

Sara Oliveira Valente

Prevenção da Depressão: Informação dos alunos da Licenciatura de Enfermagem da
FCS/ESS-UFP do 4º ano

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2009

Sara Oliveira Valente

Prevenção da Depressão: Informação dos alunos da Licenciatura de Enfermagem da
FCS/ESS-UFP do 4º ano

Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2009

Sara Oliveira Valente

Prevenção da Depressão: Informação dos alunos da Licenciatura de Enfermagem da
FCS/ESS-UFP do 4º ano

A aluna:

(Sara Oliveira Valente)

Projecto de Graduação apresentado a
Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de licenciada
em Enfermagem.

Sumário

O presente trabalho pretende ser um contributo para o alargamento dos conhecimentos e para todos os que queiram ou necessitem de conhecer a temática da depressão. Mais precisamente no que diz respeito ao papel do enfermeiro na prevenção da depressão.

A depressão é, hoje em dia, uma das principais causas de incapacitação e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis. Os custos inerentes a esta doença são muito caros, sendo por isso muito importante a prevenção da mesma. O enfermeiro tem um papel crucial na promoção de hábitos de vida saudáveis e na prevenção da doença. A prevenção de uma doença pode ser primária, secundária ou terciária.

Para a realização deste estudo foi desenvolvido um estudo quantitativo descritivo – exploratório transversal, com o objectivo de se identificar qual a informação que os alunos da licenciatura de enfermagem do 4º ano da FCS/ESS – UFP possuem sobre a prevenção da depressão. Neste sentido foi realizado um questionário aos alunos da Licenciatura de enfermagem do 4º ano da FCS/ESS - UFP do qual surgiram dados sobre o tema a abordar.

Após o tratamento de dados obtêm-se resultados que tentam dar resposta às questões de investigação inicialmente levantadas. A amostra estudada considerou 40 alunos que frequentam o CLE da UFP, sendo a média de idades de 23 anos. Para a identificação da informação dos alunos em relação à prevenção da depressão, recorreu-se a um questionário de perguntas de caracterização e uma segunda parte de avaliação da informação que os alunos têm sobre o tema. Os resultados indicam 65% dos inquiridos sabem a definição correcta de depressão. Mais de 90% dos alunos têm informação sobre sinais e sintomas de depressão. Porém em relação à informação sobre a prevenção da depressão e sobre as intervenções de enfermagem nesta área, as percentagens de respostas correctas às diferentes perguntas do questionário varia. Conclui-se de qualquer forma, que a maioria dos alunos possui informação sobre a prevenção, dado que em todas as perguntas mais de 50% destes respondeu acertadamente.

Abstract

This paper aims to contribute to the expansion of knowledge on the subject of depression for professionals as well as those desiring or requiring more information. More specifically, the role of nurses in preventing depression.

Depression is one of the principal causes of disability and the second leading cause of lost years of a healthy life. The costs of this disease are very expensive and, as such, prevention is of the utmost importance. Nurses play an essential role in promoting healthy living habits and disease prevention. The prevention of a disease may be primary, secondary or tertiary.

A quantitative descriptive study was developed for this paper – an exploratory analysis with the aim of identifying which information the students of the 4th year graduate nursing program of FCS / ESS - UFP have on the prevention of depression. A student questionnaire was distributed to 4th year students in the Bachelor of Nursing program of FCS / ESS – UFP, data from which emerged on the topic to be addressed.

After the data processing of the results, the results who try to give answers to the research questions, initially raised, are obtained. The sample found 40 students who attend the CLE of the UFP, with a mean age of 23 years. For the identification of information to students regarding prevention of depression, we used a questionnaire with questions of characterization and a second part of the evaluation of information that students have about the subject. The results indicate 65% of respondents know the correct definition of depression. More than 90% of students have information about signs and symptoms of depression. But in relation to information on the prevention of depression and on the nursing interventions in this area, the percentages of correct answers to different questions in the questionnaire vary. It is in any way, that most students have information on prevention, as in all the questions more than 50% of them answered correctly.

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha mãe pelos
valores que me transmitiu e pelo carinho
e amor me que deu ao longo da vida.

Agradecimentos

Quando se realiza um trabalho de investigação muitas pessoas contribuem de forma directa ou indirecta para esse trabalho e neste sentido gostaria de agradecer:

- À minha mãe pela desmedida paciência que teve, pelo grande apoio que me deu ao longo da vida mas sobretudo nestes últimos 4 anos é a ela a quem dedico o meu diploma;
- Ao meu namorado que ouviu sempre os meus desabafos e que tanto apoio me deu principalmente nos momentos difíceis;
- Aos meus queridos avós e padrinhos que sempre me ajudaram;
- Aos meus familiares e amigos que de forma directa ou indirecta me apoiaram e estiveram sempre ao meu lado;
- E por fim ao orientador deste trabalho, o enfermeiro José Teixeira, pela disponibilidade, dedicação e por todas as sugestões sugeridas.

“Choro sozinha, outras vezes é um aperto que não me deixa chorar.”

(Autor desconhecido)

Índice

Introdução	16
I. Matriz Teórica.....	19
1.1. Depressão	19
1.2. Tipos de depressão.....	20
1.3. Sinais e sintomas da depressão	22
1.4. Factores precipitantes da depressão.....	26
1.5. Tipos de Prevenção.....	27
1.6. Prevenção da depressão.....	30
1.7. O enfermeiro como agente de prevenção.....	31
1.8. Intervenções de enfermagem.....	32
II. Fase Metodológica	35
1. Metodologia	35
1.1. Princípios Éticos	35
1.2. Tipo de estudo.....	37

1.3. Meio do estudo.....	37
1.4. Definição da população	38
1.5. Definição da Amostra.....	38
1.6 Definição das variáveis.....	39
1.7.Método e instrumento de colheita de dados	40
1.8. Tratamento e análise de dados	43
III- Apresentação e análise de dados.....	45
IV – Discussão dos Resultados	52
V- Conclusão	58
Bibliografia.....	60
Anexo I - Questionário	

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição da amostra $n=40$, quanto ao género	45
---	----

Índice de tabelas

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo a idade	46
Tabela 2 - Estatísticas relativas à amostra segundo a idade em anos	46
Tabela 3 - Distribuição de respostas dadas pelos alunos inquiridos acerca do conceito de depressão.....	47
Tabela 4 - Distribuição de respostas dadas pelos alunos inquiridos acerca dos sinais e sintomas de depressão.....	48
Tabela 5 - Distribuição de respostas dadas pelos alunos inquiridos acerca da prevenção da depressão.....	49
Tabela 6 - Distribuição de respostas dadas pelos alunos inquiridos acerca da prevenção	50

Siglas e abreviaturas

CID-10: Classificação Internacional de Doenças

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CLE: Curso da Licenciatura de Enfermagem

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Review

ESS: Escola Superior de Saúde

FCS: Faculdade Ciências da Saúde

S.P.S.S.: Statistical Package for the Social Sciences

UFP: Universidade Fernando Pessoa

OE: Ordem dos Enfermeiros

Introdução

O presente estudo foi elaborado no âmbito da disciplina estágio e projecto de graduação do curso de enfermagem, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, como requisito para obtenção do grau de licenciatura.

Assim o tema que será abordado neste estudo será o seguinte: “Prevenção da depressão: informação dos alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UFPA do 4º ano”

Este trabalho tem os seguintes objectivos pessoais e académicos:

- Aprofundar conhecimentos sobre a depressão,
- Integrar os conhecimentos adquiridos nas restantes unidades curriculares numa metodologia mais ampla e específica em enfermagem,

Segundo a Direcção Geral de Saúde (2008):

A depressão é a principal causa de incapacidades e a segunda causa de perda de anos de vida saudáveis entre as 107 doenças e problemas de saúde mais relevantes. Os custos pessoais e sociais da doença são muito elevados. Uma em cada quatro pessoas em todo o mundo sofre, sofreu ou vai sofrer de depressão. Um em cada cinco utentes dos cuidados de saúde primários portugueses encontra-se deprimido no momento da consulta. A depressão encontra-se reconhecida no Plano Nacional de Saúde 2000-2010 como um problema primordial de saúde pública.

De acordo com Jenkins *et alli.*(1996, p.1):

Aproximadamente 60% a 70% da população adulta sente pelo menos uma vez, depressão ou preocupação em grau suficiente para influenciar as suas actividades quotidianas. Existe uma grande variação do grau de tolerância de cada pessoa, mas esses episódios são considerados sem importância, relacionados com acontecimentos da vida e passam. Para alguns, contudo, a experiência é muito mais grave e alarmante.

Os enfermeiros têm como principais funções:

(...)é de ajudar os indivíduos, famílias e grupos a determinarem e alcançarem o seu potencial no campo físico, mental e social, fazendo-o no contexto do meio no qual vivem e trabalham. Isto exige que os enfermeiros (...) assegurem funções relacionadas com a promoção e manutenção da saúde, a prevenção da doença, o planeamento e a prestação de cuidados curativos e de readaptação. Os cuidados de enfermagem englobam aspectos físicos, mentais e sociais da vida na medida em que eles afectam a saúde, a doença, a deficiência e a morte (OMS *cit. in Santos et alii* 2004).

O enfermeiro como referido anteriormente tem um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença sendo ela física ou mental. Partindo do exposto nos parágrafos anteriores foi elaborado o presente estudo com intuito de estudar se os alunos de enfermagem do 4ºano possuem informação para que possam prevenir a depressão.

Perante um vasto campo de temas de interesse relevante optamos pela problemática da depressão e surgiram as seguintes questões de investigação:

- Qual é a informação que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UIP do 4º ano possuem sobre o conceito de depressão?

- Qual a informação que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UIP do 4º ano possuem sobre os sinais/sintomas da depressão?

- Qual a informação que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UIP do 4º ano possuem sobre a prevenção da depressão?

- Que intervenções de enfermagem para a prevenção da depressão é que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UIP do 4º ano conhecem?

Os Objectivos deste estudo são:

- Identificar a informação que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UIP do 4º ano possuem sobre a depressão.

- Identificar a informação que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UFPA do 4º ano possuem sobre a prevenção da depressão.
- Identificar a informação que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UFPA do 4º ano possuem sobre os sintomas da depressão.
- Identificar quais as intervenções para a prevenção da depressão que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UFPA do 4º ano conhecem.

Após o tema escolhido optou-se por realizar um estudo exploratório descritivo, transversal e de natureza quantitativa. O estudo incide nos alunos de enfermagem do quarto ano, da Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde, Porto e utilizando como instrumento de recolha de dados um questionário. Para a execução deste trabalho recorreu-se aos conhecimentos e apontamentos obtidos nas aulas e à pesquisa bibliográfica.

O nosso estudo iniciou-se no mês de Janeiro de 2009 e prolongou-se até Setembro de 2009. Foi realizado na Universidade Fernando Pessoa – Faculdade Ciências da Saúde. A Faculdade Ciências da Saúde fica situada na Rua Carlos da Maia no Porto.

Apesar de todos os conhecimentos necessários para a elaboração deste estudo terem sido ministrados sentimos ainda muitas dificuldades ao iniciar este trabalho devido à falta de experiência em investigação, limitação de tempo, dificuldade em seleccionar um tema actual e único e dificuldade na selecção bibliográfica.

Com estudo verifica-se que a maioria dos alunos da licenciatura de enfermagem do 4º ano da FCS/ESS-UFPA identificaram correctamente a definição de depressão, identificaram correctamente os sinais e sintomas de depressão, identificaram correctamente os conceitos sobre a prevenção da depressão e ainda identificaram correctamente intervenções possíveis para a prevenção da depressão. Em relação à investigação em Enfermagem foi possível explorar e melhorar os conhecimentos, sendo que percebeu-se o quanto a investigação é importante para a evolução da profissão de enfermagem.

I. Matriz Teórica

Segundo Fortin (2003, p.73) rever a literatura equivale a fazer o balanço do que foi escrito no domínio da investigação em estudo. Por mais interessantes que sejam as questões de investigação não poderão ser abordadas sem ter em conta os conhecimentos já adquiridos no domínio de investigação escolhido.

A revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação (Fortin, 2003, p.74).

Também Fortin, (2003,p.74) refere que:

A revisão da literatura é necessária em todas as etapas da conceptualização da investigação, no sentido em que ela precede, acompanha ou segue a formulação das questões de investigação ou das hipóteses. Pode ser mais ou menos abundante e apelar a diferentes níveis de leitura.

O enquadramento teórico do presente estudo organiza-se da seguinte forma: primeiramente far-se-á uma pequena abordagem ao tema depressão sendo referidos os tipos de depressão, os sinais e sintomas de depressão e factores precipitantes de depressão. De seguida serão abordados os tipos de prevenção, a prevenção da depressão, o enfermeiro como agente de prevenção e algumas das intervenções de enfermagem.

1.1. Depressão

Emoção com as características específicas: estado no qual a disposição está reprimida, causando tristeza, melancolia, astenia, deterioração da compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa, e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça (CIPE, 2005, p.85).

Nacht e Recamier (*cit. in* Grinberg, 2000) definem a depressão como um “(...) estado patológico de sofrimento psíquico consciente e de culpa, acompanhado por uma

marcada redução dos valores pessoais e uma diminuição da actividade psicomotora e orgânica.”

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da actividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo (CID-10, 2007, p.327).

A depressão é uma perturbação do humor, com os indivíduos a sentirem alterações extremas do humor (emoções) e afecto, com modificações associadas do pensamento e comportamentos que não deve ser confundida com sentimentos de alguma tristeza, geralmente reactivos a acontecimentos de vida, que passam com o tempo e geralmente, não impedem a pessoa de ter uma vida normal (Marques *et alli.*, 2004, p.52).

Segundo Rodrigues (2009):

A ansiedade e a depressão são consideradas por muitos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários como uma única doença, uma vez que a maioria das pessoas sofre daquilo que parece um quadro misto de ansiedade e depressão. Apenas um pequeno numero, se apresenta com ansiedade isolada ou depressão isolada. Contudo ansiedade não é sinónimo de depressão.

1.2. Tipos de depressão

Segundo a DSM-IV-TR (2002, p.345), “as perturbações depressivas são classificadas em três tipos: Perturbação Depressiva Major, Perturbação Distímica e Perturbação Sem Outra Especificação.”

Já a Classificação internacional de doenças (CID-10), classifica os episódios depressivos em: episódio depressivo leve, episódio depressivo moderado, episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos, episódio depressivo com sintomas psicóticos, outros episódios depressivos e episódio depressivo não especificado.

1.2.1 Tipos de depressão segundo DSM- IV- TR

A característica essencial do episódio depressivo major é um período de pelo menos duas semanas durante o qual existe ou humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as actividades (DSM-IV-TR, 2002, p.323). Além do referido o indivíduo deve experimentar pelo menos quatro sintomas adicionais entre alterações no apetite ou peso, sono e perturbações na actividade psicomotora, diminuição de energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa, dificuldades em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões, ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ideação, planos ou tentativas suicidas.

Segundo o mesmo manual, este episódio depressivo deve ser acompanhado por mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes.

A perturbação distímica é caracterizada pelo menos por dois anos de humor depressivo, durante mais de metade dos dias, acompanhado por sintomas depressivos adicionais que não preenchem os critérios para episódio depressivo major (DSM-IV-TR, 2002, p.325).

Segundo o mesmo manual o sujeito com perturbação distímica além de apresentar o humor triste também deve apresentar pelo menos, mais dois dos seguintes sintomas: Insónia, fadiga, diminuição ou aumento de apetite, baixa auto-estima, falta de sentimentos de esperança, dificuldade em concentrar-se e em tomar decisões.

Segundo o DSM-IV-TR (2002, p.326) a perturbação depressiva sem outra especificação é incluída para codificar as perturbações com características depressivas que não preenchem os critérios para perturbação depressiva major, perturbação distímica (...).

1.2.2 Tipos de depressão segundo o CID-10

O episódio depressivo leve é descrito na CID-10 (2007) como: geralmente estão presentes ao menos dois ou três dos sintomas citados anteriormente. O paciente sofre com a presença desses sintomas, mas provavelmente será capaz de desempenhar a maior parte das actividades.

O episódio depressivo moderado está enumerado na CID-10 (2007) como: geralmente estão presentes quatro ou mais sintomas e o paciente tem muita dificuldade para continuar a desempenhar actividades de rotina.

O episódio depressivo grave sem sintoma que é definido na CID-10 (2007) psicóticos é um:

Episódio depressivo no qual vários dos sintomas são acentuados e angustiantes, tipicamente a perda de auto-estima e ideias de desvalorização ou culpa. As ideias e actos suicidas são comuns e observa-se em geral uma serie de sintomas somáticos.

O episódio depressivo grave com sintomas psicóticos é definido na CID-10 como:

Episódio depressivo correspondente à descrição de um episódio depressivo grave, mas acompanhado de alucinações, ideias delirantes, de uma lentidão psicomotora ou de estupor de tal gravidade que todas as actividades sociais normais tornam-se impossíveis; pode existir o risco de morrer por suicídio, de desidratação ou desnutrição. As alucinações e os delírios podem não corresponder ao carácter dominante do distúrbio afectivo.

1.3.Sinais e sintomas da depressão

Os pacientes com humor deprimido (isto é depressão) têm perda de energia e interesse, sentimentos de culpa, dificuldades para se concentrar, perda de apetite, e pensamentos de morte e suicídio (Kaplan e Sadock, 1990).

Segundo a CIPE os principais sintomas da depressão são:

- Tristeza,
- Melancolia,
- Astenia,
- Deterioração da compreensão,
- Concentração diminuída,
- Sensação de culpa,
- Perda de apetite,

- Insónia e
- Dor de cabeça.

Segundo a CIPE (2005, p.87) tristeza é uma emoção com as características específicas: sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia.

Já no dicionário de língua portuguesa tristeza bem definido como: “ estado de quem sente insatisfação, mal-estar ou abatimento por vezes sem razão aparente; melancolia; angustia; inquietação.

Melancolia é tristeza profunda e duradoura; desgosto; abatimento; afecção mental caracterizada por uma depressão, mais ou menos acentuada, um sentimento de incapacidade, um desgosto da existência, e as vezes por ideias delirantes de auto-acusação, de indignidade (Dicionário da língua Portuguesa, 2006, p.1097)

Insónia é:

Sono com as características específicas: incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir toda a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável, espertinha, falta de sono; frequentemente associada a factores psicológicos ou físicos como é o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas (CIPE, 2005, p.73).

Insónia é falta de sono; dificuldade em dormir; estado de quem não consegue dormir (Dicionário da Língua Portuguesa, 2006, p.958).

Segundo o DSM-IV-TR (2002, p.350) modo mais frequente é a insónia de meio da noite (isto é acordar durante a noite e ter dificuldades em adormecer) ou insónia de fim da noite (isto é acordar demasiado cedo e ter dificuldades em adormecer). A insónia inicial (dificuldade em adormecer) pode igualmente ocorrer.

Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (2006, p.177) astenia é: fraqueza; debilidade; falta de forças.

Deterioração é o acto ou efeito de deteriorar ou deteriora-se, estrago, ruína, dano (Dicionário da Língua Portuguesa, 2006, p547).

Compreender é abranger; incluir; alcançar com a inteligência; entender as atitudes de alguém (Dicionário da Língua Portuguesa, 2006, p.403).

Se atendermos aos pressupostos anteriores podemos dizer que deterioração da compreensão é o estrago/dano da capacidade de alcançar com inteligência, entender as atitudes de alguém.

Concentração é a capacidade de dirigir a atenção e o pensamento, para uma ideia, assunto ou tarefa em particular; meditação (Dicionário da Língua Portuguesa, 2006, p. 406).

Diminuir tornar menor; encurtar; reduzir; deduzir; enfraquecer; tornar-se menor; abrandar; (Dicionário da Língua Portuguesa, 2006, p. 559).

Diminuída é deficiente; pequeno; abreviado; de diminuir + -ida (Dicionário da Língua Portuguesa, 2006, p. 559).

Segundo as definições anteriores podemos dizer que concentração diminuída a capacidade de dirigir a atenção e o pensamento tornou-se menor.

Segundo o DSM-IV-TR (2002, p.350),

O sentimento de desvalorização pessoal ou de culpa associado com o episódio depressivo Major pode incluir avaliações irrealistas do seu próprio valor, ou preocupações de culpa ou rumações acerca de falhanços anteriores. Tais sujeitos interpretam mal, com frequência, acontecimentos neutros ou triviais do dia-a-dia como evidência de defeitos pessoais e têm um sentimento exagerado de responsabilidade para com os acontecimentos desagradáveis.

O apetite está habitualmente diminuído e alguns sujeitos que têm de se esforçar para comer. Quando as alterações no apetite são intensas pode existir aumento ou perda

significativa no peso, ou, em crianças, uma falha em atingir os aumentos de peso esperados para a idade (DSM-IV-TR, 2002, p.349).

Segundo o DSM-IV-TR (2002, p.349),

A perda de interesse ou prazer está quase sempre presente, nem que seja num grau ligeiro. Os sujeitos podem descrever ou sentirem-se menos interessados nos seus passatempos - «já não me interessa mais» - ou deixaram de ter prazer na actividades de que antes gostavam.

Diminuição da energia, cansaço e fadiga são comuns. A pessoa pode descrever fadiga persistente, sem esforço físico. Mesmo as tarefas mais pequenas parecem requerer um esforço substancial (DSM-IV-TR, 2002, p.350).

Também o mesmo manual (DSM-IV-TR, 2002, p.350) refere:

Muitos sujeitos descrevem deficiências na capacidade para pensar, para se concentrar ou para tomar decisões. Pode parecer que se distraem com facilidade ou queixam-se de dificuldades de memorização. Aqueles que desempenham tarefas intelectualmente exigentes sentem-se frequentemente incapazes de funcionar adequadamente, mesmo têm ligeiros problemas de concentração.

Os autores Kaplan e Sadock, (1990) referem:

Um humor deprimido e perda de interesse ou prazer são os sintomas básicos da depressão. Os pacientes podem dizer que se sentem tristes, sem esperanças, “na fossa” ou inúteis. Para o paciente o humor deprimido, com frequência, tem uma qualidade distinta que diferencia da emoção normal de tristeza ou perda.

Segundo os mesmos autores:

Cerca de dois terços dos pacientes deprimidos pensam em se matar e 10 a 15% cometem o suicídio. (...) Quase todos os pacientes deprimidos queixam-se de uma diminuição de energia que resulta em dificuldade para terminar tarefas comprometimento na escola e trabalho e motivação diminuída para assumir novos projectos. Cerca de 80% dos pacientes deprimidos queixam-se de problemas para dormir (...) Muitos pacientes têm apetite diminuído e perda de peso. Alguns contudo, têm aumento de apetite, ganho de peso e maior sono.

Dor é uma percepção com características específicas: Aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoprotecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (CIPE, 2005, p.60).

1.4.Factores precipitantes da depressão

Vários são os factores que predisõem a pessoa ao desenvolvimento da depressão. Alguns autores referem que esta patologia é mais frequente no sexo feminino (Costa e Maltez, 2002). O estatuto social, o estado civil e a área de residência também podem desencadear o aparecimento do quadro depressivo, “alguns estudos apontam para uma maior prevalência da depressão nas áreas urbanas” (Costa e Maltez, 2002, p.560)

Os mesmos autores apontam os seguintes factores de risco para o desenvolvimento da depressão:

- Sexo feminino;
- Homens que vivem sozinhos;
- Faixa etária: 20-40 anos;
- História familiar de depressão;
- Puerpério;
- Acontecimentos vitais negativos;
- Residência em área urbana.

Segundo Kaplan e Sadock (2008, p.196) o transtorno depressivo maior é uma condição comum, com uma prevalência durante a vida de cerca de 15%, talvez de até 25% nas mulheres. Sua incidência é de 10% entre os pacientes em atenção primária e 15% entre aqueles hospitalizados.

Os teóricos que acreditam que as depressões têm as suas raízes na adolescência pensam que tal se relaciona com a socialização entre rapazes e raparigas (Neeb, 1997, p.200)

Já os teóricos cognitivos (com uma visão que difere daquela dos psicanalistas e dos teóricos biológicos) crêem que a forma como os indivíduos entendem os acontecimentos e as situações conduz a depressão (Neeb, 1997, p.200).

Os teóricos biológicos oferecem mais opções: desequilíbrios químicos e laços genéticos. As serotonina e norepinefrina neuroquímicas tem efeito no humor, se estes neuroquímicos forem elevados, o humor também o é, mas se forem reduzidos o humor também o será (Neeb, 1997, p. 200).

A perturbação depressiva Major pode ter início em qualquer idade, com uma idade média no meio da década dos 20 anos. Os dados epidemiológicos sugerem que a idade de início está a diminuir para aqueles que estão a nascer mais recentemente (DSM-IV-TR, 2002, p.361).

Kaplan e Sadock (1990, p.494) referem:

A base causal para os transtornos do humor é desconhecida. As de muitas tentativas de identificarem uma causa biológica ou psicossocial para os transtornos de humor têm sido obstruídas pela heterogeneidade da população de pacientes definida por qualquer dos sistemas diagnósticos disponíveis e fundamentadas na clínica, incluindo o DSM-IV. Os factores podem ser divididos em biológicos, genéticos e psicossociais.

1.5. Tipos de Prevenção

Bolander (1998, p.38) entende por prevenção não só evitar o aparecimento da doença, mas também quando esta ocorrer conseguir a sua cura, mas no caso de esta for

impossível, retardar ao máximo a sua progressão, pelo que se distingue três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

Segundo Bolander (1998, p.38),

A prevenção primária diz respeito a estratégias usadas em pessoas que são consideradas como livres de doença. A principal finalidade da prevenção primária é prevenir a doença. As estratégias usadas para atingir esta finalidade, tanto para indivíduos como para grupos incluem medidas tais como o aconselhamento visando a prevenção dos efeitos perniciosos do stress, ensino de como melhorar as medidas sanitárias da comunidade e de como prevenir a disseminação da doença bem como a imunização contra infecções.

Acerca da prevenção secundária Bolander (1998, p.38) refere:

A prevenção secundária diz respeito a estratégias usadas em pessoas nas quais está presente a doença. A doença pode ainda não causar sintomas e ter sido descoberta através de rastreios de rotina, ou pode ser grave, causando bastante desconforto e limitação. A finalidade da prevenção secundária, é interromper ou inverter o processo de doença, de forma a prevenir ulterior incapacidade ou a morte. A estratégia usada consiste em tratar a doença o mais precocemente possível.

Também Bolander (1998, p.38) define a prevenção terciária como:

A prevenção terciária diz respeito a estratégias usadas para restaurar o indivíduo, física ou emocionalmente limitado, conduzindo-o ao mais alto nível de saúde física e mental que lhe é possível. A reabilitação é uma parte integrante dos cuidados terciários. Os três principais objectivos da reabilitação são: (1) proteger o indivíduo de posteriores limitações, (2) fortalecer e dar suporte ao indivíduo quanto ao uso das capacidades que lhe restam, e (3) assistir o indivíduo na sua adaptação física, psicológica e social às limitações permanentes.

Stanhope e Lancaster (1999, p.228) referem que os enfermeiros comunitários têm o potencial para desempenhar um papel determinante na compreensão e execução de medidas de prevenção primária e secundária, bem como na prestação de serviços de prevenção terciária.

Stanhope e Lancaster (1999,p.228) referem:

A prevenção primária inclui intervenções que promovem a saúde e previnem que se desenvolva o processo de doença. Estas actividades destinam-se a indivíduos susceptíveis à doença mas que não tem patologia detectável.

A depressão pode atingir qualquer pessoa. Por isso, algumas medidas de prevenção primária são importantes para toda a população e outras direccionadas para grupos de risco (Jenkins *et alii.*, 1996, p.14).

A prevenção secundária destina-se a detectar a doença nos estádios precoces, antes que se manifestem sinais e sintomas clínicos, no sentido de intervir com um diagnóstico e tratamento precoces (Stanhope e Lancaster, 1999,p. 228).

A prevenção secundária tem por objectivo diminuir a prevalência das perturbações mentais. O tratamento atempado de uma situação pode ter igualmente efeitos de prevenção primária noutras situações (Jenkins *et alii.*, 1996, p.12).

Segundo as mesmas autoras (1999, p. 228) a prevenção terciária dirige-se às pessoas com doença clinicamente aparente. O objectivo é melhorar o curso da doença, reduzir a incapacidade ou reabilitar.

A prevenção terciária refere-se a medidas que limitam as incapacidades físicas e mentais causadas por uma doença que não pode ser completamente tratável. Por exemplo a existência de serviços de reabilitação adequados na comunidade ajuda a evitar deterioração na esquizofrenia ou na deficiência mental (Jenkins *et alii.*, 1996 p.12).

Como em todas as doenças, a prevenção é sempre a melhor abordagem, designadamente para as pessoas em situação de risco, pois permite a intervenção precoce de profissionais de saúde e impede o agravamento dos sintomas (Direcção Geral da Saúde, 2008).

1.6. Prevenção da depressão

Prevenir segundo a CIPE (2005, p.132) é acção de atender com as características específicas: parar ou impedir o acontecimento de alguma coisa.

A prevenção exige o entendimento claro da etiologia, patogenese e da progressão da doença. O conhecimento dos factores de risco, sinais e sintomas indica-nos estratégias de prevenção mais eficazes (Jenkins *et alii.*, 1996, p.13).

No contexto do Plano Nacional de Saúde Mental, será elaborado um Programa Nacional de Luta contra a Depressão e será apoiado o desenvolvimento de Telefones SOS de suicídio e isolamento social (Direcção Geral da Saúde, 2004).

A definição de saúde sofreu algumas alterações ao longo dos tempos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948 definiu saúde como sendo um “estado de completo bem-estar físico, promoção da saúde psíquica e social e não apenas ausência de doença ou enfermidade.”

De acordo com Klinkman (*Cit. in Stanhope e Lancaster*), a prevenção pode promover a qualidade de vida e pode levar a preservar ou aumentar a saúde mental e física, o estado funcional e o desempenho de papéis.

A promoção da saúde e a prevenção da doença são fundamentais para a prática de saúde mental comunitária (Stanhope e Lancaster, 1999,p. 770).

A maioria das funções do papel do educador é dirigida a prevenção primária. Os exemplos incluem ensinar e dar aulas sobre gestão dos estilos de vida a prestadores de cuidados e indivíduos com distúrbios mentais (Stanhope e Lancaster, 1999,p. 770).

Costa e Maltez (2002, p.588) referem que uma interpretação preventiva pressupõe sempre uma articulação entre o quadro depressivo e factores causais cuja acção a intervenção visa evitar.

São medidas gerais de prevenção escutar o doente, incentivar o doente a falar sobre os seus problemas, estabelecer uma boa comunicação com o doente, incentivar o doente a realizar actividades predilectas, incentivar o doente a fazer exercício físico e mostrar uma grande disponibilidade para o doente (Jenkins *et alii.*, 1996).

Deve ser oferecido apoio a grupos de risco após acontecimentos importantes da vida tais como perda, despedimento, reforma e adolescência. As intervenções devem ser realizadas o mais depressa possível do acontecimento ou até antes, se estes poderem ser previstos (Jenkins *et alii.*, 1996, p. 14).

1.7.O enfermeiro como agente de prevenção

Os cuidados de enfermagem apresentam como principal foco de actuação a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue, é função dos enfermeiros prevenir a doença, promover os processos de readaptação, satisfazer as necessidades humanas fundamentais e incentivar a máxima independência na realização das actividades da de vida (Santos *et alii.*, 2001).

Os enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica e outros profissionais desta área usam os conhecimentos de princípios psiquiátricos para cuidar de pessoas numa variedade de ambientes que incluem, mas não se limitam, aos centros de saúde mental (Bolander, 1998, p.44).

Como enfermeiros e de acordo com o regulamento do exercício profissional temos como finalidade:

Prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (Vieira, 2003, p.165).

No documento sobre as competências dos enfermeiros dos cuidados gerais o Conselho de Enfermagem (2003), definiu os cuidados de enfermagem como:

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo do todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença.

Também no mesmo documento pode-se encontrar:

As intervenções de enfermagem são frequentemente optimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente, quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adaptação de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde (Conselho de Enfermagem da OE, 2003, p.5).

O exercício da actividade profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social (Conselho de Enfermagem da OE, 2003, p.7)

A enfermagem comunitária centra-se na prevenção da doença e na promoção e manutenção da saúde. Para atingir estes objectivos, os enfermeiros comunitários estão implicados na educação do cliente e da comunidade, no aconselhamento, na defesa e na gestão de cuidados (Stanhope e Lancaster, 1999,p. 642).

1.8 Intervenções de enfermagem

Intervenções de enfermagem são acções de enfermagem realizadas para ajudar as pessoas a adaptarem-se bem aos problemas e atingirem os resultados desejados (Bolander 1998, p.1910).

Exemplo de Intervenções usadas na depressão:

- Ensinar técnica de treino Autogénico,
- Executar técnica de relaxamento,
- Executar técnica de imaginação guiada,

- Executar actividades de construção de auto-estima,
- Executar escuta activa,
- Incentivar a pratica de exercício físico.

Ensinar é a acção de informar com as características específicas: dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde (CIPE, 2005, p.137).

Incentivar é acção de promover com características específicas: levar alguém a actuar a actuar num sentido particular ou estimular o interesse de alguém por uma actividade (CIPE, 2005, p.131).

Executar é acção com características específicas: desempenhar uma tarefa técnica (CIPE, 2005, p.141).

Segundo a CIPE (2005, p.124) a Técnica de treino Autogénico é uma técnica com as características específicas: ensino relacionado com a auto-sugestão para induzir o relaxamento.

Técnica de imaginação é um método de estimulação do relaxamento e do conforto que estimula a pessoa a relaxar-se e a situar-se num cenário agradável; a experimentar paisagens, sons, cheiros e outras sensações associadas a ele; e a sentir conforto e o relaxamento associados aquele cenário e às experiencias que originou (Bolander 1998, p.359).

As técnicas de relaxamento são mais activas que o simples descanso e relaxamento que por vezes pensamos fazer após um longo dia na escola ou trabalho. Podem ser ensinadas as pessoas estratégias específicas, através de cassetes de áudio ou vídeo ou por alguém que esteja familiarizado com as técnicas (Bolander 1998, p.1193).

Actividades de construção de auto-estima são actividades que se realizam para que o indivíduo melhore a opinião que tem a cerca de si próprio e a confiança em si mesmo (Bolander 1998, p.1746).

A escuta activa é simplesmente o acto de compreender as mensagens auditivas emitidas por um emissor. Pode ser imensamente reconfortante ser escutado, quando nos sentimos sozinhos, assustados ou com duvidas. Na escuta activa a enfermeira tem um papel activo, ajudando a trazer à superfície pormenores do utente, e convidando-o a pensar mais profundamente acerca do que está a ser dito (Bolander 1998, p.551).

A prática de actividade física e o desporto beneficia física, social e mentalmente, toda a população, homens ou mulheres de todas as idades incluindo pessoas com incapacidades (Ministerio da Saúde, 2007).

II. Fase Metodológica

Segundo Fortin (2003, p.40) no decurso desta fase, o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas as questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.

Nesta fase segundo Fortin (2003, p.40) o investigador assegura-se também de que os instrumentos são fiéis e válidos. Estas diversas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação.

1. Metodologia

Vários elementos concorrem para o estabelecimento de um plano ou desenho apropriado para responder às questões levantadas pela problemática da investigação (Fortin, 2003, p.131).

1.1 Princípios Éticos

De forma geral, ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta. (Fortin 2003, p. 114)

Numa investigação deve-se respeitar sempre alguns princípios éticos para que se possa integrar o nosso projecto na sociedade. Neste estudo pretende-se respeitar cinco princípios fundamentais determinados pelo código de ética.

Segundo Fortin (2003, p.116),

A investigação aplicada a seres pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdades da pessoa. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdade das pessoas que participam nas investigações. Cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos foram determinados pelos códigos de ética: o direito a autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito a protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim o direito a um tratamento justo e leal.

O direito a autodeterminação baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino (Fortin, 2003, p.116).

Segundo Fortin (2003, p.117), “O direito à intimidade faz à liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas.”

O direito ao anonimato e a confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador (Fortin, 2003, p.117).

O direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo corresponde às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem (Fortin, 2003, p.118).

Segundo Fortin (2003, p.119), o direito a um tratamento justo e equitativo “(...) Refere-se ao direito de ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação para o qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo.”

Para garantir que os princípios éticos mencionados nos parágrafos anteriores são respeitados pretende-se:

- Explicar aos participantes que a decisão de participarem no estudo é tomada por eles,
- Dar aos participantes a liberdade de decidir sobre a extensão da informação a fornecer,
- Tratar e apresentar os resultados de forma a que, nenhum dos participantes seja reconhecido,
- Dar as mesmas informações a todos os participantes.

1.2. Tipo de estudo

O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis hipóteses de casualidade (Fortin, 2003, p. 133).

No estudo que se desenvolveu deseja-se saber se alunos do 4º ano de enfermagem possuem informação sobre a prevenção da depressão. Assim o estudo a ser elaborado será um estudo quantitativo simples transversal.

A exploração e a descrição de fenómenos podem ser efectuadas com a ajuda de desenhos descritivos. Os estudos deste género visam dominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação (Fortin, 2003, pp.137-138).

O estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta (Fortin, 2003, p.171).

Segundo Fortin (2003, p.161):

Nos estudos descritivos, os conceitos a estudar são melhor conhecidos que nos estudos exploratórios. Todavia, dado que o estado dos conhecimentos neste nível de investigação é ainda limitado, os estudos descritivos visam obter mais informações, quer seja sobre as características de uma população quer seja sobre os fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação.

Segundo Hossne e Vieira (2001), num estudo transversal, descreve-se indivíduos pertencentes a uma determinada população num determinado momento.

1.3. Meio do estudo

Os estudos conduzidos fora dos laboratórios, tornam o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se efectuam em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios (Fortin, 2003, p.132).

O investigador define o meio onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha (...) é necessário assegurar-se que o meio é acessível e obter a colaboração e as autorizações necessárias das comissões de investigação e de ética (Fortin, 2003, p.132).

Neste estudo o meio natural corresponderá a universidade Fernando Pessoa onde há alunos de enfermagem do 4º ano que já contactaram teoricamente com o tema depressão e que já realizaram vários ensinamentos clínicos onde podem ter contactado com pessoas deprimidas.

1.4. Definição da população

A descrição da população e da amostra fornece uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados. As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e precisam os critérios de selecção (Fortin, 2003, p.133).

Segundo Fortin (2003, p. 202) “Uma população é uma colecção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.”

A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações (Fortin, 2003, p.202).

A população neste estudo é constituída pelos 86 alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UFP do 4º ano. O facto de estes serem todos alunos do 4º ano de enfermagem e estudarem todos na mesma instituição podem ser considerados uma população.

1.5. Definição da Amostra

A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população (Fortin 2003, p. 202).

Segundo Fortin (2003, p. 202) A amostra pode ser não importa qual o subconjunto da população. Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.

Neste estudo a amostra é constituída por 40 alunos do 4º ano da licenciatura de enfermagem, do ano lectivo 2008/2009.

1.5.1 Tipo de amostragem

O processo de amostragem é a forma como se escolhe a amostra através da população, sendo que existem vários processos de amostragem. Segundo Fortin (2003, p. 202) “O plano de amostragem serve para descrever a estratégia a utilizar para seleccionar a amostra, (...)”

Neste estudo o processo de amostragem é não probabilístico acidental, pois será aplicado um questionário aos alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UFPA do 4º ano estiverem num determinado local.

A amostragem não probabilística é um procedimento de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra (Fortin, 2003, p.208).

Fortin (2003, p.208) descreve a amostra acidental como:

A amostra acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local num determinado momento preciso, como por exemplo, as pessoas hospitalizadas. Os sujeitos são incluídos no estudo à medida que se apresentam até a amostra atingir o tamanho desejado.

1.6 Definição das variáveis

Por definição uma variável tem uma propriedade inerente de variação e atributo de valores. (Fortin 2003, p.36)

As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação (Fortin, 2003, p. 36).

As variáveis podem ser classificadas de diferentes maneiras, segundo a sua utilização numa investigação. Algumas podem ser manipuladas, outras controladas (Fortin, 2003, p.37).

1.6.1 Variável atributo

A escolha das variáveis atributo é determinada em função das necessidades do estudo. Uma vez colhidos os dados, a informação serve para traçar um perfil das características dos sujeitos da amostra (Fortin 2003, p. 37).

Segundo Fortin (2003, p. 37) “As variáveis atributo são características dos sujeitos num estudo.”

Neste estudo as variáveis atributo são:

- Género e
- Idade.

1.7.Método e instrumento de colheita de dados

Antes de empreender uma colheita de dados o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação (Fortin 2003, p. 240).

Para Fortin (2003, p. 240),

Os dados podem ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objecto de estudo, as questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas.

Atendendo às características da amostra que se escolheu para executar este estudo e atendendo também as condições para se realizar e o objectivo do estudo, escolheu-se o questionário como instrumento de colheita de dados.

Segundo Fortin (2003, p. 249) “Um questionário é um dos métodos de colheita de dados que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos.”

Os questionários podem ser estruturados de forma a colher informação sobre os indivíduos, os acontecimentos, as atitudes e as situações conhecidas e/ou vivenciadas pelo indivíduo que o preenche. Esta estruturação pode utilizar várias opções, que segundo Fortin (2003, p.250) “(...) podem conter questões fechadas em que o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis; podem conter questões abertas que pedem respostas escritas por parte dos sujeitos.”

Para a presente investigação, a investigadora escolheu o questionário, como instrumento de colheita de dados, por este possibilitar atingir um grande número de alunos; garantir o anonimato das respostas; ser de fácil aplicação; implicar menores gastos; ser mais fácil de tratar os dados; ser um método mais económico e garantir a veracidade das respostas.

O questionário desenvolvido para o efeito é constituído por duas partes, sendo a primeira parte que tem o objectivo de colher dados para caracterizar a amostra (Género e idade) e a segunda com o objectivo de colher dados sobre a informação que os alunos possuem sobre a prevenção da depressão. A primeira parte é constituída por duas questões, uma de resposta aberta e outra de resposta fechada. A segunda parte é constituída por 36 afirmações agrupadas de acordo com subtemas, onde o objectivo era classifica-las como verdadeiras ou como falsas.

Para obter dados que respondam a questão de investigação: “ Qual a informação que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS- UFPA do 4º ano possuem sobre os sinais/sintomas da depressão? Foram formuladas as questões 1, 2, 3, 5 e 6 do grupo II do questionário que se encontra em anexo. Em relação a questão “Qual a informação que os alunos da Licenciatura de Enfermagem da FCS/ESS- UFPA do 4º ano possuem

sobre os sinais/sintomas da depressão? Foram elaboradas as questões 9,10,11,14 e 16 do grupo II do questionário que se encontra em anexo.

Para obter dados para a questão “ Qual a informação que os alunos da Licenciatura de Enfermagem da FCS/ESS-UFP do 4º ano possuem sobre a prevenção da depressão? Foram elaboradas as questões: 17, 20, 27, 28, 31,34 e 36 do grupo II do questionário que se encontra em anexo. Em relação a questão “Que intervenções de enfermagem para a prevenção da depressão é que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UFP do 4ºano conhecem? Foram formuladas as questões 20, 25 e 26.

O questionário foi aplicado a 40 alunos no dia 3 de Abril de 2009. Este questionário encontra-se em anexo.

1.7.1. Pré – teste

O pré-teste, segundo Fortin, (2003, p.253),

“(…) consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. (...) permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e ordem das questões.”

Esta etapa é de todo indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e a ordem das questões (Fortin 2003, p. 253)

Deste modo, o pré-teste foi realizado na Universidade Fernando Pessoa – Porto, em 5 alunos que não foram incluídos na amostra. O seu objectivo foi avaliar a eficácia e pertinência do questionário. Da aplicação do pré – teste não resultaram alterações ao questionário. O pré – teste foi aplicado dia 31 de Março 2009 e foram salvaguardados todos os princípios éticos referidos nesta investigação.

1.7.2 Colheita de dados

Segundo Fortin (2003, p.261): O processo de colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim.

1.8. Tratamento e análise de dados

Segundo Fortin (2003, p.269) em todos os domínios, científicos e outros, mede-se praticamente tudo: dos hábitos de vida até às opiniões, dos estados de saúde aos estados de alma... A estatística é a ciência que permite estruturar a informação numérica será também designada pelo nome de «variável».

Os dados recolhidos no decorrer da investigação não respondem directamente as questões de investigação, assim, precisam de ser tratados, e portanto torna-se necessária a sua organização e interpretação.

Para o tratamento de dados foi criada uma base de dados no programa estatístico SPSS para o Windows e a análise será feita através de estatística descritiva incluindo as distribuições de frequência, as medidas de tendência central, e as medidas de dispersão.

Segundo Fortin (2003, p.280) distinguem-se duas grandes categorias de estatísticas descritivas: as medidas de tendência central e as medidas de dispersão. Entre as medidas de tendência central encontram-se a média, a mediana e a moda.

As medidas de dispersão ou variabilidade são medidas das diferenças individuais entre os membros de uma amostra. Eles fornecem indicações sobre a maneira como os *scores* se repartem à volta da média (Fortin, 2003, p.282).

O estudo estatístico foi efectuado utilizando o software de estatística S.P.S.S. (Statistical Package for Social Sciences) versão 17.0 para o ambiente Windows. No tratamento estatístico de dados aplicou-se os procedimentos de estatística descritiva. Os procedimentos usados foram:

- Medidas de tendência Central: Média, Moda e Mediana;
- Frequências absolutas e frequências relativas;
- Medidas de dispersão: Variância e Desvio Padrão.
- Máximo e mínimo

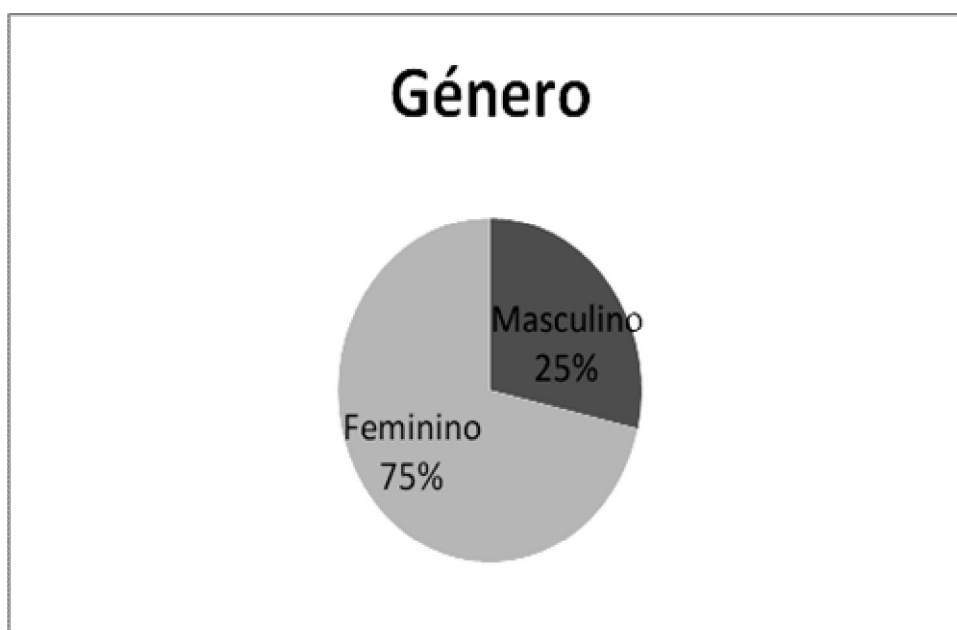
III- Apresentação e análise de dados

Para estar em posição de apreciar e de interpretar os resultados nos artigos de investigação, é importante ter uma ideia bastante precisa do tipo de testes estatísticos que correspondem aos tipos de investigação (Fortin, 2003, p.303).

Neste ponto apresentam-se os dados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados. Para isso utiliza-se a estatística descritiva por esta ser a mais adequada ao estudo em si e ao tipo de dados, de forma a responder as questões de investigação.

Neste capítulo vamos observar os dados obtidos através do questionário.

Gráfico 1 - Distribuição da amostra n=40, quanto ao género



Da análise do gráfico 1, verifica-se que 75% dos indivíduos inquiridos são do género feminino e 25% são do género masculino.

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo a idade

Idade	n	%
21,00	8	20,0
22,00	9	22,5
23,00	10	25,0
24,00	6	15,0
25,00	2	5,0
26,00	1	2,5
27,00	3	7,5
29,00	1	2,5
Total	40	100,0

Da análise da tabela 1 podemos verificar que a amostra varia entre os 21 e os 30 anos de idade. Oito (20%) dos inquiridos têm 21 anos, nove (22,5%) dos inquiridos têm 22 anos, dez (25%) dos inquiridos têm 23 anos, seis (15%) dos inquiridos têm 24 anos, dois (5%) dos inquiridos têm 25 anos, um (2,5%) dos inquiridos têm 26 anos, três (7,5%) dos inquiridos têm 27 anos e um (2,5%) dos inquiridos têm 29 anos.

Tabela 2 - Estatísticas relativas à amostra segundo a idade em anos

Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão	Variância
23,2	23,0	23	21	29	1,94	3,77

Da análise da tabela 2 verifica-se que os indivíduos que foram inquiridos tinham idades compreendidas entre 21 e 29 anos, sendo a média de idades de 23,15 anos com um desvio padrão de 1,94 anos, a moda sendo os 23 anos ou seja a idade mais vezes referida (25%) e a mediana é de 23 anos. Verifica-se ainda que a variância é de 3,77 anos.

Tabela 3 - Distribuição de respostas dadas pelos alunos inquiridos acerca do conceito de depressão.

Afirmações	Verdadeiro		Falso	
	n	%	n	%
1.A depressão é uma emoção com características específicas.	26	65%	14	35%
2.A depressão e ansiedade são sinónimas.	1	2,50%	39	97,5%
3.A depressão é uma alteração de humor.	30	75%	10	25%
4.A depressão é uma perturbação de personalidade.	16	40%	24	60%
5.A tristeza que dura um longo período, pode tornar-se numa depressão.	38	95%	2	5%
6.As perturbações depressivas são ameaças comuns a saúde mental.	38	95%	2	5%
7.Os sinais e sintomas da depressão são semelhantes a comportamentos vulgares das pessoas que experimentam altos e baixos da vida quotidiana.	18	45%	22	55%

Da análise da tabela 3, verifica-se que 26 (65%) dos inquiridos assinalaram verdadeira a afirmação “A depressão é uma emoção com características específicas” e os restantes 14 (35%) inquiridos assinalaram a afirmação como falsa. Trinta e nove (97,5%) dos inquiridos indicaram como falsa a afirmação “A depressão e ansiedade são sinónimas” e apenas 1 (2,5%) dos inquiridos assinalou a afirmação como verdadeira. Em relação a afirmação “A depressão é uma alteração de humor” 30 (75%) dos inquiridos assinalaram como sendo uma afirmação verdadeira e 10 (25%) assinalaram como falsa. Trinta e oito (95%) dos indivíduos inquiridos indicaram como verdadeira a afirmação “A tristeza que dura um longo período, pode tornar-se uma depressão” e apenas 2 (5%) inquiridos assinalou como falsa. Pode-se também verificar que 38 (95%) dos inquiridos assinalaram como verdadeira a seguinte afirmação “As perturbações depressivas são ameaças comuns a saúde mental” e apenas 2 (5%) dos inquiridos assinalaram como falsa.

Tabela 4 - Distribuição de respostas dadas pelos alunos inquiridos acerca dos sinais e sintomas de depressão

Afirmações	Verdadeiro		Falso	
	n	%	n	%
8.É característica da depressão a pessoa ter sentimentos de raiva.	12	30%	28	70%
9.Um dos sintomas da depressão pode ser a melancolia.	37	92,5%	3	7,5%
10.A perda de apetite e insónia são sinais e sintomas da depressão.	38	95%	2	5%
11.Quando um indivíduo tem mais vontade de fazer exercício físico é porque está deprimido.	1	2,5%	39	97,5%
12.A diminuição da capacidade de concentração é uma das características de um indivíduo com depressão.	35	87,5%	5	12,5%
13.Quando um indivíduo está deprimido tem dificuldade em tomar decisões.	38	95%	2	5%
14.A dor de cabeça é um sintoma da depressão.	20	50%	20	50%
15.A angústia acompanhada de pânico indica que o indivíduo está deprimido.	15	37,5%	25	62,5%
16.A astenia, a tristeza e a melancolia são sinais e sintomas da depressão.	35	87,5%	5	12,5%

Da análise da tabela 4, verifica-se que 37 (92,5%) dos inquiridos classificaram como verdadeira a afirmação “ Um dos sintomas da depressão pode ser a melancolia”, e apenas 3 (7,5%) dos inquiridos assinalaram a afirmação como falsa. Em relação a afirmação “ A perda de apetite e insónia são sinais e sintomas da depressão”, 38 (95%) dos alunos inquiridos assinalaram-na como verdadeira e 2 (5%) assinalaram-na como falsa. Constata-se que 39 (97,5%) dos inquiridos assinalaram como falsa a afirmação “Quando um indivíduo tem mais vontade de fazer exercício físico é porque está deprimido”, e apenas 1 (2,5%) aluno assinalou como sendo verdadeira. Metade dos inquiridos (20 alunos, 50% da amostra) assinalou como verdadeira a afirmação “ A dor de cabeça é um sintoma da depressão” e a outra metade da amostra assinalou como falso. Por fim verifica-se ainda, que 35 (87,5%) dos inquiridos assinalaram como verdadeira a afirmação “A astenia, a tristeza e a melancolia são sinais e sintoma das depressão” e 5 (12,5%) dos inquiridos assinalaram como falsa.

Tabela 5 - Distribuição de respostas dadas pelos alunos inquiridos acerca da prevenção da depressão.

Afirmações	Verdadeiro		Falso	
	n	%	n	%
17.A depressão não pode ser prevenida.	7	17,5%	33	82,5%
18. Para prevenir a depressão é importante saber identificar os sinais e os sintomas.	37	92,5%	3	7,5%
19.Podemos utilizar a técnica de imaginação guiada como técnica para a prevenção da depressão.	23	57,5%	17	42,5%
20.Incentivar a prática de exercício físico é uma estratégia utilizada para prevenir a depressão.	34	85%	6	15%
21.A musicoterapia é uma técnica que pode ajudar a prevenir a depressão.	32	80%	8	20%
22.A técnica de treino de Autogénico pode ser utilizada para prevenir a insónia.	30	75%	10	25%
23.Em doentes com sintomas de depressão, as técnicas de relaxamento são importantes.	37	92,5%	3	7,5%
24.A escuta activa associada a actividades de construção de auto-estima, são boas estratégias para prevenir a depressão.	38	95%	2	5%
25.Dizer frases como “anime-se”, “podia ser pior” são importantes numa fase preventiva perante um indivíduo com humor triste.	7	17,5%	33	82,5%
26.Ter uma comunicação boa com a pessoa, realizar ensinamentos sobre a alimentação são intervenções para prevenir a depressão.	24	60%	16	40%

Da análise da tabela 5, verifica-se que 33 (82,5%) dos alunos inquiridos assinalaram falsa afirmação “ A depressão não pode ser prevenida” e 7 (17,5%) dos alunos inquiridos assinalaram como verdadeira. Em relação à afirmação “Para prevenir a depressão é importante saber identificar os sinais e os sintomas”, 37 (92,5%) dos inquiridos assinalaram a afirmação como verdadeira e 3 (7,5%) dos inquiridos assinalaram a afirmação como falsa. Trinta e quatro (85%) dos inquiridos assinalaram como verdadeira a afirmação “Incentivar a prática de exercício físico é uma estratégia utilizada para prevenir a depressão”, e 6 (15%) dos alunos questionados assinalam como falsa. Trinta e três (82,5%) dos alunos inquiridos assinalaram falsa a afirmação “Dizer frases como “anime-se”, “podia ser pior” são importantes numa fase preventiva perante um indivíduo com humor triste”, e 7 (17,5%) dos alunos questionados assinalaram falsa.

Verifica-se também, que 16 (40%) alunos assinalaram falsa a afirmação “Ter uma comunicação boa com a pessoa, realizar ensinamentos sobre a alimentação são intervenções para prevenir a depressão”, e 24 (60%) assinalaram como verdadeira.

Tabela 6 - Distribuição de respostas dadas pelos alunos inquiridos acerca da prevenção

Afirmações	Verdadeiro		Falso	
	n	%	n	%
27. A prevenção pode ser dividida em: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária.	32	80%	8	20%
28. A prevenção primária refere-se ao diagnóstico precoce e respectivo tratamento diminuindo assim a duração da doença.	23	57,5%	17	42,5%
29. A escuta activa dos problemas do indivíduo pode ser uma medida de prevenção primária.	31	77,5%	9	22,5%
30. O apoio a um idoso solitário e invisível que perdeu o cônjuge é uma medida de prevenção primária.	26	65%	14	35%
31. A prevenção secundária tem por objectivo diminuir a prevalência das perturbações mentais.	25	62,5%	15	37,5%
32. A detecção de sintomas como tristeza e transtornos de sono, e a execução de escuta activa e o ensino de técnicas de relaxamento são medidas de prevenção secundária.	27	67,5%	13	32,5%
33. Um exemplo de prevenção secundária é: incentivar um desempregado com sintomas depressivos a falar dos seus problemas.	24	60%	16	40%
34. A prevenção terciária refere-se a medidas que impedem as incapacidades físicas e mentais causadas por uma doença que não pode ser completamente tratada.	29	72,5%	11	27,5%
35. O ensino de medidas de relaxamento a população em geral é uma medida de prevenção terciária.	17	42,5%	23	57,5%
36. Dar apoio a grupos de risco (ex: desempregados, pessoas que perdem alguém e reformados) constitui uma medida preventiva da depressão.	36	90%	4	10%

Da análise da tabela 6, verifica-se que 32 (80%) dos inquiridos assinalaram como verdadeira a afirmação “A prevenção pode ser dividida em: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária” e 8 (20%) alunos inquiridos assinalaram como falsa. Em

relação à afirmação “A prevenção primária refere-se ao diagnóstico precoce e respectivo tratamento diminuindo assim a duração da doença”, 23 (57,5%) dos alunos questionados assinalaram como verdadeira e 17 (42,5%) dos alunos assinalaram como falsa. Trinta e um (77,5%) dos alunos inquiridos assinalaram como verdadeira a afirmação “A escuta activa dos problemas do indivíduo pode ser uma medida de prevenção primária”, e apenas 9 (17,5%) alunos inquiridos assinalaram como falsa. Em relação à afirmação “ A prevenção secundária tem por objectivo diminuir a prevalência das perturbações mentais”, 25 (62,5%) dos alunos inquiridos assinalaram como verdadeira e 15 (37,5%) dos alunos assinalaram como falsa. Vinte e nove (72,5%) dos inquiridos assinalaram verdadeira a afirmação “A prevenção terciária refere-se a medidas que impedem as incapacidades físicas e mentais causadas por uma doença que não pode ser completamente tratada” e 11 (27,5%) assinalaram como falsa. Pode-se também verificar que 36 (90%) dos inquiridos assinalou a afirmação “Dar apoio a grupos de risco (ex: desempregados, pessoas que perdem alguém e reformados) constitui uma medida preventiva da depressão” e 4 (10%) dos inquiridos assinalaram com falsa.

IV – Discussão dos Resultados

Depois da apresentação dos resultados da análise dos dados, surge a necessidade de interpretar toda a informação obtida, razão pela qual é apresentada uma discussão dos resultados, confrontando os dados deste estudo com a opinião dos autores, e determinando as implicações dos resultados para a prática dos cuidados de Enfermagem. Segundo Fortin (2003, p. 343):

A apresentação bruta dos resultados não tem sentido senão incluída numa discussão na qual o investigador lhes dá significação. (...) O investigador discute os principais resultados da investigação em função do problema de investigação, das questões ou hipóteses, estabelece comparações entre resultados deste estudo e dos de outros trabalhos de investigação ligados ao quadro de referência (...).

Assim atendendo às questões de investigação a presente discussão dos resultados obedeceu à mesma ordem encontrada à das questões de investigação.

Relativamente à primeira questão deste estudo “Qual é a informação que os alunos da licenciatura de enfermagem da FCS/ESS- UFP do 4º ano possuem sobre o conceito de depressão?”, sendo que as questões que vão responder são a 1, 2, 3,5 e 6 do grupo II do questionário que se encontra em anexo.

Em relação à primeira questão do questionário “ A depressão é uma emoção com características específicas” e isto vai de encontro a definição de depressão da CIPE (2005, p.58):

Emoção com as características específicas: estado no qual a disposição está reprimida, causando tristeza, melancolia, astenia, deterioração da compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa, e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça.

65 % dos alunos inquiridos foi capaz de identificar correctamente o conceito de depressão de acordo com a definição apresentada no paragrafo anterior.

A segunda questão do questionário refere que a ansiedade e depressão são sinónimos, sendo que 97,5% dos alunos assinalam como falsa esta afirmação e que isto vai de encontro ao que o Rodrigues (2009) refere:

A ansiedade e a depressão são consideradas por muitos profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários como uma única doença, uma vez que a maioria das pessoas sofre daquilo que parece um quadro misto de ansiedade e depressão. Apenas um pequeno número, se apresenta com ansiedade isolada ou depressão isolada. Contudo ansiedade não é sinónimo de depressão.

Na terceira questão do questionário refere-se que “A depressão é uma alteração de humor”. 75% dos alunos inquiridos assinalaram esta afirmação como verdadeira. Isto vai ao encontro do que o Marques *et alii* (2004, p.52), referem “A depressão é uma perturbação de humor, com os indivíduos a sentirem alterações extremas de humor (emoções) e afecto (...).”

Também Kaplan e Sadock (1990, p.493), referem que: “A depressão tem sido registada desde a antiguidade, e descrições do que, agora, chamamos de transtornos de humor podem ser encontradas em muitos textos antigos.”

A quinta questão do questionário refere: “A tristeza que dura um longo período, pode tornar-se numa depressão”. Quase todos os alunos (95%) assinalaram-na como verdadeira e de acordo com Neeb (1997, p. 199) “A tristeza torna-se depressão quando dura um longo período (geralmente dois anos ou mais) ou quando começa a interferir no funcionamento normal do dia-a-dia.”

Por fim também na sexta questão do questionário 95% dos alunos inquiridos assinalaram como verdadeira a afirmação “As perturbações depressivas são ameaças comuns a saúde mental” e isto vai de encontro ao que o autor Neeb (1997) refere: “Em todos os grupos etários as pessoas desenvolvem perturbações depressivas (...) as perturbações depressivas são ameaças comuns à saúde mental na população norte – americana”.

A segunda questão de investigação é : Qual a informação que os alunos da licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UFP 4ºano possuem sobre os sinais/sintomas da depressão? Sendo que as questões que vão responder são a 9, 10, 11 e 14 do grupo I do questionário que se encontra em anexo.

A questão 9 do questionário refere que “um dos sintomas de depressão pode ser a melancolia”, a qual 92,5% dos alunos inquiridos assinalou como verdadeira, a questão 10 do questionário refere que “A perda de apetite e insónia são sinais e sintomas da depressão” e quase todos os indivíduos inquiridos (95%) assinalaram como verdadeira esta afirmação, a questão 11 refere-se que “Quando um indivíduo tem mais vontade de fazer exercício físico é porque está deprimido, sendo que 97% dos alunos inquiridos assinalaram como falsa e por fim na questão 16 refere-se que “A astenia, tristeza e melancolia são sinais e sintomas da depressão”, sendo que 87,5% dos inquiridos assinalaram esta questão como verdadeira.

As respostas assinaladas nas questões referenciadas anteriormente estão de acordo com a definição de depressão da CIPE (2005, p.58):

emoção com as características específicas: estado no qual a disposição está reprimida, causando tristeza, melancolia, astenia, deterioração da compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa, e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça.

Algumas delas vão também de encontro ao que Neeb (1997, p.202) refere: Alguns dos sintomas gerais que frequentemente ocorrem, são o humor triste; perda de prazer em coisas habitualmente agradáveis; perturbações do padrão de sono; aumento do cansaço; diminuição da actividade normal (...).

Também estas respostas dadas pelos alunos estão de acordo com as características de um episódio depressivo definidas pelo DSM-IV-TR (2002), tais como perda de interesse ou prazer, apetite habitualmente diminuído, insónias, fadiga, diminuição de energia, desvalorização pessoal, culpa, tristeza, deficiências na capacidade de pensar, pensamentos a cerca da morte, ideação suicida entre outros.

A terceira questão deste estudo é “Qual a informação que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UEP do 4º ano possuem sobre a prevenção da depressão?”, sendo que as questões que vão responder são a 17, 20, 27, 28, 31, 34, 36 do grupo II do questionário que se encontra em anexo.

A questão 27 refere “A prevenção pode ser dividida em: prevenção primária, prevenção secundária e prevenção terciária” sendo que 80% dos inquiridos assinalou-a como verdadeira, e isto está de acordo com Bolander (1998, p.38) que entende por prevenção não só evitar o aparecimento da doença, mas também quando esta ocorrer conseguir a sua cura, mas no caso de esta for impossível, retardar ao máximo a sua progressão, pelo que se distingue três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

Em relação à afirmação “A prevenção primária refere-se ao diagnóstico precoce e respectivo tratamento diminuindo assim a duração da doença”, 57,5% dos alunos questionados assinalaram como verdadeira e isto vai de encontro ao que Bolander (1998, p.38), refere:

A prevenção primária diz respeito a estratégias usadas em pessoas que são consideradas como livres de doença. A principal finalidade da prevenção primária é prevenir a doença. As estratégias usadas para atingir esta finalidade, tanto para indivíduos como para grupos incluem medidas tais como o aconselhamento visando a prevenção dos efeitos perniciosos do stress, ensino de como melhorar as medidas sanitárias da comunidade e de como prevenir a disseminação da doença bem como a imunização contra infecções.

Em relação à afirmação “ A prevenção secundária tem por objectivo diminuir a prevalência das perturbações mentais”, 62,5% dos alunos inquiridos assinalaram como verdadeira de acordo com o que o autor defende.

A trigésima primeira questão refere que: “A prevenção terciária refere-se a medidas que impedem as incapacidades físicas e mentais causadas por uma doença que não pode ser completamente tratada”, sendo que (72,5%) dos inquiridos assinalaram verdadeira a afirmação que esta de acordo com Jenkins *et alii.* (1996 p.12):

A prevenção terciária refere-se a medidas que limitam as incapacidades físicas e mentais causadas por uma doença que não pode ser completamente tratável. Por exemplo a existência de serviços de reabilitação adequados na comunidade ajuda a evitar deterioração na esquizofrenia ou na deficiência mental.

Pode-se também verificar que 90% dos inquiridos assinalou a afirmação “Dar apoio a grupos de risco (ex: desempregados, pessoas que perdem alguém e reformados) constitui uma medida

preventiva da depressão” estando de acordo como que o que o autor Bolander (1998, p.38) define:

A prevenção terciária diz respeito a estratégias usadas para restaurar o indivíduo física ou emocionalmente limitado, conduzindo-o ao mais alto nível de saúde física e mental que lhe é possível. A reabilitação é uma parte integrante dos cuidados terciários. Os três principais objectivos da reabilitação são: (1) proteger o indivíduo de posteriores limitações, (2) fortalecer e dar suporte ao indivíduo quanto ao uso das capacidades que lhe restam, e (3) assistir o indivíduo na sua adaptação física, psicológica e social às limitações permanentes.

Por fim a quarta e última questão de investigação é “Que intervenções de enfermagem para a prevenção da depressão é que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UEP do 4º ano conhecem?”, sendo que as questões que vão responder são a 20, 25 e 26 do grupo II do questionário que se encontra em anexo.

A vigésima questão refere “ Incentivar a prática de exercício físico é uma estratégia utilizada para prevenir a depressão” sendo que 85% dos alunos inquiridos assinalaram como verdadeira e isto vai de encontro ao que o Ministério da Saúde refere: A prática de actividade física e o desporto beneficia física, social e mentalmente, toda a população, homens ou mulheres de todas as idades incluindo pessoas com incapacidades.

A questão número vinte e cinco refere: “Dizer frases como “anime-se”, “podia ser pior” são importantes numa fase preventiva perante um indivíduo com humor triste.” Sendo que 82% assinalaram-na como falsa e isto vai de encontro ao que Neeb (1997, p.206) refere:

Esta não é uma altura para uma falsa confiança. Não use frases como «anime-se» ou «podia ser pior». As pessoas que estão deprimidas necessitam de um apoio mais concreto. Fazer uma observação do género «eu gosto de o ver com aquela roupa azul. É nova?» pode ajudar mais a pessoa a reforçar a sua auto-estima do que um «anime-se!».

Por fim a vigésima sexta questão refere: “Ter uma comunicação boa com a pessoa, realizar ensinamentos sobre a alimentação são intervenções para prevenir a depressão”, sendo que 60% dos alunos assinalou questão como sendo verdadeira. Estes dados estão de

acordo com Jenkins *et alii.*, (1996), são medidas gerais de prevenção escutar o doente, incentivar o doente a falar sobre os seus problemas, estabelecer uma boa comunicação com o doente, incentivar o doente a realizar actividades predilectas, incentivar o doente a fazer exercício físico e mostrar uma grande disponibilidade para o doente.

V- Conclusão

Após a realização deste estudo de investigação é importante reflectir sobre alguns assuntos. Ao longo deste trabalho foi-se demonstrando a pertinência deste tema. A depressão é uma doença actual que afecta grande parte da população e torna-se importante tomar medidas para prevenir e controlar o avanço desta doença. O enfermeiro tem um papel crucial na promoção da saúde e prevenção da doença. Através de intervenções de enfermagem pode-se prevenir a depressão ou diminuir o avanço da doença.

A prevenção da doença pode ser Primária, Secundária e Terciária. A prevenção primária diz respeito a estratégias usadas em pessoas que ainda não tem doença. A prevenção secundária diz respeito a estratégias usadas em pessoas nas quais esta presente a doença. A prevenção terciária diz respeito a estratégias usadas para reabilitar o indivíduo.

Os enfermeiros devem usar os conhecimentos para cuidar das pessoas não só numa perspectiva física mas também mental e social. Os cuidados enfermagem visam promover os projectos de saúde das pessoas, prevenir as doenças e promover processos de reabilitação.

As questões de investigação neste estudo foram:

- Qual é a informação que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UFPA do 4º ano possuem sobre o conceito de depressão?
- Qual a informação que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UFPA do 4º ano possuem sobre os sinais/sintomas da depressão?
- Qual a informação que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UFPA do 4º ano possuem sobre a prevenção da depressão?
- Que intervenções de enfermagem para a prevenção da depressão é que os alunos da Licenciatura de enfermagem da FCS/ESS-UFPA do 4º ano conhecem?

Neste estudo pode então concluir-se que a maioria dos alunos da licenciatura de enfermagem do 4º ano da FCS/ESS-UPF identificaram correctamente a definição de depressão, identificaram correctamente os sinais e sintomas de depressão, identificaram correctamente os conceitos sobre a prevenção da depressão e ainda identificaram correctamente intervenções possíveis para a prevenção da depressão. Em relação à investigação em Enfermagem foi possível explorar e melhorar os conhecimentos, sendo que percebeu-se o quanto a investigação é importante para a evolução da profissão de enfermagem.

O tipo de estudo realizado foi um estudo quantitativo descritivo - exploratório transversal em que a população alvo deste estudo será constituída por alunos da Licenciatura de Enfermagem do 4º ano da Universidade Fernando Pessoa.

A amostra deste estudo foi constituída por 40 alunos da licenciatura de enfermagem do 4º ano da Universidade Fernando Pessoa.

As dificuldades encontradas na realização deste trabalho foram a falta de bibliografia sobre este tema, a falta de experiência de realização deste tipo de trabalhos e a dificuldade em gerir o tempo.

Propostas: Educação para a Saúde na área dos cuidados primários e intervir junto dos grupos de risco (EX: como desempregados, pessoas idosas, pessoas com outras doenças, pessoas que perdem familiares), pensa-se que seria uma mais-valia a realização de umas jornadas com este tema, é sugerido também que haja uma maior incidência nesta matéria ao longo do plano de estudos de enfermagem e também seria importante apostar na formação dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários na área de saúde mental.

Este trabalho foi bastante gratificante pois apesar das dificuldades encontradas aprendi bastante sobre este tema que cada vez mais se torna pertinente e actual. Também me permitiu reflectir bastante sobre a saúde mental e a importância da enfermagem de saúde mental.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnostico e Estatística das Perturbações Mentais Texto Revista*. 4ª Edição. Lisboa, Climepsi Editores, pp. 324-348

Bolander, V (1998). *Enfermagem Fundamental Abordagem Psicofisiológica*. 1ª Edição. Lisboa, Lusodidacta, pp.37-44

Conselho de Enfermagem. (2004). *DIVULGAR: Competências dos enfermeiros dos cuidados gerais*. Ordem dos Enfermeiros, pp. 4-8

Costa, N. e Maltez, J. (2002). *Manual de Psiquiatria Clínica*. 2ª Edição. (560-561). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Costa, J. e Melo, A. (2006). *Dicionário da Língua Portuguesa*, 6º Edição, Porto. Porto Editora

Council of Nurses (2005). *CIPE*, Versão 1.0, Lisboa Ordem dos Enfermeiros

Direcção Geral da Saúde.(2004). Plano nacional de saúde 2004/2010 [Em Linha]. Disponível em http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_227.html. [consultado em 23/01/09]

Direcção Geral de Saúde. (2007). *Benefícios da actividade física*. [Em Linha] <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/actividade+física/benefícios+actividade.htm>>. [Consultado em 25/05/09]

Direcção Geral de Saúde. (2008). *Depressão* [Em linha]. Disponível em <<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental.htm>>. [Consultado em 21/01/09]

Fortin, M (2003). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures, Lusociência

Grinberg, L. (2000). *Culpa e depressão*. Coimbra, Climepsi Editores.

Hossne, W., Vieira, S. (2001). *Metodologia Científica para a Área de Saúde*, 8ª Edição, Rio de Janeiro, Editora Campus.

Jenkins, R., Newton, J., Young, R.(1996). *A Prevenção da Depressão e Ansiedade – O Papel da Equipa de Cuidados de Saúde Primários*. Climepsi Editores, Lisboa

Kaplan, H., Sadock, B. (1990) *Compêndio de psiquiatria*. 2ª Edição, Porto Alegre, Artes Médicas.

Kaplan, H., Sadock, B. (2008) *Manual Conciso de Psiquiatria Clínica*. 2ª Edição, Porto Alegre, Artemed.

Lancaster, J. e Stanhope, M.(1999). *Enfermagem Comunitária - Promoção da Saúde em Grupos, Famílias e Indivíduos*. Lisboa, Lusociência.

Neeb, K. (1997). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*, Loures, Lusociência

Marques, H., Bento, M. e Botelho, S. (2004). Cuidar na depressão – Caso Clínico. *Nursing*, (53/ Março), pp.51-6

Organização Mundial de Saúde (1948). Constituição da Organização Mundial de Saúde. [Em Linha]. Disponível em: <http://www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/OMS/OMS.htm>. [Consultado em 15/06/09]

Organização Mundial da Saúde (2007). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª Revisão*. CID-10, EDUSP, São Paulo.

Rodrigues, C. (2009). Ansiedade e Depressão. [Em Linha]. Disponível em <<http://psicologaclinica.blogs.sapo.pt>>. [Consultado em 15/06/09]

Santos, T.; Duarte, M. et Subtil, C.(2004). A declaração de Bolonha e a formação na área da enfermagem. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ordemenfermeiros.pt>> [consultado em 06/04/08]

Vieira, M. (2003) – As nossas histórias: 1. Da Pessoa e da sua totalidade...2.Da Pessoa e da sua autonomia... In Ordem dos Enfermeiros nº9

Anexo I - Questionário