

Gorete Eugénia da Costa Nogueira

Variáveis clínicas e sociodemográficas em adultos com e sem perturbações
emocionais: um olhar sobre os clientes de uma Clínica Pedagógica de
Psicologia.

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2017

Gorete Eugénia da Costa Nogueira

Variáveis clínicas e sociodemográficas em adultos com e sem perturbações
emocionais: um olhar sobre os clientes de uma Clínica Pedagógica de
Psicologia.

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2017

Gorete Eugénia da Costa Nogueira

Variáveis clínicas e sociodemográficas em adultos com e sem perturbações emocionais: um olhar sobre os clientes de uma Clínica Pedagógica de Psicologia.

Gorete Eugénia da Costa Nogueira

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção de grau de Mestre em Psicologia, com especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, sob a orientação da Prof^a Doutora Carla Fonte.

DECLARAÇÃO

Nome: Gorete Eugénia da Costa Nogueira

Endereço eletrónico: 27268@ufp.edu.pt Telefone: 963790578

Título da dissertação: Variáveis clínicas e sociodemográficas em adultos com e sem perturbações emocionais: um olhar sobre os clientes de uma Clínica Pedagógica de Psicologia.

Orientadora:

Professora Doutora: Carla Fonte

Ano de conclusão: 2017

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TESE/TRABALHO.

Universidade Fernando Pessoa , ____/____/____

Assinatura:

AGRADECIMENTOS

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”. Antoine de Saint- Exupéry.

Durante este último ano em que fiz esta pesquisa descrevo como uma árdua jornada de desafio, construção e amadurecimento. Mas, nenhum empreendimento é realizado de forma fácil e sem esforço.

Portanto, e porque a vida é daqueles que se atrevem a viver, sem medo de cada obstáculo que possa surgir, sem receio de olhar para trás, sem desistir de alcançar os sonhos e acima de tudo à conquista de todos os objetivos, hoje agradeço por mais uma etapa vencida. Sei que ainda é só o começo, mas é de pequenos começos que se conquistam grandes vitórias.

Acredito, que vencer não é acertar constantemente em todas as batalhas, pois o maior vencedor é encontrado na intensa convicção de enfrentar em vez de desistir das dificuldades. E eu, não desisti, mesmo que ao longo desta etapa, foram surgindo uma mistura de sentimentos, um turbilhão de emoções sentidas à flor da pele difíceis de gerir, mas sempre com o desejo de vencer.

Afirmo, vivi emocionalmente, e por isso hoje agradeço.

Primeiramente agradeço às pessoas de quem tanto me orgulho e fizeram de mim a pessoa que sou hoje, os meus pais. Sem eles, sem ajuda e o apoio incondicional deles era impossível conquistar e tornar realidade este sonho de concluir com sucesso esta etapa.

À Professora Doutora Carla Fonte, minha orientadora de dissertação de mestrado, que incansavelmente me apoio e ajudou permitindo assim esta minha investigação. Ao longo desta etapa, estive sempre disponível com um apoio contínuo, com críticas construtivas e focada no objetivo do trabalho de investigação. Obrigada por todo o empenho e dedicação que me fez acompanhar ao longo desta etapa.

À Professora Doutora Sónia Pimentel Alves (Coordenadora Clínica da CPP|UFP), por todo o apoio e disponibilidade. Por ceder o espaço da clínica para uma melhor investigação.

À Dona Fernanda, secretária da CPP|UFP, pelo espaço de abertura a sentimentos, pelos diálogos afetivos e de suporte nos momentos de maior aflição, onde as suas palavras sábias proporcionavam-me uma motivação para continuar.

Aos meus amigos, um por um, não há nada como vos ter, como ter sempre alguém que nos apoio e motive para continuar esta jornada.

Ao meu núcleo familiar, a minha base estrutural, sem eles não era possível realizar mais uma etapa na minha vida.

Por fim, agradeço a Deus!

Um obrigado sentido, a todos!

RESUMO

Cada vez mais se vai verificando que a população a nível global sofre de perturbações mentais, aumentando nos últimos anos a incidência das perturbações de ansiedade e depressão. São cerca de 450 milhões de pessoas a nível global que sofrem de doenças mentais, segundo a Organização Mundial de Saúde (2002).

O conceito de doenças mentais, ainda não apresenta uma definição específica, no entanto a literatura evidencia que interfere claramente com o funcionamento cognitivo, emocional e social do indivíduo (OMS, 2002).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), uma em cada quatro pessoas será afetada por uma perturbação mental em certa etapa da vida. Assim sendo, é possível verificar que as variáveis clínicas e sociodemográficas dos indivíduos podem ser fatores de risco para o desenvolvimento das perturbações emocionais (Direção Geral da Saúde, 2002).

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo geral caracterizar e analisar as variáveis clínicas e sociodemográficas em adultos com e sem perturbações emocionais. A amostra do estudo em questão é composta por 68 indivíduos, dos quais 66,18% do sexo feminino ($n = 45$), e 33,8% do sexo masculino ($n = 23$). Estes indivíduos têm idades compreendidas entre os 18 e 86 anos ($M = 40,25$ e um $DP = 15,15$).

Para a execução desta investigação, procedeu-se à recolha documental dos processos da Unidade de Consulta Psicológica de Adultos e Unidade de Psicologia Forense dos anos de 2015 a 2017 na Clínica Pedagógica de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa. Nesta recolha foram analisadas as variáveis clínicas, obtidas pelos dados da entrevista clínica e pelos resultados do BSI – *Brief Symptom Inventory* (Canavarro, 2007) e sociodemográficas, dos indivíduos da amostra que tiveram acompanhamento psicológico neste serviço.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, os resultados indicam que são as mulheres com uma média de idade de 40 anos; os indivíduos que vivem em zonas sub-urbanas; os casados/união de facto e os indivíduos que estão empregados que apresentam a maior percentagem de perturbações emocionais. No que diz respeito às variáveis clínicas, verificou-se que a amostra em questão apresentou valores indicativos de perturbação emocional. Além disso, constata-se que o grupo de indivíduos que tem perturbação emocional em comparação com os grupos que não têm apresenta valores mais elevados nas dimensões obsessões/compulsões e depressão. Estes dados permitem compreender melhor as variáveis

sociodemográficas e clínicas associadas à ansiedade e depressão, dando indicadores relevantes para a organização dos serviços clínicos, mas também para a intervenção psicológica.

Palavras-Chave: Depressão, ansiedade, variáveis clínicas, variáveis sociodemográficas, adultos.

ABSTRACT

Increasingly, the global population is suffering from mental disorders, increasing in recent years the incidence of anxiety disorders and depression. There are about 450 million people worldwide suffering from mental illness, according to the World Health Organization (2002).

The concept of mental illness does not yet have a specific definition, however the literature evidences that it clearly interferes with the cognitive, emotional and social functioning of the individual (WHO, 2002).

According to the World Health Organization (2002), one in four people will be affected by a mental disorder at a certain stage of life. Thus, it is possible to verify that the clinical and sociodemographic variables of individuals may be risk factors for the development of emotional disorders (General Health Direction, 2002).

In this sense, the present study aims to characterize and analyze clinical and sociodemographic variables in adults with and without emotional disorders. The sample of the study in question is composed of 68 individuals, of whom 66.18% were female ($n = 45$) and 33.8% were male ($n = 23$). These individuals are aged between 18 and 86 years ($M = 40.25$ and a $SD = 15.15$).

For the execution of this investigation, we proceeded to the documentary collection of the processes of the Unit of Psychological Consultation of Adults and Unit of Forensic Psychology of the years of 2015 to 2017 in Pedagogical Clinic of Psychology of the Fernando Pessoa University. In this collection, we analyzed the clinical variables obtained by the clinical interview data and the BSI - *Brief Symptom Inventory* (Canavarro, 2007) and sociodemographic results of the individuals in the sample who had psychological counseling in this service.

Regarding the sociodemographic variables, the results indicate that they are women with a mean age of 40 years; individuals living in suburban areas; the married / de facto union and the individuals who are employed who present the highest percentage of emotional disturbances. Regarding the clinical variables, it was verified that the sample in question presented values indicative of emotional disturbance. In addition, it has been found that the group of individuals who has emotional disturbance compared to those who do not have higher values in the obsessions / compulsions and depression dimensions. These data allow a better understanding of sociodemographic and clinical variables associated with anxiety and

depression, giving relevant indicators for the organization of clinical services, but also for psychological intervention.

KEYWORDS: Depression, anxiety, clinical variables, sociodemographic variables, adults.

ÍNDICE

Agradecimentos.....	vii
Resumo	ix
Abstract.....	xi
Índice	xiii
Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas.....	xvii
Lista de Gráficos	xviii
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos.....	xix
Introdução	21
Parte I- Enquadramento teórico	23
Capítulo I – As perturbações emocionais: caracterização.....	23
1. A depressão: nosologia, classificação e epidemiologia.....	23
2. A ansiedade: nosologia, classificação e epidemiologia.....	32
3. Relações entre ansiedade e depressão.....	38
Capítulo II – Fatores clínicos e sociodemográficos associados às perturbações emocionais	42
1. Variáveis clínicas e sociodemográficas na depressão	43
2. Variáveis Clínicas e sociodemográficas na ansiedade	47
Parte II – Estudo Empírico.....	50
1. Objetivos do estudo empírico.....	50
2. Método.....	50
2.1. Participantes	51
2.2. Instrumentos de recolha de dados.....	52
2.3. Procedimento.....	52
3. Resultados.....	53
3.1. Apresentação dos resultados	53
3.1.1. Caraterização de um ponto de vista clínico e sociodemográfico dos clientes adultos que recorreram ao serviço de consulta psicológica de uma clínica pedagógica de psicologia entre 2015 e 2017.	53

3.1.2. Análise das diferenças entre os clientes que tem perturbação emocional com os que não têm, no que diz respeito a variáveis sociodemográficas.....	61
3.1.3. Análise das diferenças entre os clientes que tem perturbação emocional com os que não têm no que diz respeito às variáveis clínicas.	64
3.2. Discussão dos resultados.....	68
Conclusão.....	74
Bibliografia	77
Anexo I – Pedido de autorização À comissão de ética.....	82
Anexo II – solicitação da autorização para análise documental	84

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - <i>Critérios de Diagnóstico para Perturbação Depressiva Major (American Psychiatric Association, 2014)</i>	29
Figura 2 - <i>Critérios de Diagnóstico para Perturbação Depressiva Persistente (Distimica) (American Psychiatric Association, 2014)</i>	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - <i>Caracterização sociodemográfica da amostra no que diz respeito ao estado civil, agregado familiar, número de filhos, escolaridade, profissão e zona de residência (N=68).</i>	54
Tabela 2 – <i>Caracterização da amostra de acordo com as variáveis clínicas toma de psicofármacos (N= 68), problemas de saúde (N = 68) e ocorrência de maus tratos (N=67).</i>	57
Tabela 3 - <i>Caracterização das variáveis clínicas dos indivíduos no que diz respeito ao diagnóstico (N=68).</i>	58
Tabela 4 - <i>Caracterização da amostra de acordo com as variáveis clínicas avaliadas através do BSI.....</i>	60
Tabela 5 – <i>Análise das diferenças entre os indivíduos que tem perturbação emocional com os que não tem no que diz respeito às variáveis estado civil e profissão.</i>	63
Tabela 6 - <i>Análise dos valores do teste Kruskal-Wallis, graus de liberdade, média e nível de significância das variáveis e itens que constituem o BSI.</i>	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - <i>Análise da percentagem dos indivíduos do sexo feminino e masculino.</i>	51
Gráfico 2 – <i>Distribuição da amostra em termos do acompanhamento psicológico prévio, acompanhamento psiquiátrico prévio e atual.</i>	56
Gráfico 3 - <i>Distribuição da amostra em termos do consumo de tabaco, álcool e drogas com os que não consumiram.</i>	57
Gráfico 4 – <i>Distribuição da amostra pelo número de sessões categorizadas.</i>	59
Gráfico 5 – <i>Distribuição da amostra de acordo com o estado de acompanhamento.</i>	59
Gráfico 6 - <i>Análise das diferenças em função do sexo de acordo com o tipo de diagnóstico (perturbações emocionais, sem diagnóstico e outros).</i>	61
Gráfico 7 - <i>Distribuição da amostra quanto à zona de residência em função da perturbação emocional.</i>	62
Gráfico 8 - <i>Distribuição da amostra quanto ao estado do acompanhamento em função da perturbação emocional.</i>	64
Gráfico 9 – <i>Análise das diferenças em função do número de sessões de acordo com os tipos de diagnóstico (perturbações emocionais, sem diagnóstico e outros)</i>	65
Gráfico 10 – <i>Análise das diferenças em função do tempo total de tratamento em meses de acordo com os tipos de diagnóstico (perturbações emocionais, sem diagnóstico e outros)</i> ...66	

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

BSI- *Brief Symptom Inventory*

CPP – Clínica Pedagógica de Psicologia

DGS – Direção Geral de Saúde

DSM – Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais

EENSM – Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental

IGS – Índice Geral de Sintomas

ISP – Índice de Sintoma Positivos

OMS – Organização Mundial de Saúde

TSP – Total de Sintomas Positivos

UFP – Universidade Fernando Pessoa

INTRODUÇÃO

As doenças mentais constituem um importante tema na atualidade, exigindo cada vez mais atenção, respostas precoces e de intervenção por parte dos serviços de saúde (Apóstolo, Mendes, Antunes, Rodrigues, Figueiredo, & Lopes 2011).

Segundo a Organização Mundial de Saúde cada vez mais as pessoas a nível global sofrem de doenças mentais (OMS, 2002). A atenção para este tema está a crescer, uma vez que é explicado como uma condição clinicamente significativa, que interfere claramente com o funcionamento cognitivo, emocional e social do indivíduo, mas também a sociedade como um todo (OMS, 2002; Department of Mental Health, 2003).

Neste sentido, as doenças mentais mais comuns referem-se a duas categorias principais: depressão e ansiedade. Estas perturbações são altamente prevalentes na população e o seu impacto é cada vez maior no dia-a-dia do indivíduo, levando a consideráveis perdas de saúde e do seu funcionamento evidenciando-se assim, a importância do tema em questão.

A literatura científica tem vindo a retratar vários fatores clínicos e sociodemográficos que são de algum modo associados à depressão e à ansiedade (Carvalho, 2017).

Abordar os conceitos de ansiedade e depressão envolve necessariamente a referência aos fatores de risco para o desenvolvimento dos mesmos, pois é importante referir que qualquer alteração a nível psicológico, clínico ou das variáveis sociodemográficas afetam o indivíduo no seu todo.

A nossa opção pelo estudo prende-se pelo facto das perturbações emocionais serem cada vez mais reconhecidas como uma doença de saúde pública e que se destaca como sendo um importante problema que tem de ter o devido reconhecimento, uma vez que o seu impacto a nível global é cada vez maior (Freitas Teixeira, 2013). O presente trabalho, analisa as variáveis clínicas e sociodemográficas, destacando quais são as que têm um elevado risco para o desenvolvimento das perturbações emocionais, contudo, é importante referir que nenhum indivíduo está imune às perturbações mentais (Özgül Niksarlioglu et al., 2016; World Health Organization, 2005).

Assim sendo, as variáveis clínicas e sociodemográficas são algumas das que, à partida, condicionam o risco de depressão e ansiedade na idade adulta. Contudo, torna-se importante referir que os fatores psicológicos do indivíduo estão também relacionados com o desenvolvimento de perturbações mentais (Direção Geral da Saúde, 2002).

Assim, investigações que contribuam para a sensibilização e compreensão dos fatores clínicos e sociodemográficos que levam à depressão e ansiedade são importantes para compreender a vulnerabilidade a estas perturbações emocionais. Este facto pode facilitar a promoção da saúde mental e a qualidade de vida. Apesar da intervenção não ser o objetivo no presente trabalho, acreditamos que esta investigação possa abrir trilhos importantes nesse sentido.

Este trabalho de investigação, estruturado em duas partes principais (enquadramento teórico e estudo empírico) pretende, após uma revisão da literatura sobre as perturbações emocionais e a relação entre ambas, aumentar a compreensão de quais as variáveis clínicas e sociodemográficas que contribuem para o desenvolvimento da depressão e ansiedade no adulto. Neste sentido, na primeira parte desta dissertação, é apresentada uma revisão de literatura aprofundada da nosologia, classificação e epidemiologia das perturbações de ansiedade e depressão, efetuando-se ainda uma revisão de literatura sobre a comorbilidade entre ambas (capítulo I). Após esta caracterização segue-se uma revisão de literatura dos fatores clínicos e sociodemográficos associados às perturbações emocionais (capítulo II). Na segunda parte deste trabalho de investigação é apresentado um estudo de uma amostra de 68 indivíduos que passa por caracterizar e analisar as variáveis clínicas e sociodemográficas em adultos com e sem perturbações emocionais que receberam consulta psicológica na Clínica Pedagógica de Psicologia Na parte final, são apresentadas as conclusões, limitações e implicações deste trabalho para futuras investigações.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I – As perturbações emocionais: caracterização.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), cerca de 450 milhões de pessoas a nível global sofrem de doenças mentais. A literatura ainda não apresenta atualmente uma definição única para doença mental, no entanto, este conceito é explicado como uma condição clinicamente significativa, que interfere claramente com o funcionamento cognitivo, emocional e social do indivíduo (OMS, 2002). Assim, é fundamental continuar a estudar e compreender as doenças mentais, que segundo a literatura cada vez mais se destacam com elevada incidência na população, nomeadamente as perturbações de ansiedade e depressão.

Ainda de acordo com dados relatados pela Organização Mundial de Saúde (2002), rara é a família que não tem algum tipo de contacto com perturbações mentais. Isto porque, segundo o referido organismo internacional uma em cada quatro pessoas será afetada por uma perturbação mental em certa etapa da vida. Estas perturbações afetam homens, mulheres, crianças, assim como familiares e amigos de indivíduos com algum tipo de doença mental, entre outros (American Psychiatric Association, 2014; Organização Mundial de Saúde - OMS, 2002).

Neste sentido, este capítulo tem como objetivo efetuar uma revisão de literatura aprofundada da nosologia, classificação e epidemiologia das perturbações de ansiedade e depressão. Como estas perturbações estão interligadas, é realizada também uma revisão de literatura sobre a comorbilidade entre ambas.

1. A depressão: nosologia, classificação e epidemiologia.

Cada vez mais são realizados estudos envolvendo o facto de que a qualidade de vida deve ser reconhecida e que constitui um tema importante para a promoção de bem-estar físico, social e mental (Carneiro, Falcone, Clark, & Prette, 2007). Neste sentido, estima-se que a presença de sintomas depressivos afeta todas as dimensões da qualidade de vida, e o seu impacto é por vezes maior que outras doenças crónicas (Carneiro et al., 2007).

Segundo os dados publicados pela Direção Geral de Saúde em 2013, Portugal é um dos países europeus com maior prevalência de doenças mentais. Assim, a DGS destaca as perturbações depressivas, com uma percentagem de 7.9% (Pinto, Martins, Pinheiro, & Oliveira, 2015).

A depressão é designada como um distúrbio afetivo que acompanha a humanidade ao longo da sua história (Oliveira, Carneiro, Ferreira Filha, Lazarte, & Vianna, 2010). O termo

depressão foi inicialmente usado por Hipócrates, em que este nos diz que este conceito teve origem na melancolia. Segundo Hipócrates, o estado melancólico era atribuído ao excesso/alteração da bÍlis negra, isto é, de humores básicos, tendo particular incidência na primavera e no outono (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Os transtornos depressivos estão cada vez mais presentes no dia-a-dia do sujeito e estão agregados a um alto grau de prejuÍzos em diversas áreas da vida do mesmo, causando uma influência negativa na percepção da qualidade de vida (Carneiro et al., 2007).

Esta perturbação é um quadro clínico de elevada prevalência na população geral e está muitas vezes associada ao comprometimento do funcionamento físico e social implicando o recurso constante aos cuidados de saúde primários (Gameiro et al., 2008). A depressão manifesta um elevado impacto na vida do paciente e das pessoas que o rodeiam, comprometendo significativamente, algumas áreas de funcionamento, tais como, aspetos sociais e ocupacionais (Powell, Abreu, Oliveira, & Sudak, 2008).

Esta patologia depressiva é reconhecida como uma doença de saúde pública e que se destaca como sendo um importante problema que tem de ter o devido reconhecimento, uma vez que se projeta que em 2020 seja a segunda perturbação com grande impacto no mundo (Freitas Teixeira, 2013).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a depressão é uma perturbação que pode ser entendida e caracterizada por diversos fatores, tais como, baixa autoestima, sentimentos de culpa, perda de interesses, perda de prazer, tristeza, cansaço excessivo, baixa concentração e perturbações de sono ou de apetite (Pinto et al., 2015). Para além destes fatores, ainda são destacadas na depressão as alterações de humor, que são caracterizadas pela tristeza, irritabilidade, apatia, os sentimentos de vazio, alterações psicomotoras e vegetativas (Pinto et al., 2015).

De acordo com Ballone (2002) e Del Porto (1999), o termo depressão surgiu na psiquiatria e esta pode ser entendida como um sintoma, um estado afetivo e designar ainda uma síndrome (Almiro, 2011; Pinto et al., 2015).

Neste sentido, e enquanto estado afetivo, esta perturbação quando em níveis muito elevados de tristeza, constitui um sinal de alerta para o desenvolvimento de estados depressivos (Pinto et al., 2015). Já quando entendida como um sintoma, a depressão pode aparecer como uma manifestação secundária de outras perturbações físicas ou mentais ou pode surgir numa reação transitória, isto é, face a contrariedades vivenciadas pelo sujeito que podem ser caracterizados pelos seus fracassos, desapontamentos e ruturas (Almiro, 2011; Pinto et al., 2015). No entanto, é de referir que um sintoma com tonalidade negativa na depressão e o facto

de esta ser desagradável para o sujeito, são pouco duráveis e desaparecem com facilidade, pois não é significativa ao ponto de afetar o equilíbrio do indivíduo (Almiro, 2011). Relativamente à depressão ser designada como uma síndrome, esta é caracterizada de forma contrária ao sintoma, no sentido de a síndrome depressiva ser caracterizada pela sua persistência na afeição do humor. Aqui os seus sintomas são incapacitantes e duradouros (Almiro, 2011).

Relativamente à composição clínica da depressão, são apresentados quatro conjuntos de sintomas que devem estar presentes no transtorno depressivo, nomeadamente os físicos, os cognitivos, os emocionais e os motivacionais (Aros & Yoshida, 2009; Rezende et al., 2005).

No que concerne aos sintomas físicos, a depressão pode levar à fadiga, alterações do apetite, do sono e da atividade física, pelo que a iniciativa das pessoas para executar determinadas funções diminui (Aros & Yoshida, 2009; Rezende et al., 2005). No que diz respeito aos sintomas emocionais, aqueles que se destacam mais é a tristeza e o abatimento do sujeito, e neste sentido, em casos mais leves, estes sentem-se infelizes, choram constantemente e perdem o prazer para viver o dia-a-dia. Quando falamos em casos mais graves, os sujeitos podem mesmo isolar-se do meio social e cometer mesmo o suicídio. Por fim, os sintomas cognitivos que se destacam na perturbação depressiva, consistem em sentimentos de culpa e em pensamentos pessimistas e na ideia de que os sujeitos são incapazes de realizar atividades no seu dia-a-dia. É importante referir que indivíduos com este diagnóstico, tendem a ter dificuldades de localizar-se espacialmente e temporalmente. A memória e a capacidade de resolução de problemas destes indivíduos fica comprometida pelo que detém um acentuado impacto na vida quotidiana destes sujeitos, e desta forma torna-os desadaptados (Aros & Yoshida, 2009).

O termo depressão pode servir então, para designar uma maneira de ser e de sentir um quadro clínico e, outras vezes, um estado de ânimo (Almiro, 2011).

Determinar o quadro clínico da depressão, a sua forma e o grau de severidade da mesma, é uma tarefa importante na saúde mental. Neste sentido, torna-se fundamental uma descrição e classificação adequada da depressão para posterior diagnóstico, tratamento e aprofundamento de investigação da mesma. Assim neste trabalho destacamos as teorias cognitivas para uma definição mais peculiar de como vivenciamos e interpretamos os acontecimentos (Bahls, 1999). São vários os autores que nos evidenciam estudos sobre a parte cognitiva da depressão, tal como Beck, Ellis e Bandura (Bahls, 1999).

No entanto, foi especialmente durante as décadas de setenta e oitenta que se assistiu à manifestação dos modelos cognitivos de depressão (modelos de Rehm, Bandura, Seligman, Ellis e Beck). Assim, centramo-nos nos processos cognitivos de Beck e na possibilidade deste

modelo poder ser aplicado na tarefa de descrever, compreender e/ou explicar as características comportamentais, cognitivas e emocionais desta perturbação (Maia, 1999).

Quando falamos sobre o importante crescimento dos componentes cognitivos, falamos sobre Beck, e na sua teoria de que a cognição é fator determinante da depressão, o transtorno cognitivo é elemento primário na patologia e os sentimentos negativistas são o que desencadeiam a sintomatologia (Abreu, 2006; Bahls, 1999; Cláudio, 2009).

Beck teoriza os esquemas disfuncionais depressivos, nas quais experiências negativas iniciais das pessoas as levaria a formar conceitos ou esquemas negativistas sobre si mesmas, dos outros e da vida (Bahls, 1999).

Para explicar o fundamento psicológico da depressão apresenta-se o modelo cognitivo, que demonstra três conceitos importantes, nomeadamente, a tríade cognitiva, os esquemas cognitivos disfuncionais e as distorções ou erros cognitivos (Bahls, 1999).

Relativamente à tríade cognitiva, neste modelo o indivíduo apresenta uma visão negativa e constante em relação a três aspetos fundamentais, nomeadamente, uma visão negativa sobre si mesmo, sobre o mundo e o futuro. Quando um indivíduo vê uma visão negativa sobre si próprio, está a caracterizar-se como impróprio ou incorreto. A visão que este tem do mundo está relacionada com as interações com o exterior, assumindo-se como derrotado quando interage com o meio ambiente. O indivíduo antecipa que o seu sofrimento será incontroado e, portanto permanecerá sem este o poder controlar, neste sentido, este apresenta uma visão negativa do futuro. Esta interpretação que o indivíduo comete é errônea e conduz a uma sensação de prisão, onde podem ocorrer deceções, sofrimento e desesperança (Bahls, 1999; Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Quando falamos em esquemas cognitivos disfuncionais, referimo-nos a como a pessoa interpreta as situações adequando-as às suas vivências passadas (Bahls, 1999; Cláudio, 2009). Os padrões estáveis que servem para transformar os dados cognitivos encontram-se disfuncionais num indivíduo que apresente depressão. Neste sentido, a perceção que têm da realidade é distorcida e o indivíduo perde o controlo sobre os seus pensamentos não conseguindo adotar outros esquemas que melhor se adequem às situações (Bahls, 1999; Cláudio, 2009). Estes esquemas cognitivos manifestam-se perante estímulos ambientais específicos (por exemplo, stress), assim podem permanecer inativos por longos períodos (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

No que diz respeito aos erros cognitivos, estes são distorções que acontecem no processamento das informações (Bahls, 1999). O indivíduo apresenta pensamentos automáticos, em que estes correspondem a erros no pensamento da pessoa parecendo óbvios e

naturais (Bahls, 1999; Telles-Correia & Barbosa, 2009). Segundo Burns (1980) e Beck, os principais erros cognitivos são: absolutismo ou pensamento dicotômico, supergeneralização, abstração seletiva, desqualificação, inferência arbitrária, magnificação e minimização, racionalização emocional, sensação de obrigação, rotulações e personalização (Bahls, 1999).

Salientamos que, ainda segundo Beck, os indivíduos distorcem o modo de interpretação da realidade e neste sentido, caracterizam a depressão como sendo uma distorção da natureza humana (Bahls, 1999).

Bandura (1969) é outro dos autores que colabora com os conceitos cognitivistas da depressão. Segundo este autor, as pessoas deprimidas apresentam expectativas de desempenho elevadas (Bahls, 1999). Este nível de exigência altivo, conduz a experiências com pouco sucesso e muitos fracassos, induzindo os indivíduos à seleção de pensamentos e eventos negativista, o que leva a uma autoavaliação negativa. Lembra ainda Bandura (1977), com a sua teoria do comportamento, que nos destaca um ciclo vicioso dos deprimidos. Este diz-nos que uma vez que o indivíduo deprimido torna-se mais pessimista, facilmente desperta uma rejeição o que intensifica a sua auto desaprovação, tornando-se mais negativas e assim alimentando o ciclo doentio (Bahls, 1999).

Relativamente aos conceitos cognitivistas, Bandura (1977), revela-nos ainda outra teoria, nomeadamente a teoria do desamparo aprendido. Este manifesta que a compreensão da impotência que determinados indivíduos sentem no início da vida perante os acontecimentos, é responsável pela representação cognitiva de fracasso existente nos indivíduos deprimidos (Bahls, 1999).

A valorização dos aspetos cognitivos para a alteração comportamental também se refletiu nas propostas de Bandura para um modelo de intervenção terapêutica. Este facto favoreceu ainda mais a aproximação entre a terapia comportamental e as psicoterapias que partem do pressuposto de que a mudança das cognições do cliente sobre ele próprio e sobre o mundo é condição necessária para a alteração do seu comportamento (cf. Bandura, 1977b) (Barbosa & Borba, 2010).

Dentro destes modelos refletidos anteriormente e aplicados à depressão destacamos ainda Albert Ellis. Este autor apresenta-nos a teoria racional emotiva da depressão, salientando como elemento central das perturbações depressivas a existência de pensamentos absolutista (Maia, 1999). Esta teoria defendida por Ellis demonstra-nos crenças irracionais do tipo irrealista, ilógico e absolutista, sendo este o ingrediente básico da terapia. Segundo Ellis, o indivíduo tem ideias, sentimentos e comportamentos desajustados em relação a si próprios e à sociedade (Maia, 1999).

Ellis conclui assim, que estas teorias cognitivo-comportamentais da depressão predizem que as pessoas se sentirão tristes quando: se vêem a si próprias negativamente, têm uma visão sombria do seu meio e acreditam que deveriam ser melhores, vêem um futuro de uma forma negativa, isto é prevêm um futuro mau, dão a si próprias baixos níveis de autorreforço e altos níveis de autopunição, experienciam só acontecimentos negativos, sentindo falta de experiências positivas e atribuem uma incapacidade a elas próprias. Neste sentido, este autor conclui que não desenvolveu estratégias para lidar com a depressão, mas sim recomendou que as estratégias formadas no quadro conceptual cognitivista devem ser elaboradas para combater o pensamento irracional e as filosofias absolutistas (Maia, 1999).

Em suma, podemos assim referir que enquanto a Terapia Racional Emotiva que Albert Ellis nos apresenta enfatiza a racionalidade, a Terapia Cognitiva de Beck valoriza as cognições (Maia, 1999).

Após uma caracterização dos vários modelos que diferentes autores nos apresentam sobre a depressão, torna-se imprescindível a classificação das perturbações depressivas.

Neste sentido, ao longo da história da saúde mental houve sempre uma necessidade da classificação das perturbações mentais (American Psychiatric Association, 2000). Neste trabalho, optou-se pelo uso da quinta edição revista do DSM-5 para a classificação de depressão (American Psychiatric Association, 2014). Para ser classificada como perturbação/doença mental, a sintomatologia que nos é apresentada deve ser continuada ou recorrente, resultando numa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais áreas da vida (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2002).

Segundo o DSM-5 e no que diz respeito às perturbações depressivas, são várias as perturbações que a incluem, nomeadamente a perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva major (incluindo o episódio depressivo major), perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva induzida por substância/medicamento, perturbação depressiva devida a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada (American Psychiatric Association, 2014).

São várias as características comuns a todas as perturbações, mas também existem diferenças entre elas. Neste sentido, as características que são comuns a todas as perturbações depressivas é a presença de tristeza, vazio ou humor irritável, acompanhada de alterações somáticas e cognitivas que afetam de forma significativa a capacidade do funcionamento do indivíduo. O que difere entre as várias perturbações, são nomeadamente o tempo, a etiologia e a duração presumida. Salientamos que, segundo o DSM-5 as duas perturbações mais

recorrentes são a perturbação depressiva major e a perturbação depressiva persistente. Por conseguinte, neste contexto, a perturbação depressiva major representa a condição clássica no grupo de perturbações depressivas. Esta tem como principal característica ocorrer por episódios distintos com pelo menos duas semanas de duração, na qual envolva alterações bem definidas no afeto, cognição e funções neurovegetativas, e com remissão entre os episódios (American Psychiatric Association, 2014).

Na perturbação depressiva major, é dada uma particular atenção à definição de tristeza normal e de luto, pois, o luto pode produzir grande sofrimento contudo, não desencadeia um episódio depressivo major. No entanto, quando a tristeza e o luto ocorrem em simultâneo, os sintomas depressivos tendem a ser mais graves. Quando falamos na perturbação depressiva persistente, referimo-nos a uma perturbação mais crónica, que pode ser diagnosticada quando o distúrbio do humor persiste por pelo menos dois anos em adultos. Dentro deste diagnóstico estão incluídas as categorias de diagnóstico de depressão major crónica e de distímia do DSM-IV.

Neste sentido, o que distingue as duas perturbações referidas anteriormente é o facto de que, a perturbação depressiva major é caracterizada por períodos distintos, enquanto que a perturbação depressiva persistente é crónica (American Psychiatric Association, 2014).

A seguir, são apresentados os critérios de diagnóstico para Perturbação Depressiva Major e os critérios de Perturbação Depressiva Persistente (Distímia).

Figura 1 - *CrITÉRIOS de DiagnÓstico para Perturbação Depressiva Major (American Psychiatric Association, 2014).*

CrITÉRIOS de diagnÓstico da Perturbação Depressiva Major
<p>A. Estão presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante um período de duas semanas consecutivas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é 1) humor deprimido ou 2) perda de prazer ou do interesse. Nota: Não incluir os sintomas que são claramente atribuíveis a outra condição médica.</p> <p>1. Humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado ou pelo relato subjetivo (por exemplo, sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou pela observação de outros (por exemplo, parece choroso).</p>

<p>2. Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo ou pela observação de outros).</p> <p>3. Perda de peso, não estando a fazer dieta, ou aumento de peso significativos (por exemplo, uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.</p> <p>4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias.</p> <p>5. Agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias (observável pelos outros, não meramente pelo relato subjetivo de se sentir agitado ou lentificado).</p> <p>6. Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.</p> <p>7. Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante) quase todos os dias (não meramente autocensura ou sentimentos de culpa por estar doente).</p> <p>8. Diminuição da capacidade de pensar ou de concentração, ou indecisão, quase todos os dias (pelo relato subjetivo ou pela observação de outros).</p> <p>9. Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem plano específico ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.</p>
<p>B. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento.</p>
<p>C. O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou outra condição médica.</p>
<p>D. A ocorrência do episódio depressivo major não é mais bem explicado por perturbação esquizoafetiva, esquizofrenia, perturbação esquizofrenóide, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas.</p>
<p>E. Nunca existiu um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco.</p>

Figura 2 - *Critérios de Diagnóstico para Perturbação Depressiva Persistente (Distimica)* (American Psychiatric Association, 2014).

<p>Critérios de diagnóstico Perturbação Depressiva Persistente (Distimia)</p>
--

<p>Esta perturbação representa a fusão da perturbação depressiva major crónica e da perturbação distímica definidas no DSM-IV.</p> <p>A. Humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, durante pelo menos dois anos, indicado pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros.</p>
<p>B. Presença, enquanto deprimido, de 2 (ou mais) dos seguintes sintomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apetite diminuído ou aumentado. 2. Insónia ou hipersónia. 3. Baixa energia ou fadiga. 4. Baixa autoestima. 5. Falta de concentração ou dificuldade em tomar decisões. 6. Sentimentos de desesperança.
<p>C. Durante um período de dois anos (um ano para crianças ou adolescentes) da perturbação, o indivíduo nunca esteve sem sintomas dos Critérios A e B por mais de dois meses de cada vez.</p>
<p>D. Os critérios para perturbação depressiva major podem estar continuamente presentes durante dois anos.</p>
<p>E. Nunca existiu um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e nunca foram preenchidos os critérios para perturbação ciclotímica.</p>
<p>F. A perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação esquizoafetiva persistente, esquizofrenia, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas.</p>
<p>G. Os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica (por exemplo, hipotireoidismo).</p>
<p>H. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento.</p>

Os aspetos fundamentais dos estudos da epidemiologia psiquiátrica são de compreender como se distribuem, com que frequência e quais as determinantes das perturbações mentais no nível das diferentes populações (Almeida et al., 2013). Serve também para avaliar a qualidade dos serviços mentais com o intuito de implementar melhorias nos serviços de saúde mental que

permita obter dados para determinar as necessidades de cuidados de saúde mental das populações (Almeida et al., 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), em 2015 eram mais de 300 milhões as pessoas com depressão a nível mundial, isto equivale a 4,4% da população mundial (Mirza & Jenkins, 2004). De acordo com os dados da OMS a prevalência da depressão varia de 3% a 16,9% (Özgün Niksarlioglu et al., 2016).

São inúmeras as consequências da depressão em termos de perda de saúde. Neste sentido, a depressão é classificada pela OMS, como a perturbação que mais contribui para a incapacidade das atividades do dia-a-dia do indivíduo (Carvalho, 2017). Importa igualmente referir que, estima-se que o número de pessoas com perturbações depressivas aumentou 18,4% nos anos de 2005 e 2015, tendo em conta o crescimento global da população bem como o aumento proporcional nos grupos etários em que depressão é a mais prevalente (Carvalho, 2017).

Segundo a Direção Geral de Saúde e relativamente à publicação em 2013 do primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental integrado no *World Mental Health Survey Initiative*, da OMS e da *Harvard University*, Portugal passou a numerar quantitativamente as perturbações mentais mais comuns (Carvalho, 2017). Contudo, os resultados obtidos *World Mental Health Survey Initiative*, da OMS e da *Harvard University* (2013) são descritos como preocupantes. Dos 34 países que integraram o Survey da OMS, Portugal teve a 4ª mais elevada taxa de prevalência anual (Carvalho, 2017). Neste sentido, e segundo o EENSM (Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental) mostram que as perturbações mentais afetam mais de um quinto da população portuguesa (Carvalho et al., 2014). Na perspetiva destes indicadores, as doenças mentais têm um importante destaque pelo contributo dos anos vividos com incapacidade, que demonstram claramente o seu estatuto de doenças crónicas e a sobrecarga que lhes está associada (Carvalho et al., 2014). A par disto, para além das perturbações depressivas, as perturbações de ansiedade também se encontram em elevado destaque na população mundial, pelo que, desenvolvemos o tema no tópico a seguir.

2. A ansiedade: nosologia, classificação e epidemiologia.

A nível europeu, Portugal destaca-se com uma grande prevalência de perturbações mentais, nomeadamente as perturbações de ansiedade (Pinto et al., 2015). Neste sentido, face aos fatores que contribuem para o desenvolvimento das perturbações de ansiedade, e nas consequências que esta perturbação acarreta na qualidade de vida das pessoas, torna-se pertinente destacar a sua nosologia, classificação e epidemiologia, para uma melhor

compreensão da mesma (Pinto et al., 2015). É de referir que a ansiedade tem sido associada a piores resultados em qualidade de vida, especialmente na dimensão psicológica e social dos indivíduos (Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007).

Para caracterizar inicialmente a ansiedade, podemos referir que esta é caracterizada por um sentimento vago e desagradável de medo, que provoca tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho (Castillo, Recondo, Asbahr, & Manfro, 2000). Contudo, a ansiedade faz parte do dia-a-dia do indivíduo, pois é caracterizado como um processo fisiológico e comportamental (Lima Delfini, Roque, & Sanches Peres, 2009). Cada um vivência a sua ansiedade de forma pessoal, podendo assim servir como um sinal de alerta proporcionando um melhor desempenho e, assim, promovendo reações adaptativas (Lima Delfini et al., 2009).

Segundo o DSM-5, as várias perturbações que incluem a ansiedade partilham de características como medo e ansiedade excessivas que levam a alterações do comportamento relacionadas com a mesma (American Psychiatric Association, 2014). Ao caracterizarmos o medo e ansiedade, podemos referir que num indivíduo com perturbação de ansiedade, o medo nele manifestado caracteriza-se pela resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida (American Psychiatric Association, 2014). Enquanto que ansiedade é a antecipação de uma ameaça futura (American Psychiatric Association, 2014).

Ao longo da história, várias foram as referências que estudaram e designaram a perturbação de ansiedade. Começamos por destacar Landré-Beauvais, que em 1813, definiu ansiedade como um certo mal-estar, agitação excessiva e inquietude. Em 1873, Darwin enfatizou que a ansiedade estava presente num contínuo em todas as espécies animais (não a distinguindo do medo), sendo um mecanismo adaptativo essencial para lidar com o perigo e lutar pela sobrevivência (Telles-Correia & Barbosa, 2009). Ainda no mesmo século, destacamos Freud e a sua teoria sobre a ansiedade. Este autor distingue dois tipos de ansiedade, nomeadamente a ansiedade objetiva e ansiedade neurótica. Relativamente ansiedade objetiva esta está relacionada com o meio ambiente já a ansiedade neurótica, que ele considerou como tendo uma origem exclusivamente intrapsíquica (relacionada com uma predisposição genética importante e/ou um conflito sexual reprimido e não resolvido) (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Barlow é o autor com maior referência no estudo da ansiedade, neste sentido, pretendemos destacar em seguida a sua teoria.

Segundo Barlow, a ansiedade é caracterizada como um estado de humor dirigido no futuro associado à preparação para a possibilidade de ocorrência de um acontecimento negativo,

no qual o medo é a resposta de alarme ao perigo eminente ou presente, real ou percebido (Pinto et al., 2015).

A perturbação de ansiedade, também pode estar associada a um conjunto de alterações fisiológicas, comportamentais e cognitivas, como uma resposta adaptativa do organismo (Pinto et al., 2015). Este conjunto de alterações traduzem-se num estado de ativação e alerta face a um sinal de perigo ou ameaça à integridade física ou psicológica (Pinto et al., 2015).

A ansiedade pode passar ainda a ser reconhecida como patológica quando é exagerada (Castillo et al., 2000). Assim, esta pode tornar-se patológica quando, numa pessoa ansiosa o perigo que pretende uma resposta não é real ou quando o nível de ativação e duração é desproporcional em relação ao estímulo (Castillo et al., 2000; Pinto et al., 2015). Para avaliar se a ansiedade é normal ou patológica, é importante avaliar se a reação ansiosa ao estímulo é de curta duração, autolimitada e relacionada ao estímulo do momento ou não (Castillo et al., 2000).

Quando um indivíduo sofre de perturbação de ansiedade, são vários os sintomas que estão associados. Na diversidade de sintomas associados à ansiedade, destacamos: taquicardia, tremores, tensão muscular, cefaleia, dor no estômago, entre outros (Olatunji et al., 2007).

Para compreender melhor o conceito de ansiedade, ao longo da história várias foram as referências a conceitos próximos do constructo atual de ansiedade. No entanto, é no século XIX, que alguns autores se basearam em modelos teóricos que se mantêm até atualidade. Contudo, os modelos atuais da ansiedade têm como ponto de partida uma dicotomia, nomeadamente ansiedade orientada para o estímulo vs ansiedade como resposta (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Na ansiedade orientada para o estímulo, a ansiedade é vista como uma resposta a um estímulo específico (situações, pensamento e emoções). Na ansiedade como resposta, a ansiedade é explorada como resposta emocional em si, independente do estímulo.

Neste sentido, essencialmente são referidos três modelos de ansiedade: o modelo da ansiedade de Goldstein, modelo da ansiedade traço/estado e o modelo transacional do stress de Lazarus (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Relativamente ao modelo da ansiedade de Kurt Goldstein, foi centrada na hipótese ansiedade orientada para o estímulo. Este autor focou-se na “reação catastrófica”. Segundo o autor situação catastrófica corresponde a qualquer situação que represente uma ameaça à existência de um indivíduo ou aos valores essenciais à sua existência (considerando a existência física, mas também psicológica). A ansiedade correspondia à percepção subjetiva que o indivíduo tinha sobre a condição catastrófica (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Quanto ao modelo da ansiedade traço/estado, este foi desenvolvido por vários autores. Inicialmente por Cattell e Scheir (1961) e depois Spielberger (1972). Neste modelo são distinguidos dois aspectos fundamentais da ansiedade, nomeadamente ansiedade como um estado emocional transitório e como um estado mais permanente, correspondendo a um traço de personalidade. Segundo Spielberger, neste modelo não há uma ligação consistente entre elevados níveis de ansiedade-traço e as manifestações de ansiedade-estado em situações que envolvam perigo. A ameaça sentida pelo indivíduo resulta de uma combinação entre experiências passadas, características da pessoa e o estímulo atual (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Por fim, o modelo de Lazarus intitulado de modelo transaccional do *stress* aceita a hipótese da ansiedade orientada para o estímulo. Aqui a avaliação da ameaça é tida como mediador essencial para o desenvolvimento do *stress*. Segundo Lazarus, nestes modelos devem ser distinguidos dois estádios de avaliação, nomeadamente um primário que se estabelece o estímulo é irrelevante, positivo ou stressante, e um secundário, que corresponde a um conjunto complexo de processos com vista a otimizar os mecanismos de *coping*. Este segundo estágio apenas é utilizado no caso da avaliação primária ter dado o estímulo como stressante. Neste sentido, a ansiedade surge quando após a avaliação se conclui que o estímulo é stressante e que os recursos do indivíduo estão aquém do que lhe é exigido (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Depois de destacados os principais modelos que constituem a perturbação de ansiedade, torna-se imprescindível uma classificação da mesma.

O diagnóstico de ansiedade é elaborado de acordo com o DSM-5 e neste sentido, os transtornos de ansiedade frequentemente coexistem com outros transtornos psiquiátricos. Neste sentido, e segundo o DSM-5 os transtornos de ansiedade podem ser classificados em várias perturbações. Estas perturbações são organizadas segundo as fases do desenvolvimento do indivíduo e sequenciadas de acordo com as suas idades típicas de início. Neste sentido, dentro das perturbações de ansiedade, encontramos a perturbação de ansiedade de separação, o mutismo seletivo, fobia específica, perturbação de ansiedade social, perturbação de pânico, agrofobia, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de ansiedade induzida por substâncias/medicamentos, perturbação de ansiedade devida a outra condição médica (American Psychiatric Association, 2014).

Um indivíduo com ansiedade de separação é caracterizado pela preocupação excessiva que este sente face à separação dos pais ou seus substitutos. Esta preocupação persiste no mínimo quatro semanas (Castillo et al., 2000). Segundo o DSM-5, o indivíduo com ansiedade de separação pode manifestar sintomas físicos de mal-estar assim como pesadelos (American

Psychiatric Association, 2014). Estes sintomas na maior parte das vezes têm origem na infância, contudo, podem igualmente expressar-se ao longo da vida adulta (American Psychiatric Association, 2014).

O mutismo seletivo e segundo o DSM-5, é caracterizado por uma incapacidade persistente em falar nos diferentes contextos de vida do indivíduo, nomeadamente em situações sociais. Devido a esta incapacidade, o indivíduo tem algumas consequências negativas, como por exemplo, no rendimento académico e nas interações sociais (American Psychiatric Association, 2014).

Relativamente à fobia específica, esta é caracterizada pela presença de um sentimento de medo persistente e intenso onde o indivíduo julga estar a ser avaliado pelos outros (Castillo et al., 2000). Estes sentimentos surgem em interações sociais que envolvem situações em que possa ser observado (American Psychiatric Association, 2014). Indivíduos com perturbação de ansiedade social, apresentam uma ideação cognitiva que é de ser avaliados negativamente pelos outros (American Psychiatric Association, 2014).

Na perturbação de pânico, o indivíduo experiênciataques de pânico que são recorrentes e inesperados (American Psychiatric Association, 2014). Este está constantemente apreensivo com o facto de poder ter mais ataques de pânico e que esta situação vá alterar o seu comportamento perante os outros (American Psychiatric Association, 2014). O indivíduo quando sofre de ataques de pânico sofre de aumentos abruptos de medo ou desconforto intenso (American Psychiatric Association, 2014).

Quando o indivíduo tem medo ou ansiedade de dois ou mais das seguintes situações é manifestado que este tem agorafobia (American Psychiatric Association, 2014). As situações que caracterizam esta situação são as seguintes: utilizar transportes públicos, estar em espaços abertos, estar em espaços fechados, estar numa fila ou numa multidão, estar sozinho fora de casa noutras situações. Estas situações são receosas para o indivíduo, pois sempre que este se encontra nas mesmas, tem pensamento de que a fuga daqueles locais será difícil, ou que não haverá ajuda por parte dos outros quando este desenvolver ataques de pânico (American Psychiatric Association, 2014).

Segundo Barlow, a Perturbação de Ansiedade Generalizada é descrita como um transtorno da ansiedade “básica”, no sentido em que esta perturbação é uma componente de outros transtornos de ansiedade (Barlow, 2009).

Nesta perturbação, as características essenciais são a ansiedade e a preocupação excessivas sobre vários acontecimentos e atividades do dia-a-dia da pessoa (Barlow, & col 2009). É de referir, que o indivíduo tem dificuldade em controlar toda a preocupação que sente

e neste sentido, tem dificuldade em evitar que esta interfira na atenção sobre as tarefas que realiza (Barlow, 2009).

Na perturbação de ansiedade generalizada, os indivíduos preocupam-se que estejam envolvidos numa situação em que implique avaliação ou não, e estão presentes características como o negativismo e a catastrofização (Barlow, 2009). Pode-se destacar que a natureza incontroável da preocupação é um aspeto essencial deste transtorno. Os indivíduos preocupam-se com circunstâncias da rotina diária, tais como as responsabilidades do trabalho, as responsabilidades e lidas de casa, a saúde e saúde dos familiares (Kessler, DuPont, Berglund, & Wittchen, 1999; Barlow, 2009).

Na perturbação de ansiedade generalizada, as preocupações são excessivas e interferem significativamente no funcionamento psicossocial. Estas preocupações são mais invasivas, pronunciadas e perturbadoras, têm maior duração e ocorrem muitas vezes sem precipitantes (Barlow, 2009).

Indivíduos com esta perturbação relatam mal-estar subjetivo devido à preocupação constante e aos défices no funcionamento social, ocupacional e noutras áreas importantes do funcionamento (Kessler et al., 1999 ; Barlow, 2009).

Para ser diagnosticada perturbação de ansiedade generalizada, a ansiedade e preocupação são acompanhadas pelo menos 3 dos seguintes sintomas adicionais: agitação ou nervosismo ou tensão interior, fadiga fácil, dificuldades na concentração ou mente vazia, irritabilidade, tensão muscular e perturbações do sono (Barlow, 2009).

Quando um indivíduo manifesta ansiedade devido à intoxicação ou abstinência de uma substância/medicamento é referido que este tem perturbação de ansiedade induzida por substâncias/medicamento (American Psychiatric Association, 2014). Na perturbação de ansiedade devido a outra condição médica, os sintomas de ansiedade aqui manifestados são a consequência fisiológica de outra condição médica (American Psychiatric Association, 2014).

Em suma, a identificação precoce de qualquer perturbação de ansiedade pode evitar o surgimento de repercussões negativas na vida da criança e adolescência e possivelmente a ocorrência de problemas psicológicos na vida adulta (Castillo et al., 2000).

Descrevendo agora dados epidemiológicos, é importante referir que em 2011 Portugal foi considerado um dos países com maior prevalência de perturbações mentais (Pinto et al., 2015). Como foi referido anteriormente, nestas perturbações destacam-se as perturbações de depressão, mas também e com igual importância as perturbações de ansiedade (Pinto et al., 2015). É importante referir que as perturbações de ansiedade são as que mais se destacam em Portugal, e mesmo em relação a outros países europeus (Almeida et al., 2013).

Remetendo-nos aos dados de prevalência anual resultantes do primeiro Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental em 2013, é possível verificar que as perturbações de ansiedade surgem com um valor global de 16,5% (Almeida et al., 2013). É importante destacar que, dos 34 países que integraram este estudo, Portugal teve a quarta mais elevada taxa de perturbações mentais (Carvalho, 2017). Em comparação com alguns dos países da União Europeia inseridos no estudo Portugal foi o país que teve a prevalência anual mais elevada de perturbações de ansiedade (Carvalho, 2017).

A proporção de perturbações de ansiedade na população global em 2015 foi estimada em 3,6% (Carvalho, 2017). Este facto equivale a um número total de pessoas com perturbação de ansiedade no mundo estimado de 264 milhões (Carvalho, 2017). Este total em 2015 reflete um aumento de prevalência das perturbações de ansiedade de 14,9% desde 2005 como resultado do crescimento da população e do envelhecimento (World Health Organization, 2017).

Os transtornos de ansiedade são classificados como o sexto maior contribuinte para a perda de saúde e qualidade de vida a nível mundial e surgem nas dez principais causas dos anos vividos com incapacidade (YLD) em todas regiões da Organização Mundial de Saúde (World Health Organization, 2017).

3. Relações entre ansiedade e depressão.

Ao longo dos tempos a relação entre ansiedade e depressão, tem sido considerada importante tanto do ponto de vista teórico como no da saúde mental. Neste sentido, estas perturbações constituem dimensões clássicas na psicologia e na psicopatologia (Pais-Ribeiro, Honrado, & Leal, 2004).

O impacto da depressão e ansiedade a nível global é substancial, representando 2% a 4% de todas as perturbações em todo o mundo (Cameron, 2007; Lenzé et al., 2000). São vários os estudos que referem que estas perturbações são projetadas para formar a segunda maior causa de incapacidade até 2020 (Mirza & Jenkins, 2004). Hoje, estas perturbações, são um problema de saúde mental tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (Özgün Niksarlioglu et al., 2016). Vários estudos realçam que uma em quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre atualmente de uma perturbação mental ou comportamental (Direção Geral da Saúde, 2002).

São diversas as investigações realizadas que tem reforçado a ligação existem entre perturbações mentais. Assim, destacamos a comorbilidade evidente entre as perturbações de ansiedade e de depressão (Cameron, 2007; Pinto et al., 2015). É mencionada, segundo vários autores que no que respeita à comorbilidade das perturbações de ansiedade com a depressão, a

perturbação de ansiedade pode ser considerada um agente de risco para a evolução de depressão. Estas duas patologias efetivamente partilham de características clínicas, sintomas, etiologias e tratamentos que são comuns (Gusmão, 2005).

Os sintomas comuns à depressão e à ansiedade, são tensão, dificuldades em dormir, angústia, agitação e queixas somáticas (Hallstrom & McClure, 2000). Indivíduos que demonstrem sintomas ansiosos e inibem a sua expressão de emoções negativas podem-se sentir desvalorizados, ressentidos e tristes, e ao longo do tempo, ficarem deprimidos (Garber & Weersing, 2010). Neste sentido, podemos referir que a ansiedade pode estar estreitamente associada aos sintomas de depressão, e consequentemente ser um fator de risco (Cameron, 2007; Garber & Weersing, 2010; Pais-Ribeiro et al., 2004).

Mas antes de avançarmos para a revisão de literatura sobre a relação entre ambas as perturbações, torna-se importante referir o conceito de comorbilidade. Neste sentido, este conceito, refere-se à ocorrência simultânea de dois ou mais distúrbios num indivíduo (Department of Mental Health, 2003). Este tema é de interesse considerável e crescente no contexto da atenção na saúde (Department of Mental Health, 2003). Relativamente à comorbilidade existente entre as perturbações de ansiedade e depressão, podemos designar este facto como comorbilidade diagnóstica (Marques-Teixeira, 2001). Este tipo de comorbilidade refere-se à noção de co-ocorrência sintomática, isto é, destaca-se a existência de um reagrupamento sintomático, num mesmo doente, cujos elementos sintomáticos não são individualmente específicos de uma perturbação (Marques-Teixeira, 2001). Segundo Maser e Cloninger (1990) sugeriram assim no âmbito da psiquiatria o exemplo da comorbilidade entre as perturbações de ansiedade e depressão (Marques-Teixeira, 2001).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2017), relativamente a 2015 o total de pessoas com depressão e ansiedade a nível mundial ronda os 300 milhões (Mirza & Jenkins, 2004). A OMS refere que muitas pessoas experimentam, simultaneamente, ambas as condições existindo assim uma comorbilidade (Mirza & Jenkins, 2004).

Estas perturbações mentais são caracterizadas por “perturbações mentais comuns”. Esta designação deve-se ao facto de serem altamente prevalentes na população (Carvalho, 2017). A perturbação de ansiedade e a perturbação depressiva ocorrem muitas vezes em simultâneo, isto observa-se em aproximadamente metade das pessoas com estas perturbações (Direção Geral da Saúde, 2002).

Ambas as perturbações municiam um impacto sobre o humor ou os sentimentos das pessoas afetadas e são condições de saúde diagnosticáveis. Os sintomas das mesmas variam

consoante a gravidade e a duração, contudo, são distintas de sentimentos de tristeza, tensão ou medo que qualquer pessoa vivencie de vez em quando ao longo da vida (Carvalho, 2017).

Em 1990, Alloy *et al.*, apontaram uma tríade de fenómenos que qualquer teoria explicativa da comorbilidade entre depressão e ansiedade deveria explicar: a relação sequencial entre ansiedade e depressão, a comorbilidade diferencial de depressão com diferentes tipos de perturbação de ansiedade e a raridade de perturbações depressivas puras comparadas com perturbações de ansiedade puras (Marques-Teixeira, 2001).

Para explicar a relação entre ansiedade e a depressão foram desenvolvidos modelos estruturais para uma compreensão aprofundada deste facto. Assim, são destacados três grandes grupos dentro dos modelos estruturais, nomeadamente, modelos genotípicos, modelos fenotípicos e modelos integrativos que serão sucintamente descritos a seguir.

Relativamente à estrutura genotípica da depressão e ansiedade e dentro deste grupo, os estudos clássicos destacam que a covariação fenotípica observada entre estas duas perturbações, resulta de um único fator comum (Marques-Teixeira, 2001). Quando começou a ser verificada a heterogeneidade genética entre as diferentes perturbações de ansiedade (Kaelber *et al.*, 1995), concluiu-se que a relação entre a perturbação depressiva e de ansiedade dependeria do tipo de perturbação ansiosa em causa (Marques-Teixeira, 2001). Neste sentido, são destacados diferentes modelos que se tem explicado da co-ocorrência de depressão e da ansiedade. Estes modelos podem ser sistematizados em dois tipos: modelos fatoriais (de dois e três fatores) e modelos integrativos (Marques-Teixeira, 2001).

Relativamente ao modelo afetivo de dois fatores que se enquadra dentro dos modelos fatoriais, este modelo rege-se por experiências afetivas, nomeadamente afeto positivo e afeto negativo. Estes dois fatores estão relacionados diferencialmente com a depressão e com a ansiedade. Quer uma quer a outra estão positivamente correlacionadas com o afeto negativo, enquanto que os sintomas humor depressivo e ansiedade estão negativamente correlacionadas com o afeto positivo. No que diz respeito ao modelo afetivo dos três fatores, foi acrescentado um terceiro facto específico, designado por hiperactivação fisiológica, salientando que este modelo de 3 fatores explicaria melhor as relações entre a depressão e a ansiedade (Marques-Teixeira, 2001).

Segundo Clark e Watson (1991), Barlow *et al.* (1996) e Chorpita *et al.* (1998) o afeto negativo continuaria a representar um facto não específico comum às duas perturbações, agrupando um conjunto de sintomas indicadores gerais de disfunção generalizada, nomeadamente sintomas que incluíam o humor depressivo, ansioso e as dificuldades de concentração. No que diz respeito ao afeto positivo representaria um facto específico da

depressão, englobando sintomas como a anedonia e a ausência de afetos positivos; a hiperactivação fisiológica representaria um facto específico da ansiedade e englobaria sintomas como a tensão somática e a hiperactivação (Marques-Teixeira, 2001).

O modelo integrativo hierárquico, diz respeito ao modelo que sustenta uma melhor integração entre os dados fenotípicos e genotípicos, propondo uma estrutura hierárquica diferenciadora dos fatores comuns e dos fatores únicos (Zinbarg e Barlow, 1996; Brown *et al.*, 1998; Spence, 1997) (Marques-Teixeira, 2001). Neste sentido e de acordo com este modelo, cada síndrome individual seria vista como componente comum e única. O facto comum seria um facto pervasivo de 1ª ordem e assegurava as diferenças individuais muito gerais no afeto negativo, sendo o responsável pela sobreposição entre estas duas perturbações. Já quando falamos na componente única, seria um facto de segunda ordem que assegurava a diferenciação de uma perturbação específica de todas as outras. (Marques-Teixeira, 2001).

Segundo (Lovibond & Lovibond, 1995; Watson & Clark, 1995) consideram que a ansiedade e a depressão são claramente distintas no que diz respeito à sua fenomenologia e a nível conceptual (Pinto et al., 2015). No entanto, os mesmos autores referem que é substancialmente difícil de distingui-las em termos clínicos (Pinto et al., 2015). Salientam ainda a evidência de que a ansiedade e depressão são difíceis de diferenciar empiricamente (Pais-Ribeiro et al., 2004). Segundo alguns autores a ansiedade pode estar como base do desenvolvimento da depressão (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

Devido a estas dificuldades ocorridas ao longo do estudo das mesmas, Clark e Watson (1991) desenvolveram o Modelo Tripartido (Pinto et al., 2015). Este modelo propõe a existência de três dimensões: afeto negativo, afeto positivo e excitação somática (Pinto et al., 2015). A primeira estrutura designada de afeto negativo inclui sintomas inespecíficos comuns à ansiedade e depressão (Pinto et al., 2015). Estes sintomas inespecíficos são responsáveis pela forte associação entre as medidas de ansiedade e depressão (Pais-Ribeiro et al., 2004). As restantes duas estruturas que compõem o modelo tripartido são divididas. Assim o baixo afeto positivo abrange os sintomas de anedonia específicos da depressão, tais como a falta de entusiasmo, excitação e energia. Já no que diz respeito à excitação somática é a dimensão relativamente específica da ansiedade, que inclui sintomas como tensão e hiperexcitação (Pinto et al., 2015).

Para operacionalizar o modelo tripartido, surgiram várias medidas, entre as quais a construção de escalas que abrangessem o máximo de sintomas de depressão e ansiedade, com o objetivo de nestas escalas conseguirem analisar as duas perturbações (Pinto et al., 2015).

Ao analisarmos a abordagem farmacológica, verificamos também a comorbilidade entre as perturbações mentais comuns, pois a abordagem farmacológica centrada na serotonina é uma das abordagens reconhecida para o tratamento de ambas as perturbações (Telles-Correia & Barbosa, 2009).

No que se refere ao tratamento psicológico das perturbações de ansiedade e depressão também podemos destacar que para ambas as perturbações a terapia cognitivo-comportamental é o modelo psicoterápico mais consistente (Meneguelo Lobo et al., 2012).

A comorbilidade entre estas perturbações mentais comuns apresenta implicações como a gravidade sintomática aumentada e remissão retardada (R. M. Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Caldas de Almeida, 2005).

Em suma, a ansiedade pode surgir concomitantemente com a depressão. Quando ambas estão presentes no dia-a-dia do indivíduo é pior do que qualquer condição isolada, à um maior risco de recorrência, maior duração, aumento das tentativas de suicídio, maior comprometimento, uma menor resposta ao tratamento e maior utilização dos serviços de saúde mental (Birmaher et al., 1996; Ezpeleta, Domenech, & Angold, 2006) (Garber & Weersing, 2010).

A relação entre ansiedade e depressão, é assim amplamente citada na literatura e são várias as razões, como citado anteriormente que fazem com que seja difícil separá-las (Telles-Correia & Barbosa, 2009). Contudo, o interesse na comorbilidade entre a ansiedade generalizada e o episódio depressivo major, está a crescer dramaticamente. Com base nas evidências, este tipo de comorbilidade mais específico é muito comum (Kessler et al., 1999).

Capítulo II – Fatores clínicos e sociodemográficos associados às perturbações emocionais

Já numa fase adulta, frequentemente os indivíduos deparam-se com diferentes situações no dia-a-dia que são potencialmente stressadoras, como por exemplo, as relações interpessoais, a criação dos filhos, o relacionamento enquanto casal, a manutenção do próprio emprego, entre outros. Estes factos, segundo a literatura podem ocorrer na meia-idade e pode ser interpretada como uma perda. Considerando estes eventos de vida stressores, foram avaliados a relação destes eventos com sintomas depressivos e ansiosos (Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003).

Cada vez mais se tem verificado que a saúde mental afeta a sociedade como um todo (Department of Mental Health, 2003). Apesar de o risco ser maior entre os pobres, desempregados, pessoas com escolaridade baixa, estado civil, zonas urbanas e mulheres

nenhum indivíduo está imune às perturbações mentais (Özgün Niksarlioglu et al., 2016; World Health Organization, 2005). Podemos também destacar como fatores de risco para o desenvolvimento de ansiedade e depressão as dificuldades psicossociais e situacionais (Cameron, 2007).

Assim sendo, as variáveis clínicas e sociodemográficas são algumas das que, à partida, condicionam o risco de depressão e ansiedade na idade adulta, pelo que, de seguida, são apresentados os fatores de risco clínicos e sociodemográficos mais evidentes para a depressão e ansiedade. Contudo, torna-se importante referir que os fatores psicológicos do indivíduo estão também relacionados com o desenvolvimento de perturbações mentais (Direção Geral da Saúde, 2002).

1. Variáveis clínicas e sociodemográficas na depressão

Têm sido identificados vários fatores de risco associados à depressão, incluindo história familiar, adversidade na infância, aspetos associados à personalidade, isolamento social e exposição a experiências indutoras de *stress* (De Andrade, Viana, & Silveira, 2006; Lima, 1999).

Existe uma ideia generalizada de que os fatores de risco clínicos e sociodemográficos mais evidentes na depressão são: maior frequência nas mulheres, idosos, doentes de nível socioeconómico baixo, níveis inferiores de habilitações académicas, viúvas ou divorciadas, com baixos rendimentos e más relações familiares (Freitas Teixeira, 2013; Özgün iksarlioglu et al., 2016).

Esta perturbação mental pode afetar pessoas de todas as idades e de todos os estratos sociais, contudo, o risco de o indivíduo se tornar deprimido aumenta com a pobreza, desemprego, acontecimentos de vida, doenças físicas e problemas causadas pelo uso de álcool e drogas (Carvalho, 2017).

Neste sentido, são muitos os estudos revistos que procuraram determinar a influência de tais variáveis clínicas e sociodemográficas na prevalência de depressão (Freitas Teixeira, 2013).

Relativamente ao sexo e segundo pesquisas epidemiológicas têm apontado que há diferenças entre esta variável na manifestação de depressão (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Cameron, 2007; Carneiro, Baptista, & Dos Santos, 2013; Justo & Calil, 2006). Quanto ao primeiro estudo epidemiológico nacional de saúde mental, as mulheres apresentam um risco maior que os homens de sofrer de perturbações depressivas (Almeida et al., 2013). Podemos explicar este fato, destacando a influência de pressões sociais, *stress*, baixo nível de satisfação

associados ao desempenho de papéis tradicionalmente femininos, ou pela forma diferencial entre gêneros de lidar com problemas e arranjar soluções (De Andrade et al., 2006). As mulheres identificam com maior facilidade os sentimentos dos outros, são mais dependentes nas relações e têm maior necessidade de apoio comparativamente com os homens (Rosenfield, 2000). Este facto pode ainda ser justificado devido à maior vulnerabilidade psicobiológica que a mulher possui, isto é, uma maior frequência e severidade de acontecimentos de vida traumáticos, esquemas e estilos de *coping* mal adaptativos (Schotte, Bossche, Doncker, Claes, & Cosyns, 2006). Neste sentido, mulheres e adolescentes do sexo feminino têm duas a três vezes mais depressão que os homens, com um predomínio na faixa dos 25 aos 44 anos (Hetem & Graeff, 2004).

Ainda relativamente ao sexo, Andrade et al. (2006), afirma que os homens apresentam um risco menor de depressão em comparação com as mulheres, ainda que a forma de demonstrá-la seja diferente (Aros & Yoshida, 2009). Neste sentido, estes autores revelam que manifestam a depressão através de sintomas de irritabilidade, enquanto que as mulheres com sintomas de disforia ou anedonia (Aros & Yoshida, 2009). Relativamente ao termo disforia este é definido por ausência de bem-estar e uma inquietude, enquanto que a anedonia é a perda de interesse e afastamento das atividades. Estes factos vem ao encontro da teoria, segundo a qual as mulheres têm mais prevalência de perturbações depressivas e que apresentam diferenças sintomatológicas da depressão em comparação com os homens (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Aros & Yoshida, 2009; Justo & Calil, 2006; Lima, 1999).

A baixa escolaridade, condições de moradia mais precárias, alterações hormonais, entre outros, são algumas das razões que explicam o facto de as perturbações depressivas serem mais prevalentes em mulheres (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Carneiro et al., 2013) Um outro argumento que tem sido amplamente divulgado para explicar as diferenças de gênero é que as mulheres teriam maior facilidade de identificar sintomas, admitir que estão deprimidas e de buscar ajuda mais que os homens (De Andrade et al., 2006).

Em ambos os sexos os indivíduos com baixa escolaridade tem uma maior prevalência de perturbações depressivas (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Lima, 1999; Patel & Kleinman, 2003).

A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacidade em mulheres, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (De Andrade et al., 2006).

A idade também é um fator de risco comum para a depressão, com uma prevalência mais elevada entre 24 e os 35 anos para ambos os sexos (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; R. M. Gusmão et al., 2005). Contudo, segundo a OMS, existe uma maior prevalência de depressão

quando atingindo o pico na idade adulta mais avançada (entre as mulheres com 55-74 anos) (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Carvalho, 2017). Neste sentido, podemos referir que as perturbações depressivas estão a aumentar, particularmente em países de baixo rendimento, porque a população está a crescer e os indivíduos estão a viver até a idade em que a depressão ocorre com maior frequência (Carvalho, 2017). Portanto, os grupos das faixas etárias mais avançadas apresentam maior probabilidade de sofrerem perturbações depressivas (Carvalho et al., 2014; Lima, 1999). São vários os estudos que demonstram que perturbações mentais comuns, tal com a depressão aumentam com a idade (Lima, 1999).

Um outro fator de risco é o estado civil, sendo que este também é mais frequente em indivíduos viúvos, separados ou divorciados, do que entre solteiros e casados mas aqui particularmente do sexo masculino (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; R. M. Gusmão et al., 2005; Lima, 1999). Indivíduos que se tenham separado, divorciado e viúvos têm maior probabilidade de sofrer perturbações depressivas (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Carvalho et al., 2014). Podemos ainda referir que mulheres solteiras parecem ser menos suscetíveis à depressão do que casadas, contudo, com os homens ocorre a situação oposta (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Lima, 1999). No entanto os indivíduos que vivem sozinhos demonstram um maior risco para a depressão (Lima, 1999).

Relativamente à história pessoal ou familiar, quando existem casos de depressão na família, os indivíduos têm maior risco de desenvolvimento de novo episódio depressivo (Gusmão et al., 2005). O risco é igualmente elevado para indivíduos que possam ter passado por um desenvolvimento mais conturbado com a existência de acontecimentos negativos (R. M. Gusmão et al., 2005). Neste sentido, a existência de um suporte social e a ausência de conflitos graves parecem ser fatores protetores da depressão (Lima, 1999).

Um fator de risco para a depressão prende-se também com o facto de se viver em áreas urbanas já que os diagnósticos desta perturbação realizados em áreas rurais são relativamente mais baixos comparativamente com áreas urbanas (Michalak et al., 2002). Segundo estudos realizados, a ocorrência de perturbações depressivas é cerca de duas vezes maior em comunidades urbanas, o que pode estar relacionado ao facto de nas áreas rurais os indivíduos se sentirem mais integrados e existir um menor número de *stress* (Lima, 1999). Neste sentido, podemos referir que indivíduos que moram em zonas urbanas apresentam uma maior prevalência de perturbações depressivas (Lima, 1999).

É ainda possível salientar como risco para a depressão, as fracas condições de alojamento e subnutrição (Department of Mental Health, 2003). O facto de um indivíduo estar no

desemprego também revela ser de forma consistente um fator de risco para a ocorrência de depressão (Lima, 1999).

São também encontrados resultados consistentes sobre o estatuto socioeconómico enquanto risco para a depressão, particularmente quando avaliado segundo índices de bens materiais, uma vez que a depressão é mais prevalente em níveis socioeconómicos mais baixos (Lorant et al., 2007). Esta baixa condição socioeconómica é particularmente avaliada por índices de padrão de vida material, que está associado a uma maior prevalência de depressão (Lorant et al., 2007).

Alguns estudos encontrados na pesquisa bibliográfica demonstra-nos a existência da relação entre a ansiedade e depressão com os consumos de álcool (Galvão, Pinheiro, Gomes & Ala, 2017). Em Portugal a investigação nestas áreas continua escassa, sendo, no entanto reconhecido por várias entidades, como, por exemplo, a Direção Geral de Saúde (DGS, 2012), que a saúde mental associada ao consumo de álcool, deve ser uma prioridade no acompanhamento dos indivíduos pela sua relação com a saúde mental. Neste sentido, o consumo em excesso do álcool acarreta potenciais consequências negativas para as diversas áreas da vida dos indivíduos, desde a saúde física à psíquica (Galvão et al., 2017).

Do que fica dito, para além dos fatores sociodemográficos, e para uma melhor compreensão dos fatores de risco da depressão, deve ser também tido em consideração as relações interpessoais e experiências de vida, pois, estes fatores, têm um papel fulcral na etiologia e manutenção da depressão.

Neste sentido, o *stress* que é desencadeado na vida do indivíduo devido a condições que a longo prazo trazem dificuldades, tais como dificuldades financeiras e nas relações interpessoais e ameaças à segurança do indivíduo, são fatores desencadeadores das perturbações depressivas (Lima, 1999).

Em suma, podemos verificar que as perturbações depressivas são altamente prevalentes e tendem afetar nomeadamente adultos e apresentam um problema episódico ou crónico (Almeida et al., 2013; Lima, 1999). Geralmente as perturbações depressivas são mais comuns em mulheres, indivíduos separados, com baixo nível de escolaridade e baixo nível socioeconómico e viúvas, estando associados a uma alta utilização de serviços de saúde (Almeida et al., 2013; Lima, 1999).

Segundo a revisão de literatura, as perturbações depressivas estão altamente associadas às perturbações de ansiedade. São vários os autores que destacam que a perturbação de ansiedade pode ser considerada um agente de risco para a evolução da depressão (Gusmão,

2005). Neste sentido, podemos verificar que a ansiedade costuma estar estreitamente associada aos sintomas de depressão.

Como estas duas patologias efetivamente partilham de características clínicas, sintomas, etiologias e tratamentos comuns, em seguida analisaremos as variáveis clínicas e sociodemográficas na ansiedade, no sentido de verificar se no nível deste ponto também verificamos a comorbilidade entre ambas (Gusmão, 2005).

2. Variáveis Clínicas e sociodemográficas na ansiedade

A ansiedade faz parte da vida do indivíduo, uma vez que é um processo fisiológico e comportamental recorrente, sobretudo, diante de situações desconhecidas (Lima Delfini et al., 2009). Neste sentido, a perturbação de ansiedade caracteriza-se por mal-estar, provocando tanto sintomas psíquicos quanto sintomas físicos, tais como apreensão e nervosismo (Lima Delfini et al., 2009).

Esta perturbação pode ser desencadeada quando o indivíduo está em contato com algo novo ou com situações inesperadas ou desconhecidas. Esta também pode ser desencadeada por diversos fatores clínicos e sociodemográficos que serão referidos a seguir (Castro, Scorza, & Chem, 2011).

Tal como na depressão, o número de pessoas com perturbação de ansiedade está aumentar significativamente, sobretudo em países de baixa renda porque a população está crescendo e vivem mais pessoas para a idade em que a ansiedade ocorre mais comumente (World Health Organization, 2017).

Em 2015, foi estimado que 3,6% da população global sofria de perturbações de ansiedade, e tal como verificamos na depressão, este acometimento é mais comum entre as mulheres em comparação com os homens a nível global (Carvalho, 2017; Özgün Niksarlioglu et al., 2016).

São várias as explicações para estas diferenças entre gêneros. Para além de fatores como maior aceitação cultural do medo e comportamento de evitamento e diferentes padrões adaptativos em mulheres, os homens tendem a usar substâncias que de certa forma camuflam a sintomatologia ansiosa (De Andrade et al., 2006).

Para Barlow (2002), as mulheres são mais suscetíveis a situações stressantes na infância e adolescência. Neste sentido, este fator associado à percepção que os seus comportamentos causam pouco impacto no ambiente, desenvolvem padrões pessimistas desadaptativos de avaliação da realidade (Cameron, 2007; De Andrade et al., 2006). Esses fatores associados à vulnerabilidade biológica geneticamente determinada de ser reativo biologicamente às

mudanças ambientais explicariam a maior ocorrência desses transtornos em mulheres (De Andrade et al., 2006).

A idade também pode ser um fator de risco sociodemográfico na perturbação de ansiedade (Carvalho et al., 2014; Özgün Niksarlioglu et al., 2016). Segundo dados sobre *Anos Vividos com Incapacidade* (YLD) distribuídos por grupos etários, mostram que é no grupo etário dos 15-49 anos que existe a maior taxa de anos vividos com incapacidade devido a esta perturbação (Carvalho et al., 2014). Neste sentido, os grupos das faixas etárias mais avançadas apresentam menos probabilidade de sofrerem de perturbações de ansiedade em relação aos grupos de menor idade (Almeida et al., 2013; Carvalho et al., 2014). É de referir que segundo a OMS as taxas de prevalência não variam substancialmente entre os grupos etários, embora haja uma tendência observável para uma menor prevalência entre as pessoas mais idosas (Carvalho, 2017).

O início de uma perturbação de ansiedade geralmente antecede ao início da depressão em indivíduos com esta comorbilidade. No entanto, o início precoce de ansiedade não implica necessariamente a causalidade (Cameron, 2007).

Relativamente à associação com o grau de escolaridade, os indivíduos que apresentam uma escolaridade mais baixa, evidenciam um risco estatisticamente significativo nas perturbações de ansiedade (Almeida et al., 2013; Gullich, Ramos, Zan, Scherer, & Mendoa-Sassi, 2013; Özgün Niksarlioglu et al., 2016; Patel & Kleinman, 2003).

Neste sentido, podemos verificar que prevalência de ansiedade é maior no sexo feminino, meia-idade e baixo nível de escolaridade (Mirza & Jenkins, 2004).

Um outro fator de risco na perturbação de ansiedade são as dificuldades financeiras, isto é, os baixos rendimentos económicos/dificuldades financeiras são um fator significativo associada à ansiedade (Gullich et al., 2013; Maria et al., 2009; Mirza & Jenkins, 2004). Este acontecimento é explicado pelo facto de que pessoas pobres enfatizam a ansiedade e o medo que experimentam sentindo-se inseguros e vulneráveis quando suas condições pioram, levando assim a sintomas ansiosos (Vincent Lorant et al., 2007). Neste sentido, é possível referir que ansiedade varia com os níveis socioeconómicos em que o indivíduo se encontra (Gullich et al., 2013). São também encontrados resultados consistentes em nível da relação entre casais (Maria et al., 2009). Neste sentido, a existência de problemas de relacionamento é um dos principais fatores de risco para a ansiedade (Mirza & Jenkins, 2004).

O excesso de consumo de álcool também é um fator de risco encontrado em alguns estudos encontrados na pesquisa bibliográfica (Galvão et al., 2017). A literatura demonstra ainda a relação que o excesso dos consumos de álcool tem com as perturbações emocionais.

Neste sentido, o consumo em excesso de álcool acarreta potenciais consequências negativas para as diversas áreas da vida dos indivíduos, desde a saúde física à psíquica (Galvão et al., 2017).

Em suma, é importante referir que detecção de fatores sociodemográficos e clínicos, assim como, os fatores agravantes aos quais os indivíduos estão submetidos, permite implementar medidas precoces de prevenção (Rezende et al., 2005).

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

1. Objetivos do estudo empírico

No decorrer da revisão teórica, verificamos que são vários os fatores clínicos e sociodemográficos que levam a perturbações de ansiedade e depressão. Segundo Hallstrom & McClure, (2000), constatamos ainda, a existência da comorbilidade das perturbações de ansiedade com a depressão, onde estes autores mencionam que a ansiedade pode ser considerada um agente de risco para a evolução de depressão.

Neste sentido, o objetivo geral deste estudo passa por caracterizar e analisar as variáveis clínicas e sociodemográficas em adultos com e sem perturbações emocionais.

Quanto aos objetivos específicos, estes englobam:

- a) A caracterização de um ponto de vista clínico e sociodemográfico dos clientes adultos que recorreram ao serviço de consulta psicológica de uma clínica pedagógica de psicologia entre 2015 e 2017;
- b) Analisar as diferenças entre os clientes que tem perturbação emocional com os que não têm no que diz respeito às variáveis sociodemográficas;
- c) Analisar as diferenças entre os clientes que tem perturbação emocional com os que não têm no que diz respeito às variáveis clínicas.

2. Método

O estudo em causa é descritivo e de cariz quantitativo, pois tem características mensuráveis dos indivíduos e caracteriza-se pela medida de variáveis e pela análise de dados numéricos. Em termos de paradigma, isto é, a visão do investigador do mundo, as suas crenças, que determinam a perspetiva segundo a qual este coloca a questão de investigação e estuda um fenómeno, assenta num paradigma positivista, que concebe a realidade como única e estática (Fortin, 2009).

Classifica-se ainda como transversal, pois a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado (Hochman et al, 2005). Podemos designá-lo também como um estudo exploratório de dados, pois traduz-se num conjunto de procedimentos que nos permite decidir com segurança a que tipo de teste o nosso estudo se enquadra para testar as hipóteses de investigação.

Perante os objetivos de estudo em questão, podemos verificar que, o design é inter-sujeitos, pelo facto de querermos comparar três grupos, onde são também distinguidos dois

tipos de variáveis – variável dependente e variável independente. É de referir que a variável dependente é a variável que sofrerá os efeitos da manipulação da variável independente (Martins, 2011).

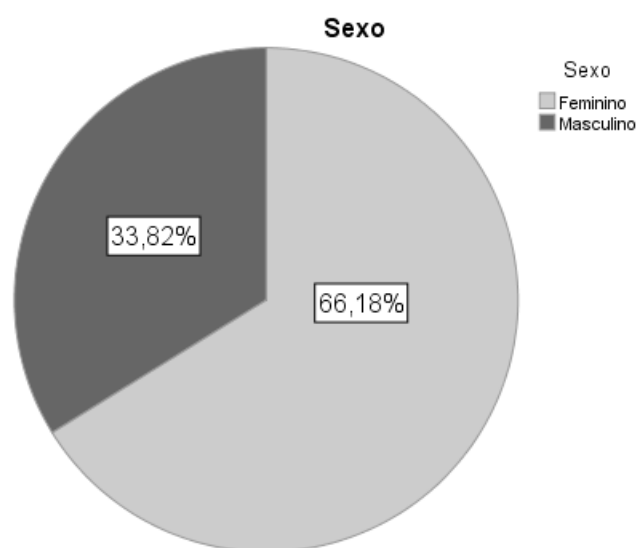
2.1.Participantes

As pessoas ou objetos acerca dos quais se pretende produzir conclusões designam-se de população. A população ou universo é a totalidade das observações pertinentes que podem ser feitas num dado problema. Por outro lado, a amostra é um subgrupo da população selecionada para obter informações relativas às características dessa população (Fortin, 2009).

Para o seguinte estudo, a amostra recolhida baseou-se nos processos de 68 indivíduos adultos, com idades compreendidas entre os 18 e os 86 anos, da Clínica Pedagógica de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa. Para a seleção dos mesmos recorreu-se a uma base de dados da clínica onde foram apenas selecionados os processos de adultos dos anos 2015, 2016 e 2017, sendo este o principal critério de inclusão.

Este estudo é constituído por uma amostra de conveniência, formado por um total de 68 indivíduos, dos quais 66,18% do sexo feminino ($n = 45$), enquanto os indivíduos do sexo masculino se encontram representados pelos restantes 33,82% ($n = 23$), conforme se pode comprovar pela análise do gráfico 1.

Gráfico 1 - Análise da percentagem dos indivíduos do sexo feminino e masculino.



Ao analisarmos a idade dos indivíduos, verificamos que variam entre um mínimo de 18 e um máximo de 86 ($M = 40,25$ e um $DP = 15,155$).

2.2. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados do presente estudo foi realizada através de processos arquivados na CPP, dos anos de 2015, 2016 e 2017, onde nos mesmos constam as variáveis clínicas e sociodemográficas definidas para a realização do estudo empírico.

Para além das variáveis mencionadas anteriormente, foi também utilizada uma breve escala de sintomas de autorrelato psicológico, nomeadamente o BSI – *Brief Symptom Inventory* (Canavaro, 2007). Este instrumento avalia a sintomatologia psicopatológica através de 53 itens de autorresposta que refletem, no seu conjunto, importantes elementos da psicopatologia considerados pelos manuais de classificação diagnósticos mais utilizados (CID-10; DSM-5). Os itens estão distribuídos por nove dimensões: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóica e psicoticismo. Os itens são ainda compostos por três índices globais: índice geral de sintomas, índice de sintomas positivo e total de sintomas positivos. Os índices globais medem o nível atual ou passado de sintomatologia, intensidade de sintomas e número de sintomas relatados, respetivamente (Derogatis, 1993).

2.3. Procedimento

Este projeto de investigação foi submetido pela Clínica Pedagógica de Psicologia à Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa, tendo sido declarado um parecer positivo (anexo I).

Para a execução desta investigação, numa primeira fase procedeu-se ao pedido de autorização à Coordenadora da Clínica para fazer análise documental dos processos da Unidade de Adultos e de Forense dos anos de 2015 a 2017 na Clínica Pedagógica de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa (anexo II).

A Clínica Pedagógica de Psicologia (CPP) é uma unidade orgânica de ensino integrado da Universidade Fernando Pessoa (UFP). Esta possibilita a concretização de atividades de aproximação à prática profissional dos alunos do curso de Psicologia, contribuindo para o desenvolvimento de linhas de investigação relacionadas com a intervenção psicológica. A CPP assume um papel importante a nível pedagógico, na formação prática e no nível de investigação.

O apoio psicológico fornecido pelos mesmos é realizado no âmbito das seguintes valências que compõem a CPP: Unidade Consulta Psicológica de Crianças e Adolescentes, Unidade Consulta Psicológica de Adultos, Unidade de Psicologia Forense e ainda a Unidade de Formação e Investigação.

Após as autorizações, todos os dados sociodemográficos previamente definidos e os dados para avaliação psicométrica foram introduzidos, analisados e trabalhados no programa estatístico IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences – versão 23).

Após a análise exploratória de dados, foi possível constatar que não foram cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos. Neste sentido, procedeu-se a uma análise e utilização de testes não paramétricos, nomeadamente o teste de qui-quadrado e o teste Kruskal-Wallis (Martins, 2011).

3. Resultados

3.1. Apresentação dos resultados

3.1.1. Caracterização de um ponto de vista clínico e sociodemográfico dos clientes adultos que recorreram ao serviço de consulta psicológica de uma clínica pedagógica de psicologia entre 2015 e 2017.

Para uma melhor compreensão do estudo em causa, começaremos por caracterizar as variáveis sociodemográficas dos indivíduos. Neste sentido, este estudo é formado por uma amostra de 68 indivíduos de ambos os sexos. Desta amostra e relativamente ao estado civil a maioria dos participantes são solteiros (38,2%) e com um número exatamente igual temos os casados/união de facto (38,2%).

No que concerne ao agregado familiar dos indivíduos, a maior parte destes vive com o companheiro e os filhos (27,3%). Com uma percentagem relativamente próxima, destacamos ainda os indivíduos que vivem com os pais (19,7%) e sozinhos (18,2%). No que se refere ao número de filhos dos indivíduos, destacam-se aqueles que não têm nenhum filho (42,6%) com uma percentagem mais baixa, destacamos os indivíduos que só tem um filho (29,4%).

No que se refere à escolaridade, são poucos aqueles que têm o 1º ciclo (3,0%), 2º ciclo (3,0%) e 3º ciclo (10,4%). Destacando-se assim os indivíduos com o secundário (44,8%) e os que têm como habilitações académicas, ensino superior (38,8%).

Relativamente à profissão dos indivíduos, a grande maioria destes encontra-se empregados (65,2%), sendo que os restantes, mas em minoria estudam (16,7%), estão desempregados (13,6%), ou reformados (4,5%).

Por fim e quanto à zona de residência dos indivíduos em questão, podemos destacar que a grande maioria reside numa zona urbana (58,5%).

Tabela 1 - *Caracterização sociodemográfica da amostra no que diz respeito ao estado civil, agregado familiar, número de filhos, escolaridade, profissão e zona de residência (N=68).*

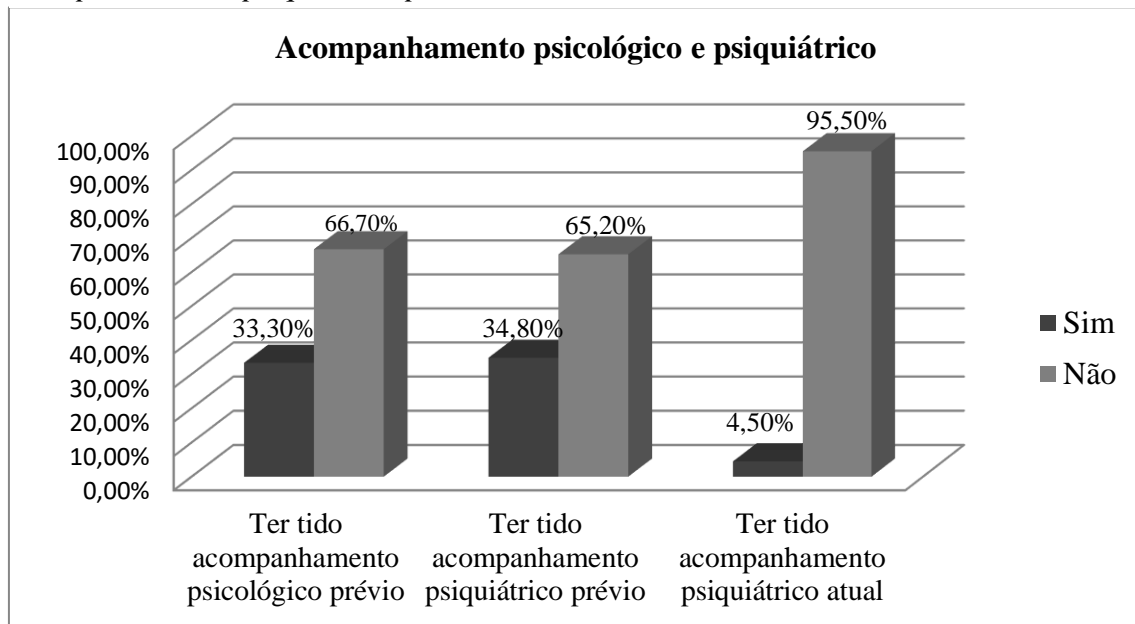
	<i>n</i>	<i>%</i>
Estado Civil		
Solteiro	26	38,2%
Casado/União de facto	26	38,2%
Divorciado/Separado	12	17,6%
Viúvo	4	5,9%
Agregado Familiar		
Sozinho	12	18,2%
Só com os filhos	8	12,2%
Com os irmãos	1	1,5%
Só com o companheiro	7	10,6%
Só com o companheiro os filhos	18	27,3%
Com os pais	13	19,7%
Companheiro, filhos e outros familiares	6	9,1%
Com outros não familiares	1	1,5%
Número de filhos		
Nenhum	29	42,6%
Um filho	20	29,4%
Dois filhos	14	20,6%
Três filhos	4	7,4%
Escolaridade		
1ºCiclo	2	3,0%
2º Ciclo	2	3,0%
3ºCiclo	7	10,4%
Secundário	30	44,8%
Ensino Superior	26	38,8%
Profissão		
Empregado	43	65,2%

Estudante	11	16,7%
Reformado	3	4,5%
Desempregado	9	13,6%
Zona de Residência		
Urbana	38	58,5%
Suburbana	19	29,2%
Outras localidades	8	12,3%

Para a caracterização dos indivíduos procedeu-se também à recolha de variáveis clínicas. Neste sentido, foram vários os motivos que levaram o indivíduo à consulta psicológica. Verificamos assim atrav, que 12 dos indivíduos recorreram à consulta psicológica devido a queixas ansiosas (17,6%), 19 com queixas depressivas (27,9%), 16 com dificuldades interpessoais (23,5%), e 21 com outros tipos de queixas (30,9%). Verificam-se com maior frequência os indivíduos que procuraram apoio psicológico por iniciativa própria ($n = 56$) que correspondem a 82,4%, seguindo-se os indivíduos que foram encaminhados por outros profissionais ($n = 10$) que correspondem a 14,7%, e por fim, os indivíduos que procuraram apoio psicológico por sugestão de outros familiares ($n = 2$) que correspondem a 2,9%.

Outra variável clínica que analisamos é o facto de o indivíduo ter tido, ou não acompanhamento psicológico prévio e acompanhamento psiquiátrico prévio e atual. Perante os resultados podemos verificar que, as percentagens mais altas correspondem ao facto de o indivíduo não ter tido acompanhamento psicológico prévio (66,70%), não ter tido acompanhamento psiquiátrico prévio (65,20%), e o indivíduo não ter tido acompanhamento psiquiátrico atual (95,50%)

Gráfico 2 – Distribuição da amostra em termos do acompanhamento psicológico prévio, acompanhamento psiquiátrico prévio e atual.



No que diz respeito aos consumos, e relativamente ao consumo de tabaco, podemos verificar (gráfico 3) que a maioria dos indivíduos não fumam ($n = 44$), correspondendo a 34,30%. No que diz respeito ao consumo de álcool, podemos constatar que a maioria não bebe álcool ($n = 61$), correspondendo a 91%, neste sentido, apenas 6 dos indivíduos manifestam consumir álcool em excesso no seu dia a dia (9%). Quanto ao consumo de drogas, constatamos uma grande diferença entre o número de indivíduos que consomem drogas ($n = 3$) correspondendo a 4,50%, e não consomem ($n = 64$), correspondendo a 95,50%.

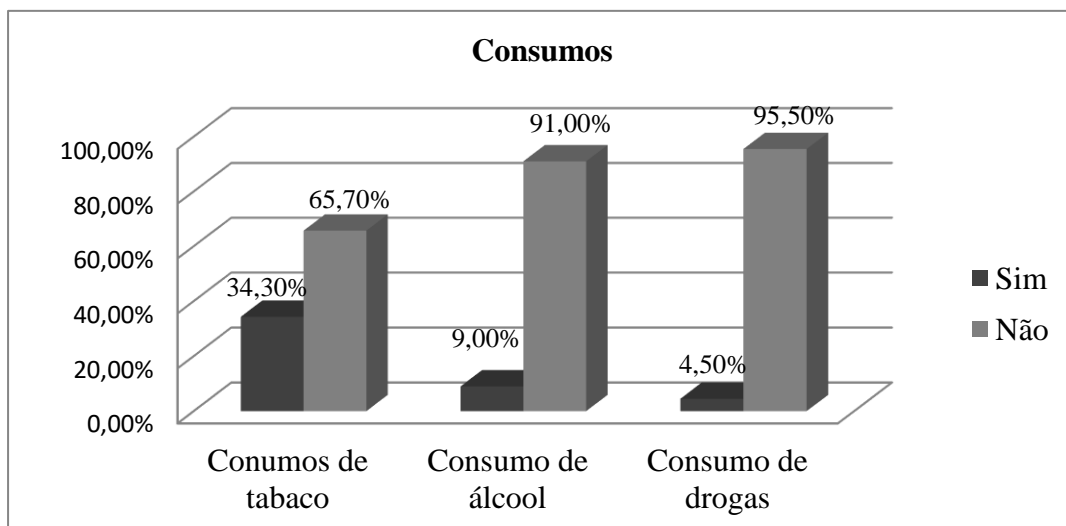


Gráfico 3 - *Distribuição da amostra em termos do consumo de tabaco, álcool e drogas com os que não consumiram.*

Relativamente à toma de psicofármacos podemos verificar que o número de indivíduos que tomam psicofármacos ($n = 32$) que correspondem a 48,5% é inferior ao que não toma psicofármacos ($n = 34$) que correspondem a 51,5%.

No que concerne aos problemas de saúde, podemos verificar um leque de problemas que os indivíduos desta amostra contêm. Neste sentido, começamos por destacar aqueles que estão em maior prevalência nomeadamente os problemas de imunoalergologia ($n = 6$) que corresponde a 26,1%, dentro desta categoria temos exemplos de problemas de rinite, de asma alergias, entre outros. Com a mesma percentagem 26,1% ($n = 6$) destacamos ainda outros tipo de problemas, tais como pedra nos rins, infertilidades, incontinência, entre outros. A seguir a estas categorias, temos as doenças gastrointestinais ($n = 5$) que correspondem a 21,7%, as doenças endócrinas, como por exemplo, diabetes, hipotiroidismo, entre outras ($n = 4$) que correspondem a 17,4%), e por fim as cardiovasculares, como por exemplo, hipertensão ($n = 2$) que correspondem a 8,7%.

Tabela 2 – *Caracterização da amostra de acordo com as variáveis clínicas toma de psicofármacos ($N= 68$), problemas de saúde ($N = 68$) e ocorrência de maus tratos ($N=67$).*

	<i>n</i>	<i>%</i>
Toma psicofármacos		
Sim	32	48,5%
Não	34	51,5%
Problemas de saúde		
Imunoalergologia	6	26,1%
Endócrinas	4	17,4%
Doenças gastrointestinais	5	21,7%
Cardiovasculares	2	8,7%
Outros	6	26,1%
Ocorrência de maus tratos		

Sim	18	26,9%
Não	49	73,1%

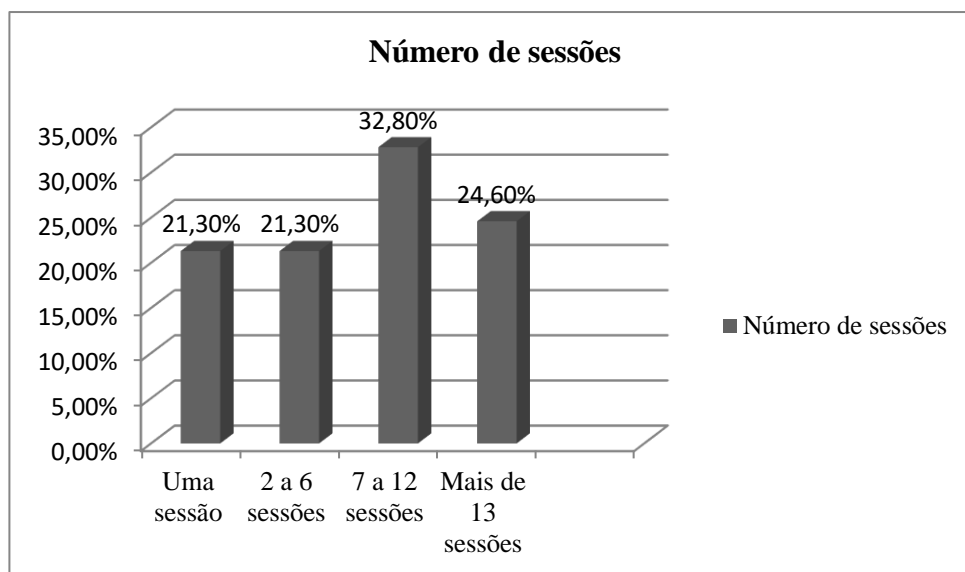
No que concerne ao diagnóstico de cada indivíduo, podemos observar que a maioria dos indivíduos não tem diagnóstico ($n = 31$) correspondendo a 45,6%. Logo de seguida verificamos os indivíduos com perturbações emocionais ($n = 25$), correspondendo a 36,8%. Ainda dentro deste parâmetro destacamos os restantes 12 indivíduos com outros diagnóstico, como por exemplo, perturbações de personalidade, perturbações psicóticas e perturbações de traumas e fatores de stress (17,6%).

Tabela 3 - *Caracterização das variáveis clínicas dos indivíduos no que diz respeito ao diagnóstico (N=68).*

	<i>n</i>	%
Diagnóstico		
Perturbações emocionais	25	36,8%
Sem diagnóstico	31	45,6%
Outras	12	17,6%

A média de número de sessões que os indivíduos tiveram ao longo do acompanhamento é de 2,61 ($DP = 1,084$). Podemos ainda verificar um valor mínimo de 1 e um máximo de 4. É de 7 a 12 sessões que se enquadra o maior número de indivíduos ($n = 20$), correspondendo a 32,80%. Logo a seguir, temos aqueles que tiveram mais de 13 sessões ($n = 24,6\%$), correspondendo a 24,60%. Os indivíduos que tiveram uma sessão, e entre 2 e 6 sessões, destacam-se com os mesmos valores e percentagens ($n = 13$ e 21,30%).

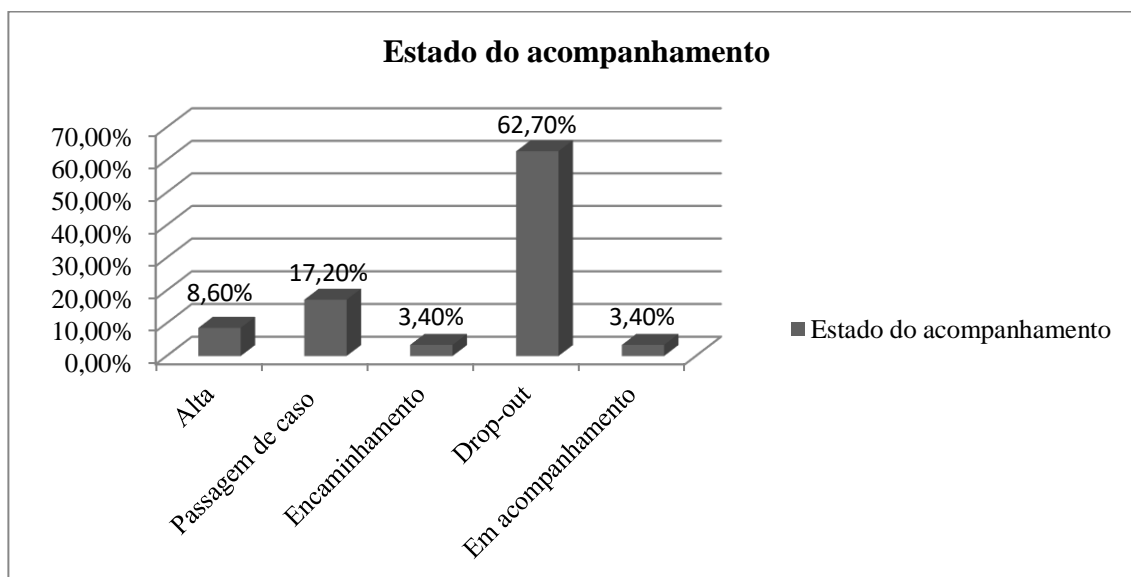
Gráfico 4 – Distribuição da amostra pelo número de sessões categorizadas.



Relativamente ao tempo total de tratamento em meses que os indivíduos beneficiaram, destacamos que varia entre o mínimo de um mês e o máximo de quatro meses ($M = 2,51$).

No que concerne ao estado do acompanhamento, verificamos que a maior parte dos indivíduos ($n = 39$), fizeram drop-out, correspondendo a 67,2%. Logo a seguir, podemos verificar os indivíduos que tiveram passagens de caso ($n = 10$), correspondendo a 17,2%. Com valores mais baixos, destacamos 10 indivíduos que tiveram alta (8,6%), e os restantes ($n = 2$) foram encaminhados para outros profissionais, correspondendo a 3,4%, e ainda continuam em acompanhamento ($n = 2$), correspondendo a 3,4%.

Gráfico 5 – Distribuição da amostra de acordo com o estado de acompanhamento.



Outras dimensões clínicas são as variáveis avaliadas através do BSI – *Brief Symptom Inventory*. Os itens deste questionário estão distribuídos por nove dimensões e três itens globais, sendo que estas três últimas avaliações sumárias de perturbação emocional.

Da amostra total ($N = 60$), sendo que os restantes 8 indivíduos do estudo em causa não preencheram o questionário, e analisando a média das nove dimensões referidas anteriormente, todas estas demonstram valores acima da média global das perturbações emocionais no questionário BSI, como se pode verificar na tabela 4. O mesmo se verifica no desvio-padrão em análise para estas nove dimensões no estudo em causa.

No que diz respeito aos três itens globais, e analisando a média e o desvio-padrão do índice geral de sintomas e índice de sintomas positivos da amostra ($N = 60$), verificamos valores acima da média das perturbações emocionais, ainda que sejam pequenas as diferenças, como se pode verificar na tabela 4.

No item do total de sintomas positivos, é possível verificar que este é o único item com um valor abaixo ($M = 36,32$) da média geral das perturbações emocionais ($M = 37,349$), enquanto que o desvio-padrão deste item se encontra acima da média. É importante referir que as diferenças entre os valores são pequenas.

Tabela 4 - *Caracterização da amostra de acordo com as variáveis clínicas avaliadas através do BSI.*

BSI	N	Mínimo	Máximo	DP	M	M (população geral com perturbações emocionais)
Somatização	60	,00	26,00	6,505	8,083	1,355
Obsessões-compulsões	60	,00	22,00	5,007	10,317	1,924
Sensibilidade interpessoal	60	,00	92,00	11,638	7,800	1,597
Depressão	60	0	23,00	5,593	10,650	1,828
Ansiedade	60	,00	23,00	5,909	10,117	1,753
Hostilidade	60	,00	17,00	4,754	7,150	1,411
Ansiedade fóbica	60	1,00	17,00	5,088	4,900	1,020
Ideação paranóide	60	0	25,00	5,141	8,667	1,532
Psicoticismo	60	0	17,00	4,445	7,200	1,403
Índice Geral de Sintomas	60	,06	2,98	,758	1,542	1,430
Índice de Sintomas Positivos	60	1,00	4,28	,625	2,141	2,111
Total de Sintomas Positivos	60	3	53	12,099	36,32	37,349

3.1.2. Análise das diferenças entre os clientes que tem perturbação emocional com os que não têm, no que diz respeito a variáveis sociodemográficas.

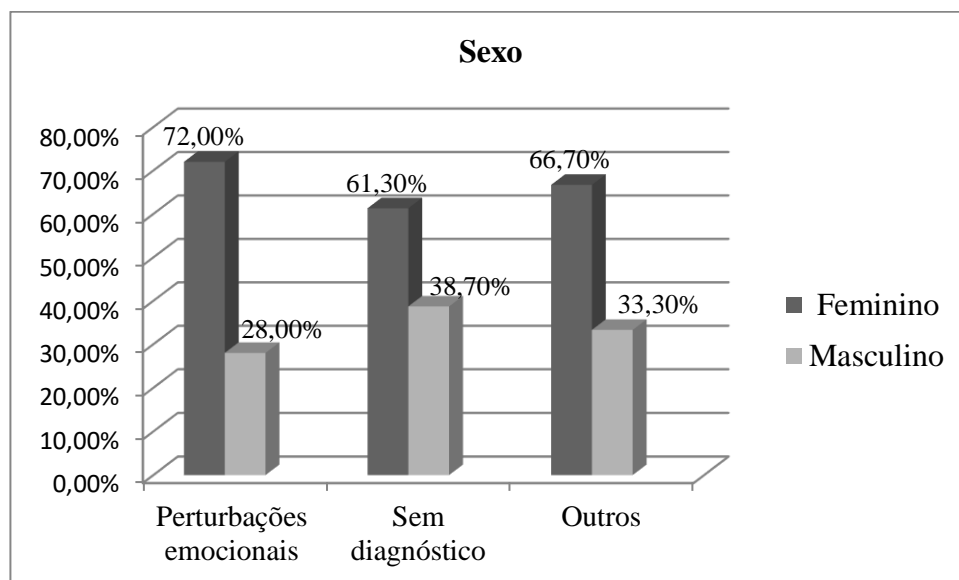
Em seguida, serão analisadas as variáveis sociodemográficas e quais as diferenças que existem entre os clientes que têm perturbação emocional com os que não têm.

Tendo em conta as variáveis sexo, zona de residência, profissão e estado civil, foi utilizado o teste qui-quadrado, pois este testa a independência entre as linhas e colunas de uma tabela de contingência que cruza duas variáveis nominais (ou uma variável nominal e outro ordinal), entre as quais se pretende averiguar a existência de uma associação. Este teste permite também a avaliação de uma associação (Martins, 2011).

Não obstante à ausência de diferenças significativas e como se trata de um estudo exploratório propomos de seguida uma análise mais detalhada da distribuição da amostra em termos do variável sexo em função da perturbação emocional.

Através do gráfico 6, torna-se bastante evidente que são as mulheres com maiores percentagens de perturbações emocionais, sem diagnóstico, assim como na categoria outros.

Gráfico 6 - Análise das diferenças em função do sexo de acordo com o tipo de diagnóstico (perturbações emocionais, sem diagnóstico e outros).

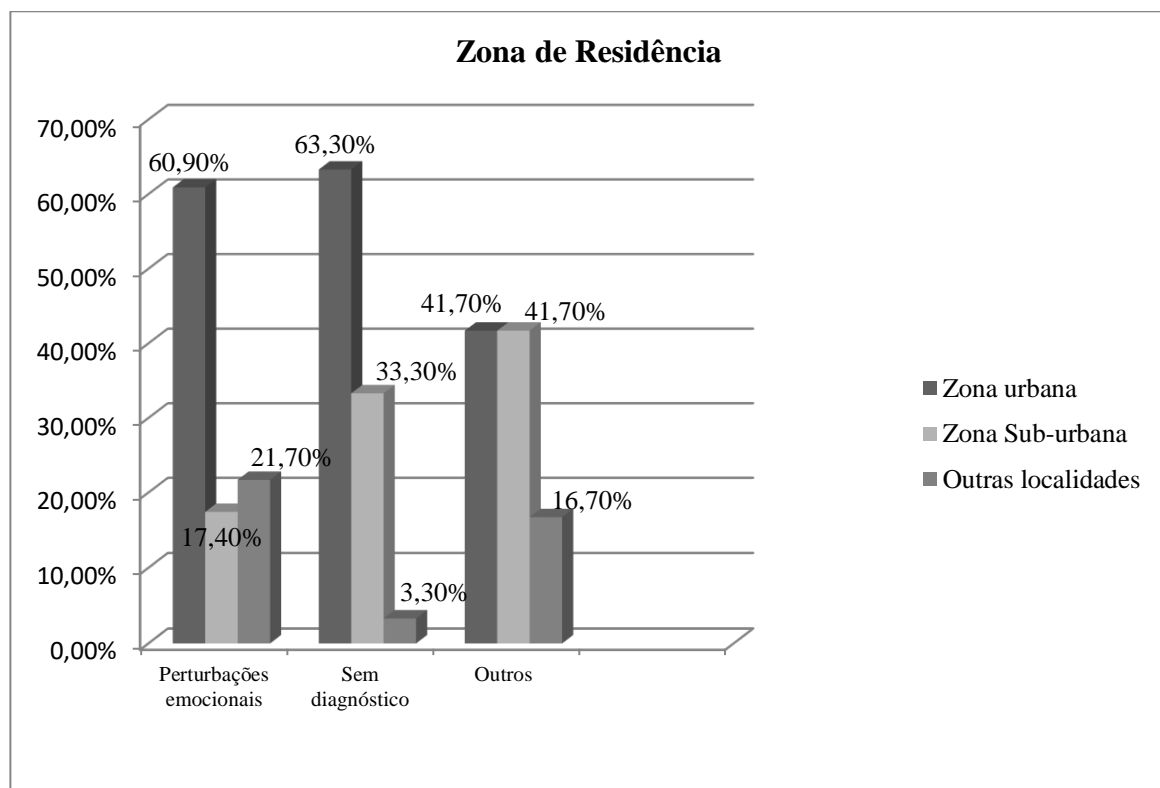


Nesta variável, verificamos que o valor do teste do qui-quadrado, com 2 graus de liberdade é de $p = .711$, com um nível de significância de $.701$. Apesar as diferenças não serem

estatisticamente significativas, permite-nos ver que temos mais mulheres do que homens com perturbações emocionais, sem diagnóstico assim como na categoria outros.

No que concerne à variável zona de residência, verificamos que a percentagem maior de 63,3% pertence aos indivíduos que residem nas áreas urbanas e que não têm diagnóstico. No que diz respeito aos indivíduos que chegaram à clínica de outras localidades, podemos verificar que a percentagem maior é de 41,70% correspondendo à categoria de outros diagnósticos. Em suma, a percentagem maior pertence aqueles que vêm das zonas urbanas e que não tem diagnóstico (63,30%). Aqueles que vêm das áreas sub-urbanas, demonstram uma maior percentagem (41,70%) na categoria de outros diagnósticos. É importante referir que os que vem das zonas urbanas e que temum diagnóstico de perturbações emocionais (60,90%), demonstram uma percentagem quase igual (63,30%) aos que não tem diagnóstico e vem da mesma zona de residência. Ainda nesta variável verificamos que o valor do teste do qui-quadrado, com 6 graus de liberdade é de $p = 5.647$, com um nível de significância de .464. Trata-se, pois, de uma associação estatisticamente não significativa.

Gráfico 7 - *Distribuição da amostra quanto à zona de residência em função da perturbação emocional.*



Não obstante, quando analisamos as diferenças entre os indivíduos que tem perturbação emocional com os que não tem no que diz respeito às variáveis sociodemográficas estado civil e profissão, não se encontram diferenças estatisticamente significativas, como na tabela apresentado abaixo (tabela 5). No entanto, importa referir que na variável estado civil, são os casados/união de facto que nos revelam uma maior percentagem (48%) com perturbações emocionais. Quanto aos que não tem diagnóstico, a maior percentagem verifica-se nos solteiros (48,5%). Por último, a maior percentagem de indivíduos com outras perturbações (50%), verifica-se nos indivíduos que estão solteiros. No que diz respeito à variável profissão, importa salientar que são os indivíduos empregados que nos mostram uma percentagem elevada de perturbações emocionais (72%).

Tabela 5 – *Análise das diferenças entre os indivíduos que tem perturbação emocional com os que não tem no que diz respeito às variáveis estado civil e profissão.*

Variável	X^2	<i>gl</i>	<i>p</i>
Estado civil			
Solteiro	5,647	6	,464
Casado/união de facto			
Divorciado/Separado			
Viúvo			
Profissão			
Empregado			
Estudante	6,238	6	,397
Reformado			
Desempregado			

Para uma interpretação consistente das variáveis idade, escolaridade e número de filhos, foi usado o Teste de Kruskal-wallis, que é caracterizado por ser um teste não paramétrico, pelo que trabalha com a ordenação dos valores e, conseqüentemente, ordens médias dos grupos de comparação (Martins, 2011).

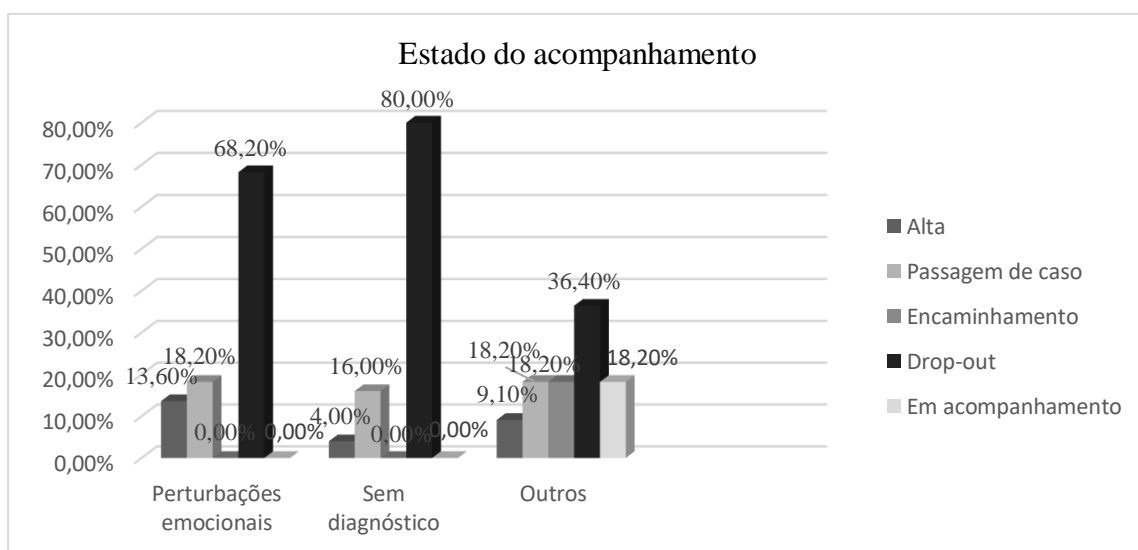
Relativamente à idade, inicialmente procedeu-se a uma categorização considerando a distribuição da amostra na mesma. Para esta variável, podemos verificar que o valor de χ^2 é de 3.76, com 2 graus de liberdade e uma significância associada de $p = .143$. No que diz respeito à variável escolaridade, verificamos que o valor de χ^2 é de 2.53, com 2 graus de liberdade e uma significância associada a $p = .282$. Na variável número de filhos, constatamos que o valor de χ^2 é de .764, com 2 graus de liberdade e uma significância associada a $p = .683$. Perante os resultados obtidos das variáveis mencionadas anteriormente, podemos constatar que não há diferenças significativas.

3.1.3. Análise das diferenças entre os clientes que tem perturbação emocional com os que não têm no que diz respeito às variáveis clínicas.

Importa também analisar as diferenças entre os clientes que tem perturbação emocional com os que não têm no que diz respeito às variáveis clínicas.

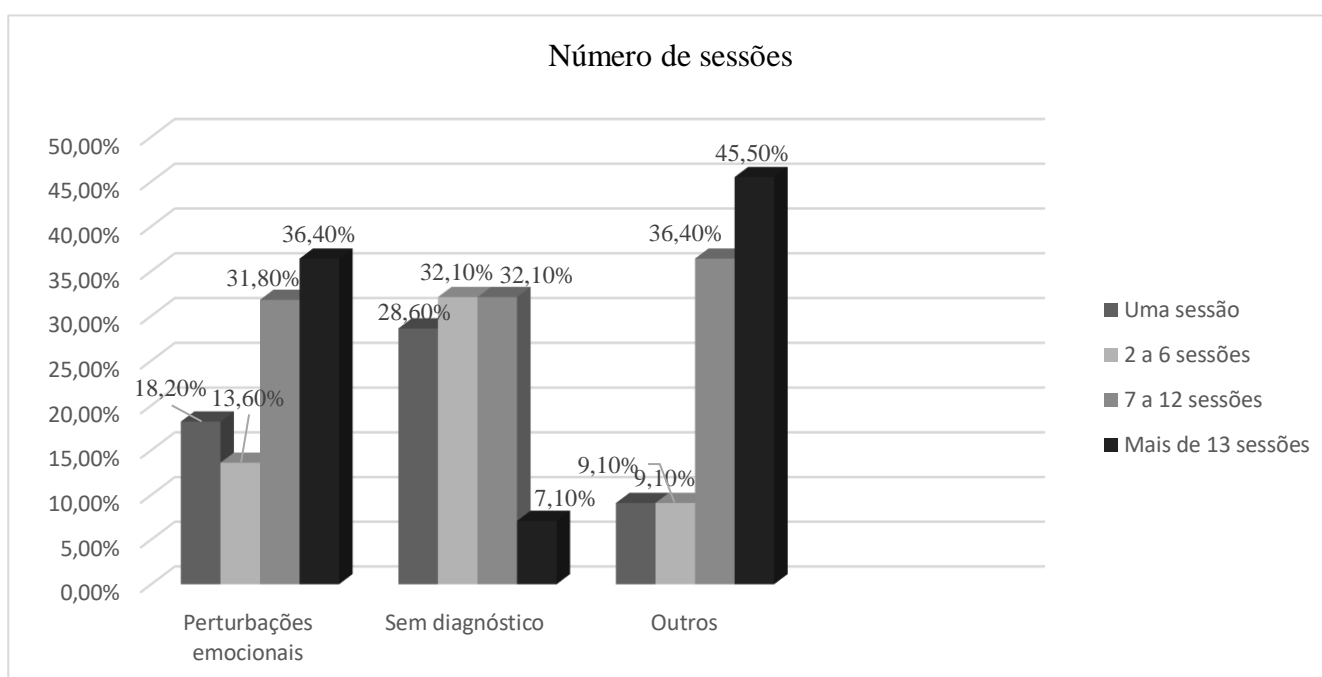
Numa primeira instância, começamos por analisar a variável estado do acompanhamento. Assim, nesta variável, foi possível verificar que no grupo de indivíduos com perturbações emocionais destacam-se com maior percentagem aqueles que realizaram *drop-out* (68,20%). Por conseguinte, o mesmo se observa no grupo de indivíduos sem diagnóstico, onde a percentagem de *drop-out* é de 80,00%. No grupo de outros diagnósticos, verificamos que 36,40% dos indivíduos também fizeram *drop-out*.

Gráfico 8 – Análise das diferenças em função do estado de acompanhamento de acordo com os tipos de diagnóstico (perturbações emocionais, sem diagnóstico e outros).



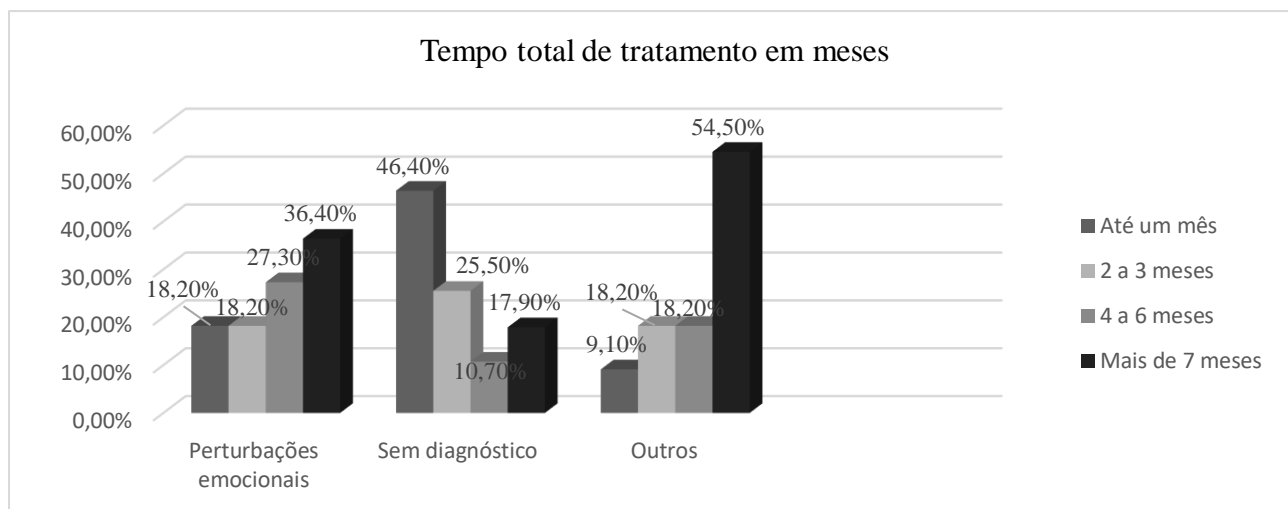
Relativamente à variável clínica número de sessões, é possível verificar que dentro do grupo perturbações emocionais a maior percentagem de indivíduos teve mais de treze sessões (36,40%). Quanto ao grupo sem diagnóstico, verifica-se que 32,10% teve entre duas e seis sessões e igualmente com a mesma percentagem teve entre sete a doze sessões. No grupo de outras perturbações constata-se que 45,50% dos indivíduos teve mais de treze sessões.

Gráfico 9 – Análise das diferenças em função do número de sessões de acordo com os tipos de diagnóstico (perturbações emocionais, sem diagnóstico e outros).



No que concerne à variável tempo de tratamento em meses é possível verificar que no grupo de indivíduos com perturbações emocionais, 36,40% esteve em acompanhamento mais de sete meses. Quanto ao grupo sem diagnóstico, verifica-se 46,40% teve em acompanhamento um mês. Por último, no grupo de outras perturbações verifica-se que 54,50% teve em acompanhamento mais de sete meses.

Gráfico 10 – Análise das diferenças em função do tempo total de tratamento em meses de acordo com os tipos de diagnóstico (perturbações emocionais, sem diagnóstico e outros).



No que diz respeito às variáveis que constituem o BSI e analisando os valores do teste Kruskal-wallis é possível verificar algumas diferenças significativas. Neste sentido, há diferenças significativas nas variáveis depressão ($p < 0.01$) e obsessões compulsões ($p < 0.05$) em função do diagnóstico. É possível ainda verificar que em todas as variáveis do questionário BSI, os valores mais altos da média verifica-se nos grupos das perturbações emocionais em comparação com os que tem outro diagnóstico ou não tem diagnóstico (tabela 7).

Tabela 6 - Análise dos valores do teste Kruskal-Wallis, graus de liberdade, média e nível de significância das variáveis e itens que constituem o BSI.

Variáveis	Grupos	N	X ²	M	p
Somatização	Perturbações emocionais	23	,318(2)	31,93	,853
	Sem diagnóstico	28		29,20	
	Outros	9		30,89	
Obsessões compulsões	Perturbações emocionais	23	5,655(2)	37,02	,059*
	Sem diagnóstico	28		27,50	
	Outros	9		23,17	
Sensibilidade interpessoal	Perturbações emocionais	23	4,843(2)	36,76	,089
	Sem diagnóstico	28		26,41	
	Outros	9		27,22	
Depressão	Perturbações emocionais	23	10,095(2)	39,26	,006*
	Sem diagnóstico	28		26,38	
	Outros	9		20,94	

Ansiedade	Perturbações emocionais	23		36,74	
	Sem diagnóstico	28	5,195(2)	25,57	,074
	Outros	9		29,89	
Hostilidade	Perturbações emocionais	23		31,24	
	Sem diagnóstico	28	,174(2)	30,57	,917
	Outros	9		28,39	
Ansiedade fóbica	Perturbações emocionais	23		35,43	
	Sem diagnóstico	28	3,348(2)	26,54	,187
	Outros	9		30,22	
Ideação	Perturbações emocionais	23		33,54	
	Sem diagnóstico	28	1,306(2)	29,27	,520
	Outros	9		26,56	
Psicoticismo	Perturbações emocionais	23		34,78	
	Sem diagnóstico	28	2,339(2)	28,30	,311
	Outros	9		26,39	
IGS	Perturbações emocionais	23		35,72	
	Sem diagnóstico	28	3,443(2)	27,80	,179
	Outros	9		25,56	
ISP	Perturbações emocionais	23		34,76	
	Sem diagnóstico	28	2,249(2)	28,13	,325
	Outros	9		27,00	
TSP	Perturbações emocionais	23		35,70	
	Sem diagnóstico	28	3,431(2)	27,84	,180
	Outros	9		25,50	

Nota: * $p < 0.01$

3.2. Discussão dos resultados

Tendo presente os resultados acima demonstrados apresentam-se sumariamente os resultados mais significativos, assim como, uma discussão dos mesmos. Para isto, realizou-se uma apreciação crítica e respetiva interpretação dos resultados obtidos de acordo com a revisão bibliográfica realizada. Procedeu-se também a uma análise detalhada dos objetivos gerais e específicos do estudo em causa.

Segundo a literatura, esta evidencia a relação existente entre as perturbações emocionais, nomeadamente a depressão e a ansiedade, sendo que, o objetivo específico deste estudo passa por caracterizar e analisar as variáveis clínicas e sociodemográficas em adultos com e sem perturbações emocionais.

Nesta investigação, foi possível verificar no que respeita à caracterização de um ponto de vista sociodemográfica dos indivíduos (**1º objetivo**), que a amostra composta por 68 indivíduos adultos são maioritariamente do sexo feminino, e têm nomeadamente idades compreendidas entre os 18 e os 86 anos sendo que a média é de 40 anos. No que concerne ao agregado familiar dos indivíduos, a maior parte destes vive com o companheiro e os filhos, no entanto, no total da nossa amostra, destacam-se aqueles que não têm nenhum filho.

No que se refere à escolaridade destacam-se os indivíduos com o secundário e os que tem o ensino superior. Relativamente à profissão dos indivíduos, a grande maioria destes encontram-se empregados. Em ambas as perturbações referidas no estudo em causa, a baixa escolaridade tanto no sexo feminino como no masculino, evidenciam um risco estatisticamente significativo nas perturbações emocionais. As fracas condições de alojamento, assim como, os níveis socioeconómicos baixos e dificuldades financeiras são também fatores mais vulneráveis ao aparecimento de perturbações emocionais (Lorant et al., 2007). Estes resultados incorporam em certa medida os resultados mais significativos aqui descritos encontrados no presente estudo relativamente à caracterização sociodemográfica

Quanto à zona de residência dos indivíduos em questão, podemos destacar que a grande maioria reside numa zona urbana. Tal como foi possível verificar na revisão bibliográfica, esta variável é considerada como uma factor de risco, já que o diagnóstico de perturbações emocionais realizados em áreas rurais são mais baixos comparativamente com as áreas urbanas (Michalak et al., 2002). Neste sentido, a ocorrência de perturbações emocionais é maior em comunidades urbanas, tal como na presente amostra, e pode estar relacionada ao facto de nas áreas rurais os indivíduos se sentirem menos stressados e mais integrados (Lima, 1999).

No que concerne à caracterização de um ponto de vista clínico dos indivíduos, verificamos algumas variáveis importantes em estudo. Os motivos que levaram o indivíduo à

consulta psicológica é um fator clínico deveras importante para o processo terapêutico. Neste sentido, os indivíduos recorreram à consulta psicológica devido a queixas ansiosas, queixas depressivas, a dificuldades interpessoais, mas, a maioria recorreu devido a outros tipos de queixas, como por exemplo, práticas parentais desajustadas, consumo excessivo de drogas, problemas emocionais, entre outros. É importante salientar ainda que se verifica com maior frequência os indivíduos que procuraram apoio psicológico por iniciativa própria, seguindo-se os indivíduos que foram encaminhados por outros profissionais, e por fim, os indivíduos que procuraram apoio psicológico por sugestão de outros familiares.

O facto de o indivíduo ter tido, ou não acompanhamento psicológico prévio e acompanhamento psiquiátrico prévio e atual, é outra variável clínica que destacamos no estudo em questão. Perante os resultados podemos verificar que, a percentagem mais alta corresponde ao facto de o indivíduo não ter tido acompanhamento psicológico prévio, acompanhamento psiquiátrico prévio e não ter tido acompanhamento psiquiátrico atual. No entanto, torna-se importante referir que os indivíduos que entram nos grupos mencionados anteriormente, não é para nós certo que não tenham tido qualquer tipo de acompanhamento, pode apenas não ter sido questionado.

Já no que diz respeito aos consumos de tabaco, álcool e drogas dos indivíduos, podemos verificar que a maioria destes, responderam não ter estes consumos nem no passado, nem no seu dia-a-dia. A literatura demonstra-nos a existência da relação entre a ansiedade e depressão com os consumos de álcool, pois o consumo em excesso do álcool acarreta potenciais consequências negativas para as diversas áreas da vida dos indivíduos, desde a saúde física à psíquica (Galvão et al., 2017).

Ainda nas variáveis clínicas dos indivíduos e no que diz respeito à toma de psicofármacos, aos problemas de saúde e a ocorrência de maus tratos, é possível verificar resultados bastante pertinentes. No que concerne à toma de psicofármacos podemos verificar que o número de indivíduos que tomam psicofármacos é inferior aos que não tomam psicofármacos.

Relativamente aos problemas de saúde, foi possível verificar um leque de problemas que os indivíduos deste estudo contêm. Neste sentido, começamos por destacar aqueles que estão em maior prevalência nomeadamente os problemas de imunoalergologia, dentro desta categoria temos exemplos de problemas de rinite, de asma alergias, entre outros. Destacamos ainda outros tipo de problemas, tais como pedra nos rins, infertilidades, incontinência, entre outros. A seguir a estas categorias, temos as doenças gastrointestinais, as doenças endócrinas, como por exemplo, diabetes, hipotiroidismo, entre outras, e por fim as cardiovasculares, como por exemplo, hipertensão.

Torna-se também pertinente realçar, que são vários os estudos que nos demonstram que, quando existem casos de depressão na família, os indivíduos têm maior risco de desenvolvimento de novo episódio depressivo (Gusmão et al., 2005). No estudo em causa, não é possível verificar este facto, contudo, é possível salientar que a ocorrência de maus-tratos, quer no passado, assim como, no presente tem um risco igualmente elevado. Com uma percentagem significativa, realçamos os indivíduos que não foram vítimas de maus tratos. Neste sentido, a existência de um suporte social e a ausência de conflitos graves parecem ser fatores protetores da depressão (Lima, 1999).

Uma das variáveis clínicas cruciais desta investigação prende-se com o diagnóstico dos indivíduos, pelo facto de conseguirmos compreender de uma forma mais concisa qual é o diagnóstico mais significativo em questão. No estudo em causa, verificamos que a maioria dos indivíduos não tem diagnóstico. Logo de seguida destacamos os indivíduos com perturbações emocionais. Ainda dentro deste parâmetro destacamos aqueles com outros diagnóstico, como por exemplo, perturbações de personalidade, perturbações psicóticas e perturbações de traumas e fatores de stress, mas estes em minoria. Como se trata de uma análise documental não obtemos informação mais concreta sobre a categoria daqueles que não têm diagnóstico, pois apenas dispomos de informação em registo. No entanto, podemos levantar a hipótese de que os indivíduos que não têm diagnóstico, poderem ter ou virem a ter um diagnóstico.

A média de número de sessões que os indivíduos tiveram ao longo do acompanhamento é outra variável clínica relevante para o estudo em questão. Constatamos que, dos indivíduos em causa, a maioria teve entre 7 a 12 sessões, e fizeram drop-out. Logo a seguir, podemos verificar os indivíduos que tiveram passagens de caso, que tiveram alta, que foram encaminhados para outros profissionais e os que ainda continuam em acompanhamento.

Por fim, e relativamente à variável clínica do questionário BSI, averiguamos que todos os itens do questionário têm valores acima da média global das perturbações emocionais. Neste sentido, constatamos que a amostra em questão que preencheu o questionário em contexto de consulta, obteve valores indicativos de perturbação emocional. Apenas o item de total de sintomas positivos apresenta um valor abaixo da média, contudo este valor não é significativo, pois a diferença é mínima. No item do índice geral de sintomas e o índice de sintomas positivos, os valores também se encontram acima da média geral das perturbações emocionais. Em suma, como estes três últimos índices globais se encontram acima da média e são avaliações sumárias das perturbações emocionais, podemos constatar que amostra em questão sofre de perturbação emocional.

No que concerne às diferenças entre os clientes que tem perturbações emocionais com os que não têm, no que diz respeito às variáveis sociodemográficas (**2º objetivo**), verificamos a existência de diferenças significativas neste parâmetro.

Estudos admitem que são vários os fatores sociodemográficos comuns entre as perturbações de depressão e de ansiedade. No que concerne ao estudo em causa, também é possível verificar os vários fatores sociodemográficos comuns entre as ambas as perturbações.

Neste sentido, é possível verificar que são as mulheres com maiores percentagens de perturbações emocionais, sem diagnóstico, assim como na categoria outros. Estes dados vão ao encontro da revisão bibliográfica, que nos mostra que as mulheres são mais vulneráveis às perturbações emocionais em comparação com os homens (Özgün Niksarlioglu et al., 2016; World Health Organization, 2005).

Um fator bastante pertinente neste estudo prende-se com o facto de que os indivíduos que residem em áreas urbanas têm duas vezes maior probabilidade de desencadear perturbações depressivas do que aqueles que residem em áreas rurais. Pelo que, segundo o estudo em causa pode se verificar a existência de um número elevado de perturbações depressivas em indivíduos nas áreas urbanas. Pois, a percentagem maior percente aos indivíduos que vem das zonas urbanas, mas que não têm diagnóstico, contudo as diferenças das percentagens entre as duas categorias não são significativas. Este acontecimento pode estar relacionado ao facto de nestes locais os indivíduos se sentirem mais integrados e existir um menor número de *stress* (Lima, 1999).

A profissão dos indivíduos, segundo a revisão bibliográfica também é um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações emocionais. O facto de um indivíduo estar no desemprego também revela ser de forma consistente um fator de risco para a ocorrência de depressão (Lima, 1999). O estudo em causa demonstra que os resultados não vão ao encontro do que a literatura nos demonstra, pois verificamos que são os indivíduos empregados que nos mostram uma percentagem elevada de perturbações emocionais.

Outro fator que se manifesta significativamente para o despoletar das perturbações emocionais é o estado civil dos indivíduos. No estudo em causa, são os casados/união de facto que nos revelam uma maior percentagem com perturbações emocionais. Estes resultados incorporam em certa medida os resultados encontrados na literatura, na medida em que a revisão bibliográfica nos demonstra que os homens casados são mais suscetíveis a perturbações emocionais (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; Lima, 1999). Segundo ainda dados da literatura, o maior risco é em indivíduos viúvos, separados ou divorciados, do que solteiros e casados mas aqui particularmente do sexo masculino (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; R. M. Gusmão et

al., 2005; Lima, 1999). Indivíduos que vivem sozinhos demonstram também um maior risco para a depressão (Lima, 1999).

Ao analisarmos outra variável importante em estudo, nomeadamente a idade dos indivíduos, verificamos que a média de idades dos indivíduos em estudo com perturbações emocionais, é de 40 anos de idade. A revisão de literatura mostra-nos que é entre os 24 e os 35 anos que existe uma maior prevalência para o diagnóstico de depressão, e entre os 15 e 49 anos de idade para um diagnóstico de ansiedade (Akhtar-Danesh & Landeen, 2007; R. M. Gusmão et al., 2005).

No que concerne às diferenças entre os clientes que tem perturbação emocional com os que não têm no que diz respeito às variáveis clínicas (**3º objetivo**), é possível verificar algumas diferenças estatisticamente significativas. Começamos por analisar a variável estado do acompanhamento, onde foi possível constatar que são os indivíduos que não têm diagnóstico que fazem *drop-out*. Pelo que, podemos averiguar que os indivíduos que não tem diagnóstico são os que fazem mais *drop-out*, onde isto nos mostra a importância do diagnóstico num processo terapêutico.

Verificam-se também diferenças estatisticamente significativas na variável clínica número de sessões e tempo total de tratamento em meses. Ao analisarmos estas variáveis é possível destacar que a maioria dos indivíduos estiveram em acompanhamento mais de 7 meses. Quanto ao número de sessões a maioria dos indivíduos tiveram entre 7 a 12 sessões. Estes resultados indicam assim que estas variáveis influenciam o diagnóstico dos indivíduos em estudo.

Por fim, e no que diz respeito às variáveis que constituem o BSI em comparação com os grupos de diagnóstico, permite-nos observar diferenças significativas. Assim, é possível destacar que os valores maiores correspondem às variáveis depressão e obsessões compulsões, onde se verifica as diferenças significativas. Relativamente à variável depressão, os itens que compõem esta dimensão refletem o grande número de indicadores de depressão clínica. Nesta variável estão representados os sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (Canavaro, 2007). Já na variável obsessões compulsões, são incluídos sintomas identificados com a síndrome clínica do mesmo nome. Esta dimensão inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são percebidos como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir. São também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (Canavaro, 2007). É possível ainda verificar que em todas as variáveis do questionário BSI, os valores mais altos da

média verifica-se nos grupos das perturbações emocionais em comparação com os que tem outro diagnóstico ou não tem diagnóstico (tabela 7).

CONCLUSÃO

Esta conclusão pretende ser uma reflexão crítica global, sintetizando os principais resultados do estudo em causa, integrando as eventuais limitações associadas, os principais contributos e implicações, como também as possíveis sugestões para estudos futuros.

Considerando a revisão bibliográfica, cerca de 450 milhões de pessoas a nível global sofrem de doenças mentais. Neste sentido, é fundamental compreender as perturbações emocionais que mais se destacam com elevada incidência na população, e quais os fatores clínicos e sociodemográficos associados que influenciam de forma significativa estas perturbações.

A título conclusivo, na presente amostra, realçamos os principais resultados obtidos. Neste sentido, destaca-se que são as mulheres com uma média de idade de 40 anos que apresentam a maior percentagem de perturbações emocionais em relação aos homens. Comprova-se também que da amostra em geral, é perceptível que são os que vivem nas zonas urbanas, que tem as maiores percentagens de perturbações emocionais, que não têm diagnóstico e que têm outros diagnósticos.

A par disto, evidencia-se que são os casados/união de facto que nos revelam uma maior percentagem de perturbações emocionais. No entanto, ao nos centrarmos na revisão bibliográfica, esta demonstra que são os viúvos, separados e divorciados mais propícios às perturbações emocionais. No presente estudo verifica-se ainda que são os indivíduos empregados que nos revelam as maiores percentagens de perturbações emocionais. Contudo, estes resultados não vão, em certa medida, ao encontro do que foi encontrado na revisão bibliográfica. No entanto, estes são dados bastante pertinentes para investigações futuras.

Uma grande conclusão que também é possível retirar, é o facto de serem os indivíduos que ao longo do processo terapêutico na clínica não obtiveram um diagnóstico clínico, apresentaram maiores percentagens de *drop-out*.

A par disto, destacamos o número de sessões e o tempo total de tratamento em meses que no presente estudo, não é possível tratar destas variáveis com fiabilidade. Pois, a maioria dos indivíduos esteve em acompanhamento mais de sete meses, mas isto não nos demonstra quantas sessões tiveram. Enquanto que no variável número de sessões, a maioria dos indivíduos teve entre 7 a 12 sessões, podendo estas terem sido realizadas em menos de sete meses ou em mais de 7 meses. Este facto seria bastante pertinente avaliar em investigações futuras, pois pode permitir analisar se os indivíduos com perturbações emocionais, têm ou não mais sessões terapêuticas que os indivíduos sem diagnóstico ou outro tipo de diagnóstico. E permite ainda

analisar, se os indivíduos com perturbações emocionais andam mais tempo em acompanhamento, em questão de meses, do que os indivíduos sem diagnóstico ou outros diagnósticos.

É importante salientar ainda o destaque que a revisão da literatura atribui à relação dos consumos de álcool com o desenvolvimento de depressão e ansiedade. Contudo, na amostra em questão os indivíduos revelaram não consumir álcool em quantidades excessivas.

De mencionar ainda que relativamente à variável clínica do questionário BSI, verificou-se que todos os itens do questionário preenchido pelos indivíduos do estudo em causa têm valores acima da média global das perturbações emocionais. Neste sentido, constatamos que a amostra em questão obteve valores indicativos de perturbação emocional.

A amostra como a que foi apresentada neste trabalho, apesar de ter dado um importante contributo para a compreensão das perturbações emocionais no adulto, não são suficientemente representativas. Recomenda-se, em futuros estudos, o recurso a amostras maiores, que se considera indispensáveis para verificar os resultados em relação às variáveis clínicas e sociodemográficas em adultos com perturbações emocionais.

Para o levantamento das variáveis clínicas e sociodemográficas de cada indivíduo do estudo em causa, recorreu-se aos processos da clínica pedagógica de psicologia da UFP. Todos estes processos foram realizados através do questionamento do terapeuta e dos autorrelatos do indivíduo. Este procedimento conteve algumas limitações, nomeadamente, o facto de em alguns processos faltar informação bastante pertinente para o estudo em questão, como por exemplo a variável tipo de diagnóstico, que a falta dele ou até mesmo a inexistência de um diagnóstico em alguns processos demonstrou ser uma limitação para o estudo. Outro exemplo que destacamos é a variável acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Aqueles que entram no grupo de não ter tido acompanhamento, não é para nós certo que não tenha tido, pode não ter sido questionado. Poderão na realidade já ter tido acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, mas o técnico não ter questionado.

Como não foram usadas outras fontes de informação para confirmar o relato dos indivíduos, não é possível determinar se os dados relatados refletem os dados sociodemográficos e clínicos reais. Em futuras investigações, o recurso a um preenchimento mais exaustivo dos processos em causa, pode oferecer uma oportunidade acrescida de inquirir mais informação pertinente ao estudo em causa.

Destacamos ainda como limitação, o facto de os processos da clínica só obterem uma grande parte da informação para o estudo em causa a partir do ano de 2015, pois todos os

processos anteriores a este ano não obtêm grande parte da informação necessária para o estudo, pelo que ficamos limitados no número da amostra.

Parece-nos pertinente, para estudos futuros ampliar a investigação da saúde mental bem como das perturbações emocionais. Seria importante também replicar estas investigações recorrendo a outros métodos de recolha de dados.

Este trabalho, ao analisar as variáveis clínicas e sociodemográficas em indivíduos com e sem perturbações emocionais, dá um contributo para futuras investigações que pretendam desenvolver planos de prevenção nos principais fatores de risco que levam à depressão e ansiedade no adulto. Referimos também que este trabalho contribuiu para uma visão mais clara sobre a saúde mental e os fatores de risco que prejudicam a mesma.

Enfatiza-se a relevância do tema desta investigação, considerando que a OMS (e.g., WHO, 2017) tem vindo a realçar uma atenção cada vez maior sobre as questões abordadas nesta investigação.

Os dados da presente investigação permitem compreender melhor as variáveis sociodemográficas e clínicas dos indivíduos associadas à ansiedade e depressão. Consentindo assim indicadores relevantes para a organização dos serviços clínicos, mas também para a intervenção psicológica. Assim, a investigação torna-se bastante pertinente pelo contributo dado à clínica para a contínua elaboração ou aperfeiçoamento das técnicas utilizadas no presente.

Em suma, seria importante efetuarem-se propostas de intervenção ao nível das perturbações emocionais, nomeadamente nos fatores de risco que levam às mesmas, através de planos de intervenção adequadas para os problemas em questão.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, P. R. (2006). Terapia analítico-comportamental da depressão: Uma antiga ou uma nova ciência aplicada? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(6), 322–328.
- Akhtar-Danesh, N., & Landeen, J. (2007). Relation between depression and sociodemographic factors. *International Journal of Mental Health Systems*, 1(4), 1–9.
- Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., ... Silva, J. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental - 1.º Relatório*.
- Almiro, P. A. (2011). Considerações Diferenciais em torno da Etiopatogenia da Depressão e da Melancolia. *Revista Eletrônica de Psicologia*, 1, 12–22.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*. 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Apóstolo, J., Mendes, A., Antunes, M., Rodrigues, M., Figueiredo, M., & Lopes, M. (2011). Perturbações afectivo-emocionais em contexto de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem*, 3(3), 67–74.
- Aros, M. S., & Yoshida, E. M. P. (2009). Estudos da depressão: Instrumentos de avaliação e gênero. *Boletim de Psicologia*, 59(130), 61–76.
- Bahls, S.-C. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação Em Psicologia (Qualis/CAPES: A2)*, 3, 49–60.
- Barbosa, J., & Borba, A. (2010). O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. *Revista Brasileira*, 12, 1–2.
- Barlow, D. H. (2009). *Manual clínico dos transtornos psicológicos - tratamento passo a passo* (4ª edição ed.).
- Cameron, O. G. (2007). Understanding Comorbid Depression and Anxiety. *Psychiatric Times*, 24(14), 51–54.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI). In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves & L. Almeida (Coord.) *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (vol. III, pp. 305–330). Coimbra: Quarteto Editora.

- Carneiro, A. M., Baptista, M. N., & Dos Santos, A. A. A. (2013). Medidas de sintomas depressivos em idosos: Relações com variáveis sociodemográficas. *Avances En Psicología Latinoamericana*, 31(3), 483–492.
- Carneiro, Falcone, Clark, & Prette, D. (2007). Qualidade de Vida , Apoio Social e Depressão em Idosos : Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão E Crítica*, 20(2), 229–237.
- Carvalho, A. (2017). Depressão e outras Perturbações Mentais Comuns. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Carvalho, A., Mateus, P., Xavier, M., Nogueira, P., Farinha, C., Alves, M., ... Oliveira, A. (2014). Saúde Mental em números – 2014. *Direção Geral Da Saúde*.
- Castillo, A., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 20–23.
- Castro, E. K. De, Scorza, A., & Chem, C. (2011). Qualidade de vida e indicadores de ansiedade e depressão de pacientes com cancro colo-rectal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12(1), 131–142.
- Cláudio, V. (2009). Domínios de esquemas precoces na depressão. *Análise Psicológica*, 2, 143–157.
- De Andrade, L. H. S. G., Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clinica*, 33(2), 43–54.
- Department of Mental Health. (2003). *Investing in Mental Health. World Health Organization*. Geneve.
- Derogatis, L. R. (1993). BSI: Brief Symptom Inventory. *Minneapolis: National Computer Systems*, 4(8), 32–40. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Brief+Symptom+Inventory#0>
- Direção Geral da Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança. World Health Organization*. 1ª Edição. Lisboa.
- Freitas Teixeira, A. F. (2013). *Depressão em doentes internados em hospitais gerais*. Porto.
- Galvão, A., Pinheiro, M., Gomes, M.J., & Ala, S. (2017). Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Spe. 5)*, 08-12.
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Rijo, D., Quartilho, M. J., ... Cristina, M. (2008). Sintomatologia Depressiva E Qualidade De Vida Na População Geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 103–112.

- Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention. *Clin Psychol*, 17(4), 293–306.
- Gullich, I., Ramos, A. B., Zan, T. R., Scherer, C., & Mendoa-Sassi, R. A. (2013). Prevalência de ansiedade em pacientes internados num hospital universitário do sul do Brasil e fatores associados. *Revista Brasileira Epidemiológica*, 16(3), 644–657.
- Gusmão, R. D. M. (2005). *Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento*. Dissertação de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.
- Gusmão, R. M., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., & Caldas de Almeida, J. M. (2005). Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Medica Portuguesa*, 18(2), 129–46.
- Hetem, L., & Graeff, F. (2004). *Transtornos de ansiedade*. São Paulo: Editora ATHENEU.
- Hoel, P., Port, C., & Stone, J. (1978). *Introdução à Teoria da Probabilidade*. (Interciência, Ed.).
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão - O mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clinica*, 33(2), 74–79. doi:10.1590/S0101-60832006000200007
- Kaelber, C. T., Moul, D. E., & Farmer, M. E. (1995). Epidemiology of depression. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1427–1429.
- Kessler, R. C., DuPont, R. L., Berglund, P., & Wittchen, H. U. (1999). Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *Am J Psychiatry*, 156(12), 1915–1923.
- Lenzé, E. J., Mulsant, B. H., Shear, M. K., Schulberg, H. C., Dew, M. A., Begley, A. E., ... Reynolds, C. F. 3Rd. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 722–728.
- Lima, M. S. De. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(5), 01–05.
- Lima Delfini, A. B., Roque, A. P., & Sanches Peres, R. (2009). Sintomatologia Ansiosa e Depressiva em Adultos Hospitalizados : Rastreamento em Enfermaria Clínica. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(1), 12–22.
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Delième, D., Anseau, M., Weich, S. T., ... Delie, D. (2007). Depression and socio-economic risk factors : 7-year longitudinal population study. *British Journal of Psychiatry*, 190, 293–298.
- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliege, D., Mackenbach, J., & Anseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *British Journal of Psychiatry*, 190, 293–298.

- Maia, Â. (1999). Terapias Cognitivo-Comportamentais da Depressão. *Psiquiatria E Praxis Psychiatrica*, 2(6), 19–28.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. D. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 25, 65–74.
- Maria, W., Pereira, P., Carolina, A., Schmitt, B., Buchalla, C. M., Olavo, A., & Reis, A. (2009). Ansiedade No Climatério : Prevalência E Fatores Associados. *Revista Brasileira de Crescimento E Desenvolvimento Humano*, 19(1), 89–97.
- Marques-Teixeira, J. (2001). Comorbilidade: Depressão e Ansiedade. *Saúde Mental*, 3(1), 1–10.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso a IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga:Psiquilibrios.
- Meneguelo Lobo, B. de O., Rigoli, M. M., Sbardelloto, G., Rinaldi, J., Argimon, I. de L., & Kristensen, C. (2012). Terapia cognitivo-comportamental em grupo para idosos com sintomas de ansiedade e depressão: resultados preliminares. *Psicologia:Teoria E Prática*, 14(2), 116–125.
- Michalak, E. E., Wilkinson, C., Hood, K., Srinivasan, J., Dowrick, C., & Dunn, G. (2002). Michalak, E.E., Wilkinson, C., Hood, K., Srinivasan, J., Dowrick, C., & Dunn, G. Prevalence and risk factors for depression in a rural setting. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(12), 567–571.
- Mirza, I., & Jenkins, R. (2004). Risk factors, prevalence, and treatment of anxiety and depressive disorders in Pakistan: systematic review. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 328, 1–5.
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in anxiety disorders: a metaanalytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572–581.
- Oliveira, G. F. De, Carreiro, G. S. P., Ferreira Filha, M. D. O., Lazarte, R., & Vianna, R. P. D. T. (2010). Risco para depressão, ansiedade e alcoolismo entre trabalhadores informais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 272–277.
- Organização Mundial de Saúde - OMS. (2002). Relatório Mundial da Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.
- Özgün Niksarlioglu, E. Y., Özkan, G., Günlüoğlu, G., Uysal, M. A., Gül, S., Kilic, L., ... Çamsarı, G. (2016). Factors related to depression and anxiety in adults with bronchiectasis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 3005–3010.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição Para O Estudo Da Adaptação Portuguesa Das Escalas De Ansiedade , Depressão E Stress (Eads) De 21 Itens De Lovibond E Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(2), 229–239.

- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 81(8), 609–615.
- Pinto, J., Martins, P., Pinheiro, T., & Oliveira, A. (2015). Ansiedade, depressão e stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148–163.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. De, & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl II), 73–80.
- Rezende, V. L., Derchain, S. F. M., Botega, N. J., Sarian, L. O., Vial, D. L., & Morais, S. S. (2005). Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. *Revista Brasileira de Ginecologia E Obstetrícia*, 27(12), 737–743.
- Rosenfield, S. (2000). Gender and dimensions of the self: Implications for internalizing and externalizing behavior. In *Gender and its effects on psychopathology* (E. Frank (., pp. 23–36). New York, USA: American Psychiatric Press.
- Schotte, C. K. W., Bossche, B. V. D., Doncker, D., Claes, S., & Cosyns, P. (2006). A biopsychossocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. *Depression and Anxiety*, 23, 312–324.
- Telles-Correia, D., & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressão em medicina: Modelos teóricos e avaliação. *Acta Medica Portuguesa*, 22, 89–98.
- World Health Organization. (2005). *Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization.

ANEXO I – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA

ANEXO II – SOLICITAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

Solicitação da autorização para análise documental

Caixa de entrada x



Gorete Eugenia da Costa Nogueira <27268@ufp.edu.pt>

para salves ▾

Boa tarde Prof.ª Dr.ª. **Sónia Alves**,

Venho por este meio no âmbito do estudo intitulado "Variáveis clínicas e sociodemográficas em adultos com perturbações emocionais: um olhar sobre os clientes de uma Clínica Pedagógica de Psicologia.", integrado na dissertação de mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, solicitar a autorização para fazer análise documental dos processos da Unidade de Adultos e de Forenses dos anos de 2015 a 2017 da Clínica Pedagógica de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa.

Com os melhores cumprimentos,
Gorete Nogueira

22/06 ☆



Sonia Alves <salves@ufp.edu.pt>

para mim ▾

Boa Tarde Dr.ª Gorete Nogueira,

Nada tenho a opor.

Sónia Pimentel Alves
(Coordenadora Clínica da CPP-UFP)

22/06 ☆

