

DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS EM DOENTES DEPRIMIDOS: ESTUDO COM A EADS-21

Sandrine Martins Antunes
Lisete Santos Mendes Mónico

Instituto Superior Miguel Torga - s.martins.antunes@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.84>

Fecha de Recepción: 17 Enero 2015

Fecha de Admisión: 30 Marzo 2015

RESUMO

O presente estudo pretende analisar e comparar os níveis de ansiedade, depressão e stress em pacientes exclusivamente acompanhados em consultas psiquiatria e em pacientes exclusivamente acompanhados em consultas de psicologia. A amostra é constituída por 60 pacientes diagnosticados com depressão de um hospital público português, 30 exclusivamente acompanhados em consultas de psiquiatria e 30 apenas seguidos em consultas de psicologia, com idades compreendidas entre os 15 e os 74 anos. Os dados foram recolhidos através da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21 validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro et al., 2004; original DASS de Lovibond & Lovibond, 1995) e de um questionário sociodemográfico. Os resultados mostraram que os níveis de stress, ansiedade e depressão dos pacientes acompanhados exclusivamente em psicoterapia foram significativamente inferiores aos dos pacientes acompanhados exclusivamente em psiquiatria. Discutem-se os resultados atendendo ao tipo de intervenção terapêutica, assim como a algumas variáveis sociodemográficas e clínicas, nomeadamente as respeitantes às perdas significativas e aos antecedentes psiquiátricos.

Palavras-chave: Depressão; Stress; Ansiedade; Pacientes; Psicologia; Psiquiatria.

ABSTRACT

Depression, Anxiety and Stress in depressed patients: Study with DASS-21

This study aims to analyze and compare the levels of anxiety, stress and depression in patients followed exclusively in psychiatric and in patients followed exclusively in psychological consultations. The sample is composed by 60 patients diagnosed with depression of a Portuguese public hospital, 30 exclusively accompanied in psychiatric consultations and 30 only followed in psychological consultations, aged between 15 and 74 years. Data were gathered with the Depression, Anxiety and Stress Scale (EADS-21 validated for the Portuguese population by Pais-Ribeiro et al., 2004; original DASS of Lovibond & Lovibond, 1995) and a sociodemographic questionnaire. The

results showed that levels of stress, anxiety and depression of patients followed exclusively in psychotherapy were significantly lower than those of patients treated exclusively in psychiatry. We discuss the results considering the type of therapeutic intervention, as well as some sociodemographic and clinical variables, including those relating to significant losses and psychiatric history.

Keywords: Depression; Stress; Anxiety; Patients; Psychology; Psychiatry.

INTRODUÇÃO

A depressão é uma das perturbações mais comuns encontradas pelos profissionais de saúde. Estima-se que cerca de 5% da população mundial (aproximadamente 350 milhões de pessoas) sofra de Depressão (incidência) e que cerca de 10% a 25% das pessoas possam apresentar um episódio depressivo em algum momento de sua vida (prevalência) (Ballone & Moura, 2008). Dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que no ano de 2030 a depressão se possa tornar a doença mais frequente do mundo, atingindo mais pessoas do que qualquer outro problema de saúde, incluindo o cancro ou as doenças cardiovasculares. Também um estudo realizado nos Estados Unidos (Thurin, 2001) estima que, em 2020, a Depressão seja a segunda causa de invalidez mundial, depois das doenças cardíacas.

A depressão é uma perturbação do humor caracterizada por uma alteração psíquica e orgânica global, com consequentes alterações na maneira de valorizar a realidade e a vida (DSM-IV, APA, 2002). É um estado emocional caracterizado por profunda tristeza e apreensão, sentimentos de culpa, isolamento, perda de sono, do apetite, do desejo sexual e de tudo em geral (Pires, 2003), ou seja, por défices cognitivos, afetivos, comportamentais e físicos, podendo afetar as pessoas em qualquer fase da vida (Relatório Mundial da Saúde, 2002).

A Depressão pode ser caracterizada como a passagem de um passado saudável para um presente doloroso (Leval, 1995). Acresce que pacientes com perturbação do humor tendem a ter um estado de saúde pior que doentes com outras patologias não mentais (McIntyre, Barroso e Lourenço, 2002). Relativamente ao género, parece existir prevalência do sexo feminino, uma vez que os estudos epidemiológicos evidenciam uma ocorrência de depressão duas a três vezes maior entre as mulheres (Veras & Nardi, 2008). Além disso, a apresentação clínica do quadro depressivo entre as mulheres mostra-se qualitativamente diferente, destacando-se maior exuberância de sintomas associados a ansiedade, o que torna o tratamento mais árduo, comprometendo assim o prognóstico.

Existem três processos clínicos pelos quais o paciente depressivo passa: a deteção, a medicação psicotrópica e o aconselhamento (Wells & Sturm, 1995). O tipo de tratamento depende da gravidade da doença, sendo que a simples deteção não garante uma intervenção adequada. Relativamente à medicação, refiram-se os dois tipos de psicofármacos mais comumente usados em pacientes com depressão: os antidepressivos e os tranquilizantes, menos eficazes e com efeitos colaterais. O terceiro processo clínico seria então o aconselhamento, ou seja a Psicoterapia, sendo esta a segunda intervenção mais comumente procurada em casos de Depressão.

Estudos longitudinais com doentes diagnosticados com depressão, tratados em meio hospitalar e na comunidade, indicam que a prevalência da depressão aumenta, apesar do aumento do uso de antidepressivos (Moncrieff & Kirsh, 2005). Além disso, descobriu-se que os pacientes que usavam antidepressivos tinham piores resultados que os outros. No sentido de se perceber a relação existente entre placebos e antidepressivos, Kirsh, More, Scoboria e Nicholls (2004) verificaram que embora a resposta ao placebo tenha sido menor nos pacientes com depressão grave, parece ter sido duas vezes maior que o efeito do psicofármaco. Estes resultados vêm contrapor-se então à teoria do desequilíbrio químico, segundo a qual não existe serotonina, norepinefrina ou dopamina suficiente nas sinapses do cérebro das pessoas deprimidas, uma vez que a redução dos níveis de sero-

tonina em pacientes saudáveis não tem impacto sobre o seu humor. Por sua vez, a psicoterapia aumentou o efeito placebo e foi significativamente mais eficaz que a medicação para todos os níveis de depressão.

OBJETIVOS

Face ao exposto, o objetivo deste estudo consiste em analisar e comparar a depressão auto-percebida em pacientes seguidos exclusivamente em Psiquiatria (com medicação antidepressiva) e em Psicoterapia (sem medicação antidepressiva), todos com diagnóstico de depressão. Especificamente, pretendemos avaliar e comparar os níveis de disforia, desânimo, desvalorização da vida, autodepreciação, falta de interesse ou desenvolvimento, anedonia e inércia. Paralelamente, pretendemos também averiguar e comparar os níveis de ansiedade e de stress em ambos os grupos de doentes. Em termos de ansiedade avaliaremos autopercepções referentes à excitação do sistema autónomo, efeitos músculo-esqueléticos, ansiedade situacional e experiências subjetivas de ansiedade. Em termos de stress analisaremos a dificuldade em relaxar, a excitação nervosa, o estar facilmente agitado/chateado, irritável/reação exagerada e a impaciência.

MÉTODO

Amostra

A amostra é composta por 30 pacientes de psiquiatria e 30 de psicologia, todos exclusivamente com diagnóstico de depressão. Foram eliminados todos os pacientes com diagnósticos comórbidos. Os pacientes de psiquiatria seguem apenas uma terapêutica antidepressiva e os de psicologia são exclusivamente acompanhados em psicoterapia.

No Quadro 1 apresenta-se a caracterização sociodemográfica dos participantes. A amostra é composta por 38,3% de pacientes do sexo masculino e 61,7% do sexo feminino. As idades foram agrupadas em intervalos de amplitude 10 anos, em que se verifica que a faixa etária mais abundante se encontra entre os 25 e os 34 anos (43,3%), seguindo-se os inquiridos com idades compreendidas entre os 45 anos e os 54 anos (21,7%). No que concerne às habilitações literárias, 36,7% dos respondentes têm o ensino secundário e 25% são licenciados, sendo estes os graus com maior representatividade.

DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS EM DOENTES DEPRIMIDOS: ESTUDO COM A EADS-21

Quadro 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Pacientes exclusivamente acompanhados em:		Psiquiatria		Psicologia		Total	
		n	%	n	%	n	%
Sexo	Masculino	11	36,7	12	40,0	23	38,3
	Feminino	19	63,3	18	60,0	37	61,7
Idade	15-24	1	3,3	6	20,0	7	11,7
	25-34	13	43,3	13	43,3	26	43,3
	35-44	3	10,0	3	10,0	6	10,0
	45-54	9	30,0	4	13,3	13	21,7
	55-64	3	10,0	3	10,0	6	10,0
	65-74	1	3,3	1	3,3	2	3,3
Estado civil	Casado	10	33,3	10	33,3	20	33,3
	União de facto	1	3,3	2	6,7	3	5,0
	Solteiro	10	33,3	17	56,7	27	45,0
	Viúvo	4	13,3	1	3,3	5	8,3
	Divorciado	5	16,7	0	0,0	5	8,3
Habilitações literárias	1º ciclo (4ºano)	2	6,7	0	0,0	2	3,3
	2º ciclo (6ºano)	5	16,7	4	13,3	9	15,0
	3º ciclo (9ºano)	8	26,7	2	6,7	10	16,7
	Ensino secundário	6	20,0	16	53,3	22	36,7
	Licenciatura	9	30,0	6	20,0	15	25,0
	Mestrado	0	0,0	2	6,7	2	3,3

Medidas

Utilizámos a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), que é uma adaptação da Depression Anxiety Stress Scales (DASS) desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995) e aferida à população portuguesa no estudo de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004). A EADS-21 é composta por um questionário de autoavaliação, num total de 21 itens (a versão original inglesa é constituída por 42 itens) organizadas em três escalas: Depressão, Ansiedade e Stress.

Cada escala inclui vários descritores. Na escala Depressão são avaliados os parâmetros de disforia, desânimo, desvalorização da vida, autodepreciação, falta de interesse ou desenvolvimento, anedonia e inércia. A Escala da Ansiedade avalia a excitação do sistema autónomo, os efeitos músculo-esqueléticos, a ansiedade situacional e as experiências subjetivas de ansiedade. A escala de Stress abrange a dificuldade em relaxar, a excitação nervosa, o estar facilmente agitado/chateado, irritável/reacção exagerada e a impaciência.

Cada item corresponde a uma afirmação que remete para sintomas emocionais negativos em que o sujeito identifica o seu estado emocional relativamente à semana anterior, optando pelas seguintes respostas: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes” e “aplicou-se a mim *a maior parte das vezes*” (Pais-Ribeiro et al., 2004).

Aplicámos ainda um questionário sociodemográfico, que recolheu informação sobre as variáveis sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, profissão, bem como um conjunto de variáveis

clínicas, destinadas a excluir pacientes que possuísem outros quadros clínicos para além da depressão.

Procedimentos

Após a obtenção do consentimento informado por escrito do Presidente de um hospital público da região centro de Portugal, os participantes no nosso estudo foram inquiridos individualmente em gabinetes num ambiente calmo, respeitando todos os procedimentos formais e éticos. Tivemos previamente acesso aos quadros diagnósticos dos pacientes, no sentido de seleccionar apenas os que tinham sido diagnosticados exclusivamente com depressão. Todos os participantes foram informados do carácter voluntário da sua participação, sendo garantido o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos.

Os dados foram analisados através do programa SPSS, versão 22.0 para o sistema operativo Windows.

RESULTADOS

No Quadro 3 apresentam-se alguns dados referentes ao percurso de vida, história psiquiátrica na família e hábitos tóxicos dos pacientes inquiridos. Apercebemo-nos que a grande maioria admite ter tido perdas significativas (72,9%). Cerca de 51,9% refere pelo menos uma tentativa de suicídio, embora esta taxa seja maior nos pacientes de psiquiatria (61,1%). Quanto aos hábitos tóxicos, 52,9% assinalaram o tabaco, sendo as restantes opções pouco representativas.

Quadro 3 - Caracterização da amostra em função as variáveis percurso de vida, história psiquiátrica e hábitos tóxicos dos pacientes de psiquiatria e de psicologia

	Psiquiatria		Psicologia		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Percurso de vida	Perturbações alimentares	1	3,7	3	14,3	4	8,3
	Perdas significativas	21	77,8	14	66,7	35	72,9
	Dificuldades de aprendizagem	0	0,0	2	9,5	2	4,2
	Problemas de comunicação	2	7,4	1	4,8	3	6,2
	Perdas significativas e problemas de comunicação	3	11,1	0	0,0	3	6,2
	Perdas, dificuldades e problemas de comunicação	0	0,0	1	4,8	1	2,1
	História psiquiátrica na família	Suicídio/ Tentativa de Internamentos psiquiátricos	11	61,1	3	33,3	14
Outras afecções psiquiátricas		3	16,7	2	22,2	5	18,5
		4	22,2	4	44,4	8	29,6
Hábitos tóxicos	Tabaco	6	37,5	12	66,7	18	52,9
	Álcool	3	18,8	1	5,6	4	11,8
	Drogas	1	6,2	2	11,1	3	8,8
	Tabaco e álcool	6	37,5	3	16,7	9	26,5

DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESS EM DOENTES DEPRIMIDOS: ESTUDO COM A EADS-21

Atendendo à EADS-21, no Quadro 2 apresentam-se as médias (M), os desvios-padrão (DP), as correlações item-total e coeficientes de consistência interna de Cronbach sem os respetivos itens. Verificamos que a consistência interna da escala é bastante elevada, global = .943. A inspeção dos valores obtidos para o total sem o item indica-nos que nenhum dos itens baixa a consistência do todo, pelo que todos são indispensáveis para o excelente índice de consistência interna da escala. Os itens com maior pontuação encontram-se destacados a itálico.

Quadro 2 – Médias, desvios-padrão, correlações item-total e coeficientes de consistência interna de Cronbach sem os respetivos itens da EADS-21

Itens	Psiquiatria		Psicologia		Total	
	M	DP	M	DP	Correlação item-total	α total sem o item
1. Tive dificuldade em me acalmar	3,03	,96	2,57	,86	,645	,941
2. Senti a minha boca seca	3,03	,81	2,20	,85	,564	,942
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	2,90	,92	2,43	,90	,661	,940
4. Senti dificuldades em respirar	2,67	1,18	2,23	,97	,476	,943
5. Tive dificuldades em tomar iniciativa para fazer coisas	3,00	1,02	2,73	,87	,600	,941
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	2,67	1,03	2,33	,84	,683	,940
7. Senti tremores (por exemplo nas mãos)	2,77	1,04	2,10	,84	,567	,942
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	3,03	,85	2,70	,88	,468	,943
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	2,87	1,14	2,20	1,03	,610	,941
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	2,80	1,27	2,47	,86	,546	,942
11. Dei por mim a ficar agitado	2,90	,88	2,50	,73	,669	,940
12. <i>Senti dificuldades em me relaxar</i>	3,23	,86	2,73	,91	,696	,940
13. <i>Senti-me desanimado e melancólico</i>	3,20	,92	2,80	,89	,713	,940
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	3,03	1,00	2,37	1,07	,762	,939
15. Senti-me quase a entrar em pânico	2,60	1,13	2,10	,88	,780	,938
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	2,97	1,00	2,50	,97	,805	,938
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	2,87	1,11	2,63	,93	,719	,939
18. <i>Senti que por vezes estava sensível</i>	3,17	,91	2,97	,85	,587	,941
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	2,83	,99	2,30	,79	,688	,940
20. Senti-me assustado sem ter tido boa razão para isso	2,47	1,04	2,17	,99	,681	,940
21. Senti que a vida não tinha sentido	2,83	1,23	2,30	,99	,673	,940

Quadro 4 – Estatística descritiva da EADS-21 e intercorrelações

	Mín.	Máx.	M	DP	EP	Depressão r	Stress r
<i>Escala global</i>	1,24	3,86	2,67	0,67	0,09		
Fator 1: Ansiedade	1,00	3,86	2,47	0,76	0,10	,717	,731
Fator 2: Depressão	1,29	4,00	2,75	0,77	0,10		,837
Fator 3: Stress	1,29	4,00	2,80	0,68	0,09		

Considerando a medida de tendência central para a escala global, constata-se que o valor obtido (M = 2.67) se aproxima da opção de resposta 3 – aplica-se a mim muitas vezes – num total máximo de 4 pontos – 1, 2, 3 e 4. Verifica-se, assim, que os pacientes inquiridos, em termos gerais, apresentam níveis consideráveis de ansiedade, depressão e stress. No que concerne à medida de tendência central dos fatores em questão, a pontuação média mais elevada corresponde ao Fator Stress (M = 2.80), seguindo-se a Depressão (M = 2.75) e, por último, o fator Ansiedade (M = 2.47).

Considerando as medidas de desvio-padrão dos respetivos fatores, constatamos que os valores são inferiores a uma unidade da escala de medida, sendo a dispersão mais elevada para o fator Depressão e a mais reduzida para o fator Stress. Constatamos, ainda, que os valores dos erros-padrão são baixos e as intercorrelações muito elevadas.

Seguidamente, pretendemos testar as diferenças entre os dois tipos de pacientes ao nível da EADS-21. Realizámos uma MANOVA (procedimento GLM), tomando como VI o tipo de acompanhamento (psiquiatria vs. psicologia) e como VDs as médias dos três fatores da EADS-21. Refira-se que encontramos variâncias homogêneas, na medida em que o teste M de Box indicou um $F(6, 24373) = 14.49, p = .202$. A MANOVA indicou um efeito multivariado significativo, de Wilks = 0.853, $F(3, 56) = 3.22, p = .029$, cujos testes univariados indicam dever-se a todos os fatores, conforme pode verificar-se no Quadro 5.

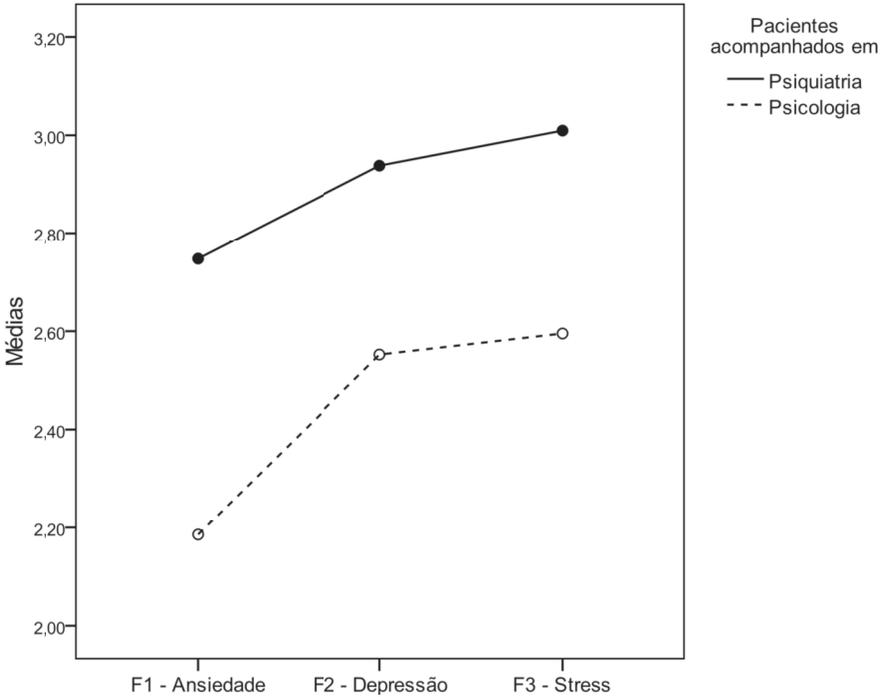
A observação das médias nos três fatores nos pacientes exclusivamente acompanhados em psiquiatria e em psicologia demonstra que os segundos possuem significativamente menores níveis de ansiedade, de depressão e de stress, conforme bem ilustra a Figura 1. Concluímos que os níveis de stress, ansiedade e depressão dos pacientes acompanhados exclusivamente em psicoterapia são significativamente inferiores aos dos pacientes acompanhados exclusivamente em psiquiatria.

Quadro 5 – Pontuações médias e desvios-padrão dos três fatores da EADS-21 para pacientes acompanhados em psiquiatria e em psicologia: Testes univariados

DASS	Pacientes acompanhados em						F (1,58)
	Psiquiatria		Psicologia		Total		
	(n = 30)		(n = 30)		(N = 60)		
	M	DP	M	DP	M	DP	
F1 – Ansiedade	2,75	0,80	2,19	0,61	2,47	0,76	9.40**
F2 – Depressão	2,94	0,87	2,55	0,61	2,75	0,77	3.95*
F3 – Stress	3,01	0,71	2,60	0,59	2,80	0,68	6.04**

* $p = .05$ ** $p < .01$

Figura 1 – Pontuações médias dos três fatores da EADS-21 para pacientes exclusivamente acompanhados em psiquiatria vs. psicologia



DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

No presente estudo aplicámos a EADS-21 a um conjunto de pacientes deprimidos acompanhados exclusivamente em psiquiatria e exclusivamente em psicologia. Os pacientes com quadro depressivo sofrem de disfuncionamento físico e psicológico no seu dia-a-dia, tal como demonstraram as pontuações médias aos itens da EADS-21. O estudo da Depression Research in European Society II salienta as consequências nefastas que a depressão pode ter no dia-a-dia, tais como o humor depressivo (76%), a fadiga (73%) e alterações no sono (63%) (Thurin, 2001). De acordo com o estudo de Wells e Sturm (1995), 23% dos doentes deprimidos relataram passar a maior parte do dia acamados durante pelo menos durante 2 semanas.

Relativamente aos elementos sociodemográficos, verificou-se uma prevalência do sexo feminino, tanto em pacientes acompanhados em Psiquiatria como em pacientes acompanhados em Psicoterapia. Este resultado está de acordo com os estudos anteriores onde se verifica que, relativamente ao género, existe uma ocorrência de depressão duas a três vezes maior nas mulheres (Veras & Nardi, 2008), que poderá ser explicada através de fatores biológicos e psicossocial (Justo & Calil, 2006). Relativamente aos fatores biológicos, a diferença entre género reside nomeadamente no funcionamento hormonal, sendo que ao longo da vida as mulheres sofrem de alterações desagradáveis e constantes de estrogénio e progesterona, sobretudo na adolescência e na terceira idade, devido às mudanças hormonais próprias a estes ciclos (Santos, 2010). No que se refere à idade, verificou-se uma maior prevalência de quadro depressivo na faixa etária entre os 25 - 34 anos de idade, seguido dos 45 a 54 anos, existindo menos prevalência nos adolescentes/jovens adultos e

nos idosos. No entanto, a literatura diz-nos que os adolescentes e os idosos são dois dos grupos mais vulneráveis à depressão. Estudos longitudinais demonstraram que os jovens são um dos grupos de risco para o desenvolvimento do quadro depressivo (Pires, 2003). Num estudo realizado com estudantes de medicina no sentido de perceber qual o impacto do stress relacionado com os exames, verificou-se uma deterioração do humor (Ogden, 2004). O mesmo acontece com a população idosa, que revela também ser um grupo de risco para o quadro depressivo. Os idosos encontram-se num ciclo da vida no qual as perdas são constantes, tanto a nível socioeconómico (como a perda do estatuto ocupacional) como a nível familiar, assim como a nível físico (Martins, 2008).

Refira-se também que muitas doenças físicas e mentais têm sido atribuídas à experiência de perda, sendo pertinentes ao processo do luto os sentimentos de desamparo e desesperança, responsáveis pelas doenças físicas (Jurkiewicz & Romano, 2009) e psicológicas. Esta associação vai ao encontro dos dados obtidos junto da nossa amostra, onde se pôde verificar uma grande prevalência das perdas significativas em ambos os grupos. A maioria dos pacientes com quadro depressivo referiu já ter experienciado a morte de um próximo, uma separação/abandono. Este resultado vai ao encontro do que já tinha sido constatado por outros estudos acerca da questão do luto patológico, onde parece claro que o sintoma mais presente é a depressão (Bowlby, 2004). Entre os fatores associados à depressão encontram-se a exposição ao stress na infância, tais como a morte dos pais ou substitutos, as privações maternas ou paternas por abandono, separações ou divórcio, entre outros, reafirmando-se assim a relação entre perdas na infância e depressão (Zavaschi et al, 2002).

No que se refere à história psiquiátrica na família, os dados do presente estudo apontam para uma taxa de suicídio ou tentativa de suicídio na família em mais de metade da amostra inquirida, significando assim que, tal como as perdas significativas, este resultado poderá ter sido um fator predisponente para desenvolver um quadro depressivo.

Concluimos que a EADS-21 demonstrou boa consistência interna. Relativamente às diferenças entre grupos (pacientes acompanhados exclusivamente em psiquiatria vs em psicologia), os dados obtidos permitiram verificar que existem níveis mais reduzidos de stress, de ansiedade e de depressão em pacientes exclusivamente acompanhados em psicologia. Os nossos resultados encontram-se em conformidade com a literatura que revela que a intervenção na depressão através do uso de psicofármaco não obteve resultados tão desejáveis quanto o esperado (Moncrieff & Kirsh (2005). Kirsh et al. (2004) referem mesmo que a psicoterapia é mais eficaz para o tratamento da depressão. Os nossos resultados poderão ser discutidos atendendo aos objetivos da intervenção psicoterapêutica, que se prendem essencialmente com a reestruturação cognitiva (modificação das crenças, atitudes e esquemas cognitivos disfuncionais), o aumento de contactos interpessoais gratificantes e de atividades sociais satisfatórias (Pires, 2003).

Verificámos também que os níveis de stress e de ansiedade se mostraram muito correlacionados com o fator depressão. De facto, o stress e a ansiedade influenciam a vitalidade do paciente deprimido, assim como a sua saúde mental e o seu estado de saúde. Quanto mais stressado o paciente estiver menos energia terá, mais triste e deprimido se sentirá, além de poder piorar em termos do estado atual de saúde. Estes resultados vão ao encontro do já apurado em investigações anteriores, em que os indivíduos com quadro depressivo tendem a ter um estado de saúde pior que os doentes com outras patologias, reduzindo assim a perceção que o doente tem do seu estado de saúde e apresentando uma qualidade de vida mais deficitária (McIntyre, Barroso, & Lourenço, 2002).

Resumindo, o presente estudo proporcionou uma visão mais pormenorizada dos indivíduos que sofrem de depressão, tendo em conta o contexto terapêutico no qual estão inseridos (Psiquiatria ou Psicologia). O tipo de intervenção, assim como algumas variáveis sociodemográficas e clínicas parecem ser influentes, nomeadamente as respeitantes às perdas significativas e aos antecedentes psiquiátricos.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *DSM IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatísticas de Perturbações Mentais* (4ª Ed). Lisboa: Climepsi Editores
- Ballone, G. J., & Moura, E. C. (2008). Depressão na adolescência. *PsiquWeb*. URL: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=129>
- Bowlby, J. (2004). *Perda: Tristeza e depressão*. São Paulo: Martins Fontes
- Jurkiewicz.R & Romano.B.W. (2009). Doença arterial coronária e vivência de perdas. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 93(3), 352-359.
- Jurkiewicz.R & Romano.B.W. (2009). Doença arterial coronária e vivência de perdas. *Arquvis Brasileiros de Cardiologia*, 93(3), 352-359.
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão: O mesmo acometimento entre homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 74-79.
- Kirsh, I., More, T. J., Scoboria, A., & Nicholls, S. S. (2004). The emperor's new drugs: an analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. food and drug administration. *Prevention & Treatment*, 5(23), 1-11.
- Leval, N. (1995). *Scales of depression, ill-being and the quality of life is there any difference? An essay in taxonomy. Quality of Life Research*, 4(3), 259-269.
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Martins, R. M. (2008). A depressão no idoso. *Spectrum*, 119-123. URL: http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/364/1/A_depressao_no_idoso.pdf
- McIntyre, T., Barroso, R., & Lourenço, M. (2002). Impacto da depressão na qualidade de vida dos doentes. *Saúde Mental*, 4(5), 1-12.
- Moncrieff, J., & Kirsh, I. (2005). Efficacy of antidepressants in adults. *BMJ*, 331: 155, doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.331.7509.155>
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da saúde* (2ª ed revista e ampliada). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A, & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229-239.
- Pires, C. L. (2003). *Manual de psicopatologia: Uma abordagem biopsicossocial* (2ª ed. revista). Leiria: Editorial Diferença.
- Relatório Mundial da Saúde 2001. (2002). *Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova esperança*. (1ª Ed). Lisboa: Ministério da Saude.
- Santos, A. P. (2010). *Estudo da Relação das diferenças de género nas cognições antecipatórias, estratégias de coping e depressão em adultos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Thurin, J. M. (2001). *La Dépression: Impact économique et atteinte À la Qualité de Vie*. URL: <http://www.psydoc-france.fr/bibliothq/sallelec/ltinDeprimes/Impact2.html>
- Veras, AB, Nardi.AE (2008). Depressão na mulher. *Revista Brasileira de Medicina*, 154-163.
- Wells, K. B., & Sturm, R. (1995) Care for depression in a changing environment. *Health Affairs*, 14(3), 78-89. doi: 10.1377/hlthaff.14.3.78
- Zavaschi, M. L., Satler, F, Poester, D, Vargas, C. F, Piazenski, R, Rohde, L. A., & Eizirik, C. L (2002). Associação entre trauma por perda na infância e depressão na vida adulta. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 189-195.