por teoria ontológica da doença. E se alguns rejeitam a noção de doença depressiva, é muitas vezes referindo-se implicitamente a este modelo. De facto, a existência de depressões de fraca intensidade coloca ao indivíduo a questão dos limites entre o sofrimento normal e a depressão enquanto doença mental, no extremo a loucura.

A referência generalizada a que não sabem ou não lhes disseram o que têm ou de que sofrem, é comum. Outros referem até desconhecer a existência da depressão, mesmo estando alguns deles integrados num grupo terapêutico da depressão. O que desde logo levanta a questão se o indivíduo não sabe mesmo da existência do diagnóstico psiquiátrico ou se, pelas suas características, se colocam na incapacidade de responderem às exigências da acção que a situação lhes impõe e o receio de ficarem aquém das exigências e expectativas.

Na observação ao que os indivíduos dizem que têm e qual o nome (taxonomia) que utilizam e com que significado encontramos a utilização das seguintes taxonomias:

Doença Mental – no sentido de ter algo a menos (em falta, numa noção próxima de deficiência), algo menos desenvolvido no cérebro.

*“... adaptar-nos cada um à sua deficiência... tenho uma deficiência... não é? Se é que os estudos dizem isso... existem pessoas que nascem com uma deficiência mental ou física... “ Mas08, 49 anos, 3º Ciclo (9ºano), Metalúrgico/Empregado Fabril*

Depressão – no sentido de tristeza, ansiedade, pensar demais nas coisas que se manifestava no sono que aparecia trocado (de noite não tinha sono e de dia só dormia), na agitação do pensamento ou no choro constante.

*“... porque me perguntaram a que é que eu sentia e eu disse: sentia-me muito triste... e perguntaram-me o tempo que eu já me sentia assim... e eu já estava assim há mais de duas*

---

<sup>52</sup> CANGUILHEM, George (1950), Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique, 1943, 2ª ed., Paris, Les Belles Lettres.

*semanas... e então receitou-me uns comprimidos... porque eu não conseguia dormir, tinha insónias ...” Mas07, 27 anos, Ensino Superior, Designer Gráfico/Desempregado*

*“... fiquei dois meses em casa e a característica dessa depressão é que de manhã e assim que eu me levantava abria os olhos, aliás, de manhã, na cama abria os olhos, eu começava imediatamente a chorar, nem sequer ponha o pé de fora da cama, começava imediatamente a chorar, e isso acontecia todos os dias, dia a pós dia. (começou a chorar e continuou o discurso a chorar) ...” Fem02, 44 anos, Ensino Superior, Economista/Empregada de call-center*

Ansiedade – relacionada com os nervos e com esgotamento da cabeça.

*“... Esgotei... pronto... a cabeça ficou vazia... isto cá dentro as células... isto parou tudo (...) fiquei imobilizada... uma serie de semanas... a minha vida ficou parada... e eu não fazia nada... mesmo nada... nem me mexia” Fem06, 59 anos, 1º Ciclo (4ª classe), Empregada Domestica/Empregada*

Doença de Nervos – trata-se de uma taxonomia muito utilizada para classificar as queixas centradas nos nervos e em estados de ansiedade que daí resultam, explicando o sofrimento e algumas doenças físicas com base neles – gastrite crónica. Os nervos são entendidos enquanto não visíveis, só se podendo sentir.

*“... São para os nervos..., é tudo dos nervos... (...) Os nervos é... quando estou quase a explodir se não tomasse qualquer medicamento eu não sei... (...) Tinha uma gastrite crónica... desde 14 anos (...) Era tudo dos nervos...” Mas10, 44 anos, 3º Ciclo (9º ano), Administrativo/Reformado*

*“ ... Pronto... diz que era dos nervos... a gente agora diz que é a depressão... não é...? Há quem fale também em esgotamento...” Fem03, 49 anos, 2º Ciclo (6º ano), Empregada Fabril/Reformada*

Depressão menos grave – depressão considerada menos grave, mais leve, e que resulta de medos variados – medo de ter outras doenças mais graves, como o cancro, esquizofrenia (que refere não ter comprovada pelos exames que fez). Este estatuto de menor gravidade resulta do facto de não sentir vontade de morrer.

*“... as depressões davam-lhe para suicidar, tive lá um colega assim... cheguei a ter a morada dele, agora já não sei... chegou a agarrar um lençol durante a noite e tentar arranjar um sitio para o enrolar para se tentar suicidar... Mas de noite os enfermeiros de serviço e estão sempre de alerta e apanharam-no e tentavam evitar sempre esses problemas... Mas... nem todas as depressões vão para os suicídio. Há uns que dão para isso e outros não... (...) Acho que talvez seja uma depressão menos grave... “ Masc09, 60 anos, 1º Ciclo (4º ano), Electricista de Redes/Empregado*

### 3.3 – Anatomia do sofrimento

A anatomia do sofrimento relatado relaciona-se intimamente com as concepções e as taxonomias utilizadas. Onde se localiza o sofrimento ou onde se manifesta?

Sem dúvida que a generalidade das pessoas entrevistadas concretizam o sofrimento na cabeça ou em órgãos com ela relacionados. É a cabeça que ‘comanda’ o corpo. É lá que reside o cérebro, o pensamento e a mente. É lá que a perturbação e o sofrimento encontram a sua morada.

*”... Vou insistir para que me faça um exame à cabeça. Sabe... é que cada vez se está a prolongar mais e com mais tempo de duração... Antes espaçava entre 2 a 3 meses e agora é quase sempre e dura perto de 7 minutos... é um frio tipo câmara frigorífica... e com situação de avançar... agravar...”* **Mas08, 49 anos, 3º Ciclo (9ºano), Metalúrgico/Empregado Fabril**

*”... Eram umas vitaminas (...) não sei o que eram mas a memória volta... acho que eram vitaminas... faz bem e é isso que me interessa... fico com o cérebro mais... (...) Sim, porque quando há mais problemas ou mais confusões... eu fico com a minha cabeça de tal modo... que já não sei onde ando, não ouço, nem vejo... fico com muito medo de ficar maluca e eu não quero de maneira nenhuma dar trabalho aos meus filhos...”* **Fem06, 59 anos, 1º Ciclo (4ª classe), Empregada Doméstica/Empregada**

*” ... A minha cabeça (...) ia tudo ao mesmo sítio (...) Não estou boa da cabeça... não... não bato certo... não regulo bem... não... não estou boa...”* **Fem05, 46 anos, 1º Ciclo (4ª classe), Apoio Domiciliário/Empregada**

*“...um peso na cabeça... e parece que já não tem força...”* **Fem03, 49 anos, 2º Ciclo (6º ano), Empregada Fabril/Reformada**

Tendo origem na cabeça, ela manifesta-se no corpo, revela-se no corpo onde se sentem dores, aflições, ansiedades.

*”... Era sentir-me bem e não sinto... sinto-me sempre mal... mal-estar, ando tonto... vinha agora pelo caminho e vinha-me a achar tonto... estou cada vez mais a perder a visão... e não sei o que é isto... já fui a vários especialistas e todos me dizem que isto vem todo da parte do cérebro e não da vista...”* **Masc09, 60 anos, 1º Ciclo (4º ano), Electricista de Redes/Empregado**

*“... onde eu tremo mais, quando estou nervoso é nos braços... (...) de onde eu tremo mais, quando estou nervoso é nos braços... (...) Eu sei lá... é uma dor que começa aqui no estômago e vem aqui por acima e parece que fica uma bola...”* **Masc01, 64 anos, 2º Ciclo (6º ano), Motorista numa empresa turística/Empregado**

### **3.4 – Causalidade**<sup>53</sup>

O domínio da causalidade do adoecer do ponto de vista dos discursos leigos ou populares têm vindo a ser estudados no campo das ciências sociais e os que encontramos

---

<sup>53</sup> As falas que ilustram esta dimensão podem ser consultadas em **Anexo F**

neste trabalho deles não se afastam: elementos do domínio do sobrenatural, do social, do natural e do próprio doente (Hellman, 2000, 1ªed. 1984; Nunes, 1997).

A necessidade de compreender as causas da doença ou do sofrimento com que se debatem abre campo para uma compreensão mais aprofundada das concepções, reflectida nas taxonomias e na anatomia do sofrimento. Como os sujeitos explicam e quais as razões do surgimento do seu sofrimento? Os sistemas explicativos causais encontrados não são monolíticos nem exclusivos – para a explicação muitas vezes faz-se uso de vários elementos, combinando-os numa explicação singular dos acontecimentos e das trajetórias de cada um. È precisamente esse percurso ‘entre-elementos’ que nos deixa perceber melhor as concepções subjacentes ajudando desta forma a estabilizar o quadro explicativo geral sobre cada sofrimento relatado.

Constatamos que neste grupo de entrevistados a depressão ou o seu sofrimento não surgiu inesperadamente. Este estado é explicado em relação com uma situação ou com um acontecimento doloroso. Esta experiência humana é provocada, na maior parte dos discursos analisados, pelas realidades quotidianas, as inevitáveis infelicidades da existência, mas também participa de toda a meditação sobre a inanidade do mundo.

Apesar de termos encontrado alguns discursos onde o desconhecimento das causas é afirmado, ao longo das entrevistas pudemos perceber a necessidade que sentem em encontrar uma explicação para o seu caso, interrogando as razões que poderão dar sentido ao sofrimento.

De um modo geral, encontrámos os seguintes elementos causais explicativos do surgimento do sofrimento vivenciado: Elementos hereditários, Elementos Sociais, Elementos económicos, Elementos Culturais, Origem no próprio / Elementos característicos da personalidade individual: dificuldade de convívio com os outros; Paradigma Biomédico / Psiquiátrico e o Paradigma Religioso – Elementos espirituais ou sobrenaturais

Nos elementos hereditários são referidas as situações de sofrimentos semelhantes em familiares próximos, como o pai, a tia, com quem identificam traços da personalidade acentuando a ‘herança’ cultural de formas de ser, de se comportar, de se relacionar. Por outro lado há também outro tipo de ‘herança’ familiar, menos cultural e mais do domínio do orgânico. É referido o sangue de família como forma de transmissão do sofrimento. Quer num caso quer no outro este sistema de causalidade de alguma forma alivia o indivíduo da responsabilização pelo seu sofrimento.

Os Elementos Sociais a que se recorre para explicar o sofrimento são variados e colocam em evidência a relação do sujeito com a sociedade e o habitus construído.

Maioritariamente são referidos os relacionamentos, sejam familiares sejam sociais. Reportam ao contexto familiar formas de ser dos progenitores, por vezes contraditórias, como a causa que explica uma socialização que desemboca em perturbação. Fala-se em doença de um dos progenitores e em ambiente de grande agressividade. Reportam à relação afectiva com esposos, falando em maus tratos psicológicos, desinteresse afectivo do parceiro para consigo e para com os filhos, excesso de sobrecarga de tarefas sem a participação do companheiro nas situações de dupla-jornada das mulheres, entre outras situações.

Ao nível das relações interpessoais acentuam a falta de relações afectivas estáveis, o desgosto e decepção face a relações de amizade que correm mal, sentimentos que se referem a situações de ‘traição’ pelos amigos, causador de revolta, vergonha, desconfiança e desvalorização pessoal, que muitas vezes se transforma em incapacidade relacional.

São ainda referidas as expectativas goradas em relação à educação superior, num contexto sócio-cultural permeado por riscos e instabilidades várias. A instabilidade no mercado de trabalho é identificada como causadora de grande sofrimento e ansiedade.

Ao nível do quadro normativo social e jurídico, uma das pessoas entrevistadas aponta a sua violação e a injustiça daí decorrente como causadora do sofrimento mental emergente. Os elementos situados na própria pessoa ou característicos da personalidade individual são evocados para encontrar sentidos para o sofrimento e até para explicar a sua instalação. A ideia de que ‘o feitio’ causa ou favorece este tipo de sofrimento fica patente nalguns discursos. É ele que torna umas pessoas ‘mais fracas’ do que outras e susceptíveis de virem a sofrer psicologicamente (mais do que socialmente e culturalmente esperado) com os acontecimentos da vida quotidiana. A fraqueza acaba também por ser identificada como um processo que interfere na recuperação, não jogando a favor do indivíduo.

Os factores económicos são apontados como os elementos que estiveram na base da situação de sofrimento vivida em 2 dos casos estudados. Um deles acentua o endividamento como factor que conduziu à vergonha social e ao choque de valores perflhados. O outro acentua os impactos da sociedade de consumo em que vivemos nas necessidades sentidas individualmente, querendo as pessoas sempre mais do que aquilo que podem. Não podendo, o vazio social instala-se e a angústia revela-se.

A cultura ou as culturas diferentes são apontadas como favorecedoras do surgimento do sofrimento quando há situações de ‘choque cultural’, neste caso em particular, vivido na cultura dominante.

Nos discursos analisados observamos que as concepções do conceito de doença e de depressão afastam-se do paradigma biomédico e do paradigma religioso (elementos

religiosos ou sobrenaturais). Nenhum dos entrevistados recorre ao paradigma biomédico para apresentar como causa do sofrimento. E encontramos somente uma referência a uma indicação bíblica, refere que estamos a chegar aos fins dos tempos e às situações de violência como factores de precipitação da doença. E apenas um sujeito coloca a hipótese de existirem pessoas que nos queiram mal. (mau olhar)

#### **Cap. 4 – Impactos na vida quotidiana e na identidade**

Um dos objectivos centrais deste trabalho foi o de perceber quais os impactos da depressão na vida das pessoas. A vivência do sofrimento e a atribuição do diagnóstico provocam impactos sociais com consequências nos percursos de vida e que se estendem à identidade. Este sofrimento tende a levar o individuo a vivenciar o medo e outros temores relacionadas com o futuro conduzindo à diminuição das redes sociais e ao isolamento social. As repercussões na evolução da doença e no seu enfrentamento são uma realidade.

Neste ponto do trabalho pretendemos dar conta dos discursos sobre os impactos nos vários níveis e contextos onde a vida quotidiana decorre. A análise do conteúdo dos discursos foi realizada tendo em conta as seguintes áreas de vida ou contextos sociais:

##### **4.1 - Impacto ao nível Social**

Em termos globais, nos discursos identificam-se consequências múltiplas nos vários níveis de vida: familiar, amigos, trabalho, lazer, saúde física, social. Acentuam-se as mudanças ocorridas com e resultantes da doença. As dificuldades mais nomeadas dirigem-se ao lidar com o ambiente familiar que é profundamente afectado e com este o ambiente social em geral e os relacionamentos.

Ao nível dos relacionamentos interpessoais denotam uma diminuição das redes de sociabilidade e sociais ora porque se isolam em virtude das características da doença, ora porque ficam desconfiados das palavras que são ditas e dos actos que são praticados, ora porque se pretende proteger os outros do seu sofrimento e da sua negatividade evitando-lhes o sofrimento e a dor.

A referência à falta de compreensão pelos outros é constante. Neste sentido referem que desejariam ter alguém em quem pudessem confiar, desabafar, conversar e a quem se pudessem entregar por se sentirem compreendidos.



Do ponto de vista afectivo e amoroso é referida a incapacidade em fazer uma boa escolha pois uma “*pessoa deprimida não tem auto-estima, capacidade crítica, não sabe escolher*”. Neste contexto o surgimento da depressão relega a pessoa ao isolamento e ao encerramento sobre si próprio (onde encontra solidão, sossego, quietude) recusando e recusando-lhe o convívio social.

“... não foi propriamente afastar... retirei-me da relação com elas, mas não me afastei 100%... Não estou a 100% disponível para estar, quando sou solicitado por eles... Portanto, eu vejo que eles me querem ajudar psicologicamente...(...) no campo de tentarem que eu venha mais para cima... neste caso levantar-me a moral...” **Mas08, 49 anos, 3º Ciclo (9ºano), Metalúrgico/Empregado Fabril**

“... Por exemplo, sair comigo ou... convidar-me para sair... passear... e...(...) nessas alturas a 1ª questão que me vêm à cabeça é: será que eu faço bem, ou será que faço mal em ir... é sempre aquela situação... Quando estou mais em baixo... é aquela situação em que eu começo a questionar tudo... parece que tenho dois lados... um lado quer que eu dê esse passo em frente, e o outro lado parece um guarda e não quer... está sempre a fazer-me pensar: vê lá se deves fazer isso, cuidado (...) Quando eu estou em baixo e não me convidam eu penso: não me convidaram porque a culpa é minha... eu é que estou assim... as pessoas não tem aquela receptividade porque eu não tenho valor para elas... não tenho interesse... não sou interessante...”; (...) Fico muito desconfiado... (...) ... é o tal ciclo vicioso... é como se as pessoas entrassem nesse ciclo... por isso é que é melhor isolar-me... Isolo-me para que as outras pessoas também não sofram ao ver-me assim... Já que não percebem o que estou a sentir, vale mais afastar-me e não estar ao pé delas...” **Mas07, 27 anos, Ensino Superior, Designer Gráfico/Desempregado**

“... nunca estou a 100%... não tenho motivos para ter alegrias... não tenho... a minha vida é só tristezas... (...) Ser compreendido e ter alguém com quem pudesse falar, conversar... desabafar... alguém que pudesse confiar... (...) Tinha... tinha muita gente... mas agora não... não tenho ninguém...” **Masc01, 64 anos, 2º Ciclo (6º ano), Motorista numa empresa turística/Empregado**

“... Sobretudo, não é ser má é não haver futuro, não sinto perspectivas de futuro. Não ter projectos, as pessoas da minha idade trabalham, casaram, tiveram filhos. E eu... tive empregos e estive muitas vezes doente e estudei. (...) Tive vários namorados. Tudo relações muito fracas e mal escolhidas. (...) No sentido que uma pessoa deprimida não tem auto-estima, não tem capacidade crítica, não sabe escolher. (...) Uma pessoa deprimida não tem auto-estima (...) Gostar de si. E saber colocar-se, saber usar-se a si própria como referencia...” **Fem02, 44 anos, Ensino Superior, Economista/Empregada de call-center**

Ao nível dos relacionamentos familiares a falta de compreensão e apoio é a situação mais relatada, tanto ao nível da família nuclear como ao nível da família alargada. A falta de compreensão é atribuída ao facto de os próprios não conseguirem explicar o que sentem e do

que sofrem, sendo muitas vezes mal interpretados os sinais que apresentam. Por analogia com a doença física sentem que o seu sofrimento não é digno de crédito pois não o podem provar ou demonstrar fisicamente. Muitas vezes sentem até que a família os ignora ou actua de propósito para agravar os sinais de sofrimento de tal forma é o descrédito que dizem sentir. O abandono a que se sentem votados marca os discursos. Este descrédito e abandono é referido como agravante do sofrimento que vivenciam.

Em termos da família nuclear são também referidas as relações do casal. A falta de paciência para um relacionamento mais íntimo traduz-se num discurso sobre a indiferença afectiva e abandono.

O impacto do sofrimento nos filhos é referido como muito angustiante. Fala-se em reflexos no aproveitamento escolar do filho e na culpa associada à situação de sofrimento vivida.

Poucos são os que se sentem apoiados pela família nuclear. Aí referem a importância do carinho que recebem bem como da atenção de que são alvo, que ajuda a esquecer o sofrimento e a recuperar.

*“... Por vezes... A minha mãe pergunta quando me vê assim: mas dói-te a cabeça? E eu cheguei a responder: não... isto não é uma dor física... é uma dor que desgasta... é do pensamento... é uma coisa mais psicológica... acho que é um cansaço psicológico... (...) as pessoas estão habituadas e entendem uma dor física... ou dói um braço... ou dói uma perna... sei lá... e quando se vê... e com isto por fora está tudo normal, então pensam que é uma birra ou um amuo ou como às vezes dizem: está com a telha...”* **Mas07, 27 anos, Ensino Superior, Designer Gráfico/Desempregado**

*“... Disse-me para ignorar... mas isso já tinha feito e eu não podia ignorar essas pessoas por as via e vivíamos ali todos juntos... Eles não mudavam e eu tinha que ver e ouvir sempre a mesma coisa... O meu filho começou a não ter aproveitamento na escola... e cheguei a ser chamada à escola e disserem-me: que o miúdo sofria por causa de mim... por me ver assim... e não podia ser... ele estava nas aulas, mas não estava lá... já tinham falado com ele e ele tinha dito por que é que estava assim... estava preocupado... (...) Que a avó me tratava mal, que me chamava nomes, e que eu não me defendia... ou não me sabia defender... e eu que andava a tratar deles...”* **Fem06, 59 anos, 1º Ciclo (4ª classe), Empregada Doméstica/Empregada**

*“ ... E por vezes é uma doença muito chata... porque por vezes as pessoas não acreditam... porque como não é uma doença que se veja... não se sabe dar o valor aquilo que a gente está a padecer... eu padeço bastante dela... ninguém faz ideia...”* **Fem03, 49 anos, 2º Ciclo (6º ano), Empregada Fabril/Reformada**

## 4.2 – Impactos ao nível laboral

Ao nível laboral um dos principais impactos é a incapacidade para o trabalho que dizem sentir, decorrente dos sintomas do sofrimento em si, mas também da medicação. Os que se encontram de baixa médica (a receber subsidio de doença) referem sentir-se incapazes de trabalhar pelo trabalho em si que exige concentração, memória e rotina, onde apresentam grandes dificuldades, e porque há pressão ao nível das relações laborais, sobretudo nos casos em que há conhecimento por parte da entidade patronal ou dos colegas de trabalho sobre a doença. Identificam estes factores como potenciais promotores de uma recidiva ou do surgimento de uma crise. Falam em diminuição da produtividade e em alívio por não terem que ir trabalhar.

*”... Digamos que não reúno os requisitos... Derivado aos conhecimentos que eu tenho relacionados com a minha profissão... (...)... sinto que não estou apto... eu neste momento não me sinto capaz de desempenhar as minhas funções... (...) Porque não me sinto capaz psicologicamente e mentalmente... sinto um grande descontrolo... tenho muitas variações de estar bem e depois estou descontrolado... (...)... tenho muito medo de não conseguir desempenhar as tarefas... (...) e eu chegar lá como estou hoje... ah... ah... e digo que não sei o que fazer...” Mas08, 49 anos, 3º Ciclo (9ºano), Metalúrgico/Empregado Fabril*

*“ ... O médico da Junta Médica diz-me você vá trabalhar. E eu respondi-lhe: o Sr. manda-me trabalhar mas eu não consigo ir trabalhar. Não me sinto capaz de ir trabalhar. E ele disse-me não vai trabalhar agora, nunca mais se sente em condições de ir trabalhar. E eu disse-lhe: tá bem faça o que entende fazer que eu faço o mesmo. Eles não entendem. Acham que: ah você está muito boa, tá muito bonita está capaz de ir trabalhar. Mas não é assim. Isso é uma revolta muito grande dizerem-nos isso. Eu é que sei como me sinto” Fem05, 46 anos, 1º Ciclo (4ª classe), Apoio Domiciliário/Empregada*

*“... infelizmente fui libertada do stress do trabalho e das coisas negativas que havia no trabalho, porque não havia só o stress do trabalho, havia lá também situações bastante desagradáveis. Embora eu até estivesse a realizar o trabalho com sucesso e estava a correr bem e inclusive eu com a medicação tinha conseguido rotinizar todas as práticas do trabalho e portanto não tinha aqueles buracos de memória nem aquelas dificuldades, as coisas estavam a correr bem nesse sentido; pronto havia um erro ou outro, mais haver com o cansaço e a maior dificuldade era a dificuldade emocional, por causa de estar a atender pessoal e a dificuldade de stress auditivo.” Fem02, 44 anos, Ensino Superior, Economista/Empregada de call-center*

A reforma por invalidez acaba por ser a solução encontrada institucionalmente para a situação de uma das entrevistadas – apesar das tentativas goradas em permanecer no activo

acabou por ser reformada por invalidez pelas grandes dificuldades que apresentava em trabalhar (cumprir horários e rotinas).

*”... Tentei. E foi isso precisamente que aconteceu. Trabalhei até conseguir... (...) Quer dizer... nas crises era difícil... (...) Quando eu tinha as crises ia para a baixa...” Fem04, 49 anos, 2º Ciclo (6ª classe), Doméstica/Reformada*

### **4.3 – Impactos ao nível do estigma**

O Estigma, a discriminação de que se sentem alvo e os preconceitos sociais são relatados por alguns dos entrevistados. Estigma que começa na própria família, pelas atitudes de discriminação, e se estende à sociedade, que se revela no medo da proximidade e do contágio.

Em termos laborais sentem-se discriminados e marginalizados, pois o estereótipo de que não são validos para o trabalho, resultado da doença, acaba por se manifestar e criar situações que são vividas como injustas.

Consequentemente desenvolvem-se estratégias de ocultação da doença ou do sofrimento de modo a que se evitem processos de estigmatização que são vividos com grande angústia e violência simbólica.

*”... E a partir daí nunca mais deixei de sentir os problemas... e até no próprio trabalho começaram as discriminações... eu trabalhava numa empresa do Estado, agora já não é do Estado a 100%... e acho que me deviam de ajudar porque pois se era uma doença provocada... no meu entender... provocada pelo medo de ir para guerra... devia ter um outro carinho, porque era uma empresa do Estado... e deviam ajudar-me nesse aspecto... e não... foi o contrário... atiraram-me abaixo, fizeram-me reconversões na carreira... (...) e um dia eu voltei lá (depois de ter a pré-reforma)... porque às vezes vou lá... e num dia que fui lá estava a minha chefe que costumava estar em Leiria e dirigiu-se a mim (...) disse-me: se eu soubesse o que eu soube depois por alguns colegas, você nunca tinha sido marginalizado como foi... agora vejo que houve aqui algumas injustiças que você não merecia...” Masc09, 60 anos, 1º Ciclo (4º ano), Electricista de Redes/Empregado*

*”... não peço ajuda às pessoas, pelo contrário, a atitude que eu tenho até agora é de ocultar, não dar a conhecer, para não ser estigmatizada. Acima de todo não dar a conhecer para não ser estigmatizada porque já sei que as pessoas não me compreendem e depois acima de todo as pessoas de uma forma leviana, falam das pessoas depressivas que tomam ansiolíticos e que tomam outros medicamentos de uma forma leviana e ofensiva. Então para evitar essas coisas e esses comentários não quero que as pessoas saibam...” Fem02, 44 anos, Ensino Superior, Economista/Empregada de call-center*

*”... nunca existe tempo para conversarmos sobre essas coisas... a não ser conversas da falta do dinheiro e o facto dos medicamentos serem caros... A família dela também não aparece... todo a gente sempre me pôs de parte... devo sofrer de um mal muito grande que as pessoas tem medo de se aproximarem e contagiarem-se...” Mas10, 44 anos, 3º Ciclo (9º ano), Administrativo/Reformado*

A incompreensão que dizem resultar do facto de estarem doentes ou em sofrimento resulta socialmente muitas vezes numa naturalização dos sinais – ao fazê-lo não se acredita na doença e desvaloriza-se o sofrimento que daí resulta.

*”... é uma doença muito chata... porque por vezes as pessoas não acreditam... porque como não é uma doença que se veja... não se sabe dar o valor aquilo que a gente está a padecer... eu padeço bastante dela... ninguém faz ideia...” Fem03, 49 anos, 2º Ciclo (6º ano), Empregada Fabril/Reformada*

*”... quando eu me queixo à minha mulher... ele responde-me logo que eu sou maluco... que eu não tenho nada e que eu tenho que enfrentar as coisas como elas são e deixar-me destas coisas... pronto... não entendem... e eu também não sei explicar... (...) ela diz isso porque não entende... mas não é só ela... são todas as pessoas... só quem sente é que sabe... são todas as pessoas porque eu pergunto ali no grupo e os colegas também acham que ninguém entende estas doenças e esta é uma angústia e uma tristeza comum... ninguém nos entende... No grupo eu sou o único homem que ali anda... o resto é tudo mulheres...” Masc09, 60 anos, 1º Ciclo (4º ano), Electricista de Redes/Empregado*

#### **4.4 – Impactos ao nível do percurso escolar**

São referidos os impactos ao nível do percurso escolar sobretudo quando os primeiros sinais da doença se começaram a manifestar nessa altura – perdas de memória sobretudo condicionaram o percurso académico.

*”... Comecei a ter perdas de memória desde logo na adolescência. (...) Foi no complementar que se viu que eu não tinha notas assim tão boas, as notas baixaram até porque a valoração era de 0 a 20; mas aí eu já não me queixava e o que eu fazia era adaptar-me...” Fem02, 44 anos, Ensino Superior, Economista/Empregada de call-center*

Como consequência do surgimento da doença é referido também que algumas das actividades de lazer e tempos livres que faziam, deixaram de ter vontade acabando por as abandonar.

*”... Sim um grande nó no peito... e quando é que eu sinto esse nó no peito? (...) ando cada vez mais enervado... sei lá... só me apetece é estar na cama... não tenho acção para nada... deixei de pintar e de escrever pelo computador... que me entretinha...” Mas10, 44 anos, 3º Ciclo (9º ano), Administrativo/Reformado*

#### 4.5 - Impacto ao nível da Identidade

É ao nível da identidade e do auto conceito que os discursos centram os impactos, num quadro onde se reequacionam os sentidos da vida e se expõe a falta de esperança em que tudo volte a ser como era antes da doença lhes invadir as vidas e tomar conta delas. Sentimentos de desesperança, desistência, ideias de suicídio, revelam o impacto na identidade. Observámos o sentimento generalizado de que a pessoa deixou de ser ela própria, não se reconhece mais naquilo que agora é, sente vergonha do que é e não tem futuro. Esta ‘destruição identitária’ e consequente ‘mortificação do eu’, resulta do sentimento de não ter valor nem utilidade social – sentem-se desvalorizadas pelos outros e consequentemente incarnam e reproduzem a inutilidade, sentindo-se eles próprios inúteis e sem valor, num ciclo que reproduz a situação. É reconhecida a incapacidade que a doença introduz na pessoa porque “*não consigo encarar o dia, não consigo encarar a vida*”. Não esperam grandes melhoras na situação e portanto encaram o futuro com grande apreensão e descrença pois o sofrimento continua, os medicamentos não curam e nada mudará. A possibilidade de virem a ter vidas normais é posta de parte o que causa grande sofrimento e reforça a situação que vivenciam. O medo do abandono pelos que ainda estão próximos, ou de ficar verdadeiramente maluco conduz ao imobilismo, à inação, num círculo que se encerra novamente sobre si próprio, sem esperança no futuro: “*deitar-se na cama e ficar ali até morrer, sem comer*”.

“ ... *Ansiedade, grande descontrolo... a ansiedade que eu tinha, portanto... era estar sempre ansioso... em que além agarrasse comigo o problema de maneira a que eu fosse para a frente e que o resolvesse o mais rápido... (...) para que eu não entrasse... em parte... naquela... situação de eu entrar em loucura... e em loucuras... (...) Essas loucuras para mim, portanto, tive... considera-as... como as tentativas de suicídio. Tive duas tentativas de suicídio porque estava descontrolado e com uma ansiedade desmedida... digamos, eu achava que tinha cometido um grande erro... e com a vergonha que eu sentia estava a ficar descontrolado... (...) Não vinha ajudar nada... ai... Já era um descontrolo total... de... nesse momento não pensei no ajudar... (...) Já algo passam para tão negativo que se ficou sem controlo nenhum... Já não são elas mesmas...” *Mas08, 49 anos, 3º Ciclo (9ºano), Metalúrgico/Empregado Fabril**

“... *e depois é como auto-castigar-me... é andar sempre com aqueles pensamentos: não vales nada... ou... não tens valor... sentir-me inútil... pronto... (...) E depois parece que estou sempre á espera de encontrar elementos que justifiquem eu estar para baixo... à procura de situações que me confirmem: ah! Afinal tens razão para te sentires assim... é como andar sempre a arranjar situações que*

*expliquem o meu mau estar e me puxem ainda mais para baixo... porque eu mereço...” Mas07, 27 anos, Ensino Superior, Designer Gráfico/Desempregado*

*”... tenho medo de ficar maluca... é isso que eu me lembro... ficar sem memória... uma pessoa ficar maluca... não saber aquilo que diz ou que faz... como já que aconteceu quando era miúda... quando era garota não sabia o que fazia... não me lembrava do que fazia...” Fem03, 49 anos, 2º Ciclo (6º ano), Empregada Fabril/Reformada*

## Cap. 5 – Os Itinerários Terapêuticos<sup>54</sup>

Para Kleinman (1980:24)<sup>55</sup> o conjunto de crenças e teorizações sobre saúde e doença, os modelos de organização dos serviços, as escolhas e avaliação de práticas terapêuticas e os comportamentos socialmente aceites, incluindo relações de poder e papéis sociais dos diversos agentes no âmbito do sector, constituem, em cada sociedade, um “sistema cultural”. Este sistema cultural inclui “significados simbólicos ancorados em arranjos particulares de instituições sociais e padrões de interações interpessoais”. Para este mesmo autor, cada sistema de saúde é cultural e socialmente delimitado e composto por três subsistemas sobrepostos, que se interpenetram e se complementam: o informal (envolve família, comunidade, rede de amigos, grupos de apoio e auto-ajuda e em que o indivíduo também é protagonista), o popular (folk sector - envolve agentes especializados em tratar problemas de saúde, sejam seculares ou religiosos, mas que não são profissionais reconhecidos legalmente na sociedade) e o subsistema profissional (professional sector - rede de serviços públicos e privados legalmente instituídos em cada sociedade, incluindo os profissionais de saúde legalmente reconhecidos, designados por especialistas, e com poder para diagnóstico, prescrição terapêutica e realização de actos médicos).

As pessoas e suas famílias buscam atenção à saúde nestas três esferas sem, necessariamente, seguir um mesmo sentido de percurso ou hierarquia. É pois assentes nestes três subsistemas que as pessoas desenvolvem as suas experiências e nos processos de saúde-doença-cuidados, trilharam os caminhos denominados por Augé (1986)<sup>56</sup> de “itinerários terapêuticos”. Neste sentido, o conhecimento dessas experiências e trajetórias pode ser particularmente importante na análise do fenómeno das doenças crónicas, seja entendida

---

<sup>54</sup> As falas que ilustram esta dimensão podem ser consultadas em **Anexo F**

<sup>55</sup> Kleinman, A. (1980), *Patients and healers in the context of culture* na exploração da borderland between, antropology, medicine and psychiatric, London: University of California Press, Ltda.

<sup>56</sup> Augé, M. (1986), *L' Antropologie de la Maladie*, L'Homme, n. esp. Antropologie. État de Lieux. Paris: Navarin/Livre de Poche.

como doença física ou mental, ou simplesmente como sofrimento, como é o caso da depressão crónica, aqui em estudo.

A análise dos itinerários terapêuticos permite-nos compreender o sofrimento à luz dos processos interactivos diferenciados que se desenrolam em torno da sua gestão nos diversos momentos por que passam, e centra a análise nos sentidos e nos significados do “lidar”, do “tratamento” e “cura”. Apesar da riqueza deste tema iremos tão só expor, em linhas gerais, os sistemas de cuidados a que os nossos entrevistados recorreram para lidar com a depressão.

Em termos gerais observámos que, quando confrontados com a experiência do sofrimento e o conseqüente recurso à medicina que decreta o estado de ‘doença’ têm a expectativa de que os medicamentos curam rapidamente. Por outro lado, a sua “reincidência”, conduz a uma certa descrença nessa estratégia e revela a relação do sofrimento com as respectivas formas de experiência humana no seu contexto sociocultural. Assim são relatadas situações anteriores em que este sofrimento apareceu em determinado contexto de vida em que os medicamentos e determinado médico trataram e desapareceu. Mas por outro lado, a sua situação actual, é relatada como um sofrimento que se prolonga e tende a não desaparecer, ou que surge num outro contexto, e que nenhuma terapêutica parece resultar e conseguir explicar, resultando numa busca constante de respostas que determinam os itinerários seguidos.

## **5.1 – O subsistema profissional**

É importante introduzir neste ponto o tempo de acompanhamento em Psiquiatria de forma a contextualizarmos os relatos sobre os itinerários terapêuticos no campo profissional. A idade média aproximada do tempo de acompanhamento em consulta de psiquiatria é de 21 anos nas mulheres e de 10 anos nos homens.

### **5.1.1 – Encaminhamento para consulta de especialidade**

Em relação ao pedido de apoio e do encaminhamento para a consulta da especialidade verifica-se que a maioria dos encaminhamentos parte dos cuidados primários (medicina familiar), após uma tentativa de tratamento por via da medicação, sem sucesso, ou após algum acontecimento mais extremo (como o suicídio) ou a um agravamento do sofrimento.

Ressalvamos que o acesso à consulta externa de Psiquiatria e Saúde Mental do CHON tem de ser feita pela via formal através do médico de família.



No que diz respeito aos encaminhamentos por parte de outras especialidades (ortopedia, reumatologia, oftalmologia), estes surgem em contextos em que existem queixas físicas que se prolongam no tempo e em que as terapêuticas indicadas já foram aplicadas, sem resultado.

A procura de ajuda directamente junto do psiquiatra ocorre nas situações em que a própria família (familiares próximos) tem essa iniciativa, relatada sempre referindo a grande dificuldade que a decisão implicava. Outras vezes por iniciativa do próprio, aconselhado por amigos que lhe deram a indicação de um médico a quem já tinham recorrido. A maior parte das vezes estes itinerários iniciam-se pelos consultórios privados, menos carregados do ponto de vista dos significados implícitos.

O recurso à consulta de especialidade de psiquiatria representa, num primeiro momento, o necessitarem de tomar ‘algo’ mais forte em termos de medicação ou até um internamento para ‘cura do sono’, considerado ‘normal’. As palavras utilizadas para reportar este período denunciam com alguma evidência os estereótipos relacionados com o recurso à psiquiatria e aos seus serviços – *só os loucos é que vão lá*, ou então, *mais um que não é louco e vai lá*.

A hesitação em ir resolve-se quando pensam que vão lá para ser medicados, sendo posteriormente acompanhados por psicólogos (que não receitam, só acompanham). Outras vezes a hesitação instala a dúvida – *será que estou doido? Uma pessoa que ande na psiquiatria é porque não está boa da cabeça*.

Apesar desta representação negativa sobre o recurso à especialidade de Psiquiatria, de um modo geral reconhecem-lhe competência especializada para tratar o seu problema.

Interessante é verificar que há um desajuste entre esta representação e as expectativas que se tem em relação à psiquiatria (nos casos em que é referido). Esperam lá poder resolver as dificuldades psicossociais sentidas – ajuda para vencer o negativismo e vergonha, compreensão para a ‘dor mental’ e espaço para falar e ser compreendido.

Quando reflectem sobre o que têm, muitos referem não saber qual o diagnóstico, ou não saber claramente do que padecem. Situação que é apontada como desfavorecedora da procura da melhor solução ou da melhor forma para lidar com as dificuldades. Outras vezes referem que ouviram um diagnóstico (de epilepsia, por exemplo) mas que entretanto se alterou a situação. Muitas vezes são referidos esclarecimentos dados pelos psiquiatras que não são explícitos. A falta de informação ou a informação dada pelos profissionais é considerada insuficiente ou não é compreendida, o que se reflecte claramente nas taxonomias utilizadas. Nos discursos há uma distinção entre consultas privadas e públicas. No serviço

público predominam as descrições sobre o tempo curto de consulta, o facto de não se conversar muito e se centrar a consulta nos ajustes de medicação quase em exclusivo. Referem o facto de o psiquiatra não ser muito explícito nem claro no que se refere ao diagnóstico. No privado os Psiquiatras falam mais, orientam mais, quase adivinham o que se sente. Outros referem que são acompanhados por vários profissionais: psiquiatria, psicologia e fazem psicoterapia individual ou em grupo para compreender melhor a situação que vivem.

### **5.1.2 – As terapêuticas de grupo**

São referidas as sessões do grupo terapêutico que ocorrem no serviço de psiquiatria que frequentam. Nestas sessões encontram a compreensão que procuram e partilham as dificuldades e as estratégias encontradas com outras pessoas que sofrem dos mesmos problemas. Manifestam o desejo de que os familiares deveriam participar nestas sessões para que pudessem saber lidar e comunicar com eles.

### **5.1.3 – A Medicação**

A grande maioria das pessoas entrevistadas sabe o nome e a tipologia da medicação que toma. Os poucos que referem não saber justificam que como mudam muito de medicação, se esquecem. Os nomes referidos são: Fluoxetina (inibidor seletivo da captação da serotonina); Anti-depressivos; Prozac; Carbonato de Lítio e o neurolético: Priadel – estabilizador de humor; Benzodiazepinas: Lexotan, Serenal e Alcadil; Nilan, Xanax ou a Apresolina (efeito vasodilatador periférico através de uma acção relaxante directa sobre a musculatura); Prozac e Nodepe (Fluoxetina Nodepe pertence a um grupo de medicamentos antidepressivos chamados inibidores selectivos da recaptação da serotonina); Anafranil, Tunelux e Prozac; Lexotan; Xanax, Rispertin, e Risperdal.

De um modo geral todos referem a importância de fazerem a medicação ‘direitinha’ e aderirem à terapêutica, caso contrário não podem melhorar. Por outro lado evidenciam os seus limites se tomada isoladamente sem outro tipo de acompanhamento terapêutico que trabalhe outras dimensões do sofrimento.

Dicotomicamente a medicação é percebida ora como fazendo bem ora como fazendo mal ou não fazendo nada. Quando referem que faz bem apontam como principais características a rapidez com que actua, os efeitos ao nível da capacidade de compreensão da situação, alívio da cabeça, aumento da vontade de trabalhar, aumento da vontade em geral.

Apesar deste reconhecimento positivo em relação aos efeitos da medicação, não se considera que estes curesm reconhecendo-lhes as suas potencialidades na ajuda geral que podem dar, aumentando o bem-estar.

Quando não se reconhecem propriedades positivas à medicação ou se considera que não fazem nada enaltece-se o facto de não fazer efeito, o facto de o deixarem pior e ainda o facto de acalmarem pouco. Este é o motivo justificativo das mudanças de medicação contínuas por que passam para ver se encontra algo que actue e permita melhor bem-estar. Por outro lado, ao nível dos efeitos secundários da medicação, a preocupação com a dependência que criam é visível nos discursos. São referidos outros efeitos como sejam o emagrecimento, engordar, náuseas e vômitos, frenesim, hiperactividade, entre outros.

#### **5.1.4 – O internamento psiquiátrico**

O internamento é visto ambivalentemente. Ora como um serviço assistencial/residencial para os casos mais graves de doença mental (aqui fala-se em hospitais psiquiátricos), aqueles que têm que ser afastados da sociedade. Ora como um serviço terapêutico, que não se confunde com o hospital psiquiátrico, e que tem funções de tratamento. Ele justifica-se, nos casos em apreço, naquelas situações de tentativas de suicídio ou quando é necessária uma intervenção mais forte ao nível por exemplo da regulação do sono, ou de alguma terapia que o exige.

#### **5.1.5 - Tecnologias de diagnóstico – Meios de Diagnóstico Terapêutico**

Os exames médicos aparecem nos discursos como a forma suprema de verificar e comprovar o que a pessoa tem por dentro do seu corpo e não está visível. Eles servem a argumentação de não terem nada grave. São referidos inúmeros exames efectuados.

#### **5.2 - Subsistema Informal**

Considerámos no subsistema informal a família, a rede de amigos e o próprio. A família em primeiro lugar e as pessoas mais próximas (amigos) numa posição mais secundária, aparecem nos discursos como recursos importantes no lidar com o sofrimento se compreenderem e apoiarem. Caso contrário é apontado como factor de stress e agravamento. Já a sua influência na trajectória de doença é inegável, sobretudo quando surge o problema.

Acompanham, aconselham, orientam na procura das respostas mais ajustadas à situação. Todavia, os recursos situados na própria pessoa são considerados fundamentais para o processo de recuperação. Referem-se características da personalidade, optimista, positiva, como favorecedoras do processo de recuperação em articulação com as terapêuticas medicamentosas e a conversa terapêutica. Fala-se em mobilizar a força interior para contrariar o que sentem.

### **5.3 – Subsistema popular**

No subsistema popular incluímos agentes especialistas, mas que não são profissionais com mandato oficial para tratar. Entre a crença declarada à meia-crença a verdade é que as trajetórias passam por estes lugares e agentes que trazem outras respostas ao sofrimento. Os padres, a religião, o médico bruxo, a bruxa são os agentes referidos, quase num registo de clandestinidade, e a quem se recorreu em algum momento da vivência do sofrimento, tendo resultados positivos.

## **Cap. 6 – Reconstrução Biográfica**

Consideramos que a dimensão social da doença também é de carácter temporal, isto é, concebida em termos das suas dimensões históricas e das diferentes fases do curso da vida do indivíduo ou biografia. Assim, com esta categoria procurámos os significados simbólicos, do sofrimento e as expectativas dos entrevistados face ao futuro construídas a partir no tempo vivido e nas suas experiências de vida.

No grupo dos sujeitos entrevistados a temporalidade de vivência e a experiência com o diagnóstico de depressão crónica é evidente pois por referência ao tempo médio aproximado do acompanhamento em consulta de psiquiatria é de 21 anos nas mulheres e de 10 anos nos homens. Por esta razão, consideramos que da análise dos discursos se destaca a ideia de que o sofrimento depressivo crónico como sendo incurável e que será doente para toda a vida. Consequentemente a ideia de surgimento de uma nova identidade e uma nova forma de vida e uma gestão da doença já incorporada e que já afectou e continua a afectar a experiência com a doença. Observámos que subsiste a ideia de um evento incapacidade ou de capacidades limitadas e consideração de um tratamento continuado para a vida e dos constrangimentos que este sofrimento acarreta, que desmembra o tecido social e cultural, expondo o indivíduo às ameaças de self-identity e à perda de controlo e incerteza face ao

futuro. A tristeza impregna todo o mundo subjectivo do indivíduo: remorsos e nostalgia em relação a um passado de que se ruminam as recordações, desinteresse face a um presente baço e vazio no qual se sente enredado, apreensão perante o futuro que se apresenta carregado de todas as ameaças ou que não se imagina senão como a persistência indefinida do estado actual.

Os sujeitos referem sentir “*que cada vez que tem uma dessas crises está a voltar ao ponto zero*” e que estas situações não terão cura.

Os indivíduos inquiridos consideram que esta persistência do sofrimento durante toda a vida do sujeito pressupõe viver com ele e muitas vezes para ele e que o papel do doente não é procurar a cura mas gerir os seus sentimentos e a doença. Esta gestão tem o objectivo de controlo da evolução da doença, ou pelo menos dos seus sintomas e das suas implicações, com vista à manutenção da qualidade de vida. É o indivíduo que tem de aprender qual o padrão dos sintomas, quando aparecem e porque é que apareceram, quanto tempo duram, como os podem preveni-los, como diminuir a sua intensidade e voltar ao início deste ciclo.

Observámos igualmente a prevalência de um padrão de perspectivas futuras tendencialmente negativa pode assentar no perfil do sentir da própria “doença” relacionada com as concepções de loucura e doença mental, tornando o sujeito dependente da sua rede de suporte.

“... *Eu tenho medo de ficar completamente dependente... de tão nova... (...) Sei lá... a minha cabeça... eu tenho medo... ainda mais do que com o corpo, tenho medo **que a minha cabeça vá daqui deste lado para o outro...***” **Fem04**, 49 anos, 2º Ciclo (6ª classe), Doméstica/Reformada

Só dois dos indivíduos referem ter uma perspectiva optimista, contudo destacando que considera que irá ficar uma ferida que não sara. Refere ter uma perspectiva positiva assente na confiança que deposita nos profissionais de Psiquiatria e saúde mental que o acompanham actualmente.

“... *Sim... penso que sim... acho que estou em boas mãos... e vejo as pessoas interessadas em mim... reconheço que estão... a ajuda está presente... dai portanto dá-me confiança... (...) Sinto-me bem acompanhado... Mas pelo exemplo que tenho em casa... sei que vou ficar ali sempre com uma ferida que não sara...*” **Mas08**, 49 anos, 3º Ciclo (9ºano), Metalúrgico/Empregado Fabril

E o outro entrevistado refere que acredita que a ciência já evoluiu o seu conhecimento em relação ao Alzheimer, à diabetes e espera que daqui a 5 anos já existam outras respostas para o sofrimento mental e que um relacionamento afectivo poderá igualmente ser uma resposta muito positiva para aliviar o seu sofrimento.

## NOTAS CONCLUSIVAS

Da análise do trabalho de campo e das pesquisas bibliográficas realizadas para o desenvolvimento do presente trabalho de pesquisa podemos sugerir algumas propostas de leitura das racionalidades leigas centrada na experiência subjectiva da doença, construída a partir do quotidiano dos ‘doentes’ que vivem com depressão crónica. Uma vez que este estudo foi de carácter exploratório consideramos que qualquer um dos pontos abordados poderá constituir-se em novos pontos de partida para novas análises ou aprofundamentos da presente pesquisa. Contudo, apontamos as seguintes linhas de leitura que foi possível analisar dado o pouco tempo de maturação das informações recolhidas.

Em relação às explicações do que sentem, e das explicações que desenvolvem para dar sentido ao sofrimento, destacamos que, pelo facto de se tratar de sujeitos próximos dos serviços oficiais e dos profissionais tínhamos a expectativa de que a linguagem utilizada para denominar o que sentem e o seu sofrimento fosse mais próxima da linguagem psiquiátrica. Na verdade ela é mais próxima sobretudo para aqueles que possuem habilitações académicas mais elevadas (curso superior), fazendo uso desses conceitos e explicando-os em bases muito próximas às dos profissionais. O que já não acontece com os restantes sujeitos que quando utilizam uma linguagem mais psiquiátrica o fazem com significados diferentes, até mostrando muitas vezes alguma relutância em dizer o que o médico. Essa explicação dada aparece muito relacionada com a concepção inicial – o stress, ou o cansaço, ou o esgotamento ou os nervos, etc. E curiosamente, nenhum dos entrevistados recorre ao paradigma biomédico para apresentar uma explicação causal do sofrimento. O que parece autorizar o afastamento das concepções que se têm do seu sofrimento, da sua situação, face ao conceito de doença mental.

Referente ao impacto do diagnóstico, do sofrimento e quais as relações que tecem nas diferentes áreas de vida e com os membros da família, amigos, colegas de trabalho e o estigma destacamos a ideia de um sofrimento continuado “sem cura”, que ora aparece, ora desaparece e muitas vezes assente num acontecimento de vida, mas também muitas vezes sem razão aparente. Este sofrimento parece provocar sentimentos de desesperança, desvalorização pessoal e de “mortificação do eu” (chegando ao não reconhecimento com o sujeito que já foi), e ainda constrangimentos ao nível das suas relações com a sociedade e ao nível do desempenho dos seus papéis sociais. A incompreensão generalizada sentida pelo sujeito por parte dos vários actores sociais (família, amigos, patrões, colegas e sociedade em

geral) leva ao surgimento do estigma e discriminação social dos outros e do próprio que escolhe muitas vezes o afastamento da vida social chegando a situações de isolamento. O que possivelmente está em causa é por um lado, uma ‘doença’ que sente e não é explicada e a qualidade de vida do doente que tem que aprender a conhecer e a conviver com o sofrimento levando-o ao abandono da vontade de levar a cabo um projecto de vida, entregando-se à rotina, ao inconformismo e incompreensão.

Entendendo-se que o sistema de saúde é cultural e socialmente delimitado e composto por três subsistemas (formal, informal e o popular), que se interpenetram e se complementam, é importante compreender como e quando procuram a sua ajuda, qual o impacto da descoberta dos seus diagnóstico, quais as reacções às diversas terapêuticas e como fazem a gestão do seu sofrimento. Consideramos que na análise sobre esta temática das experiências do viver com o diagnóstico clínico de depressão crónica o debate sobre os itinerários terapêuticos poderia constituir uma das mais importantes futuras linhas de análise no âmbito da Sociologia da Saúde e da Doença, pois o conhecimento aprofundado dessas experiências e trajetórias pode ser particularmente importante na análise do fenómeno das doenças ou sofrimento crónico, como é o caso da depressão crónica.

A aquisição de um saber construído através da temporalidade da experiência com o sofrimento faz com que surjam opções terapêuticas assentes na sua vivência prática de vida. E os profissionais de Psiquiatria e Saúde Mental são entendidos como “os especialistas na área” e “como os mais indicados para o seu problema” que os entende e lhes prescreve medicação que alivia o sofrimento que referem que “tratam, mas não curam”. Este recurso parece assentar na confiança terapêutica e no controlo dos efeitos secundários e não como fonte de construção da concepção e do conhecimento (explicação e causa) da doença. São alguém com quem podem falar e que sabem aquilo que tem e podem dar-lhes respostas às suas inquietações.

A medicação surge assente da concepção de “algo para toda a vida” e representa um impacto profundo para o indivíduo, muitas vezes associado à ideia “vou ter que tomar medicamentos para o resto da minha vida” e está aliada à ideia de cronocidade do sofrimento. Por um lado, os sujeitos aceitam que terão que continuamente gerir e aceitar uma medicação que nem sempre tem o resultado desejado e por vezes trazendo consigo efeitos secundários (aumento de peso, fonesim, dores de estômago, etc). Esta medicação é percebida como tendo efeito calmante e que não pode deixar de tomar com consequências negativas na sua qualidade de vida (descontrolo do sono, falta de energia, dores, memória, concentração, sociabilidade, tristeza, etc).

Por referencia à interação social e reconstrução biográfica, entendida no domínio de um nova identidade, nova forma de vida e gestão da doença uma das considerações possíveis é que ao contrário das doenças físicas, a doença ou sofrimento mental não é algo visível com recurso às tecnologias de diagnóstico, podendo fazer-se inúmeros exames à cabeça que nada aparece ou é confirmado. É pois algo que se sente de uma forma muito individualizada e que nem sempre é de fácil expressão ou diagnóstico e que muitas vezes nem os médicos sabem explicar claramente. As suas marcas são muitas vezes sentidas ao nível físico, como dores musculares, gastrites, tremores, entre outras.

A depressão crónica é muitas vezes compreendida como uma das doenças mentais mais aceitável, mas não deixa de estar associada a um futuro negativista ligado à incerteza e ao medo da perda de controlo sobre o indivíduo e sobre a vida. Esta ideia aproxima esta doença da representação da doença mental à loucura e ao louco, como “alguém que não está bom da cabeça” e que paralelamente ao avanço da doença maior a dependência do suporte social. Os indivíduos (filhos na maioria dos casos, ou pais) que os rodeiam tornam-se os seus cuidadores. Aponta-se a ideia que se vir a tornar um peso. É um fenómeno complexo e é um sofrimento que ocorre entre o sujeito e a sua história de vida e os tempos de vida passados, presentes e futuros e as suas vivências, em que os seus impactos são um continuo de causa-efeito em que as consequências são na sua maioria mais devastadoras do que o sofrimento.



## Bibliografia

- ALVES, Fátima (2008), *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental – um estudo no norte de Portugal*. Tese de doutoramento na área de Sociologia, especialidade de Sociologia da Saúde, Universidade Aberta.
- ALVES, Fátima (2001), *Acção Social na área da Saúde Mental*, Universidade aberta, Lisboa.
- ALVES, Fátima, (1998), *A Família como suporte Social da Política de Doença mental em Portugal* – Dissertação de Mestrado; Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- AUGÉ, M. (1986), *L' Antropologie de la Maladie, L'Homme*, n. esp. Antropologie. État de Lieux. Paris: Navarim/Livre de Poche.
- BARDIN, Laurence (1977), *Análise de Conteúdo*, Edições 70, Lisboa.
- BROWN, George W. e HARRIS, Tirril (1978), *Social Origins of Depression*; Tavistock Publication; Great Britain.
- BURY, Michael (1997); *Health and Illness in a Changing Society*, Routledge; London and New York.
- BURY, Michael (1997), “Chronic illness and disability” in BURY, Michael; *Health and Illness in a Changing Society*, Routledge; London and New York
- BUSFIELD, Joan (1996), *Men, Women and Madness – Understanding Gender and Mental Disorder*, Macmillian Press Ltd, London.
- CANGUILHEM, George (1950), *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, 1943, 2ª ed., Paris, Les Belles Lettres.
- CARAPINHEIRO, Graça (2007), *Saúde e risco na sociedade portuguesa: para uma nova agenda das políticas da vida*, in Viegas, José Manuel Leite, Helena Carreiras e Andrés Malamud (orgs.), *Instituições e Política*, (Portugal no Contexto Europeu. vol. I) , CIES-ISCTE, Lisboa, Celta Editora, pp. 189 – 201.
- CARMO, H., FERREIRA, M. M. (1998), *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*; Lisboa; Universidade Aberta.
- CONDE, Idalina (1994), *Falar da Vida (II)*; SOCIOLOGIA – PROBLEMAS E PRÁTICAS, nº 16, CIES, pp. 41-74.
- CLARKE, A. (2001), *The Sociology of Healthcare*; London, Prentice Hall
- COSTA, Ana Luisa e Moniz Almeida Matos Godinho Cardoso (2007), *Depressão e Factores Cronobiológicos*, Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica, Universidade do Minho – Instituto de Educação e Psicologia.

- CUFF, E, et al (1990) *Perspectives in Sociology*; London, Unwin Hyman.
- FORTIN, Marie-Fabienne (2000), *O Processo de Investigação: Da concepção à realização* – 2.ª ed., Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X. 388p.
- FOUCAULT, M. (2007) *História da Sexualidade – a vontade de saber*, Vol. 1 Rio de Janeiro, Graal.
- FOUCAULT, M. (1989) *História da Loucura*, São Paulo: Editora Perspectiva.
- GILL, R. *Análise de discurso*; in: BAUER, MW, GASKELL. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*; 3ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. p.244-270.
- GOFFMAN, E, (1963); *Estigma, Notas Sobre a Manipulação da identidade Deteriorada*; Livros Técnicos e Científicos Editora; Rio de Janeiro, 1988.
- GOFFMAN, E. (1961); *Manicômios, prisões e conventos*; São Paulo: Perspectiva, 2007.
- GWYN, Richard (2002), *Communicating Health and Illness*, Sage Publication Ltd.; Califórnia.
- HELMAN, Cecil G. (1994); *Cultura, Saúde e Doença*; Editora Artes Médicas Sul Ltda.; Porto Alegre, Brasil.
- HENDERSON (1988), *Culture, Health, and Illness: an introduction for health professionals*; London, Wright.
- HOLLINGSHEAD, A. B. e Redlich, F.C. (1958), *Social Class and Mental Illness*; Nava Iorque: Jonh Wiley.
- HORWITZ, A. V. e SCHEID, T. L. (eds), et al. (1999); *A Handbook for the study of Mental Health – Social Contexts, Theories, and Systems*. Cambridge: Cambridge University Press.
- JODELET, D. (1989), *Les Représentations sociales: un domain en expansion*; in D. Jodelet (org.), *Les représentations sociales*, Paris: PUF.
- KLEINMAN, Arthur (1981), *The Relevance of Social Science for Medicine (Culture, illness, and healing)*, CIP; Holland.
- KLEINMAN, Arthur (1981), *Patients and Healers in the context of culture – An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*; University of California Press, London, England.
- LIMA, Marinús Pires de (1987); *Inquérito Sociológico – Problemas de metodologia*, Editorial Presença; Lisboa.
- MACHADO, Fernando Luís; MATIAS, Ana Raquel; LEALL, Sofia (2005); *Desigualdades sociais e diferenças culturais: os resultados escolares dos filhos de imigrantes africanos*; *Análise Social*, vol. XL (176), 695-714

- MACHADO, Fernando, Luís; Costa, António Firmino da; Mauritti, Rosário; Martins, Susana da Cruz; Casanova, José Luís; Almeida, João Ferreira de (2003); *Classes sociais e estudantes universitários: Origens, oportunidades e orientações*; Revista Crítica de Ciências Sociais, 66, 45-80
- MELO, EAS. (2005), *Gestos de autoria: construção do sujeito da escrita na alfabetização*; in: Baronas RL, organizador, *Identidade, cultura e linguagem*; Campinas (SP): Pontes Editores; p: 191-205
- MENDES, Felismina (2005), "*Doenças Crónicas: A prioridade de Gerir a Doença e Negociar os Cuidados*", Pensar Enfermagem, vol.9, nº1; 42-47
- OLIVEIRA, Maria Marly de (2008); *Como Fazer projectos, relatórios, monografias, dissertações e teses*; 4ª Edição; CAMPUS – Concursos; Elsevier Editora, Ltda. Rio de Janeiro.
- ORLANDI, E.P. (2004), *Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico*, 4ª ed. Campinas (SP): Pontes
- ORLANDI, E.P. (2003), *A Análise de discurso em suas diferentes tradições intelectuais: o Brasil.*, in: Anais do 1º Seminário de Estudos em Análise de Discurso; 2003 Nov. 10-13; Porto Alegre (RS): UFRGS
- PÊCHEUX, M. (1993), *Análise Automática do discurso (AAD-69)*; in: Gadet F. Halk T, Organizadores, *por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux*, 2ª ed. Campinas (SP): Ed Unicamp; p: 61-105
- PILGRIM, David, e ROGERS, Anne (1999), *A Sociology of Mental Health and Illness*, 2ª edição, Open University Press, USA
- PORTER, R. (2002); *Madness: a brief history*; Oxford: Oxford University Press
- QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, LucVan (1988), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Gradiva, Lisboa
- RAPPOPORT, R. N. (1974), *La Communauté Thérapeutique*, Paris: Ed. Librairie François Maspero.
- STRAUSS, Anselm L. (1975); *Cronic Illness and the Quality of Life*; The C. V. Mosby Company.
- STREUBERT, Helen; CARPENTER, Dona (2002) *Investigação Qualitativa em Enfermagem. Avançando o Imperativo Humanista*. 2.ª ed., Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-29-0. 383p.
- THUILLIER, Jean (1996), *La Folie, Histoire et Dictionnaire*, Bouquins, Paris.

- TWADDLE, Andrew (1981), “*Sickness and the Sickness Career: some implications*”; in KLEINMAN, Arthur, *The Relevance of Social Science for Medicine (Culture, illness, and healing)*, CIP; Holland.
- VALA, Jorge (1990), “*A Análise de Conteúdo*”, Cap. IV, in SILVA. Augusto Santos e Pinto, José Madureira (Orgs.); *Metodologia das Ciências Sociais*; Biblioteca das Ciências do Homem; Edições Afrontamento, 4ª Edição, Porto.
- VALLEJO-Nágera (2006), Juan António, *A Depressão: Como lidar com a doença do nosso tempo*; Editora PRINCÍPIA, Estoril, Outubro 2006 (reimpressão); tradução de Roque da Cunha Ferreira
- WIDLOCHER, Daniel (2001), *As Lógicas da Depressão*, Climepsi Editores, Lisboa, Janeiro.

### **Workshops**

- Workshop para Jornalistas “Depressão”, 13 de Outubro de 2009, Lisboa, comunicação apresentada na Sociedade Portuguesa de Psiquiatria e Saúde Mental

### **Legislação**

- Rede de Referenciação de Psiquiatria e Doença mental; PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. Direcção de Serviços de Psiquiatria e Doença mental; Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. Acedido em 01/05/2009 em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007439.pdf>
- Plano Nacional de Doença mental Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008
- Relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Doença Mental para 2007-2016; Ministério da Saúde; Acedido em 01/05/2009 em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/AC8E136F-50E4F0-relatorioplanoaccaoservicossaudemental.pdf>
- Relatório Mundial da Saúde 2001 – Doença mental: Nova Conceção, Nova Esperança, OMS (Organização Mundial de Saúde), Direcção-Geral da Saúde, 2002 / OMS ; Acedido em 23/12/2008 em [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)
- Plano Nacional de Doença Mental Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008
- Portaria n.º 83/2009, de 22 de Janeiro, Ministério da Saúde