

SP 057

**NADINE VANDRESEN**

**HISTÓRIA DA VIDA DE PACIENTES QUE  
PREENCHEM OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS  
PARA DEPRESSÃO.**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2002**

**NADINE VANDRESEN**

**HISTÓRIA DA VIDA DE PACIENTES QUE  
PREENCHEM OS CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS  
PARA DEPRESSÃO.**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Edson José Cardoso**

**Orientadora: Profa. Dra. Suely Grosseman**

**Co-orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Ágea Cutolo**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2002**

## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer

A Deus, por ser uma constante fonte de fé e amor.

Aos meus pais, Marcolino e Lílian Vandresen, que sempre estiveram presentes em minha jornada, incentivando e apoiando todas as escolhas e atitudes.

A minha irmã, Thais Vandresen, e ao meu irmão, Maicon Alexander Vandresen, que sempre foram uma fonte de admiração e motivação para os meus passos.

A todos os colegas de turma, que me proporcionaram grandes momentos de alegria em todos esses anos.

A minha professora, Suely Grosseman, por ter dedicado seu tempo e preocupação para realização deste trabalho e, principalmente, pelo apoio dado a mim e a toda a minha turma.

Aos pacientes, que carinhosamente participaram deste estudo.

# SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>v</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>vi</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. PRESSUPOSTOS DO ESTUDO .....</b>	<b>8</b>
<b>3. MÉTODO .....</b>	<b>9</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>11</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>23</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>32</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>37</b>

## RESUMO

A depressão é considerada um problema de saúde pública devido a sua alta prevalência, ao seu potencial de cronificação e ao prejuízo na capacidade funcional e qualidade de vida do paciente. O objetivo deste estudo foi compreender, junto a pacientes depressivos, eventos em suas histórias de vida, que contribuíram para a ocorrência da doença e a conseqüência da mesma na sua vida. Trata-se de um estudo qualitativo, através de entrevista semi-estruturada em profundidade, com uma amostra intencional de oito pacientes com diagnóstico de depressão unipolar, realizada no ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário, entre setembro e novembro de 2001. O componente genético teve papel importante, porém foi muito presente a influência do contexto social, dos eventos de vida negativos na construção da personalidade e assim na gênese da depressão. Foram freqüentes circunstâncias de violência principalmente ligadas ao alcoolismo, assim como episódios de perdas precipitando a depressão, caracterizando assim a importância dos eventos de vida negativos na ocorrência da doença. Apesar de sofrerem sentimentos somáticos e cognitivos típicos da depressão, nem os pacientes e muitas vezes nem os médicos reconheciam a doença, retardando o tratamento e ocasionando prejuízo progressivo na qualidade de vida dos pacientes piorando o sentimento de insuficiência e tristeza. Todos esses fatores chamam atenção para a necessidade de mais investigações sobre a doença depressão, de maior divulgação dos sintomas dessa doença para os médicos e a comunidade e também de desenvolvimento de estratégias para melhorar sua abordagem.

**Palavras-chave:** Depressão; eventos de vida; etiologia, conseqüência.

## SUMMARY

Depression is considered a problem of public health due to the high prevalence, the potential of being chronic and the damage to the functional capacity and quality of life of the patient. The purpose of this study was to understand the events in the life history of depressive patients that have contributed to the occurrence of the disease and the effects in their lives. It was a qualitative study carried out at the psychiatric clinic of the university hospital, between september and november of 2001, through a profound semi-structured interview with a predetermined sample of eight patients with diagnosis of unipolar depression. The genetic component had an important role; however, it was very present the influence of the social context, the negative life events in the construction of the personality, and then in the genesis of the depression. The circumstances of violence were frequent, mainly linked to the alcoholism, as well as the episodes of losses precipitating depression, and then characterizing the importance of the negative life events in the occurrence of the disease. In spite of suffering somatic and cognitive symptoms, typical of depression, neither patients and many times nor doctors have recognized the disease, delaying the treatment and causing progressive damage in the quality of life of the patients, worsening the feeling of insufficiency and sadness. All those factors call attention for the need of more investigations on depression, more information of the symptoms of disease for doctors and population, as well as the development of strategies to improve your approach.

**Keywords:** Life events and depression; Risk factors for depression.

# 1. INTRODUÇÃO

Ao fim do meu curso de graduação em Medicina, deparei-me com a escolha de um tema para meu Trabalho de Conclusão de Curso. Comecei a refletir sobre o tema que escolheria, analisando minha trajetória até então.

Muito antes de iniciar a faculdade, vivenciei experiências que me influenciaram na escolha de ser médica. Em meu contexto familiar, convivi com pessoas que tinham depressão. Nesta época, eu ainda era muito jovem e não conseguia compreender o problema; muitas vezes, julgava e discriminava estas pessoas.

Iniciei o curso de Medicina e, ao chegar na quarta fase, cursei a matéria de psicologia clínica com o professor Pedro Largura. Ao participar das aulas de Psicologia, pude compreender melhor o distúrbio depressivo, seus sintomas, suas conseqüências e seu manejo, pois trata-se de uma doença.

Neste contexto, me dei conta de que as pessoas com quem convivia precisavam de ajuda. Concomitantemente, cursava a disciplina de Exame Clínico, que me proporcionou acesso ao Hospital Universitário e aos inúmeros pacientes que lá estavam. Visitava freqüentemente a enfermaria de Clínica Médica feminina e procurava conversar com os pacientes internados. Inicialmente, abordava mais suas doenças, mas percebi que muitos deles ansiavam por falar sobre suas vidas. Notava, por exemplo que, ao responderem as perguntas sobre seus filhos ou seus parceiros, os pacientes esqueciam que estavam doentes, sorriam e, às vezes, até mesmo choravam e iniciavam um longo desabafo sobre suas alegrias, realizações, tristezas e dificuldades. Não foi difícil apreender que cada um dos pacientes que visitava, tinha um modo particular de entendimento de como funcionava o mundo e do que consideravam importante em suas vidas, seus valores individuais<sup>1</sup>.

Neste processo de ouvir as pessoas, também observei que muitas delas relatavam sintomas depressivos. A queixa que mais referiam era o “sentimento de insuficiência”, de incapacidade para experimentar o prazer<sup>2</sup>. Impressionou-me como este problema era comum e

estava tão presente na vida dessas pessoas, trazendo sofrimento para elas e para todo seu contexto social.

Comecei a ler mais sobre a doença **depressão**. Este distúrbio é apontado pela Organização Mundial de Saúde como a quinta maior questão de saúde do planeta, afetando 120 milhões de pessoas. Estima-se que, em vinte anos, ocupará a segunda doença mais prevalente<sup>3</sup>. Segundo Crum RM (1994), ela é a desordem psiquiátrica mais prevalente na população<sup>4</sup>, sendo considerada um problema de saúde pública, devido a sua alta prevalência, ao seu potencial de cronificação e ao prejuízo na capacidade funcional e qualidade de vida do paciente. Além disso, pesquisas demonstram que ela representa uma causa de procura freqüente aos serviços de saúde<sup>5</sup>.

Segundo Duncan BB (1994), 13 a 20% dos adultos experimentam, ao menos, um episódio depressivo, em algum momento de suas vidas. No entanto, apenas 25% das pessoas com sintomas depressivos procuram um especialista em saúde mental, e o restante supõe-se que seja atendido no sistema geral de saúde ou outros meios<sup>6</sup>. Este autor citou um estudo realizado nos Estados Unidos, que demonstrou que 30% dos pacientes que procuravam os serviços médicos apresentavam sintomas depressivos, freqüentemente representados por queixas somáticas com exames médicos negativos<sup>6</sup>.

Além disso, pesquisas têm comprovado que algumas doenças apresentam pior prognóstico em pacientes depressivos. Há fortes evidências de que a presença de depressão, em pacientes com doenças cardiovasculares, piora a evolução e aumenta o risco de morte<sup>7</sup>. A concomitância de depressão no momento do diagnóstico de uma doença coronariana dobra o risco de um evento cardíaco mais grave ocorrer no período de um ano. Além disso, a depressão também aumenta o risco de reinfarto ou morte por um infarto agudo do miocárdio<sup>8</sup>.

Quanto à relação médico-paciente, estudos têm demonstrado que pacientes que experimentam o pesar normal, tendem a despertar simpatia e tristeza do médico, enquanto o paciente depressivo, muitas vezes, produz frustração e irritação naqueles que o tentam tratar<sup>9</sup>.

Talvez, um dos fatores que contribuam para tal situação seja a menor aderência do paciente ao tratamento, pois algumas pesquisas revelam que os pacientes depressivos têm chance três



vezes maior que os não depressivos de não aderência a medicamentos prescritos por seus médicos<sup>10</sup>.

Todos estes estudos chamam atenção para a necessidade de mais investigações sobre a doença **depressão**, de maior divulgação dos sintomas desta doença para os médicos e a comunidade e também de desenvolvimento de estratégias para melhorar sua abordagem.

Em seu cotidiano, as pessoas experimentam uma ampla faixa de humores (humor considerado normal) e têm um repertório igualmente variado de expressões afetivas; sentem-se no controle, mais ou menos, de seus humores e afetos. O humor é considerado o estado emocional mais constante de uma pessoa, enquanto o afeto é a expressão externa do conteúdo emocional relativo ao momento que a pessoa está vivendo<sup>11</sup>.

Os transtornos do humor constituem um grupo de condições clínicas caracterizadas pela perda deste senso de controle. O humor pode ser elevado, dando origem a distúrbios denominados manias, ou pode ser deprimido, dando origem aos transtornos depressivos<sup>11</sup>.

Embora tristeza e pesar sejam respostas normais à perda, a depressão não o é. O pesar costuma ser acompanhado por auto-estima intacta, enquanto a depressão é marcada por um sentimento de culpa e demérito.<sup>9</sup>

As Diretrizes Diagnósticas constantes no Código Internacional de Doenças (CID) -1031<sup>12</sup> definem que, em um **episódio depressivo**, o indivíduo usualmente sofre de humor deprimido, perda de interesse, e prazer e energia reduzidos, levando a uma fadigabilidade aumentada e atividade diminuída. Cansaço marcante, após esforços apenas leves, é comum. Outros sintomas comuns são concentração e atenção reduzidas, auto-estima e autoconfiança diminuídas, idéias de culpa e inutilidade, idéias ou atos auto lesivos ou suicídio, sono perturbado e apetite diminuído. Este código classifica o episódio depressivo em leve, moderado e grave, na dependência dos sintomas e da duração do episódio.

No **episódio depressivo leve**, humor deprimido, perda do interesse e prazer e fadigabilidade aumentada são usualmente tidos como os sintomas mais típicos e, pelo menos, dois desses, mais, pelo menos, dois dos outros sintomas descritos acima devem usualmente estar presentes para um diagnóstico definitivo. Nenhum dos sintomas deve estar presente em um grau

intenso. A duração mínima de um episódio completo é cerca de duas semanas. No **episódio depressivo moderado**, pelo menos, dois dos três sintomas mais típicos anotados para episódio depressivo leve devem estar presentes e, pelo menos, três (preferencialmente quatro) dos outros sintomas acima mencionados. Vários sintomas provavelmente estão presentes em um grau marcante, mas isto não é essencial, se uma variedade particularmente ampla de sintomas está globalmente presente. A duração mínima também é de duas semanas. No **episódio depressivo grave**, todos os três sintomas típicos anotados para episódios depressivos leve e moderado devem estar presentes, pelo menos quatro outros sintomas, primariamente anotados, alguns dos quais devem ser de intensidade grave. O episódio depressivo deve usualmente durar duas semanas, mas se os sintomas são particularmente graves e de início muito rápido, pode ser justificado fazer esse diagnóstico com menos de duas semanas<sup>12</sup>.

As mudanças de atitudes dos indivíduos, conseqüentes do distúrbio depressivo, quase sempre comprometem o relacionamento interpessoal, afetando as diversas dimensões de suas vidas, inclusive a do trabalho. Não se esclareceu uma causa específica para a depressão, sendo esta doença concebida como um distúrbio multifatorial.

Embora não tenham sido estabelecidas as causas de depressão, segundo Bherman et al há fortes evidências de herança genética para os transtornos depressivos afetivos. Os indivíduos de alto risco genético parecem ser mais sensíveis aos efeitos das condições ambientais adversas. Estudos em gêmeos mostraram uma concordância de 76% para depressão entre gêmeos monozigóticos criados juntos e 67% para gêmeos monozigóticos criados separados e em comparação com 19% para gêmeos dizigóticos criados juntos. Muitos estudos demonstraram aumento da taxa de depressão (3 a 6 vezes maior) em parentes em primeiro grau de pacientes que apresentam um distúrbio afetivo importante. Na tentativa de avaliar a transmissão genética, os pesquisadores concentraram-se em aminas biogênicas e neurotransmissores. Devido aos baixos níveis urinários de 3-metoxihidroxifenilglicol e ácido 5-hidroxiindolacético em pacientes deprimidos, baixos níveis funcionais de norepinefrina e serotonina são considerados importantes marcadores genéticos. Estes conceitos são reforçados pelas respostas terapêuticas a antidepressivos que bloqueiam a recaptação pré sináptica destes compostos. Teorias cognitivas atribuíram o desenvolvimento da depressão a sentimentos de desesperança e impotência

secundários a uma perda real ou à percepção de perda pelo indivíduo. A teoria do aprendizado postulou que a depressão é aprendida no ambiente devido a uma ausência de reforço positivo, por exemplo, impotência aprendida. Outros postulam que déficits de habilidades sociais, problemas de autocontrole e o estresse da vida participam no desenvolvimento e na manutenção da depressão<sup>13</sup>.

Entre os diversos fatores citados, que predisõem a este distúrbio, constam os genéticos (precipitando disfunção neurotransmissora, como a deficiência de serotonina), os que interferem no desenvolvimento psicológico do indivíduo (eventos que ocorrem na infância), os psicossociais (tensões que ocorrem no cotidiano, tais como experiências de perda e violência) e os culturais<sup>9</sup>.

Segundo Kendler KS et al., 1999, a experiência de um evento de vida estressante pode preceder um diagnóstico de depressão e aumentar o risco subsequente de recaída da doença<sup>11</sup>. Segundo Furnham e Malik, vários fatores, como idade, sexo, número de filhos, profissão, grau escolar, migrações, relação com parentes, podem contribuir para tornar a pessoa vulnerável à depressão<sup>15</sup>.

SLUSARCICK A. L. (2001) investigou fatores associados ao desenvolvimento de depressão durante o alistamento de tropas, antes do início da Guerra do Golfo Pérsico, em 1990. Identificou que idade, sexo e eventos de vida negativos eram as variáveis mais correlacionadas com a incidência de depressão, sendo as mulheres, os membros mais novos (com menor experiência militar) ou com maiores taxas de eventos de vida negativos (como morte de cônjuge e/ou amigo, doença na família, separação/divórcio, problemas no trabalho, problemas sócio-econômicos), antes do alistamento, os que mais apresentaram depressão<sup>16</sup>.

Outros autores ressaltam o papel fundamental da cultura, na predisposição ao distúrbio depressivo e, segundo Furlaneto<sup>2</sup> (p. 137):

*“Em culturas mais individualistas, onde o indivíduo vale pelo que produz, este sentimento de insuficiência produz culpa. E se, mais especificamente, esta produção é realizada através de trabalho braçal, então, a insuficiência é percebida através de sintomas somáticos. Nas culturas mais socioconcentradas, como nas orientais, o indivíduo se sentiria menos agente de seu destino e, portanto, menos responsável em dar um fim ao sofrimento, cometendo o suicídio. Em outras palavras a vivência do fenômeno do humor depressivo e sua expressão terá a tonalidade dada pela percepção que o indivíduo tem de si próprio e do mundo ao seu redor.”(p.137)*

Todos estes fatores motivaram-me a desenvolver o trabalho de Conclusão de Curso sobre o **tema depressão**. Assim, este estudo tem, como **objetivo geral**, compreender, junto a pacientes com distúrbio depressivo, eventos em suas histórias de vida que contribuem para a ocorrência da doença depressão. **Os objetivos específicos são:** identificar fatores na herança genética dos pacientes predisponentes à depressão, identificar componentes na infância e vida adulta que possam ter interferido para a ocorrência da depressão, identificar o significado simbólico destes eventos e as conseqüências da depressão na vida dos pacientes.

O significado dos eventos de vida são diferentes para cada pessoa, e influenciados pela sociedade e família em que as pessoas se inserem, segundo Engel GL et al. (1968)<sup>17</sup>.

Para compreender melhor as crenças, a atitude e as vivências dos pacientes que têm a doença depressão, ouvindo suas histórias de vida, desde a infância até o momento da entrevista, buscando conhecimentos através do olhar do paciente depressivo, optei pelo emprego do qualitativo. Este método é considerado o mais adequado, quando se refere a processos e fenômenos humanos<sup>18,19</sup>.

Os sujeitos do estudo são adultos, de ambos os sexos, com diagnóstico de depressão unipolar (sem mania concomitante), atendidos pelo serviço de psiquiatria do Hospital Universitário.

Espero que a contribuição deste estudo venha a produzir conhecimento fundamental sobre a doença depressão, para promoção da abordagem dos pacientes depressivos que, muitas vezes, apesar de procurarem a ajuda de outras pessoas e até mesmo do médico, não encontram explicação, consolo ou solução para seu problema.

A seguir, este trabalho de conclusão de curso apresenta os capítulos, com seus respectivos conteúdos:

- Segundo capítulo: apresentação dos pressupostos do estudo;
- Terceiro capítulo: o processo de construção do estudo (o método aplicado);
- Quarto capítulo: descrição da história de vida dos pacientes envolvidos (resultados);
- Quinto capítulo: discussão dos dados obtidos, com base nos depoimentos dos entrevistados e na literatura.
- Sexto capítulo: considerações finais sobre o processo da pesquisa e dos conhecimentos adquiridos e sugestões para intervenções e pesquisas.

## 2. PRESSUPOSTOS DO ESTUDO

- ❖ A depressão é o distúrbio psiquiátrico mais prevalente na população e é considerada um problema de saúde pública.
- ❖ A depressão é uma doença crônica debilitante, tanto para o doente quanto para as pessoas próximas a ele, gerando deterioração na qualidade de vida do doente e daqueles que com ele convivem.
- ❖ A herança genética tem papel importante na gênese do distúrbio depressivo.
- ❖ A biografia de uma pessoa (principalmente os eventos de vida negativos ) pode predispor-la a desenvolver o distúrbio depressivo.
- ❖ Os eventos de vida adversos possuem significados diferentes para cada pessoa que os vivenciam.
- ❖ Experiências de perdas e de vitimização por violência são eventos adversos de vida, frequentemente associados com depressão.
- ❖ Os pacientes com depressão, geralmente, apresentam sintomas somáticos associados, sem patologia.
- ❖ O estudo da história de vida dos pacientes com depressão pode fornecer subsídios importantes para melhor compreensão da doença.
- ❖ Os métodos qualitativos são os mais adequados para maior compreensão das histórias de vida dos pacientes.

### 3. MÉTODO

Este estudo foi realizado utilizando o **método qualitativo**, pois este trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos humanos que não podem ser reduzidos à operacionalização por meio de variáveis<sup>18</sup>.

A pesquisa realizou-se no <sup>os 1º andar</sup> Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário, no período de setembro a novembro de 2001, às quintas e sextas-feiras, no turno vespertino, entre 13 e 14 horas.

O tipo de estudo foi o de multicaseos<sup>1,19</sup>, e a amostra foi intencional, composta por **oito pessoas**, que eram acompanhadas pelo serviço e tinham o diagnóstico de depressão unipolar (ausência de mania concomitante), sem sintomas psicóticos, segundo os critérios da DSM-4 (Diagnostic na Statistical Manual of Mental Disorders). Anexo 1

O Projeto de Pesquisa foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina.

A técnica empregada foi a entrevista semi-estruturada em profundidade. Anexo 2

As entrevistas foram realizadas apenas por mim e registradas por escrito. Neste estudo foram abordados fatores que poderiam predispor pessoas a desenvolverem o transtorno depressivo: eventos de vida, fatores sociais e o modo como os entrevistados lidam com eles. Para tanto, a entrevista foi dividida em quatro grandes categorias:

1. Categoria relativa à identificação do sujeito: idade, sexo, profissão, naturalidade, procedência, estado civil, grau de escolaridade e número de filhos.
2. Categoria relativa a antecedentes genético/familiares: presença ou ausência de doenças psiquiátricas na família.

3. Categoria referente a eventos de vida ocorridos na infância, adolescência e vida adulta e seus significados. Nesta categoria, aprofundava-se a entrevista em relação à:
- Infância: relação com os pais e irmãos, problemas familiares.
  - Presença de outras doenças orgânicas.
  - Grandes perdas: morte de pais, cônjuges, filhos ou amigos, perda do emprego e separações amorosas:
  - Situação marital
  - Vícios
  - Grandes decepções
  - Perguntas inerentes à profissão (prazer, carga de trabalho)
  - Época de início do primeiro episódio de depressão e das recidivas.
4. Categoria referente à auto-imagem do entrevistado: o que o entrevistado pensava sobre si mesmo.



## 4. RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os oito pacientes entrevistados, citados como P (paciente) e um número de referência (1 a 8), com dados de identificação, história familiar e de vida, auto-imagem e início e evolução dos episódios depressivos.

**P 1:** sexo feminino, quarenta e três anos, agricultora, natural e procedente de Alfredo Wagner, primeiro grau de escolaridade, casada há vinte e cinco anos, evangélica, tem apenas um filho.

História familiar ( HF ) de depressão: o pai é portador de depressão. A paciente narrou uma infância difícil, com pai alcoólatra, que reclamava muito dos filhos e tratava a família com violência. Referiu que era vítima constante desta violência paterna, mas que sua relação com os irmãos sempre foi muito boa.

Casou com dezoito anos, com o primeiro namorado, na esperança de sair de casa, pois não suportava mais a violência do pai. Mas, segundo ela, nada melhorou com o casamento. Logo após se mudar, descobriu que o marido também era alcoólatra. Saía todas as noites, freqüentemente não dormia em casa, sendo violento (principalmente quando alcoolizado) e reclamava muito dela. No primeiro ano do casamento, engravidou, teve uma gestação normal e tranqüila, segundo suas palavras: *“Nesta época meu marido me deixou em paz”*.

Deu à luz a um menino, e nunca mais conseguiu engravidar, o que foi motivo para mais agressões de seu marido, que freqüentemente a chamava de “semente seca”.

Relatou ter recebido muita ajuda de vizinhos e do próprio filho.

Contou que sempre se deu bem com todos, exceto com a família do marido: *“minha família nunca me incomodou desde meu casamento, talvez por medo de meu marido (...). Durante todo o meu casamento, meu marido foi ausente, vivia nas ruas, nunca foi atencioso com o filho, só fazia reclamar de nós dois”*.

Iniciou com sintomas depressivos há sete anos, quando seu filho se casou e saiu de casa: *“Não agüentava mais os maus tratos do pai”*.

Logo em seguida, apareceram dores difusas pelo corpo, tristeza e vontade de morrer. Apresentava crises de dores nas costas, na nuca, nó na garganta, parestesias, formigamento e perda de memória. Passou por vários médicos e exames laboratoriais em sua cidade, sem elucidação diagnóstica, e os médicos disseram-lhe que tinha tendinite generalizada.

Há quatro anos começou a apresentar dificuldade para trabalhar, e não queria sair da cama. Nesta ocasião, sua situação financeira decaiu muito e o sentimento de tristeza piorou: *“Todos me chamavam de louca”*.

Esta situação mudou quando foi encaminhada para o HU (há dois anos), aonde foi diagnosticado o transtorno depressivo e iniciou tratamento adequado.

Atualmente continua em tratamento, e relata que sua vida melhorou bastante, os sentimentos de desvalia diminuíram e já se sente apta para trabalhar.

Referiu que tenta agradar a todos, considera-se muito sensível e que não gosta de ser criticada.

**P 2:** sexo feminino, quarenta e três anos, dona de casa, natural e procedente de Florianópolis, primeiro grau de escolaridade, casada (há vinte e cinco anos), três filhos, segue a religião católica.

HF de depressão: Pai e mãe vivos e rígidos. São oito irmãos, sendo uma irmã portadora de depressão.

Relatou muitos problemas da infância, principalmente com a irmã mais nova (a quinta filha). Tinha muitos ciúmes da mãe e batia muito na irmã. A mãe colocava os irmãos uns contra os outros, e sua “saída” era fugir para casa da “vó”; a mãe, porém, a colocava de castigo, trancada no quarto. Em suas palavras: *“Até hoje não me dou com a minha mãe, guardo muita mágoa e ódio dela. Tive epilepsia até os doze anos, minha mãe me chamava de louca”*.

Casou com dezoito anos. Logo após o casamento, o marido começou a não dormir em casa, saía todas as noites para as festas e bebia. Começou a não procurar mais por ela e, mesmo assim, ela adquiriu algumas doenças venéreas. *“Ele não podia ter feito isso comigo, não é justo, eu vivia para ele”*. Exclamou com tristeza e os olhos marejados.

A depressão começou há vinte e quatro anos, na gravidez do primeiro filho. Nesta época, procurou auxílio médico e iniciou tratamento. Teve mais dois filhos, há vinte e um e onze anos, respectivamente.

Referiu que o marido nunca deu carinho aos filhos, sempre foi ausente, e que há quinze anos bebe todos os dias, porém, nunca foi violento. Os filhos não gostam dele e já trabalham para ajudar em casa.

Relatou forte recidiva da depressão há seis anos, quando uma grande enchente a fez perder metade da casa, e sua condição financeira se agravou muito. Concomitantemente, sua sogra adoeceu, iniciou quimioterapia e foi morar com eles por um ano, quando veio a falecer.

Explicou que desde então os medicamentos antidepressivos não têm o mesmo efeito de antes.

Afirmou que o pior na vida dela foi o desgosto com o marido. Considera-se muito ansiosa e agressiva, porém, atualmente, tornou-se mais calma e tranqüila: *“A religião me ajudou muito, rezo todos os dias”*.

**P 3** : sexo feminino, quarenta e dois anos, natural de São Ludgero, procedente de Pedras Grandes, primeiro grau de escolaridade, divorciada, cinco filhos.

HF de depressão: pai e mãe tinham crises de nervos (sic). O pai faleceu há vinte anos de infarto e a mãe, ainda viva, tem setenta e sete anos e sofre de hipertensão. Tem quatro irmãos, duas irmãs com depressão.

Contou que sua infância foi boa. Embora o pai bebesse e descontasse nos filhos, ainda assim considera que o pai foi bastante carinhoso e muito mais amigo do que a mãe. Referiu ter sofrido muito com a sua morte. Sua relação com os irmãos também era muito boa.

Casou com dezesseis anos e teve quatro filhas, pois não sabia como prevenir. Por oito anos foi horrível. O marido traía, gastava todo o dinheiro no jogo, dormia fora de casa e a agredia. Com vinte e cinco anos, ela saiu de casa com os filhos e ficou três anos sozinha. Porém, durante todo este tempo, o marido pedia para voltar e implorava perdão por tudo. Com vinte e nove anos voltou para ele. Mas tudo passou a ser ainda pior que antes. Ficou mais dois anos com ele. Neste período, engravidou novamente e entrou em depressão profunda, queria muito morrer, não se conformava em ter voltado para o marido: *“Me sentia desesperada, culpada, pois viria mais um filho para sofrer comigo, mas não tinha coragem de ir embora com barriga, tinha vergonha”*.

Não conseguia mais fazer nada, não queria e, ao mesmo tempo, não tinha forças. Ela e os filhos sofriam muito.

Uma noite, quando o marido chegou em casa e a viu chorando, ameaçou-a com uma faca e a agrediu. Ela foi para a casa da irmã, contratou um advogado e conseguiu tirar o marido de sua casa. Nesta época, tinha trinta e um anos e iniciou tratamento para depressão, com a ajuda de sua irmã. Porém, foi impossível morar perto dele. Pegou os cinco filhos e se mudou para Pedras Grandes.

Narrou ter criado e sustentado os cinco filhos sozinha.

Desde os trinta e um anos sofre de depressão e, desde essa época, teve início também a artrite e a insônia. Relata que três de suas filhas têm problemas de nervos (sic).

Teve recaída forte de depressão quando, há seis anos, uma de suas filhas fugiu de casa (com apenas quinze anos, para casar com um homem muito ruim, que a agredia todos os dias e com quem teve uma filha). Diz que sofreu demais, porém, já se separou e casou com um homem bom.

Mencionou ter três filhas casadas e dois filhos ainda em casa.

Há dois anos entrou novamente em depressão profunda com a morte de seu sobrinho de treze anos, que foi atropelado, quando estava trabalhando. A partir desta época, começou a chorar muito.

Para ela, a pior coisa que ocorreu em sua vida foi o casamento: *“Me sinto muito culpada, devia ter me separado antes, meus cinco filhos estão cheios de traumas, sofreram muito, não podia ter feito isso com eles”*.

Além do sentimento de culpa, sente-se também muito angustiada. Tem muito medo pelos seus dois filhos que ainda moram com ela. É excessivamente preocupada e pessimista.

**P 4** : sexo feminino, quarenta e nove anos, agricultora, natural de São Martinho e procedente de São Bonifácio, primeiro grau de escolaridade, casada há trinta anos, e tem apenas uma filha.

HF: a mãe tinha depressão e se enforcou, há vinte anos, com quarenta e nove anos de idade. O pai, por sua vez, era muito nervoso e morreu há oito anos. A paciente não soube relatar a causa mortis. Tem duas irmãs saudáveis.

Relatou que a infância foi perturbada, pois os pais eram muito exigentes e brigavam todos os dias entre si e com as filhas. As três tinham que trabalhar no “pesado” e “apanhavam” muito.

A depressão começou aos catorze anos, quando os pais não aceitaram seu primeiro namorado. Referiu que não queria mais sair da cama. Desde então, usa antidepressivos.

Casou-se aos dezenove anos e ficou muito feliz em sair de casa. Logo após, o casal mudou-se para São Bonifácio. Segundo seu depoimento: *“Achei que, ao sair de perto dos meus pais, seria feliz, mas não foi o que aconteceu. Meu marido é muito fechado, eu não gosto de viver com ele e odeio o povo dessa cidade, todos são ruins e fofoqueiros; mas meu marido insiste em continuar morando lá”*.

Segundo ela, o marido não bebe, não é violento, mas seu relacionamento com ele é muito “frio”.

No primeiro ano do casamento, teve uma filha, que hoje tem vinte e nove anos, é solteira e ainda mora com eles. Referiu que, logo após o primeiro parto, engravidou e teve um aborto, mas que isso não a incomoda.

Mencionou que já trocou de medicação várias vezes e que nenhuma a ajudou efetivamente. Considerou ainda que sua situação piorou muito nestes últimos seis anos, quando começaram dores muito fortes pelo corpo todo e não pôde mais trabalhar. Realizou vários exames, porém todos foram normais. A paciente chorou muito durante toda a entrevista. É extremamente pessimista e preocupada. Reclamou de todas as etapas da sua vida, porém enfatizou que o pior de tudo são essas dores pelo corpo, que a impedem de trabalhar. Em suas palavras: *“Estou cansada dessa vida ingrata, de nunca receber retorno por nada. Se pelo menos os médicos descobrissem que doença tenho, para eu poder voltar a trabalhar”*.

**P 5:** sexo feminino, cinquenta e um anos, dona de funerária, natural e procedente de Bom Retiro, primeiro grau, casada, tem um filho.

HF: a mãe teve depressão pós parto e tem duas irmãs e um irmão que sofrem de depressão. O pai e a mãe já faleceram.

Relatou ter tido uma infância maravilhosa: eram dez irmãos e todos muito unidos; não havia brigas. Segundo ela: *“éramos uma família perfeita”*.

Saiu de casa com dezoito anos para trabalhar em Lages, apaixonou-se por um rapaz e foi morar com ele. Com vinte anos engravidou, o namorado deixou-a e ela retornou para casa grávida. No seu relato (durante o qual chorou muito) disse: *“Quando cheguei em casa com barriga, fui tratada como um animal. Meus pais e meus irmãos me rejeitaram, tinham vergonha de mim, falaram que só ia ganhar o que comer, mas que não lhes dirigisse a palavra,, foi horrível”*.

Com vinte anos teve um episódio de depressão profunda e iniciou tratamento. Deu à luz a um menino. Relata que, daquele tempo em diante, perdeu a alegria pela vida e que toma remédios até hoje.

Com vinte e dois anos, conheceu seu atual marido. Eles namoraram por treze anos e estão casados há dezesseis, quando exatamente iniciaram os problemas na vida conjugal: *“Até nos casarmos ele era um homem maravilhoso e continua sendo, mas não para mim. Afastou-se muito e dormimos separados há mais de seis anos”*.

Mencionou que admira o marido: *“ele não bebe, não é violento, é trabalhador, gosta muito do meu filho, se relaciona bem com todos”*.

Entretanto, diz que não quer mais nada com ela, e guarda muita mágoa: não suporta que ela fume, no entanto, sempre fumou durante o namoro; sempre quer assistir televisão e sabe que ela não gosta, que tem pesadelos. Segundo ela ainda, *“sempre soube e sempre me respeitava”*.

Seu filho já é casado e nunca lhe trouxe problemas.

Relatou que sempre teve problemas de saúde, como: cefaléia, desgaste ósseo, dor nos rins e que freqüentemente procura auxílio médico.

Teve recidiva da depressão há seis anos, com a morte de sua mãe, que faleceu com oitenta e um anos, devido a um aneurisma cerebral. Em suas palavras (chorando novamente): *“Dali em diante nunca mais prestei, perdi a vontade de viver”*.

Considera-se uma pessoa bastante justa, sem manias, sem medos, sem defeitos, e finalizou afirmando: *“A vida foi que aprontou para mim.”*

**P 6**: sexo feminino, trinta anos, separada, tem um filho de cinco anos, cabeleireira, natural e procedente de Navegantes. Grau de escolaridade: segundo grau completo.

HF: Pai e mãe são saudáveis; não tem irmãos.

Relatou ter tido uma infância difícil: sempre foi muito desatenta na escola, só aprendia rápido o que era de seu interesse: *“Meu pai sempre foi enérgico e exigente, queria que eu fosse perfeita, sempre me bateu muito. Em dado momento, parou de me educar porque me batia demais e, então, largou mão de mim.”*

Paciente portadora de DDA (distúrbio déficit de atenção) e hiperatividade.

Foi estuprada aos quinze anos, quando era virgem, por um funcionário de seu pai, que a ameaçou com uma faca. Porém, não contou a ninguém: *“No período, fiquei bastante chocada, mas não tive depressão. Hoje administro bem, a única coisa que ficou foi trauma de faca, não posso ver ninguém manipulando facas.”*

Com dezesseis anos, iniciou a profissão de modelo, precisava emagrecer e começou a tomar anfetamina: *“Custou muito para mim conseguir, até que tirei as fotos. Mas a pressão para emagrecer era muito grande, não conseguia parar de tomar os remédios. Foi aqui que entrei em depressão profunda pela primeira vez, emagreci dez quilos. Até que procurei ajuda, iniciei tratamento para depressão e larguei a carreira de modelo.”*

Com vinte e cinco anos, foi morar com um namorado. Teve novo episódio de depressão durante o casamento: *“Desta vez, foi sem motivo, tava tudo bem e meu companheiro era maravilhoso.”*

Engravidou e, com cinco meses de gestação, colocou o pai de seu filho para fora porque *“ouviu fofocas que ele a estava traindo”*. Seu filho nasceu com muitos problemas, já fez três cirurgias, além disso, também é hiperativo e tem distúrbio do sono.

Depois se envolveu com um vizinho, e moraram juntos por cinco anos; estão separados há cinco meses, mas se falam todos os dias. Segundo ela, ele sempre foi um homem muito bom, ajudou-a muito com seu filho, levava-o ao hospital e foi o verdadeiro pai dele.

Contou que seu maior problema é seu pai. Ele sempre a ajudou, pagou metade de sua casa e, com treze anos, lhe deu um carro ; *há três anos, bebe todos os dias e agride eu e minha mãe. Diz que o deixamos pobre, que acabamos com a vida dele. Não queria precisar dele para nada, vivi a vida toda tentando provar que sou mais do que ele pensa.”*

Considera-se uma pessoa muito consciente, dona de si, porém muito ansiosa, quer resolver tudo antes do tempo. Comentou que a pior época de sua vida é agora. Sente-se sem perspectivas, não quer mais saber dela mesma, trabalha obrigada e não sente mais prazer em nada.

**P 7:** sexo feminino, trinta e dois anos, natural do Paraná (Castro), procedente de Santo Amaro, primeiro grau, copeira, quatro filhos, amigada há dezesseis anos.

HF: Pai e mãe saudáveis. Tem onze irmãos, nega depressão na família.



Relatou que nunca teve infância, que o pai era alcoólatra e não queria que os filhos estudassem. Obrigou os onze filhos a trabalharem na roça. Era muito agressivo com os filhos e com a mãe. O relacionamento com os irmãos era muito bom.

Com catorze anos saiu de casa e foi morar com uma irmã: *“Queria uma vida melhor, mas não foi o que aconteceu”*.

Trabalhou de babá por dois anos em uma casa de família. Com dezesseis anos, conheceu o atual companheiro e foi morar com ele. No começo, o casamento foi bom.

Com dezessete anos, teve o primeiro filho, com vinte, o segundo, com vinte e um, o terceiro e, com vinte e quatro, o quarto. Afirma que não sabia prevenir e só aprendeu mais tarde, com as cunhadas.

Após o primeiro ano de casamento, começou a descobrir coisas muito ruins sobre o companheiro: *“Não conhecia nada da vida; aonde fui criada não tinha luz elétrica. Eu não conhecia o mal, não saía de dentro de casa. Até que comecei a descobrir, após um ano de casamento, que meu companheiro usava drogas, chegava violento em casa, agredia a mim e aos meus filhos, antes mesmo deles nascerem, enquanto ainda estavam na minha barriga. A partir daí, minha vida foi um inferno.”*

Sempre trabalhou, sempre “carregou o marido nas costas”, arrumou emprego para ele várias vezes, mas sempre era despedido.

Há nove anos vieram para Florianópolis morar na casa de seu sogro. Há dois anos, o marido não “bota dinheiro dentro de casa”. Trabalha como taxista, mas gasta todo o dinheiro em álcool, maconha e cocaína.

Já tentou sair de casa várias vezes, mas foi agredida pelo marido. Também já o denunciou para a polícia e nada foi feito.

Disse que os quatro filhos são muito revoltados, não suportam o pai e têm vários traumas. Ele nunca foi carinhoso e sempre agrediu muito os filhos. Os quatro só estudam e não trabalham, e ela faz tudo para que eles continuem assim.

Há três anos teve o primeiro episódio depressivo: *“ Não sobrou nada, nada de bom com meu marido, faz anos que não dormimos juntos. Comecei a ter insônia, muitos pesadelos, chorava o dia todo e queria me matar. Não há um motivo óbvio, foi um acúmulo, não agüentava mais, queria chutar o pau da barraca, beber, sumir, só estou agüentando porque sou o único exemplo para meus filhos.”*

Considera-se muito ansiosa, quer todas as coisas certinhas, principalmente no emprego; não consegue dormir se não estiver tudo certo. Se culpa até hoje por ter ido morar com ele e considera que, fora isso, nunca errou na vida.

Há três meses, sofre de fibromialgia, não consegue mais trabalhar, está há um mês sem salário e na perícia, o que piorou muito sua depressão, pois gosta de trabalhar. Ficar em casa com o marido é um tormento: *“Ele aparece em casa várias vezes ao dia só para deixar todo mundo louco e, de madrugada, chega bêbado, agredindo todos nós”*.

**P 8:** sexo masculino, quarenta e seis anos, natural e procedente de Florianópolis, impressor, quatro filhos, divorciado e atualmente com relacionamento estável. Tem primeiro grau completo de escolaridade.

HF: a mãe faleceu devido a Diabetes Mellitus e sempre teve depressão. O pai está vivo e sofre de doença coronariana. Tem três irmãos; um deles também tem depressão. Relatou uma infância tranqüila, sempre de bem com a família toda. A condição financeira também era boa. Nega alcoolismo na família.

Com vinte e três anos casou “por amor”. O casamento durou vinte e dois anos. Nos primeiros catorze anos “ocorreu tudo bem” e tiveram quatro filhos: atualmente, uma moça com vinte e dois anos, um moço com dezoito, uma menina de quinze e um menino de dez anos. Conta que sempre se deu muito bem com os filhos.

Sua depressão iniciou há nove anos com a morte de sua mãe: *“Minha mãe era tudo para mim, não ia para casa sem antes ir vê-la. Ela era o quebra-cabeças. Depois que faleceu, começaram os problemas, um atrás do outro. Nunca aceitei sua morte; tinha só cinquenta e um anos”*.

Afirmou que sempre foi um bom marido, nunca traiu sua esposa, trabalhou para dar de tudo para a mulher e para os filhos, nunca quis que eles trabalhassem, pagava colégio particular. Sempre freqüentou muito a igreja.

Depois que sua mãe morreu, sua condição sócio-econômica decaiu, ele não conseguia mais trabalhar: *“Minha esposa nunca trabalhou, nunca foi carinhosa, não soube me ajudar nos momentos difíceis, foi muito ingrata, só queria que eu trabalhasse.”*

Há dois anos descobriu que sua filha mais velha estava envolvida com um rapaz drogado, que já esteve preso e “ainda por cima é casado”: *“O pior de tudo é que minha mulher sabia de tudo e eu fui descobrir pelos outros, todos fofocavam, os vizinhos a chamavam de vagabunda. Aquilo para mim foi o fim, não entendo, nunca incomodei meu pai. Eu fui um cara que vivi para a minha família e levei uma punhalada nas costas. Saí de mim, tentei matar minha filha, ela fez minha separação. Ou eu ia embora ou ia fazer uma grande besteira. Saí de casa, entrei em depressão profunda, nunca pensei em me separar, pensava mais nos filhos do que em mim. Mas depois de colocar uma coisa na cabeça, não volto atrás, não aceito ingratidão, nunca vou perdoá-la e nem a minha mulher que me escondeu tudo, nunca.”*

Na separação, ele saiu de casa, deixou tudo para família e ainda dava dinheiro, fazia compras. Dava pensão, não, porém, judicialmente. Disse que a filha não o ouviu e ainda está envolvida com o rapaz.

Sua filha e seu filho mais velho não falam mais com ele: *“Eles atravessam a rua para não passar por mim, isso porque eu queria demais o bem deles, tudo que fiz foi para eles, e eles sempre quiseram se soltar. Não aceito ingratidão, não vou perdoá-los, minha filha tá errada, ela sabia que ele era casado, não foi isso que eu tentei a vida toda ensinar para eles.”* (Chorou muito novamente.)

Há alguns meses, conheceu outra mulher, e estão morando juntos.

Um dia recebeu uma intimação judicial: sua ex-mulher alegou que seus filhos estavam passando fome: *“Aquilo para mim foi horrível. Se fosse verdade, mas era tudo mentira, nunca deixei faltar nada para eles. Se não fosse minha atual companheira e meu pai, já teria me matado”.* (Obs: neste momento chorou muito).

O juiz tirou-lhe 50% de seu salário. Relatou que tem depressão, hipertensão e hepatite crônica, que mal sobra dinheiro para comprar os remédios, mas que recebe ajuda da mulher e do pai.

Referiu ainda que gosta das coisas todas certinhas, não quer que nada dê errado e que se considera excessivamente perfeccionista.

## 5. DISCUSSÃO

*(...) Os seres humanos criam ativamente o seu mundo; a compreensão dos pontos de intersecção entre a biografia e a sociedade torna-se essencial. As pessoas não agem com base em respostas predeterminadas a objetos predefinidos, mas sim como animais simbólicos que interpretam e definem, cujo comportamento só pode ser compreendido pelo investigador que se introduza no processo de definição através de métodos como a observação paciente (...)<sup>1</sup>*

Este capítulo é dedicado à discussão, analisando os depoimentos dos entrevistados e os dados da literatura, buscando alcançar os objetivos e resgatar os pressupostos do estudo.

### 5.1 - Em Busca de Compreensão

O diagnóstico de depressão nos entrevistados foi, de modo geral, realizado tardiamente.

Segundo a revista *Diálogo Médico*, muitas pessoas, mesmo quando notam a presença de vários sinais que indicam a possibilidade de depressão cogitam em ir ao médico, sofrendo como consequência a convivência com a depressão, durante meses ou anos. Há ainda os que temem enfrentar a carga de preconceito associada ao problema: “A sociedade cobra do indivíduo uma “performance” emocional satisfatória. Quem confessa ter sinais de depressão fica sujeito a recriminações, diz o psiquiatra Geraldo Ballone (PUC – Campinas)”<sup>3</sup>.

Frente aos sintomas cognitivos da depressão, como tristeza, sentimento de insuficiência, culpa e desânimo, os pacientes não procuraram ajuda; simplesmente atribuíam uma causa para o que estavam passando e sofriam passivamente. Além disso, seus relatos apontaram os estigmas de malandro, problemáticos e até mesmo de loucos, com que a sociedade os caracterizava.

FURNHAM & MALIK (1994) referem que a percepção das causas e dos sintomas da depressão são mediados pelos valores culturais e pelas crenças a que os indivíduos foram expostos em seus anos de formação, que, subseqüentemente, afetam as tendências a reconhecer, relatar e procurar ajuda na vigência da mesma<sup>15</sup>.

Muitos deles também apresentaram sintomas somáticos, sem elucidação diagnóstica, como fibromialgia (dores pelo corpo), cefaléia, insônia. Para alguns, estes sintomas eram, algumas vezes, tão intensos que os impediam de trabalhar, pela incapacidade física e psicológica, levando à piora do quadro depressivo, por não poderem desempenhar as respectivas funções sociais. Foram os sintomas somáticos que os fizeram procurar por ajuda médica a nível de assistência primária, na busca de uma causa orgânica. Muitos deles, após terem feito todos os exames laboratoriais, sem elucidação diagnóstica, receberam o diagnóstico de fibromialgia e continuaram com sintomas somáticos e cognitivos.

Diversos autores ressaltam que a depressão, mesmo sendo um dos transtornos mais comumente encontrados na prática médica, é também um dos mais negligenciados<sup>6</sup>.

Um dos fatores que pode ter favorecido esta questão é que a maioria dos pacientes procede do interior do Estado, de área rural, onde há dificuldade de recursos na área da saúde. Alguns pacientes receberam o diagnóstico do distúrbio depressivo ao serem encaminhados ao Hospital Universitário, recebendo tratamento específico, e relataram melhora importante, tanto dos sintomas somáticos, quanto cognitivos, ressaltando a importância do tratamento.

Note-se ainda que grande parte dos pacientes possuía apenas o primeiro grau completo e não conhecia a doença depressão. P. 6 foi a única que completou o segundo grau e também foi a única que relatou conhecimento da doença.

KATON W, SULLIVAN M e WALKER E (2001) fizeram uma revisão da literatura sobre a associação dos sintomas médicos comuns na prática clínica, sem patologia definida, e a presença de distúrbios psiquiátricos, como depressão e ansiedade. Chegaram às seguintes conclusões:

- Pacientes com depressão e/ou ansiedade apresentam muito mais sintomas, sem patologia definida ( dor de cabeça, dor abdominal e fadiga crônica ) do que a população geral.

- Pacientes com fibromialgia, Síndrome do Cólon Irritável, dor no peito atípica, palpitações e dispnéia, sem mecanismo patológico conhecido, são muito mais propensos a desenvolverem depressão e ansiedade do que a população geral<sup>20</sup>.

Em síntese, os entrevistados enfrentaram dificuldades por não compreenderem o que estava acontecendo com eles, ao se depararem com a depressão. Poucos procuraram recursos precocemente; quando o faziam, muitas vezes não recebiam o diagnóstico de depressão e não melhorava o quadro apresentado.

## 5.2 - O Legado Familiar: genético e social

Neste estudo, muitos pacientes relataram a presença de depressão na família.

Segundo PODOREFSKY DL et al. (2001), a depressão afeta profundamente a função dos pais na criação dos filhos, incluindo carência de atenção, de carinho, problemas de comunicação, por um longo período de tempo, acarretando nestas crianças um “prejuízo afetivo” crônico, com grande perda cognitivo/funcional, e conseqüente aumento da predisposição destas crianças a desenvolverem depressão, no futuro<sup>21</sup>.

ROWE D.C. (2001), através de revisão da literatura, discutiu a influência da carga genética das pessoas no seu estado mental de felicidade e depressão. Ao contrário da maioria dos artigos, que defendem que são os eventos de vida que levam à depressão ou garantem a felicidade, este autor, em sua tese, defende que as circunstâncias da vida estão fracamente relacionadas com a felicidade ou depressão. O autor desenvolveu uma explicação genética para esses achados inesperados: a “teoria do *set point*”: nosso sistema nervoso tem um nível basal de humor, que luta para manter constante, como o *set point* da temperatura. Explica que diferentemente do que ocorre com o *set point* da temperatura, o *set point* do humor não é igual para todo mundo, porém é constante para uma mesma pessoa e é geneticamente mediado. Argumenta que os eventos de vida tendem a puxar o *set point* do humor para cima ou para baixo, porém, este retorna ao mesmo nível, após ter cessado o estímulo.

Assim, através desta teoria, defende que a depressão é geneticamente herdada: a pessoa deprimida teria um *set point* baixo e os eventos de vida estressantes só seriam capazes de provocar depressão nestas pessoas geneticamente predispostas<sup>22</sup>.

P.4 relatou componente genético em relação à depressão: sua mãe tinha depressão maior e suicidou-se com quarenta e nove anos. Esta paciente teve o primeiro episódio depressivo com catorze anos e, segundo ela, apenas devido ao fato de seus pais não aceitarem seu primeiro namorado, enquanto a morte de sua mãe não precipitou a depressão.

Segundo KENDLER K.S. et al. (2001), os pacientes com alto risco genético seriam mais propensos a desenvolverem o distúrbio depressivo espontaneamente ou precipitados por estressores muito menores ou, até mesmo, considerados pelos autores, insignificantes<sup>23</sup>.

Os relatos de uma infância difícil, devido a problemas familiares, foram freqüentes: alcoolismo e maus tratos repetiram-se em várias entrevistas. Apareceram também queixas referentes a abandono, como falta de comunicação e compreensão, segundo P2: *“Até hoje não me dou com a minha mãe, guardo muita mágoa e ódio dela. Tive epilepsia até os doze anos, minha mãe me chamava de louca”*.

KATON W et al. (2001) relataram que experiências adversas na infância, como abuso físico, emocional, sexual e abandono, estão associadas com vulnerabilidade, para depressão, ansiedade e somatização na vida adulta<sup>20</sup>.

P.6 era portadora de ADHD (Déficit de atenção / distúrbio de hiperatividade), um distúrbio com forte caráter genético.

RUCKLIDGE J.J. & TANNOCK R. (2001) analisaram as variações psiquiátricas, psicossociais e cognitivas em mulheres adolescentes com déficit de atenção/desordem/hiperatividade (ADHD) em relação a um grupo de controle sem tal afecção. Chegaram à conclusão de que mulheres com ADHD são mais prejudicadas do que as do grupo-controle, na maioria das medidas de funcionamento psico-social: possuem maiores índices de depressão, ansiedade, perda do controle, diminuição da auto-estima, sintomas de medo e sofrimento e altos níveis de estresse, bem como mais insatisfação na relação com pais e professores, maior ideação suicida e mais episódios auto lesivos do que o grupo-controle<sup>24</sup>.



A mesma paciente (P.6) também se queixou muito do pai:

*“Meu pai sempre foi enérgico e exigente, queria que eu fosse perfeita...Me chama de burra, que não sou auto suficiente; e há três anos bebe todos os dias e agride eu e minha mãe...Diz que o deixamos pobre, que acabamos com a vida dele. Não queria precisar dele para nada, vivi a vida toda tentando provar que sou mais do que ele pensa.”*

Seus depoimentos apontaram a necessidade que sentia de agradar seu pai, como busca constantemente ser admirada por ele. Esse problema pode ter afetado a sua vida, à medida que diminuiu sua auto-estima. E, realmente, a paciente tenta constantemente se auto-superar, buscando a perfeição como meio de superar a baixa auto-estima, sofrendo novamente quando não alcança consideração pelos esforços, como se mais uma vez tivesse fracassado.

Iniciou depressão aos dezesseis anos, após tentar carreira de modelo, porém sem sucesso. Referiu que a pressão foi muito grande para emagrecer e relatou com grande sofrimento que, mais uma vez, não conseguiu, e tornou-se dependente de remédios para emagrecer. É importante relatar que um ano antes a paciente em questão foi vítima de um estupro:

*“ Sempre fui atrás das coisas que queria e consegui, administro bem qualquer doença, quando me disseram que meu filho era um caso raro, lutei, não desisti. Mas a depressão é diferente, ela acaba comigo. Eu tento, luto. Vou para frente do espelho e repito: eu posso, eu sou forte, se não fosse meu filho não estaria viva. Mas não adianta, a depressão vem e vai sem motivo, já tentei me matar, e quando passa, não consigo entender porque fiz tudo aquilo.”*

FRANK E et al. (1999) verificaram, em um estudo com mulheres, que 1,5% destas tentaram suicídio e 19,5% tinham depressão. As que tinham história de fumo, abuso ou dependência de álcool, abuso sexual, violência doméstica, muitas preocupações ou alto índice de estresse em casa e história familiar de doença psiquiátrica foram mais propensas a relatar tentativa de suicídio ou depressão<sup>25</sup>.

### 5.3 A Perpetuação da Violência

Muitos pacientes, ao tentarem sair da situação social familiar de violência, confrontaram-se com uma realidade semelhante, como se a história se repetisse, e muitos continuaram vítimas de maus tratos, ao casarem.

Esta evidência de perpetuação da violência, observada nas entrevistas , apareceu como um problema social de grande relevância , precipitando crises depressivas.

FARMER et al. ( 2001 ) desenvolveram uma investigação, tendo como pressupostos que eventos de vida adversos ( como a perpetuação da violência ) e depressão eram familiares e geneticamente mediados, havendo uma personalidade característica que induziria a um comportamento anômalo, que poderia gerar um excesso de eventos de vida adversos (propensão ao perigo ). Os autores estudaram então este tipo de personalidade, através de um questionário de sensibilidades. Entretanto, os seus resultados não concordaram com seus pressupostos e, em seu estudo, os autores observaram que este traço de personalidade familiar não estava associado a um estilo de vida mais “propenso ao perigo”, e não explicaria a tendência familiar concomitante para ambos: eventos de vida adversos e depressão<sup>26</sup>.

Podemos observar a violência conjugal em vários relatos: P.2 sofreu com as traições do marido, iniciou depressão com vinte anos. Com suas palavras: *“Ele não podia ter feito isso comigo, não é justo, eu vivia para ele”*.

Esta frase conota bem o sentimento de revolta, mágoa, ingratidão que ela alimentava pelo marido e que se tornou mais evidente na gravidez do primeiro filho.

P.3 iniciou depressão com vinte e nove anos, segundo ela, após reatar com o marido, depois de já ter sofrido nove anos ao seu lado, e engravidar pela quinta vez : *“Me sentia desesperada, pois viria mais um filho para sofrer comigo, mas não tinha coragem de ir embora com barriga, tinha vergonha”*.

Referiu ainda que desde então nunca curou a depressão. A paciente transmitiu grande sentimento de culpa, por não ter sido forte e deixado o marido antes, porque seus filhos sofreram

muito e ficaram traumatizados. Essa culpa a torna excessivamente preocupada com os filhos e funciona como um sistema motor que a faz reviver o passado e a impede de ter paz interior, um trauma que ela não consegue superar. Teve novo episódio de depressão quando sua filha de quinze anos fugiu de casa com um garoto que a maltratava muito e a engravidou. Este evento foi revestido de significados simbólicos, trazendo-lhe lembranças de todos os momentos ruins que teve ao lado do ex-marido, fazendo com que se sentisse desesperada e culpada. Com medo de que sua filha tivesse o mesmo destino, novamente sofreu piora dos sintomas depressivos.

Como vimos, foi constante a relação entre a violência e a ocorrência de episódios depressivos.

MONROE SM et al. (2001) verificaram que nem todos os sintomas de depressão grave se relacionam com eventos de vida negativos. Porém, os pacientes que relataram ter vivenciado esses eventos como precipitantes da depressão, apresentaram significativamente mais sintomas cognitivos (tristeza, pessimismo, auto-depreciação, irritabilidade, retraimento social e, principalmente, ideação suicida) do que sintomas somáticos, em comparação com pacientes depressivos que não relataram eventos de vida negativos antecedendo a depressão<sup>27</sup>.

Perpetuando a violência: P.7 refere que, desde que se casou, sua vida virou um inferno. O marido era viciado em drogas, não trabalhava e ainda era violento: *“Não há um motivo óbvio, foi um acúmulo, não agüentava mais, queria chutar o pau da barraca, beber, sumir, só estou agüentando porque sou o único exemplo para meus filhos”*.

Assim, muitos entrevistados atribuíram aos cônjuges as maiores decepções e mágoas de suas vidas, demonstrando grande culpa e frustração por terem vivido tanto tempo ao lado deles.

#### **5.4 - Grandes perdas precipitando a Depressão**

Neste estudo, muitos pacientes apresentaram “perdas” como precipitantes de depressão.

TIET QQ et al. (2001) verificaram que certos eventos de vida adversos estão relacionados com desordens psiquiátricas específicas. Neste sentido, experiências de perda estariam associadas

com depressão. Os autores salientaram ainda que os sentimentos específicos de desespero e desvalia ocorriam mais freqüentemente como resposta à perda, pois, nestas circunstâncias, a pessoa perdia uma fonte de valor ou reforço, a qual poderia ser uma pessoa, um papel (função) ou uma crença. Esses sentimentos poderiam causar a depressão, dependendo de outras variáveis pessoais e ambientais<sup>28</sup>.

MACKINNON RA et al. (1992) referem que a perda de um objeto de amor é o desencadeante mais comum da depressão. Esta perda caracteriza-se pela morte ou separação do objeto. Outras vezes, trata-se de perda psicológica interna, resultante da suposição de ser rejeitado pela família e pelos amigos. Segundo eles, naturalmente, nem todas as perdas conduzem à depressão: a perda deve ser de alguém muito importante para o paciente, havendo ainda uma determinada característica de predisposição na função psicológica do paciente e em seu relacionamento com o objeto perdido<sup>29</sup>.

Concordando com o artigo citado, gostaria de enfatizar que houve outros pacientes que relataram morte de parentes ou outras perdas, porém, o episódio não lhes trouxe depressão ou agravamento da mesma. Tal fato reforça que a ligação com o objeto perdido deve ser revestida de significado simbólico. A “perda” apareceu com diferentes conotações.

P. 1 sofreu a perda do objeto por **separação**, quando seu filho casou e saiu de casa. O filho para ela era uma fonte de energia, de recompensa pelo seu esforço. Por isso, quando ele partiu, surgiram os sentimentos de desvalia e auto depreciação; P3 relatou novo episódio depressivo, quando seu sobrinho de treze anos **faleceu**, ao ser atropelado. Desta vez devido à perda de um objeto de amor.

P.5 cinco sofreu uma **perda psicológica interna**, resultante da suposição de ser rejeitada pela família. A paciente relata, chorando intensamente, que retornou para casa de seus pais grávida e solteira: *“Quando cheguei em casa com barriga, fui tratada como um animal; meus pais e meus irmãos me rejeitaram, tinham vergonha de mim, falaram que só ia ganhar o que comer, mas que não lhes dirigisse a palavra; foi horrível”*. É importante realçar que a relação que a paciente tinha com a família era muito forte, como observamos nas suas palavras: *“éramos uma família perfeita.”* Para ela, o significado simbólico da perda psicológica interna do amor da

família é particularmente importante e apresentou recidiva da depressão com o **falecimento** de sua mãe: *“Dali em diante, nunca mais prestei, perdi a vontade de viver”*;

P. 8 também relatou forte sentimento de amor e reforço em relação à família e teve como desencadeante da depressão também a **morte** de sua mãe: *“Minha mãe era tudo para mim, não ia para casa sem antes ir vê-la. Ela era o quebra-cabeças, depois que ela faleceu, começaram os problemas, um atrás do outro. Nunca aceitei sua morte, ela tinha só cinquenta e um anos”*.

Este mesmo paciente sofreu uma nova perda, pela **separação** de sua esposa e de seus filhos, e uma **perda psicológica interna**, pelo sentimento de ingratidão que alimenta pela família. Com suas palavras:

*“Aquilo para mim foi o fim...Eu fui um cara que vivi para minha família e levei uma punhalada nas costas. Saí de mim, tentei matar minha filha, ela fez minha separação. Saí de casa, entrei em depressão profunda. Nunca pensei em me separar, pensava mais nos filhos do que em mim. Mas depois de colocar uma coisa na cabeça, não volto atrás, não aceito ingratidão, não vou perdoá-los”*.

Este caso vem ao encontro dos achados de KENDLER et al. (2001), que descreveram que os homens são mais susceptíveis aos efeitos depressogênicos do divórcio<sup>30</sup>.

Outra forma de perda apareceu através da **dificuldade financeira**. P.2 relatou recidiva da depressão devido a um forte problema financeiro, ao perder sua casa na enchente .

P. 8, ao ser indiciado judicialmente para entregar metade de seu salário à família, relatou que mal sobra dinheiro para comprar seus remédios. Novamente, como a informante número 2, relatou que a dificuldade financeira contribuiu para piorar seu sofrimento.

Segundo LORETO G. (1987), nos períodos de recessão, muitos indivíduos experimentam mais perdas do que ganhos em matéria de rendimentos, prestígio e poder e, conseqüentemente, sofrem uma redução na sua capacidade de desempenhar os respectivos papéis sociais<sup>31</sup>.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Quase todos nós somos obrigados a viver uma vida de constante e sistemática duplicidade. A saúde tende a ser afetada se, dia após dia, dizemos o contrário do que sentimos, se rastejamos diante daquilo que detestamos e se nos rejubilamos ante aquilo que não nos traz senão infortúnio. O sistema nervoso não é obra de ficção, faz parte do organismo, assim como a alma existe no espaço e está dentro de nós, tal como os dentes dentro da boca. Ela não pode ser impunemente violada para sempre<sup>32</sup>”.p.87.*

Chamou-me atenção a influência do significado simbólico dos eventos para cada participante individualmente. Percebi que os eventos de vida, que são potencialmente depressogênicos, não o são para todos. Inserem-se em um contexto muito maior, envolvendo as relações interpessoais e os valores que as pessoas constroem ao longo de suas vidas. A maioria dos informantes relatou um evento de vida negativo precedendo o primeiro episódio depressivo. Apenas um paciente relatou não haver um evento específico, mas, sim, um acúmulo de frustrações. Porém, a ocorrência de novos episódios depressivos foi menos referida, o que vem ao encontro de KENDLER K S et al. ( 1999 e 2001), que enfatizaram que a relação entre eventos de vida estressante e o início de depressão é maior no primeiro episódio do que em episódios recorrentes<sup>14,23</sup>.

Neste estudo, o método utilizado propiciou alcançar os objetivos e os pressupostos da pesquisa. O componente genético teve um papel importante sobre essas pessoas, porém, foram frequentes os eventos de vida negativos e a influência do contexto social na gênese da depressão. Os eventos de vida negativos que mais precipitaram a depressão foram perdas, o “legado” social familiar e a “perpetuação” da violência (nos quais estão inseridos o alcoolismo, o abandono e o abuso).

No decorrer da pesquisa, observei o sentimento de tristeza e sofrimento dos entrevistados ao relatarem os eventos difíceis de suas vidas, ao falarem sobre a depressão e o quanto este transtorno trouxe conseqüências debilitantes para sua trajetória de vida .

Devido à alta prevalência da doença e às conseqüências que ela causa, não apenas para o paciente depressivo, mas também para as pessoas a ele relacionadas, como pais, companheiros e filhos, assim como a sociedade em geral, o distúrbio depressivo tornou-se um problema social, que não deve ser abordado apenas em consultórios psiquiátricos especializados. Conforme observamos neste estudo, além dos sintomas cognitivos, pacientes depressivos possuem muitos sintomas somáticos e freqüentemente procuraram pelo médico generalista, em busca de apoio. Porém, além de serem julgados pela sociedade, muitas vezes também não foram acolhidos por seus médicos, piorando o sentimento de insuficiência.

É essencial que os médicos que trabalham com atenção primária, saibam não apenas reconhecer a doença, mas também fiquem atentos à história de vida desses pacientes, que, muitas vezes, demonstra uma realidade difícil, com o peso de uma herança social violenta, onde a depressão, que freqüentemente aparece só como sintomas somáticos, pode representar apenas a “ponta de um iceberg”, e que medidas de apoio, como saber ouvir e compreender estes pacientes, além de um tratamento medicamentoso específico, podem melhorar muito a qualidade de vida do paciente depressivo e de todo seu contexto social.

## REFERÊNCIAS

1. Bogdan R, Biklem S. Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teorias e aos métodos. Portugal: Porto Editora; 1994.
2. Furlanetto LM. Cultura e psiquiatria: algumas considerações sobre instrumentos para medir depressão. *Vitrô Psiquiatr* 1997 mar/maio: 136-9.
3. Cruz AS. Depressão. *Diálogo Médico* 2002; 17(1): 20-4.
4. Crum RM, Patrick LC, Ford DE. Depressive symptoms among general medical patients: prevalence and one-year outcomes. *Psychosom Med* 1994; 56: 109-17.
5. Furlanetto LM, Bueno JR, Silva RV. Características e evolução de pacientes com transtornos depressivos durante a internação em enfermarias de clínica médica. *J Bras Psiquiatr* 1998; 47 (12): 609-17.
6. Santos MJP, Lejderman F. Depressão e risco de suicídio. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliane ERJ, et al. *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 1996. p. 550-6.
7. Furlanetto LM, Cavanaugh SVA, Bueno JR, Creech SD, Powell LH. Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients. *Psychosomatics* 2000; 41 (5): 426-32.
8. Carney RM, Freedland KE. Depression and medical illness. In: Berkman LS, Kowachi I. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University; 2000. p. 191-212.
9. Eisendrath SJ, Lichtmacher JE. Distúrbios psiquiátricos. In: Tierney Jr. LM, Mcphee SJ, Papadakis MA. *Diagnóstico e tratamento* 2001. São Paulo: Atheneu; 2001. p.1016-25.
10. DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment. *Arch Intern Med* 2000;160 (24): 2101-7.
11. Kaplan HJ, Sadock BJ, Grebb JA. Transtornos do humor. In: Kaplan HJ, Sadock BJ, Grebb JÁ. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 493-514.



- .12. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p.117-21.
13. Dalton R, Marc F. Transtornos do humor. In: Behrman RE, Kliegman RM., editores. Nelson - Tratado de pediatria. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.80-2.
- .14. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (6): 837-41.
- .15. Furnham A, Malik R. Cross-cultural beliefs about "depression". *Int J Soc Psychiatry* 1994; 40 (2): 106-23.
16. Slusarcick AL, Ursano CRJ, Dinneen MP, Fullerton CS. Factors associated with depression on a Hospital Ship Deployed during the Persian Gulf War. *Mil Med* 2001; 166 (3): 248-51.
- .17. Engel GL. A life setting conducive to illness. *An Intern Med* 1968; 69 (2): 293-300.
- .18. Deslands SF, Cruz ON, Gomes A, Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994.
- ↙.19. Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo: Atlas; 1987.
20. Katon W, Sullivan M, Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *An Intern Med* 2001; 134 (9): 917-25.
21. Podorefsky DL, Dowdell MM, Beardslee WR. Adaptation of preventive interventions for a low-income, culturally diverse community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 (8): 879-86.
22. Rowe DC. Do people make environments or do environments make people? *Ann N Y Acad Sci* 2001; 935: 62-74.
23. Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO. Genetic risk, number of previous depressive episodes, and stressful life events in predicting onset of major depressive. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (4): 582-6.

24. Rucklidge JJ, Tannock R. Psychiatric, psychosocial, and cognitive functioning of female adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(5): 530-40.
25. Frank E, Dingle AD. Self-reported depression and suicide attempts among U.S. women physicians. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (12): 1887-94.
26. Farmer A, Redman K, Harris T, Machmood A, Sadler S, McGuffin P. Sensation seeking, life events and depression. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 549-52.
27. Monroe SM, Harkness K, Simons AD, Thase ME. Life stress and symptoms of major depression. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189 (3): 168-75.
28. Tiet QQ, Bird HR, Hoven CW, Moore R, Wu P, Wicks J, et al. Relationship between specific adverse life events and psychiatric disorders. *J Abnorm Child Psychol* 2001; 29 (2): 153-64.
29. Mackinnon RA, Michels RA. Paciente deprimido. In: Mackinnon RA, Michels RA. *Entrevista psiquiátrica na prática diária*. 5. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992. p.150-76.
30. Kendler KS, Thornton LM, Prescott CA. Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (4): 587-93.
31. Loreto G. Depressão, crise e recessão econômica. *Neurobiologia* 1987; 50 (1): 1-12.
32. Pasternak B. [Pensamento do capítulo] A doença e a mente. In: Siegel B.S. *Amor, medicina e milagres*. 19. ed. São Paulo: Best Seller; 1989. p. 87.

## **ANEXOS**

# ANEXO 1

## **Diretrizes diagnósticas para Episódio Depressivo Maior segundo DSM-4 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders):**

A. Cinco ( ou mais ) dos seguintes sintomas estiverem presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma mudança no funcionamento anterior, pelo menos um dos sintomas é ( 1 ) humor deprimido ou ( 2 ) perda do interesse ou prazer.

Obs: Não incluir sintomas claramente devidos a uma condição médica geral ou alucinações ou delírios incongruentes com o humor.

( 1 ) humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo ( por ex., sente-se triste ou vazio ) ou observação por outros ( por ex., parece prestes a chorar ). Obs: Em crianças e adolescentes pode ser humor irritável.

( 2 ) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias ( indicado por relato subjetivo ou identificação feitas por outros )

( 3 ) perda ou ganho significativo de peso quando não está realizando dieta ( por ex., uma mudança de mais de 5 % do peso corporal em um mês ) ou diminuição ou aumento no apetite quase todos os dias. Obs: Em crianças, considere o fracasso para fazer os ganhos de peso esperados.

( 4 ) insônia ou hipersonia quase todos os dias

( 5 ) agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias ( observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais “devagar” )

( 6 ) fadiga ou perda de energia quase todos os dias

( 7 ) sensação de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias ( não meramente auto reprovação ou culpa por estar doente)

( 8 ) capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias ( por relato subjetivo ou observado por outros)

( 9 ) pensamentos recorrentes sobre morte (não apenas o medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para comete-lo

B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto.

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou comprometimento no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., uma droga de abuso ou medicamento) ou uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, isto é, após a perda de alguém amado, persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por acentuado comprometimento funcional, preocupação mórbida com inutilidade, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor

## ANEXO 2

### 1. Características dos sujeitos e História Familiar:

Sexo:-----

Idade:----- anos

Naturalidade:-----

Procedência:-----

Profissão:-----

Número de filhos:-----

Estado Civil:-----

Grau de escolaridade:-----

História Familiar de Depressão:-----

### Questões Norteadoras:

1. Conte-me sobre sua infância.
2. Como e quando você descobriu que tinha depressão?
3. Quais os eventos em sua vida você acha que contribuíram ou precipitaram a doença?
4. Quais as conseqüências que a depressão trouxe para sua vida?
5. Como você descreveria sua personalidade?

TCC  
UFSC  
SP  
0057

N.Cham. TCC UFSC SP 0057

Autor: Vandresen, Nadine

Título: História da vida de pacientes qu



972811220

Ac. 254135

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM