

Inês Marina Estácio dos Reis

Stress e Depressão nos Estados de Crise: Um Estudo Exploratório



**Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

Porto, 2019

Inês Marina Estácio dos Reis

Stress e Depressão nos Estados de Crise: Um Estudo Exploratório



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências Humanas e Sociais
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Porto, 2019

Stress e Depressão nos Estados de Crise: um estudo exploratório

Inês Marina Estácio dos Reis

Stress e Depressão nos Estados de Crise: Um Estudo Exploratório

Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, realizado sob orientação científica da Professora Doutora Sónia Pimentel Alves.

Resumo

A preocupação e discussão sobre o perfil pessoal de cada utente inserido em unidades de apoio à saúde mental não deixa de parte a importância de estudar as variáveis psicométricas associadas aos fatores responsáveis pelos quadros emocionais dos indivíduos. Principalmente quando se trata de intervenções breves e com foco específico nos fatores desencadeadores, numa intervenção baseada no aqui e no agora.

O estudo foca-se, particularmente, na necessidade de aprofundar a reflexão em torno das variáveis *stress* e depressão em utentes inseridos na Consulta de Intervenção em Crise do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., através de um estudo documental, com uma amostra constituída por 223 participantes. Cerca de 81,2% são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos ($M= 36,78$ e $DP= 11,45$), sobretudo casados e solteiros e, predominantemente, com o 9º ano de escolaridade.

Entendendo a subjetividade inerente à existência humana, tentou sustentar-se a fundamentação nas teorias subjacentes aos modelos de intervenção psicológica utilizados nos estados de crise, apoiado nos quais se obteve os resultados da investigação através da análise estatística dos resultados de cotação da Escala de Vulnerabilidade ao *Stress* – 23 QVS ($M= 53,98$; $DP= 12,04$), que constata a presença de vulnerabilidade ao *stress* na amostra, e do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II ($M= 26,16$; $DP= 10,61$), que revela resultados médios correspondentes a Depressão Moderada.

A maior presença de vulnerabilidade ao *stress* encontra-se em indivíduos com comportamentos autoagressivos correspondentes a idade avançada (entre 56 e 65 anos), divorciados ou separados e com habilitações literárias até ao 9º ano de escolaridade. Resultados obtidos através das subescalas do 23 QVS permitiram caracterizar estes sujeitos como altamente perfeccionistas e intolerantes à frustração, com tendência à dramatização em circunstâncias negativas e preocupação excessiva com as mesmas quando fazem parte da sua rotina diária e com uma postura de subjugação face à crítica e à tomada de decisões.

Os valores mais elevados de depressão relativamente ao motivo de encaminhamento referem-se aos indivíduos com Risco Suicidário, que marcam presença de Depressão Severa. Não é constatável a ausência de depressão na média desta amostra,

apesar de revelar diferenças significativas entre Risco Suicidário, com os valores médios mais altos, e reações agudas ao *stress*, com os valores médios inferiores. Fazem parte, maioritariamente, indivíduos do sexo feminino, com mais do que 55 anos, viúvos e com escolaridade baixa.

Palavras-chave:

Estados de Crise; *Stress*; Depressão; Perturbação da Adaptação; 23 QVS; BDI-II.

Abstract

The concern and discussion about the personal profile of patients inserted in mental health support units doesn't leave out the importance of studying the psychometric variables associated to responsible factors for the individual emotional frames.

We particularly focus the study on the need to deepen the reflection around the stress and depression variables in patients inserted in the Intervention in Crisis of the Department of Psychiatry and Mental Health of the Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., through a quantitative analysis based in a documentary research, with a sample made up of 223 participants, of which 81.2% are female, aged between 18 and 64 years ($M = 36.78$ and $SD = 11.45$), mainly married or single, and, predominantly, with the 9th year of educational qualifications.

Understanding the inherent subjectivity of human existence, we attempted to support the foundations underlying the psychological intervention models used in the crisis states, based on which the results of the research were obtained through the statistical analysis of the quotation results of Vulnerability to Stress Scale - 23 QVS ($M = 53.98$; $SD = 12.04$), which shows the presence of stress vulnerability in the sample, and the Beck Depression Inventory - BDI-II ($M = 26.16$; $SD = 10.61$), which reveals data corresponding to Moderate Depression.

The presence of vulnerability to stress is found in individuals with a self-aggressive behavior corresponding to the advanced age (between 56 and 65 years), divorced or separated and with literacy up to the 9th year of educational qualifications. Results obtained through the subscales of the 23 QVS allowed to characterize these subjects as highly perfectionists and intolerant of frustration, with tendency to dramatization in negative circumstances and excessive discomfort with them when they are part of their daily routine and with a posture of subjugation about criticism and to decision-making.

The highest values of depression regarding the referral motive refer to individuals with Suicide Risk, who are present in Severe Depression. The absence of depression in the mean of this sample is not evident, although it reveals significant differences between

Suicide Risk with higher mean values and acute stress reactions, with lower mean values. The majority of the individuals are female, over 55, widowed and with a low level of literacy.

Key words:

Crisis States; Stress; Depression; Adaptation Disorder; 23 QVS; BDI-II.

*“Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los
e fazê-los viver, acrescentariam nova luminosidade
às estrelas, nova beleza ao mundo e maior amor
ao coração dos homens.”*

Fernando Pessoa

Agradecimentos

A todos os que me empurraram para a frente na concretização desta realidade:

À Professora Doutora Sónia Pimentel Alves e à Universidade Fernando Pessoa, por todo o apoio prestado; à Universidade de Coimbra, por toda a base de conhecimento que me proporcionou na licenciatura e na fraternidade;

À Doutora Salomé Abrantes Oliveira que apoiou desde início todo o meu interesse por esta investigação, marcando aqui uma nota especial: por todo o tempo de recolha e cotação destes dados e por todo o carinho, este trabalho tem a sua marca;

Ao Excelentíssimo Diretor do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHBV, E.P.E., Doutor António Marieiro, e à Excelentíssima Coordenadora da Unidade de Psicologia, Doutora Cláudia Margaça, pela autorização da realização desta investigação. Também a todos os técnicos da Consulta de Intervenção em Crise por me permitirem fazer parte desta investigação, desde há muito desenvolvida por toda a equipa;

Aos meus amigos de sempre pela partilha de tantas etapas juntos;

Quero dedicar especial atenção aos meus avós que adoro eternamente; aos meus tios e primos, por me darem sempre a mão;

Aos meus pais e à minha irmã: os meus melhores amigos. Felicidade é poder viver isto convosco;

Ao Ricardo, amor e homem da minha vida: somos um;

A todos os utentes, pelas histórias traduzidas nestas páginas.

Obrigada!

Índice Geral

Índice de Figuras	18
Índice de Tabelas	20
Índice de Abreviaturas, Siglas e Símbolos	22
Capítulo I - Enquadramento Teórico	24
1. Introdução	24
2. Estados de crise	25
3. Stress como antecedente e conseqüente de estados de crise	29
3.1. Riscos associados e prevenção	35
4. Depressão como tendência e como sintoma	37
4.1. Fatores de risco da depressão	41
Capítulo II - Estudo Empírico	41
1. Objetivos	41
2. Método	42
2.1. Participantes	42
2.2. Instrumentos	43
2.2.1 Escala de Vulnerabilidade ao Stress - 23 QVS	43
2.2.2. Inventário de Depressão de Beck – BDI-II	45
2.3. Procedimento	46
3. Apresentação e análise dos dados	47
3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra	47
3.2. Stress e depressão em função do motivo de encaminhamento	51
3.3. Stress e depressão em função das variáveis sociodemográficas	56
4. Discussão	58
Conclusão	60
Referências	63
Anexos	65

Índice de Figuras

Figura 1. Vulnerabilidade em Acontecimentos Menores	36
---	----

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização das variáveis sociodemográficas	47
Tabela 2. Caracterização do motivo de encaminhamento	48
Tabela 3. Total 23 QVS e subescalas e total BDI-II	50
Tabela 4. Análise descritiva e diferencial dos níveis de <i>stress</i> e depressão em função do motivo de encaminhamento	52
Tabela 5. Análise descritiva e diferencial dos níveis de <i>stress</i> e depressão em função do género	56
Tabela 6. Análise descritiva e diferencial dos níveis de <i>stress</i> e depressão em função da idade, estado civil e escolaridade	56

Índice de Abreviaturas, Siglas e Símbolos

23 QVS – Escala de Vulnerabilidade ao *Stress*

BDI-II – Inventário de Depressão de Beck

BSI - Inventário de Sintomas Psicopatológicos

CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga

CIC – Consulta de Intervenção em Crise

CRH - Corticotrofina

DP - Desvio-padrão

E.P.E. - Entidade Pública Empresarial

EPI - Inventário de Personalidade de Eysenck

IRP - Inventário de Resolução de Problemas

M - Média

n ou N - amostra

p - Nível de significância

p. - Página

SA-C - Modelo Somático-Afetivo e Cognitivo

SGA - Síndrome Geral da Adaptação

SNA - Sistema Nervoso Autónomo

t - Teste t de *student*

Z - Teste Z

% - Percentagem

> - Maior

< - Menor

≥ - Maior ou igual

≤ - Menor ou igual

= - Igual

Capítulo I - Enquadramento Teórico

1.Introdução

A fundamentação da presente investigação coloca-se na importância de variáveis relacionadas com os estados emocionais de indivíduos em estado de crise, como é o caso dos níveis de *stress* e depressão, e das suas características sociodemográficas. Trata-se de uma intervenção limitada no tempo, logo urge o conhecimento da população da melhor forma possível para que se selecione as melhores ferramentas para intervir de uma forma focada e eficaz. Neste sentido, em nome das práticas de psicologia e saúde mental, ressalva-se a tentativa em alcançar, através do tratamento dos dados referentes ao presente estudo, a intensificação da humanização dos cuidados prestados aos utentes num contexto de resgate do bem-estar psicológico dos mesmos.

Focando-se a intervenção sobretudo em ajustamento, com perspetiva de contribuir para o desenvolvimento de um percurso terapêutico ajustado às necessidades, a elaboração desta análise coloca inevitavelmente ênfase sobre o estado destes utentes no momento de entrada na unidade.

Trata-se de uma investigação do tipo quantitativo e documental, recorrendo a uma análise comparativa dos dados, não havendo intervenção direta do investigador na recolha dos mesmos, mas tendo obtido autorização para a sua utilização. Os dados a partir dos quais foi realizada a análise estatística são pertencentes à unidade de Consulta de Intervenção em Crise do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E.P.E., correspondentes aos resultados de cotação da Escala de Vulnerabilidade ao *Stress* – 23 QVS ($M= 53,48$; $DP= 12,038$) e do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II ($M= 26,16$; $DP= 10,614$).

A literatura científica documenta o quão são importantes as variáveis *stress* e depressão nos estados de crise causados pelo desequilíbrio homeostático, físico e psicológico, que afeta os indivíduos (Moreno, Peñacoba, González-Gutiérrez & Ardoy 2003; Parada, 2004).

Esta será uma temática desenvolvida, numa primeira parte, através do esclarecimento conceptual de estados de crise - com o desenvolvimento do conceito de acontecimentos de vida (Van Praag, De Kloet & Van Os, 2005; Parada, 2004; Moreno et al., 2003) e Perturbação da Adaptação (APA, 2014) - e estados associados de *stress* - com base nas teorias de Síndrome da Adaptação Geral (Selye, 1936), homeostase (Cannon, 1939), Modelo Transaccional do *Stress* (Lazarus & Folkman, 1984), *coping*, vulnerabilidade ao *stress* e predictabilidade (Vaz Serra, 2000) - e depressão - essencialmente com a tentativa de esclarecer a fronteira entre depressão e não depressão (APA, 2014), acontecimentos de vida e depressão (Van Praag et al., 2005) e esquemas cognitivos (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1997).

O Capítulo II dirá respeito à parte empírica, que terá como principais objetivos a caracterização clínica e sociodemográfica dos utentes da Consulta de Intervenção em Crise, a caracterização e comparação dos níveis de *stress* e depressão em função do motivo de encaminhamento e a caracterização e comparação dos níveis de *stress* e depressão em função das variáveis sociodemográficas.

2. Estados de crise

Entende-se crise como um estado de desequilíbrio emocional e circunstancial do indivíduo, que se vê desamparado pela ineficácia das estratégias prévias de resolução de problemas, impedindo-o de sair desse estado que o afeta grandemente (Parada, 2004). É marcado por uma busca intensa de equilíbrio entre si e o que o rodeia, causando sentimentos de desorganização, desesperança, tristeza, confusão e pânico (Wainrib & Bloch, 2000). Porém, perceber a causalidade dos estados de crise torna-se numa tarefa difícil, pois muitos são os fatores que podem estar na base do seu desenvolvimento e da sua evolução. Assim, torna-se importante caracterizar os eventos perturbadores em diferentes categorias (Van Praag et al., 2005):

- 1) **Acontecimentos de vida** - por definição, trata-se de uma ocorrência delimitada no tempo, de curta duração e de tal forma grave que é capaz de ter consequências emocionais e de longa duração;
- 2) **Dificuldades de longo prazo** - é difícil delimitar a diferença entre acontecimentos de vida e dificuldades a longo prazo dada a possível longa duração das consequências de um acontecimento agudo;
- 3) **Preocupações diárias** - trata-se de pequenos desapontamentos que, à primeira vista, podem parecer insignificantes, mas que se repetem diariamente provocando aborrecimento. É provável que constitua o conjunto de fatores impulsionadores das dificuldades a longo prazo, se existir uma intensificação e uma deficitária capacidade de adaptação.

De facto, a gravidade dos acontecimentos de vida leva a ponderar acerca do papel dos mesmos como sendo causa ou consequência de um determinado estado mental, tornando-se assim necessário proceder a uma organização assente nas seguintes sugestões de relação causal (Van Praag et al., 2005):

- 1) **O acontecimento de vida precede a perturbação mental, mantendo uma proximidade temporal** - mas, também, torna-se difícil calcular com precisão o momento de início de uma perturbação mental, assim como não explica o impacto que estes podem ter na vida do indivíduo, na medida em que o acontecimento pode ser de curta duração, mas não prevê a duração das consequências emocionais. Assim se podem explicar algumas das perturbações psíquicas em adultos decorrentes de acontecimentos traumatizantes na infância;
- 2) **A gravidade do acontecimento gera um turbilhão mental** - aqui, torna-se difícil objetivar a gravidade, visto que a mesma depende da estrutura da personalidade, das ligações sociais e das condições de vida;

- 3) **É possível demonstrar a relação entre a causa do acontecimento, as predisposições da personalidade e a perturbação mental** - pode-se tirar conclusões a partir desta ligação;
- 4) **A perturbação termina quando o acontecimento acaba** - nada consegue prever a finitude das consequências de um acontecimento, pelo que este critério tem uma validade limitada;
- 5) **As intervenções psicológicas têm um papel de recuperação mental de modo a melhorar as consequências** - neste critério é possível concluir se o estado mental é etiologicamente oriundo de um acontecimento ou não. No entanto, este pode ter causado perturbações que não estão ao nível de uma intervenção focada no fator desencadeador.

Apesar das controvérsias que cada critério apresenta, todos eles em conjunto devem ser tomados em conta. No entanto, apenas é possível constatar uma relação causal cientificamente válida se se tiver em conta variáveis biológicas, uma vez que acontecem disrupções cerebrais ao nível do humor, da ansiedade e regulação da agressividade (Van Praag et al., 2005).

Porém, a personalidade como fator predisponente permite-nos inferir o seu papel na determinação das consequências emocionais dos acontecimentos de vida, assim como a sua aliança aos fatores sociais. Deste modo, cada indivíduo é dotado de uma determinada elasticidade na resolução de problemas que estará incutida na sua personalidade, isto é, cada um é capaz de avaliar determinada situação conforme a experiência, considerando-a indiferente ao *stress*, acumuladora de stress ou geradora de stress, *“é a constituição da personalidade que, em última instância, determina de que forma as circunstâncias sociais influenciarão a resistência de alguém”* (Van Praag et al., 2005, p.41). Esta é, inevitavelmente, a avaliação essencial perante as informações pouco conclusivas e em constante mutação por parte da biologia (Van Praag et al., 2005).

Neste seguimento, não só os fatores sociais (natureza externa e muito heterogénea) influenciam a estrutura da personalidade como, também, os fatores

genéticos (os acontecimentos traumáticos podem ter origem no mundo interno do indivíduo). Estes sustentam o padrão de comportamento de cada sujeito independentemente das experiências e referem-se a acontecimentos de vida dependentes, podendo torná-lo vulnerável ao impacto destes. As investigações desenvolveram conclusões em torno do efeito direto que os genes têm sistema nervoso central provocando fatores de *stress*, a partir da diminuição da plasticidade dos circuitos responsáveis pelo humor, pela ansiedade e pela regulação da agressividade. Há, sem dúvida, um controlo genético na base dos acontecimentos traumáticos, assim como no desenvolvimento de uma personalidade disruptiva que expõe o sujeito ao risco ou tendência em expôr-se a esse tipo de eventos (Van Praag et al., 2005).

Despoletado por um fator desencadeador, importante de identificar, que pode ter consequências negativas (dependendo da gravidade real do evento), ou positivas (permitindo ao sujeito dominar a situação atual, resolver conflitos passados e aprender novas estratégias e, ainda, perspectivá-las em possíveis acontecimentos futuros), situações de crise provocam um desequilíbrio do funcionamento psíquico e orgânico que exige uma ação defensiva do organismo que se vê desafiado a restabelecer o equilíbrio interno (Moreno et al., 2003; Parada, 2004). Este esforço, a par dos recursos psicobiológicos insuficientes, acompanhados de sintomas ou comportamentos que aparecem até três meses após o início da situação e são clinicamente significativos, coloca a situação e as suas consequências num prisma em que necessitam de uma operacionalização consistente, enquadrando-se num diagnóstico clínico correspondente às Perturbações Relacionadas com Trauma e Stressores, especificamente Perturbação da Adaptação (APA, 2014) às quais, na prática, chamamos de reações de ajustamento.

Trata-se de uma reação mal-adaptativa de ajustamento de curto prazo, na qual o indivíduo pode responder em virtude de sintomas como o *Humor depressivo*, *Ansiedade*, *Misto de ansiedade e depressão*, *Perturbação da conduta*, *Perturbação mista das emoções e da conduta* e *Inespecífico* (para eventos não classificáveis com qualquer um dos outros subtipos estipulados), (APA, 2014). Vários podem ser os eventos causadores destes sintomas e o mesmo se torna impossível de generalizar, quanto mais dizer que todos os que são afetados pelo mesmo tipo de fatores desencadeiam as mesmas respostas. Porém, as condições que antecedem estes eventos podem ajudar a colocar os indivíduos

em grupos de fatores de risco que aumentam a probabilidade de ter uma perturbação da adaptação e podem incluir eventos negativos, mas também positivos, que causem uma resposta intensa de *stress* (luto, rutura afetiva, reações agudas ao *stress*, mudança de cidade para estudar, ter um filho, reações de ajustamento sem especificação - dificuldades em encarar uma mudança sem identificar uma causa específica -, entre outros), que também pode ser expressa através de condutas disruptivas e autolesivas, podendo ou não ter risco suicidário. Fazendo parte de uma vida quotidiana stressante, estes eventos desencadeiam sintomas emocionais, podendo ser considerados normativos e, dado o curto prazo de duração, menos patológicos que outro tipo de perturbações mentais e podem ocorrer em qualquer fase da vida de uma pessoa, mas sabe-se que prevalece na idade adulta e tem maior intensidade no sexo feminino, ainda que 2 a 8% possam ocorrer em crianças, adolescentes e idosos (Strain & Friedman, 2013).

3. Stress como antecedente e conseqüente de estados de crise

O *stress*, como conceito, consiste num estado emocional que acarreta diversos tipos de emoções de longa permanência e que se torna conseqüência dos padrões sociais exigidos na atualidade, tal como uma “epidemia” (Guerra, 2000). Neste espetro, torna-se num produto biológico, psicológico e social que define desafios para a vivência dos indivíduos (Ramos, 2001).

De uma forma etiológica, *stress* deriva do inglês e significa tensão, decorrente do latim *stringere*, que significa esticar, e *strictus*, restrito (Ramos, 2001).

É uma característica que está associada à mudança percebida pelo ser humano, constitui o conjunto de forças que atuam no organismo e que perturbam a sua homeostase (Cannon, 1929), mas com a qual tem de saber lidar até à morte (Vaz Serra, 2000). Porém, este termo é visto pela comunidade científica como um conceito difícil de definir. Sabe-se que refere um estímulo, a resposta ao estímulo e uma conseqüência fisiológica derivada da resposta, ou seja, as experiências de vida stressoras podem realmente ter um impacto no indivíduo ao nível psicobiológico, uma vez que põem em risco a integridade física e o bem-estar emocional da pessoa. A resposta negativa face a uma ameaça conjuga

uma panóplia de estados afetivos e cognitivos como a ansiedade, a frustração, a tristeza e o sentir-se sobrecarregado e desamparado (Kemeny, 2003).

Atualmente, a investigação conclui que um **fator de stress** se trata de uma exigência biológica ou psicológica apresentada a um indivíduo, ou agentes de ignição, podendo ser avaliado por este como rotineiro ou estimulador, gratificante ou excessivo e, ainda, como benigno ou nocivo. Esta avaliação interna conduz à ativação de uma diversidade de emoções, de entre as quais algumas podem ser prejudiciais e desagradáveis e originar um estado de tensão psíquica que é experienciada como perturbante, denominando este processo de síndrome de stress (Van Praag et al., 2005). Trata-se de qualquer situação que origine um estado emocional, de tal forma intenso, que influencie negativamente a homeostase interna. A **homeostase** torna-se num conceito que importa definir para o estudo do *stress*, uma vez que revela o equilíbrio que o organismo procura para se preservar e, sendo o *stress* a manifestação da quebra do equilíbrio interno, a sua principal função relaciona-se com a ativação do sistema nervoso simpático e, conseqüentemente, da diminuição da ação do sistema nervoso parassimpático na presença de tensão. Em circunstâncias normativas, esta reação é vista como uma defesa automática, todavia, torna-se problemática quando esta reação é exacerbada face à gravidade real da situação (Cannon, 1939).

Considerado o pai da investigação neste tema, Selye (1936) definiu o *stress* como um estado em que o organismo se desvia da sua condição normal de repouso e promove o desenvolvimento de um síndrome de manifestações gerais, uma adaptação às alterações ou reações orgânicas e o desenvolvimento patológico, face à dificuldade adaptativa ao *stress*, quando as conseqüências se ampliam e intensificam. Dependendo das situações, o *stress* pode ser classificado do ponto de vista de quem o vive, como agradáveis (*eustress*) ou desagradáveis (*distress*). Mesmo que maioritariamente conotado como negativo, o *stress* pode impulsionar a melhoria do funcionamento e aptidões (Vaz Serra, 2002). Assim, desenvolveu o conceito de **Síndrome de Adaptação Geral** marcado pela existência de reações inespecíficas do organismo contra estímulos causadores de *stress*, ou seja, independentemente da natureza da causa das alterações que este síndrome provoca, estas serão sempre as mesmas, quer seja a nível funcional, bioquímico, do espectro do humor ou morfológicamente. Visto tratar-se de uma resposta generalizada de

alarme do organismo a qualquer exigência, esta síndrome passa por **três fases sucessivas de evolução**:

- 1) A partir do choque resultante do momento em que ocorre o primeiro contacto com o estímulo, as alterações fisiológicas são enormes, começando pela **fase de alarme**, composta por rápidas alterações funcionais, tais como a tensão arterial, o ritmo cardíaco, os níveis de glicose e o equilíbrio eletrolítico, seguidos de tentativas de contradição (contra-choque) com o aumento da libertação de corticosteróides pelo córtex supra renal e de adrenalina pela medula supra renal. Em suma, ocorre uma atuação ao nível do Sistema Simpático, responsável pelas descargas de adrenalina (associada a emoções como a raiva) e de noradrenalina (caracterizando emoções relativas a estados depressivos e ansiogénicos) motivados pela defesa aos fenómenos que causaram a mudança;
- 2) a esta segue-se a **fase de resistência**, prosseguindo com o aumento do Sistema Simpático e a consequente libertação de catecolaminas e glicocorticóides fundamentais para a exaltação de atividades cerebrais, promovidas pela hiperatividade da glândula supra-renal sob influência do Hipotálamo, especificamente da Hipófise que, caracterizada pela persistência dos sintomas associados ao stress, desenvolve uma adaptação do organismo aos efeitos, propiciando a suscetibilidade aos efeitos nocivos provocados por outros fatores de *stress*, isto é, se o estímulo stressor continua irá atingir uma
- 3) **fase de exaustão** que apenas provocaria alterações de natureza biológica e que conduziria à morte dos organismos. Esta etapa retrata a fraqueza dos mecanismos de adaptação e o défice das reservas energéticas que, embora tenham resistência, não são ilimitadas. Assemelha-se à comum denominação de “esgotamento” e traduz o custo do esforço de adaptação (Selye, 1936).

Associar as fontes de *stress* aos estímulos que causam tensão nos organismos nem sempre pode ser visto como o modelo explicativo mais adequado, uma vez que

negligenciam características internas do indivíduo, pretendendo categorizar quando estas variam subjetivamente, tal como as abordagens interacionistas que, ao estudarem a relação entre estímulos e respostas, desprezavam toda a restante complexidade inerente ao estado de stress (Cunha et al., 2007 in Van Praag et al., 2005). Lazarus (1966) deu continuidade à investigação abrindo caminho para a **dimensão psicológica da resposta de stress**, e não apenas fisiológica como até então. O *stress*, nesta perspetiva, torna-se o resultado de um processo no qual as situações psicossociais podem constituir preditores e as capacidades de adaptação do indivíduo são excedidas pelas exigências percebidas. Facto este que ocorre através da avaliação que o indivíduo faz da situação em comparação à sua capacidade para lidar com a mesma, ou suportá-la, sendo um evento mais “stressante” quanto mais negativamente for avaliado pelo indivíduo. Também se torna importante classificar os eventos quanto à sua natureza, podendo esta ser variada, interna ou externa ao indivíduo, sendo que a primeira diz respeito a tudo o que se passa no mundo interno do indivíduo, aos seus padrões de comportamento, aos seus valores e crenças, às suas cognições, entre outros, enquanto que se classificam como externos todos os eventos que são independentes da existência do indivíduo, estando relacionados com o seu ambiente (Van Praag et al., 2005).

Para que esta relação fosse melhor compreendida, vários autores procuraram conceber o conceito de *coping*, como o conjunto de estratégias que os indivíduos desenvolvem para se adaptar, resolver, ou minimizar as consequências do *stress*. Historicamente, 1) o surgimento teórico do conceito de *coping* assentava em ideias relacionadas com a psicopatologia, nas quais existia uma hierarquia estável e cujos mecanismos estavam categorizados conforme o seu grau de adaptação; 2) numa proposta de melhoria deste conceito, a investigação passou a distinguir mecanismos de defesa, que seriam ferramentas rígidas e com derivações inconscientes, de estratégias de *coping*, consideradas mais flexíveis e conscientes ao ponto de orientarem a realidade para o futuro (Folkman & Lazarus, 1980); 3) mais adiante, o *coping* começou a ser visto como um processo transaccional entre o sujeito e o contexto, marcando não só a importância do processo por ele mesmo mas, também, pela concetualização das características pessoais dos indivíduos relacionadas com a personalidade (Lazarus & Folkman, 1984).

Através do estudo do **modelo transacional do stress**, Lazarus (1999) desenvolve o conceito de *stress* como o resultado da relação entre a carga emocional do indivíduo e a resposta ao mesmo a nível psicofisiológico. É, desta forma, que conclui que todos os fatores que rodeiam o indivíduo são fundamentais para a avaliação cognitiva que este faz perante eventos stressores e para a análise da capacidade de enfrentamento, passando pelos fatores predisponentes, ao nível genético e psicológico, e pelos precipitantes, relativos ao contexto. Só assim as estratégias de *coping* permitem a adaptação psicológica, quer para a resolução de problemas (estratégias focadas no problema), quer para minimizar o impacto emocional (estratégias focadas nas emoções) (Vaz Serra, 2007).

O indivíduo torna-se ativo no processo, pelo facto de ser o único responsável pela avaliação, consciente ou inconsciente, do mundo externo e das suas capacidades para lidar com as exigências que este lhe traz. É a forma como o sujeito percebe o *stress* que determina a forma como responde, as emoções sentidas, assim como as ferramentas que necessita para combater o *stress*. Passamos de uma avaliação baseada em respostas e em estímulos, para uma **avaliação assente na interação** que o sujeito, através da cognição, estabelece entre ambos tendo em conta a instabilidade que decorre da variabilidade natural do ambiente (Lazarus & Folkman, 1984).

As fases da **avaliação cognitiva do stress**, segundo o Modelo Transacional, são programadas em (Ramos, 2001):

- 1) **Avaliação Primária** - na qual o indivíduo estabelece a relação entre a situação e as suas consequências, procurando perceber o seu significado;
- 2) **Avaliação Secundária** - que analisa as exigências impostas pelo mundo externo de modo a recrutar meios para lhes fazer face;
- 3) **Reavaliação** - enquanto as duas fases anteriores podem ocorrer simultaneamente, esta reiniciará com uma reflexão do indivíduo face à sua condição perante as respostas que foi obtendo, permitindo-lhe perceber se ainda está em *stress*.

Outra perspectiva a ter em conta na avaliação das situações de *stress* é o conceito de **vulnerabilidade ao stress** de um indivíduo. Esta é variável de indivíduo para indivíduo, sendo alguns mais resistentes a múltiplas situações aversivas e, outros, vulneráveis ao mínimo acontecimento. A perceção de gravidade pode ter relação direta com o acontecimento em si ou, em contrário, apenas com as predisposições da pessoa, dos seus recursos e da interpretação subjetiva dos acontecimentos (Vaz Serra, 2000).

Em termos evolutivos, a sociedade incute nos indivíduos uma variedade de desafios e estes foram desenvolvendo mecanismos para responder perante situações indutoras de *stress* de variadas origens. Podem, porém, surgir acontecimentos inesperados que exijam outros reforços e uma nova e mais adequada adaptação, originando o *stress* (Vaz Serra, 2000).

“Por definição podemos referir que um indivíduo se sente em stress quando considera que não tem aptidões e recursos (pessoais ou sociais) para superar o grau de exigência que dada circunstância lhe estabelece e que é considerada importante para si”, sentindo-se, então, vulnerável, sem controlo (Vaz Serra, 2000, p.262).

O *stress* pode ter origens diversas, podendo corresponder a **acontecimentos traumáticos graves, catástrofes naturais, acontecimentos significativos da vida** e, “de uma forma mais insidiosa e menos perceptível” (Vaz Serra, 2000, p.267) podem resultar em **situações crónicas de stress**, acontecimentos diários que cumulativamente se tornam **microindutores de stress** e que se contrastam com os **macroindutores de stress** derivados do sistema socioeconómico. Ainda, as **circunstâncias desejadas que não se concretizam** e os **traumas ocorridos na infância** são enumerados como indutores de *stress*. A estes podem chamar-se **esquemas mentais**, responsáveis pela perceção da realidade por parte do indivíduo, influenciados pelas memórias afetivas ligadas a determinados acontecimentos e capazes de o fazer percecionar uma realidade indiferenciada. Estes esquemas funcionam no organismo de uma forma autónoma, permitindo ao indivíduo atribuir significados às situações que experiencia e organizá-los. Noutra linguagem, trata-se de descodificar uma dada situação de acordo com a experiência, que lhe fornece os mecanismos de ação, bem como o que pode dela resultar (Vaz Serra, 2000).

Estas circunstâncias podem ter consequências graves ao longo da vida destes sujeitos, induzindo estados de crise nos indivíduos que os vivenciam e podem ser marcadas pelo apoio social prestado (Vaz Serra, 2000).

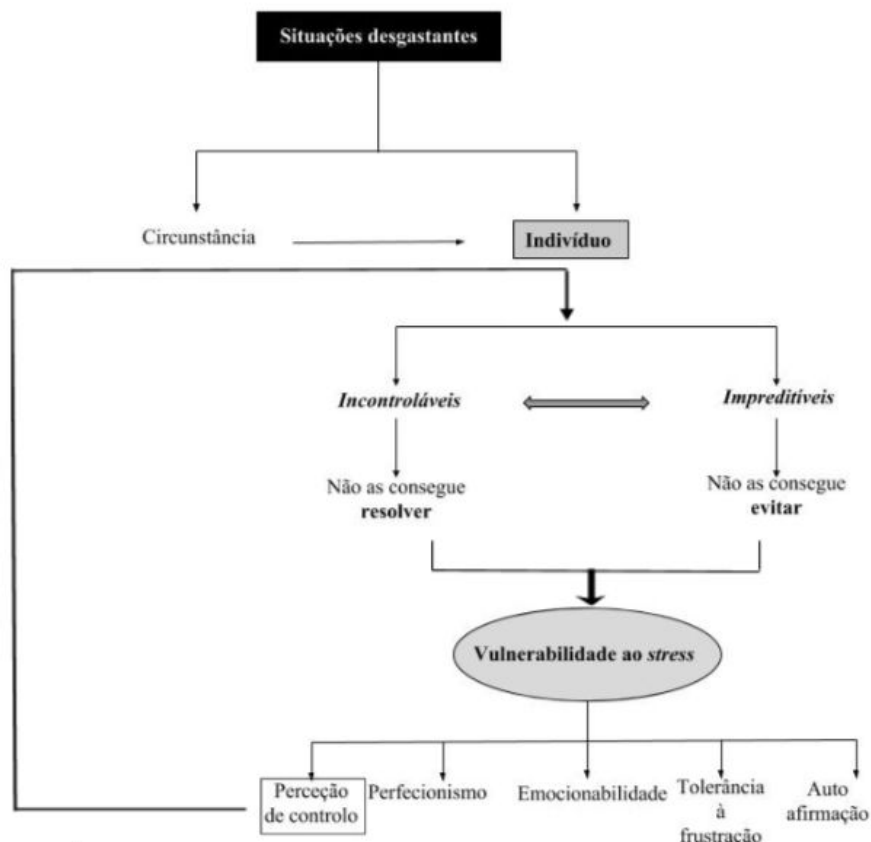
3.1. Riscos associados e prevenção

Os efeitos psíquicos dos fatores de *stress* não são uniformes e variam inter e intra individualmente, pelo que os mecanismos para lidar com os mesmos, consequentemente, também. Estes previnem, reduzem ou evitam o mal estar provocado e a estratégia depende da avaliação da situação que o indivíduo faz, bem como das variáveis da personalidade (Van Praag et al., 2005).

A avaliação que é feita acabará por determinar a natureza da estratégia, sendo que se o indivíduo considerar que tem capacidade de fazer algo para combater as consequências, tratar-se-á de uma adaptação focada nos problemas, na qual os comportamentos prevaletentes passam por adotar uma postura ativa para lidar com o *stress*, para lidar com a situação ameaçadora, para encontrar compensação ou para fugir; mas, se o enfoque for na incapacidade de resolver a situação, a questão assenta numa adaptação centrada nas emoções, motivando a natureza passiva através do evitamento, o sujeito evade-se ou resigna-se (Lazarus & Folkman, 1984; Van Praag et al., 2005).

Um conceito a destacar na prática clínica é a **predictabilidade**, fornece mecanismos de ação aos indivíduos que lhe permitem reduzir o impacto negativo dos acontecimentos e as consequências psicológicas negativas. Deste modo, o sujeito sente que detém controlo sobre os acontecimentos e sobre as suas ações para fazer face aos mesmos. É neste foco que a intervenção deve assentar, na capacidade do indivíduo em fazer frente às situações adversas e trabalhar os fatores de vulnerabilidade (**filtro cognitivo**), deixando para segundo plano a circunstância em si (Vaz Serra, 2000).

As situações desgastantes tornam-se, do ponto de vista interno, **incontroláveis**, ou sem capacidade para as resolver, e **impreditíveis**, ou sem condições para as evitar. “A **perceção de controlo** que um indivíduo tem sobre dado problema seguramente ajudam a esbater os efeitos do *stress*” (Vaz Serra, 2000, p. 268).



Fonte: Baseado em Vaz Serra (2000). *A Vulnerabilidade ao Stress*. Coimbra, p.268.

Figura 1

Vulnerabilidade em Acontecimentos Menores

E poderá ser o stress causa ou consequência das perturbações mentais?

Caso o indivíduo já padeça, previamente de uma perturbação mental, a probabilidade de manter ou intensificar os sintomas não se retira, nomeadamente em perturbações mentais que envolvem depressão, ansiedade ou o consumo de substâncias ilícitas ou álcool. No caso da esquizofrenia, em particular, está comprovado que agrava os sintomas (Kaplan & Sadock, 1998 in Vaz Serra, 2000).

No entanto, como consequência da presença de *stress*, podem ocorrer variadas manifestações sabendo-se que não é possível comprovar circunstâncias específicas que

produzem o mesmo tipo de sintomas, uma vez que do mesmo modo que é possível constatar as mesmas perturbações podem ocorrer na ausência desta exposição, não fazendo com que esta relação seja uniforme (Vaz Serra, 2000).

4. Depressão como tendência e como sintoma

Delimitar a fronteira entre depressão e não depressão parece bem demarcada, mas nem sempre fácil de operacionalizar. Ainda continua a ser largamente controversa a ideia de que a tristeza pode ser tanto precursora como apaziguadora da depressão, no entanto, esta apenas se relaciona com o humor, enquanto a depressão engloba outros domínios emocionais para além deste. Torna-se importante ressaltar algumas possíveis fronteiras (Van Praag et al., 2005):

- 1) **Duração dos sintomas** - Se os sintomas persistirem por duas ou mais semanas pode ponderar-se a presença de Perturbação Depressiva Major (APA, 2014);
- 2) **Gravidade dos sintomas** - O critério gravidade ainda continua por especificar, porque apesar do DSM considerar a Perturbação Depressiva Major mais grave do que a Distímia (APA, 2014), esta tem um caráter crónico que relativiza a questão;
- 3) **Diminuição do funcionamento social e profissional** - Ainda não existe nenhum método elaborado para que se possa definir esta fronteira, no entanto trata-se de uma marca útil, visto que na depressão clinicamente diagnosticada existem consequências intensas nas rotinas de vida diárias (APA, 2014).
- 4) **Traços depressivos relacionados com a personalidade** - os traços de personalidade depressivos, ou a perturbação depressiva da personalidade (APA, 2014), tratam-se de estados do humor egossintónicos, duradouros e parte da estrutura do Ego. Porém, a fronteira é difícil de delimitar, visto que o significado causal dos acontecimentos de vida nas perturbações do humor pode estar

relacionado tanto com o aumento como com a diminuição do surgimento de pensamentos perturbadores face a alguns acontecimentos.

Mas, será que existe uma relação causal entre acontecimentos de vida e depressão? Quais serão os preditores?

Como já havia sido referido anteriormente, um dos aspetos mais importantes para a consolidação das conclusões acerca do impacto dos acontecimentos de vida e da depressão como consequência, é analisar as características individuais da personalidade. Uma das inferências principais, é que estas permitem determinar a vulnerabilidade ao *stress*, assim como predir o envolvimento em situações que aumentem a exposição ao *stress* e determinar os resultados da avaliação do acontecimento (Van Praag et al., 2005).

A personalidade trata-se de um construto individual e engloba todas as características de uma pessoa que, geralmente, se mantêm estáveis ao longo da vida. A definição de características individuais próprias pode, também, constituir padrões de comportamento que sujeitam o indivíduo a agir de uma determinada maneira em eventos semelhantes, levando autores como Hirschfeld et al. (1983) ao desenvolvimento de investigações que esclarecem uma certa transversalidade e Clayton et al. (1994) a uma prospeção entre perturbações da personalidade e sujeitos deprimidos (Van Praag et al., 2005).

Os acontecimentos de vida e a sua gravidade são aumentados no momento prévio à depressão major, bem como para outros tipos de depressão. Num estudo elaborado por Brown e Moran (1994) e Dohrenwend et al. (1995), através da comparação entre indivíduos com critérios de depressão e indivíduos não deprimidos, concluiu-se que os acontecimentos de maior gravidade mantêm uma relação direta com o início da depressão e que esta poderá ser consequência de uma sucessão de acontecimentos, num período não superior a um ano, aumentando o risco de depressão proporcionalmente ao número de acontecimentos graves, o que joga a favor da relação entre fatores de *stress* e depressão. Ormel (1999) investigou uma medida de magnitude do fator de risco de depressão após exposição a eventos negativos, e definiu a sua variância num fator entre 3 e 10, através da relação entre a incidência da depressão nos indivíduos submetidos a um fator de *stress* e a

incidência da depressão nas pessoas que não foram expostas. Paykel (1978) calculou o chamado *brought-forward time*, num tempo estimado de dois anos, o qual exprime, matematicamente, a probabilidade da ocorrência de um episódio de depressão após um determinado acontecimento, numa relação de causa-efeito. Contudo, esta relação não exprime qualquer evidência de que existe uma inevitabilidade, na medida em que acontecimentos de vida graves podem preceder outro tipo de perturbações que não a depressão (Van Praag et al., 2005).

Outro conceito importante acerca do pensamento depressivo, tal como no *stress*, está relacionado com os esquemas e como estes permitem a manutenção das atitudes indutoras de sofrimento, mesmo na ausência dos estímulos preditores. Ao conjunto de estímulos que compõe uma determinada situação, o indivíduo tende a mobilizar a sua atenção seletivamente a estímulos específicos, padroniza-os e conceptua a situação. Esta padronização leva a que cada sujeito mantenha uma postura consistente face a situações idênticas, constituindo padrões cognitivos estáveis que determinam a forma como o indivíduo responde, designados por esquema. Assim, o esquema resume o processo de extração, diferenciação e codificação de estímulos ameaçadores para o indivíduo, através do qual este avalia as suas experiências através de uma matriz de esquemas (Beck et al., 1997).

Em indivíduos deprimidos, segundo a teoria cognitiva, verifica-se uma conceptualização da situação de forma distorcida de modo a encaixar nos esquemas disfuncionais, existindo uma perda de controlo sobre os processos de pensamento, bem como uma incapacidade de selecionar esquemas mais ajustados à medida que a depressão piora, diminuindo, também, a noção de que as interpretações não correspondem à realidade, apesar da existência de evidências contraditórias. Nisto, quanto mais grave a depressão se torna, maior a probabilidade do sujeito se deixar dominar pelo esquema, de tal modo que começa a negligenciar outro tipo de estímulos essenciais para a manutenção das rotinas de vida diárias. Torna-se importante ressaltar que estes comportamentos assentam em distorções cognitivas sustentadas pelas seguintes crenças (Beck et al., 1997):

- 1) **Inferência arbitrária** - processo assente no desenvolvimento de conclusões na ausência de evidências que as comprovem;
- 2) **Abstração seletiva** - processo através do qual se tende a negligenciar um conjunto de estímulos em detrimento da focalização num só estímulo e guiar toda a experiência através desta conceptualização;
- 3) **Hipergeneralização** - manifesta uma tendência em tornar um padrão como regra geral, a partir da qual se aplica a situações relacionadas e não relacionadas;
- 4) **Magnificação e minimização** - processo que influencia a avaliação da magnitude de um acontecimento, de modo a distorcê-lo;
- 5) **Personalização** - conexão que o indivíduo faz entre acontecimentos alheios a si próprio, quando, na realidade, estes não se identificam com o mesmo;
- 6) **Pensamento dicotómico absolutista** - categorização das experiências vividas em dois extremos opostos de avaliação.

Em complemento, Beck et al. (1997) conceituam os indivíduos deprimidos num prisma primitivo de organização da realidade, isto é, existe uma propensão em estruturar as experiências de modo extremo, negativo, categórico, absoluto e sentencioso. A avaliação é feita através da comparação com um pensamento maduro, no qual as características não se deverão basear na categorização das situações de vida, mas sim numa postura que permita colocar as determinadas situações em perspetiva e as encaixem em variadas dimensões, quantitativamente e não assente em ideais absolutistas. Um indivíduo com um pensamento primitivo tenderá a ver as suas experiências como derrotas fixas ou irreversíveis, categorizando-se como um “perdedor” condenado (Beck et al., 1997).

4.1. Fatores de risco da depressão

Sabe-se que caso exista história pessoal ou familiar de depressão, a probabilidade de repetição é duas ou três vezes superior a um indivíduo sem esses antecedentes; é, também, duas vezes superior no sexo feminino relativamente ao masculino. Por sua vez, a este último corresponde a maioria da prevalência do risco, sendo superior em indivíduos não casados e que tenham experienciado acontecimentos negativos no ano anterior, nomeadamente em casos de luto, perda ou de humilhação (Gusmão, 2005).

O risco depressivo afeta preferencialmente população idosa e tem vindo a aumentar entre os 15-34 anos das camadas mais jovens, sendo 1 das 3 primeiras causas de mortalidade e o desfecho mais trágico desta condição, tendo as mortes por suicídio um peso de cerca de 15% nos indivíduos gravemente deprimidos (Gusmão, 2005).

Pode presumir-se que a depressão provoque, em alguns casos, a ausência de intencionalidade nos gestos suicidários, ou para suicidários, dado a uma possível autonegligência, falta de cumprimento do tratamento e outras causalidades fisiológicas. Os autores concluem que a comorbilidade de doenças físicas com o *stress* e depressão provoca um agravamento do prognóstico. Afeta, ainda, 48% de doentes com perturbação de *stress* pós-traumático (Gusmão, 2005).

Capítulo II - Estudo Empírico

1. Objetivos

A intervenção em crise trata-se de um plano de intervenção ajustado às necessidades de cada utente, mas limitado no tempo. Sendo assim, com o objetivo de permitir um contributo no desenvolvimento de um percurso terapêutico ajustado às necessidades, urge o conhecimento destes utentes e dos estados emocionais que marcam estes acontecimentos através:

1. da caracterização clínica e sociodemográfica dos utentes da Consulta de Intervenção em Crise;
2. da caracterização e comparação dos níveis de *stress* e depressão em função do motivo de encaminhamento;
3. e da caracterização e comparação dos níveis de *stress* e depressão em função das variáveis sociodemográficas.

2. Método

O presente estudo trata-se de uma investigação do tipo quantitativo e documental, recorrendo a uma análise comparativa dos dados, não havendo intervenção direta do investigador na recolha dos mesmos, mas tendo obtido autorização. Os dados são pertencentes à unidade de Consulta de Intervenção em Crise do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, inseridos nos processos respeitantes até Dezembro de 2017.

Focando-se a intervenção em casos de Perturbação da Adaptação (APA, 2014), a elaboração desta análise coloca inevitavelmente ênfase sobre o estado destes utentes no momento de entrada na unidade.

Foram validados processos respeitantes aos resultados de cotação do Inventário de Depressão de Beck – BDI (tradução portuguesa de Cunha, 2001) e da Escala de Vulnerabilidade ao *Stress* – 23 QVS (tradução portuguesa de Serra, 2000).

2.1. Participantes

Para a concretização do projeto foi selecionada uma amostra através de uma pesquisa documental. Esta é constituída por um total de 223 participantes cuja idade varia entre 18 e 64 anos, todos eles com diagnóstico de Perturbação da Adaptação (APA, 2014), e

motivados por causas como a Rutura Afetiva, Comportamentos Autoagressivos, Risco Suicidário, Reações Agudas ao *Stress*, Luto e Reações de Ajustamento sem especificação. Não foram selecionados processos que não correspondem a estes critérios de inclusão.

2.2. Instrumentos

A análise baseou-se nos dados documentados da Escala de Vulnerabilidade ao *Stress* - 23 QVS (Vaz Serra, 2000) e do Inventário de Depressão de Beck – BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996).

2.2.1 Escala de Vulnerabilidade ao *Stress* - 23 QVS

A Escala de Vulnerabilidade ao *Stress* - 23 QVS (Vaz Serra, 2000) é utilizada para avaliar a vulnerabilidade apresentada pelo indivíduo que vivenciou algum acontecimento indutor de *stress*. De um modo geral, caracteriza o indivíduo como vulnerável ao *stress* e a sua propensão para desenvolver psicopatologia se este apresentar fraca capacidade autoafirmativa, pouca tolerância à frustração, dificuldade em confrontar e resolver os problemas, acentuando uma elevada emocionalidade (Vaz Serra, 2000).

Organiza-se em 23 itens de escala tipo *Likert* de 5 pontos, sendo que de 1 a 5 os valores variam entre Concordo em Absoluto e Discordo em Absoluto. Poderá ser adaptada a indivíduos a partir da adolescência avançada e a qualquer tipo de população, exceto a doentes com demência, psicóticos e com debilidade mental (Simões, Machado, Gonçalves & Almeida, 2007).

Para o estudo das suas propriedades psicométricas, foi utilizada uma amostra de 368 sujeitos bipartida em igual proporção entre homens e mulheres da população geral, incluindo indivíduos com e sem psicopatologia, cujas idades compreendem entre os 20 e os 69 anos ($M=42,43$; $DP=13,58$), (Vaz Serra, 2000).

Através da análise fatorial, com base numa análise em componentes principais com rotação fatorial *varimax*, o autor organizou a escala em torno de sete fatores de

avaliação específicas constituídas por 23 questões e que traduzem 57,5% da variância total: 1 – o agrupamento de características referentes ao perfeccionismo e à intolerância à frustração, nomeadamente em aspetos relativos à necessidade de reconhecimento e irritabilidade; 2 - a dificuldade em lidar com o desconhecido e a culpabilização, através da avaliação da inibição e dependência funcional; 3 - a falta de rede social de apoio e o seu funcionamento; 4 - condições de vida do indivíduo, nomeadamente a sua situação económica e o impacto que tem para o mesmo; 5 - estado do humor do indivíduo em situações consideradas negativas e o seu grau de preocupação nas mesmas quando presentes na sua rotina diária; 6 - postura do indivíduo perante a crítica, através da análise da subjugação e falta de autonomia no processo de tomada de decisões; por fim - 7 – privação afetiva e rejeição, através da avaliação da autoestima e vinculação (Vaz Serra, 2000).

Os resultados respeitantes à precisão do instrumento demonstram uma consistência interna de 0,82, avaliada pelo coeficiente de alfa, e a estabilidade temporal também atingiu o mesmo valor 0,82, através do método de teste-reteste (N=105, de 30 a 239 dias). A validade de critério concorrente, baseou-se nos resultados conseguidos através do Inventário de Personalidade de Eysenck - EPI (Eysenck & Eysenck, 1964, versão portuguesa de Vaz Serra, Ponciano & Fidalgo Freitas, 1988), pelas dimensões que este avalia: Neuroticismo e Extroversão (e, suplementarmente, uma escala de mentira); pelo Inventário de Resolução de Problemas - IRP (Vaz Serra, 1988) a partir dos 9 fatores que refletem a qualidade das estratégias de *coping* que determinado indivíduo habitualmente emprega em situações de *stress*; e, pelo Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI (Derogatis, 1982, versão portuguesa de Canavarro, 2008). Verificaram-se valores de correlação estatisticamente significativos ($p < 0,001$), marcadamente relacionados com o Neuroticismo do EPI e com a presença de sintomas psicopatológicos do BSI. Relativamente à correlação com o IRP, esta mostra-se elevada e negativa, definindo uma relação entre a vulnerabilidade ao *stress* e a qualidade das estratégias de *coping* indireta (Vaz Serra, 2000).

A pontuação nos diferentes fatores varia entre 0 e 4, pelo que quanto mais elevado for a cotação global da escala mais determinante é a vulnerabilidade ao *stress* desse

indivíduo, sendo a pontuação máxima 92, o mínimo 0 e o ponto de corte 43 “acima do qual uma pessoa se revela vulnerável ao *stress*” (Vaz Serra, 2000, p. 306).

2.2.2. Inventário de Depressão de Beck – BDI-II

O Inventário de Depressão de Beck – BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) é um instrumento que tem sido cada vez mais utilizado em Portugal dirigido a populações clínicas e não clínicas, sendo composto por 21 itens de autorrelato que avaliam a presença e gravidade da sintomatologia depressiva em adultos e adolescentes com idade superior a 13 anos (Oliveira-Brochado, Simões & Paúl in Almeida, Simões & Gonçalves, 2014).

Deste modo pretende analisar todos os níveis da experiência vivencial do indivíduo, assentes nos critérios de diagnóstico da depressão *Major*, refletidos ao nível físico, cognitivo, comportamental, emocional, relacional e social, através de quatro itens: sentimentos de punição, pensamentos ou desejos suicidas, agitação e perda de interesse sexual (Beck et al., 1996). A aferição do BDI-II para a população portuguesa, assentou no modelo Somático-Afetivo e Cognitivo (SA-C) de Beck et al. (1996), Steer, Ball, Ranieri e Beck (1999) e Kacpi et al. (2002) para populações clínicas (Oliveira-Brochado et al., 2008 in Almeida et al., 2014).

O seu desenvolvimento parte da necessidade de um aprimoramento das versões anteriores deste instrumento, BDI e BDI-IA, através de algumas décadas de investigação psicométrica, utilizando uma amostra clínica de 500 indivíduos com perturbações psiquiátricas e uma amostra não clínica de 120 estudantes universitários. A consistência interna, pelo coeficiente alfa de *Cronbach* foi de 0,92 e 0,93, respetivamente, e as correlações mostraram-se significativas nas duas amostras ($p=0,05$). Uma análise da estabilidade teste-reteste provou uma correlação significativa de 0,93 ($p<0,001$). A validade de construto foi determinada através: da análise da correlação entre o BDI-II e o BDI-IA ($r=0,93$), a *Beck Hopelessness Scale* ($r=0,68$) e a *Scale for a Suicide Ideation* ($r=0,37$), que se mostraram convergentes pela causalidade da depressão estar fortemente relacionada com o desespero e a ideação suicida; e da análise entre o BDI-II e a *Beck Anxiety Inventory* ($r=0,60$), revelando o papel determinante da avaliação clínica da

ansiedade em situações de depressão, assim como com a *Revised Hamilton Anxiety Rating Scale* ($r=0,51$), (Beck et al., 1996).

O preenchimento exige entre 5 a 10 minutos e pode ser feito individualmente ou em grupo, oralmente ou não. As instruções passam por indicar ao indivíduo que responda a cada item consoante a sua experiência das últimas duas semanas e que selecione a resposta que mais se adequar. A cotação de cada item varia numa escala de 4 pontos entre 0 e 3 (0 = ausência de sintoma; 1 = sintoma ligeiro; 2 = sintoma moderado; 3 = sintoma grave) e deve ser feita através da soma da pontuação referente à resposta dada pelo indivíduo, que pode ir até ao máximo de 63 pontos (Oliveira-Brochado et al., 2008 in Almeida et al., 2014). Esta pontuação final pode refletir quatro resultados (ou quatro pontos de corte), sendo estes: entre 0 e 13 (Depressão Mínima); entre 14 e 19 (Depressão Ligeira); entre 20 e 28 (Depressão Moderada); e entre 29 e 63 (Depressão Severa) (Beck et al., 1996).

A avaliação dos resultados poderá ser útil na identificação da presença de sintomas depressivos, assim como da sua gravidade, no planeamento da intervenção, na análise da eficácia da intervenção e, finalmente, para uma reavaliação após o término da intervenção. Todavia, a pontuação obtida não é suficiente para inferir um diagnóstico formal, visto que os indivíduos deprimidos têm tendência a ter uma perceção negativa de si, dos outros e do mundo, assim como podem demonstrar desinteresse no preenchimento, o que não resultará na consistência dos resultados. Os itens somáticos podem, também, induzir resultados deturpados, visto o cansaço e fadiga relatados poderem ter que ver com a doença física e não propriamente com uma perturbação depressiva (Oliveira-Brochado et al., 2008 in Almeida et al., 2014).

2.3. Procedimento

Após a aprovação do pedido de realização do projeto de investigação feito ao Presidente do Conselho de Administração e à Comissão de Ética do CHBV, E.P.E., foi disponibilizada uma seleção de processos que cumprem os critérios de inclusão e

características pretendidas para o presente estudo, seguida da consulta de cada um nas instalações do Arquivo Clínico da instituição.

A investigação não contou com a participação direta da investigadora na recolha dos dados, porém tem em questão os princípios éticos da Psicologia, tendo todo o processo, na sua base, um cuidado acrescido no respeito pela privacidade e anonimato na identidade de todos os intervenientes.

3. Apresentação e análise dos dados

Na próxima parte, serão apresentados os dados obtidos pela análise estatística desenvolvida através de uma base de dados construída no programa *IBM SPSS statistics*, versão 25. A análise foi desenvolvida através da estatística descritiva - para caracterizar a amostra - e *One-way ANOVA* e *t de student* - de modo a comparar médias.

Deste modo, a explicitação encontra-se ordenada pelos resultados da caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, pela caracterização e comparação dos níveis de *stress* e depressão em função do motivo de encaminhamento e pela caracterização e comparação dos níveis de *stress* e depressão em função das variáveis sociodemográficas.

3.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

[Tabela 1](#)

[Caracterização das variáveis sociodemográficas](#)

		n	%
Sexo	Masculino	42	18,8
	Feminino	181	81,2
Estado civil	Casado	102	45,7
	Solteiro	71	31,8
	Divorciado	49	22,0
	Viúvo	1	0,4
Escolaridade	até ao 4.º ano	31	13,9
	até ao 6.º ano	35	15,7
	até ao 9.º ano	70	31,4
	até ao 12.º ano	65	29,1
	12.º ou superior	22	9,9
		Média	Desvio-padrão
Idade		36,78	11,45

Como consta na Tabela 1, os participantes são maioritariamente: do sexo feminino (81,2%); com uma média de idades de 36,78 e desvio-padrão 11,45; casados (45,7%) e solteiros (31,8%); e com habilitações literárias no nível até ao 9º ano (31,4%) e até ao 12º ano (29,1%).

Tabela 2

Caracterização do motivo de encaminhamento

Motivo	n	%	Idade Média	Desvio-padrão
Reação de ajustamento s/ especificação	91	40,8	36,89	10,945
Comportamentos autoagressivos	75	33,6	36,67	11,296
Luto	4	1,8	39,00	8,832
Reações Agudas ao Stress	18	8,1	38,06	11,864
Rutura afetiva	20	9,0	30,20	9,693
Risco suicidário	15	6,7	43,33	14,401

Designados por indivíduos em estado de crise, a maioria dos participantes foram classificados, relativamente ao motivo de encaminhamento para ajuda psicológica, em Reação de Ajustamento sem Especificação com 40,8%, seguindo-se de 33,6% em Comportamentos Autoagressivos, 9% em Rutura Afetiva, 8,1% em Reações Agudas ao *Stress*. (6,7%) em Risco Suicidário e (1,8%) em Luto (como consta na Tabela 2).

A Tabela 2 apresenta, também, a presença de diferenças relativas à idade dos participantes, percebendo-se que os indivíduos mais novos têm maior tendência ao encaminhamento por Rutura afetiva ($M= 30,20$; $DP= 9,69$) e indivíduos mais velhos por Risco suicidário ($M= 43,33$; $DP=14,40$).

Tabela 3

Total 23QVS e subescalas e total BDI-II

	Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo
23 QVS Total	53,48	12,038	12	81
Fator1	3,261	0,955	0,534	5,565
Fator2	1,737	1,423	-1,195	4,843
Fator3	0,920	1,230	-1,863	4,803
Fator4	1,597	1,221	-1,253	4,600
Fator5	2,156	1,014	-0,326	5,311
Fator6	1,906	1,197	-3,200	5,509
Fator7	1,369	1,110	-2,026	4,807
BDI - II Total	26,16	10,614	0	49

Na amostra total, tal como consta na Tabela 3, o Stress é marcado por um valor médio de 53,48 e desvio-padrão 12,04 realçando a existência de vulnerabilidade ao *stress* (>43 - ponto de corte); do mesmo modo, constata-se a existência de Depressão Moderada (20-28) com o valor médio de 26,16 e desvio-padrão 10,61.

A amplitude de classificação de pontuação da Escala de vulnerabilidade ao *Stress* tem como valor mínimo 12 (fraca exposição ao *stress*) e máximo 81 (elevada vulnerabilidade ao *stress*), enquanto a classificação de pontuação do Inventário de Depressão de Beck varia entre 0 (ausência de depressão) e 49 (depressão severa).

Os dados alcançados com as subescalas do 23 QVS, demonstram a presença de valores elevados relativamente ao Fator 1 - Perfeccionismo e intolerância à frustração ($M= 3,26$; $DP= 0,96$), ao Fator 5 - Dramatização da existência ($M= 2,16$; $DP= 1,01$) e Fator 6 - Subjugação ($M= 1,91$; $DP= 1,20$). Por outro lado, é no Fator 3 - Carência de apoio social ($M= 0,92$; $DP= 1,23$) que os valores são notoriamente mais baixos.

3.2. Stress e depressão em função do motivo de encaminhamento

Tabela 4

Análise descritiva e diferencial dos níveis de *stress* e depressão em função do motivo de encaminhamento

		23QVS	BDI-II
Reação de ajustamento sem especificação	n	91	91
	Média	52,08	25,76
	Desvio Padrão	12,67	10,44
Comportamentos Autoagressivos	n	75	75
	Média	55,99	26,89
	Desvio Padrão	11,47	11,77
Luto	n	4	4
	Média	44,00	23,00
	Desvio Padrão	10,74	8,98
Reações agudas ao stress	n	18	18
	Média	47,06	19,06*
	Desvio Padrão	8,42	8,069
Rutura Afetiva	n	20	20
	Média	54,35	28,20
	Desvio Padrão	9,38	7,25
Risco suicidário	n	15	15
	Média	53,48	31,60*
	Desvio Padrão	11,75	8,72

ANOVA		z	3,11	2,83
		gl	5	5
		p	0,010	0,017
Diferença Média				
Reação de ajustamento sem especificação	Comportamentos Autoagressivos		-3,91	-1,14
	Luto		8,08	2,76
	Reações agudas ao stress		5,02	6,70
	Rutura afetiva		-2,27	-2,44
	Risco suicidário		-6,46	-5,84
Comportamento Autoagressivo	Reação de ajustamento sem especificação		3,91	1,14
	Luto		11,99	3,89
	Reações agudas ao stress		8,93	7,84
	Rutura afetiva		1,64	-1,31
	Risco suicidário		-2,55	-4,71
Luto	Reação de ajustamento sem especificação		-8,08	-2,76
	Comportamento Autoagressivo		-11,99	-3,90
	Reações agudas ao stress		-3,06	3,94
	Rutura afetiva		-10,35	5,20
	Risco suicidário		-14,53	-8,60

Reações agudas ao stress	Reação de ajustamento sem especificação	-5,02	-6,70
	Comportamento Auto-agressivo	-8,93	-7,84
	Luto	3,06	-3,94
	Rutura afetiva	-7,29	-9,14
	Risco suicidário	-11,48	-12,54*
Rutura Afetiva	Reação de ajustamento sem especificação	2,27	2,44
	Comportamento Auto-agressivo	-1,64	1,31
	Luto	10,35	5,20
	Reações agudas ao stress	7,29	9,14
	Risco suicidário	-4,18	-3,40
Risco suicidário	Reação de ajustamento sem especificação	6,46	5,84
	Comportamento Auto-agressivo	2,55	4,71
	Luto	14,53	8,60
	Reações agudas ao stress	11,48	12,54*
	Rutura Afetiva	4,18	3,40

Relativamente às especificidades dos motivos de encaminhamento, salienta-se que:

1. Ao nível do **Stress**:

Comportamentos Autoagressivos tem os valores mais elevados ($M= 55,99$ e $DP= 11,47$), sendo inclusivamente superior à média total da amostra e consideravelmente superior ao ponto de corte (>43), concluindo ser o motivo que apresenta valores mais elevados de vulnerabilidade ao *stress* dos indivíduos da presente amostra, seguindo-se de

Rutura Afetiva ($M= 54,35$ e $DP= 9,38$); Luto mostra ter a menor classificação de vulnerabilidade ao *stress* da amostra ($M= 44,00$ e $DP= 10,74$), ainda que seja a categoria com amostra mais reduzida ($n= 4$), seguindo-se de Reações Agudas ao *Stress* ($M= 47,06$ e $DP= 8,42$) e Reações de Ajustamento sem Especificação ($M= 52,08$ e $DP= 12,96$); não se apresentam classificações inferiores ao ponto de corte nas categorias de motivo desta amostra, pelo que não é possível confirmar a ausência de vulnerabilidade ao *stress*.

2. Ao nível da **Depressão**:

Os valores mais elevados verificam-se em Risco Suicidário ($M= 31,60$ e $DP= 8,72$) o que revela a existência de Depressão Severa nesta categoria; segue-se Rutura Afetiva com Depressão Moderada ($M= 28,20$ e $DP= 7,25$), seguindo-se de Comportamentos Autoagressivos ($M= 26,89$ e $DP= 11,77$), mais próximo da média da amostra total; Reações Agudas ao *Stress* ($M= 19,06$ e $DP= 8,07$) apresentam os resultados mais reduzidos, o que equivale a Depressão Ligeira; não se apura Ausência de Depressão em qualquer categoria de motivo da amostra estudada.

Com o objetivo de tentar perceber, efetivamente, em que categorias se encontram as diferenças estatisticamente significativas, procedeu-se à utilização de uma análise diferencial One-Way ANOVA que possibilitou concluir que:

1. Apesar de obtermos valores de p significativos em ambos os grupos, e este ser muito mais significativo na Escala de Vulnerabilidade ao *Stress* ($Z= 3,11$; $p= 0,01$), a comparação de médias conseguida através de Testes *Post-hoc* de *Scheffe* apenas aponta diferenças relativas ao Inventário de Depressão de Beck ($Z=2,83$; $p= 0,02$);
2. na comparação de médias obtida em relação ao Inventário de Depressão de Beck, percebemos que a diferença média mais relevante se encontra entre Risco Suicidário e Reações Agudas ao *Stress* ($p= 0,04$).

3.3. Stress e depressão em função das variáveis sociodemográficas

Tabela 5

Análise descritiva e diferencial dos níveis de stress e depressão em função do género

		23QVS		BDI-II			
		Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão		
Género	Feminino	53,93	12,29	27,19	10,27		
	Masculino	51,52	10,81	21,71	11,04		
		t	gl	p	t	gl	p
Teste-T		1,27	221	0,24	3,07	221	0,002

Como consta na Tabela 5, os dados obtidos pelo Teste t de *student* permitem-nos perceber diferenças significativas de Género no Inventário de Depressão de Beck ($t=3,07$; $p= 0,002$). As mulheres apresentam valores mais consistentes, revelando a presença de Depressão Moderada superior ($M= 27,19$; $DP= 10,27$) relativamente aos homens, Depressão Moderada inferior ($M= 21,71$; $DP= 11,04$).

Tabela 6

Análise descritiva e diferencial dos níveis de stress e depressão em função da idade, estado civil e escolaridade

		23QVS		BDI-II		ANOVA		
		Média	Desvio-Padrão	Média	Desvio-Padrão	23QVS	BDI-II	
Idade	18-25	54,28	10,20	26,40	10,21			
	26-35	52,84	12,73	26,82	10,97			
	36-45	50,28	13,11	25,31	10,66	Z	0,88	0,80
	46-55	56,66	10,41	25,30	10,88	p	0,69	0,80
	56-65	57,15	12,64	28,42	10,07			
Estado Civil	Casado	52,43	11,48	24,94	10,53			
	Solteiro	54,24	11,03	27,23	10,71	Z	0,48	1,81
	Divorciado	54,55	15,54	26,78	10,39	p	0,70	0,15
	Viúvo	54,00	0,00	45,00	0,00			
Escolaridade	Até ao 4.º ano	55,23	12,68	27,23	11,40			
	Até ao 6.º ano	52,23	11,79	24,20	11,42			
	Até ao 9.º ano	55,79	10,13	27,14	10,54	Z	2,12	0,56
	Até ao 12.º ano	52,66	12,87	25,66	10,44	p	0,08	0,69
	12.º ou sup.	48,09	13,37	26,14	9,21			

Uma análise diferencial com base na *One-Way ANOVA* relativamente aos níveis de *stress* e depressão em função das variáveis sociodemográficas não revela diferenças significativas em nenhum dos grupos ($p > 0,05$). No entanto, através da Tabela 6 percebemos que:

1. Ao nível do *stress*:

Os dados mais elevados relativos à idade dos indivíduos verifica-se na faixa etária 56-65 anos ($M= 57,15$; $DP= 12,64$), de estado civil em indivíduos divorciados ($M= 54,55$; $DP= 15,54$) e de escolaridade em indivíduos com habilitações literárias até ao 9º ano ($M= 55,79$; $DP= 10,13$). Porém, os valores mais baixos pertencem à faixa etária 36-45 anos ($M= 50,28$; $DP= 13,11$), ao estado civil casado ($M= 52,43$; $DP= 11,48$) e à escolaridade 12º ano ou superior ($M= 48,09$; $DP= 13,37$).

2. Ao nível da depressão:

Indivíduos na faixa etária, 56-65 ($M= 48,09$; $DP= 13,37$), viúvos ($M= 45,00$; $DP= 0,00$) - ainda que contemos com apenas um participante - e solteiros ($M= 27,23$; $DP= 10,71$) e com escolaridade até ao 4º ($M= 27,23$; $DP= 11,40$) e 9º ano ($M= 27,14$; $DP= 10,54$) apresentam os valores mais elevados, enquanto que os resultados mais baixos se verificam na faixa etária 46-55 ($M= 25,30$; $DP= 10,88$), no estado civil casado ($M= 24,94$; $DP= 10,53$) e na escolaridade até ao 6º ano ($M= 24,20$; $DP= 11,42$).

4. Discussão

A discussão dos resultados permite-nos refletir sobre a investigação e, a partir dessa reflexão, numa tentativa de construir uma identidade em volta destes dados, confrontá-los com a literatura abordada. A partir dos resultados conseguidos será apresentada uma resposta aos objetivos colocados em torno deste estudo, sendo a estrutura construída, primeiramente, em torno da caracterização da amostra, numa segunda parte de todos os fatores relacionados com o stress, e com a depressão, numa última parte.

Num primeiro estágio desta discussão, focar-nos-emos na caracterização da amostra. A investigação determinou que os estados de crise afetam sobretudo mulheres. Sabe-se que a média de idade é de 36,78 anos, e que a ocorrência é superior em casados ou solteiros e, predominantemente, com o 9º ano de escolaridade - é elevada a média de indivíduos em estado de crise com habilitações literárias pouco avançadas. Prevalece o

encaminhamento com origem em reações de ajustamento sem especificação e comportamentos autoagressivos, assim como rutura afetiva. A estatística revelou que a amostra tem presente um valor médio de vulnerabilidade ao *stress* de 53,98, exprimindo a presença de uma exposição considerável ao *stress*, estando acima do ponto de corte médio de 43 acima do qual existe vulnerabilidade ao *stress*, proposto por Vaz Serra (2000), assim como foi constatada a presença média de Depressão Moderada nestes utentes (Beck et al., 1996).

A vulnerabilidade ao *stress*, apesar de se distinguir subjetivamente, é marcada pela perceção de gravidade que um indivíduo tem de um acontecimento vivido, perante o qual não se sente capaz de responder eficazmente (Vaz Serra, 2000), focando-se na incapacidade de resolver a situação e centrando-se nas emoções (Lazarus & Folkman, 1984). Num segundo estágio desta discussão, poderemos induzir, por este ponto, que os indivíduos em estado de crise da presente amostra se associam ao conceito de *stress* podendo, efetivamente, as características e motivos que os levam a este estado psicológico, físico e social estarem ligadas à sua capacidade de atribuir significado às circunstâncias. Constatou-se, a maior presença de vulnerabilidade ao *stress* em indivíduos com comportamentos autoagressivos, relativamente a outro tipo de motivos de encaminhamento, podendo esta estar, ou não, relacionada com rutura afetiva que constitui a segunda maior fonte causadora de *stress* desta amostra. Também predominam os dados correspondentes a indivíduos de idade avançada (entre 56 e 65 anos), divorciados ou separados e com habilitações literárias que, maioritariamente, não ultrapassam o 9º ano de escolaridade.

Associados aos dados relativos ao total de vulnerabilidade ao *stress*, resultados obtidos através das subescalas do 23 QVS permitiram caracterizar estes sujeitos como altamente perfeccionistas e intolerantes à frustração - marcados pela necessidade de reconhecimento e irritabilidade -, com tendência à dramatização em circunstâncias negativas e preocupação excessiva com as mesmas quando fazem parte da sua rotina diária e com uma postura, maioritariamente, de subjugação face à crítica e à tomada de decisões.

Num terceiro, e último, ponto, e de forma não menos intensa, discute-se a dificuldade em delimitar a fronteira entre o que é depressão, clinicamente diagnosticada, e o que não é. Neste caso debruçamo-nos sobre a Perturbação da Adaptação (APA, 2014) em estados de crise que, inevitavelmente, é constituída por algumas características similares às da depressão, mas a curto-prazo e num âmbito de mal adaptação de ajustamento a um fator desencadeador específico e recente. O enfoque nesta comparação pode ocorrer sobretudo ao nível das distorções cognitivas sustentadas pela teoria cognitiva de Beck et al. (1997): os indivíduos deprimidos são caracterizados como detentores de uma realidade distorcida, extrema, negativa, categórica, absoluta e sentenciosa, levando a um auto conceito de perdedor. Associa-se, assim, ao desequilíbrio emocional e à constante busca de equilíbrio entre si e a realidade (Parada, 2004).

Sendo assim, os valores mais elevados de depressão relativamente ao motivo de encaminhamento não são coincidentes com os valores mais elevados de *stress*, referindo-nos aos indivíduos com Risco Suicidário, que marcam presença de Depressão Severa, assim como Rutura Afetiva, embora Moderada. Não é constatável a ausência de depressão na média desta amostra, apesar de revelar diferenças significativas entre Risco Suicidário, com os valores médios mais altos, e reações agudas ao *stress*, com os valores médios inferiores.

Estes utentes caracterizam-se, quanto à depressão, como predominantemente do sexo feminino, na faixa etária acima dos 55 anos, na viuvez e com escolaridade baixa (até ao 4º ano), o que entra em consonância com estudos previamente realizados, como o de Gusmão (2005), no qual foi constatada a prevalência de depressão no sexo feminino, em indivíduos não casados, com maior incidência na população idosa e que tenham experienciado acontecimentos negativos desde o ano anterior até ao presente.

Conclusão

Concluída esta investigação, e embora reconhecendo eventuais limitações, foram alcançados os objetivos previstos para este estudo, que passam pela caracterização dos utentes em estado de crise pertencentes à Consulta de Intervenção em Crise do CHBV,

E.P.E. até ao final de 2017, ao nível do *stress*, depressão e variáveis sociodemográficas. Os resultados apontam para a existência de vulnerabilidade ao *stress* acima da média e de depressão de forma moderada, nos estados de crise, assim como a sua presença em, maioritariamente, indivíduos do sexo feminino, em idades em torno dos 36,78 anos, sobretudo casados ou solteiros e com um grau de literacia que, em poucos casos, ultrapassa o 9º ano de escolaridade. Dados estes que corroboram em grande medida os pressupostos apresentados pela literatura acima descrita.

Nesta investigação, o enfoque reside no conhecimento destes indivíduos no momento de crise prévio à intervenção. Todavia, a intenção investigativa passa, também, por uma implicação preventiva, visto pretender que sejam selecionados os instrumentos de apoio psicológico mais ajustados às necessidades e, para isso, temos de as conhecer. Também o carácter breve deste tipo de intervenções motivou esta investigação para um contributo na busca do bem estar psicológico de forma ajustada e focada.

Sendo assim, importa referir que o interesse pela temática abordada não põe de parte o aprofundamento desta investigação; todavia, abre portas para todo um interesse na criação de novos objetivos investigativos que possam permitir o auxílio da intervenção, nomeadamente:

1. Como se correlacionam os níveis de stress e depressão em estados de crise em função dos motivos de encaminhamento?
2. Como se correlacionam os níveis de stress e depressão em estados de crise em função das variáveis sociodemográficas?
3. Como se correlacionam os níveis de *stress* e depressão no início, no fim e após três meses da intervenção?
4. Quais outras variáveis predizem estados de crise?

5. De que forma podem essas variáveis influenciar os níveis de *stress* e depressão em indivíduos em estados de crise?

Como limites à extensão desta investigação para as sugestões anteriormente apresentadas, realçamos o facto de terem sido escolhidas as variáveis mais comumente encontradas nestes casos e mais frequentemente procuradas para intervir, assim como importantes no construto de crise; uma análise de dados posterior iria perspectivar outras abordagens, já não se tratando do momento presente da vivência do acontecimento, tendo sido esse o motivo que fez girar todo o estudo em torno do momento de entrada destes utentes na consulta.

Para finalizar, o desenvolvimento da investigação marca-se por limitações ao nível do tempo de espera para a obtenção de autorização para a sua realização, tal como necessitou de despender tempo na instituição para a recolha documental dos dados; também o facto dos dados não estarem informatizados aumentou o tempo e a logística de seleção da amostra, tendo sido estes os três entraves mais dificultadores do processo.

Referências

Almeida, L. S.; Simões, M. R.; Gonçalves, M. M. eds. (2014). *Instrumentos e Contextos de Avaliação Psicológica - Vol. II*. Coimbra: Edições Almedina, (pp. 187-209).

APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*. (5ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Beck, A. T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F.; Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II: Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Gusmão, R. M., (2005). *O peso das perturbações depressivas: aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal*. Acta Médica Portuguesa. Vol. 18, nº 2, p. 129-146.

Kemeny, M., (2003). *The Psychobiology of Stress*. Current Directions in Psychological Science, 12, 124-129.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.

Marôco, J. (2011). *Análise estatística com SPSS statistics*. (5ª ed.). Pêro Pinheiro: Editora Report Number.

Moreno, R. R.; Peñacoba, C. P.; González-Gutiérrez, J. L. & Ardoy, J. C. (2003). *Intervención Psicológica en Situaciones de crisis y emergencias*. Madrid: Dykinson.

Parada, E. (2004). *Psicologia Comportamental Aplicada al Socorrismo Profesional. Primeros Auxilios Psicologicos*. Disponível em:

<https://members.fortunecity.es/esss1/Jornadas97ParadaE.htm>. Acesso a 28 de maio, 2018.

Ramos, M. (2001). *Desafiar o desafio – prevenção de stress no trabalho*. (1ªed.). Lisboa: Editora RH.

Selye, H. (1936). *The syndrome produced by diverse noxious agents*. Nature, 138.

Simões, M., Machado, C., Gonçalves, M.E. & Almeida, L. (2007). *Avaliação psicológica III - Instrumentos Validados para a População Portuguesa*. Coimbra: Quarteto.

Strain J. & Friedman M., (2013). *Adjustment Disorders*. ACP Medicine.

Van Praag, H. M.; De Kloet, R.; Van Os, J. (2005). *Stress, o Cérebro e a Depressão*. Lisboa: Climepsi.

Vaz Serra, A. (2000). *Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: 23 QVS*. Psiquiatria Clínica. Coimbra, Vol. 21, nº4.

Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J., Clark, L., Staruss, M., & McCormick, R. (1995). *Testing a tripartide model: I. Evaluating the convergenct and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales*. Journal of Abnormal Psychology, 104(1), 3-14.

Anexos

Proposta de investigação

Exmo. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar Baixo Vouga,

Eu, Inês Estácio Reis, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Fernando Pessoa e Estagiária de Psicologia no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Baixo Vouga, encontro-me a elaborar a minha dissertação de final de curso "*Vinculação, Depressão e Stress nos Estados de Crise: Um Estudo Exploratório*", sob orientação académica da Prof^a Dr.^a Sónia Pimentel Alves e orientação institucional da Dr.^a Salomé Abrantes Oliveira. Neste sentido, venho por este meio solicitar, respeitosamente, a V. Exa. a anuência para a efetivação do projeto em questão.

Importa referir que me informei acerca da validação da utilização dos dados em questão por parte dos utentes da unidade para fins estatísticos, através da assinatura de um consentimento para o tratamento de dados pessoais previamente elaborado pelos técnicos responsáveis. Pretendendo o estudo alcançar a informação dos processos relativos ao período até ao ano de 2017, todos se encontram devidamente autorizados.

Grata pela atenção e compreensão que esta solicitação possa ter para o desenvolvimento do meu estudo, junto envio anexado o projeto relativo à investigação e os contactos para recorrer no caso de alguma dúvida ou esclarecimento suscitado.

Peço deferimento com os meus melhores cumprimentos.

Atenciosamente,


Inês Estácio Reis

Autorização para a realização do estudo pelo CHBV, E.P.E.

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
sec-geral@chbv.min-saude.pt
Matricula na Conservatória do Registo Comercial

Exma. Senhora

CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E. / AVEIRO

Avenida Artur Ravara – 3814-501 AVEIRO
Tel. 234 378 300 – Fax 234 378 395
sec-geral@chbv.min-saude.pt
Matricula na Conservatória do Registo Comercial
de Aveiro
Capital Social 40.284.651 €
Pessoa Colectiva n.º 510 123 210

Exma. Senhora
Dra. Inês Estácio Reis
Inesreis1@gmail.com

S/ Ref.º

S/ Comunicação de

N/ Ref.º 086894

Aveiro, 02 10 2019

ASSUNTO: Resposta ao V/ Pedido de confirmação para a realização de estudo no CHBV, E.P.E.

Em resposta à s/ solicitação subordinada ao tema "Vinculação, depressão e stress nos estados de crise" vimos, pelo presente, informar que por deliberação do Conselho de Administração, nesta data, se encontra autorizado o pedido formulado.

Nesse sentido, solicitamos a V. Exa se digne enviar um relatório final ao Serviço de Investigação e Formação do CHBV, E.P.E.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do Serviço de Investigação e Formação



(Dra. Joana Guimarães)

Na resposta indicar o número e as referências deste documento. Em cada cópia tratar só de um assunto.