



FACULDADE DE MEDICINA
DA
UNIVERSIDADE DO PORTO

**As Representações que os
Enfermeiros têm da Depressão**

Isabel Maria Ruivo Seixas Martins

Porto, Abril de 2000



**FACULDADE DE MEDICINA
DA
UNIVERSIDADE DO PORTO**

**As Representações que os
Enfermeiros têm da Depressão**

Dissertação apresentada à Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, para obtenção do Grau de Mestre no âmbito do V Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental.

Orientador: Professor Doutor Jorge Lume.

Isabel Maria Ruivo Seixas Martins

Porto, Abril de 2000

Dissertação elaborada para obtenção do Grau de Mestre, de acordo com o Decreto-Lei 216-92, de 13 de Outubro.

Segundo publicação do Diário da República nº46 de 24/02/1997, por Despacho Vice-Reitoral de 05/02/1997 e sob proposta do Conselho Científico da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

RESUMO

Este estudo analisa as representações que os enfermeiros têm da depressão, considerando as representações como modalidades de conhecimento prático e a depressão como doença inscrita no domínio das perturbações do humor, concretamente o Episódio de Depressão Major.

Construiu-se um questionário de colheita de dados, incluindo enunciados acerca das características e do tratamento da depressão.

Este estudo enquadra-se numa metodologia quantitativa, de tipo descritiva correlacional com um desenho de estudo transversal. A colheita de dados foi feita através de respostas ao questionário pelos 223 elementos da amostra, enfermeiros a exercer funções no Hospital Distrital de Chaves e nos Centros de Saúde de Chaves nº1 e nº2, Boticas, Montalegre, Ribeira de Pena, Vila Pouca de Aguiar e Valpaços.

Algumas das representações manifestas, como conhecimento prático partilhado acerca das características da depressão, são delineadas pelo reconhecimento:

- de sintomas como as perturbações do sono;
- de sentimentos de desvalorização pessoal e culpa e o humor deprimido;
- da interferência séria na qualidade de vida do doente;
- da atribuição de eficácia ao tratamento farmacológico;
- do papel específico do enfermeiro na orientação para o tratamento.

Os enfermeiros da amostra parecem não associar à depressão:

- o ser causa de morbilidade e mortalidade;
- o ser uma doença incapacitante
- o sofrimento que causa
- o passar despercebido em grande número de vezes.

ABSTRACT

This study analyses the representations the nurses have of depression, considering the representations as modalities of practical knowledge and depression as an inserted disease in the dominion of humour perturbation, concretely the episode of major depression.

A given data was built including statements about the characteristics of the depression treatment.

This study fits in a quantitative methodology of a described correlational type with a drawing of transversal study. The data was done through answers to the questionnaire by the two hundred and twenty three sampled elements, nurses working in the Hospital of Chaves and in the health Centres of Chaves number one and numer two, Boticas, Montalegre, Ribeira de Pena, Vila Pouca de Aguiar e Valpaços.

Some of the expressed opinions, as a shared practical knowledge about the characteristics of depression are outlined by the recognition of:

- symptoms as sleep perturbations;
- feelings of personal underestimation and guilt and the depressed humour;
- from a serious interference in the quality of live of the patient;
- in the attribution of efficacy to the pharmacologic treatment;
- the specific role of the nurse in the orientation to the treatment.

The sampled nurses do not seem to associate to depression:

- the being cause of morbidity and mortality;
- the being on incapacitated disease;
- the caused suffering;
- not knowing it a great number of times.

*À minha família ... “por tudo”
Essencialmente
por cuidarem de mim.*

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de expressar os nossos agradecimentos a todos quantos tornaram possível a realização deste projecto.

Ao Professor Doutor Pacheco Palha pela iniciativa de apoiar a organização de um Mestrado extensivo a Enfermeiros, facultando o nosso ingresso.

Ao Professor Doutor Jorge Lume por aceitar orientar-nos.

Ao Professor Doutor João Barreto um agradecimento especial pela disponibilidade, presença e rigor na orientação solicitada.

Ao Director e Sub-Directora da Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado, Mestres António Silva e Anabela Ramalho, pelo apoio e compreensão.

Ao Dr. Mota Laço por nortear uma das áreas da nossa pesquisa bibliográfica.

Ao Gil Reis pela ajuda na formatação do texto.

Às Instituições de Saúde pela autorização para a realização da colheita de dados, fundamental para a concretização deste trabalho.

Às equipas de Enfermagem dos Centros de Saúde e Hospital de Chaves pela disponibilidade e adesão ao preenchimento do instrumento de colheita de dados.

À equipa de trabalho da Escola de Enfermagem, pelo incentivo, compreensão e apoio incondicional.

Às amigas Emília e Fernanda por contextualizarem a parceria de amizade.

À minha família, especialmente ao meu marido, aos meus filhos e à minha sogra... “pelo animismo”.

À minha Mãe pela inspiração.

*Tudo o que vemos é outra cousa.
A maré vasta, a maré ansiosa,
É o eco da outra maré que está
Onde é real o mundo que há.*

(in F. Pessoa, Fausto)

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO.....	15
1 - REFERENCIAL TEÓRICO.....	29
1.1 - MODELO CONCEPTUAL.....	29
1.2 - A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO.....	33
1.2.1 - A Construção do Conhecimento à luz das Teorias Implícitas.....	34
1.2.2 - A Construção do Conhecimento na Teoria de Piaget.....	39
1.2.3 - A Construção do Conhecimento através da Teoria da Cognição Social.....	41
1.2.4 - A Construção do Conhecimento na Sociologia do Conhecimento.....	42
1.2.5 - A Construção do Conhecimento desde as Representações Sociais.....	43
1.2.6 - Referência às Teorias Implícitas como Representações Individuais ou Colectivas.....	45
1.2.7 - As Representações Sociais como Modalidades de Conhecimento.....	47
1.2.7.1 - Existência de Dois Níveis Funcionais de Representação: o Nível de Conhecimento e o Nível de Crença.....	50
1.3 - PRESSUPOSTOS TEÓRICOS SUBJACENTES AO EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM.....	55
1.4 - DEPRESSÃO.....	70
1.4.1 - Diagnóstico.....	77
1.4.2 - Tratamento.....	83

2 - METODOLOGIA.....	93
2.1 - PRESSUPOSTOS SUBJACENTES À CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	95
2.2 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	95
2.2.1 - Variáveis e sua Operacionalização.....	100
2.3.2 - Pré-teste.....	104
2.3 - PROCEDIMENTOS PARA A COLHEITA DE DADOS.....	105
3 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	107
3.1 - ESTUDO DA HOMOGENEIDADE DOS ITENS QUE CONSTITUEM OS ENUNCIADOS DO QUESTIONÁRIO.....	107
3.2 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO DE TODAS AS VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	112
4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	115
4.1 - POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	115
4.2 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	118
4.3 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO DE TODAS AS VARIÁVEIS DO QUESTIONÁRIO.....	125
4.3.1 – Interpretação e Análise da Matriz de Correlação.....	126
4.4 - ANÁLISE FACTORIAL.....	129
5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	162
6 - CONCLUSÕES.....	176
7 - BIBLIOGRAFIA.....	182
ANEXOS.....	194
Anexo I – Questionário	
Anexo II – Pedido de Autorização para a colheita de dados	
Anexo III – Autorização da Administração do Hospital Distrital de Chaves	
Anexo IV – Apresentação dos dados relativos à determinação dos coeficientes de Spearman-Brown e Alpha de Cronbach	
Anexo V – Apresentação do procedimento da análise factorial, constituição dos factores principais após rotação ortogonal tipo varimax.	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1 – Correlação Par/Ímpar e coeficiente Sperman-Brown.....	109
Quadro nº2 – Valor do alfa de cronbach quando o item é excluído do enunciado.....	111
Quadro nº3 – Apresentação de todos os factores do enunciado acerca das características da depressão.....	133
Quadro nº4 – Apresentação de todos os factores componentes principais do enunciado do questionário, <i>acerca do tratamento da depressão</i>	137
Quadro nº5 – Apresentação de todos os factores, componentes principais do enunciado acerca do valor terapêutico atribuído à atitude a ter com o doente com depressão.....	139
Quadro nº6 – Apresentação dos factores, acerca da frequência com que os enfermeiros assumem pôr em prática a atitude terapêutica no seu desempenho profissional.....	142
Quadro nº7 – Atitude a ter com o doente com depressão valor terapêutico atribuído.....	154
Quadro nº8 - Atitude terapêutica a ter com o doente com depressão frequência com que põe em prática no desempenho.....	156

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº1 – Esquematização do modelo conceptual	
1. Representação sociais.....	31
Figura nº2 – Esquematização do modelo conceptual	
2. Influência das representações no desempenho profissional...32	
Figura nº3 – Diferenças entre as sínteses de conhecimento e de crenças.....	51
Figura nº4 – Hipótese de continuar bem se deixar de tomar antidepressivos.....	86
Figura nº5 – O círculo vicioso da depressão.....	91
Figura nº6 – Desenho esquemático do processo de investigação utilizado....	94

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº1 – Distribuição dos questionários entregues e preenchidos na população e amostra nos Centros de Saúde e Hospital.....	115
Tabela nº2 – Distribuição dos questionários entregues e preenchidos na população e amostra de enfermeiros dos Centros de Saúde....	116
Tabela nº3 – Distribuição por serviço dos questionários entregues e preenchidos na população e amostra de enfermeiros do Hospital Distrital de Chaves.....	117
Tabela nº4 – Distribuição dos enfermeiros por sexo e local de trabalho.....	118
Tabela nº5 – Distribuição dos enfermeiros da amostra por grupo etário e sexo.....	118
Tabela nº6 – Distribuição dos enfermeiros por sexo e estado civil.....	119
Tabela nº7 – Distribuição dos enfermeiros por tempo de serviço na profissão.....	119
Tabela nº8 – Distribuição dos enfermeiros do Hospital por serviço onde trabalham.....	121
Tabela nº9 – Distribuição da frequência das respostas da pergunta nº7 “Alguém do seu relacionamento pessoal sofreu depressão”	122
Tabela nº10 – Distribuição da frequência das respostas da pergunta nº8 “Os doente com quem contactou pessoal profissionalmente tiveram tratamento específico com:”	122
Tabela nº11 – Distribuição das frequências de respostas à pergunta nº9 “Acho que esses na sua maioria tiveram benefícios com o tratamento?”	123

Tabela nº12 – Distribuição da frequência de respostas à pergunta nº10 “Já sofreu de depressão?”	124
Tabela nº13 – Factores principais do questionário.....	142
Tabela nº14 – Características da depressão acerca do Diagnóstico da Depressão – “Identificação” dos critérios de diagnóstico preconizados pela DSM IV.....	145
Tabela nº15 – Características da depressão – Avaliação da importância médica e social da doença.....	147
Tabela nº16 – Características da depressão – Atribuição de veracidade às queixas apresentadas pelo doente.....	148
Tabela nº17 – Atribuição de eficácia ao tratamento farmacológico e conhecimento dos seus mecanismos de acção e identificação das opções terapêuticas.....	149
Tabela nº18 – Papel dos enfermeiros na adopção de atitude terapêutica e na orientação para a adesão ao tratamento.....	151
Tabela nº19 – Validade atribuída à modalidade terapêutica.....	152
Tabela nº20 – Intervenção de enfermagem – caso prático.....	159

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº1 – Resumo histórico da evolução da investigação em enfermagem.....	57
Gráfico nº2 – Distribuição dos enfermeiros por local de trabalho.....	120
Gráfico nº3 – Distribuição dos enfermeiros por centro de saúde.....	120
Gráfico nº4 – Critérios de Diagnóstico.....	145
Gráfico nº5 – Avaliação da importância médica e social da doença	147
Gráfico nº6 – Atribuição de veracidade às queixas apresentadas pelo doente	148
Gráfico nº7 – Atribuição de eficácia ao tratamento farmacológico.....	150
Gráfico nº8 – Papel dos enfermeiros na adopção de atitude terapêutica.....	151
Gráfico nº9 – Validade atribuída à modalidade terapêutica	153
Gráfico nº10 – Intervenção de enfermagem – caso prático.....	159

0 - INTRODUÇÃO

Etimologicamente, a palavra depressão deriva do latim “*depressionem*”, assumindo três significados: abaixamento devido a pressão, torpor ou abatimento físico; *estupor* ou abatimento moral e do espírito. Em português mantém os três significados, podendo ser utilizada para referir: um sentimento ou uma emoção, um sintoma de uma perturbação depressiva, (tristeza por exemplo), ou ainda, representar o síndrome ou a própria doença. É, nesta última acepção, da depressão como doença inscrita nas perturbações do humor, que nos reportamos neste estudo.

Segundo a OMS, estima-se que uma em cada cinco pessoas vai ter depressão em algum momento da sua vida e que em cada ano devem surgir dois milhões de novos casos da doença. Para além de trazer um sofrimento emocional incontestável ao doente e a quem o rodeia, a progressão da doença acarreta custos sociais consideráveis, sendo uma das dez causas de incapacidade profissional do mundo actual. Conscientes da morbilidade causada pela depressão e constatando a sua incidência e prevalência, fundamentamos a relevância desta abordagem.

Na conferência organizada pela Nacional Depressive and Maniac Disorder (NDMD), realizada na Jamaica em 1996, acerca do Sub-tratamento da depressão, as conclusões apresentadas referem existirem evidências concludentes que os indivíduos com depressão são seriamente sub-tratados, os custos para os indivíduos deprimidos e para a sociedade deste sub-tratamento são substanciais, considerando o sofrimento prolongado, o suicídio, a diminuição no rendimento profissional e o empobrecimento das relações interpessoais e familiares.

Alguns dos factores determinantes apontados pela NDMD para este sub-tratamento incluem: profissionais com educação escolar pobre acerca da depressão, pouco treino nas habilidades interpessoais e ainda estigma.

Da reflexão acerca dos factores apontados como determinantes e intervenientes no sub-tratamento da depressão emergiu a nossa intenção de tentar indagar se esses factores constituem condicionalismos inerentes ao sucesso na adesão terapêutica. A inclusão destes três factores como prováveis mediadores do desempenho profissional dos enfermeiros no tratamento da depressão é determinante para delinear a temática desta investigação.

Efectivamente é desta reflexão e análise que delineamos a configuração do nosso modelo conceptual:

Se existe formação deficiente dos profissionais de saúde em relação à depressão?

Que conhecimentos de suporte fundamentam a inter-relação ao lidar com o doente visando o tratamento?

São conhecimentos inscritos no domínio das representações sociais constituídos durante o processo de socialização profissional que operam nas práticas profissionais como orientadores da acção?

Conforme afirma Dubar (1997) “qualquer profissão tende a constituir-se como grupo de pares com o seu código informal, as suas regras de selecção, os seus interesses e a sua linguagem em comum”.

É do equacionamento das representações dos enfermeiros acerca da depressão que emerge a finalidade deste estudo, indagar se os enfermeiros traduzem uma actuação consonante com os princípios científicos aceites e que lhes foram transmitidos durante a sua formação profissional específica, ou se constituíram e mobilizam também conhecimentos oriundos de uma cultura profissional na acepção de representação social veiculada por Jodelet “uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um

objectivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

A adopção do conceito de representação social como pressuposto explicativo da existência de saberes orientadores de actos profissionais, complementares dos saberes que a comunidade científica advoga a respeito, é encarada como resultante da perspectiva de Vala (1993) em que “o papel activo dos actores sociais na produção das representações não pode fazer esquecer a sua relação com as configurações culturais dominantes, por um lado, e a dinâmica social no seu conjunto, por outro”.

Assim, as configurações culturais dominantes da enfermagem emergem na sua conceptualização e nos seus discursos, sendo o reconhecimento e a visibilidade social determinantes para legitimar as suas acções no seu percurso profissional, dada a dinâmica social em que estão inseridos.

Segundo Florence Nightingale (1892) a “Enfermagem é a mais bela das artes e considerada como tal requer tão dedicado aprendizado quanto a pintura ou a escultura, pois não pode haver comparação entre o trabalho de quem se aplica à tela morta ou mármore frio com o de quem se consagra ao corpo vivo”.

Do conceito de Nightingale ressalta a arte consubstanciada na inter-relação e o requisito da aprendizagem formal, para a aquisição de competências no domínio da arte e ciência de enfermagem com expressão no acto simbólico do cuidar paradigmático da intervenção de enfermagem.

O acto de cuidar assume o seu significado na intervenção terapêutica, explícito pelas enfermeiras, na inter-relação com o doente, através da comunicação. Ao promover uma relação de interajuda que é consolidada na audição activa, pressupõe-se uma eficiência técnica científica e relacional, capaz de responder às exigências, das necessidades humanas básicas afectadas no doente.

Thiago Lotufo (1999), no seu artigo intitulado a “Dor da Alma”, salienta que por mais que se tente, ninguém consegue sentir a “dor do outro” sendo esse fenómeno extensivo para a dor com raízes na mente humana como a dor manifestada pelo doente com depressão.

Na mesma linha de pensamento Nágera (1990:23) refere que a vivência depressiva é indefinível, parece consistir numa vivência de tristeza, amargura, remorso, angústia, desolação, pena, desfalecimento, desesperança, apatia, consciência de incapacidade, sentimentos de culpa, com algumas destas sensações no seu grau de máxima intensidade.

Ainda na opinião do autor, durante a convivência com o deprimido é indispensável recordar continuamente algo evidente mas que se esquece – não depende da sua vontade sair deste “inferno”. Assim dizer ao doente com depressão “anima-te, levanta esse ânimo” é tão imprudente como dizer a um doente com febre e vômitos : “mas homem não sejas tonto, baixa essa febre, deixa de uma vez de ter náuseas,” na situação do doente febril este ficará surpreendido com o comentário disparatado - que mais desejaria ele? - mas não lhe sobe a temperatura em consequência de conselhos absurdos. Pelo contrário, o deprimido desespera-se e aumenta os seus sentimentos de culpa e de indignidade.

O profissional de enfermagem pode intensificar os sentimentos de valor pessoal do doente, mediante uma escuta activa, com demonstrações de preocupação acerca dos sintomas referidos (Morrison-1998:350). Da mesma forma pode transmitir insegurança e insatisfação ao doente ao desvalorizar ou subestimar os sintomas numa tentativa de tranquilização que se revela artificial, com expressões sem valor terapêutico comprovado como por exemplo “não se preocupe, que isso passa”, que na situação da doença depressiva poderá agravar os sentimentos de culpa do doente, sem que o profissional se aperceba conscientemente.

Implícito nos princípios éticos que regem a actuação de enfermagem, está “o principio de não causar danos ou prejudicar o doente, é o guia para qualquer actuação de enfermagem que tem a responsabilidade de proteger o utente em qualquer contexto assistencial ainda que às vezes uma situação bem intencionada pode dar lugar a uma situação lesiva”. (Morrison,1999).

É neste contexto das “representações enquanto sistemas de interpretação que regem a nossa relação com o mundo e os outros, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais” (Jodelet,1991) que o aconselhamento bem intencionado como técnica de tranquilização sem valor terapêutico, considerando a mensagem de Nágera acerca do efeito adverso deste aconselhamento no doente com depressão, agravando-lhe os sintomas, que constituímos as nossas interrogações centrais:

- Que representações têm os enfermeiros da depressão?
- Os enfermeiros fundamentados em representações sobre a depressão, adoptam estratégias de comunicação cuja validade terapêutica é questionável, no aconselhamento do doente deprimido?

Considerando a opinião de Montgomery (1993) que assinala ser o estigma associado às doenças psíquicas e o preconceito contra a doença psiquiátrica em geral e à depressão em particular, os responsáveis por alguma renitência que existe em relação ao diagnóstico de depressão, existindo uma crença, muitas vezes tácita mas infelizmente generalizada, de que a depressão é auto induzida sendo em consequência ainda muito frequente o conselho bem intencionado, mas inútil que se dá ao indivíduo deprimido para se recompor sozinho.

Diz Jodelet (1991) que as representações sociais enquanto fenómenos cognitivos, angariam a pertença social dos indivíduos com implicações afectivas e normativas , com interiorizações de experiências , de práticas de

modelos de conduta e de pensamento, socialmente inculcados ou transmitidos pela comunicação social à qual estão ligados.

É partindo do pressuposto de que “as nossas grandes dificuldades não vêm do que nós não sabemos, vêm das coisas que sabemos e que não são verdadeiras”.

Que pretendemos indagar se as representações sociais da depressão eventualmente decorrentes do estigma associado às doenças psíquicas, do preconceito contra as doenças psiquiátricas, ou das crenças de que é uma doença auto induzida, constituem dificuldades à concretização da relação terapêutica.

“Os profissionais de enfermagem, têm um papel vital no tratamento da doença depressiva. A depressão é uma doença tratável; a sua detecção precoce requer o conhecimento dos sintomas. Educar o paciente e monitorizar os efeitos secundários das drogas são aspectos essenciais para lidar com a depressão” (Montgomery, 1995).

Socialmente reconhecida a importância dos enfermeiros na participação activa da produção de cuidados de saúde e conscientes deste papel consolidamos a pertinência do tema através do equacionamento dos seus saberes formais e informais constituídos nas representações acerca do diagnóstico e tratamento da depressão, tentando obter resposta às seguintes questões de investigação:

- As representações que os enfermeiros têm da depressão, são indicadores da sua intervenção profissional?
- Os conhecimentos dos enfermeiros acerca do diagnóstico e tratamento do síndrome depressivo são congruentes com os critérios de diagnóstico e tratamento aceites pela comunidade científica actual?

- Os pressupostos subjacentes à intervenção de enfermagem na orientação do doente para o tratamento advêm das representações socioprofissionais da depressão?
- Os conhecimentos dos enfermeiros acerca do diagnóstico e tratamento da depressão sofrem a influência das crenças individuais de cada profissional?
- Os conhecimentos revelados são indicadores das estratégias terapêuticas adoptadas no tratamento da depressão?

A formação dos enfermeiros inscreve e constitui os seus saberes nas dimensões teórica-científica, humana-relacional e técnica. É nos domínios da dimensão humana e relacional que os enfermeiros centram a sua acção de forma independente, sendo também neste domínio que emerge a sua visibilidade social, dado constituir o campo de competências que histórica e tradicionalmente lhes é atribuído.

No entanto são os conhecimentos inerentes à execução de actividades técnicas de recurso instrumental, que assumem uma conotação de maior valor no reconhecimento social, principalmente se forem reiterados em contextos de trabalho de prestação de cuidados diferenciados, dada a sua eficácia objectivamente visível no tratamento dos doentes.

Assim “na hierarquia de actividades de enfermagem surgem como de nível superior, conotadas de maior complexidade, as intervenções nas unidades de doentes de cuidados intensivos envolvendo o manuseamento de alta tecnologia” (Pearson e Vaughan,1992), sendo relegadas para segundo plano, e consideradas de menor complexidade, as actividades de apoio psicológico como a audição ou escuta activa e a atitude de compreensão e respeito incondicional pelo doente, sedimentada através do estar presente na relação terapêutica.

Os cuidados de enfermagem direccionados para a atitude terapêutica são omitidos por alegada falta de tempo e de importância sem se incorrer em qualquer risco legal, mesmo porque não detêm visibilidade profissional ou social, nem são considerados como técnicas diferenciadas visando o bem estar do doente. Relativamente à atribuição de maior ou menor responsabilidade profissional nas diferentes áreas clínicas, Freidson (1970) refere ser simbolizada pelo maior ou menor perigo de vida associado aos actos profissionais.

É nesse contexto que as actividades de enfermagem relacionadas com a utilização de técnicas direccionadas à comunicação terapêutica se demarcam de ser consideradas de cariz prioritário, dado não serem visíveis como actos profissionais relevantes na resolução de situações que envolvem o maior perigo de vida.

É ainda neste contexto que reafirmamos a pertinência e a actualidade desta abordagem.

Efectivamente o critério para estabelecer prioridades no âmbito das intervenções profissionais aos doentes, inscrevem-se como determinantes a atribuição de importância aos sintomas explícitos, imperativos de actuação imediata ou não, conforme a gravidade que lhes é imputada, surgindo-nos do exposto as seguintes interrogações:

- Os enfermeiros atribuem à depressão importância no sentido de considerar o risco eminente de suicídio?
- Os enfermeiros atribuem à depressão importância no sentido de gravidade face à morbilidade inerente?
- Os enfermeiros atribuem à depressão importância considerando os níveis de incapacidade e dependência que atingem em consequência os doentes deprimidos?

- Os enfermeiros revelam conhecimentos acerca das características e do tratamento da depressão que lhes permitam orientar o doente para a adesão à terapêutica?

O objectivo do processo terapêutico de enfermagem é o de ajudar os doentes a utilizar os recursos e as capacidades adequadas para enfrentar os seus problemas.

O profissional de enfermagem, independentemente da sua especialidade, utiliza como instrumento básico da sua profissão as habilidades aprendidas, a sua forma de comunicar com o doente a família e a equipe.

Alguns destes instrumentos terapêuticos são o contacto visual as expressões faciais o movimento corporal e outros comportamentos não verbais .

Na maioria das situações, o próprio profissional de enfermagem constitui o instrumento terapêutico que conduz os utentes até ao bem estar (Morrison,1999). É da utilização certa na situação certa destes atributos oriundos do saber e do ser que se constrói a essência do cuidar, paradigma da enfermagem consistente com a filosofia humanista.

Na opinião de Pearson e Vaughan (1993) a formação e a experiência profissionais não são os únicos factores que determinam os modelos para o exercício seguidos pelos enfermeiros. Os enfermeiros são seres individuais e como tal terão de incorporar sempre crenças, objectivos e conhecimentos individuais que lhe são específicos; contudo a essência do modelo de cada um é profundamente influenciado pelo modelo comumente compartilhado pelo grupo profissional.

Assim, a imitação dos modelos de trabalho desenvolvidos pelo grupo profissional assume particular relevância no domínio operativo das funções dos enfermeiros, adoptando cada profissional os pressupostos, as crenças e a

postura de desempenho profissional que mais se aproxima da adoptada pela generalidade dos seus pares.

Um dos fundamentos da profissão de enfermagem é a assistência da pessoa humana numa perspectiva holística, um conceito orientado para ajudar os utentes a conseguir a harmonia consigo próprio e com os outros, com a natureza e o mundo. A assistência holística baseia-se na concepção de globalidade a compreensão do utente inserido no seu contexto familiar, social, profissional, cultural e espiritual (Morrison, 1999).

A interiorização dos discursos e dos modelos que constituem referências à prática nem sempre são doseados de forma idêntica pelo enfermeiro no processo de construção da sua identidade profissional. Assim as suas crenças na validade absoluta do modelo biomédico como sistema de conhecimentos acreditado pelos pares e pelo próprio receptor de cuidados, o doente, pode ser indicador de tendências do seu modelo de prestação de cuidados.

O modelo biomédico “surge também como o modelo tradicional, sobre o qual durante muitos anos se baseou o exercício de enfermagem, dando à profissão um contributo reconhecido” (Pearson e Vaughan, 1992). Este reconhecimento, contextualizado através do uso dos seus pressupostos científicos comprovados e validados ao longo de anos, é aceite por doentes e profissionais.

Segundo Pearson e Vaughan (1992) o modelo biomédico tem influenciado a prática de enfermagem, supervalorizando os conhecimentos que advêm das ciências físicas e a execução de actividades terapêuticas visando o diagnóstico e a cura.

No seio do grupo profissional de enfermagem, estes pressupostos perduram, sendo as acções de natureza técnica vocacionadas para o diagnóstico e a cura consideradas de nível superior e de execução prioritária, em detrimento das acções relacionadas com a comunicação terapêutica,

estabelecendo uma relação empática valorizando as emoções sentidas pelos doentes acerca da sua doença ou incapacidade. Embora o modelo biomédico tenha implícito uma visão reducionista do indivíduo, reduzindo o corpo humano a um conjunto de partes relacionadas separando a mente do corpo, é tacitamente aceite pelo grupo profissional de enfermeiros como sendo uma parte da estrutura de suporte teórico para o exercício da profissão atribuindo aos profissionais de enfermagem uma eficiência necessária para a eficácia dos serviços de saúde.

Actualmente, com a evolução do conhecimento, o modelo bio-médico tem-se revelado restritivo e insuficiente face às exigências da profissão de enfermagem, tornando-se imperativa uma abordagem holística para dar resposta às necessidades do ser humano.

É reconhecendo o valor atribuído ao modelo biomédico como orientador das práticas profissionais de enfermagem e ao mesmo tempo, acreditar num modelo holístico como alternativa para uma prática de enfermagem congruente com os seus discursos que, reafirmamos o interesse da nossa pesquisa em indagar as representações enquanto modalidades de conhecimento que têm os enfermeiros sobre a depressão.

Por outro lado, e na perspectiva de Abbott, citado por Rodrigues (1997) “os atributos possuídos pelas profissões tal como o conhecimento para realizar certas tarefas competentemente, podem ou não ser um facto; o que é importante é que a elite social, bem como os legisladores, estejam convencidos de tais atributos”. É nesta lógica que se inscrevem as respostas automáticas dos profissionais, por vezes sem valor terapêutico, mas que em situações imprevisíveis, para as quais são solicitadas resoluções imediatas surgem como recurso oportuno mesmo sem serem previstos os seus efeitos.

Esta reflexão sobre a forma de apropriação dos saberes pelos profissionais de enfermagem pretende delinear de que forma é entendida,

partilhada e transferida para procedimentos a aprendizagem obtida pelos enfermeiros na sua intervenção profissional.

Na opinião de Moscovici e Hewstone (1993), citados por Vala (1994), “uma vez constituída uma representação, os indivíduos procurarão criar uma realidade que valide as previsões e explicações decorrentes dessa representação”.

Considerando o exposto, e a possibilidade de contribuímos para a melhoria da qualidade de vida dos doentes, através da promoção de um desempenho profissional congruente com as suas necessidades;

Propomo-nos atingir os seguintes objectivos:

Objectivos gerais:

- Identificar as representações que os enfermeiros têm da depressão.
- Analisar se as representações que os enfermeiros têm da depressão são congruentes com os conhecimentos, as normas e linhas de orientação actualmente aceites e difundidas pela comunidade científica.

Objectivos específicos :

- Verificar se os enfermeiros identificam os principais sintomas nucleares da depressão, segundo os critérios de diagnóstico da Diagonostic and Statinal Manual of Mental Disorders (DSM-IV).
- Auscultar as representações que os enfermeiros têm da importância médica e social da doença, reconhecendo que é causa de morbilidade e mortalidade.

- Identificar se os enfermeiros atribuem eficácia ao tratamento farmacológico com antidepressivos.
- Identificar se os enfermeiros reconhecem mecanismos específicos de acção dos antidepressivos .
- Identificar se os enfermeiros consideram a psicoterapia e a electroconvulsoterapia como opções terapêuticas para o tratamento da depressão.
- Identificar se existe relação e consonância entre o valor terapêutico atribuído e a sua utilização na prática.
- Delinear se os enfermeiros estão sensibilizados para encetar uma atitude terapêutica fundamentada na relação de ajuda.

Para proceder à consecução dos objectivos definidos, construiu-se um questionário com a finalidade de colher dados específicos que permitam chegar a respostas acerca das modalidades de conhecimento socioprofissional dos enfermeiros, do diagnóstico e tratamento da depressão, dado não termos encontrado um instrumento de colheita de dados validado que desse resposta às nossas questões de investigação.

Configuramos a estrutura do trabalho dividida sequencialmente em três partes fundamentais :

A primeira parte referente à construção do referencial teórico que envolve a articulação de conhecimentos oriundos dos domínios da psicologia, psicologia social, psicologia da saúde, sociologia das profissões, teorias e modelos para o exercício de enfermagem, psiquiatria clínica, considerando a necessidade de fundamentação teórica a respeito das representações sociais como modalidades de conhecimento.

Para expressar as ideias subjacentes ao problema de investigação que nos propomos indagar, sistematizamos as ideias principais num modelo de referência constituindo uma esquematização do mesmo.

A segunda parte é referente à descrição da metodologia utilizada da apresentação e análise de dados.

A terceira parte referente à discussão e conclusão.

Subscrevendo Leitão(1996) “Numa altura em que as tecnologias ditam a lógica, numa altura em que vários racionalismos e positivismos, muitas vezes disfarçados sob a capa do progresso, reduzem a um epifenómeno inferior e marginal a emoção, o sentimento, a intuição, a adaptação mútua e recíproca dos comportamentos interactivos...”, é importante aprofundar e conferir conhecimentos no sentido de concretizar intenções de desempenho profissional consonante com as necessidades dos receptores de cuidados, “os doentes”.

1 – REFERENCIAL TEÓRICO

No intuito de construir um modelo conceptual de referência que estabeleça o fio condutor da nossa pesquisa, concebemos um modelo, composto pela interacção dos termos inerentes à nossa questão central cuja definição e a ordem passamos a esquematizar (figs.1 e 2) de forma a simplificar o nosso raciocínio, prosseguindo com a sua explicação.

1.1 - MODELO CONCEPTUAL

Os saberes constituídos de domínio cultural da doença mental e da depressão constituem uma modalidade de conhecimento. O processo de socialização profissional incute e transmite aos futuros profissionais as normas e procedimentos concorrentes para a construção da identidade profissional fundamentada nos modelos de actuação comuns aos pares.

Lane (1993), citada por Gauthier, Cabral, Santos e Tavares(1998), descreve que a representação é aquilo que nos permite explicar o mundo que nos cerca.

Assim, clarificar o significado de representação no contexto deste trabalho, através da definição de termos associados, permite-nos iniciar o nosso modelo explicativo.

Crenças acerca da depressão, como doença auto induzida, sustentadas pelo eventual estigma da doença mental e partilhadas pelos doentes, pelos familiares dos doentes, não sendo refutadas pelos profissionais de saúde como autoridades competentes e autorizadas para o fazer, conduzem a uma

aceitação dessas crenças como pressupostos de análise acerca do seu diagnóstico e tratamento.

Na nossa opinião, os enfermeiros na sua formação de base, através dos conhecimentos científicos que lhes foram transmitidos, construíram os seus saberes formais, esses conhecimentos sofreram na sua construção, a influência da atitude dos próprios professores acerca da depressão e da doença mental.

A apreenderem as formas de actuação de enfermagem ao doente com depressão, sofreram também as influências dos profissionais de saúde.

Os contextos de trabalho também constituem factores influentes, as actividades desenvolvidas pelos profissionais são precedidas por uma ordem de prioridades pré-estabelecida, numa lógica do mais importante para o menos importante, sendo mais importante o que é visível (Lopes, 1994), ocupando aqui as técnicas com recurso instrumental, o seu lugar privilegiado.

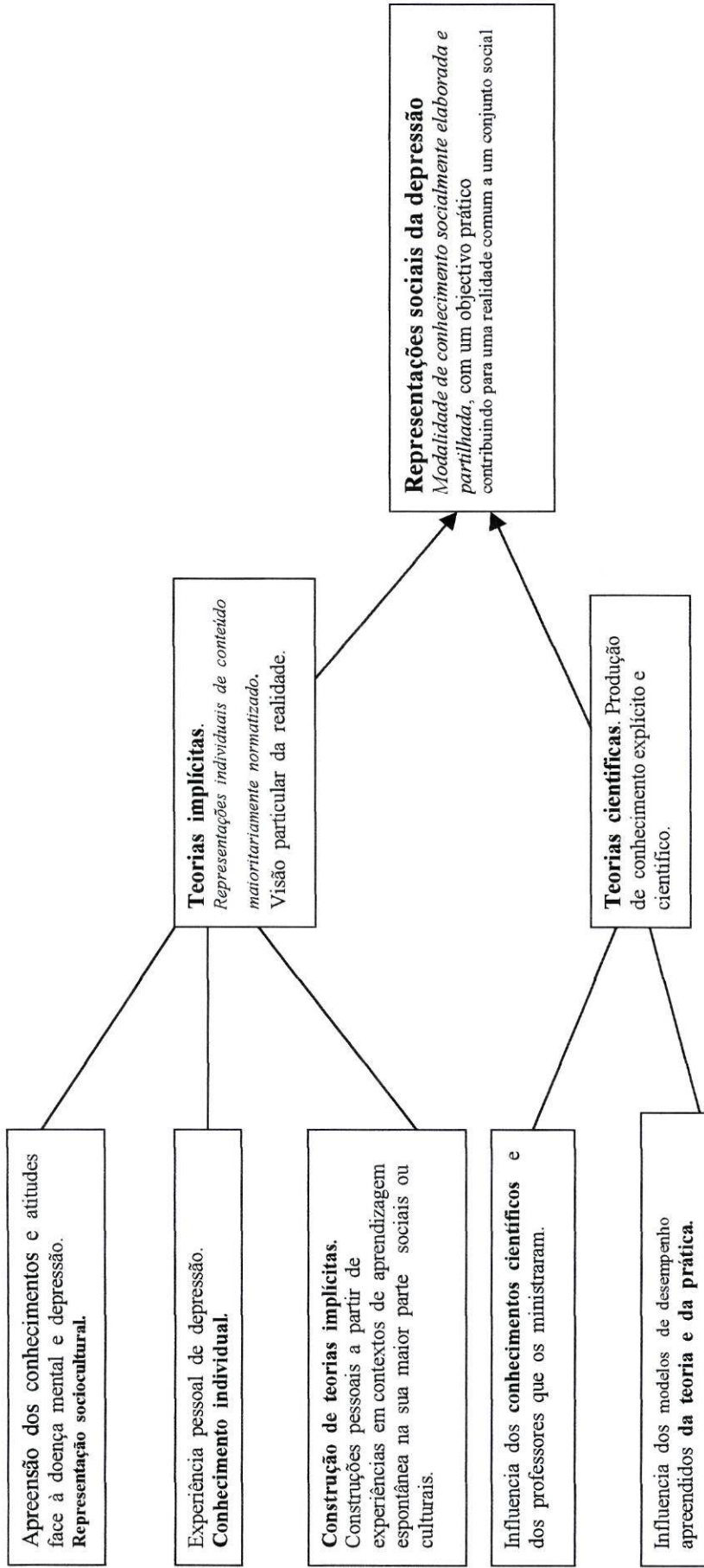
A cultura profissional predominante tem neste contexto a sua função de orientadora da acção, sendo os enfermeiros condicionados no seu desempenho pela ambivalência do se for possível faço, as actividades de ensino/aconselhamento com recurso à comunicação terapêutica são consideradas funções passíveis de adiamento.

Essa modalidade de conhecimento, constituída total ou parcialmente pelos segmentos de conhecimentos apreendidos acerca da depressão e sofrendo a influência de factores provenientes dos contextos de trabalho, condicionam a acção para a prática .

A esquematização do modelo conceptual sistematizando as ideias principais envolvidas, visa simplificar a sua interpretação, constituindo-se o fio orientador deste enquadramento teórico.

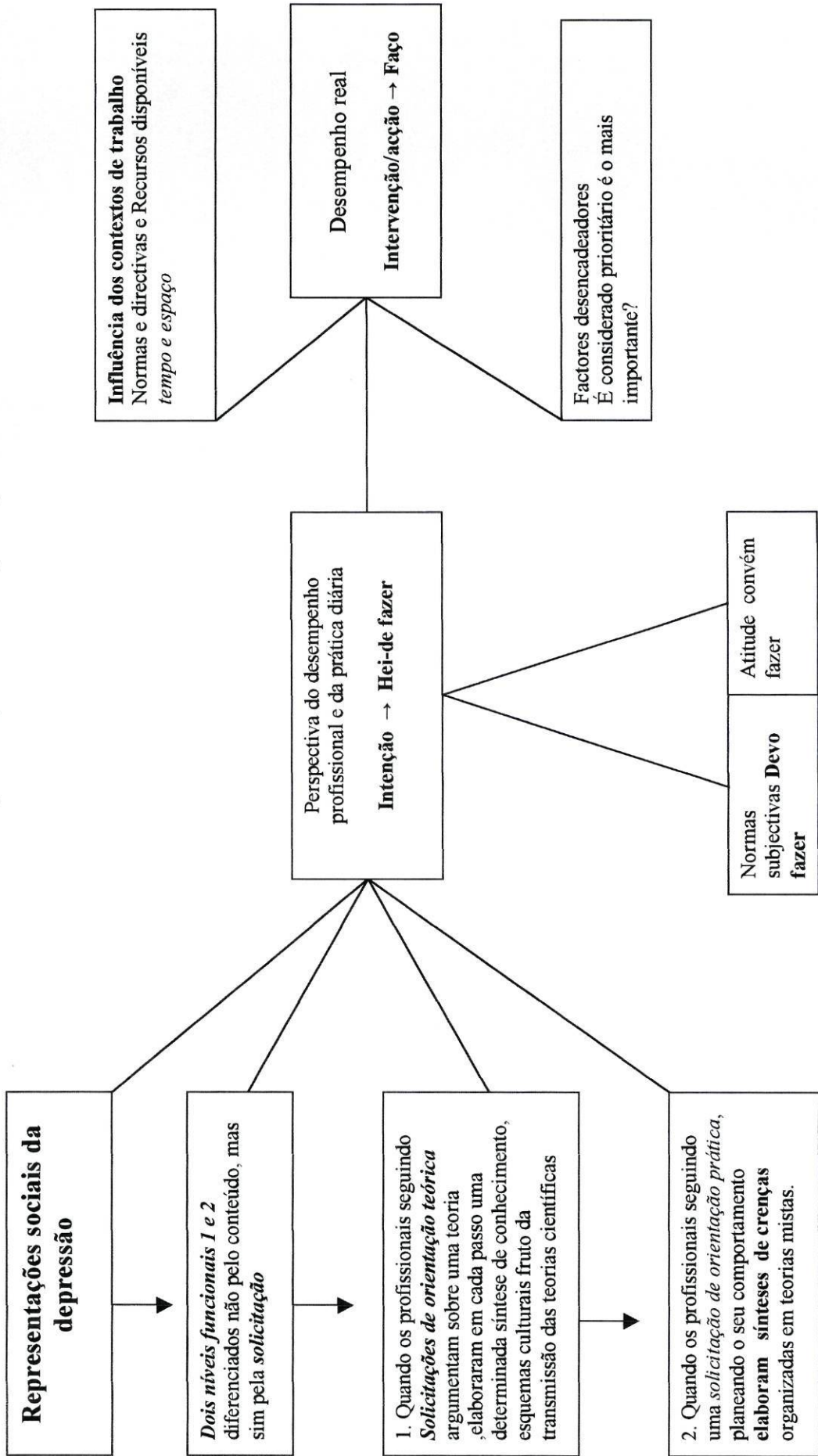
Figura nº1 - Esquemática do modelo conceptual

1. Representações sociais



Fonte: Adaptado de Fiske's Basic Attitude Behaviour Model (Mars et al 1983)

Figura nº2 - Esquematisação do modelo conceptual
 2. Influência das representações no desempenho profissional



Este esquema conceptual foi construído tendo como referência o modelo de comportamento de Fishbein's Basic Attitude (Mars et al 1983), embora com a introdução de variáveis adaptadas ao nosso estudo e o estabelecimento das redes de interação entre variáveis que consideramos adequadas à construção do nosso modelo conceptual.

Decorrente do nosso esquema conceptual, são todos os saberes constituídos acerca da depressão que determinam as intenções de desempenho predictivas do desempenho real .

No entanto, da intenção do fazer à execução, existe um percurso que após ser submetido à influência de normas e directivas dos contextos de trabalho, aos recursos disponíveis, nomeadamente o tempo para a execução, e a importância atribuída à acção terapêutica a executar, se constituem os determinantes da distância entre o *pensar fazer-intenção* e o *fazer desempenho real*.

Para dar continuidade à indagação dos processos de construção dos saberes inerentes à representação social, encetamos e incorporamos o seguinte capítulo.

1.2 - A CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

A forma como apreendemos o mundo que nos rodeia e as suas peculiaridades, a diversidade e complexidade de maneiras de construção dos nossos saberes é tema de debate e de teorização em perspectivas diferentes, conforme os autores que as defendem.

Assim, e na perspectiva de Vala (1993) “a constatação de que o meio envolvente é também um meio teórico, onde circulam teorias e doutrinas sobre as grandes questões que os indivíduos se colocam e que são a expressão das respostas que souberam encontrar”.

Apresentamos nos subcapítulos seguintes perspectivas subjacentes à construção do conhecimento que consideramos pertinentes para o percurso explicativo da problemática do nosso estudo.

1.2.1 - A Construção do Conhecimento à Luz das Teorias Implícitas

Na opinião de Guimarães (1988), cada sociedade tem por base alguns pressupostos ideológicos comuns a toda ou a uma grande parcela da população, formando um conjunto de premissas básicas que dão identidade à sua forma de ser no mundo. Estas pressuposições básicas são formadoras do pensamento colectivo, constituindo um conjunto de referências teóricas (ainda que tacitamente vigentes), estabelecendo em linhas gerais quem somos e o que pensamos ser importante para nós.

Rodrigo, Rodriguez e Marrero (1993) referem que afecto de ser habitual no nosso dia a dia fazer uso constante das nossas concepções do mundo, cada vez que interpretamos um facto, previmos um comportamento, decidimos actuar de uma maneira ou de outra, é sinal que adoptamos uma maneira de ver a realidade e que nos guiamos por uma teoria implícita.

As teorias implícitas são representações individuais, baseadas na acumulação de experiências pessoais, estas experiências obtêm-se em contacto com certas normas socioculturais definidas por práticas culturais e formatos de interacção social.

Os três autores referidos citam o seguinte exemplo: “Se uma pessoa A constrói uma teoria implícita sobre o papel da mulher na família, a partir da sua bagagem de experiências e se no seu ambiente social as mulheres desempenham funções domésticas que são “práticas culturais” regulando a comunicação entre marido e os filhos que são “formatos de interacção”, é

consequentemente provável que as experiências que A obteve neste seu meio ambiente favoreçam a elaboração da teoria da mulher como dona de casa em lugar de outras teorias alternativas.

Ainda acompanhando a linha de pensamento destes autores, as normas socioculturais podem variar de uns grupos a outros, mas são relativamente constantes para os indivíduos pertencentes ao mesmo grupo, estando o conteúdo das teorias implícitas normalizado no seio do grupo.

Para estabelecer a sequência deste contexto na questão central do nosso estudo, importa referir a participação das teorias implícitas como modelo analógico de referência subjacente às representações que os enfermeiros construíram/têm da depressão. Pressupondo que o seu processo de construção se desencadeia em contacto com outras pessoas realizando actividades culturalmente definidas.

Assim as teorias implícitas são construções pessoais realizadas a partir de experiências que na sua maior parte são sociais ou culturais.

As pessoas constroem representações da realidade utilizando os seus processos cognitivos para interpretar situações, predizer e compreender o comportamento de outras pessoas e planificar o seu próprio comportamento.

Diferenças entre teorias implícitas e científicas

Prosseguindo o nosso modelo explicativo e da definição dos termos constitutivos do nosso modelo conceptual, achamos que uma incursão pelas diferenças existentes entre as teorias implícitas veiculadoras do conhecimento do senso comum no contexto das representações e as teorias explícitas veiculando o conhecimento científico, ajudará a esclarecer as diferentes formas de construção dos conhecimentos e a sua funcionalidade.

Nas teorias implícitas, as incoerências e inconsistências das ideias que as compõem podem persistir sem se tomar consciência, pois mantêm-se implícitas. As teorias científicas dado serem explícitas, são coerentes e consistentes.

As teorias científicas são dedutivas e seguem procedimentos de análise e rigor, as teorias implícitas são indutivas e regem-se por estratégias de verificação. Assim o homem no processo de retroalimentação do senso comum dedica-se a acumular evidências acerca da verificação de um fenómeno e num dado momento transforma esta evidência numa verdade comprovada.

No processo de construção do conhecimento científico a mera acumulação de evidências confirmadas não permite extrair conclusões, para isso são requeridas verdadeiras experiências que ponham à prova determinadas hipóteses para indagar também a evidência contrária à esperada, embora, e segundo Poter (1996), seja acentuada a importância de um conjunto de normas para conduzir uma actividade científica ou uma pesquisa de factos, reafirmando também que os pesquisadores, nem sempre se conformam com essas normas.

Uma consequência da estratégia de verificação que segue o homem comum é que lhe é difícil modificar as suas ideias apesar da existência de um grande número de dados contra as suas predições. Por outro lado o investigador deve corrigir este enviesamento confirmado e estar pronto a modificar as suas teorias em função das observações, sendo de assinalar e segundo o filósofo Pierre Duhem (1992) que os resultados científicos raramente são avaliados só em função dos resultados encontrados. Nos experimentos particulares, os resultados são avaliados tendo em conta o grupo de dados, incluindo resultados, teorias e ideias acerca do método estatístico por exemplo se um resultado é consistente com uma teoria bem estabelecida é

melhor aceite e sem discussão do que se for contrariar uma teoria já estabelecida.

O homem comum constrói o seu conhecimento em contextos de aprendizagem espontânea, aprendendo de forma ocasional e sem planeamento prévio como parte das suas actividades de rotina, a matéria prima das suas teorias é extraída do mundo das suas experiências, com objectos pessoas e em geral da interacção com o mundo que o rodeia. O investigador aprende de forma intencional, fragmentada e doseada passa por períodos de formação e recebe um corpo de conhecimentos formalizado pelo uso pela experimentação e pelo controlo.

O homem comum aplica as suas teorias ao mundo real, a realidade que enfrenta é ambígua, não está claramente definida. Os dados não são susceptíveis de manipulação e não têm necessariamente uma solução. O investigador enfrenta situações criadas artificialmente para provar pressupostos teóricos definindo os parâmetros relevantes manipulando-os e tratando de encontrar pelo menos uma solução, devendo na opinião de Potter (1996), as modificações importantes encontradas para uma teoria ser evidenciadas juntamente com uma rede de trabalho que não deve ficar suspensa num espaço abstracto e conceptual.

O homem comum resolve problemas práticos imediatos e a curto prazo, regendo-se por uma economia de recursos. O investigador deve tomar conta dos problemas do homem comum, procurando a eficácia e a generalização dos resultados. “As convicções dos cientistas são expressas em debate e inscritas em livros científicos” (Potter, 1996:23).

Na opinião de Rodrigo, Rodriguez e Marrero (1993:91), devemos seguir uma mudança de atitude face aos produtos teóricos do homem comum, pois desta mudança depende, em última instância, o sentido das nossas recomendações sobre como melhorar a aprendizagem de conteúdos científicos e o modo de ensiná-los.

Devemos entender que as suas crenças (conceitos prévios, concepções alternativas, representações) não só têm um conteúdo diferente, em relação com as noções científicas, como se movem em plano epistemológico diferente, são resistentes à mudança porque cumprem uma importante função adaptativa, no mesocosmos em que nos movemos.

Ainda segundo aqueles autores as nossas crenças não estão pensadas para pôr em prática a verdade, *senão que para nós são verdades* e estamos instalados nelas porque configuram a nossa experiência sensível. Se a elas unirmos o seu carácter implícito, entenderemos melhor porque como homens comuns não relacionamos as nossas crenças com os conteúdos científicos correspondentes.

Também existem semelhanças notáveis no perfil epistemológico de ambos os tipos de conhecimento, pois em ambos os casos a construção do conhecimento não é fruto de uma actividade solitária alheia a toda a influência social. Para produzir ciência do mesmo modo que para produzir crenças, é fundamental contar com um contexto de relação interpessoal em que se adquire um conjunto de conhecimentos, habilidades, e ferramentas já construídas por outros iguais.

Guimarães (1988) afirma que em todo o processo de desenvolvimento humano, as nossas acções são coerentes com a concepção do mundo. Da mesma forma, a ciência, ao ser formada pelo homem nas suas fases de desenvolvimento, mostra-nos que a teoria e a prática científicas são baseadas numa visão do mundo implícita.

A origem do conhecimento leigo ou de senso, comum assim como o seu processo de construção, tem sido analisada à luz de duas grandes correntes de pensamento, a individual ou psicológica e a cultural ou sociológica.

A perspectiva individual considera que o indivíduo é o principal protagonista da construção de teorias: embora se considere a sua interacção com o meio físico e social, é à utilização das suas capacidades cognitivas que

se atribui a maior influência na concepção do conhecimento. “Assim a realidade constroi-se activamente mediante a aplicação e o reajuste dos esquemas cognitivos do sujeito ao meio” (Rodrigo, Rodriguez e Marrero, 1993:33), o que segundo Pires (1989) se inscreve na primazia da construção do currículo educocêntrico em que o aluno é induzido a assumir mais responsabilidades na escolha das aprendizagens.

Na mesma sequência da análise das teorias implícitas à construção do conhecimento, a perspectiva cultural considera que o conhecimento tem uma origem sociocultural sendo compartilhado por grandes grupos, com a finalidade de proporcionar aos seus membros ideias, palavras, imagens e percepções sobre o mundo que os rodeia.

A perspectiva cultural não concebe o conhecimento como propriedade de mentes individuais, mas sim como um instrumento de utilização das comunidades sociais, havendo alguma pressão do grupo de pertença do indivíduo para que este aprenda o conhecimento compartilhado pelo grupo.

A perspectiva cultural agrega-se na função da escola com um elo de ligação ao paradigma da escola transmissiva, cuja função primeira, fundamentada por Santiago (1996:18), é a de “preparar os seus alunos para a inserção nas estruturas sociais, transmitindo-lhes, conhecimentos básicos valores morais e culturais, supra-individuais que se assumem como o suporte das instituições e das variadas formas de organização social de uma dada sociedade”.

1.2.2 - A Construção do Conhecimento na Teoria de Piaget

A teoria de Piaget (1974) é a mais representativa da perspectiva individual, atribuindo à criança e ao adulto um papel fulcral na construção da realidade. Para encetar este processo de construção da realidade contam com

as capacidades de um organismo, activo que não só selecciona e incorpora estímulos provenientes do meio como exerce os seus mecanismos de controlo.

Esta busca de estimulação não é realizada arbitrariamente nem é determinada por exigências do próprio meio, existindo uma programação das estruturas cognitivas para irem orientando os interesses da criança e do adulto em cada momento.

O objecto constrói-se mediante a realização de um conjunto de esquemas, aplicados ao próprio objecto. No bebé trata-se de um conjunto de esquemas sensório-motores (apanhar, tirar, morder, chupar), que permitem apreender algumas propriedades do objecto iniciando-se uma primeira fase de conceptualização do mesmo.

Para fundamentar o processo de construção do real Piaget segue uma perspectiva biológica, segundo a qual existe uma grande continuidade entre biologia e mente: assim, os mecanismos que regulam o desenvolvimento do organismo como a organização e a adaptação são os mesmos que inspiram o desenvolvimento do sistema cognitivo.

O princípio da adaptação é o principal instrumento com que conta o indivíduo para construir o conhecimento. A adaptação é a força que impulsiona o sujeito a reajustar e a modificar as suas estruturas mentais na sua interacção com o meio.

Nas últimas etapas do desenvolvimento mental, Piaget, substitui a analogia biológica pela científica. Assim, a partir da adolescência a construção do real, sempre que possível segue os mecanismos de indagação da ciência: O método hipotético dedutivo. O processo de conhecimento é individual e baseia-se na experiência e na descoberta de noções, possibilitada pelo nível evolutivo.

A teoria de Piaget inserida neste contexto de análise das teorias implícitas à construção do conhecimento do senso comum. Rodrigo, Rodriguez e Marrero (1993) tecem algumas críticas, assinalando a sua

utilidade na explicação do desenvolvimento e mudança no conhecimento, mas não explicando a sua origem, omitindo a possibilidade de existência de uma organização cognitiva precoce. O segundo problema associado ao construtivismo de Piaget é a solidão epistemológica do construtor de teorias, o indivíduo, não constrói o seu conhecimento, sozinho existindo só interacção com o objecto.

O indivíduo é um ser social desde o início e é no marco das suas primeiras relações sociais que se inicia o desenvolver da construção do conhecimento tanto físico como social. Saliente-se que o indivíduo não é o único a construir o conhecimento, já que parte do conhecimento que elabora, provém do intercâmbio comunicativo, de experiências com os outros construtores.

É também referida a importância do conteúdo das representações uma vez que os aspectos figurativos do conhecimento influem imenso no rendimento das crianças. Finalmente, questionam o paralelismo entre conhecimento físico e social. Não está nada claro que a construção “científica” do conhecimento físico seja apropriada para a construção do mundo social.

1.2.3 - A Construção do Conhecimento Através da Teoria da Cognição Social

Para a psicologia da cognição social os indivíduos são processadores activos da informação, o que significa que :

- a) O efeito dos estímulos percebidos depende de como são categorizados e interpretados pelo indivíduo.
- b) Toda a informação é organizada, isto é, está submetida a processos de selecção e simplificação .

- c) Esta informação orienta não só o comportamento dos indivíduos como também o modo em que se processam as futuras informações.

Para construir o conhecimento social, na psicologia da cognição social, os indivíduos necessitam de estruturas mentais complexas, esquemas, categorias, guiões, afim para facilitar o processo de selecção, compreensão, organização, retenção de informações, assim como a tomada de decisões.

A psicologia da cognição social proporciona importantes inovações ao estudo da construção do conhecimento. No entanto ao considerar o indivíduo o único agente responsável neste processo de construção reduz a sua proposta a um construtivismo solitário, sem clarificar a sua visão do “social” que remete e aplica ao objecto que estuda, mas não à construção específica do conhecimento.

Assim, um aspecto que emerge da psicologia da cognição social é que a realidade é algo que varia com o modo como se processa a informação, podendo chegar a um ponto em que existem tantas realidades como indivíduos.

1.2.4 - A Construção do Conhecimento na Sociologia do Conhecimento

Para Durkheim, a sociedade desempenha um papel decisivo na génese do pensamento lógico, já que forma os conceitos de que está composto esse pensamento lógico, o espaço e o tempo. Estas categorias fundamentais do pensamento não só se transmitem socialmente como são criações sociais, representações colectivas.

Por outro lado, Mannheim (1966) admitia a possibilidade de que todo o conhecimento e ideia está sujeito , ainda que num grau diferente, a uma situação social e histórica. O conhecimento é empírico, não transcendental e não há sujeito privilegiado, senão uma pluralidade de sujeitos cujos pontos de vista são igualmente valiosos. Os factores inerentes ao grupo profissional, ao grupo geracional são decisivos na configuração do conhecimento.

As novas sociologias do conhecimento científico defendem que o conhecimento científico é autónomo, suprasocial, dotado de características como objectividade, racionalidade, intersubjectividade e verdade.

As relações entre ciência e sociedade evoluíram na análise das novas sociologias do conhecimento, em função de distintos programas e distintas versões considerando a ciência como um produto da interacção social.

1.2.5 - A Construção do Conhecimento desde as Representações Sociais

Na perspectiva de Moscovici (1983) as representações devem entender-se como uma forma particular de adquirir conhecimento, assim como uma forma particular de comunicar o conhecimento que já foi adquirido.

Moscovici considera que as propriedades da realidade objectiva resultam de actividades cognitivas e, em termos gerais, das actividades simbólicas desenvolvidas pelos indivíduos: o resultado é que a realidade tal como é está parcialmente determinada pelo tal como é para nós.

Assim, o conhecimento não é um produto dos sentidos nem da experiência do indivíduo, construindo-se a partir de materiais de procedências diferentes, sendo a maioria destes materiais o sedimento cultural que séculos de história acumularam e que se manifestam como valores básicos, hábitos de vida, instituições sociais, contribuindo uns e outros para moldar a mentalidade

das pessoas e proporcionar as categorias básicas a partir das quais os mecanismos internos a *objectivação e a ancoragem* configuram as representações sociais

A *objectivação* segundo Moscovici (1961) reporta-se à forma como se organizam os elementos constituintes da representação. Inclui o percurso através do qual esses elementos adquirem materialidade e se formam expressões de uma realidade vista como natural.

O percurso da *objectivação* envolve três momentos:

No primeiro momento deste percurso, as informações, as crenças e as ideias acerca do objecto da representação sofrem um processo de selecção e de descontextualização, visando constituir um todo coerente em que a informação disponível acerca do objecto seja útil.

No segundo momento, procede-se à organização dos elementos, à sua esquematização estruturante.

No terceiro momento, gera-se a naturalização, o que era abstracção torna-se realidade plena, acentuando-se o facto de os conceitos retidos no esquema figurativo e as respectivas relações se constituírem como categorias naturais e adquirirem materialidade (Vala, 1993:361).

“O mais característico na *objectivação* é que materializa ideias em experiências, convertendo assim o não familiar em familiar”. (Rodrigo, Rodríguez e Marrero, 1993:45)

O processo de *ancoragem*, também definido por Moscovici, refere a integração do objecto representado no sistema de pensamento pré-existente e as consequentes transformações que daí decorrem, quer no objecto, quer no sistema em que é integrado.

Na opinião de Rodrigo, Rodríguez e Marrero (1993) a *ancoragem* permite a inserção das representações sociais nos sistemas cognitivos, considerando que as coisas que não estão classificadas, que não têm nome,

não existem subjectivamente e que só classificando o que não está classificado e denominando o desconhecido, somos capazes de o imaginar e representar, pelo que a representação é sobre tudo um sistema de classificação e de denotação.

Moscovici diz que, numa segunda acepção e enquanto processo que segue a objectivação, a ancoragem refere a função social da representação.

Deste modo, e segundo Vala (1993), a objectivação e a ancoragem operam como processos sociocognitivos na formação das representações sociais.

Ainda na opinião de Vala (1993), a teoria das representações sociais deve a Ichheiser a ideia de que o pensamento dos indivíduos deve ser compreendido num contexto que é social e no quadro de uma funcionalidade que é também social. Diz ainda que ao propor a expressão sociedade pensante para situar o problema de referência das representações sociais, Moscovici (1984) questiona as teorias que ignoram que os indivíduos pensam e o peso do pensamento dos indivíduos na constituição da sociedade, questionando simultaneamente, as teorias que ignoram o contexto social no qual os indivíduos pensam e o peso desse contexto na modelação do pensamento.

1.2.6 - Referência às Teorias Implícitas como Representações Individuais ou Colectivas

As teorias implícitas têm o seu suporte representacional no indivíduo, sendo importante contar com uma forte teoria representacional para o seu estudo, o facto de formar parte de grupos e classes sociais introduz elementos supraindividuais no estudo das suas representações.

Para a perspectiva individual o conhecimento tem o seu *locus* no indivíduo e é diferente conforme as suas experiências individuais,

principalmente as directas. A cultura não é um filtro interpretador das experiências mas sim a idade. Mesmo quando se reconhece a origem cultural do conhecimento, como na orientação da cognição social, o tema cultural é reduzido a uma questão de conteúdo das representações individuais. Assim, nesta perspectiva é difícil explicar que em relação à comunhão de ideias dentro de um grupo as diferenças sejam menores no próprio grupo do que nos grupos distintos.

Para a perspectiva cultural, o conhecimento tem o seu *locus* no grupo sendo uniforme dentro dele, dado que as experiências são interpretadas mediante um filtro cultural. Desde esta perspectiva, entende-se bem que o conhecimento sofra mudanças devido a influências históricas e que a variabilidade é maior entre grupos que no interior do próprio grupo. O problema principal destas teorias, por si só, é não reconhecerem que o suporte representacional é individual e que, ainda que seja partilhado há que estudar como se representa na mente dos indivíduos.

O conceito de complementaridade na óptica de Guimarães (1996), delineou a interligação de formas diferentes de se entenderem os fenómenos, integrando o conhecimento que temos de forma complementar.

Na opinião de Rodrigo, Rodriguez e Marrero (1993), a construção de teorias implícitas é uma função invariante na nossa espécie realizada por crianças e adultos da nossa sociedade e de outras culturas. O construtor de teorias tem ao seu alcance um *background* cognitivo orientado para o mundo social, constrói o seu conhecimento em normas sociais e beneficia do conhecimento elaborado anteriormente por outros. Estas três características têm importantes repercussões sobre o *locus* o conteúdo e os processos de aquisição do conhecimento.

Na óptica destes autores, as teorias implícitas são representações individuais cujo conteúdo está maioritariamente normatizado. Relativamente à construção do conhecimento, consideram que Piaget tinha razão quando

assinalava ser o indivíduo o construtor activo da realidade, tendo esquecido no entanto que essa construção se realiza em ambientes sociais, onde as pessoas realizam uma série de actividades definidas pela cultura, obtendo a maior parte do conhecimento já construído anteriormente pelo seu grupo social.

Decorrente desta análise, a concepção de teorias implícitas requer a integração num mesmo marco conceptual, da ancoragem biológica, social e representacional do conhecimento. O conhecimento é fruto tanto de invariâncias no sistema cognitivo como de invariâncias do suporte social, umas e outras asseguram que todos os indivíduos de todas as culturas construam, geração traz geração, a sua visão particular da realidade.

1.2.7 - As Representações Sociais como Modalidades de Conhecimento

“É apenas na década de 80 que o conceito de representação social adquire alguma fluidez na língua científica universal, o inglês, o que lhe permite adquirir alguma respeitabilidade. De então para cá, o conceito expandiu-se e pôde dar forma a um novo movimento heurístico em psicologia social” (Vala, 1993:368).

Durkeim foi o primeiro a identificar as representações como “produções mentais sociais relevantes de um estudo da ideação colectiva” constituindo o ponto de partida para uma abordagem psicossociológica do pensamento social.

O conceito de representação social que adoptamos para nortear o modelo conceptual de base ao nosso estudo é o conceito difundido por (Jodelet, 1989:36) “*Modalidade de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objectivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social*”.

Na opinião desta autora, “A particularidade do estudo das representações sociais é a de integrar na análise dos seus processos a pertença e a participação social ou cultural do sujeito. Este facto distingue-a de uma perspectiva puramente cognitivista ou clínica. Por outro, lado ela pode enquadrar-se na actividade de um grupo ou colectividade ou considerar essa actividade como o efeito de processos ideológicos que os indivíduos atravessam”.

Ainda segundo Jodelet (1989:48), os intervenientes na génese das representações sociais advêm de processos cognitivos regulados por factores sociais (sociocognitivos) já mencionados anteriormente a objectivação e a ancoragem e de factores sociais em que a comunicação assume um papel fundamental nas mudanças e interacções que concorrem à instituição de um universo consensual.

Moscovici (1961) analisa a incidência da comunicação em três níveis:

1) Ao nível da emergência das representações, onde as condições afectam os aspectos cognitivos, surgindo:

A) A dispersão da informação relativa aos objectos do nosso meio ambiente. Por um lado há sempre um desfasamento entre a informação disponível e a que seria necessária para fundar a apropriação do objecto: a informação é geralmente insuficiente e ambígua; por outro lado, a informação distribui-se de forma desigual de grupo para grupo : o acesso à informação não é aleatório, mas socialmente regulado.

B) A focalização dos indivíduos e dos grupos em diferentes aspectos do meio, em diferentes objectos, em função dos seus interesses, posições sociais , códigos e valores.

C) *A pressão para a inferência*, condição que refere a necessidade de dar resposta às solicitações do meio , de emitir opiniões de fornecer juízos e explicações.

- 2) Ao nível dos processos de formação das representações , a objectivação e a ancoragem, que dependem completamente da interdependência entre a actividade cognitiva e as suas condições sociais de exercício, no plano dos conteúdos, dos significados e da utilidade que lhes é conferida.
- 3) Ao nível das dimensões das representações que concernem à edificação da conduta : opinião, atitude, estereótipos sobre os quais intervêm os sistemas de comunicação mediáticos. Assim a comunicação social, sobre os aspectos interindividuais, institucionais e mediáticos surge, como condição de possibilidade e de determinação de representações e de pensamento social.

Vala (1993:364) refere-se às representações sociais como um saber funcional, um sistema de categorização e de interpretação comuns e uma linguagem partilhada constituindo condições para que a comunicação se possa processar, sendo a representação o suporte básico dos actos comunicativos.

Nos estudos sobre as relações entre representações e comportamento, analisados por Vala, quando fala da funcionalidade das representações enquanto orientadoras de comportamentos, refere-se especificamente ao nível de análise da acção, pondo em evidência o facto de as representações

- a) Incluírem modos desejáveis de acção;
- b) Proporcionarem a constituição do significado do objecto estímulo e da situação no seu conjunto;

- c) Permitirem dar um sentido ao próprio comportamento, facultar a sua leitura à luz de uma representação.

Moscovici acentua sobretudo que as representações constituem uma orientação para a acção, modelando e constituindo os elementos do contexto em que um comportamento terá lugar.

A teoria da representação social delineada por Moscovici demonstra a capacidade criativa do indivíduo para abarcar o mundo por meio de conceitos afirmações e explicações originadas no dia a dia, durante as interacções sociais a respeito de qualquer objecto, social ou natural, para torná-lo familiar e garantir a comunicação no interior do grupo de pertença, também para interagir com outras pessoas e grupos.

Subscrevendo Vala (1993), as representações sociais são um produto das interacções e dos fenómenos de comunicação no interior de um grupo social. Assim, para dar conta do seu processo de construção e utilizando um critério genético, dir-se-á que uma representação é social no sentido em que é colectivamente produzida e dessa forma a representação sendo constitutiva de saberes formais que orientam a acção, figura como referente de conduta profissional.

1.2.7.1 - Existência de Dois Níveis Funcionais de Representação: O Nível de Conhecimento e o Nível de Crença

Segundo Rodrigo, Rodriguez e Marrero (1993:112), uma teoria opera ao nível de conhecimento quando a pessoa utiliza a teoria de forma declarativa, para reconhecer ou discriminar entre várias ideias, produzir expressões verbais sobre o domínio da teoria ou reflectir sobre esta como um corpo de conhecimento interpessoal.

No nível de crença, as pessoas utilizam a teoria de modo pragmático para interpretar situações, realizar inferências práticas para a compreensão e predição de factos, assim como planificar a conduta. A distinção entre ambos os níveis estabelece-se em função de que a solicitação ou necessidade tenha uma orientação teórica ou prática.

Segundo os autores referidos, um mesmo conjunto de experiências pode dar lugar tanto a sínteses de conhecimento como de crenças, dependendo do tipo de tarefa cognitiva que seja requerida.

Na tabela apresentamos as diferenças entre sínteses de conhecimento e de crenças, segundo os autores.

Figura 3 - Diferenças entre as sínteses de conhecimento e de crenças.

	Conhecimento	Crença
Conteúdo	Sínteses culturais e normativas	Sínteses normatizadas no seio de grupos
Origem	Conteúdos socialmente acessíveis	Contextos interactivos próximos
Procedimento de construção	Sínteses de experiências	Sínteses de experiências
Organização	Prototípica estável (quase esquema)	Prototípica variável (segundo sínteses)
Tipo de síntese	Pura	Mista
Limite de síntese	Difusa	Misto
Nível de consciência	Explícito	Implícito

Fonte: Rodrigo, Rodriguez e Marrero (1993:113).

As pessoas podem reconhecer diferentes versões prototípicas de teorias sínteses de conhecimento, mas só assumem como próprias ou atribuem a outros algumas destas versões sínteses de crenças. Neste sentido, as sínteses de conhecimento constituiriam uma gama de modelos culturais sobre o mesmo fenómeno. Por outro lado, as sínteses de crenças

seriam as versões parciais desses modelos assumidos e invocados pelos indivíduos em situações da vida diária.

As sínteses de conhecimento configuram-se a partir de um conjunto de experiências recompiladas pelos indivíduos nas suas interacções quotidianas, sendo natural que recolham conteúdos socialmente acessíveis no seu círculo cultural e que tenham um marcado carácter normativo. São conhecimento convencional e compartilhado por grandes grupos sociais. Dependendo do domínio a que se reportam a influência das teorias propriamente científicas será maior ou menor.

As sínteses de crenças tanto as que eu assumo como as que atribuo a outros, constroem-se a partir de conjuntos de experiências obtidas no seio de grupos sociais mais reduzidos que compartilham contextos interactivos próximos do indivíduo. Por isso, encontramos algum convencionalismo também nas crenças, dado que as pessoas dentro do grupo tenderão a partilhá-las.

Desta reflexão e estabelecendo o elo de ligação com a constituição do desenho do nosso trabalho integramos o nosso parecer sobre o qual os profissionais no desempenho da sua actividade mobilizam sínteses de conhecimento e sínteses de crenças na sua prática, conforme a solicitação de ordem teórica ou prática.

O mais frequente, é que as sínteses de conhecimento sejam explícitas *as pessoas sabem o que sabem* e que as sínteses de crenças permaneçam implícitas, criando uma ilusão de objectividade e realismo na intervenção do mundo que nos rodeia: *não é que eu creia que o mundo é assim, é que é assim*.

Guimarães (1996) recomenda que devemos lembrar que os nossos processos mentais inconscientes também são processos causais definindo muito das nossas crenças e comportamentos.

As noções interligadas de sínteses de conhecimento e de crenças veiculadas nas teorias sobre a realidade a partir de uma multiplicidade de experiências pessoais obtidas nos episódios de contacto com práticas e formatos de interacção social, situa o tema das representações desde uma nova perspectiva.

Em primeiro lugar, incide no carácter convencional do conteúdo das representações, ainda que a construção do conhecimento seja pessoal, realiza-se em círculos de interacção social, mediante acções dirigidas a metas socialmente reconhecidas e fazendo uso de um sistema de tecnologia e conhecimento partilhado.

Uma boa prova da existência de sínteses dinâmicas de teorias segundo os autores, é a distinção que estabelecemos entre os níveis funcionais de representação e de conhecimento e de crença. O que diferencia um nível de outro *não é uma questão de conteúdo, senão das solicitações que impõem as necessidades e as metas do próprio sistema cognitivo*. Neste sentido, não contamos com teorias distintas para falar e para actuar, senão consoante o tipo solicitação varia a estrutura interna da síntese, assim como o seu valor instrumental (comunicar, interpretar, actuar, etc.).

Quando as pessoas, seguindo uma solicitação de orientação teórica, discriminam entre ideias, reflectem, debatem ou argumentam explicitamente sobre uma teoria, elaboraram em cada passo uma determinada síntese de conhecimento quando as pessoas, seguindo uma solicitação de orientação pragmática, interpretando algum facto, produzindo inferências mais além da informação, recebida ou planeiam o seu comportamento elaboram determinada síntese de crenças.

Na opinião dos autores, segundo comprovação das suas investigações, as sínteses de conhecimento são esquemas culturais fruto da transmissão das teorias científicas, que apresentam uma organização interna à volta

de protótipos e uns limites difusos. Pelo contrário, a síntese de crenças são compartilhadas por grupos mais reduzidos, organizam-se em misturas de teorias e os seus limites estão bem definidos.

Os aspectos declarativos das sínteses de conhecimentos e o seu carácter mais explícito conferem-lhe aptidões essenciais para a comunicação interpessoal e a mudança de crenças, por isso a possibilidade de conhecermos outros modelos alternativos não é um luxo senão que nos permite que as pessoas não tenham uma visão dogmática sobre a realidade e possam alternar as visões realistas com as perspectivistas.

As sínteses de crenças que permanecem implícitas servem solicitações pragmáticas relacionadas com a interpretação de factos, e estabelecimento de inferências em diversos processos cognitivos, (compreensão e raciocínio) na planificação do comportamento. Normalmente, em qualquer desses processos, as pessoas contam com informação proveniente das suas próprias teorias assim como da tarefa ou situação.

Finalmente, como se integram as diferentes formas de informação para conseguir uma única representação que permita resolver as diferentes tarefas cognitivas?

Segundo os autores, é necessário contar com uma boa teoria sobre a integração do conhecimento da qual ainda carecemos, existindo hipóteses de trabalho que podem servir de heurística às investigações neste campo.

Uma das hipóteses considerada é a noção de *modelo mental*, sendo uma representação dinâmica e temporal baseada numa parte específica das nossas crenças sobre o mundo, activada e actualizada pelos conteúdos da tarefa ou situação.

Damásio (1994), argumenta que todos nós possuímos provas concretas de que sempre que recordamos um dado objecto um rosto ou uma cena, não

obtemos uma reprodução exacta, mas antes, uma interpretação, uma nova versão reconstruída do original”.

Na perspectiva de Herzlich (1991), que refere que a ideia de representação social é um modo de pensamento ligado à acção, à conduta individual e colectiva; prosseguimos na construção conceptual com a definição da segunda premissa da nossa temática os “enfermeiros” protagonistas reais simbolizando nas suas práticas a profissão de enfermagem.

1.3 - PRESSUPOSTOS TEÓRICOS SUBJACENTES AO EXERCÍCIO DE ENFERMAGEM

É fundamental para qualquer profissão a existência de um corpo de conhecimentos reconhecido e validado, cuja especificidade traduza fielmente a sua aplicabilidade prática.

Este corpo de conhecimentos funcionará como guia orientador, recebendo subsídios oportunos de diferentes teorias, e modelos para conduzir o exercício profissional.

Segundo Gortner (1994) a evolução do conhecimento em enfermagem só será efectiva quando a investigação for tão determinante na sua prática como a sua tradição humanitária.

A investigação em enfermagem remonta a meados do século XIX, na sequência das ideias de Florence Nightingale aquando da guerra da Crimeia. Enfatizando a colheita sistemática de dados, reafirmando a ideia de que é preciso aprender como observar e o que observar, no seu livro *Notes of Nursing*, figuram a promoção da saúde, a prevenção da doença, e o cuidado dos doentes são as ideias principais da concepção de Nightingale.

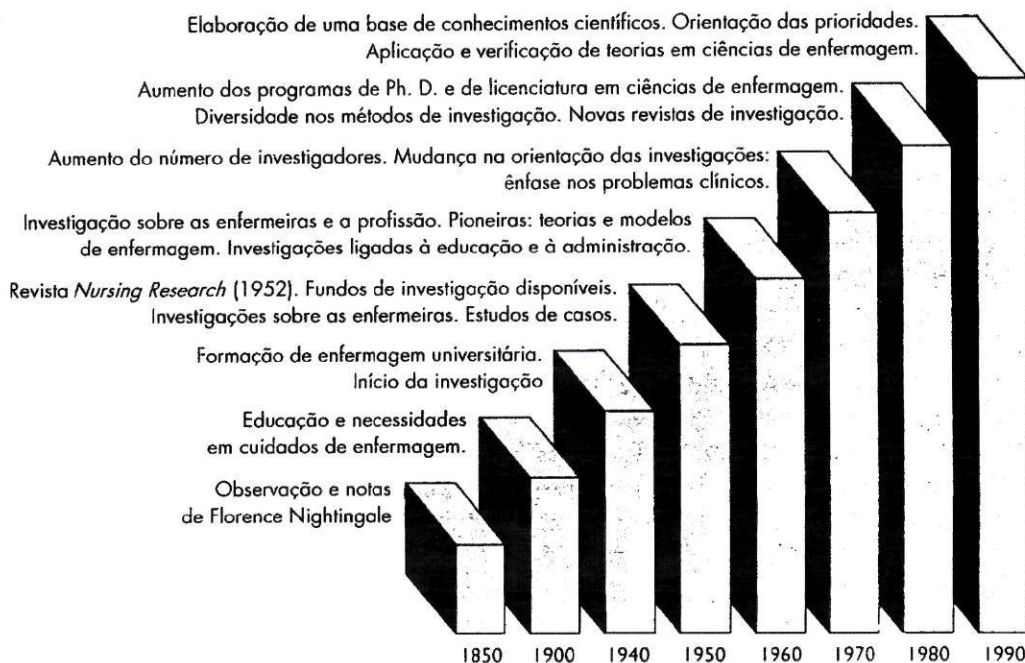
Os comentários de Florence Nightingale (1859) citada por Dolan (1993) sobre a importância de uma observação apurada, mencionando formas

para melhorar aprofundando conhecimentos, é ainda hoje aplicável (Florence Nightingale 1859) “a lição prática mais importante que se pode dar às enfermeiras é ensinar-lhes que observar, como observar, que sintomas indicam melhoria e que sintomas indicam agravamento, quais têm importância e quais não, quais mostram evidência de negligência e que classe de negligência” acrescentando “se não puder conseguir o hábito da observação de uma forma ou de outra é melhor que deixe de ser enfermeira, porque não está destinada a sê-lo, por mais amável que seja ou ansiosa que possa estar para consegui-lo”.

Após os trabalhos de Nightingale, os registos de actividades de investigação na literatura de enfermagem são escassos, ressurgindo como se pode observar na Figura 3 no período de 1900-1940 em que as actividades de educação formal dos profissionais de enfermagem assumem maior relevo. É em 1950 que a investigação em enfermagem retoma novo dinamismo.

Fortin (1999) fundamenta que após o aparecimento da primeira revista de investigação em ciências de enfermagem *Nursing Research*, se assiste a uma transformação na formação das enfermeiras, que se deslocam do hospital para a universidade, desenvolvendo novos conhecimentos através da investigação.

Gráfico 1 – Resumo histórico da evolução da investigação em enfermagem



Fonte: Fortin (1999:27).

Analisando ainda a Figura 3, que retrata a evolução da investigação em enfermagem, verificamos que o seu incremento se processa a partir da década de 80 e se consolida na década subsequente de 1990. Figurando Florence Nightingale como a precursora de uma enfermagem profissionalizante, onde a especificidade de conhecimentos é condição necessária para encetar o cuidado ao ser humano.

Os enfermeiros, independentemente do seu nível de formação, têm a responsabilidade de participar no desenvolver do conhecimento em ciências de enfermagem e na sua utilização prática.

Reflectir na Enfermagem implica considerar a utilização dos saberes facultados por várias teorias que subjazem o modelo de referência à sua prática. Teorias como a do desenvolvimento, da família, do stress, das

necessidades, dos sistemas, da interação, da mudança, da adaptação contextualizam constructos e conceitos orientadores de acção do profissional.

Na opinião de Collière (1999), mais do que privilegiar uma ou outra teoria, é desejável tornar acessível, a quem presta como a quem recebe cuidados, conhecimentos de diferentes naturezas, conhecimentos que dominarão por si próprios, ao ser descoberta a sua pertinência e a forma de os utilizar em função das diferentes situações de cuidados.

A teoria do desenvolvimento é uma das teorias principais subjacentes aos modelos de actuação de enfermagem segundo a esquematização do ciclo vital ou curso vital, é essencial para uma compreensão global do comportamento humano e para a previsão das dificuldades que surgem durante esse desenvolvimento.

O estudo do ciclo vital é da competência da psicologia do desenvolvimento, envolve elementos tão diversos como a maturidade biológica, aptidão psicológica, técnicas adaptativas, mecanismos de defesa, complexos sintomáticos, requisitos do papel, comportamento social cognição, percepção, desenvolvimento da linguagem e relacionamentos interpessoais.

Os vários modelos do ciclo vital descrevem as principais fases de desenvolvimento, salientando diferentes elementos, mostrando que existe uma *ordem* no curso da vida humana, apesar da vida de cada indivíduo ser única.

A premissa mais importante do ciclo vital sustenta que o desenvolvimento ocorre em estádios, etapas ou períodos sucessivos e claramente definidos, sucedendo cada estádio ao anterior e cada um deve ser satisfatoriamente superado para o desenvolvimento ocorrer livre de problemas se um estádio não é resolvido, todos os estádios posteriores reflectem esse fracasso, na forma de um desajuste físico, cognitivo, social ou emocional, este conhecimento adquirido na formação de base dos enfermeiros, serve de orientação à compreensão do indivíduo neste contexto.

A segunda premissa básica da teoria do ciclo vital é que cada estágio se caracteriza por um ponto crítico que deve ser gerido com sucesso. Uma crise exige que a pessoa se adapte, sendo um evento biopsicossocial, no sentido em que advém de factores biológicos psicológicos e sociais, cada estágio tem um ou mais eventos ou pontos críticos que o diferenciam dos estágios que o precedem ou sucederão.

Em sequência, mais duas teorias implícitas nos modelos teóricos de enfermagem com maior representatividade são a teoria dos sistemas, veiculando o conceito de homem como um suprasistema, cuja homeostasia está dependente da harmonia funcionante de todos os seus sub-sistemas, e a teoria da interacção simbólica, que veicula os conceitos de Holismo e Humanismo como conceitos subjacentes na promoção e operacionalização da relação interpessoal.

Pearson e Vaughan (1992) referem que os modelos de enfermagem dão maior ou menor ênfase a cada uma destas teorias, reafirmando que todos os modelos incluem em si a essência das três teorias de uma forma ou de outra.

Modelos, segundo George (1993) são representações da interacção entre conceitos mostrando padrões definidos.

Na opinião de Pearson e Vaughan (1992), existe uma forte tendência para associar a qualquer grupo profissional, com orientação para a prestação de serviços, que a base estrutural do seu exercício reside nas crenças e nos valores que o grupo sustenta.

Ainda na opinião dos autores, o modelo biomédico assumiu o papel de modelo credível de referência ao exercício profissional de enfermagem, contribuiu para uma prática objectiva e eficiente, tendo sido relevante para o desenvolvimento da enfermagem.

“O modelo biomédico, é no entanto, de abordagem reducionista e dualista não só reduz o corpo humano a um conjunto de partes relacionadas, como separa a mente do corpo, e a sua aplicação em enfermagem revela-se

restritiva, não dando resposta às necessidades globais do indivíduo, surgindo como um modelo tradicional que deu contributos ao exercício de enfermagem não podendo no entanto vigorar como base para a prática de enfermagem actual” (Pearson e Vaughan, 1992:27).

Os modelos de actuação preconizados para a prática actual de enfermagem baseiam-se nos modelos conceptuais que fornecem um quadro de referências cuja essência emerge do “*cuidar*”.

As teorias mais recentes que assumem o cuidar (“*caring*”) como a essência de enfermagem pertencem à escola do *caring*. Esta escola tem como principais representantes Madeleine Leninger e Jean Watson.

A teoria do cuidado humano “*human caring*” fornece directrizes precisas para a educação e desenvolvimento do cuidar no aluno de enfermagem, futuro profissional, e para o profissional de enfermagem.

Jean Watson considera que todo o contacto é uma relação interpessoal, transcende o aqui e agora visto este encontro entre duas pessoas, envolver mais do que é objectivamente visível. Cada ser humano está “carregado” com a sua história, vivências e experiências que vão interferir nessa relação, enriquecendo-a ou limitando-a.

As premissas básicas para a ciência do cuidar, segundo Costa (1999), são claras e complexas, assumindo grande importância para a construção da ciência de enfermagem.

As teorias e os modelos de enfermagem baseados no cuidar apoiam-se no conhecimento humanístico existencial em Maslow, Rogers, Heidegger e Erikson. Para determinar as características fundamentais para a relação de interajuda num contexto terapêutico, a inspiração advém de Rogers, e para estabelecer a parte com o conhecimento específico em enfermagem, as teóricas de referência entre outras são Nigthingale, Henderson, Hall e Leninger.

A adopção de modelos de enfermagem de cariz holístico, emergindo da concepção do homem como ser global, oferece uma orientação específica para a prática de enfermagem. Na óptica de George (1993), o uso racional que a enfermeira na sua actividade profissional faz das teorias ou modelos que lhe foram transmitidos na sua formação, como fio condutor associando instrumentos básicos de enfermagem, como os registos precisos e uma comunicação interpessoal efectiva constituem factores promotores de uma enfermagem científica e racional, capaz de dar resposta às necessidades de cuidados do utente com quem interage profissionalmente.

“Toda a enfermeira que esclarece as situações de cuidados de enfermagem, através dos contributos de diferentes conhecimentos, enriquece-os mas pertence a cada membro da profissão estar atento e não fazer deles sistemas pré-estabelecidos a aplicar de forma sistematizada”. (Collière, 1999:221).

Em enfermagem, os conceitos mais significativos que determinam e influenciam a sua prática incluem :

- O homem ou o indivíduo
- A sociedade ou o ambiente
- A saúde
- A enfermagem

A inter-relação entre estes quatro conceitos constitui a estrutura das teorias de enfermagem.

Teoricamente, o *Homem*, no contexto de enfermagem é entendido como um ser global bio-psico-social e espiritual.

Admite-se que o profissional de enfermagem reconhece o ser humano, receptor dos seus cuidados, como ser holístico no qual a mente e o corpo

funcionam como um todo, o que acontece na mente ou no corpo afecta o indivíduo como entidade total.

O conceito de humanismo surge como mediador nos modelos para o exercício de enfermagem, sendo considerado o valor do ser humano, a sua unicidade como indivíduo, a liberdade de escolha e a qualidade de vida, aspectos fundamentais e critérios de inclusão na promoção da saúde.

A *Saúde* é encarada como a obtenção pelo indivíduo da sua máxima potencialidade, tendo implícito conceitos de homeostase ou equilíbrio biológico, psicológico, sociológico e espiritual.

A American Nurses' Association (ANA), define *enfermagem* como “O diagnóstico e o tratamento da resposta humana a problemas reais e potenciais de saúde”.

A formulação do diagnóstico identifica o problema de saúde real ou potencial, uma deficiência ou preocupação manifestada pelo utente e passível de ser influenciada pela acção de enfermagem. Os modelos para formulação de diagnósticos estão nos relatórios das conferências de diagnósticos de enfermagem, realizados pela National Nursing Diagnosis Conferences (NNDC), assim como também na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) que, por sua vez, fornece um guia útil para a prática clínica de enfermagem, facilitando ao mesmo tempo a comunicação entre enfermeiros, visando constituir um vocabulário e uma matriz para descrever a enfermagem.

Tendo subjacente à prática uma orientação para enquadrar o ser humano, numa perspectiva filosófica humanista centrada no conceito de *holismo* e na comunicação interpessoal, a enfermagem adopta como método científico o processo de enfermagem.

O processo de enfermagem constitui o plano de orientação do enfermeiro à prática da enfermagem. Inicia a sua primeira etapa através da

colheita e simultânea apreciação dos dados do utente; a segunda etapa é a identificação: de problemas ou formulação do diagnóstico de enfermagem, a terceira etapa no planeamento das actividades de enfermagem; a quarta etapa refere-se à *execução* das actividades planeadas; a quinta etapa conduz a avaliação das actividades de enfermagem executados, dando-se continuidade ao plano de cuidados, reformulando-o se necessário.

O processo de enfermagem figura como recurso para uma orientação metodológica para a sistematização dos cuidados de enfermagem.

Todos os modelos teóricos para a prática de enfermagem dão orientação para a sua utilização, definindo um registo sistemático de notas de admissão e evolução referentes à situação clínica específica de cada doente, integradas nos modelos de folhas de colheita de dados de identificação de problemas, de planos de cuidados, de notas de evolução, a sua operacionalização é feita, ou não, conforme os modelos de prática instituídos nos contextos de trabalho onde os enfermeiros exercem funções.

Enfermagem, reflexos de uma Ciência, imagem de uma Arte.

Relembrando a definição de assistência holística, aludindo ao conceito de homem como ser global, e ao conceito de saúde como a obtenção da máxima potencialidade, o profissional que utiliza como pressupostos a assistência holística entende que cada pessoa deve ser aceite pelo que é, e como quem é.

Morrison (1999) afirma que a nossa cultura não cultiva a expressão das emoções, sobretudo os sentimentos considerados negativos, espera-se que os homens sofram em silêncio, enquanto as mulheres só devem expressar as emoções socialmente aceitáveis.

Contemplar o utente/doente numa perspectiva holística também implica a aceitação do seu estilo de vida atitudes e circunstâncias vitais, podendo ser uma actividade difícil quando o seu estilo de vida e o seu ambiente é lesivo.

O uso terapêutico de si mesmo combinado com as habilidades terapêuticas adquiridas na formação de base e contínua converte os profissionais de enfermagem em praticantes de uma arte.

Resultados de um estudo realizado na University of British Columbia (Johnson,1994) identificaram cinco capacidades específicas para a arte de enfermagem:

- A primeira capacidade profissional para captar o significado global da interacção com o doente;
 - Supõe combinar a observação sensorial com as emoções, gestos, objectos, sons e outros elementos de interacção;
 - Aprender a captar perceber e apreender o significado das mensagens não verbais do doente;
- A segunda capacidade o profissional de enfermagem eficaz é capaz de estabelecer uma conexão com o doente que ultrapassa o vazio que deixa a tecnologia:
 - A capacidade de expressão manifesta-se através da conduta, e da comunicação, com instrumento básico de enfermagem;
 - A relação de ajuda baseada no respeito e na empatia que ajudam o doente a enfrentar o mundo impessoal e técnico da medicina moderna;
 - Brady (1995), citado por Mosby (1999), refere que não importa que o diagnóstico médico seja físico ou psicológico, todos os doentes necessitam saber que têm um “cuidador” que os “cuida realmente”.

- A terceira capacidade da arte de enfermagem, é a capacidade para desempenhar a actividade com destreza e eficácia:
 - As actividades de enfermagem consistem numa combinação de habilidades verbais e destreza manual, o enfermeiro tem a função de demonstrar essas habilidades técnicas adquiridas ao mesmo tempo que cativa a cooperação do doente;
 - Este princípio implica um desenvolvimento e crescimento através da prática, da repetição e da experiência.
- A quarta capacidade é eleger racionalmente o curso apropriado para os actos de enfermagem.
 - O processo de cuidar um doente serve como instrumento para definir e resolver os problemas do doente;
 - A aplicação do processo de enfermagem assume o papel de arte quando o “cuidar” é capaz de analisar os dados recolhidos, para que as suas acções sejam as melhores em cada situação. A arte de escolher o melhor curso das actividades deve pôr-se em prática cuidadosamente;
 - Deixar que o princípio de não *causar dano* guie a conduta profissional.
- A quinta capacidade é para praticar a profissão de enfermagem com “moralidade”
 - Esta profissão orienta-se e centra-se no *bem estar do doente*.
 - A prática com moralidade inclui a obrigação de estar actualizado com os novos conhecimentos e ser competente.

Cuidados de Enfermagem na definição de cuidados

Hesbeen (1977) designa o acto de cuidar como, estar atento a alguém, numa acepção estritamente associada ao domínio da atenção.

No contexto de enfermagem o conceito de prestar cuidados ou cuidar designa essa atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular, visando ajudá-lo a promover a sua saúde.

“Os cuidados de enfermagem designam os actos através dos quais se cuida” integrados na perspectiva do cuidar revestem-se de um significado, do “cuidados” que se teve com uma pessoa. Collière (1999) explicita a amplitude do conceito na sua dimensão holística, no cuidar, no prestar cuidados a “atenção ao outro é omnipresente”. Há segundo Hesbeen (1997) uma analogia entre o singular e o plural, abarcando ambos uma realidade, reflectindo ambos uma preocupação.

Os cuidados, plural na opinião de Hesbeen (1997), assumem uma conotação demasiado instrumental, designando os actos realizados pelos profissionais, tratando-se das suas tarefas, estando de certa forma a dimensão singular ausente.

O cuidado, no singular permite retratar uma obra sempre única, dizendo respeito a uma pessoa na singularidade da sua situação e das suas circunstâncias. A arte do cuidar é, na nossa opinião, uma arte que requer ciência.

Aprender a ser profissional e a adquirir habilidades na arte e ciência do cuidar na sua complementaridade direccionada a empreender uma relação de interajuda. No contexto de Chalifour (1993) a forma de manifestar preocupação e cuidados pelo doente inclui o manifestar respeito. Considerando que ao manifestar respeito caloroso ao “utente” a enfermeira revela :

- Reconhecer a sua unicidade;

- Reconhecer o direito de opção;
- Reconhecer-lhe o seu valor, que é digno de atenção e que a Enfermeira o respeita na sua integridade.

Considerada uma das componentes principais da relação de ajuda, Chalifour (1993) refere que o termo “empatia” foi criado pela psicologia clínica para indicar a capacidade de imersão no mundo subjectivo do outro e de participar na sua experiência na medida em que a comunicação verbal ou não verbal o permitam. A empatia é a capacidade de verdadeiramente se colocar no lugar do outro.

É na dimensão da relação empática estabelecida e do respeito incondicional pelo doente que se inscreve a arte do cuidar, é também no domínio destes conceitos que no nosso estudo configuramos a sua operacionalização conceptual, designando atitude terapêutica, como uma atitude empática e de respeito incondicional pelo doente visando o seu bem estar.

Acreditamos que a inclusão da atitude de respeito na relação interpessoal inscrita no cuidar, expressa muito mais que um recurso latente que os profissionais só activam ou invocam se houver tempo, se não houver actividades que figurem como prioritários revelando acções domínio teórico. A atitude terapêutica define-se neste contexto como uma conduta profissional em que as competências técnicas e relacionais coexistem numa mesma hierarquia de “poder”, e de complementaridade omnipresente e não uma em detrimento de outra.

*“À falta desta perspectiva **estrutural**, receamos que os cuidados com a globalidade da pessoa não passe de intenção, de um modelo sem potencial identidade”* (Abdelmalek e Gerard, 1999:203).

Construção das Representações em Enfermagem

Reportando-nos à esquematização do nosso modelo conceptual, situamos a apreensão dos conhecimentos e atitudes face à doença mental e à depressão como representação sociocultural conhecimento social constituído anterior ao início da formação pré-profissional, em complementaridade com experiências individuais da depressão, a influência dos conhecimentos teóricos transmitidos pelos professores e os conhecimentos apreendidos dos modelos de desempenho. “As duas vertentes das representações sociais são a imagem e o significado que se correspondem reciprocamente. A teoria das representações sociais foi de facto edificado em torno do seguinte ponto: uma elaboração, por uma colectividade, de uma imagem colectiva de vida social, das relações sociais e de preconceitos” Abdelmalek e Gerard, 1999:210).

Influência das representações no desempenho profissional

Os modelos de desempenho que implicitamente regem a conduta profissional sofrem a influência das normas e critérios de desempenho, delineados pelo grupo profissional, consentâneas com as normas da instituição e do serviço.

As representações sociais da depressão vão ser o modelo teórico de referência subjacente à intervenção de enfermagem. Esta modalidade de conhecimento vai operar conforme as circunstâncias em que for requerida a sua mobilização. A sua operacionalização não é linear, sofre influências das normas subjectivas inerentes ao *devo fazer*, código deontológico apoiado na atitude *convém fazer* e no perspectivizar do desempenho profissional *hei-de fazer*, a intervenção/acção desempenho real sofrerá a influência dos contextos de trabalho que legitimarão a acção em função das directivas um exemplo são

as normas específicas de cada serviço. Ex. não permitir visitas fora das horas estipuladas nas normas da instituição.

Os recursos disponíveis são determinantes, há tempo disponível ?

Existem recursos materiais ?

A resposta à necessidade manifestada pelo doente pode ser adiada, a luz da subjectividade atribuída à importância das intervenções de ordem técnica de uso instrumental, em detrimento de intervenções de ordem relacional.

“Pois que na ideologia do profissionalismo e nas identidades profissionalistas, a evocada centralidade do doente passa pela sua transfiguração de sujeito em objecto, materializada na particular orientação para os procedimentos de elevada especialização, cuja performatividade relega este a agente passivo, alienado dos usos profissionalizados do seu corpo e remetido à expectativa da eficácia dos procedimentos”, (Lopes, 1994:193).

À centralidade conferida ao doente figura também a importância atribuída à sua doença, à sua identidade de doente. Goffman (1968) refere-se à carreira moral do doente para designar o processo de interiorização de uma identidade, de um papel, porque é em função da representação social do tipo de doença que a pessoa afectada verá de certa forma determinada a importância do seu papel de doente.

A conotação atribuída ao doente com perturbações associadas ao foro da doença mental remete-o para o rótulo de doença crónica, que segundo Gauthier et al (1999), assegura o cariz de doença incurável aliada ao facto de ser encarada como uma perda de referência do sujeito e o domínio da sua alma, acabando por promover uma associação mórbida, de luta perdida e sem esperança com a morte, num nível mais profundo da vida.

Fraga (1993) demonstra a importância da visão do mundo dos enfermeiros, das suas representações e dos seus princípios pessoais para a formação das suas concepções de saúde da doença.

Refere ainda que os enfermeiros e os restantes membros da equipe multidisciplinar, acabam por expressar nas suas práticas as concepções que os seus contextos de trabalho, e inserção de classe lhes permitem expressar, as representações da saúde e da doença.

As representações sobre a saúde e a doença são, segundo Gauthier et al (1999) polissémicas, variando de significados, incorporando conhecimentos técnicos e científicos fora de contexto, ou utilizando práticas dos saberes populares acerca da saúde.

As práticas da saúde relacionam-se com aspectos inerentes à subjectividade de cada indivíduo.

Na área da enfermagem clínica, segundo Tavares e Teixeira (1999) é possível encontrar um mundo de representações referentes à saúde às doenças e a forma de cuidados com o corpo. Essas representações não são somente conteúdos da memória informativa, estando impregnadas de afectos que condicionam acções. A revelação do diagnóstico médico mantém estreita ligação com a representação social da doença: assim a consciência de estar com uma pneumopatia não é a mesma que estar com uma depressão.

1.4 - DEPRESSÃO

A depressão tem sido descrita em diversos registos desde a antiguidade, afectando cerca de 25% da população em geral nalgum momento na sua vida, é uma doença grave que lesa a capacidade dos indivíduos funcionarem adequadamente na sociedade, acarretando um aumento do risco de patologia física e morte (Montgomery, 1993).

Ainda que 25% da população sofra um episódio depressivo grave durante a sua vida só uma de cada cinco pessoas procura a ajuda de um profissional.

São descritos normalmente dois tipos de depressão: a depressão unipolar e a depressão bipolar.

A depressão *unipolar* observa-se unicamente em situações de depressão, sem que exista nenhum episódio maníaco é, segundo Vazquez (1990), dez vezes mais frequente que o episódio bipolar. A depressão bipolar caracteriza-se pela aparição sucessiva de episódios de depressão e mania, o depressivo bipolar alternará ambos os estados numa sequência cíclica.

O humor segundo Kaplan, Sadock e Grebb (1997), pode ser normal, elevado ou deprimido, as pessoas experimentam uma ampla faixa de humores e têm uma gama igualmente diversificada de expressões afectivas, sentido-se no controlo dos seus humores e afectos.

Neste contexto o conceito de depressão envolve uma variedade de distúrbios psicopatológicos que diferem quanto à sintomatologia, gravidade, curso e prognóstico.

A perturbação do humor no Episódio Depressivo Major constitui um conjunto de condições clínicas caracterizadas pela perda deste poder de controlo e uma experiência subjectiva de grande sofrimento.

Atendendo aos objectivos do nosso estudo e a frequência com que se verifica *vamos reportarmos ao Episódio Depressivo Major definido na DSM IV* como referência subjacente ao tipo de depressão a que nos referimos, e no qual nos baseamos para construir o nosso instrumento de colheita de dados.

Robertson e Katona (1997), salientam que a depressão continua a não ser detectada nos doentes com doenças físicas e, mesmo quando é reconhecida, o próprio tratamento constitui um repto particular. Na opinião dos autores, a dor associada a aflição ou ao sofrimento e a

depressão podem ambos ser considerados , como uma das mais sérias formas do sofrimento humano.

Ainda na opinião dos autores supracitados, a experiência mostra que o sofrimento físico, assim com o sofrimento emocional da depressão, tem forte interligação podendo ocorrer em ambas as direcções.

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo do sofrimento (Internacional Association for the study of Pain – IASP), “Pain” (sofrimento/dor) “*é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com uma actual ou potencial série de perdas, ou danos, descrita em termos desse dano*” (IASP, 1986).

Esta definição segundo Robertson e Katona (1997) implica que o sofrimento é muito mais que um mero fenómeno sensorial e chama explicitamente a atenção para os aspectos psicológicos da experiência da dor do sofrimento.

A depressão é considerada uma variável psicológica importante no sofrimento crónico, e as relações complexas entre os dois é ainda de incerteza para as grandes teorias e para a prática.

Epidemiologia

A Depressão Major é, segundo Kaplan e Sadock (1997), uma perturbação comum com uma prevalência durante a vida de 15%. A incidência do episódio Depressivo Major é mais elevada do que o comum em doentes de clinica geral, onde chega a atingir 10%, segundo os autores.

A *prevalência* da Depressão é duas vezes maior no *sexo* feminino, em comparação com o *sexo* masculino. Uma proporção significativa de mulheres descreve um aumento dos sintomas de um Episódio Depressivo Major alguns dias antes do início da menstruação.

Influência da Cultura

Referida na DSM IV, a *cultura* pode influenciar a experiência e os sintomas da depressão. Deve ser considerada com atenção a especificidade das condições culturais e étnicas, para evitar os erros de diagnóstico. Em algumas culturas, a depressão pode ser expressa pelos doentes através de termos somáticos, camuflando sintomas como tristeza e culpa.

A experiência da depressão pode ser ainda contextualizada por queixas de nervos ou cefaleias, nas culturas latinas e mediterrânicas; fraqueza, cansaço ou desequilíbrio, nas culturas chinesas e asiáticas; de problemas do coração, nas culturas do médio oriente; de ter “o coração partido”, entre os Hopi. Estes quadros clínicos combinam características de perturbações depressivas, da ansiedade e somatoformes.

Em cada cultura pode igualmente diferir a forma como é feita a apreciação da intensidade da disforia, alteração mórbida com presença de mal-estar como, por exemplo, a irritabilidade, que pode gerar maior preocupação do que a tristeza ou o isolamento.

As experiências culturalmente distintas, por exemplo o medo de estar enfeitado, as sensações de calor na cabeça, as sensações de formigueiro induzido analogicamente por minhocas ou formigas, e a sensação subjectiva, de ser visitado por alguém que morreu, devem ser distinguidas de ideias delirantes ou alucinações que podem eventualmente fazer parte de um *episódio depressivo major* com características delirantes.

É também imperativo, neste contexto e segundo descrição implícita na DSM IV, que o clínico não exclua um sintoma porque ele é considerado como normativo de uma cultura.

Os sintomas nucleares dos *episódios de depressão major* são os mesmos para as crianças e os adolescentes, apesar de existirem dados a sugerir a proeminência de alguns sintomas com a idade.

Em crianças pré-pubescentes os *episódios depressivos major* ocorrem com maior frequência associados a outras perturbações mentais. Em adolescentes, os episódios estão associados com perturbações disruptivas do comportamento, por déficit da atenção, da ansiedade, relacionadas com a ingestão de substâncias e comportamento alimentar. Kaplan e Sadock (1997), referem que alguns dados epidemiológicos recentes sugerem uma tendência do aumento da incidência do transtorno depressivo major em pessoas com menos de 20 anos, parecendo haver, neste grupo etário, uma relação com o aumento do uso do álcool e outras substâncias.

Segundo Kaplan e Sadock (1997), a *idade* média de início para o Episódio Depressivo Major é de 40 anos; 50% de todos os pacientes têm um início do síndrome entre os 20 e 50 anos.

Em adultos idosos os sintomas cognitivos como, por exemplo, desorientação, perdas de memória e distractibilidade, podem ser particularmente proeminentes.

Em relação ao *estado civil* em geral, a depressão unipolar ocorre, segundo Kaplan e Sadock (1997), com maior frequência em pessoas que não têm relações interpessoais íntimas, podendo ser mais comum em indivíduos divorciados e solteiros do que em pessoas casadas. No entanto, e segundo os mesmos autores, estas diferenças talvez sejam reflexo do aparecimento precoce e o resultado da discórdia conjugal que são característicos desta perturbação.

Segundo os autores supracitados, não existe correlação entre a situação socioeconómica e o Episódio Depressivo Major, pelo que uma incidência superior que surge em níveis socioeconómicos mais elevados, talvez seja explicada por prática diagnóstica tendenciosa. Parece ser mais comum em

áreas rurais que em áreas urbanas, sendo mais frequente em pessoas com escolaridade mínima do que em pessoas com escolaridade média e superior, talvez reflectindo neste contexto o início relativamente precoce do transtorno.

Relativamente à sua *evolução*, o DSM IV refere que os sintomas de um Episódio Depressivo Major se desenvolvem habitualmente em dias ou semanas. Existe um período prodrômico que pode incluir sintomas de ansiedade e ligeiros sintomas depressivos, podendo durar semanas, ou meses, antes do início de um Episódio Depressivo Major completo. A duração é igualmente variável. Tipicamente, um episódio não tratado, dura seis meses ou mais, independentemente da idade de início. Na maioria dos casos, os sintomas remitem completamente e o funcionamento regressa ao nível pré-mórbido. Numa proporção significativa de casos, sensivelmente 20% - 30%, alguns dos sintomas podem persistir por meses ou anos, sendo no entanto insuficientes para o enquadramento nos critérios de definição do *episódio depressivo major*.

Etiologia

A etiologia dos transtornos do humor segundo Kaplan e Sadock (1997) é desconhecida.

Diversas tentativas de identificação de uma causa biológica ou psicossocial têm sido limitadas pela heterogeneidade da população de doentes definida por qualquer dos sistemas diagnósticos disponíveis e fundamentados na clínica, incluindo o DSM IV.

Os autores supracitados referem que os *factores causais* podem ser divididos em *factores biológicos, genéticos e psicossociais*, sendo esta divisão arbitrária em função da probabilidade dos factores interagirem entre si. Por exemplo, os factores *psicossociais* e *genéticos* podem afectar os factores

biológicos, os *factores biológicos* e *psicossociais* também podem afectar a expressão dos genes, e os factores biológicos e genéticos podem afectar a resposta de uma pessoa aos factores psicossociais.

Factores Biológicos

Um grande número de estudos relata várias anomalias nos metabolitos das aminas biogénicas, sendo consistentes com a hipótese de que os transtornos do humor estão associados com escassez ou excesso dos neurotransmissores. Holmes (1997) diz serem a noradrenalina e a serotonina, os dois neurotransmissores com maior envolvimento na fisiopatologia dos transtornos do humor. As mudanças nos níveis de neurotransmissores parece poder explicar, segundo o autor, tanto as mudanças do humor, como outros sintomas associados nos transtornos depressivos. Níveis excessivamente baixos de neurotransmissores podem resultar em Depressão.

Factores Genéticos

É necessário identificar, na opinião de Holmes (1997), o que faz com que os níveis de neurotransmissores sejam factores que conduzam à Depressão, e é importante determinar o que faz reduzir os níveis.

Kaplan e Sadock (1997) descrevem que algumas evidências em estudos familiares revelam haver uma maior propensão para transtornos de humor à medida que aumenta o grau de parentesco, e diminui à medida que diminui o grau de parentesco.

Nos estudos de adoção, também se descobriu que os filhos biológicos de pais afectados, permanecem em risco elevado de ter um transtorno do humor, mesmo se forem criados em famílias adoptivas não afectadas.

Os estudos de gémeos, também denotaram uma maior taxa de concordância para gémeos monozigóticos no risco mais elevado de um transtorno de humor que em gémeos dizigóticos.

Factores Psicossociais

Dados convincentes, segundo Kaplan e Sadock (1997), indicam que o acontecimento vital de maior importância, associado com o desenvolvimento posterior de depressão, é a perda de um dos pais antes dos onze anos de idade.

Dados clínicos e informais, segundo os autores, confirmam a importância de avaliar a vida familiar de um doente, assim como a interrelação e o stress associado à dinâmica familiar.

1.4.1 - Diagnóstico

Montgomery (1993) refere que a depressão tem sido notoriamente difícil de diagnosticar na prática clínica, mesmo quando é grave, afirmando que metade dos casos presentes na sala de espera do médico ficam por diagnosticar.

Em alguns casos, mesmo quando são identificados os sintomas depressivos, a atitude em relação à depressão pode mostrar ser um obstáculo ao seu tratamento. A crença, largamente aceite, de que a depressão e os sintomas depressivos são normais, se surgem após alguma situação de stress

identificada pelo doente, encoraja o médico dos cuidados primários mais para a causa, do que para a gravidade da doença .

Diagnóstico Diferencial

Segundo Montgonery (1993), a presença de humor deprimido não é suficiente para justificar o diagnóstico de depressão, pois a depressão é um síndrome exigindo a presença de vários sintomas: o sistema de diagnóstico da DSMIV exige cinco critérios para o diagnóstico de depressão Major.

O autor refere que o sistema de classificação da Associação Americana de Psiquiatria coloca a depressão numa única categoria baseando-se no síndrome depressivo e na persistência dos sintomas por um período de, pelo menos, duas semanas.

Consideramos, para o nosso estudo, como referência para a identificação dos critérios de diagnóstico, os critérios preconizados pela DSM IV, cujas características essenciais de um Episódio Depressivo Major são: um período de pelo menos duas semanas durante o qual existe ou humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades, podendo, em crianças e adolescentes, o humor ser irritável em vez de triste.

O sujeito deve igualmente experimentar, pelo menos, quatro sintomas adicionais de uma lista que inclui alterações no apetite ou peso; sono e actividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades de concentração ou em tomar decisões; pensamentos recorrentes a propósito da morte, ou planos tentativas ou ideação suicida.

Os sintomas devem persistir durante a maior parte do dia, quase todos os dias, durante pelo menos duas semanas consecutivas.

O episódio deve ser acompanhado de mal estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social ocupacional ou noutras áreas importantes.

Crítérios para Episódio Depressivo Major

A) Estão presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é: (1) humor depressivo ou (2) perda de prazer ou interesse.

Nota: Não incluir os sintomas que são claramente provocados por um estado físico geral, ou ideias delirantes ou alucinações que são incongruentes com o humor.

(1) Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo (por exemplo, sente-se triste ou vazio) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso).

Nota: Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável.

(2) Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjectivo ou pela descrição de outros);

(3) Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativo (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. *Nota:* Em crianças, deve-se considerar o não atingimento dos aumentos esperados de peso;

(4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias;

- (5) Agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias (observável por outros, e não meramente pelo relato subjectivo de se sentir agitado ou lento);
- (6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- (7) Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente);
- (8) Diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, ou indecisão, quase todos os dias (ou pelo relato ou pela observação de outros);
- (9) Pensamentos recorrentes acerca da morte (não somente acerca do medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico para cometer suicídio.

B) Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto;

C) Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social ocupacional ou qualquer outra área importante;

D) Os sintomas não são provocados pelo efeito fisiológico directo de uma substância (por exemplo abuso de droga, medicação) ou um estado físico geral (por exemplo, hipotiroidismo).

E) Os sintomas não são melhor explicados por luto, isto é, depois da perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou inibição psicomotora.

Fonte : DSM IV (1996:335)

Vazquez (1990) refere que o estado de ânimo deprimido é uma das condições psicopatológicas mais frequentes dos seres humanos.

Para identificar o Síndrome Depressivo este autor assinala também, que acrescido ao humor deprimido surgem habitualmente mais de quatro ou cinco sintomas associados, classificando o conjunto sintomático da depressão num quadro de quatro núcleos de sintomas.

Sintomas psicológicos – tristeza manifestada por abatimento, infelicidade, desgosto, inclusive irritabilidade. Em casos graves, o doente pode negar a tristeza, alegando ser incapaz de chorar.

A ansiedade subjectiva e a inquietação, um sintoma emocional que coexiste com a depressão, podendo conduzir a estados de agitação ou actividade motora excessiva e sem propósito.

Sintomas motivacionais (Psicomotores) – Estado geral de inibição em que se encontram.

A apatia, a indiferença e a falta de prazer ou anedonia são, conjuntamente com o estado de ânimo deprimido, os sintomas principais do episódio depressivo.

Levantar da cama todas as manhãs ou autocuidar-se pode converter-se em tarefas quase impossíveis e tomar decisões pode constituir uma actividade desgastante.

A inibição psicomotora, uma diminuição generalizada das respostas motoras, a fala, o gesto, e uma inibição motivacional absoluta.

Sintomas cognitivos – a avaliação que uma pessoa deprimida faz de si mesmo e do que a rodeia é negativa.

A autodepreciação e a perda da autoestima, são a característica cognitiva estável destes doentes.

Um resultado consistente em muitos estudos é que, perante factos negativos, os indivíduos deprimidos, em contraste com os não deprimidos, atribuem a causa do sucedido mais aos seus defeitos e incapacidades do que a factores externos.

Definitivamente, parecem existir “estilos de pensamento” enviesados nestas pessoas.

A falta de esperança, a visão pessimista do futuro é um factor quase sempre presente, nestes doentes, o que nos casos mais graves pode conduzir a ideias de suicídio.

Sintomas físicos – As alterações no sono, normalmente insónia pós adormecer, afecta a maioria dos doentes deprimidos, enquanto uma percentagem menor de doentes, pode sofrer de hipersonia. Outros sintomas somáticos são: a fadiga, as alterações do apetite, a diminuição da actividade e do desejo sexual, que no homem pode acompanhar dificuldades na erecção.

Os deprimidos com frequência apresentam queixas difusas: dores de cabeça, de costas, náuseas, vómitos, cólicas abdominais, tenesmo, micção dolorosa, visão turva.

Na opinião de Vazquez (1990) uma das áreas pouco valorizadas na depressão é a dos *aspectos interpessoais*. Uma das principais características das pessoas deprimidas é a deterioração das relações interpessoais: 70% dos deprimidos diz ter diminuído o seu interesse pelas pessoas (Beck, 1976). Estes doentes normalmente sofrem a rejeição das pessoas que os rodeiam, isolando-os mais, pelo que o funcionamento interpessoal inadequado surge como um bom predictor de um pior curso da depressão.

1.4.2 - Tratamento

Na opinião de Montgomery (1993) a noção de que a compreensão do contexto da depressão é a parte mais importante do tratamento da doença é enganadora: inferir que o desaparecimento da causa que aparentemente precipitou a depressão também a fará desaparecer impede que os doentes recebam terapêutica adequada, havendo o risco *de se minimizar a doença depressiva* grave em vez de identificá-la e tratá-la.

Em alguns casos, mesmo quando são identificados os sintomas depressivos, a atitude em relação à depressão pode mostrar ser um obstáculo ao seu tratamento. A crença largamente aceite que a depressão e os sintomas depressivos são normais, se surgem após alguma situação de stress identificada pelo doente, encoraja o médico dos cuidados primários mais para a causa do que para a gravidade da doença .

O autor fundamenta que a presença ou ausência de “factores precipitantes” quase não tem influência sobre a gravidade da depressão ou indicação para o seu tratamento.

O tratamento médico sugerido por Kaplan e Sadock (1997) deve ser direccionado para os seguintes objectivos:

- Garantir a segurança do doente;
- Fazer uma completa avaliação diagnóstica;
- Elaborar um plano de tratamento que aborde os sintomas imediatos e o bem estar futuro do doente.

Além de considerar a farmacoterapia e a psicoterapia dirigidas especialmente ao doente, deve ser feito o despiste de eventos vitais stressantes, associados aos índices de recaída, tentando reduzi-los.

Tratamento farmacológico

De uma forma geral, as pessoas concebem as depressões mais como um acontecimento do âmbito psicológico sem necessidade de tratamento, do que uma perturbação susceptível de ser curada pela ingestão de um composto químico; mas não é este o único estereótipo dos antidepressivos.

“Frequentemente ouve dizer-se que criam dependência, que têm efeitos secundários ou que não é conveniente tomá-los durante muito tempo. Por vezes até o ‘pessoal sanitário’ partilha estes preconceitos e dificulta - por falta de informação - o êxito do tratamento da depressão”. (Revista *Saúde e Bem Estar* nº 45:10).

“Existem medicamentos seguros e eficazes no tratamento da doença depressiva que surgiram há algumas décadas e que foram sendo melhorados nos últimos anos”.

Farmacoterapia

Kaplan e Sadock (1997) referem que o clínico deve integrar a farmacoterapia, com intervenções psicoterapêuticas, no tratamento da depressão.

O uso de uma farmacoterapia específica redobra as possibilidades de recuperação, é necessário estar atento a diversos problemas:

- Alguns doentes não respondem ao primeiro tratamento;
- Todos os antidepressivos disponíveis levam três a quatro semanas para exercerem efeitos terapêuticos significativos, embora possam começar a apresentar os seus efeitos antes;

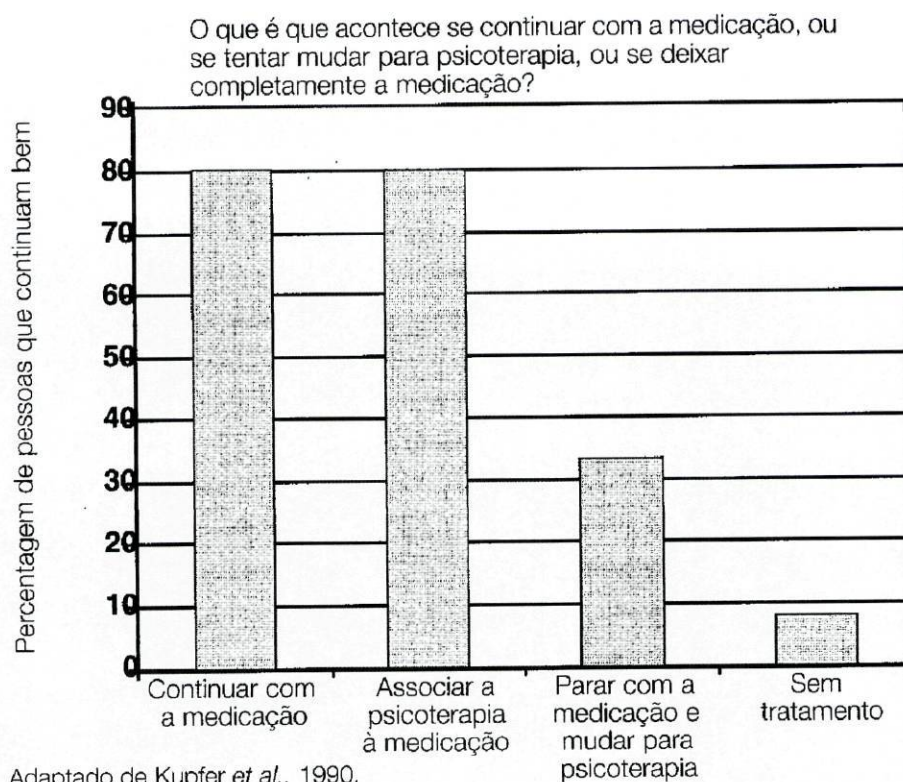
- A educação adequada do doente com relação ao peso dos antidepressivos é tão determinante para o sucesso do tratamento como a escolha do antidepressivo e da dosagem.

O doente deve ser informado:

- Que o transtorno depressivo é uma combinação de factores biológicos e psicológicos que beneficiam da terapia com fármacos;
- Que o doente não corre o risco de se tornar dependente dos antidepressivos;
- Que normalmente serão necessárias três a quatro semanas para que se sintam os efeitos dos antidepressivos;
- Dos efeitos colaterais esperados: “Alguns Médicos utilizam a estratégia de dizer que o aparecimento de efeitos colaterais mostra que o medicamento está a fazer efeito como forma de induzir a adesão terapêutica” (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997:517).
- Que a sensação de depressão “infelizmente” será o último sintoma a mudar.

A figura 4 mostra-nos uma relação da eficácia da farmacoterapia, quando se segue o tratamento, mostrando um decréscimo acentuado na “hipótese de ficar bem” ao abandonar o tratamento.

Figura nº 4 – Hipótese de continuar bem se deixar de tomar antidepressivos.



Fonte: Levitt e Joffe (1999:55)

O risco de suicídio deve ser sempre considerado. A maioria dos antidepressivos são letais se forem tomados em excesso. Não é, por isso, aconselhável dar prescrições “amplas” a menos que outra pessoa, ou um familiar supervise a administração da medicação.

Duas terapias orgânicas alternativas são:

- a terapia electroconvulsiva (TEC), que geralmente é usada quando o doente não responde à farmacoterapia, não tolera a farmacoterapia ou a situação é tão grave que exige uma melhoria rápida;

- a fototerapia pode ser usada em doentes com transtornos de humor de padrão sazonal ou em combinação com a farmacoterapia no caso de uma afecção mais severa.

A maioria dos estudos, indica que a combinação da psicoterapia com a farmacoterapia, são o tratamento mais efectivo, para o Episódio Depressivo Major. Alguns dados, indicam que a farmacoterapia ou a psicoterapia isoladamente são úteis, em doentes com episódios leves.

Terapia cognitiva – Desenvolvida originalmente por Beck, dá ênfase às distorções cognitivas, supostamente presentes no Episódio de Depressão Major: o objectivo é ajudar o doente a identificar e a testar as suas crenças negativas visando aliviar os sintomas e evitar a sua recorrência.

Terapia interpessoal - Desenvolvida por Gerald Klerman, concentra a sua atenção nos problemas interpessoais e na identificação de relacionamentos disfuncionais, atribuindo aos problemas interpessoais um envolvimento com o deflagrar e o perpetuar dos sintomas.

Terapia comportamental – A partir de identificação dos padrões comportamentais inadequados ou desajustados, os doentes aprendem a funcionar e a receberem reforços positivos.

Terapia de orientação psicanalítica - O objectivo geral da psicoterapia psicanalítica consiste em tentar efectuar uma mudança na estrutura da personalidade ou carácter do doente e não somente aliviar os sintomas.

Terapia familiar - É indicada se a perturbação compromete o funcionamento familiar.

Papel do Enfermeiro

A forma como cada profissional de saúde codifica os conceitos de saúde, saúde mental e normalidade, traduz também as suas representações. O conceito de saúde mental, como a ausência de uma psicopatologia, revela-se insuficiente, embora seja identificada habitualmente como comportamento normal.

Kaplan e Sadock (1997) fundamentam a inclusão de conceitos teóricos e clínicos acerca da normalidade, inseridos basicamente em quatro perspectivas funcionais.

A primeira perspectiva, normalidade como saúde, é consistente com a perspectiva médica psiquiátrica tradicional de saúde e de doença e correlaciona-se, segundo os autores supracitados, com o modelo médico tradicional, tentando libertar o seu paciente de sinais e sintomas observáveis, sendo a ausência de sinais ou sintomas um indicador de saúde. A saúde, neste contexto, refere-se a um estado razoável.

A segunda perspectiva, concebe a normalidade como uma mistura harmoniosa e óptima dos diversos elementos do estado mental, culminando no funcionamento óptimo.

A terceira perspectiva, normalidade como média, está associada a um modelo que pressupõe que as tipologias do carácter possam ser medidas estatisticamente, através de testes estandardizados de personalidade, descrevendo cada pessoa em termos de uma avaliação geral, e um *score* total. Saliente-se que a variabilidade é descrita no contexto de grupos totais, não no contexto individual do próprio indivíduo.

A quarta perspectiva dá ênfase ao comportamento normal como resultado final de sistemas que interagem entre si, salientando as mudanças ou processos, em vez de uma designação transversal de normalidade.

Os defensores da adoção desta perspectiva de normalidade podem ser encontrados no âmbito das ciências comportamentais e sociais.

A conceptualização típica desta perspectiva é da epigénese do desenvolvimento de Erikson, com os seus oito estádios evolutivos essenciais para a aquisição da naturalidade de funcionamento no adulto.

A quarta perspectiva de saúde mental aliada ao conceito de normalidade é adoptada teoricamente em enfermagem, estando em consonância com os pressupostos orientadores da sua prática.

Na conferência organizada pela Nacional Depressive and Maniac Disorder, realizada na Jamaica em 1996, focando o Sub-tratamento da depressão, considerou-se o tempo inadequado para avaliar e tratar a depressão, incluindo a diminuição de possibilidades de considerar as técnicas psicoterapêuticas, e também a constatação da prescrição de doses inadequadas de medicação antidepressiva por tempo inadequado.

As razões apontadas para a continuidade desta lacuna, incluem o utente e factores relacionados com o sistema de saúde. As razões de base do utente incluem: o não reconhecimento dos sintomas, subestimando a sua gravidade; relutância em consultar um especialista em cuidados de saúde mental, devido ao estigma; não concordar e não aderir ao tratamento; condições de saúde débeis e insegurança. Por outro lado, o tempo inadequado para avaliar e tratar a depressão; dificuldades no acesso à psicoterapia; e prescrição de doses de medicação antidepressiva inadequada, com duração da prescrição inadequada, faz com que os sistemas de saúde mental criem barreiras à optimização dos tratamentos.

Os esforços para fazer regredir esta lacuna têm de incluir programas de prevenção e de educação para a saúde.

As estratégias para diminuir este problema incluem o envolvimento das famílias no tratamento, valorizar a colaboração de todos os profissionais ligados à saúde e à saúde mental. Finalmente, é necessário conduzir a investigação para desenvolver e testar novos tratamentos da depressão.

Neste contexto, o enfermeiro habilitado para a prestação de cuidados gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade tem um papel determinante.

A assistência de enfermagem ao doente com depressão, deve ser encarada, segundo Mosby (1999), numa perspectiva holística.

A avaliação inicial do estado do doente, identificando o nível de gravidade da doença, iniciando a colheita e apreciação de dados relevantes à identificação da situação, antevendo o planeamento de actividades, visando uma relação de interajuda. O diagnóstico de enfermagem é seleccionado prioritariamente em função do problema que mais preocupa o doente.

As intervenções de enfermagem consistem, desde o ponto de vista emocional, em consolidar a relação terapêutica.

A aceitação, o respeito incondicional e o apoio são os instrumentos básicos de enfermagem para promover um ambiente de confiança.

Intelectualmente, as respostas emocionais extremas alteram a capacidade do indivíduo para pensar de forma lógica e completar qualquer actividade.

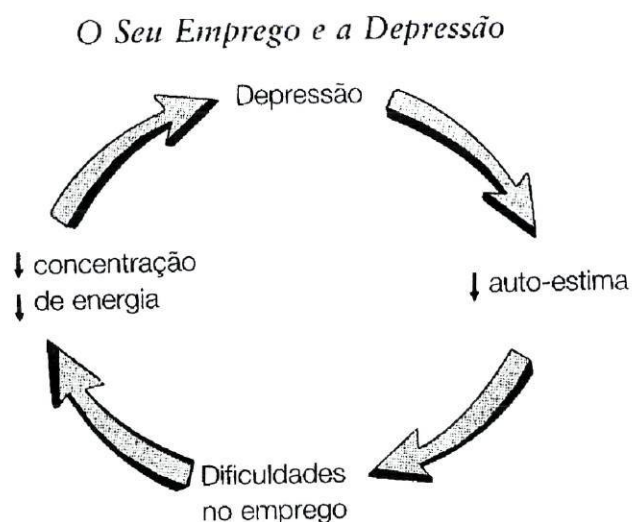
Os enfermeiros devem ter presente que estes doentes necessitam uma dose adicional de paciência e uma atitude de respeito que exclua qualquer juízo de valor. As instruções dadas ao doente devem ser moderadas pela calma, dando instruções com lentidão e clareza, repetindo quantas vezes for necessário, sem perder a paciência, tendo sempre presente a dependência e a relação da capacidade funcional decorrente dos sintomas da doença.

No aspecto social, a maioria dos doentes temem relacionar-se. Quando a medicação começar a estabilizar o seu humor, é necessário incentivar o doente a restabelecer o seu contacto com os outros.

A audição activa ou escuta terapêutica pode revelar-se fundamental, assim como a ajuda ao doente a manter a sua higiene pessoal, a manter um estado nutricional adequado e uma actividade física compatível com o seu estado, são necessários até o doente se recuperar.

O ensino ao doente e aos familiares deve ser claro, abordando aspectos relevantes em relação à situação clínica específica, ao tipo de tratamento, ao esclarecimento de dúvidas acerca do tratamento, à promoção de uma relação terapêutica, atender ao o seu nível de dependência e consequente necessidade de ajuda para a satisfação das suas necessidades elementares, elucidando a família e o doente, para promover uma atitude considerada terapêutica, com uma comunicação efectiva, segundo Neeb (2000), baseada na “reconstrução da auto-estima, no despiste oportuno da ideação suicida, e na orientação para uma alimentação com aporte nutricional adequado.

Figura nº5 – O círculo vicioso da depressão.



Fonte: Levitt e Joffe (1999:87)

É necessário ter presente que todo e qualquer plano de cuidados é único e desenhado em função das necessidades individuais de cada doente, e que o círculo vicioso da depressão afecta o indivíduo individualmente, gerando-lhe dificuldades a nível social, familiar e profissional, conforme podemos observar na figura 5.

Após a definição dos termos da nossa problemática, das conclusões de vários estudos que consultamos, iniciamos a seguir o capítulo sobre a metodologia utilizada para proceder à descrição do nosso trabalho empírico.

2 - METODOLOGIA

O nosso interesse em indagar as representações que os enfermeiros têm da depressão leva-nos a considerar os aspectos inerentes à selecção adequada do método. Na opinião de Angelis (1989), a escolha do *design* do estudo é um processo interactivo, sendo o desenho inicial sugerido pela questão de partida, pelo prazo delimitado para a pesquisa e pelos recursos existentes.

O nosso estudo, denotando uma orientação fenomenológica, dada a necessidade de apreender as representações como modalidades de conhecimento que os enfermeiros têm da depressão, inscreve-se num tipo de pesquisa não experimental. Segundo Polit e Hungler (1995), existem várias razões para que se façam pesquisas não experimentais, nomeadamente, quando se trata de situações em que seria não ético manipular a variável independente.

Segundo as autoras citadas, a segunda classe de pesquisa não experimental é a pesquisa descritiva, cuja finalidade é observar, descrever e explorar aspectos de uma situação.

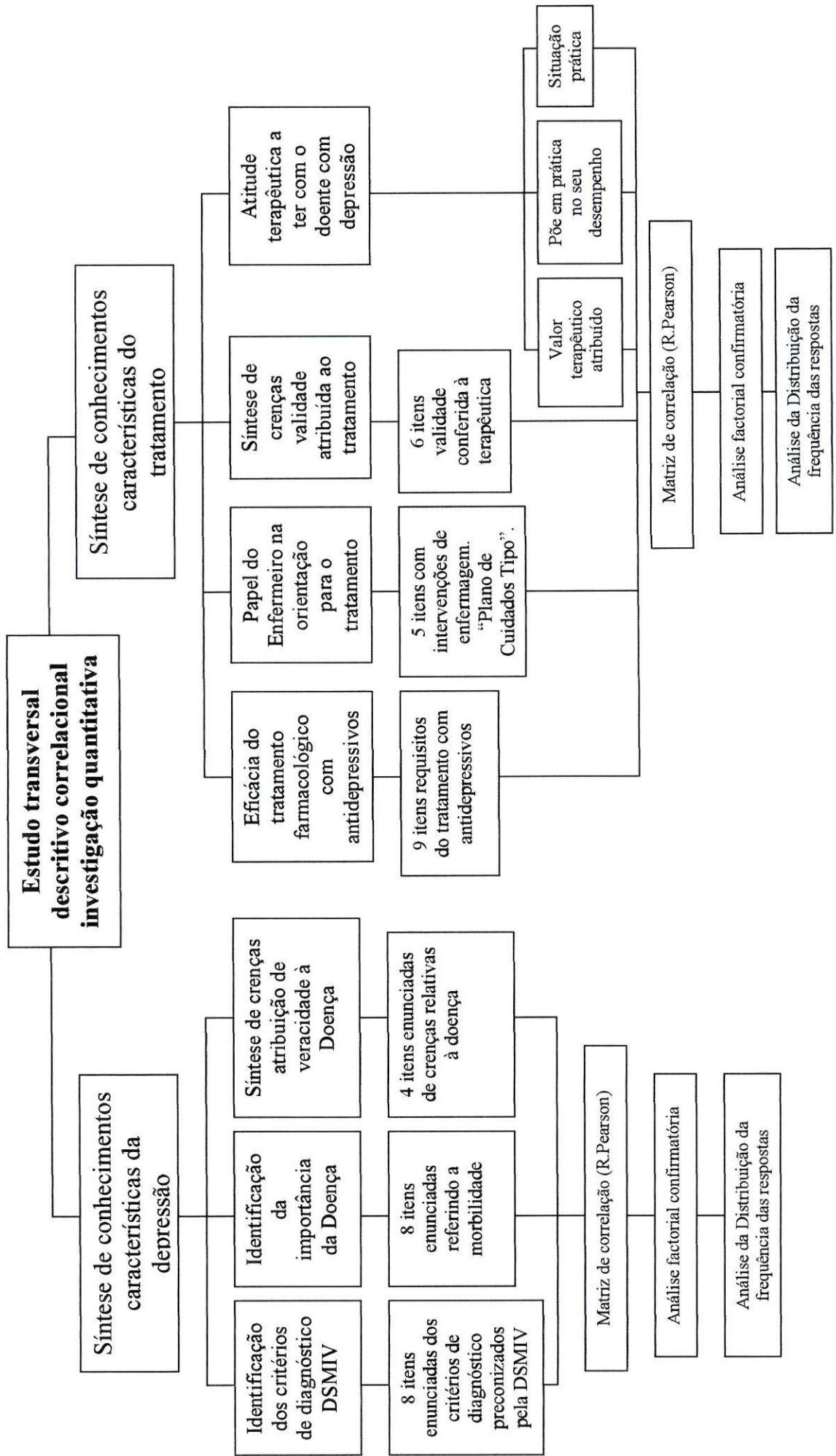
O propósito básico da pesquisa *ex post facto* ou pesquisa correlacional é, basicamente, determinar as relações entre variáveis.

Na pesquisa *ex post facto*, o pesquisador não tem controlo sobre a variável independente ou factor causador presumível: “a correlação não comprova a causa”.

O tema geral da nossa pesquisa é o estudo das representações dos enfermeiros acerca da Depressão .

A nossa investigação enquadra-se numa metodologia quantitativa, de tipo descritivo correlacional com um desenho de estudo transversal. Apresentamos a seguir (Fig. 9) o desenho esquemático do processo de investigação utilizado neste estudo.

Figura nº 6 - Desenho esquemático do processo de investigação utilizado



2.1 - PRESSUPOSTOS SUBJACENTES À CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Segundo Fortin (1999: 250), conceber um instrumento de medida requer da parte do investigador um conhecimento profundo do objectivo do estudo, sendo as principais questões que o investigador deve colocar nesta etapa as seguintes :

- que informação é requerida para atingir os objectivos do estudo?
- que questões vão permitir obter a informação desejada?
- como deverão ser colocadas as questões?

Neste contexto explicitamos os pressupostos que nos orientaram na construção do questionário para a colheita de dados.

2.2 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Considerando a questão central do nosso estudo as representações que os enfermeiros têm da depressão, orientamos a construção do instrumento de colheitas de dados de forma a criar enunciados que se ajustassem aos dois domínios de representações/conhecimentos que pretendemos indagar: as representações sobre as características da depressão e as representações sobre o tratamento da depressão. O questionário será o instrumento de obtenção de dados acerca das características da doença e do tratamento, da atitude terapêutica e da intervenção de enfermagem ao doente com depressão.

Para construir o enunciado referente à colheita de dados acerca das características da doença e do tratamento adoptamos como referência, respectivamente, os critérios de diagnósticos da DSM IV (descritos na p. 80) e

as indicações para o tratamento explícitas nos compêndios de psiquiatria médica e de enfermagem referenciados.

Para a sua elaboração, partimos de um conjunto de enunciados utilizando como referência a literatura científica consultada acerca das representações sociais, dos pressupostos teóricos para o exercício de enfermagem e da intervenção dos enfermeiros junto do doente com depressão.

A construção do questionário envolveu duas partes principais: a primeira parte, destinada a colher dados que permitissem caracterizar a amostra; e a segunda parte, visando constituir dados que respondessem à nossa questão de partida.

Construímos um questionário com perguntas fechadas, atendendo a que oferecem a vantagem de serem mais simples de responder e de permitir explorar domínios delicados em que os respondentes possam denotar relutância em responder.

Na tentativa de responder a uma das vertentes da nossa pergunta de partida - as *representações que os enfermeiros têm das características da depressão* -, formulamos vinte (20) afirmações que integramos no quadro de afirmações relativas às características da depressão, conforme ponto 11 do Questionário (*Anexo I*).

A disposição das afirmações (itens) não obedecem a uma ordem sequencial precisa e ordenada, para facilitar as respostas e informalizar o questionário, tentando diminuir o cariz de teste de avaliação de conhecimentos, evitando assim criar algum constrangimento aos respondentes.

Os itens 2, 3, 6, 7, 10, 12, 17 e 19 contextualizam os primeiros critérios de diagnóstico da DSM IV utilizados para identificar o diagnóstico de depressão.

Fizemos o enquadramento dos itens 2 e 7 para poder auscultar dos respondentes a sua percepção face ao tempo de existência dos sintomas, para

tentar discernir se os enfermeiros fazem a distinção entre humor deprimido (estado de tristeza de curta duração) e Depressão “doença” (associação de cinco sintomas básicos), estando os sintomas presentes a maior parte do dia, durante pelo menos 15 dias.

Para tentar avaliar se os enfermeiros respondentes reconhecem a importância médica e social da doença relativa à incapacidade funcional que causa, inserimos oito afirmações (itens 1, 8, 13, 14, 15, 16, 18 e 20) mencionando a interferência na qualidade de vida do doente e dos seus familiares, assinalando a gravidade, incapacidade e dependência, no sentido de obter a percepção dos respondentes acerca dos níveis de dependência gerados pela depressão e, conseqüentemente, perceberem se os enfermeiros admitem ser necessária a sua intervenção, dado ser função específica do enfermeiro ajudar o doente a recuperar a sua independência, ou diminuir a sua dependência, ajudando-o a atingir a sua máxima potencialidade, funções implícitas nos conteúdos de enfermagem, nos termos do regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (Artº 4º, alíneas a) e b) do REPE).

Inserimos quatro afirmações (itens 4, 5, 9 e 11) que consideramos fundamentais para ajudar a clarificar se o enfermeiro considera as queixas do doente como reais sintomas de depressão, ou as considera como formas de chamar a atenção. No tratamento de dados, estes quatro itens são afirmações que consideramos incorrectas como opção de respostas.

Relativamente ao **tratamento**, definimos vinte afirmações, conforme o ponto 12 do Questionário (*Anexo I*). Acerca do tratamento farmacológico com antidepressivos, incluímos nove afirmações (itens 1, 3, 5, 8, 9, 13, 16, 19 e 20) para auscultar se os enfermeiros atribuem eficácia ao tratamento farmacológico, se identificam os mecanismos de acção dos antidepressivos e até que ponto reconhecem as restantes opções terapêuticas existentes e as consideram eficazes. A afirmação referente à possibilidade de as tentativas de suicídio serem mais frequentes após o início do tratamento (item 20),

destina-se a identificar se os enfermeiros consideram o período de tempo em que o doente inicia alguma melhoria do seu estado geral com o equivalente ao período de tempo que necessitará eventualmente de maior vigilância por parte dos profissionais de saúde, familiares ou pessoa que o acompanha no seu dia a dia.

Incluímos cinco afirmações (itens 2, 6, 10, 11 e 12) acerca do papel do enfermeiro e da importância da orientação do doente deprimido para reafirmar a adesão terapêutica e a continuidade do tratamento.

Inserimos seis afirmações (itens 4, 7, 14, 15, 17 e 18), sendo cinco para auscultar a validade atribuída à modalidade terapêutica, e uma afirmação acerca da interrupção do tratamento com antidepressivos logo que surjam melhoras.

Inserimos a afirmação do item 18, que estabelece relação directa entre a existência/utilização da vontade própria do doente para fazer regredir a doença, atribuindo ao doente maior “responsabilidade” no seu tratamento, para auscultar a anuência ou discordância dos enfermeiros em relação a esta afirmação.

A afirmação do item 14, sobre se a psicoterapia é mais eficaz que a terapia farmacológica, visa clarificar a interrogação que nos surgiu acerca da maior validade atribuída pelos enfermeiros à psicoterapia ou à terapia farmacológica.

A afirmação do item 17, de que não é, geralmente, necessário um tratamento, uma vez que os sintomas cessam quando os problemas estiverem resolvidos, tem por objectivo esclarecer se os enfermeiros consideram a possibilidade de na origem da depressão estarem problemas pessoais, findos os quais haverá remissão dos sintomas. Estes seis itens, são afirmações que consideramos como opção de resposta incorrecta no tratamento dos dados.

Acerca da **atitude do enfermeiro face ao doente com depressão**, enunciamos catorze afirmações, conforme o ponto 13 do Questionário (*Anexo I*) cujos pressupostos teóricos advêm dos manuais da enfermagem psiquiátrica, especificamente do plano de cuidados e intervenção de enfermagem preconizados para o doente com depressão e inerentes às funções específicas da enfermagem.

Assim inserimos:

- três afirmações (itens 2, 3 e 4) referentes à atitude a ter na educação/ensino, face ao tratamento instituído pelo médico visando a adesão terapêutica;
- quatro afirmações (itens 8, 11, 12 e 13) relativas à comunicação terapêutica como instrumento básico de enfermagem, no intuito de aumentar a autoconfiança e a auto-estima do doente, tentando verificar o reconhecimento da importância da mesma pelos enfermeiros, como atitude terapêutica efectiva e reflectida direccionada para a relação de ajuda, redução dos sintomas e tratamento da doença.

Os itens 1, 5, 6, 7, 9, 10 e 14, sugerindo orientações para a mudança de ambiente, pensar em coisas mais importantes, não valorização das queixas físicas e apelar à sua força de vontade, foram construídos tendo por base os pressupostos implícitos na obra de Nágera, *Ante la Depresion* (1990:19), sobre “O que não se deve fazer e dizer ao doente deprimido”. Atribuímos a estes itens, se inseridos num contexto terapêutico, como atitudes a evitar e/ou sem valor terapêutico comprovado.

Relativamente a cada uma das afirmações referidas nos dois parágrafos anteriores, sobre o **valor terapêutico** atribuído, perguntamos aos enfermeiros *a frequência* com que o põem em prática no seu desempenho.

Na última parte do questionário, ponto 14, incluímos uma **situação clínica** fictícia, designada situação A (*Anexo I*), colocando o enfermeiro no seu papel de profissional, solicitando-lhe imaginar-se a prestar cuidados a uma

doente com diagnóstico clínico de “Depressão” e tratamento médico instituído através de prescrição de antidepressivos, com intervenção directa no esclarecimento da doente e familiar, a fim de assegurar a adesão terapêutica e a continuidade do tratamento.

Inserimos duas afirmações (itens 1 e 2) para auscultar se os enfermeiros consideram a importância de se estabelecer uma relação empática com o doente e o familiar, para que estes sejam receptivos a ouvir as indicações específicas do tratamento visando a adesão à terapêutica.

Quatro afirmações (itens 5, 6, 7 e 8), que consideramos dirigidas a incentivar o marido a acreditar no tratamento como única medida de ajudar a esposa a melhorar, motivando-a a aderir e a fazer o tratamento, colaborando activamente na supervisão do mesmo.

Uma afirmação ainda (item 10), para auscultar se os enfermeiros consideram a possibilidade de fazer visita domiciliária a um doente com depressão, visando verificar a continuidade do tratamento e/ou o alívio dos sintomas. Finalmente, três afirmações (itens 3, 4 e 9), para indagar a relação que os enfermeiros estabelecem entre a redução dos sintomas e o invocar da vontade própria da doente, actuando como terapia para a depressão.

2.2.1 - Variáveis e sua Operacionalização

Polit e Hungler (1998:5) referem que, no contexto de uma pesquisa científica, os conceitos passam a ser variáveis. Segundo estas autoras, pode ser feita uma importante distinção entre variáveis dependentes e variáveis independentes. Assim, “a variabilidade na variável dependente, acredita-se estar na dependência da variabilidade da variável independente”.

Para a consecução dos objectivos traçados foram estudadas diversas variáveis.

Variáveis de caracterização

Para a caracterização da população em estudo usaram-se as variáveis.

Variáveis	Escala de Medição	Atributos	Código
Sexo	Categoria dicotómica	Homem Mulher	1 2
Idade	Numérica de Intervalos	Escalão Etário 21 – 30 anos 31 – 40 anos 41 – 50 anos > 51 anos	1 2 3 4
Estado Civil	Categorial Nominal	Solteiro Casado Outros	1 2 3
Tempo de Serviço	Numérica de Intervalo	□ 5 anos 6 a 10 anos 11 a 15 anos 16 a 20 anos □ 21 anos	1 2 3 4 5
Local onde Trabalha	Categorial Nominal	Centro de Saúde Escola de Enfermagem Hospital	1 2 3
Local onde Trabalhou	Categorial Nominal	Centro de Saúde Escola de Enfermagem Hospital	1 2 3
Alguém do seu relacionamento sofreu de depressão	Categorial Dicotómica	Sim Não	1 2
Os doentes com depressão com quem contactou pessoal profissionalmente tiveram tratamento específico	Categorial	Com anti-depressivos Psicoterapia Anti-depressivos e psicoterapia Não tiveram tratamento específico Não sabe	1 2 3 4 5
Esses doentes na sua maioria beneficiaram com o tratamento.	Categorial Dicotómica	Sim Não	1 2
Já sofreu de depressão	Categorial	Sim Talvez Não	1 2 3

Variáveis de identificação das representações

As variáveis de identificação da depressão, isto é, as características, o tratamento e atitude terapêutica são consideradas independentes, dado desempenharem cada uma a função de variável interveniente na constituição das representações que os enfermeiros têm da depressão variável dependente, salientando-se que qualquer destas variáveis pode ser considerada independente em função da qual surge a variável dependente - representações dos enfermeiros sobre a depressão.

Qualquer uma destas variáveis de identificação das características e do tratamento da depressão, pode ser considerada dependente em função dos itens que as constituem.

Dado o estudo ser do tipo correlacional, a distinção específica entre a variável independente e a variável dependente tornou-se menos exigível, dado não se pretender constituir relações definidas de causa/efeito.

Uma vez que a explicitação das afirmações que constituem os enunciados já ter sido feita, descrevemos apenas os pressupostos que subjazem à operacionalização das variáveis que possam suscitar dúvidas.

Características da Depressão:

- Diagnóstico – Designa os critérios de Diagnóstico preconizados pela DSM IV, para o episódio de Depressão Major;
- Importância atribuída à doença – Designa a identificação da incapacidade, a morbilidade e mortalidade que a doença pode causar;

- Veracidade atribuída às queixas apresentadas - Designa a síntese de crenças eventualmente existentes face a algumas manifestações da doença.

Características do tratamento

Designa as sínteses de conhecimentos inerentes ao tratamento farmacológico, envolvendo o uso de antidepressivos, sendo o aconselhamento direccionado para a adesão à terapêutica prescrita pelo médico para a continuidade do tratamento, para a informação dos efeitos secundários e do início da redução dos sintomas, passadas sensivelmente duas a três semanas.

Aferição de conhecimentos acerca da intervenção de enfermagem na adopção de atitude terapêutica e na orientação para adesão ao tratamento.

- A atitude terapêutica fundamenta-se na atitude empática e de respeito incondicional, visando a relação de ajuda ao doente, veiculada nos pressupostos subjacentes ao exercício de enfermagem;
- A atitude terapêutica pressupõe a mobilização/aplicação de conhecimentos específicos acerca do tratamento, para a orientação adequada à situação do doente. A atitude terapêutica pressupõe ainda uma atitude de indagação de conhecimentos, caso haja dúvidas ou desconhecimento da especificidade de solicitação para o desempenho profissional.

2.2.2 - Pré-teste

Visando validar o instrumento de colheita de dados, foi realizado o pré-teste. Segundo Polit et Hungler (1997) um pré-teste constitui uma tentativa para determinar se o instrumento de colheita de dados está enunciado de forma clara e solicita o tipo de informação que se deseja.

Para realizar o pré-teste foram distribuídos trinta questionários, no total: vinte a enfermeiros do Hospital Distrital de Chaves e dez a enfermeiros dos Centros de Saúde.

Após analisados os resultados obtidos e as opiniões dos enfermeiros acerca do enunciado das afirmações, fizemos alterações, reformulando-os em conformidade com as sugestões consideradas pertinentes. O tempo despendido, em média, no preenchimento do questionário foi de, aproximadamente, 20 minutos.

Seleção da população e da amostra

Gil (1995:100) refere que “para que uma amostra represente com fidedignidade as características do universo ou população deve ser composta por um número suficiente de casos. Este número, por sua vez, depende dos seguintes factores: extensão do universo ou população, nível de confiança estabelecido, erro máximo permitido e percentagem com o qual o fenómeno se verifica”.

Atendendo aos factores determinantes para o cálculo do tamanho da amostra e considerando os cálculos obtidos através da fórmula apresentada para o cálculo de amostras para populações finitas, a nossa amostra é considerada significativa em função da população de acesso - 290 enfermeiros -, com um nível de confiança de 95%, e uma margem de erro máximo tolerado

para o fenómeno em estudo de 3%. O cálculo efectuado pela aplicação da fórmula atribuída para a nossa pesquisa um valor de amostra absoluto de 221 enfermeiros considerando uma estimativa prévia da percentagem de verificação do fenómeno de 30%.

Atendendo aos objectivos gerais delineados, a nossa população alvo, segundo o conceito de Polit e Hungler (1995), configura-se nos enfermeiros a exercer funções no território nacional. Selecionamos como população de acesso, todos os enfermeiros da Região do Alto-Tâmega, Distrito de Vila Real, a exercer funções nas seguintes instituições : Hospital Distrital de Chaves e Centros de Saúde nº 1 e nº 2 de Chaves, de Valpaços, de Boticas, de Montalegre, de Ribeira de Pena e de Vila Pouca de Aguiar.

Identificamos a totalidade da população de acesso através da informação obtida na secção de pessoal de cada uma das instituições referidas, acerca do número total de enfermeiros em exercício de funções. A população de acesso durante o período de tempo da colheita de dados era de 280 enfermeiros, constando a sua distribuição da apresentação e análise dos dados.

A nossa amostra foi constituída por todos os enfermeiros oriundos da população de acesso que preencheram os questionários, num total de 223 enfermeiros.

2.3 - PROCEDIMENTOS PARA A COLHEITA DE DADOS

Para obtenção da informação junto dos enfermeiros solicitamos autorização formal à Direcção do Hospital Distrital de Chaves e Direcção de cada um dos Centro de Saúde (*Anexo II*).

Após formalizada a autorização, entregaram-se aos Enfermeiros Chefes de todos os serviços do Hospital Distrital de Chaves o número de

questionários correspondente ao total dos profissionais referidos, utilizando o mesmo procedimento nos Centros de Saúde.

Dado o período destinado à colheita de dados decorrer entre 1 e 31 de Agosto, coincidente com o período de férias, prorrogamos o prazo nos serviços, onde aquando da recolha dos questionários, o Enfermeiro Chefe nos solicitou mais uma semana para colmatar eventuais esquecimentos no preenchimento. Salientamos que, habitualmente, em época alta, os períodos de férias dos enfermeiros são de uma quinzena, motivo que nos induziu a considerar um mês como tempo suficiente. O período de tempo efectivo de recolha de dados foi, pois, de 5 de Agosto a 8 de Setembro de 1999.

A colheita de dados decorreu como previsto. Os enfermeiros não referiram dificuldades no seu preenchimento e foi garantida a confidencialidade.

3 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO

As respostas obtidas foram codificadas e introduzidas numa matriz de dados. Os dados foram tratados em computador utilizando os programas Excel e o SPSS for MS Windows Release 6.0.

Os métodos estatísticos utilizados foram: a correlação de Pearson, construção da matriz de correlação das variáveis do questionário, análises factoriais de componentes principais seguidas de rotações ortogonais de tipo varimax e a estatística descritiva (distribuição de frequências, medidas de tendência central e de dispersão).

A selecção e execução dos testes obedeceu ás instruções indicadas no domínio dos métodos de pesquisa em ciências psicológicas para o tratamento estatístico dos resultados, consultando e considerando a perspectiva dos autores (Abrantes, Tavares e Godinho, 1989); (Angelis, 1990); (Guimarães e Cabral, 1998); (Polit e Hungler, 1998); (Fortin, 1999); (Gorge e Mallery, 1999).

3.1 - ESTUDO DA HOMOGENEIDADE DOS ITENS QUE CONSTITUEM O ENUNCIADO DO QUESTIONÁRIO

Encetamos os seguintes passos para o estudo da homogeneidade dos itens.

- Determinação da correlação par/impar do coeficiente de Spearman Brown.

- Determinação do coeficiente alfa de Cronbach, tanto para a globalidade dos itens, como para o conjunto dos enunciados do questionário
- Consideramos todas as afirmações, que na análise factorial de componentes principais na sequência de uma rotação ortogonal do tipo varimax, apresentassem loadings significativos, traduzindo um agrupamento específico com outros itens.

Utilizamos esta metodologia, pois pretendíamos salvaguardar a fidelidade e a validade do instrumento de colheita de dados.

Na opinião de Fortin (1999:225) a fidelidade e a validade são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida. A fidelidade e validade avaliam-se em graus e não pela presença ou ausência de uma outra característica.

A fidelidade é uma condição prévia à validade. Se um instrumento não dá scores ou valores constantes não é adequado para a consecução dos objectivos. Um instrumento pode medir um fenómeno de forma constante (fidelidade) e não medir o fenómeno que se quer medir (não ser válido).

A consistência interna corresponde à homogeneidade dos enunciados de um instrumento de medida, indica como cada enunciado está ligado aos outros enunciados.

Quanto mais os enunciados estão correlacionados maior é a consistência interna dos instrumentos.

Seleccionamos a técnica de fidelidade metade/metade como técnica utilizada para estimar a consistência interna.

Nesta técnica, os enunciados são divididos em duas metades, sendo calculado um coeficiente de correlação. Um bom índice de correlação

com a tendência para um é determinante para estabelecer a consistência interna, foi aplicada a fórmula de Spearman-Brown a cada enunciado

Quadro nº 1 - Correlação Par/Ímpar e coeficiente de Spearman-Brown

Enunciado	Valores da Correlação Par/Ímpar	Coeficiente Spearman-Brown
11-Charact. Depressão 20 itens	0,4517	0,6223
12-Tratamento da Depressão 20 itens	0,4505	0,6212
13-A-Atitude Terapêutica/Valor Terapêutico Atribuído 14 itens	0,5914	0,7433
13-B-Atitude Terapêutica/Frequência com que põe em prática no desempenho 14 itens	0,6732	0,8047

O quadro mostra os valores da correlação par/ímpar e o respectivo coeficiente de Spearman-Brown. Saliente-se, que dado o número reduzido de itens (10), não foi determinado o coeficiente para o enunciado da pergunta 14.

Os valores obtidos, permitem-nos aferir consistência interna nos enunciados da pergunta 11 e 12, com valores de correlação significativas, atendendo à disposição dos itens no questionário e aos conceitos diferentes que se pretendem indagar.

Os valores de correlação da pergunta 13A e 13B, indiciam um bom índice de consistência entre os itens do enunciado.

Ao incluir os itens da pergunta 14, foi determinado o coeficiente de Spearman-Brown para o enunciado global do questionário, tendo-se obtido um CSB=0,8850, o que nos permite atribuir ao questionário um bom índice de consistência interna, atendendo ao constructo global que se pretende inferir.

Segundo Fortin (1999), o alfa de cronbach é a técnica mais utilizada para estimar a consistência interna de um instrumento de medida.

O alpha (cronbach), é um modelo de determinação de consistência interna, baseado na correlação média inter itens.

O cálculo do coeficiente permite estimar até que ponto cada enunciado do instrumento de colheita de dados mede, de forma equivalente, o mesmo conceito.

O alfa está relacionado com o número de enunciados de uma escala. O valor varia entre 0 e 1 e o valor mais elevado denota uma maior consistência interna.

A determinação do coeficiente alfa de cronbach torna-se importante pois dá-nos uma medida da consistência global do instrumento de colheita de dados, sendo a consistência tanto maior, quanto maior a nota obtida. Este coeficiente constitui uma forma de tratamento individual de cada item, informando-nos da sua importância para a homogeneidade do conjunto. Nesse âmbito, quando se retira um determinado item, se o valor do alfa de cronbach aumenta é um indicador de que esse item restringe a homogeneidade do enunciado.

Se o valor do alfa de cronbach diminui, esse facto traduz a importância do item para a homogeneidade global.

Pelas razões mencionadas, procedemos à determinação do alfa de cronbach para todos o itens de cada enunciado, tendo obtido os seguintes coeficientes:

Valores do alfa de cronbach de cada enunciado contendo os seus itens respectivos :

- Enunciado 11 = 0,5767;
- Enunciado 12 = 0,6491;
- Enunciado 13 A = 0,8193;

- Enunciado 13 B = 0,7798
- Enunciado 14 = 0,2592

Quadro nº 2 – Valor do índice alfa de Cronbach quando o item é excluído do enunciado

Itens do enunciado	Índice alfa de Cronbach quando o item é excluído do enunciado				
	11	12	13A	13B	14
1	0,5631	0,6396	0,8187	0,7769	0,1771
2	0,5658	0,6464	0,8084	0,7489	0,3064
3	0,5518	0,6272	0,8128	0,7562	0,2624
4	0,6031	0,6402	0,8018	0,7550	0,2624
5	0,5810	0,5934	0,8060	0,7737	0,1993
6	0,5589	0,6370	0,8134	0,7768	0,2353
7	0,5606	0,6479	0,8045	0,7760	0,2205
8	0,5675	0,6208	0,8063	0,7623	0,2395
9	0,5861	0,6414	0,8152	0,7773	0,2624
10	0,5462	0,6316	0,8014	0,7805	0,2108
11	0,6197	0,6338	0,8103	0,7500	-
12	0,5685	0,6214	0,8031	0,7439	-
13	0,5429	0,6041	0,8005	0,7542	-
14	0,5572	0,6441	0,8088	0,7905	-
15	0,5282	0,6585	-	-	-
16	0,5653	0,6365	-	-	-
17	0,5381	0,6573	-	-	-
18	0,5641	0,6546	-	-	-
19	0,5358	0,6509	-	-	-
20	0,5572	0,6432	-	-	-

Pela análise do quadro, podemos observar, do enunciado 11 ao excluir os itens 4, 5, 9 e 11, o alfa de cronbach sobe, o que significa que alteram a homogeneidade do questionário quando estão presentes. Os restantes itens que consideramos afirmações correctas, quando excluído

o alfa de cronbach, descem, significando melhorarem a homogeneidade do questionário.

No enunciado 12, os itens 15, 17, 18 e 19 também quando excluídos, aumentam o valor de alfa de cronbach, atribuindo maior heterogeneidade ao enunciado.

Nos enunciados 13A e 13B, os valores de alfa de cronbach descem, quando excluídos a maioria dos 20 itens, atribuindo a estes dois enunciados uma boa homogeneidade, os enunciados constituídos.

O enunciado da pergunta 14, dado o número menor de itens que o constituem, assume valores inferiores para o coeficiente alfa de cronbach, sendo o valor do item 2 que denota maior evidência de causar heterogenista, ao aumentar o coeficiente após a sua exclusão.

3.2 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO DE TODAS AS VARIÁVEIS DO ESTUDO

A interpretação da matriz de correlação, radiografia do nosso estudo, revela-nos as correlações fracas, médias e fortes, existentes entre as variáveis do nosso estudo.

Como refere George e Mallery (1999:112) as correlações são designadas pela conjuntura inferior da letra r e assume valores entre -1 e $+1$.

Fortin (1999:298) diz que um coeficiente de correlação de Pearson representado por r, serve para descrever a relação linear entre duas variáveis contínuas, entendendo-se por descrever no contexto deste estudo, o verificar se a força da relação é: nula fraca, média ou forte. A autora refere que no contexto de um estudo descritivo correlacional, não há razão à priori, para testar se a relação entre as duas variáveis contínuas, é positiva ou negativa.

George e Mallery (1999:112) definem a correlação como:

Correlação :

Positiva Perfeita $r=1$

Forte ($0 < r < 1$) Ex: $r=0,83$

Fraca ($0 < r < 1$) Ex: $r=0,12$

Nula $r=0$

Negativa Perfeita $r= -1$

Forte ($-1 < r < 0$) Ex: $r=-0,73$

Fraca ($-1 < r < 0$) Ex: $r=-0,13$

A correlação positiva perfeita indica que uma variável é precisamente predizível pela outra variável. As correlações perfeitas são difíceis de encontrar em ciências sociais, existem habitualmente em fórmulas matemáticas.

A correlação *positiva* significa que quando uma variável cresce em valor, a outra variável também cresce em valor ou quando uma variável decresce em valor, a outra variável também decresce.

Se o encerramento do valor de correlação é próximo de 1, a tendência é forte, se o encerramento do valor de correlação é próximo de 0, a tendência é fraca.

A correlação nula indica que não existe relação entre variáveis.

Uma correlação negativa perfeita, só existe em formulas matemáticas, habitualmente.

Uma correlação negativa, indica a relação entre o que uma variável cresce e a outra variável tem tendência a decrescer. Se o encerramento do valor da correlação tende para menos um (-1), a tendência é forte. Se o encerramento do valor da correlação tende para 0, a tendência é fraca.

A análise factorial segundo George e Mallery (1999) é usada para reduzir um grande número de variáveis a um pequeno número de factores que descrevem essas variáveis.

O recurso ao estudo da correlação entre variáveis e consequente análise dos componentes principais dos itens dos enunciados, é necessário para a avaliação da consistência interna do questionário e análise dos conceitos subjacentes que se pretendem auscultar.

Para assegurar a validade dos constructos ou da estrutura conceptual determinamos as correlações entre enunciados, a fim de destacar os factores que explicam as correlações. Na análise factorial, segundo Green e Lewis (1986) citados por Fortin (1999:232), os enunciados designados para medir o mesmo constructo subjacente, deveriam convergir e obter uma correlação bastante importante ($R=0,35$) sobre um factor e não sobre os outros factores.

A análise dos enunciados, reportando-se a cada um dos factores, permite definir os factores em causa na situação e o seu grau de concordância em relação com o seu quadro teórico.

Após ter submetido a informação recolhida a análise factorial, obtivemos uma estrutura de: sete (7) factores explicativos de 54,176 de percentagem da variância total para os vinte itens constitutivos dos enunciados da variável características da depressão, oito (8) factores explicativos de 60,335 de percentagem da variância total para os vinte itens constitutivos dos enunciados da variável tratamento da depressão, uma estrutura de 3 factores para cada enunciado de 14 itens acerca da relação terapêutica na vertente valor terapêutico atribuído, e frequência da sua aplicação no desempenho profissional.

A análise da frequência de respostas correctas, seleccionadas pelos respondentes, surge em sequência, para obter uma interpretação das tendências implícitas nos resultados.

4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

A estrutura deste capítulo desenvolve-se em duas partes na primeira fazemos a caracterização da amostra; na segunda : Apresentar-se-á a matriz de correlação de todas as variáveis do questionário; Far-se-á referência à constituição dos factores principais obtidos através da análise factorial; Apresentar-se-á a análise da distribuição de frequências das respostas obtidas através do questionário em valor absoluto e percentual.

4.1 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram entregues questionários à totalidade dos enfermeiros existentes em cada instituição e por serviço, num total de 280.

A amostra é constituída pelos enfermeiros que preencheram os questionários no período de 6 de Agosto a 8 de Setembro de 1999, num total de 223, como podemos observar na tabela nº1.

Tabela nº1 – Distribuição dos questionários entregues e preenchidos na população e amostra nos Centros de Saúde e Hospital

	Entregues	Preenchidos	%
Centro de Saúde	89	77	86,5%
Hospital	191	146	76,4%
TOTAL	280	223	79,64%

Pela análise dos dados da tabela nº 1, verificamos que a amostra é constituída por 223 enfermeiros, 79,64% do total da população de acesso.

A uma adesão superior ao preenchimento dos questionários pelos enfermeiros dos Centros de Saúde (86,5%).

Tabela nº2 – Distribuição dos questionários entregues e preenchidos na população e amostra de enfermeiros dos Centros de Saúde.

Centro de Saúde	Entregues	Preenchidos	
	n	n	%
Chaves nº1	16	13	81,3
Chaves nº2	14	12	85,7
Valpaços	12	9	75,0
Boticas	6	6	100,0
Montalegre	13	13	100,0
Ribeira de Pena	8	8	100,0
Vila Pouca de Aguiar	20	16	80,0
TOTAL	89	77	86,5

Pela análise dos dados da tabela nº 2, verificamos uma adesão de 86,5% dos enfermeiros dos centros de saúde ao preenchimento dos questionários, havendo uma adesão de 100% em três Centros de Saúde.

Tabela nº3 – Distribuição por serviço dos questionários entregues e preenchidos na população e amostra de enfermeiros do Hospital Distrital de Chaves.

Serviço	Entregues	Preenchidos	
	n	n	%
Bloco Operatório	21	14	66,6
Cirurgia I	15	13	86,6
Cirurgia II	16	11	68,7
Cirurgia III	14	6	42,8
Consulta Externa	10	9	90,0
Hemodiálise	12	10	83,3
Medicina I	18	12	66,6
Medicina II	17	14	82,3
Obstetrícia e Ginecolog.	16	14	87,5
Ortopedia	17	12	70,5
Pediatria	14	14	100,0
Urgência	21	17	80,9
TOTAL	191	146	76,4

Pela análise dos dados da tabela nº 3, verifica-se que a maior adesão ao preenchimento dos questionários se constatou no serviço de Pediatria seguindo-se os serviços de Consulta Externa, Obstetrícia e Cirurgia.

4.2 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A nossa amostra é constituída por 223 enfermeiros. Sendo 186 (83,4%) enfermeiros do sexo feminino e 37 (16,59%) do sexo masculino, como se observa na tabela nº4.

Tabela nº4 - Distribuição dos enfermeiros por sexo e local de trabalho.

Local de trabalho Sexo	C. Saúde		Hospital		Total	
	n	%	n	%	n	%
Feminino	65	84.42	121	82.88	186	83.41
Masculino	12	15.58	25	17.12	37	16.59
TOTAL	77	100.00	146	100.00	223	100.00

Pela análise dos dados da tabela nº 4, verificamos que a percentagem de enfermeiros do sexo feminino é maior no Centro de Saúde, sendo a percentagem de enfermeiros do sexo masculino maior no Hospital.

Tabela nº5 - Distribuição dos enfermeiros da amostra por grupo etário e sexo

Grupo Etário	Sexo	Mulheres		Homens		Total	
		n	%	n	%	n	%
1. 21-30 anos		72	38.71	17	45.95	89	39.91
2. 31-40 anos		74	39.78	13	35.13	87	39.02
3. 41-50 anos		30	16.13	7	18.92	37	16.59
4. > 51 anos		10	5.38	0	0.0	10	4.48
TOTAL		186	100.00	37	100.00	223	100.00

O maior valor percentual de enfermeiros do total da amostra (39,91%), tem idades compreendidas entre os 21-30 anos, situando-se neste grupo etário o maior número de enfermeiros do sexo masculino. No sexo feminino, o grupo etário com o maior valor percentual é o dos 31-40 anos (39,78%).

Tabela nº6 - Distribuição dos enfermeiros por sexo e estado civil .

Estado Civil	Mulheres		Homens		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
Solteiro	56	30.11	12	32.43	68	30.49
Casado ou Equivalente	120	64.52	25	67.57	145	65.02
Outros	9	4.84	0	0.00	9	4.04
Não respondeu	1	0.53	0	0.00	1	0.45
TOTAL	186	100.00	37	100.00	223	100.00

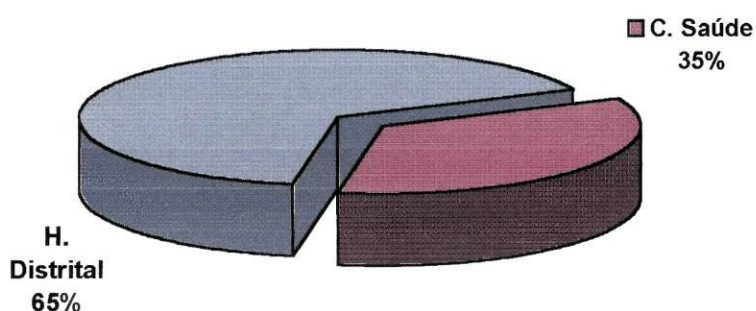
Pela análise dos dados da tabela nº 6, podemos observar que a maioria dos enfermeiros da amostra (65,02%), são casados.

Tabela nº7 - Distribuição dos enfermeiros por tempo de serviço na profissão.

Tempo de Serviço	Total	
	n	%
≤5 anos	78	34.98
6 a 10 anos	50	22.42
11 a 15 anos	37	16.59
16 a 20 anos	19	8.52
≥ 21 anos	39	17.49
TOTAL	223	100.00

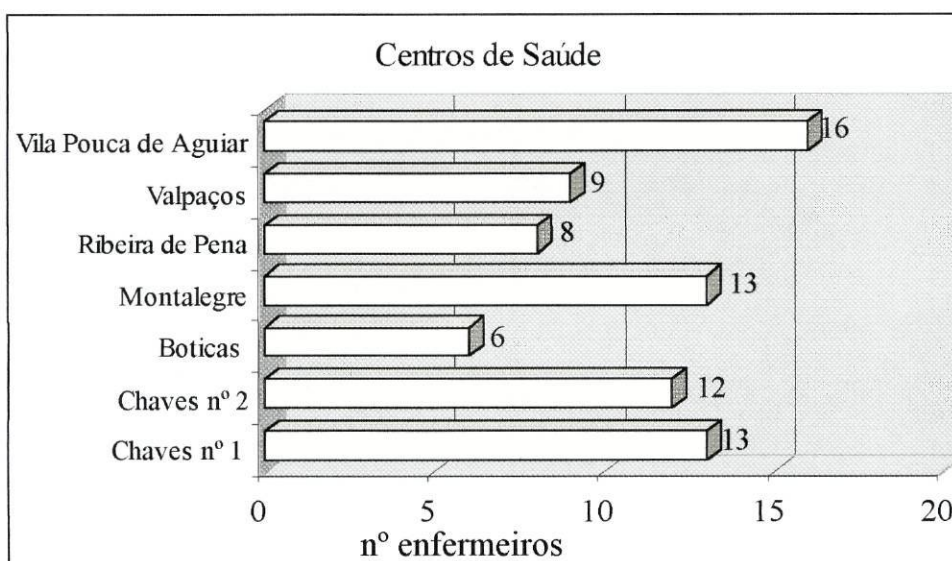
Um total de 78 enfermeiros (34,98%) tem tempo de serviço igual ou inferior a 5 anos, tendo 50 enfermeiros (22,42%) 6 a 10 anos de serviço, 37 enfermeiros (16,59%) tem 11 a 15 anos de serviço, 19 enfermeiros (8,52%) tem entre 16 e 21 anos de serviço e por fim, 39 enfermeiros (17,49%) têm mais de 21 anos de serviço.

Gráfico nº2 - Distribuição dos enfermeiros por local de trabalho.



Pela análise do gráfico nº2, verifica-se que a maior percentagem de enfermeiros da amostra trabalha no Hospital (65%) e os restantes em Centro de Saúde.

Gráfico nº3 - Distribuição dos enfermeiros por Centro de Saúde



Pela análise do gráfico, verificamos que: 25 enfermeiros, trabalham em Chaves (nos Centros de Saúde nº1 e 2), 16 enfermeiros em Vila Pouca de Aguiar, 13 em Montalegre, seguindo-se 9 em Valpaços, 8 em Ribeira de Pena e 6 em Boticas.

Tabela nº 8 - Distribuição dos enfermeiros do Hospital por serviço onde trabalham.

Serviço onde trabalha	Nº de Enfermeiros	%
Bloco Operatório	14	9,59
Departamento de Cirurgia	29	19,86
Consulta Externa	10	6,85
Hemodiálise	10	6,85
Departamento de Medicina	26	17.81
Obstetrícia	14	9,59
Ortopedia	12	8.22
Pediatria	14	9,59
Urgência	17	11.64
TOTAL	146	100

Na tabela nº 8, podemos verificar que o maior nº de enfermeiros da amostra trabalha no departamento de Cirurgia (19,86%), no departamento de Medicina (17,81%), seguindo-se o Serviço de Urgência com (11,64%). Os serviços de Bloco Operatório, Obstetrícia e Pediatria, distribuem-se de forma equitativa com a percentagem de (9,59%).

Tabela nº 9 – Distribuição da frequência das respostas da pergunta nº 7
 “Alguém do seu relacionamento pessoal sofreu depressão”

	Total	
	n	%
Sim	122	54,71
Não	100	44,84
Não respondeu	1	0,45
TOTAL	223	100,00

Pela análise da tabela nº9, verificamos que a maioria dos enfermeiros da amostra (54.71%) referem ter tido contacto na sua vida profissional com doentes deprimidos.

Tabela nº10 – Distribuição da frequência das respostas da pergunta nº 8 “Os doentes com quem contactou pessoal/profissionalmente tiveram tratamento específico com :

Tratamento	Total	
	n	%
Antidepressivos	127	56.95
Psicoterapia	7	3.14
Antidepressivos e psicoterapia	44	19.73
Não tiveram tratamento específico	17	7.62
Não sabe	16	7.17
Não respondeu	12	5.38
TOTAL	223	100.00

Pela análise da tabela nº10, os enfermeiros referem que, dos doentes com depressão com quem tiveram contacto pessoal ou profissional, 56.96% tiveram tratamento específico com antidepressivos, 19.72% com antidepressivos e psicoterapia e 3.14% não tiveram tratamento específico.

Tabela nº 11 - Distribuição das frequências de respostas à pergunta nº 9 “Acha que esses doentes na sua maioria tiveram benefícios com o tratamento?”

Beneficiaram c/ Tratamento	Total	
	n	%
Sim	177	79.37
Não	25	11.21
não respondeu	21	9.42
TOTAL	223	

A maioria dos enfermeiros, num total de 177 (79.37%), acha que os doentes tiveram benefício com o tratamento.

Tabela nº 12 - Distribuição da frequência de respostas à pergunta nº10
 “Já sofreu de depressão?”.

Já sofreu de depressão	Enfermeiras		Enfermeiros		Total	
	n	%	n	%	n	%
sim	32	17.20	2	5.41	34	15.25
talvez	43	23.12	10	27.03	53	23.77
não	109	58.60	24	64.86	133	59.64
não respondeu	2	1.08	1	2.70	3	1.34
TOTAL	186		37		223	

Pela análise dos dados da tabela nº12, verificamos que a maioria dos enfermeiros (59,64%) refere não ter sofrido de depressão, 23,77% referem talvez já ter sofrido de depressão e 15,25% referem ter sofrido de depressão. Na frequência de respostas por sexo, 17,20% das enfermeiras e 5,41% dos enfermeiros referem já ter sofrido de depressão.

Matriz de Correlação das Variáveis do Questionário

	1 - Sexo	2 - Idade	3 - Estado Civil	4 - Tempo Serv.	5 - Local Trabalho	7 - Rel. Pessoal c/dep.	10 - Sofreu Depr.	11 - Caract. Depr.	11.1 - Crit. Diag.	11.2 - Import. Doen.	11.3 - Verac. Queixas	12 - Tratamento	12.1 - Farmacológico	12.2 - Papel do Enf	12.3 - Valid. Tratam.	13 A - Atit. Terap. Ideal	13 B - Atit. Terap. Real	14 - Interv. Enfermagem	Total
1 - Sexo	1,000																		
2 - Idade	-0,066	1,000																	
3 - Estado Civil	-0,042	0,287	1,000																
4 - Tempo Serv.	-0,076	0,832	0,327	1,000															
5 - Local Trabalho	0,088	-0,073	-0,053	-0,041	1,000														
7 - Rel. Pessoal c/dep.	0,023	-0,072	-0,027	0,037	-0,160	1,000													
10 - Sofreu Depr.	0,063	-0,022	-0,072	-0,041	0,029	0,009	1,000												
11 - Caract. Depr.	0,041	0,165	-0,077	0,184	-0,031	0,037	-0,050	1,000											
11.1 - Crit. Diag.	0,046	0,192	-0,045	0,184	0,031	0,009	-0,037	0,808	1,000										
11.2 - Import. Doen.	0,058	0,186	-0,056	0,182	-0,017	0,001	-0,068	0,784	0,389	1,000									
11.3 - Verac. Queixas	-0,072	-0,214	-0,052	-0,129	-0,137	0,103	0,041	0,100	-0,189	-0,140	1,000								
12 - Tratamento	-0,002	0,129	-0,024	0,208	-0,025	-0,019	0,035	0,499	0,426	0,405	-0,028	1,000							
12.1 - Farmacológico	-0,055	0,213	-0,016	0,244	-0,013	0,041	0,023	0,468	0,434	0,397	-0,131	0,845	1,000						
12.2 - Papel do Enf	0,038	0,142	-0,035	0,208	0,015	-0,042	-0,012	0,422	0,409	0,348	-0,136	0,728	0,455	1,000					
12.3 - Valid. Tratam.	0,049	-0,171	-0,001	-0,083	-0,062	-0,075	0,067	0,083	-0,040	0,033	0,297	0,454	0,068	0,098	1,000				
13 A - Atit. Terap. Ideal	-0,083	0,041	-0,016	0,081	-0,075	-0,017	-0,071	0,375	0,247	0,331	0,084	0,299	0,172	0,307	0,178	1,000			
13 B - Atit. Terap. Real	0,072	-0,019	0,001	-0,002	-0,048	-0,041	-0,042	0,165	0,139	0,159	-0,053	0,166	0,101	0,146	0,117	0,392	1,000		
14 - Interv. Enfermagem	-0,002	0,011	-0,009	0,044	-0,073	-0,035	-0,067	0,316	0,228	0,288	0,014	0,274	0,161	0,266	0,175	0,814	0,853	1,000	
Total	-0,011	0,082	-0,117	0,097	-0,057	-0,074	0,003	0,241	0,163	0,210	0,049	0,276	0,207	0,216	0,155	0,332	0,153	0,285	1,000

Legenda 1: Variáveis de Caracterização

- 1 - Sexo
- 2 - Idade
- 3 - Estado Civil
- 4 - Tempo de Serviço
- 5 - Local de Trabalho
- 7 - Relacionamento Pessoal c/Depressão
- 10 - Sofreu de Depressão

Legenda 2: Variáveis de Identificação das representações da depressão

- 11 - Características da Depressão
 - 11.1 - Critérios de Diagnostico
 - 11.2 - Importância da Doença
 - 11.3 - Veracidade das Queixas
- 12 - Tratamento da Depressão
 - 12.1 - Farmacológico
- 12.2 - Papel do Enfermeiro
 - 12.3 - Validade do tratamento
- 13A - Atitude Terapêutica Ideal
- 13B - Atitude Terapêutica Real
- 14 - Intervenção de Enfermagem

4.3.1 - Análise e Interpretação da Matriz de Correlação

Após a definição de termos, necessária para a interpretação e análise da matriz de correlação, procederemos à sua análise global que inclui todas as variáveis do questionário que pretendíamos relacionar.

Através da análise da matriz de correlação, verificamos que em primeiro lugar surge como variável predictiva “A atitude terapêutica ideal”, atingido o coeficiente de correlação de 0,332.

Em segundo lugar, a variável “Intervenção de Enfermagem”, atingindo o coeficiente de correlação de 0,285;

Em terceiro lugar, vem a variável “Tratamento”, atingindo o coeficiente de correlação de 0,276.

Finalmente em quarto lugar, surge a variável “Características da depressão”, com um coeficiente de correlação de 0,241.

Descreveremos em seguida, as relações entre as variáveis e os respectivos coeficientes.

Os resultados obtidos através da correlação de Pearson indicam um valor predictivo fraco para a generalidade das variáveis de caracterização, parecendo-nos indicar que estas não influenciam decisivamente os resultados obtidos nas variáveis de identificação da depressão.

Sequencialmente verificamos as variáveis de identificação das representações da depressão, que apresentam entre si, correlação moderada .

- A variável “Critérios de Diagnóstico” com as variáveis:
 - “Atitude terapêutica ideal” ($r=0,247$);
 - “Intervenção de enfermagem” ($r=0,228$);
- A variável “Importância da Doença”, com a variável de “Intervenção de Enfermagem” ($r=0,288$);
- A variável “Veracidade das Queixas”, com a variável de “Validade do Tratamento” ($r=0,297$);

- A variável “Tratamento”, com as variáveis:
 - “Atitude de Terapêutica Ideal” ($r = 0,299$);
 - “Intervenção de Enfermagem” ($r=0,274$);
- A variável “Papel do Enfermeiro”, com a variável “Intervenção de Enfermagem”, ($r=0,266$).

De seguida, verificamos as variáveis de identificação das representações da depressão, que apresentam entre si, correlação significativa.

- A variável “Características da Depressão”, com as variáveis:
 - “Tratamento” ($r=0,499$);
 - “Farmacológico” ($r=0,468$);
 - “Papel do Enfermeiro” ($r=0,422$);
 - “Atitude Terapêutica Ideal” ($r=0,375$);
 - “Intervenção de Enfermagem” ($r=0,316$);
- A variável “Critérios de Diagnóstico” com as variáveis :
 - “Importância da Doença” ($r=0,389$);
 - “Tratamento” ($r=0,426$);
 - “Farmacológico” ($r=0,434$);
 - “Papel do Enfermeiro” ($r=0,409$);
- A variável “Importância da Doença”, com as variáveis:
 - “Tratamento” ($r=0,405$);
 - “Farmacológico” ($r=0,397$);
 - “Papel do Enfermeiro” ($r=0,348$);
 - “Atitude Terapêutica Ideal” ($r=0,331$).
- A variável “Tratamento” com a variável “Validade do Tratamento” ($r=0,454$);
- A variável “Farmacológico” com a variável “Papel do Enfermeiro” ($r=0,455$);

- A variável “Papel do Enfermeiro” com a variável “Atitude Terapêutica Ideal” ($r=0,392$).

Finalmente, verificamos as variáveis de identificação das representações, que apresentam entre si, correlação forte:

- A variável “Características da Depressão”, com as variáveis:
 - “Critérios de Diagnóstico” ($r=0,808$);
 - “Importância da Doença” ($r=0,784$);
- A variável “Tratamento”, com as variáveis :
 - “Farmacológico” ($r=0,845$);
 - “Papel do Enfermeiro” ($r=0,728$);
- A variável “Atitude Terapêutica Ideal”, com a variável “Intervenção de Enfermagem” ($r=0,814$);
- A variável “Atitude Terapêutica Real”, com a variável “Intervenção de Enfermagem” ($r=0,853$).

Tendo em consideração as Variáveis de Caracterização, verificamos ainda a existência de uma correlação moderada:

- Da variável “Idade”, com a variável “Estado Civil” ($r=0,287$);
- Da variável “Tempo de Serviço”, com as variáveis:
 - “Tratamento” ($r=0,208$);
 - “Farmacológico” ($r=0,244$);
 - “Papel do Enfermeiro” ($r=0,208$).

A variável “Tempo de Serviço” apresenta uma correlação significativa com a variável “Estado Civil” ($r=0,327$) e uma correlação forte com a variável “Idade” ($r=0,832$).

4.4 - ANÁLISE FACTORIAL

A análise factorial analisa todas as variáveis até ao último passo da extracção de cada factor para calcular a variância com que cada variável contribui para cada factor.

Apresentação interpretação e análise dos componentes principais obtidos do enunciado características da depressão.

Incluimos no enunciado vinte afirmações (itens) para obter informação relativa ao diagnóstico importância médica e social atribuída à doença, a veracidade atribuída às queixas do doente.

A análise de componentes principais dos 20 itens, seguida de rotação ortogonal tipo varimax, constituiu *sete factores principais* que justificam 54,17% do total da variância.

Uma 1ª leitura do quadro factorial resultante (*Anexo V*), configura os sete factores:

Verifica-se relativamente ao primeiro factor, a agregação de três itens indicadores de sintomas inerentes a critérios de diagnóstico.

Factor 1 - Explica 8,552 % da variância total, agregando itens que têm em comum, influenciar e determinar o desempenho do doente, sendo designado:

item	Inibição do desempenho do doente	Loading
6	Existe dificuldade para executar tarefas simples como autocuidar da sua higiene e vestir-se.	0,745
17	Pode existir inibição ou agitação psicomotora.	0,679
19	A falta de esperança é um sintoma eminente	0,426

Factor 2 - Explica 8,480 % da variância total, agregando itens relacionados com a importância médica e social da doença. Atribuímos a designação de:

item	Importância médica /social da doença	Loading
1	Os mecanismos que levam à depressão podem ser biológicos.	0,469
8	A depressão passa despercebida em grande número de vezes.	0,741
14	É causa frequente de morbidade e mortalidade.	0,537
15	É uma afecção grave pelo sofrimento que provoca.	0,552
20	É uma doença grave e incapacitante tornando o doente dependente.	0,439

Factor 3 - Explica 8,078 da variância total, agregando itens relacionados com o diagnóstico do síndrome depressivo, associando os principais sintomas e o tempo de persistência, atribuímos a designação de :

item	Sintomas nucleares	Loading
2	Sintomas como tristeza, fadiga e alterações no apetite, persistem durante a maior parte do dia, quase todos os dias, em pelo menos 15 dias consecutivos.	0,817
7	Há perda de interesse ou prazer em quase todas as actividades durante pelo menos duas semanas seguidas.	0,762

Factor 4 - Explica 7,844 variância total, agregando itens relacionados com indicadores de diagnóstico, baseados em sintomas cognitivos e redução da qualidade de vida, atribuímos a designação de :

item	Alteração da qualidade de vida	Loading
10	São frequentes sentimentos de desvalorização pessoal e culpa.	0,554
13	Existe interferência séria na qualidade de vida das pessoas e seus familiares.	0,702

Factor 5 - Explica 7,496 da variância total, agregando itens que têm em comum tentar auscultar a veracidade atribuídas aos dos sintomas, designamos como:

item	Veracidade da doença	Loading
5	O refugio da doença é para fugir às responsabilidades.	0,714
9	A melancolia surge em pessoas que não gostam de ser contrariadas, usando a depressão para obterem o que querem.	0,550
11	É notória a falta de veracidade das queixas físicas, sendo o reflexo de problemas	0,653

Factor 6 - Explica 7,103 da variância total, agregando itens que têm em comum, indagar características referentes à atribuição de veracidade da repercussão emocional dos sintomas depressivos, atribuímos a designação de :

item	Repercussão emocional dos sintomas	Loading
4	Os sintomas como chorar facilmente surgem especialmente se há problemas para resolver.	0,760
12	As perturbações do sono são comuns principalmente a insónia do meio da noite.	-0,649
18	É considerável o risco de suicídio no doente com depressão grave.	0,421

Factor 7 - Explica 6,622 da variância total, agregando itens relacionados com sintomas motivacionais e a incapacidade gerada pela doença e os seus custos sociais e económicos, atribuímos a designação de:

Item	Sintomas motivacionais e repercussão socioprofissional	Loading
3	O aspecto do deprimido é o de uma pessoa desanimada.	0,666
16	É uma doença que origina diminuição do rendimento pessoal profissional e social com custos sociais e económicos elevados.	0,488

Quadro nº3 - Apresentação de todos os factores do enunciado acerca das *características da depressão*.

Factores	Características da Depressão	Média global Resp. correctas %
1	Atribuição do desempenho do doente	48,40
2	Importância médica/social da doença	34,80
3	Sintomas nucleares	57,85
4	Alteração da qualidade de vida	76,20
5	Veracidade da doença	85,63
6	Repercussão emocional dos sintomas	72,03
7	Sintomas motivacionais e repercussão socioprofissional	73,75

Apresentação dos componentes principais do enunciado do questionário acerca do tratamento da depressão

A interpretação dos componentes principais dos 20 itens, seguido de rotação ortogonal tipo varimax, revelou a existência de 8 factores subjacentes.

Factor 1 - Explica 10,98590 da variância total, agregando itens relacionados com o papel do enfermeiro na orientação para a adesão e a continuidade do tratamento, atribuímos a designação de :

Item	Promoção da adesão e continuidade do tratamento	Loading
5	Deve ser aconselhada a continuidade do tratamento com antidepressivos, durante pelo menos 4 meses após a redução dos sintomas.	0,705
12	É importante alertar o doente que vale a pena ajustar-se aos efeitos secundários dos antidepressivos e continuar o tratamento.	0,749
13	Deve informar-se o doente que o início do efeito dos antidepressivos surge normalmente ao fim de duas a seis semanas.	0,733

Factor 2 - Explica 7,955 da variância total, agregando itens relacionados com necessidade de existir um tratamento específico para a depressão, atribuímos a designação de :

Item	Necessidade e Validade de um tratamento	Loading
7	A depressão não deve ser super valorizada, é uma doença que regride se o doente quiser.	0,622
15	O doente deprimido praticamente não necessita de cuidados de enfermagem, é um doente independente.	0,627
17	Não é necessário geralmente um tratamento, os sintomas cessam quando os problemas estiverem resolvidos.	0,693

Factor 3 - Explica 7,728 da variância total, agregando itens relacionados com o papel do enfermeiro na relação terapêutica , atribuímos a designação de:

Item	Papel do enfermeiro na relação terapêutica	Loading
2	A intervenção de enfermagem deve incidir na promoção da auto-estima.	0,671
6	A intervenção de enfermagem deve incluir a visita domiciliária, na fase aguda da doença.	0,693
11	A intervenção de enfermagem na orientação dos familiares é para adoptarem uma atitude de compreensão evitando a critica.	0,652

Factor 4 - Explica 7,646 da variância total, agregando os itens que têm em comum identificar duas opções terapêuticas e o risco de suicídio, após a redução dos sintomas, atribuímos a designação de:

Item	Opções terapêuticas e necessidade de supervisão do risco de suicídio	Loading
16	Os antidepressivos não provocam dependência.	0,477
19	O tratamento com <i>electrochoques</i> poderá ser uma das opções terapêuticas.	0,620
20	As tentativas de suicídio podem ser mais frequentes após o início da tratamento com antidepressivos.	0,633

Factor 5 - Explica 7,208 da variância total, agregando itens relativos ao conhecimento de particularidades inerentes ao sucesso do tratamento com antidepressivos, atribuímos a designação de:

Item	Requisitos do tratamento com antidepressivos	Loading
3	A redução dos sintomas depende do cumprimento da prescrição e da continuidade do tratamento.	0,725
8	Deve avisar-se o doente de que durante o início do tratamento com antidepressivos provavelmente os seus sintomas se agravarão devido aos efeitos secundários.	0,564
10	Informar o doente deprimido que a resposta ao tratamento é demorada ajuda-o a aderir à terapêutica prescrita.	0,445

Factor 6 - Explica 6,791 da variância total, agregando itens relacionados com a psicoterapia e a vontade própria com modalidades terapêuticas de eleição, atribuímos a designação de factores terapêuticos.

Item	Supervalorização da vontade/psicoterapia	Loading
18	O principal factor para o doente melhorar é a sua vontade própria devendo ajudar-se a si próprio.	0,833
14	A psicoterapia é mais eficaz que a terapia farmacológica.	0,571

Factor 7 - Explica 6,042 da variância total, agregando itens que têm como factor comum o tratamento e o tratamento com antidepressivos.

Item	Importância do tratamento	Loading
1	O uso de antidepressivos é eficaz na maioria das situações de depressão.	0,785
9	A depressão é uma doença tratável.	0,527

Factor 8 - Explica 5,980 da variância total e refere-se à interrupção do tratamento farmacológico

Item	Interrupção da farmacoterapia	Loading
4	O tratamento com antidepressivos deve ser interrompido logo que surjam melhoras.	0,825

Quadro nº 4 - Apresentação de todos os factores componentes principais do enunciado do questionário, *acerca do tratamento da depressão*

Factores	Acerca do tratamento da depressão	Média global Resp. correctas %
8	Promoção da adesão/continuidade do tratamento	49,03
9	Necessidade validade de um tratamento	88,36
10	Papel do enfermeiro na relação terapêutica	75,06
11	Opções terapêuticas e necessidade de supervisão do risco de suicídio	11,06
12	Requisitos do tratamento com antidepressivos	54,43
13	Supervalorização da vontade/psicoterapia	48,20
14	Importância do tratamento	78,05
15	Interrupção da farmacologia	94,20

Apresentação dos factores principais do valor terapêutico atribuído à atitude a ter com o doente com depressão.

Uma análise dos componentes principais dos 14 itens, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax, identificou 3 factores subjacentes explicativos de 50,909 % da variância total.

Factor 1 - Explica 18,023 do total da variância, agregando itens relacionados com o delinear da postura do enfermeiros na interrelação com o deprimido, atribuímos a designação de:

Item	Aspectos da relação interpessoal	Loading
1	Dizer-lhe que os seus receios não têm fundamento.	0,415
8	Respeitar os seus desejos de estar só ou de estar acompanhado.	0,508
11	Não fazer críticas ao seu comportamento.	0,452
12	Demonstrar compreensão e preocupação pelo seu bem estar.	0,537
13	Facilitar a expressão dos seus sentimentos. Exemplo: “não tenha vergonha de chorar...isso mostra bem o seu sofrimento”.	0,773
14	Não valorizar as queixas físicas, diminuirá a necessidade que o deprimido tem de chamar a atenção.	0,690

Factor 2 - Explica 17,287 do total da variância, agregando itens que têm em comum, a atitude terapêutica explícita no plano de cuidados tipo ao doente com depressão, atribuímos a designação de:

Item	Intervenção terapêutica, ideal	Loading
2	Esclarece-lo cuidadosamente sobre a terapêutica mostrar disponibilidade.	0,721
3	Explicar-lhe que está doente mas após o tratamento vai sentir-se melhor.	0,795
4	Orientar os familiares para terem uma atitude de compreensão, sem críticas.	0,726

Factor 3 - Explica 15,599 do total da variância, agregando itens que têm em comum, descrever atitudes sem valor terapêutico comprovado, atribuímos a designação de:

Item	Atitudes sem valor terapêutico	Loading
5	Fazer-lhe ver que deve pensar em coisas mais importantes	0,762
6	Encorajá-lo a viajar para mudar de ambiente e acabar com as preocupações.	0,798
7	Lembrar-lhe que tem de fazer algo que por si próprio, tem que ter força de vontade.	0,383
9	Faze-lo sentir que os profissionais de saúde não têm tempo para lhe dar toda a atenção.	0,534
10	Dizer que deve animar-se.	0,560

Quadro nº 5 - Apresentação de todos os factores, componentes principais do enunciado acerca do valor terapêutico atribuído à atitude a ter com o doente com depressão.

Factores	Valor terapêutico atribuído	Média global Resp. correctas %
1	Aspectos da relação interpessoal	57,00
2	Intervenção terapêutica, ideal	58,00
3	Atitudes sem valor terapêutico	23,20

Apresentação dos factores principais do enunciado acerca da frequência com que os enfermeiros assumem por em prática a atitude terapêutica no seu desempenho profissional.

Uma análise dos componentes principais dos 14 itens seguida de uma rotação ortogonal tipo varimax, identificou 3 factores explicativos de 49,510% da variância total.

Factor 1 - Explica 23,701 do total da variância, agregando itens que têm em comum descrever atitudes consideradas terapêuticas, atribuímos a designação de :

Item	Atitude terapêutica no desempenho	Loading
2	Esclarece-lo cuidadosamente sobre a terapêutica e mostrar disponibilidade.	0,750
3	Explicar-lhe que está doente mas após o tratamento vai sentir-se melhor.	0,694
4	Orientar os familiares para terem uma atitude de compreensão, sem críticas.	0,610
8	Respeitar os seus desejos de estar só ou de estar acompanhado.	0,592
11	Não fazer críticas ao seu comportamento.	0,705
12	Demonstrar compreensão e preocupação pelo seu bem estar.	0,675
13	Facilitar a expressão dos seus sentimentos. Exemplo: “não tenha vergonha de chorar...isso mostra bem o seu sofrimento”.	0,690

Factor 2 - Explica 15,089 do total da variância, agregando itens que em comum, constituí afirmações sem valor terapêutico comprovado, atribuímos a designação de:

Item	Atitude sem valor terapêutico no desempenho	Loading
5	Fazer-lhe ver que deve pensar em coisas mais importantes.	0,729
6	Encorajá-lo a viajar para mudar de ambiente e acabar com as preocupações.	0,612
7	Lembrar-lhe que tem de fazer algo por si próprio, tem que ter força de vontade.	0,714
10	Dizer que deve animar-se.	0,721

Factor 3 - Explica 10,721 do total da variância, agregando itens que têm em comum, atitudes cujo conteúdo é passível de agravar os sintomas cognitivos do doente deprimido, atribuímos a designação de:

Item	Atitudes disfuncionais	Loading
1	Dizer-lhe que os seus receios não têm fundamento.	0,523
9	Faze-lo sentir que os profissionais de saúde não têm tempo para lhe dar toda a atenção.	0,709
14	Não valorizar as queixas físicas, diminuirá a necessidade que o deprimido tem de chamar a atenção.	0,682

Quadro nº 6 - Apresentação dos factores principais, acerca da frequência com que os enfermeiros assumem pôr em prática a atitude terapêutica, no seu desempenho profissional.

Factores	Põe em prática no seu desempenho	Média global Resp. correctas %
1	Intervenção terapêutica real	45,85
2	Atitudes sem valor terapêutico	4,80
3	Atitudes disfuncionais	34,33

Apresentação de todos os factores principais do questionário

Tabela nº 13 – Factores Principais do questionário

Factor	Factores Principais do Questionário	Média global Resp. correctas %
F1	Inibição do desempenho do doente	48,40
F2	Importância Médica/social da doença	34,80
F3	Sintomas nucleares	57,85
F4	Alteração da qualidade de vida	76,20
F5	Veracidade da doença	85,63
F6	Repercussão emocional dos sintomas	72,03
F7	Sintomas motivacionais e repercussão socio profissional	73,45
F1	Promoção da adesão e continuidade do tratamento	49,03
F2	Necessidade de tratamento	88,36
F3	Papel do enfermeiro	75,06
F4	Opções Terapêuticas/risco de suicídio	11,06
F5	Requisitos do tratamento com antidepressivos	51,43
F6	Supervalorização da vontade/psicoterapia	48,20
F7	Importância do tratamento	78,05
F8	Interrupção da farmacoterapia	94,20
F1	Aspectos da relação interpessoal	57,00
F2	Intervenção terapêutica ideal	58,00
F3	Atitudes sem valor terapêutico	23,20
F1	Atitude Terapêutica no desempenho	45,85
F2	Atitude sem valor terapêutico no desempenho	4,80
F3	Atitudes disfuncionais	34,33

A análise da tabela 13, acerca de todos os factores do questionário, e da respectiva média global de frequência de respostas consideradas correctas, em cada factor, traduz uma diferenciação acentuada nos valores, indiciando que os enfermeiros da amostra configuram as modalidades de conhecimento da depressão na adesão maioritária aos seguintes factores.

Face à depressão, a maioria dos enfermeiros “indiciam”:

Considerar fundamentais os factores:

- 1º Não interromper a farmacoterapia;
- 2º A necessidade de tratamento;
- 3º Veracidade da doença;
- 4º A importância do tratamento;
- 5º Reconhecer que altera a qualidade de vida;
- 6º O papel do enfermeiro;
- 7º Identificar a repercussão socioprofissional dos sintomas
- 8º Identificar a repercussão emocional dos sintomas

Atribuir importância moderada aos factores:

- 1º Requisitos do tratamento com antidepressivos;
- 2º Aspectos da relação interpessoal;
- 3º Sintomas nucleares;
- 4º Intervenção terapêutica ideal.

Uma tendência a não reconhecer os factores:

- 1º Atitudes sem valor terapêutico no desempenho;
- 2º Opções terapêuticas/risco de suicídio;
- 3º Atitudes sem valor terapêutico
- 4º Atitudes disfuncionais;
- 5º Importância médica e social da doença;
- 6º Atitude terapêutica no desempenho;
- 7º Supervalorização da vontade/psicoterapia;
- 8º Inibição do desempenho do doente;
- 9º Promoção da adesão e continuidade do tratamento.

Apresentação e análise dos resultados obtidos no enunciados das características da depressão

A apresentação e análise dos resultados nesta vertente, processa-se de acordo com a análise da frequência de respostas obtidas e que consideramos correctas, conforme explicitamos na metodologia.

As frequências de respostas configuram assim a opção dos enfermeiros face às afirmações que consideraram correctas, no domínio da identificação das características da depressão, dos critérios de diagnóstico e importância médica e social da depressão.

A frequência de respostas é apresentada em quadros, onde estão agrupadas as afirmações correspondendo ao domínio das representações que se querem indagar.

As frequências designam o número absoluto e percentual de enfermeiros que responderam correctamente atendendo às instruções fornecidas.

Distribuição da frequência das respostas correctas em valor absoluto e percentual.

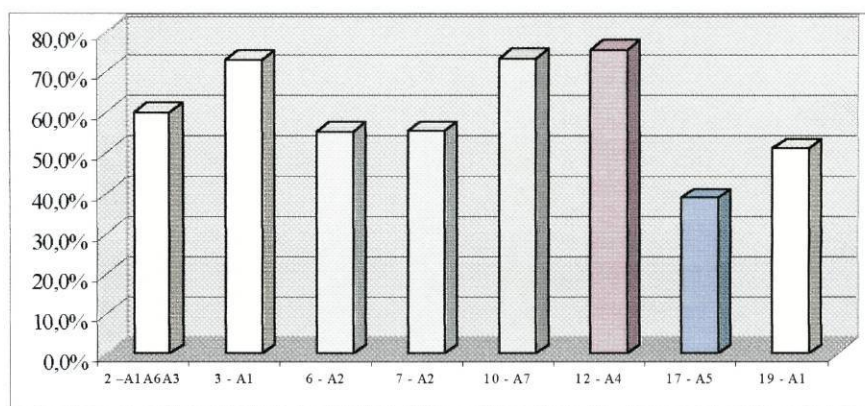
Com a inserção das oito afirmações, tendo implícito os critérios de diagnóstico da DSMIV para o episódio depressivo major (quadro e gráfico 1) pretendíamos auscultar, a sensibilidade actual, dos enfermeiros da amostra para os sintomas nucleares da depressão. As afirmações assinaladas com maior valor percentual são a afirmação número 12, correspondente ao critério A 4 perturbação do sono/insónia, assinalada por 169 enfermeiros - 75,8% do total da amostra.

As seguintes afirmações mais assinaladas correspondem aos critérios: A7 sentimentos de desvalorização pessoal ou de culpa, na afirmação 10 assinalada por 73,5% dos enfermeiros da amostra ao critério A1 presença de humor depressivo ,triste, desencorajador, sem esperança podendo ser inferido pela expressão facial implícito na afirmação 3, assinalada por 73,1% dos enfermeiros.

Tabela nº14 – Características da depressão acerca do Diagnóstico da Depressão – “Identificação” dos critérios de diagnóstico preconizados pela DSM IV

Afirmações		n	(%)
2 - A ₁ A ₆ A ₃	Sintomas como tristeza , fadiga e alterações no apetite persistem durante a maior parte do dia quase todos os dias em pelo menos 15 dias consecutivos.	134	60,1%
3 - A ₁	O aspecto do deprimido é o de uma pessoa desanimada	163	73,1%
6 - A ₂	Existe dificuldade para executar tarefas simples como autocuidar da sua higiene e vestir-se.	123	55,2%
7 - A ₂	Há perda de interesse ou prazer em quase todas as actividades durante pelo menos duas semanas seguidas.	124	55,6%
10 - A ₇	São frequentes sentimentos de desvalorização pessoal e culpa	164	73,5%
12 - A ₄	As perturbações do sono são comuns principalmente a insónia do meio da noite.	169	75,8%
17 - A ₅	Pode existir inibição ou agitação psicomotora	87	39,0%
19 - A ₁	A falta de esperança é um sintoma eminente.	114	51,1%

Gráfico nº4 - Critérios de Diagnóstico



Em 4º lugar, a afirmação mais assinalada pelos enfermeiros do total da amostra, ordenada no questionário com o nº 2, faz referência ao critério A1 Humor depressivo – tristeza, ao critério A 6 diminuição da energia cansaço e fadiga ao critério A3 alterações no apetite, e à presença de uma característica essencial de um episódio depressivo major relativo à persistência dos sintomas durante pelo menos duas semanas. Esta afirmação foi seleccionada por 60,1% dos enfermeiros.

A afirmação nº 7 foi assinalada por 55,06% dos enfermeiros, referindo-se ao critério A2 perda de interesse ou prazer que está quase sempre presente nos episódios de depressão major e associada na sua génese à persistência do sintoma durante 2 semanas seguidas, surge assinalada em 5º lugar e atendendo à ordem percentual decrescente.

Na inserção da afirmação 6 que tem implícito o critério A6 fadiga persistente sem esforço físico justificado, pretendíamos auscultar a sensibilidade dos enfermeiros da amostra para o reconhecimento e a compreensão da existência deste sintoma visando a necessidade que o doente deprimido tem de ajuda nas actividades de vida diária e doméstica no caso específico das donas de casa, grupo onde a depressão tem maior prevalência e incidência como referimos no referencial teórico. Considerando o total da amostra esta afirmação foi assinalada com maior frequência em 6º lugar por 55,16% dos enfermeiros.

Na ordem percentual decrescente em 7º lugar surge a afirmação nº19 que reafirma o critério A1 para mencionar a falta de esperança e a menção subtil à indução do critério A9, pensamentos sobre a morte ou intenção suicida, foi assinalada por 51,57% do total dos enfermeiros.

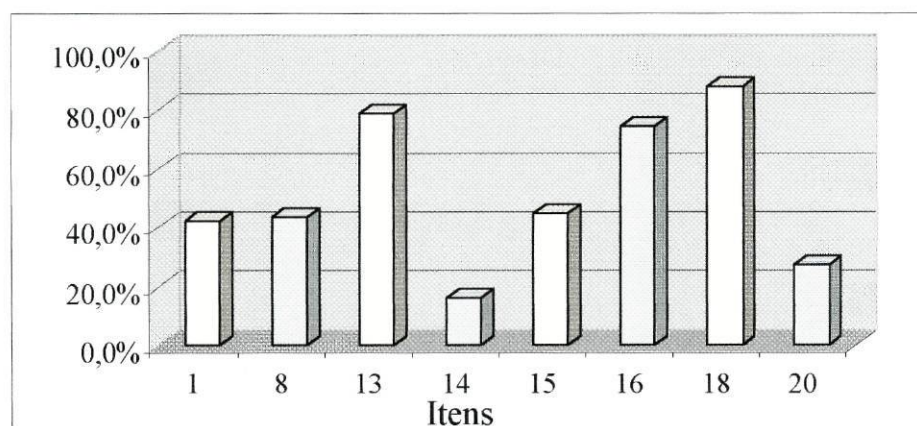
Parece-nos haver alguma incongruência face à afirmação mais assinalada nº3 que no seu conteúdo refere o mesmos sintomas mas com diferenças percentuais que oscilam os 21,97%.

Em último lugar (8º) surge assinalada com menor valor percentual 39,9% do total de enfermeiros a afirmação nº17 que traduz o critério A5 agitação ou inibição psicomotora, sintomas menos reconhecidos e menos identificados pelos enfermeiros.

Tabela nº15 - Características da depressão – Avaliação da importância medica e social da doença

Afirmações	n	(%)
1 Os mecanismos que levam à depressão podem ser biológicos	94	42,2%
8 A depressão passa despercebida em grande número de vezes.	97	43,5%
13 Existe interferência séria na qualidade de vida das pessoas e seus familiares	176	78,9%
14 É causa frequente de morbilidade e mortalidade.	36	16,1%
15 É uma afecção grave pelo sofrimento que provoca.	100	44,8%
16 É uma doença que origina diminuição do rendimento pessoal profissional e social com custos sociais e económicos elevados.	166	74,4%
18 É considerável o risco de suicídio no doente com depressão grave	197	88,3%
20 É uma doença grave e incapacitante tornando o doente dependente.	61	27,4%

Gráfico nº 5 – Avaliação da importância medica e social da doença



Assim, da interpretação do quadro referente às afirmações acerca da importância médica e social da doença verificamos que a maioria dos enfermeiros considera o risco de suicídio no doente com depressão grave, que

a doença interfere na qualidade de vida do doente e seus familiares, originando diminuição do rendimento pessoal profissional e social com custos sociais e económicos elevados, com uma percentagem de respostas respectivamente de 88,3%, 78,9% e 74,4%.

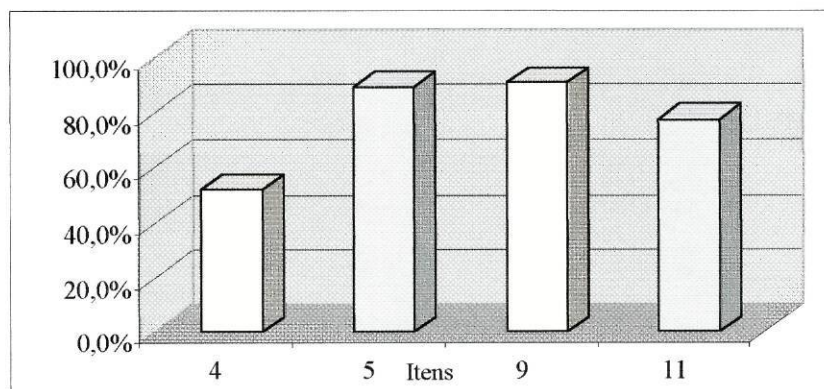
Em ordem percentual decrescente surgem as afirmações referentes à gravidade associada ao sofrimento com a anuência de 44,8% dos enfermeiros, 43,5% consideram que passa despercebida em grande nº de vezes e 42,2% admitem que os mecanismos que levam à depressão possam ser biológicos.

Finalmente 61 enfermeiros 27,4% da amostra consideram a depressão incapacitante tornando o doente dependente, e também 36 (16,1%) consideram ser a depressão causa frequente de mortalidade e morbidade.

Tabela nº16 - Características da depressão – Atribuição de Veracidade às queixas apresentadas pelo doente

Afirmações	n	(%)
4 Os sintomas como chorar facilmente surgem especialmente se há problemas para resolver.	116	52,0%
5 O refúgio na doença é para fugir às responsabilidades	199	89,2%
9 A melancolia surge em pessoas que não gostam de ser contrariadas usando a depressão para obter o que querem.	202	90,6%
11 É notória a falta de veracidade das queixas físicas sendo o reflexo de problemas pessoais.	172	77,1%

Gráfico nº 6 – Atribuição de Veracidade às queixas apresentadas pelo doente.



Relativamente à análise da frequência de respostas às afirmações para indagar se os enfermeiros atribuem veracidade às queixas apresentadas pelo doente com depressão, a maioria dos enfermeiros *não considera* : que o refúgio na doença seja para fugir às responsabilidades, que a depressão seja usada como meio para atingir fins, respectivamente 89,2% e 90,6% dos enfermeiros.

Embora com menor valor percentual 77,1% dos enfermeiros não consideram ser notória a falta de veracidade das queixas físicas.

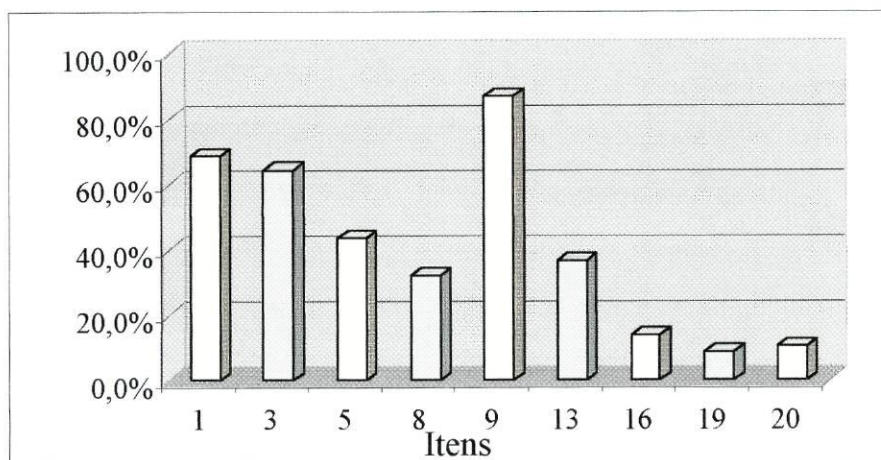
No contexto de atribuição de veracidade às queixas 116 enfermeiros 52% do total da amostra, não consideram os sintomas como chorar facilmente, como surgindo especialmente se houver problemas para resolver.

Interpretação e análise das respostas dos 20 itens do enunciado acerca do tratamento da depressão.

Tabela nº17 – Atribuição de eficácia ao tratamento farmacológico e conhecimento dos seus mecanismos de acção e identificação das opções terapêuticas

	Afirmações	n	(%)
1	O uso de antidepressivos é eficaz na maioria das situações de depressão.	154	69,1%
3	A redução dos sintomas depende do cumprimento da prescrição e da continuidade do tratamento.	144	64,6%
5	Deve ser aconselhada a continuidade do tratamento com antidepressivos, durante pelo menos 4 meses após a redução dos sintomas.	97	43,5%
8	Deve avisar-se o doente de que durante o início do tratamento com antidepressivos provavelmente os seus sintomas se agravarão devido aos efeitos secundários.	72	32,3%
9	A depressão é uma doença tratável.	194	87,0%
13	Deve informar-se o doente que o início do efeito dos antidepressivos surge normalmente ao fim de duas a seis semanas.	82	36,8%
16	Os antidepressivos não provocam dependência.	31	13,9%
19	O tratamento com <i>electrochoques</i> poderá ser uma das opções terapêuticas.	20	9,0%
20	As tentativas de suicídio podem ser mais frequentes após o início do tratamento com antidepressivos.	23	10,3%

Gráfico nº7 - Atribuição de eficácia ao tratamento farmacológico



Pela análise da tabela 17, verificamos que a grande maioria dos enfermeiros (87,0%) acredita que a depressão é tratável. A maioria (69,1%) assinala que o uso de antidepressivos é eficaz na maioria das situações de depressão e que a redução dos sintomas depende da continuidade do tratamento, itens associados e que traduzem uma formação de base dos enfermeiros orientada para o tratamento e a continuidade dos tratamentos como condição para a remissão dos sintomas de qualquer doença.

A frequência de respostas aos requisitos específicos do tratamento com antidepressivos e acerca dos seus efeitos secundários é de (32,3%), item oito, no item cinco acerca da continuidade do tratamento (43,5%), e no item treze acerca do início do efeito (36,8%), indiciam um desconhecimento global dos respondentes acerca dos mecanismos de ação dos antidepressivos.

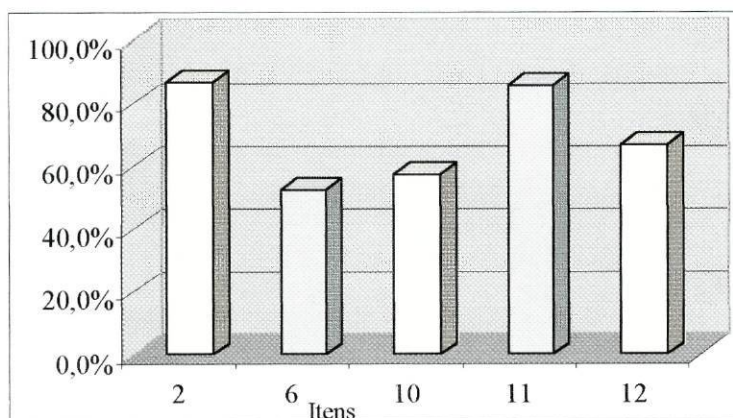
Relativamente à frequência de respostas obtida no item dezanove os enfermeiros da amostra desconhecem que o tratamento com eletrochoques poderá ser uma das opções terapêuticas, sendo reconhecida esta opção terapêutica por 20 enfermeiros 9% do total da amostra.

Relativamente ao item vinte os enfermeiros da amostra na sua maioria não consideram poderem ser mais frequentes as tentativas de suicídio após o início do tratamento com antidepressivos, coincidindo com o início da remissão dos sintomas e consequentemente com a provável redução da inibição psicomotora, estando o deprimido ainda suficientemente deprimido para operacionalizar a sua provável ideação suicida uma vez que já recuperou alguma energia para o fazer.

Tabela nº18 – Papel dos enfermeiros na adopção de atitude terapêutica e na orientação para a adesão ao tratamento.

	Afirmações	n	(%)
2	A intervenção de enfermagem deve incidir na promoção da auto-estima	194	87,0%
6	A intervenção de enfermagem deve incluir a visita domiciliária, na fase aguda da doença.	117	52,5%
10	Informar o doente deprimido que a resposta ao tratamento é demorada ajuda-o a aderir à terapêutica prescrita	128	57,4%
11	A intervenção de enfermagem na orientação dos familiares é para adoptarem uma atitude de compreensão evitando a crítica	191	85,7%
12	É importante alertar o doente que vale a pena ajustar-se aos efeitos secundários dos antidepressivos e continuar o tratamento	149	66,8%

Gráfico nº 8 – Papel dos enfermeiros na adopção de atitude terapêutica



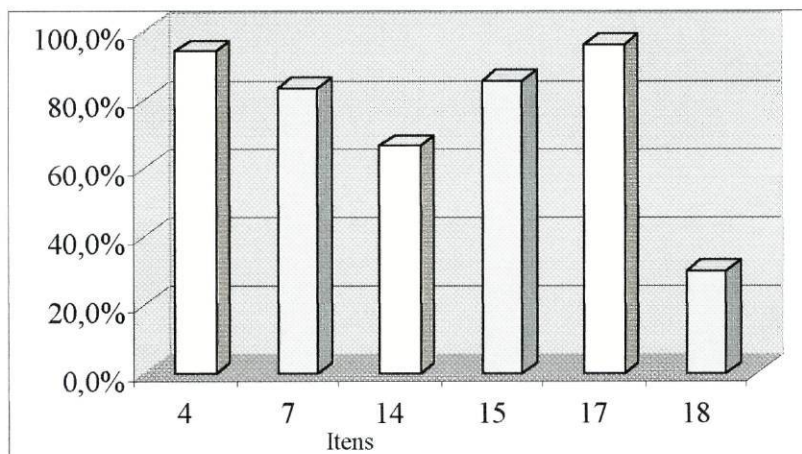
Relativamente à tabela nº18 que apresenta os itens relativos ao papel específico do enfermeiro na orientação para a adesão ao tratamento verifica-se uma confluência de frequências das respostas para os itens que no seu conteúdo induzem idealmente ao respeito e compreensão e à continuidade do tratamento, respectivamente os itens: dois (87,0%) onze (85,7%) e doze (66,8%) o item dez que veicula uma informação clara ao doente acerca da demora da resposta do tratamento, para o incentivar a continuar o tratamento adiando a recompensa da redução dos sintomas, foi considerada relevante por 57,4% dos enfermeiros da amostra.

O item seis que orienta para a necessidade de visitação domiciliária só na fase aguda da doença apresenta uma menor adesão dos respondentes (52,5%).

Tabela nº19 – Validade atribuída à modalidade terapêutica

	Afirmações	n	(%)
4	O tratamento com antidepressivos deve ser interrompido logo que surjam melhoras.	210	94,2%
7	A depressão não deve ser super valorizada é uma doença que regride se o doente quiser.	186	83,4%
14	A psicoterapia é mais eficaz que a terapia farmacológica	148	66,4%
15	O doente deprimido praticamente não necessita de cuidados de enfermagem, é um doente independente.	191	85,7%
17	Não é necessário geralmente um tratamento, os sintomas cessam quando os problemas estiverem resolvidos.	214	96,0%
18	O principal factor para o doente melhorar é a sua vontade própria devendo ajudar-se a si próprio.	67	30,0%

Gráfico nº9 – Validade atribuída à modalidade terapêutica



A interpretação e análise dos itens da tabela 19 referentes à atribuição de validade ao tratamento indicam uma visão genérica dos enfermeiros no reconhecimento dos itens, (4,7,14,15,17) como pressupostos falsos.

Sendo de salientar que apesar de os enfermeiros considerarem, na sua maioria a depressão como doença tratável através de um tratamento específico, só 67 enfermeiros 30% do total da amostra não assinalaram o item 18, concluindo-se que 70% dos enfermeiros consideram que o principal factor para o doente melhorar é a sua vontade própria devendo o doente ajudar-se a si próprio.

Apresentação e análise dos dados obtidos na pergunta 13 A.

Quadro nº7 – Atitude a ter com o doente com depressão valor terapêutico atribuído.

Atitudes a ter com o Doente com depressão		A – Valor Terapêutico					
		Não responde 0	A evitar 1	É inútil 2	Pode ajudar 3	É muito útil 4	É essenc. 5
1	Dizer-lhe que os seus receios não têm fundamento	17 8%	98 44%	31 14%	54 24%	19 9%	4 2%
2	Esclarece-lo cuidadosamente sobre a Terapêutica e mostrar disponibilidade.	7 3%		2 1%	19 9%	51 23%	144 65%
3	Explicar-lhe que está doente mas após o tratamento vai sentir-se melhor.	10 4%	4 2%	5 2%	39 17%	72 32%	93 42%
4	Orientar os familiares para terem uma atitude de compreensão, sem críticas.	8 4%	1 0%	2 1%	13 6%	49 22%	150 67%
5	Fazer-lhe ver que deve pensar em coisas mais importantes.	11 5%	7 3%	20 9%	99 44%	60 27%	26 12%
6	Encorajá-lo a viajar para mudar de ambiente e acabar com as preocupações.	7 3%	8 4%	33 15%	135 61%	31 14%	9 4%
7	Lembrar-lhe que tem que fazer algo por si próprio, tem que ter força de vontade.	9 4%	1 0%	13 6%	53 24%	80 36%	67 30%
8	Respeitar os seus desejos de estar só ou de estar acompanhado.	13 6%	16 7%	10 4%	68 30%	77 35%	39 17%
9	Fazê-lo sentir que os profissionais de saúde não têm tempo para lhe dar toda a atenção.	20 9%	126 57%	24 11%	31 14%	15 7%	7 3%
10	Dizer que deve animar-se.	21 9%	10 4%	41 18%	72 32%	35 16%	44 20%
11	Não fazer críticas ao seu comportamento.	18 8%	44 20%	5 2%	23 10%	43 19%	90 40%
12	Demonstrar compreensão e preocupação pelo seu bem estar.	15 7%	1 0%	2 1%	23 10%	63 28%	119 53%
13	Facilitar a expressão dos seus sentimentos. Exemplo: “não tenha vergonha de chorar... isso mostra bem o seu sofrimento”.	18 8%	4 2%	12 5%	47 21%	70 31%	72 32%
14	Não valorizar as queixas físicas, diminuirá a necessidade que o deprimido tem de chamar a atenção.	20 9%	68 30%	30 13%	68 30%	32 14%	5 2%

Pela interpretação e análise do quadro verifica-se que as respostas dos enfermeiros convergiram para a atribuição *de valor terapêutico essencial* nos itens:

- nº4 (67%) ;
- nº2 (65%);
- nº12 (53%);
- nº11 (40%);

A atribuição do valor terapêutico assinalado ser muito útil, destaca os itens:

- nº7 (36%);
- nº8 (35%);
- nº3 (32%);
- nº13 (31%).

Em relação à atitude considerada como *não ter valor terapêutico*.

Verifica-se que nos resultados decorrentes das respostas dos enfermeiros que concorrem para a atribuição de *valor terapêutico útil podendo ajudar em alguns casos* se salientam as afirmações/itens:

- nº6 (61%)
- nº5 (44%)
- nº10 (32%)
- nº14 (30%)
- nº 7 e 1 ambas com (24%).

Relativamente à atribuição de um *valor terapêutico considerado inútil* ou sem valor terapêutico, a frequência das respostas dos enfermeiros é maior nos itens:

- nº10 (18%),
- nº6 (15%);
- nº1 (14%);
- nº14 (13%).

A atribuição de *valor terapêutico a evitar* podendo agravar a situação do doente é atribuído aos itens:

- nº9 (57%);
- nº 1 (44%);
- nº14 (30%);
- nº11 (20%).

Apresentação e análise dos dados obtidos na pergunta 13 B

**Quadro nº8 - Atitude terapêutica a ter com o doente com depressão
frequência com que põe em prática no desempenho**

Atitudes a ter com o Doente com depressão		B – Põe em prática no seu desempenho				
		Não responde	Nunca	Por vezes	Se for possív.	Sempre
		0	1	2	3	4
1	Dizer-lhe que os seus receios não têm fundamento	29 13%	71 32%	55 25%	43 19%	25 11%
2	Esclarece-lo cuidadosamente sobre a Terapêutica e mostrar disponibilidade.	24 11%		11 5%	60 27%	128 57%
3	Explicar-lhe que está doente mas após o tratamento vai sentir-se melhor.	23 10%	2 1%	32 14%	56 25%	110 49%
4	Orientar os familiares para terem uma atitude de compreensão, sem críticas.	21 9%	2 1%	12 5%	79 35%	109 49%
5	Fazer-lhe ver que deve pensar em coisas mais importantes.	24 11%	10 4%	66 30%	75 34%	48 22%
6	Encorajá-lo a viajar para mudar de ambiente e acabar com as preocupações.	25 11%	22 10%	78 35%	79 35%	19 9%
7	Lembrar-lhe que tem que fazer algo por si próprio, tem que ter força de vontade.	28 13%	5 2%	29 13%	60 27%	101 45%
8	Respeitar os seus desejos de estar só ou de estar acompanhado.	27 12%	5 2%	37 17%	95 43%	59 26%
9	Fazê-lo sentir que os profissionais de saúde não têm tempo para lhe dar toda a atenção.	35 16%	107 48%	40 18%	19 9%	22 10%
10	Dizer que deve animar-se.	42 19%	13 6%	54 24%	47 21%	67 30%
11	Não fazer críticas ao seu comportamento.	35 16%	38 17%	20 9%	41 18%	89 40%
12	Demonstrar compreensão e preocupação pelo seu bem estar.	27 12%		12 5%	40 18%	144 65%
13	Facilitar a expressão dos seus sentimentos. Exemplo: “não tenha vergonha de chorar... isso mostra bem o seu sofrimento”.	33 15%	8 4%	37 17%	68 30%	77 35%
14	Não valorizar as queixas físicas, diminuirá a necessidade que o deprimido tem de chamar a atenção.	35 16%	51 23%	70 31%	50 22%	17 8%

Identifica a frequência com que os enfermeiros da amostra referem pôr em prática as atitudes mencionadas, que consideram terapêuticas, verificamos que:

- O item nº12 tendo implícito a atitude empática se destaca com maior frequência (65%);
- Aos itens 2 (57%) 3 e 4 (49%) revelando de alguma forma a responsabilidade do doente para a mudança do seu estado;
- O item 7 com 45% os itens 11 (40%) e o item 13 (35%).

Os itens **mais referenciados** para uma *frequência de desempenho e prática da atitude considerada terapêutica, sempre que for possível aos enfermeiros, são:*

- O item 8 (45%) relativo ao respeito pela vontade do doente;
- O item 4 (35%), relativo à orientação dos familiares para uma atitude de compreensão;
- O item 6 (35%) encorajá-lo a viajar para mudar de ambiente;
- O item 5 (34%) que aconselha o doente a pensar em coisas mais importantes;
- O item 13 (30%) relativo à audição activa e ao respeito pela expressão emocional dos sentimentos do doente;
- O item 7 (27%) relativo a lembrar ao doente que tem que ter força de vontade e fazer algo por si próprio, é referido por os enfermeiros.

Os restantes itens assumem valores inferiores:

- o item 3 (25%) referente ao assegurar da remissão dos sintomas após o tratamento;
- o item 14 (22%) que tem implícito uma atitude de não valorização das queixas físicas para o doente não chamar a atenção, remetendo as queixas para expressões subjectivas de “simulação” dado não serem consideradas reais.
- o item 10 (21%) das respostas dizer ao doente que deve animar-se.
- o itens 11 e 12 com (18%) das respostas direccionadas a demonstrar compreensão ao doente, e preocupação pelo seu bem estar não fazendo críticas ao seu comportamento.

Assinalando que *põem em prática no seu desempenho por vezes*, surgem os itens :

- O nº6 (35%)
- O nº14 (31%)
- O nº5 (30%)
- O nº1 (25%)
- O nº10 (24%)
- Os restantes itens assumem valores menores.

Assinalado como nunca sendo postos em prática no desempenho dos enfermeiros surgem os itens:

- nº 9 (48%) dos enfermeiros traduzindo sentir ao doente que os profissionais de saúde não têm tempo para lhe dar toda a atenção
- nº1 (32%) dos enfermeiros traduzindo que nunca dizem ao doente que os seus receios não têm fundamento
- nº14 (23%) dos enfermeiros traduzindo assumindo que valorizam as queixas físicas do doente tendo implícito a atribuição de veracidade aos seus sintomas físicos.

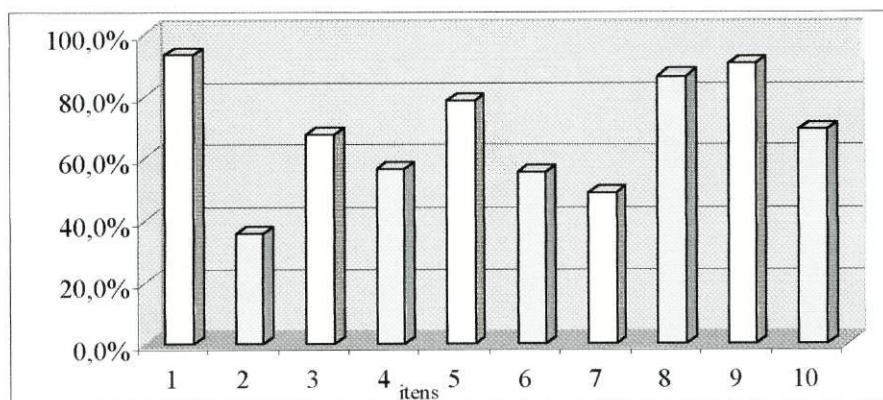
De salientar que a maior abstenção nas respostas (13%) concentra-se nesta questão 13 B.

Apresentação e análise das respostas da pergunta 14 – Situação Clínica A

Tabela nº20 – Intervenção de enfermagem – caso prático

Afirmações	n=223	%
1 – Estabelecer uma relação empática com o casal, deixando-os expressar os seus sentimentos sem fazer juízos de valor	208	93,27%
2 – Responder às perguntas com cuidado sem concordar ou discordar com os sentimentos manifestados acerca da inutilidade do tratamento	80	35,87%
3 – Utilizar palavras de ânimo “Alegre-se” “ a senhora sabe que a sua família gosta de si” “isto não vai ser nada”	151	67,71%
4 – “Dizer à D. Maria que não deve sentir-se assim sem interesse pelas coisas, tem que ter força de vontade”	126	56,50%
5 – Informar o marido que a mulher está doente e que vai melhorar se fizer o tratamento correctamente até ao fim	175	78,47%
6 – Informar que o medicamento prescrito antidepressivo demora normalmente 3 a 4 semanas a começar a fazer efeito, iniciando-se então o alívio dos sintomas	124	55,61%
7 – Orientar o marido para a importância de se ajudar a D. Maria nas actividades que desempenhava, dado estar incapacitada para o fazer devido à doença	109	48,88%
8 – Encorajar o marido a manifestar o seu afecto e compreensão à D. Maria	193	86,55%
9 – Perguntar ao marido da D. Maria se esta situação será o resultado de alguma contrariedade que aborreça a D. Maria, dizendo-lhe que se lhe fizerem a vontade talvez os sintomas passem	202	90,58%
10 – Transmitir à D. Maria respeito pelo sofrimento que sente ao ter perdido a vontade de viver, planeando uma visita domiciliária no prazo de 2/3 semanas ou telefonar para saber se a D. Maria está a melhorar e continua a fazer o tratamento	154	69,06%

Gráfico nº10 - Intervenção de enfermagem – caso prático



Apresentação e análise das respostas da pergunta 14 situação.

Pela distribuição da frequência de respostas verifica-se que a grande maioria dos enfermeiros delineou tendencialmente em 1º lugar a sua intervenção através da adopção dos itens 1 (208:93,27%), 8 (193:86,55%) o item 5 (175:78,47) item 10 (154:69,06%), itens que têm em comum reportarem-se a actos de trabalhos que mobilizam competências de âmbito relacional, cuja concretização é determinada pelo domínio do saber ser no âmbito da relação em prática ainda relativamente à selecção do item 10 que têm implícito a mobilização de conhecimentos prevendo um conhecimento prévio do início do efeito aos antidepressivos e o planeamento de uma visita domiciliária para fazer a avaliação da eficácia da orientação fornecida comprovada através da continuidade do tratamento e da redução dos sintomas.

É portanto consonante com os discursos profissionais oriundos dos seus modelos de referências à prática profissional que os resultados assumam estes contornos e as representações centrais se configurem nestes itens, sendo excluído pelos enfermeiros o item 9 (202:90,58%) dada a objectividade do seu conteúdo direccionada para indicar a simulação de conveniência dos sintomas.

Os itens mais seleccionados em 2º lugar na sequência são o 3 (67,71%) e o 4 (56,5%), o que vem confirmar a crença já anteriormente delineada na constituição de factores principais, em afirmações sem valor terapêutico comprovado mas que são oriundas de um conhecimento orientador das crenças e do conhecimento social, configurando a representação de que se deve inserir no discurso terapêutico afirmações como “alegre-se”, “isto não vai ser nada”, “tem de ter força de vontade”.

Outro aspecto que decorre da análise do quadro é que os itens cuja resposta exige o recurso a saberes analíticos no domínio do saber/conhecimentos científicos específicos necessários e fundamentais para o ensino adequado ao doente e identificação das necessidades potenciais de

interajuda, figuram em 3º lugar na selecção, como respostas difusas atendendo aos valores conforme a distribuição de frequência, o item 6 (124/55,6%) dos enfermeiros indicam conhecer o início do efeito visível dos antidepressivos e numa frequência menor (109:48,88%) dos enfermeiros acharam relevante orientar o marido para ajudar a doente dados estar incapacitada para o fazer. Parece-nos ser subestimada ou desconhecida a importância da doença face à incapacidade que pode gerar, em detrimento de outros factores também importantes, que surgem posicionados numa hierarquia superior.

Finalmente, o item menos assinalado é o nº2 com uma distribuição de frequência das respostas de (80:35,87%), indicador de alguma dificuldade em atribuir à relação terapêutica um cariz prévio de reflexão planeando um discurso reflectivo e isento tanto quanto possível do modelo de opinião pessoal, do profissional em causa.

5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Terminada a etapa da interpretação e análise dos resultados, impõe-se proceder a uma discussão congruente com o percurso inicial delineado pelos objectivos e o desvendar do processo inerente à sua consecução.

Este capítulo visa fazer ressurgir os aspectos relacionados com uma análise crítica que permita explicitar o que foi este estudo de investigação.

Decorrente da aprendizagem feita na fase curricular do V Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental acerca da Depressão como doença inscrita nas perturbações do humor, edificou-se a ideia de indagar que modalidades de conhecimentos tinham os enfermeiros sobre a depressão, que repercussões tinham esses conhecimentos na orientação da acção profissional.

Seleccionado o tema e identificado o problema, decidimos delimitá-lo para aumentar o gradiente de exequibilidade, dado desde logo termos identificado a subjectividade intrínseca às três premissas teóricas do problema - *representações, profissionais de saúde e depressão*. Neste contexto, delimitamos a nossa pesquisa ao grupo profissional do qual fazemos parte, construindo o título definitivo “*as representações que os enfermeiros têm da depressão*”.

Após uma revisão bibliográfica inicial, deparamo-nos com uma diversidade de assuntos inscritos em áreas de conhecimento diferentes, pelo que sentimos necessidade em aprofundar para constituir um referencial teórico consistente que nos desse pistas e linhas de orientação para a construção do instrumento de colheita de dados, dado não encontrarmos na pesquisa que fizemos, um instrumento validado que permitisse proceder à recolha de dados pertinentes para as respostas às nossas questões de partida.

O último enunciado referente à *intervenção de enfermagem na orientação de uma doente com depressão*, não foi possível submeter à análise factorial dado haver implicitamente só uma variável em análise.

Consideramos ter construído um instrumento de colheita de dados cuja consistência interna surge configurada através dos coeficientes obtidos da:

- Determinação da correlação par/ímpar e do coeficiente de Sperman-Brown;
- Determinação do coeficiente alfa de Cronbach, para a globalidade dos itens de cada enunciado e após a exclusão de cada item.

A partir da análise factorial de componentes principais, seguida de uma rotação ortogonal de tipo varimax, que apresentou 21 factores com loadings significativos, dado o questionário incluir itens que visavam indagar “sínteses de crenças”, era importante interpretar e analisar a distribuição da média de frequências de respostas correctas no itens que constituíram os factores, para a apreensão do nível de representações funcionais e disfuncionais face à depressão.

Consideramos funcionais: as representações congruentes com os princípios considerados válidos para encetar um plano de cuidados de enfermagem, visando o tratamento e redução dos sintomas; e consideramos disfuncionais as representações sem valor terapêutico, não consistentes com os princípios científicos considerados válidos e que estão associadas à representação central da depressão como doença auto induzida.

Decorrente deste contexto, não exploramos exaustivamente a correlação entre os factores principais constituídos na análise factorial, dada a agregação de itens com significados diferentes na sua génese.

Para além da análise quantitativa, fizemos uma interpretação e análise dos resultados, tendo como suporte o nosso referencial teórico. Tentamos

estabelecer elos de ligação entre o nosso modelo conceptual e os resultados obtidos.

Referenciamos alguns aspectos que à partida constituem vulnerabilidades do instrumento de colheita de dados, que detectamos após a colheita e durante o tratamento de dados.

Em relação aos itens do 1º enunciado, acerca das características da depressão, os itens dois (2) e sete (7), face ao conteúdo, referem sintomas aludindo à sua persistência, num período de tempo mínimo, delimitado de duas semanas consecutivas, conforme o preconizado na DSM IV. Embora a nossa intenção fosse indagar se os enfermeiros identificavam o síndrome depressivo nessas características essenciais, não foi possível clarificar com rigor, se as respostas se direccionavam para um ou outro aspecto.

Neste contexto, para a resposta diferencial poder ser conclusiva, a construção dos itens 2, 7 e 19 deveria ser reformulada, constituindo-se:

- Os sintomas persistem durante a maior parte do dia, quase todos os dias em pelo menos 15 dias consecutivos;
- Existem alterações no apetite;
- Há perda de interesse ou prazer em quase todas as actividades.
- Pode existir inibição psicomotora;
- Pode existir agitação psicomotora;

A inclusão de mais que um sintoma em cada item, para indagar a relação da associação de sintomas, revelou-se incongruente e inconclusiva pelos aspectos semânticos já referidos.

A construção semântica das afirmações pode eventualmente induzir as respostas, embora tentássemos ser rigorosos e reproduzir com fidelidade as concepções implícitas nas referências e fundamentos obtidos na nossa revisão bibliográfica. As afirmações, na globalidade, sofreram na sua génese a

influência do nosso cunho pessoal, à luz da nossa experiência e do conhecimento da linguagem e cultura profissional desta profissão que integramos há 16 anos.

O instrumento de colheita de dados facultou-nos a possibilidade de concretizar os objectivos delineados, embora com algumas limitações, inerentes à sua construção, que restringiram a possibilidade de conclusões precisas e claras nos itens mencionados.

A nossa amostra, constituída pela grande maioria dos enfermeiros da região de Alto Tâmega, num total de 223, cuja distribuição por instituição e serviço já foi referida, *expressa os conhecimentos gerais dos enfermeiros acerca da depressão*, dado não haver, nem ter havido no Hospital Distrital de Chaves, serviço de Psiquiatria, nem Médico com a referida especialidade, embora e a título de curiosidade, existissem aquando da abertura, instalações designadas para o efeito. A inexistência de especialistas na área de saúde mental e psiquiátrica é extensiva aos Centros de Saúde onde foi feita a colheita de dados, no que concerne a médicos e a enfermeiros.

As representações que os 223 enfermeiros da amostra têm da depressão parecem-nos reflectir as representações que os 290 enfermeiros da população de acesso têm da depressão.

Para podermos fazer uma extrapolação dos resultados da amostra para a população alvo (enfermeiros a exercer funções no território nacional, com um valor absoluto aproximado de 35.000 inscritos na Ordem dos Enfermeiros neste momento – Abril de 2000), exigiria uma amostra com pelo menos 900 enfermeiros, pelo que ficará latente a sugestão para futuras investigações no mesmo âmbito.

Comparando a população de acesso com a amostra conseguida, verificamos que 79,6% dos enfermeiros que participaram voluntariamente no estudo, assumem uma expressão significativa, condizente com um espírito de colaboração e disponibilidade;

Na construção do instrumento de colheita de dados, seguimos as orientações dos autores mencionados. Para a construção dos itens e dos factores indicadores das representações da depressão, assinalamos a nossa dificuldade em conseguir obter um questionário que correspondesse ao rigor exigido, para conseguir um instrumento de dados válido e consistente com os construtos que se pretendem indagar, concretamente perguntas sobre sínteses de conhecimentos e crenças, que à partida e segundo Gil (1995), se referem a experiências subjectivas das pessoas ou do que as pessoas acreditam serem os factos.

Dos resultados do questionário e ficando-nos nos nossos objectivos específicos (que também delinearam a sua construção), deparamos com a inerente dificuldade em atingir o principal objectivo da investigação “obter generalizações válidas, dado ser esta a forma mais eficaz de aplicar as percepções a uma grande variedade de situações” (Philips et Pufh, 1998:64). No entanto, os autores assinalam surgir neste contexto algumas dificuldades, citando Alexandre Dumas, que argumentou face às generalizações: “Todos as generalizações são perigosas – incluindo esta!”.

Ainda segundo os autores citados, a criação e a aplicação de uma teoria explicativa é o que transforma a recolha de dados em investigação.

Assim poderíamos atribuir os resultados ao facto da população estudada residir numa mesma área de proveniência e influência com características culturais próprias e específicas. Os enfermeiros da amostra tiveram a sua formação de base em escolas diferentes, têm acesso a informação veiculada pelos mass media e os resultados dos estudos da pesquisa que fizemos em medline sobre as representações que os profissionais de saúde têm sobre a depressão parecem comprovar os nossos resultados – descrevemos extractos de estudos que consideramos elucidativos:

(Shao et al 1997): “Falsas expectativas acerca da eficácia do tratamento da depressão e barreiras atitudinais podem comprometer as habilidades dos médicos para diagnosticar e tratar a depressão”.

(Kerr, Bitzard, e Mann, 1995) “Os médicos generalistas e os psiquiatras apresentam diferenças significativas nas suas atitudes face à depressão. As atitudes dos generalistas reflectem a prática. O questionário acerca das atitudes face à depressão, indica a necessidade de instituir iniciativas educacionais de aperfeiçoamento para a detecção e o tratamento da depressão”.

(Orell, Collins, Sherigill e Katona, 1995): “Muitos médicos *generalistas* seleccionam doses subterapêuticas, particularmente dos triciclicos antigos, alguns médicos generalistas, dizem manter os antidepressivos por mais de três meses e só um, em doze continua os antidepressivos por mais de seis meses. Estes resultados reflectem que esta prática pode ser perigosa para muitos doentes que não são tratados adequadamente, correndo o risco de recidiva, dado o tratamento com antidepressivos ser interrompido muito cedo, antes da recuperação”.

(Brandt, Ugarriza, 1996): “O tratamento com electroconvulsoterapia ETC, continua a carregar um substancial estigma social para os doentes e a despeito da receita do tratamento, surge o temor secreto pelas repercussões sociais e as discussões com a família e os amigos”.

(More J., 1996): “Recentes descobertas na pesquisa de enfermagem suportam a presença de *outros comportamentos* considerados pelos enfermeiros como sintomas da depressão. Um resultado adicional revelou que os enfermeiros não estabelecem ligações com os seus doentes com depressão, no entanto revelam conhecimentos de base sobre os sintomas”.

(Korten, Jacomb, Cristensen, Rodgersil e Pollitt, 1997): “Resumiram, as crenças da maioria da população, que considera existir uma fraqueza de carácter, como causa comum na depressão e esquizofrenia. Esta crença implica uma avaliação negativa do sofrimento das pessoas”.

Na nossa pesquisa, só encontramos dois estudos com referência específica às crenças dos enfermeiros acerca da depressão, embora nos pareça poder considerar por analogia e da interacção pelos contextos de trabalho que as crenças dos profissionais de saúde, corroboram “a crença na depressão como doença autoinduzida”, referida por Montgomery (1993), por Nágera (1993), por (Kaplan, Sadock e Grebb 1997), embora o “National Institute of Mental Health” (NIMH) tenha iniciado um programa para aumentar a conscientização da depressão entre a população em geral e entre os médicos. Os sintomas da depressão frequentemente são impropriamente considerados; como reacções compreensíveis ao stress, evidências de fraqueza de carácter ou

simplesmente, como uma tentativa consciente de obter algum ganho secundário”.

A selecção do método de tratamento e de análise dos dados obtidos também nos conduziu aos seguintes resultados:

- o valor predictivo fraco das variáveis de caracterização da amostra, situando-se aproximadamente entre os coeficientes 0,066 e 0,083, levou-nos a deduzir que estas variáveis não influiriam significativamente nos resultados;
- tendo em atenção a fraca correlação que existe entre as restantes variáveis de caracterização e as variáveis de identificação das representações da depressão (exemplo: a variável “*sofreu de depressão*” não indica qualquer correlação com qualquer uma das variáveis de identificação das características da depressão ou dos requisitos para o tratamento), reconsideramos a possibilidade que tínhamos previsto de cruzar estas variáveis, direccionando a nossa análise para a relação existente entre as variáveis identificação/reconhecimento das características da depressão e as variáveis identificação/reconhecimento das características do tratamento farmacológico e da atitude terapêutica.

Das variáveis independentes de caracterização da amostra, a que melhor indica predizer da variável dependente, é a variável tempo de serviço.

Esta variável apresenta um coeficiente de correlação entre 0,184 e 0,244 nos indicadores de representações, acerca do diagnóstico, importância da doença, tratamento farmacológico e papel do enfermeiro na orientação para o tratamento farmacológico.

Face aos indicadores gerais de representações acerca das características da depressão, os critérios de diagnóstico menos identificados pelos enfermeiros são a inibição e agitação psicomotora.

A análise global dos critérios assinalados, induz-nos o parecer de que os enfermeiros não associam directamente a inibição e a agitação psicomotora ao contexto depressivo, como restringindo o desempenho normal do doente.

De uma forma geral, os enfermeiros identificam os sintomas nucleares da depressão, ficando-nos a dúvida se o reconhecimento da persistência dos sintomas é de facto real ou se foi deduzido pela associação de sintomas.

As representações manifestas como conhecimento geral prático partilhado acerca das características e do tratamento da depressão em consonância com os objectivos traçados, são delineadas, pelo reconhecimento:

- Das perturbações do sono;
- Dos sentimentos de desvalorização pessoal e culpa;
- Do humor depressivo, inferido através da expressão de desânimo.

Na avaliação da *importância médica e social da doença* achando que :

- É considerável o risco de suicídio na depressão grave;
- Existe interferência séria na qualidade de vida das pessoas e seus familiares;
- É uma doença que origina diminuição do rendimento pessoal, profissional e social, com custos sociais e económicos elevados.

No âmbito *da atribuição de eficácia ao tratamento* farmacológico:

- Ao crédito de que a depressão é uma doença tratável;
- À redução dos sintomas dependente do tratamento
- À eficácia do uso de antidepressivos.

No papel específico do enfermeiro na orientação para o tratamento:

- Para a promoção de auto-estima;
- Para a orientação dos familiares na adoção de uma atitude sem críticas.

No âmbito das atitudes consideradas com valor terapêutico, os enfermeiros da amostra parecem não associar à depressão :

- Ser causa de morbidade e mortalidade;
- Ser uma doença incapacitante;
- Tornar o doente dependente e com necessidade de ajuda nas suas actividades de vida diária e domésticas (AVDs);
- O sofrimento causado devido à severidade dos sintomas;
- Passar despercebida em grande número de vezes.

Parecem não associar ao decurso do tratamento da depressão:

- A electroconvulsoterapia como opção terapêutica;
- O risco de suicídio presente no início da redução dos sintomas;
- Que os antidepressivos não provocam dependência, parecendo dar consistência à crença mencionada no referencial teórico que os antidepressivos provocam habituação;
- Os conhecimentos acerca dos efeitos secundários dos antidepressivos, como conhecimento necessário de domínio analítico e princípio orientador subjacente ao ensino do doente, visando a adesão terapêutica;
- O início do efeito terapêutico dos antidepressivos ao fim de duas a seis semanas – particularidade fundamental no aconselhamento do deprimido, para poder perceber a necessidade de continuar o tratamento, promovendo a adesão terapêutica funcionando como indicador da eficácia do ensino ao doente;

- A necessidade de visitação domiciliária na fase aguda da doena, indicador que nos parece estar de acordo com uma concepo de determinao de necessidade de cuidados, vocacionada para os actos relacionados com tratamentos, pensos a feridas, algaliaoes e administrao de injectáveis;
- A amplitude da severidade dos sintomas psicomotores, considerando a vontade própria como um factor não afectado pela doena que o doente det m e pode activar para proceder à remissão dos sintomas.

Da análise conjunta dos 20 itens do enunciado global das características da depressão, como primeiro quadro de referência para identificar as representaoes dos enfermeiros acerca do diagnóstico e identificao das características da depressão, as *representaoes* estruturam-se e convergem para uma esfera de influência:

- Dos critérios de diagnóstico relativos a sintomas psicológicos e ao humor deprimido;
- Pela inferência da expressão facial e da postura de desalento ou desânimo;
- Pelos sintomas cognitivos na autodepreciao e perda de auto estima;
- Pelas perturbaoes do sono, a ins nia concretamente;
- Pela interferência da depressão nas relaoes interpessoais familiares, profissionais e sociais com os custos inerentes;
- De ser considerado o risco de suicídio na depressão "grave".

Da análise podemos concluir que as representaoes acerca das características da doena convergem para o reconhecimento dos critérios

de diagnóstico da DSMIV e para atribuição de veracidade às queixas mencionadas nos itens.

Os enfermeiros da amostra parecem não considerar, na sua amplitude, as repercussões dos factores/características assinaladas e explícitas:

- na incapacidade, na morbilidade e mortalidade causada pela depressão, subestimando a importância dos factores motivacionais inscritos no domínio dos sintomas psicómotores que eventualmente poderão remeter para a necessidade de ajuda de âmbito profissional, revelando dificuldades em identificar o nível de dependência, dado não ser visível objectivamente o ferimento ou o handicap físico que justifique de imediato a sua intervenção específica.

Da interpretação e análise destes vinte itens do 2º quadro de referência e apesar da frequência das respostas obtidas indicarem uma convergência com os conhecimentos difundidos actualmente pela comunidade científica, através da literatura específica, as representações acerca dos antidepressivos como provocando dependência, assim como a atribuição de responsabilidade maior ao doente através da activação voluntária da sua vontade própria como terapia, parece-nos sofrer a influência da representação central de depressão como doença autoinduzida. A rejeição do tratamento com electrochoques como modalidade terapêutica parece-nos oriunda de auto-representações dos enfermeiros sobre crenças, acerca desta modalidade terapêutica.

Tendo em conta a formação de base dos enfermeiros orientada para saber ser, saber estar e saber fazer, a intervenção junto do doente deprimido requer uma mobilização de conhecimentos específicos, para o sucesso no aconselhamento terapêutico que passam pelo conhecimento dos mecanismos de acção dos antidepressivos, centrados nos saberes teóricos que não necessitam ser operacionalizados através de técnicas de recurso instrumental.

A importância do tratamento centrada no simbolismo atribuído, não é condicionada pela emergência de um maior ou menor perigo de vida que não é explícito nem objectivamente visível na ideação suicida, por vezes implícita e decorrente da severidade dos sintomas pode, nalguns casos, culminar em suicídio.

Decorrente da análise conjunta e comparativa da atribuição de valor terapêutico aos 14 itens, directamente associados ao processo que activa para uma solicitação no domínio de utilização de teorias, seleccionando as que constituem sínteses de conhecimento que figuram neste caso, como recursos determinantes à atribuição de um valor terapêutico adequado ao item em causa. Na selecção destas respostas ideais, surgem delineadas representações com tendência para atribuição clara de valor terapêutico aos itens que aglutinam factores relacionados com a indução para o tratamento, consonantes com a literatura científica.

Representações com contornos difusos, surgem como expressões de valor terapêutico, através da anuência implícita da sua utilização no desempenho profissional, parecendo-nos assumir neste contexto o significado dos dois níveis funcionais da representação difundidos por Rodrigo, Rodriguez e Marrero (1993). Para solicitações de cariz teórico induzido pelo “*hei-de fazer*”, são utilizadas sínteses de conhecimentos reconhecidas no grupo profissional e respostas idealizadas “opiniões”. Para solicitações de cariz pragmático, induzindo a uma situação real para o “*tenho que fazer*” assumem-se como próprias versões das sínteses de conhecimento, *as sínteses de crenças, “em atitudes”*.

Esta diferença de solicitações que conflui para uma ou outra síntese funcional da representação, explica-nos de alguma forma a divergência de respostas entre o “*pensar para responder*” (ideal – opinião de domínio cognitivo) e o “*pensar para fazer*” (real – atitude de domínio afectivo).

A organização das respostas é condicionada pela informação e atitudes igualmente vinculadas, adquiridas e vivenciadas nos contextos de trabalho dos enfermeiros da amostra.

Parece delinear-se, em resumo, um enquadramento num mesmo simbolismo teórico, da inclusão de itens sem valor terapêutico comprovado, nos mesmos quadros de referência do valor terapêutico comprovado.

Configura-se o papel determinante da depressão como doença propícia a ser relegada para segundo plano, em relação à sua importância médica e social, especialmente ao atribuir-se ao doente a responsabilidade de fazer algo por si próprio, congruente com o não reconhecimento da maioria dos enfermeiros pelos sintomas psicomotores e a diminuição da energia patente.

Emerge também das respostas que os enfermeiros assumem ter atitudes (reais) que não têm a mesma expressão nas solicitações de resposta considerada ideal.

Considerada ideal, uma vez que os enfermeiros mobilizam as suas sínteses de conhecimentos acerca do que *deveriam* fazer na atitude terapêutica a ter com o doente com depressão.

1º - Considerando os Objectivos gerais: Identificar as representações que os enfermeiros têm da depressão.

Identificamos que as representações como modalidades de conhecimento prático que os enfermeiros têm da depressão são essencialmente configuradas através do reconhecimento:

- da repercussão emocional e socioprofissional dos sintomas.
- da alteração da qualidade de vida do doente;
- da importância do tratamento;
- da importância de não interromper a farmacoterapia;
- do papel do enfermeiro no tratamento.

Na atribuição de importância moderada aos factores:

- Requisitos do tratamento com antidepressivos;
- Aspectos da relação interpessoal;
- Identificação dos sintomas nucleares;
- Intervenção terapêutica ideal.

Na tendência de não reconhecer os factores:

- Atitudes sem valor terapêutico no desempenho;
- Opções terapêuticas/risco de suicídio;
- Atitudes sem valor terapêutico
- Atitudes disfuncionais;
- Importância médica e social da doença;
- Atitude terapêutica no desempenho;
- Supervalorização da vontade/Psicoterapia;
- Inibição do desempenho do doente;
- Promoção da adesão e continuidade do tratamento.

2º - Analisar se as representações que os enfermeiros têm da depressão são congruentes com os conhecimentos as normas e linhas de orientação actualmente aceites e difundidas pela comunidade científica.

As representações que os enfermeiros têm da depressão revelam incongruências face ao diagnóstico, ao tratamento e à atitude terapêutica a ter com o doente com depressão, veiculadas nas normas e linhas de orientação actualmente aceites e difundidas na comunidade científica.

6 - CONCLUSÕES

Chegou o momento de sistematizar as ideias principais deste estudo que envolveu mais que o nosso esforço individual, traduzindo uma cooperação nos bastidores, cujo estímulo desencadeou esta resposta.

A pesquisa bibliográfica, base do nosso referencial teórico, conduziu-nos durante todo o processo, transformando-se numa companhia inseparável que contextualizou o nosso modelo conceptual, configurando duas ideias centrais: o processo que subjaz à construção do conhecimento das representações sociais da depressão e a sua influência no desempenho profissional dos enfermeiros.

Pretendíamos indagar que representações os enfermeiros têm da depressão e se essas representações como modalidades de conhecimento traduzem sínteses de conhecimento científico ou sínteses de conhecimentos do senso comum ou ambos.

Fizemos uma abordagem dos pressupostos teóricos que consideramos relevantes para a compreensão desta temática. Começamos pela descrição da construção do conhecimento, à luz da perspectiva cognitiva e cultural. Falamos da influência das teorias implícitas, representativas do conhecimento comum, das representações como modalidades de conhecimento ou teorias sociais práticas acerca da depressão. Direcçionamos a dimensão funcional das representações como teoria explicativa orientadora da organização dos comportamentos.

Achamos importante incluir os pressupostos teóricos que subjazem à prática de enfermagem e aos aspectos que concorrem à construção da sua identidade profissional e social, como condicionantes do seu desempenho.

Na abordagem da depressão como doença inscrita nas perturbações do humor, consideramos o *episódio de depressão major*, dada a sua prevalência e incidência como figurativo da depressão, descrevemos os critérios de diagnóstico e tratamento referidos na bibliografia consultada.

Os resultados obtidos sugerem que :

“Não se dá atenção suficiente ao facto de que toda a gente, mesmo o cientista, precisa de saberes populares para o quotidiano, para a comunicação com os outros. Cada um é na verdade melhor especialista do senso comum do que da sua própria especialidade. Se comparar o seu saber do senso comum no que respeita à psicologia, à sociologia, à física, ou à economia com o seu saber da sua especialidade verifica de imediato uma desproporção importante” (Moscovici, 1994).

A carência de informação acerca das características e da importância da doença no domínio da saúde pública, como causadora de morbilidade, é confirmada.

As respostas induzem a constatar a validade e alguma dominância dos saberes do senso comum que reveste a importância da expressão “as nossas grandes dificuldades não vêm, do que nós não sabemos, vêm das coisas que sabemos e que não são verdadeiras”.

As diferenças fundamentais que emergem da crença e dos conhecimentos científicos, é que a crença ilustra o conhecimento recontextualizado na prática, constituído pela modelagem, consentâneo com o comportamento colectivo da equipe de saúde, “embora se ache que o procedimento a ter com o doente é este, o procedimento que se aplica é o reflexo do que a equipe multidisciplinar adopta”.

A crença como uma “verdade” residual, revela-se oportuna nos contextos de trabalho: Assim, conversar com o utente pode ser adiado, o que por vezes dá uma visão de “não haver que fazer”, o “trabalho” é contabilizado em função do fazer e do executar actividades, onde a operacionalização do gesto é fulcral.

Na questão da divisão dos poderes e da atribuição de importância às intervenções de enfermagem no domínio da reconstituição dos saberes, é atribuído maior “valor”, e mais prestigiante aos actos técnicos que não são delegados.

Na identificação dos níveis de dependência de um doente, os critérios utilizados são de ordem pré-estabelecida e relacionada com handicap, mensurável, “totalmente dependente, necessitando de cuidados totais”. À luz da crença, a inibição motora real é induzida por deficiência determinada – hemiparesia ou hemiplegia, relacionada com AVC, em que há um padrão espástico visível, um doente com depressão e inibição psicomotora “pode mexer-se”, “não se mexe por que não quer”.

Desmistificar o “fazer” trabalho ou incorporar também a relação/comunicação terapêutica no “fazer trabalho”, estou a trabalhar quando estou a recriar o espaço terapêutico consignado ao utente, a audição activa, a selecção adequada das palavras ou o silêncio terapêutico são técnicas estão nos discursos de holismo, do cuidar. É necessário reafirmá-lo e aprender a aprender, e ensinar a aprender “Estou ocupada: mas não estás a fazer nada... Estou ... estou aqui presente a ouvir o Sr. ou a Sr^a...”

É necessário orientar quando se delegam funções no âmbito relacional. É importante “ensinar” a relação terapêutica, e a atitude terapêutica. Redefinir os níveis de dependência para quem necessita de cuidados globais. As representações constroem-se através da apreensão de imagens difundidas pelos mass media, é necessário reforçar a informação dos mass media.

Consideramos pertinentes como sugestões a prática :

- Operacionalizar as funções implícitas no REPE;
- Operacionalizar os pressupostos teóricos relativos à consagração da relação terapêutica;
- Iniciar campanhas de sensibilização, através de imagens elucidativas: painéis alertando sobre a gravidade da depressão, a redução funcional que causa, a morbilidade, comorbilidade e mortalidade;
- Divulgar os resultados das percepções/representações que os enfermeiros têm da depressão nas instituições;
- Aumentar a visibilidade social da importância social da doença, da disfunção e incapacidade que causa;
- Desmistificar as crenças acerca da depressão como doença auto-induzida. O doente porque é totalmente dependente, necessita de um enfermeiro cujas habilidades interpessoais sejam uma técnica aperfeiçoada.
- É importante recriar uma cultura de desempenho profissional, sem “censura económica” atribuída ao tempo despendido nos cuidados de enfermagem de domínio relacional.
- É necessário também atribuir reforços positivos aos ganhos em saúde, com os resultados obtidos pela relação terapêutica.
- A determinação da responsabilidade do profissional, circunscrito aos actos técnicos que envolvem recurso instrumental, incorpora na sua operacionalização a responsabilidade da atitude terapêutica, que engloba os conhecimentos básicos ao sucesso do desempenho de enfermagem.
- A mudança das representações pela mudança de mentalidade e de comportamentos. É necessário romper com as crenças disfuncionais: “já ajuda muito, o que não estorva”, “o saber (a procura da verdade)

está ligado à dúvida, à perda das referências iniciais e à aceitação da realidade”.

Para o ensino:

- A realidade, é que é necessário aprofundar conhecimentos sobre a depressão;
- É importante aferir os conhecimentos transmitidos nas escolas, privilegiando técnicas de *role play* – autoescopia e envolvimento dos alunos de forma participativa, acrescidas às técnicas expositivas;
- Os alunos assumem as referências dos profissionais e o “encantamento inicial” pela profissão, aliado à falta de poder e influência dos seus conhecimentos, leva-os a adoptar a mesma postura no processo de socialização profissional.
- Reafirmamos que não se alteram culturas por decreto, mas com informação adequada, e reforçada;
- As representações sociais não são estanques nem imutáveis, apenas se revêem no dia a dia como recursos a uma pressão para a inferência, quando o conhecimento não está activado e surgem os saberes como a resposta encontrada à necessidade do momento;
- Uma questão que nos preocupa desde o início é porquê esta pressão para a inferência surge como resposta num contexto de saúde e normalidade, numa lógica em que os saberes não são questionados, toda a gente sabe actuar, sem margem de dúvida, com base em quadros de referência culturais e profissionais, ou seja, colectivos, pressupondo comportamentos tipo.

A dúvida prevalece... discernir qual o conhecimento que opera na realidade terapêutica; qual a modalidade dominante? - a síntese de

conhecimentos ou a síntese de crenças? que conhecimentos mobilizamos quando somos pressionados a inferência?

As representações sociais são a expressão do conhecimento social e profissional, neste contexto impõe-se operacionalizar a mudança das crenças disfuncionais, adotando como conduta, as referências do modelo holístico do cuidar.

7 - BIBLIOGRAFIA

LIVROS

ABRANTES, Alexandre; TAVARES, António; GODINHO, Joana (1989) – Manual de Métodos de investigação em Saúde. Lisboa: Edições Especiais.

ABREU, José Luis Pio (1994) – Introdução à Psicopatologia compreensiva. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

ADAM, Evelyn (1994) – Ser enfermeira. Lisboa: Instituto Piaget.

ADAMS, Raymond D; VICTOR, Mourice; ADAMS, Raymond D. (1999) – Neurologia – Compêndio. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Ineramericana do Brasil Ltda.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996) – Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. Lisboa: Climepsi Editores.

BECK, Aaron; FREEMAN, Arthur (1993) – Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade. Porto Alegre: Artes Médicas.

BECK, Judith S. (1997) – Terapia cognitiva. Porto Alegre: Artes Médicas.

BECKER, Howard, S. (1993) – Método de pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Hucitee.

BOLANDER, Verolyn Rae; SORENSEN, LUCKMANN (1988) – Enfermagem Fundamental. Abordagem Psicofisiologica. Lisboa: Lusodidacta.

BURY, Jacques A. (1995) – Education pour la santé – Concepts, enjeux, planifications. Bruxelles: De Boeck – Wesmael S.A.

CANÁRIO, Rui (1997) – Formação e situações de trabalho. Porto. Porto Editora.

CANAVARRO, Maria Cristina Sousa (1999) – Relações afectivas e saúde mental. Coimbra: Quarteto.

CASTANHEIRA, Maurício (1994) – A representação social da loucura. Rio de Janeiro: Grafite.

CHALIFOUR, Jacques (1989) – La relation d'aide en soins infirmiers. Une perspective holistique – humaniste. Boucherville: Gaëtan Morin.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) - Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel edições técnicas, pp.215-222.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS (1999) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP. Lisboa: Alfa.

COSTA, Maria Arminda Mendes (1998) – Enfermeiros: Dos Recursos de Formação à Produção de Cuidados. Lisboa: Fim de Século.

DAMÁSIO, António R. (1995) – O Erro de Descartes. Lisboa: Círculo de Leitores.

DONATI, Pierpaolo (1994) – Manual de sociologia de la salud. Madrid: Lavel.

DUBAR, Claude (1995) – A socialização construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto Editora.

DURKHEIM, E. (1912/1982) – Las formas elementales de la vida Religiosa. Madrid: Akal.

FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – O processo de investigação da concepção à realização. Loures: Lusociência.

FRAGA, Maria Nazaré (1993) – A prática de enfermagem – subordinação e resistência. São Paulo: Cortez.

FREIDSON, E. (1970) - Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care. N. York: Atherton Press.

FREUND, John E.; SIMON, Gary A. (1992) – Estatística elemental. México: Prentice Hall.

GAUTHIER, Jacques Henri Maurice et al (1998) – Pesquisa em enfermagem novas metodologias aplicadas. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

GEORGE, Darren; MALLERY, Paul (1999) – SPSS for Windows. Step by Step. A simple guide and reference. Massachusetts: Needham Heights.

GEORGE, Julia B (1993) - Teorias de enfermagem-Os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, pp12-36.

GÉRARD, Jean-Louis (1995) – Ciências humanas e cuidados de saúde. Lisboa: Instituto Piaget.

GIL, António Carlos (1995) – Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Editora Atlas S.A.

GUIMARÃES, Rui Campos e CABRAL, José A. Sarsfield (1998) – Estatística. Alfragide: Editora McGraw – Hill de Portugal Lda.

GUIMELLI, G. (1994) – La formation d’infirmière, pratiques et représentations sociales. In Abric, Pratiques sociales et représentations. Paris: P.U.E.

HELEIS, Alfaf Ibrahim (1991) - Theoretical Nursing: Development & Progress. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

HESBEEN, Walter (2000) – Cuidar no Hospital. Loures: Lusociência.

HOLMES, David S. (1997) - Psicologia dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas.

JOFFE, R. T.; LEVITT, A. J. (1999) – Vencer a depressão. Ontário: Blackwell Science.

JUNG, C.G. (1993) – O homem e seus símbolos. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

LAFER Beny (1996) – Transtornos do humor, in: ALMEIDA, Osvaldo Pereira de e Outros – Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

LANE, Silvia (1993) – O que é psicologia social. São Paulo: Brasiliense.

LAZURE, H., (1987) – Vivre la relation D'aide. Montréal:Décarie.

LLERA, Jesús, A. Beltrán; (1996) – Processos, estratégias y técnicas de aprendizaje. Madrid: Editorial Síntesis.

MACDONALD, Keith M. (1995) – The Sociology of the Professions. London: Sage.

MANNHEIM, K. (1966) – Ideologia Y Utopia. Introduccion a la Sociologia del conocimiento. Madrid: Aguilar.

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria (1990) – Técnica de Pesquisa. São Paulo: Editora Atlas S.A.

MCINTYRE, Teresa Mendonça (1994) – Psicologia da saúde: Áreas de intervenção e perspectivas futuras. Lisboa: Associação dos Psicólogos Portugueses.

MORRISON (1999) - Fundamentos de Enfermería en Salud Mental. Madrid: Mosby

MOSCOVICI, S. (1983) – The phenomenon of social representations. London. Cambridge University.

NÁGERA, Juan Ant3nio Vallejo (1990) – Ante la Depresion. Barcelona: Planeta.

NEEB, Kathy (2000) - Fundamentos de Enfermagem de Saude Mental. Camarate: Lusociência-Ediç3es t3cnicas e cient3ficas pp41-87.

NIGHTINGALE, Florence (1993) – Notas sobre enferm3ria. Que es y qu3 nos es. Barcelona: Dover P3blications.

OREM, D. E. (1980) – Nursing concepts of Praticce. New York. McGraw-Hill Company.

PEARSON, Alan e VAUGHAN, Barbara (1992) - Modelos Para O Exerc3cio De Enfermagem. Lisboa: Artes Gr3ficas.

PEREIRA, Filomena (1996) – As representaç3es dos professores de educaç3o especial e as necessidades da fam3lias. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitaç3o.

PHILLIPS, Estelle M. e PUGH, D.S. (1998) – Como preparar um Mestrado ou Doutoramento. Mem – Martins: Lyon Multim3dia Ediç3es, Lda.

PIAGET, J. (1974) – Adaptation Vitale et Psychologie de L'Intelligence. S3lections Organique et Ph3nocupie. Paris: Hermann.

POLIT, Denise F. e HUNGLER, Bernadette P. (1985) – Investigacion cient3fica en ciencias de la salud. Mexico: Interamericana.

POLIT, Denise F. e HUNGLER, Bernadette P. (1995) – Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre: Artes M3dicas.

POTTER, Jonathan (1996) - Representing Reality-Discourse , Rethoric And Social Construcion. London Sage Publicacions

QUEIRÓS, Ana Albuquerque (1999) – Empatia e respeito. Coimbra: Luarte Editora.

QUIVY, Raymond; CAMPENHODT, Luc Van (1998) – Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.

RIBEIRO, Lisete Fradique (1995) – Cuidar e tratar. Formação em Enfermagem e desenvolvimento socio-moral. Lisboa: Educa.

RODRIGO, Maria José, RODRÍGUEZ, Armando, MARRERO, Javier (1993) - Las Teorias Implícitas, Una Aproximacion Al Conocimiento cotidiano. Madrid:Visor Distribuciones.

RODRIGUES, Maria de Lurdes (1997) – Sociologia das Profissões. Oeiras: Celta.

ROPER, Nancy, LOGAN, W.W. e TIERNEY, A. J. (1995) - Modelo de Enfermagem. Alfragide: Editora Mc-Graw-Hill Portugal Lda.

SARAIVA, Carlos Braz (1999) – Para-Suicídio. Coimbra: Quarteto.

SCHAUM, Hill McGraw; SPIEGEL, Murray R. – Estatística. São Paulo. Mackron Books.

SOUZA, Edson Alves (1993) – Análise das representações sociais. In: O Conhecimento do Quotidiano. São Paulo. Brasiliense.

SPINK, Mary Jane (1993) – O conhecimento do quotidiano: Representações sociais na perspectiva da Psicologia Social. São Paulo. Brasiliense.

TAJFEL, Henri (1982) – Grupos Humanos e categorias sociais I. Lisboa: Livros Horizonte.

TAJFEL, Henri (1983) – Grupos Humanos e Categorias Sociais II. Lisboa: Livros Horizonte.

VALA, J. (1986) – Sobre as representações sociais, para uma epistemologia do senso comum. Cadernos de Ciências Sociais, pp:4,5-30.

VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta (1983) – Psicologia Social. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

TESES CONSULTADAS

BATALHA, Luis Manuel Cunha (1998) – Suplementação vitamínica e mineral no primeiro quadrimestre de vida. Porto: Faculdade de Medicina (Não publicado).

LOPES, Noémia da Glória Mendes (1994) – A recomposição dos saberes ideológicos e identidades de enfermagem. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (Não publicado).

PIMENTEL, Maria Helena (1998) – Representações dos Alunos de enfermagem sobre a profissão. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. (Não publicado).

QUEIROS, Paulo Joaquim Pina (1997) – Burnout em Enfermeiros. Coimbra: Universidade de Coimbra. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. (Não publicado).

SANTOS, Emília Carneiro (1998) – Hospitais promotores de saúde: O apoio dos familiares ao doente hospitalizado. Vila Real: Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro. (Não publicado).

SILVA, António (1999) – As práticas clínicas na formação dos enfermeiros. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. (Não publicado).

ARTIGOS

Ana A. Queiroz. Reflexos sobre os modelos e teorias em enfermagem. Como ensinar / como aplicar. In: Sinais Vitais nº29 (15-25).

B. Brandt and D.N. Ugarriga : Electroconvulsive therapy and the elderly client. In: Journal of Gerontological Nursing 1996; 22(12):14-20.

Botega N. J. Silveira G. M. : General practitioners attitudes towards depression: a study in primary care setting in Brazil. In : International Journal of Social Psychiatry. 42 (3): 230-7, 1996 Autumn.

Cordo Margaride: Depressão : Como enfrentá-la e como preveni-la In: Saúde e Bem Estar. Janeiro 1998 pag.7-11. Edição Reprise.

D. Healy and T. McMonagle : The enhancement of social functioning as a therapeutic principle in the management of depression. In: Journal of Psychopharmacology 1997; 11 (4 supl.).

D.A. Banazak : Late – life depression in primary care. How well are we doing? In: Journal of General Internal Medicine 1996; 11(3): 163-7.

D.J. Muggles: Depression in the elderly: a review. In: Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 1998;10(11): 503-7.

D.S. Main, et al : The role of primary care clinician attitudes, beliefs, and training in the diagnosis and treatment of depression. A report from the ambulatory sentinel practice network inc. In: Arch fam med 1993; 2(10):1061-6.

Dinora M. Gil da Costa Cabral. Cuidar da Enfermeira no ensino e no exercício. In: Informar Ano V. nº19 Outubro/Dezembro 99 (4-16).

G. Wilkinson et al: The role of the practice nurse in the management of depression in general practice: treatment adherence to antidepressant medication. In: Psychological medicine 1993;23(1):229-37.

G.M. Goodwin : Neuropsychological and neuroimaging evidence for the involvement of the frontal lobes in depression. In: Journal of Psychopharmacology 1997;11 (2): 115-22.

GUERREIRO, Sandra – Quando a tristeza se torna uma doença In: Medicina e Saúde 1999. Maio 19. Lisboa. p.56

H.S. Leffer, MR Dhatteo and B.J. Tinsley: Postpartum depression: How much do obstetric nurses and obstetricians know? In: Birth 1994;21(3):149-54.

HERZLICH, Claudine (1991) – A problemática da representação e sua utilização no campo da doença. In: PHYSIS Revista de Saúde Coletiva – UERJ-RJ: Rool 1, p.23.

HIRSCHEFEL RM. et al in: The National depressive and Manic – Depressive Association Consensus statement on the undertreatment of depression; Jama. 277 (4): 333-40, 1997 Jan 22/29.

J. Horsfall: Women's depression : nursing theory and practice. In: Contemporary nurse 1997;6(3-4):129-35.

J. Jambunathan: Depression: dealing with the darkness. In: Perspectives in psychiatric care 1996;32(1):29-9.

J. Robinowitz et al: Do primary care physicians treat depression: In: Psychiatric services 1998; 49(1):100-2.

J. Tambunathan. Depression:dealing with the darkness. In: Perspectives in Psychiatric Care 1996; 32(1):26-9.

J.C. Coyne, et al : Short-term outcomes of detected and undetected depressed primary care patients and depressed psychiatric patients. In: *General Hospital Psychiatry* 1997; 14(5):333-43.

J.C. Coyne, T.L. Schwank and S. Fechner – Bates: Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. In: *General Hospital Psychiatry* 1995; 17(1):3-12.

J.N. de Weste: Recognizing and treating the patient with somatic manifestations of depression. In: *Journal of family practice* 1996.

JORN AF et al. In: Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia; In: *Social psychiatry & Psychiatric Epidemiology*. 32(3):143-8, 1977 Apr.

L.A. Shnidt, et al: Treatment of depression by obstetrician – Gynecologists: a survey study. In: *Obstetrics e Gynecology* 1997; 90(2) 296-300.

L.H. Kurlowicz: Nursing standard of practice protocol: depression in the elderly patients. Niche faculty. In: *Geriatric Nursing* 1997; 18(5): 192-9.

LOTUFO, Thigo – A Dor da alma. In: www.zaz.com.br/istoe/medicina/1999/11/05/001.htm.

Lucília Mateus Nunes. Considerações sobre o modelo de enfermagem de Betty Neuman In: *Servir – Volume nº41-nº3*.

Lynch D. Tamburrino M. Nagel R. : Depressive symptoms: association with health perceptions and health behaviors. In: *Depression*. 4(2):68-72, 1996.

M. Kerr, R. Blizard and A. Kann: General practitioners and psychiatrists: comparison of attitudes to depression using the depression attitude questionnaire. In: *British Journal of General Practice* 1995;45 (391): 89-92.

M. Orrell et al: Management of depression in the elderly by general practitioners : 1 Use of antidepressants. In : Family Practice 1995; 12(1):5-11.

M.V. Perry and G.L. Anderson: Assessment and treatment strategies for depressive disorders commonly in primary care settings in: nurse practitioner 1992;17 (6) : 29-30

Maria José Simeão. Análise do Modelo conceptual de enfermagem de Jean Watson. In: Servir Volume nº 41-nº5 (260-270).

Maria José Simeão. Na excelência dos cuidados de enfermagem. In: Servir – Volume nº41 – nº3 (114-119)

Robinson P. et al: The education of depressed primary care patients: What do patients think of interactive booklets and a video? In: Journal of Family Practice. 44(6): 562-71, 1997 Jun.

S. Bonin – Guillaume, et al: Psychometric evaluation of depression in the elderly subject: Which instruments ? What are the future perspectives? In: Encephale 1995;21(1):25-34.

S. Cornell: Blatting the stigma of depression. In: Advance for Nurse Practitioners 1998; 6(3):27-31

S. Maurice –Tison, et al: How to improve recognition and diagnosis of depressive using international diagnostic criteria. In: British Journal of General Practice 1245; 48 (430): 1245-6

S.A Montgomery. Managing depression in the community. In: Professional Nurse 1995; 10(12); 805-7.

S.D. Passik et al. Oncologists' recognition of depression in their patients. With cancer. In: Journal of Clinical Oncology 1994;16(4):1594-600.

S.W. Meldon, C.L. Emerman and D.S. Schubert: Recognition of depression in geriatric ED patients by emergency physicians. In *Annals of emergency medicine* 1997; 30 (4): 442-7.

W.A. Shao et al: Knowledge and attitudes about depression among non – generalists and generaliste. In: *Journal of Family Practice* 1997; 44 (2): 161-8.

ANEXOS

Anexo I – Questionário

Universidade do Porto
Faculdade de Medicina
5º Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental

Questionário

Isabel Seixas

Porto, Agosto de 1999

Questionário sobre as representações que os Enfermeiros têm da depressão.

A depressão é uma doença com expressão significativa interferindo na qualidade de vida do indivíduo em qualquer estadio do seu ciclo vital.

No âmbito do 5º Curso de Mestrado de Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina do Porto e com a finalidade de proceder a um estudo sobre “As representações que os enfermeiros têm da depressão”, solicitamos a sua colaboração para o preenchimento do questionário anexo.

O nosso objectivo é obter a sua primeira impressão face às questões formuladas traduzindo com espontaneidade o seu ponto de vista.

A sua disponibilidade e participação são indispensáveis para a realização deste estudo. Asseguramos a confidencialidade dos dados colhidos. Caso deseje conhecer os resultados, estes serão disponibilizados à sua instituição após a conclusão do mestrado.

Gratos pela sua participação.

Isabel Seixas
(Isabel Seixas)

1ª Parte

Dados de Identificação Pessoal

1 – Sexo :

- 1 – Feminino
2 – Masculino

2 – Idade :

- 1 – 21-30 anos
2 – 31-40 anos
3 – 41-50 anos
4 – > 51 anos

3 – Estado Civil

- 1 – Solteiro
2 – Casado ou equivalente
3 – Outros

4 – Tempo de Serviço :

- 1 – ≤ 5 anos
2 – 6 a 10 anos
3 – 11 a 15 anos
4 – 16 a 20 anos
5 – ≥ 21 anos

5 – Local onde trabalha :

- 1 - *C. de Saúde*
2 - *Escola de Enfermagem*
- *Hospital*
3) - Bloco Operatório
4) - Cirurgia
5) - Cons. Externa
6) - Hemodiálise
7) - Medicina
8) - Obstetrícia
9) - Ortopedia
10) - Pediatria
11) - Psiquiatria
12) - Urgência
13) - Outros Qual ? _____

6 – Locais onde trabalhou:

- 1 - *C. de Saúde*
- 2 - *Escola de Enfermagem*
- *Hospital*
- 3) - Bloco Operatório
- 4) - Cirurgia
- 5) - Cons. Externa
- 6) - Hemodiálise
- 7) - Medicina
- 8) - Obstetrícia
- 9) - Ortopedia
- 10) - Pediatria
- 11) - Psiquiatria
- 12) - Urgência
- 13) - Outros Quais ? _____

7 – Alguém do seu relacionamento pessoal sofreu de depressão:

- 1-Sim
- 2-Não

8 – Os doentes com depressão com quem contactou pessoal/profissionalmente tiveram tratamento específico:

- 1) – Com anti-depressivos
- 2) – Psicoterapia
- 3) – Anti-depressivos e psicoterapia
- 4) – Não tiveram tratamento específico
- 5) – Não sabe

9 – Acha que esses doentes na sua maioria beneficiaram com o tratamento ?

- 1-Sim
- 2-Não

10 – Já sofreu de depressão?

- 1 - Sim
- 2 - Talvez
- 3 - Não

2ª Parte

11 – Das afirmações acerca *das características da depressão* assinale com uma cruz as que na sua opinião são mais correctas para a maioria das situações de depressão.

Características da Depressão	
1. Os mecanismos que levam à depressão podem ser biológicos	
2. Sintomas como tristeza , fadiga e alterações no apetite persistem durante a maior parte do dia quase todos os dias em pelo menos 15 dias consecutivos.	
3. O aspecto do deprimido é o de uma pessoa desanimada.	
4. Os sintomas como chorar facilmente surgem especialmente se há problemas para resolver.	
5. O refúgio na doença é para fugir às responsabilidades.	
6. Existe dificuldade para executar tarefas simples como autocuidar da sua higiene e vestir-se.	
7. Há perda de interesse ou prazer em quase todas as actividades durante pelo menos duas semanas seguidas.	
8. A depressão passa despercebida em grande número de vezes.	
9. A melancolia surge em pessoas que não gostam de ser contrariadas usando a depressão para obter o que querem.	
10. São frequentes sentimentos de desvalorização pessoal e culpa.	
11. É notória a falta de veracidade das queixas físicas sendo o reflexo de problemas pessoais.	
12. As perturbações do sono são comuns principalmente a insónia do meio da noite.	
13. Existe interferência séria na qualidade de vida das pessoas e seus familiares.	
14. É causa frequente de morbilidade e mortalidade.	
15. É uma afecção grave pelo sofrimento que provoca.	
16. É uma doença que origina diminuição do rendimento pessoal profissional e social com custos sociais e económicos elevados.	
17. Pode existir inibição ou agitação psicomotora	
18. É considerável o risco de suicídio no doente com depressão grave.	
19. A falta de esperança é um sintoma eminente.	
20. É uma doença grave e incapacitante tornando o doente dependente.	

12 - Das afirmações acerca do *tratamento da depressão* assinale com uma cruz as que na sua opinião são mais correctas para a maioria das situações de depressão.

Acerca do tratamento da depressão	
1. O uso de antidepressivos é eficaz na maioria das situações de depressão.	
2. A intervenção de enfermagem deve incidir na promoção da auto-estima.	
3. A redução dos sintomas depende do cumprimento da prescrição e da continuidade do tratamento.	
4. O tratamento com antidepressivos deve ser interrompido logo que surjam melhoras.	
5. Deve ser aconselhada a continuidade do tratamento com antidepressivos, durante pelo menos 4 meses após a redução dos sintomas.	
6. A intervenção de enfermagem deve incluir a visitação domiciliária, na fase aguda da doença.	
7. A depressão não deve ser super valorizada é uma doença que regride se o doente quiser.	
8. Deve avisar-se o doente de que durante o início do tratamento com antidepressivos provavelmente os seus sintomas se agravarão devido aos efeitos secundários.	
9. A depressão é uma doença tratável.	
10. Informar o doente deprimido que a resposta ao tratamento é demorada ajuda-o a aderir á terapêutica prescrita.	
11. A intervenção de enfermagem na orientação dos familiares é para adoptarem uma atitude de compreensão evitando a crítica.	
12. É importante alertar o doente que vale a pena ajustar-se aos efeitos secundários dos antidepressivos e continuar o tratamento.	
13. Deve informar-se o doente que o início do efeito dos antidepressivos surge normalmente ao fim de duas a seis semanas.	
14. A psicoterapia é mais eficaz que a terapia farmacológica.	
15. O doente deprimido praticamente não necessita de cuidados de enfermagem, é um doente independente.	
16. Os antidepressivos não provocam dependência.	
17. Não é necessário geralmente um tratamento, os sintomas cessam quando os problemas estiverem resolvidos.	
18. O principal factor para o doente melhorar é a sua vontade própria devendo ajudar-se a si próprio.	
19. O tratamento com <i>electrochoques</i> poderá ser uma das opções terapêuticas.	
20. As tentativas de suicídio podem ser mais frequentes após o início do tratamento com antidepressivos.	

14 - SITUAÇÃO A

A senhora Maria de 55 anos casada, foi acompanhada pelo marido á consulta médica. Aparenta tristeza e desânimo diz ter perdido a vontade de viver, não tem apetite para comer e sente-se sem forças para nada tem a sensação que a sua cabeça está vazia ou adormecida não consegue dormir de noite nem faz nada de jeito em casa, o marido diz não perceber a razão da mulher estar assim indiferente a tudo, acha que os medicamentos prescritos pelo Sr. Dr. *antidepressivos* não lhe vão fazer nada.

Se fosse solicitada a sua intervenção como profissional de enfermagem na orientação desta doente e do marido para assegurar o cumprimento do tratamento prescrito, quais seriam as intervenções de enfermagem que empreenderia.

Assinale pelo menos *cinco* com uma cruz X.

1. Estabelecer uma relação empática com o casal, deixando-os expressar os seus sentimentos sem fazer juízos de valor.....
2. Responder ás perguntas com cuidado sem concordar ou discordar com os sentimentos manifestados acerca da inutilidade do tratamento.....
3. Utilizar palavras de ânimo “Alegre-se” “ a senhora sabe que a sua família gosta de si” “isto não vai ser nada”.....
4. “Dizer á D. Maria que não deve sentir-se assim sem interesse pelas coisas, tem que ter força de vontade”.....
5. Informar o marido que a mulher está doente e que vai melhorar se fizer o tratamento correctamente até ao fim.....
6. Informar que o medicamento prescrito antidepressivo demora normalmente 3 a 4 semanas a começar a fazer efeito, iniciando-se então o alívio dos sintomas.....
7. Orientar o marido para a importância de se ajudar a D. Maria nas actividades que desempenhava, dado estar incapacitada para o fazer devido á doença.....
8. Encorajar o marido a manifestar o seu afecto e compreensão à D. Maria.....
9. Perguntar ao marido da D. Maria se esta situação será o resultado de alguma contrariedade que aborreça a D. Maria, dizendo-lhe que se lhe fizerem a vontade talvez os sintomas passem.....
10. Transmitir à D. Maria respeito pelo sofrimento que sente ao ter perdido a vontade de viver, planeando uma visita domiciliária no prazo de 2/3 semanas ou telefonar para saber se a D. Maria está a melhorar e continua a fazer o tratamento.....

Anexo II – Pedido de Autorização para a colheita de dados

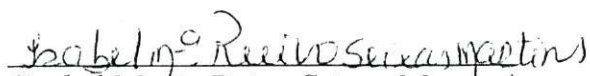
Exmo Senhor
Presidente do Conselho de
Administração do Hospital Distrital
de Chaves

Isabel Maria Ruivo Seixas Martins, aluna do 5º Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental a decorrer na Faculdade de Medicina do Porto, encontrando-se na fase de elaboração da Tese de Mestrado subordinada ao Tema “*As Representações que os enfermeiros têm da depressão*”, vem por este meio solicitar a Vossa Ex^a, se digne autorizar a colheita de dados, através do preenchimento do questionário em anexo, pelos enfermeiros dessa instituição.

O questionário é anónimo sendo garantida e confidencialidade dos dados obtidos. Os resultados do estudo serão facultados à Instituição, se assim for o seu desejo.

Com os respeitosos cumprimentos Pede deferimento

Chaves Agosto de 1999


(Isabel Maria Ruivo Seixas Martins)

Exmo Senhor
Director do Centro de Saúde

Isabel Maria Ruivo Seixas Martins, aluna do 5º Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental a decorrer na Faculdade de Medicina do Porto, encontrando-se na fase de elaboração da Tese de Mestrado subordinada ao Tema “*As Representações que os enfermeiros têm da depressão*”, vem por este meio solicitar a Vossa Ex^a, se digne autorizar a colheita de dados, através do preenchimento do questionário em anexo, pelos enfermeiros dessa instituição.

O questionário é anónimo sendo garantida e confidencialidade dos dados obtidos. Os resultados do estudo serão facultados à Instituição, se assim for o seu desejo.

Com os respeitosos cumprimentos Pede deferimento

Chaves Agosto de 1999

Isabel M^a Ruivo Seixas Martins
(Isabel Maria Ruivo Seixas Martins)

**Anexo III – Autorização da Administração do Hospital Distrital de
Chaves**

Autorizado
99-08-10

Ab. Inf. Ex. Inf.
Diretor
99-08-06

HOSPITAL DISTRICTAL DE CHAVES
EX. PED. 13
UNIDADE <input checked="" type="checkbox"/>
2171
99/08/06

Exmo Senhor
Presidente do Conselho de
Adminitração do Hospital Distrital de
Chaves

Isabel Maria Ruivo Seixas Martins, aluna do 5º Curso de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental a decorrer na Faculdade de Medicina do Porto, encontrando-se na fase de elaboração da Tese de Mestrado subordinada ao Tema "As Representações que os enfermeiros têm da depressão", vem por este meio solicitar a Vossa Exª, se digne autorizar a colheita de dados, através do preenchimento do questionário em anexo, pelos enfermeiros dessa instituição.

O questionário é anónimo sendo garantida e confidencialidade dos dados obtidos. Os resultados do estudo serão facultados à Instituição, se assim for o seu desejo.

Com os respeitosos cumprimentos Pede deferimento

Chaves 5 de Agosto de 1999

Informações:

A Direcção de Serviços de Isabel Ruivo Seixas Martins
Informação e Apoio (Isabel Maria Ruivo Seixas Martins)
que o pedido pode ser de-
ferido, por não ver qual-
quer inconveniente na re-
ferida colheita de dados.

Assento
99/08/99

Anexo IV – Apresentação dos dados relativos à determinação dos coeficientes de Spearman-Brown e Alpha de Cronbach

Questão 11

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Reliability Coefficients

N of Cases = 223,0

N of Items = 20

Alpha = ,5767

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
V1	11,6592	7,9464	,1971	,5631
V2	11,4798	7,9985	,1808	,5658
V3	11,3498	7,8681	,2709	,5518
V4	11,5605	8,6348	-,0491	,6031
V5	11,1883	8,5770	,0372	,5810
V6	11,5291	7,8719	,2220	,5589
V7	11,5247	7,8992	,2122	,5606
V8	11,6457	8,0136	,1709	,5675
V9	11,1749	8,6945	-,0226	,5861
V10	11,3453	7,7856	,3081	,5462
V11	11,3094	9,1426	-,2273	,6197
V12	11,3229	8,1656	,1595	,5685
V13	11,2915	7,7930	,3422	,5429
V14	11,9193	8,0835	,2488	,5572
V15	11,6323	7,4137	,3975	,5282
V16	11,3363	8,0981	,1817	,5653
V17	11,6906	7,5750	,3446	,5381
V18	11,1973	8,2672	,2003	,5641
V19	11,5695	7,5165	,3544	,5358
V20	11,8072	7,9491	,2352	,5572

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (SPLIT)

Reliability Coefficients

N of Cases = 223,0

N of Items = 20

Correlation between forms = ,4517

Equal-length Spearman-Brown = ,6223

Questão 12

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
V1	11,0224	7,8328	,2173	,6396
V2	10,8430	8,2230	,1419	,6464
V3	11,0673	7,5675	,3085	,6272
V4	10,7713	8,2493	,2273	,6402
V5	11,2780	6,9764	,5287	,5934
V6	11,1683	7,6941	,2400	,6370
V7	10,8789	8,1880	,1331	,6479
V8	11,3901	7,4822	,3546	,6208
V9	10,8430	8,1239	,1943	,6414
V10	11,1390	7,6067	,2775	,6316
V11	10,8565	7,9523	,2701	,6333
V12	11,0448	7,4845	,3500	,6214
V13	11,3453	7,1730	,4653	,6041
V14	11,0493	7,8940	,1852	,6441
V15	10,8565	8,4478	,0194	,6585
V16	11,5740	8,0114	,2442	,6365
V17	10,7534	8,6461	-,0638	,6573
V18	11,4126	8,1353	,1009	,6546
V19	11,6233	8,3980	,0789	,6509
V20	11,6099	8,2120	,1752	,6432

Reliability Coefficients

N of Cases = 223,0

N of Items = 20

Alpha = ,6491

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (SPLIT)

Reliability Coefficients

N of Cases = 223,0

N of Items = 20

Correlation between forms = ,4505

Equal-length Spearman-Brown = ,6212

Questão 13-A

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	43,9283	89,1750	,2867	,8187
VAR00002	41,3857	87,3191	,4500	,8084
VAR00003	41,8386	86,8837	,3768	,8128
VAR00004	41,3632	84,8990	,5538	,8018
VAR00005	42,6009	85,5562	,4785	,8060
VAR00006	42,8969	89,8677	,3678	,8134
VAR00007	42,0314	84,8864	,4998	,8045
VAR00008	42,4709	83,9350	,4681	,8063
VAR00009	44,1794	88,0127	,3396	,8152
VAR00010	42,8072	81,0663	,5285	,8014
VAR00011	42,4619	79,4298	,4538	,8103
VAR00012	41,6726	83,0320	,5111	,8031
VAR00013	42,1704	81,0970	,5398	,8005
VAR00014	43,6278	84,9825	,4355	,8088

Reliability Coefficients

N of Cases = 223,0

N of Items = 14

Alpha = ,8193

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (SPLIT)

Reliability Coefficients

N of Cases = 223,0

N of Items = 14

Correlation between forms = ,5914

Equal-length Spearman-Brown = ,7433

Questão 13-B

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	4,2768	9,4746	,2835	,7769
VAR00002	4,0089	8,4304	,5635	,7489
VAR00003	4,0893	8,5929	,4982	,7562
VAR00004	4,0938	8,5607	,5091	,7550
VAR00005	4,5491	9,9796	,3537	,7737
VAR00006	4,4955	9,9193	,2602	,7768
VAR00007	4,5714	10,1294	,3446	,7760
VAR00008	4,3170	8,9170	,4416	,7623
VAR00009	4,1161	9,3766	,2879	,7773
VAR00010	4,5357	10,1602	,1885	,7805
VAR00011	4,1830	8,4551	,5539	,7500
VAR00012	3,9375	8,3638	,6113	,7439
VAR00013	4,2366	8,6030	,5173	,7542
VAR00014	4,3661	10,0627	,1001	,7905

Reliability Coefficients

N of Cases = 224,0

N of Items = 14

Alpha = ,7798

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (SPLIT)

Reliability Coefficients

N of Cases = 224,0

N of Items = 14

Correlation between forms = ,6732

Equal-length Spearman-Brown = ,8047

Questão 14

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

Item-total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item Deleted
VAR00001	3,7444	1,4614	,2696	,1771
VAR00002	4,3184	1,4612	-,0036	,3064
VAR00003	4,6771	1,6881	,0000	,2624
VAR00004	4,6771	1,6881	,0000	,2624
VAR00005	3,8924	1,3667	,1575	,1993
VAR00006	4,1211	1,3231	,1021	,2353
VAR00007	4,1883	1,2977	,1221	,2205
VAR00008	3,8117	1,4959	,0899	,2395
VAR00009	4,6771	1,6881	,0000	,2624
VAR00010	3,9865	1,3286	,1356	,2108

Reliability Coefficients

N of Cases = 223,0

N of Items = 10

Alpha = ,2592

Anexo V – Apresentação do procedimento da análise factorial,
constituição dos factores principais após rotação ortogonal
tipo varimax.

QUESTAO 11
Rotated Component Matrix(a)

	Component						
	1	2	3	4	5	6	7
V6	,745	-2,459E-02	-,185	3,002E-02	2,659E-02	1,904E-02	,136
V17	,679	8,768E-02	,207	8,745E-02	-3,439E-02	-4,372E-02	-1,136E-03
V19	,426	3,277E-03	,148	,333	-,342	5,663E-02	,250
V8	-,107	,741	1,338E-02	2,877E-02	2,028E-02	7,742E-02	-4,485E-02
V15	,277	,552	,101	,139	-,130	-1,341E-02	,174
V14	,142	,537	1,066E-02	-,253	-2,208E-02	-,181	,422
V1	-5,607E-02	,469	-,111	,324	-3,368E-02	,176	6,627E-02
V20	,366	,439	4,024E-02	7,923E-02	-,219	-,232	-,308
V2	5,893E-02	3,845E-02	,817	-,159	,115	-6,512E-02	,122
V7	-1,419E-03	-3,501E-02	,762	,220	-,194	-,121	-1,651E-03
V13	9,458E-02	,228	,133	,702	4,743E-02	-4,782E-02	-3,647E-02
V10	,225	1,144E-03	-3,582E-02	,554	3,164E-02	1,166E-02	,322
V5	5,395E-02	1,655E-02	-9,450E-02	,177	,714	-1,430E-02	,126
V11	-9,156E-02	-,136	,179	-2,255	,653	,136	-,201
V9	-,128	-,109	-,136	,495	,550	-4,430E-02	-3,763E-02
V4	4,070E-02	5,649E-02	-6,378E-02	6,914E-02	-3,750E-02	,760	-,126
V12	,202	6,493E-02	,224	,112	-6,780E-02	-,649	-1,460E-02
V18	,201	,160	,244	2,538E-02	5,093E-02	,421	,245
V3	,205	3,703E-02	7,884E-03	,107	1,275E-02	8,694E-02	,666
V16	-,192	,113	,227	,103	-,113	-,254	,488
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.							
a Rotation converged in 10 iterations.							

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5	6	7
1	,541	,484	,304	,363	-,300	-,163	,363
2	,157	,161	-,581	,462	,346	,518	,095
3	-,055	-,372	,431	,448	,622	-,231	,179
4	-,615	,696	,244	-,043	,243	,106	,072
5	,182	-,172	,460	-,330	,032	,740	,261
6	-,061	-,016	,326	,468	-,265	,283	-,722
7	,515	,293	,071	-,353	,522	-,113	-,483
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.							

Rotated Component Matrix(a)

	Component							
	1	2	3	4	5	6	7	8
V12	,749	,104	-6,727E-02	7,922E-02	-5,506E-02	-,207	,187	8,301E-02
V13	,733	-7,582E-02	-9,344E-03	6,566E-02	,256	,120	-3,665E-02	5,969E-03
V5	,705	4,970E-02	,208	8,653E-02	,136	,115	5,801E-02	7,462E-02
V17	-,169	,693	-,100	-,110	,137	1,434E-02	6,195E-02	-8,637E-02
V15	,143	,627	-1,341E-02	-,240	-2,014E-03	-5,839E-02	-7,495E-02	4,526E-02
V7	,128	,622	,250	,136	-,198	,177	-,150	,192
V6	,189	,159	,693	-2,444E-03	,198	-6,403E-02	-,154	-,255
V2	-5,215E-02	-7,228E-02	,671	-,262	-6,418E-02	-,142	,185	,332
V11	5,227E-03	-5,433E-02	,652	,178	,104	,117	,142	1,808E-02
V20	,261	-6,643E-02	9,141E-05	,633	-7,687E-03	-4,665E-02	-1,271E-02	-9,342E-02
V19	-,121	-,141	1,631E-02	,620	-6,869E-05	3,227E-02	,161	,270
V16	,229	-,287	8,581E-02	,477	,136	,339	-,164	6,224E-02
V3	6,150E-02	,197	,112	4,802E-03	,725	7,096E-02	,170	6,949E-02
V8	,335	-,211	,172	,159	,564	-3,537E-02	-8,038E-02	-1,043E-02
V10	,312	-,230	-1,976E-02	-,250	,445	1,953E-02	5,466E-02	,377
V18	-8,300E-02	3,968E-02	-7,844E-03	8,958E-02	,105	,833	1,225E-02	-5,253E-02
V14	,328	7,702E-02	-2,207E-02	-,248	-,276	,571	,260	,197
V1	,133	-,116	,133	-4,121E-02	1,696E-02	,170	,785	-4,950E-02
V9	5,762E-02	5,148E-02	1,407E-02	,363	,294	-,204	,527	-9,323E-03
V4	,110	,104	1,299E-02	,137	8,594E-02	1,609E-02	-7,777E-02	,825
Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.								
a Rotation converged in 16 iterations.								

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3	4	5	6	7	8
1	,720	-,125	,315	,294	,422	,142	,196	,209
2	,223	,763	,236	-,532	-,048	,080	-,016	,140
3	-,366	-,045	,690	-,057	,324	-,498	,104	-,143
4	-,373	-,065	,415	,095	-,214	,720	,293	,159
5	-,087	,456	,141	,665	,015	,086	-,538	-,161
6	,023	,139	-,151	-,070	,339	,285	,289	-,820
7	-,237	,408	-,330	,355	,159	-,213	,617	,302
8	-,308	-,040	-,214	-,211	,726	,269	-,334	,318

QUESTAO 13.A

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,308	30,772	30,772	4,308	30,772	30,772
2	1,570	11,218	41,990	1,570	11,218	41,990
3	1,249	8,919	50,909	1,249	8,919	50,909
4	,939	7,065	57,974			
5	,857	6,120	64,094			
6	,817	5,834	69,928			
7	,727	5,193	75,121			
8	,607	4,335	79,456			
9	,589	4,209	83,665			
10	,529	3,777	87,442			
11	,512	3,659	91,100			
12	,491	3,508	94,609			
13	,404	2,882	97,491			
14	,351	2,509	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	2,523	18,023	18,023
2	2,420	17,287	35,310
3	2,184	15,599	50,909
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

QUESTAO 13.A

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
VAR00013	,773	,170	7,473E-02
VAR00014	,690	-9,567E-02	,248
VAR00012	,537	,443	4,697E-02
VAR00008	,503	,430	7,739E-03
VAR00011	,452	,243	,246
VAR00001	,415	,101	8,065E-02
VAR00003	1,241E-02	,795	8,642E-02
VAR00004	,182	,726	,271
VAR00002	,188	,721	6,377E-02
VAR00006	-,104	,215	,798
VAR00005	,178	,108	,762
VAR00010	,360	,183	,560
VAR00009	,411	-,222	,534
VAR00007	,342	,335	,333

Extraction Method: Principal Component Analysis
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3
1	,640	,562	,523
2	,251	-,797	,549
3	-,726	,220	,651

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

QUESTAO 13.B

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,881	27,724	27,724	3,881	27,724	27,724
2	1,735	12,396	40,120	1,735	12,396	40,120
3	1,315	9,390	49,510	1,315	9,390	49,510
4	,958	6,845	56,355			
5	,924	6,597	62,952			
6	,768	5,486	68,438			
7	,705	5,038	73,476			
8	,681	4,864	78,340			
9	,618	4,412	82,752			
10	,595	4,251	87,003			
11	,536	3,829	90,832			
12	,473	3,382	94,214			
13	,411	2,936	97,150			
14	,399	2,850	100,000			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,318	23,701	23,701
2	2,112	15,089	38,789
3	1,501	10,721	49,510
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

Extraction Method: Principal Component Analysis.

QUESTÃO 13.B

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
VAR00002	,750	-1,616E-02	,108
VAR00011	,705	,203	-7,915E-03
VAR00003	,634	-2,816E-03	8,367E-02
VAR00013	,690	9,121E-02	1,202E-02
VAR00012	,675	5,191E-02	,344
VAR00004	,610	,120	,177
VAR00008	,592	,278	-,149
VAR00005	,186	,729	5,046E-02
VAR00010	2,182E-02	,721	-9,244E-02
VAR00007	,130	,714	,153
VAR00006	5,978E-02	,612	,184
VAR00009	,176	1,386E-02	,709
VAR00014	-9,033E-02	3,934E-02	,682
VAR00001	,171	,174	,523

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

Component Transformation Matrix

Component	1	2	3
1	,864	,426	,268
2	-,456	,888	,058
3	-,214	-,172	,962

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.