

Jéssica Maria Amaral Caldeira

O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção junto da  
Pessoa com Perturbação Afetiva Sazonal:  
Uma Revisão Integrativa da Literatura

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2021



Jéssica Maria Amaral Caldeira

O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção junto da  
Pessoa com Perturbação Afetiva Sazonal:  
Uma Revisão Integrativa da Literatura

Universidade Fernando Pessoa  
Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2021

O Papel do Enfermeiro na Avaliação e Intervenção junto da  
Pessoa com Perturbação Afetiva Sazonal:  
Uma Revisão Integrativa da Literatura

Atesto a originalidade deste trabalho

---

(Jéssica Maria Amaral Caldeira)

Projeto de Graduação apresentado à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos requisitos para  
obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem.

## Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Francisco Sampaio pela disponibilidade constante e pela prontidão e clareza das suas observações e sugestões fundamentais para a realização deste trabalho de investigação.

A todos os docentes que fizeram parte deste percurso académico, pela partilha de conhecimento e contributo para a formação de excelentes profissionais de Enfermagem.

Às professoras Catarina Lemos e Manuela Guerra pelas palavras de incentivo e carinho, que me ajudaram em etapas difíceis no meu percurso.

À professora Sílvia Silva pelo auxílio que me prestou em estágio, demonstrando um zelo enorme pelos seus alunos.

Aos professores José Manuel dos Santos e Aníbal Fonte por fomentarem ainda mais o meu gosto pela psiquiatria.

A todos os enfermeiros orientadores que contribuíram para a minha formação académica através da partilha de conhecimentos e vivências.

Às enfermeiras orientadoras Rosa Costa e Sílvia Estupendo pela partilha de conhecimento e experiência profissional, pela confiança que me atribuíram durante os ensinamentos clínicos e pelo carinho.

À enfermeira orientadora Cármen Vieira por me apresentar e despertar o gosto pela saúde comunitária através das suas educações para a saúde.

Ao enfermeiro-chefe Ricardo Alves pelo profissionalismo na gestão do serviço de urgência do Hospital Escola, pela sua imparcialidade e cuidado para com os alunos estagiários.

Aos profissionais de saúde com quem trabalhei durante os estágios, pelo espírito de equipa, companheirismo e interajuda.

Aos utentes que tive oportunidade de conhecer, pelo desafio de aprender a lidar com cada um deles, pela confiança em mim e no meu trabalho, e pelo apreço que sempre me demonstraram.

Às pessoas e famílias incríveis que conheci e acompanhei nos serviços de pediatria e obstetrícia, pela confiança, carinho e partilha.

Às crianças das escolas primárias onde realizei as educações para a saúde, pela alegria com que nos receberam e pelos seus desenhos e abraços; e aos seus professores, por contribuírem para a organização e realização das atividades.

À Francisca Natário, pela sua amizade, pelas opiniões sinceras e pelos momentos especiais que partilha e ajuda a construir na nossa família.

À minha amiga pessoana Ana Mafalda Zão, ao meu amigo conterrâneo Ricardo Espanhol e ao meu amigo transatlântico Alessandro Santana, pelas nossas amizades de anos, pela partilha de histórias e carinho, e pelas gargalhadas.

**MUITO OBRIGADA!**

## Dedicatória

Dedico este trabalho com todo o amor aos meus pais, Ana Clara Caldeira e José Caldeira, pela educação que me deram, pelo incentivo constante em construir um futuro melhor, pelo vosso esforço e trabalho árduo para suprir todas as minhas necessidades. Por serem pessoas sonhadoras, resilientes e com caráter, e por trazerem inúmeras gargalhadas para o nosso lar. Pela vossa amizade e amor incondicionais.

Ao meu irmão Leonardo Caldeira, por seres um jovem brilhante, inteligente e engraçado (e muito lindo!) que me enche de orgulho. Pela nossa amizade cheia de humor e piadas sarcásticas, pelas gargalhadas que sempre partilhamos e havemos de partilhar e, no fundo por seres quem és, o melhor irmão que poderia ter.

Ao meu namorado Bruno Cristão, por me acalmares sempre que um capítulo em branco me amedronta... Por me incentivares e seres perseverante, mas igualmente compreensivo e carinhoso. Por facilitares o meu dia-à-dia, tomando muitas vezes a dianteiras de situações que requeriam demasiado tempo e atenção. Por seres dedicado e atencioso, cobrindo-me de mimos e afetos. Por encheres a nossa casa e as nossas vidas de leveza, estabilidade e alegria. Por fazeres de mim uma pessoa cada vez mais completa e por me deixares fazer o mesmo contigo. Por seres o meu melhor amigo e um homem digno do meu amor. Obrigada por partilhares a tua vida comigo.

## Resumo

A Perturbação Afetiva Sazonal (PAS) é caracterizada pelo aparecimento e remissão de um episódio depressivo *major* em alturas específicas do ano, ou seja, apresenta um padrão sazonal. Além disso, é uma perturbação recorrente e cujos sintomas depressivos afetam substancialmente vida profissional e familiar da pessoa com PAS, sendo, portanto, um sério problema de saúde mental.

Não obstante, a literatura mostra algumas lacunas quanto ao contributo que a Enfermagem pode oferecer a estas pessoas. Não foi encontrado qualquer trabalho científico que reúna informação acerca do papel do enfermeiro na avaliação e intervenção junto da pessoa com Perturbação Afetiva Sazonal.

Posto isto, o objetivo principal deste trabalho é a sumarização de toda a informação coletada ao nível da avaliação e da intervenção de Enfermagem junto da pessoa com a perturbação em estudo.

O trabalho segue o método de revisão integrativa, com recurso a pesquisa realizada nas bases de dados *Academic Research Complete* (ARC), CINAHL, MEDLINE e *Web of Science Core Collection*, e verificação das referências bibliográficas dos primeiros estudos. Os termos utilizados na pesquisa foram (“seasonal affective disorder” OR “seasonal depression” OR “winter depression” OR “winter blues”) AND (“nurs\*”). Foram incluídos estudos nos idiomas inglês, português e espanhol, e não houve restrição temporal.

O processo de extração de dados seguiu um modelo adaptado de *Joanna Briggs Institute* (JBI), com autor e ano, título, desenho metodológico, objetivo e resultados extraídos da fonte de evidência relacionados com o objetivo desta investigação.

Os resultados mostram que ao nível da avaliação o enfermeiro pode ter o papel de identificar alterações de humor,  *coping*  e funcionamento interpessoal, identificar sintomas depressivos e considerar a sazonalidade destes, descrever episódio depressivo, fatores causais e histórico de ocorrências, implementar meios de rastreio à perturbação em questão e ideação suicida, e guiar a avaliação para a segunda etapa do processo de Enfermagem (identificação de diagnósticos de Enfermagem). Já ao nível da intervenção, o enfermeiro pode incentivar estilos de vida saudáveis, propor e/ou implementar mudanças no estilo de vida e estratégias para gestão dos sintomas de PAS, ensinar sobre

a Perturbação Afetiva Sazonal, a relação entre luz e depressão e os benefícios da luz solar, instruir sobre os sintomas mais comuns e tratamentos desta perturbação, monitorizar e instruir sobre a monitorização de sintomas (no pré, durante e pós tratamento), recomendar fototerapia, auxiliar na elaboração de um horário de tratamento adequado ao estilo de vida do utente, realizar intervenções farmacológicas para tratar a sintomatologia depressiva e, por fim, encaminhar o utente com suspeita ou diagnóstico prévio de PAS para outros profissionais de saúde de modo a garantir um tratamento holístico e multidisciplinar.

Os resultados obtidos devem, contudo, ser interpretados com prudência, uma vez que os estudos apresentam baixo nível de evidência, mostrando a necessidade de uma maior produção de estudos que relacionem Enfermagem e PAS.

Propõem-se como sugestões para estudos futuros a avaliação da eficácia das estratégias de gestão de sintomas da perturbação, bem como, a investigação da presença dos diagnósticos de Enfermagem em pessoa com PAS e seus fatores correlacionais.

**PALAVRAS-CHAVE:** perturbação afetiva sazonal; depressão sazonal; depressão de inverno; Enfermagem; enfermeiro.

## Abstract

Seasonal Affective Disorder (SAD) is characterized by the onset and remission of a major depressive episode at specific times of the year, i.e., it has a seasonal pattern. Moreover, it is a recurrent disorder whose depressive symptoms substantially affect the professional and family life of the person with SAD and is therefore a serious mental health problem.

Nevertheless, the literature shows some gaps as to the contribution that Nursing can offer to these people. No scientific work was found that gathers information about the role of nurses in the assessment and intervention with the person with Seasonal Affective Disorder.

Therefore, the main objective of this study is to summarise all the information collected on the Nursing assessment and intervention with the person with the disorder under study.

The work follows the integrative review method, using research carried out in the Academic Research Complete (ARC), CINAHL, MEDLINE and Web of Science Core Collection databases, and checking the bibliographic references of the first studies. The terms used in the search were ("seasonal affective disorder" OR "seasonal depression" OR "winter depression" OR "winter blues") AND ("nurs\*"). Studies in English, Portuguese and Spanish were included, and there was no time restriction.

The data extraction process followed a model adapted from Joanna Briggs Institute (JBI), with author and year, title, methodological design, objective and results extracted from the source of evidence related to the objective of this research.

The results show that at the assessment level, nurses may play the role of identifying changes in mood, coping and interpersonal functioning, identifying depressive symptoms and considering their seasonality, describing the depressive episode, causal factors and history of occurrences, implementing screening methods for the disorder in question and suicidal ideation, and guiding the assessment to the second step of the Nursing process (identification of Nursing diagnoses). At the intervention level, the nurse can encourage healthy lifestyles, propose and/or implement lifestyle changes and strategies to manage SAD symptoms, teach about Seasonal Affective Disorder, the relationship between light and depression and the benefits of sunlight, instruct on the most common symptoms and treatments of this disorder, monitor and instruct on symptom monitoring (pre, during and after treatment), recommend phototherapy, assist in developing a treatment schedule that

fits the user's lifestyle, perform pharmacological interventions to treat depressive symptomatology, and finally, refer the user with a suspected or previously diagnosed SAD to other health professionals to ensure a holistic and multidisciplinary treatment.

However, the results obtained should be interpreted with caution, since the studies have a low level of evidence, showing the need for a greater production of studies on the relationship between Nursing and SAD.

Suggestions for future studies include assessing the effectiveness of symptom management strategies for the disorder, as well as investigating the presence of Nursing diagnoses in people with SAD and their correlational factors.

**KEYWORDS:** seasonal affective disorder; seasonal depression; winter depression; Nursing; nurse.

## Lista de siglas e acrónimos

a.C – antes de Cristo

ARC – *Academic Research Complete*

BDI-II – *Beck Depression Inventory-II*

CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EL – *Evening Light*

EUA – Estados Unidos da América

ISRS – Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

ML – *Morning Light*

NE – Nível de Evidência

PAB – Perturbação Afetiva Bipolar

PAS – Perturbação Afetiva Sazonal

PDM – Perturbação Depressiva Major

RI – Revisão Integrativa

SIGH-SAD – *Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale – Seasonal Affective Disorder*

SPAQ – *Seasonal Pattern Assessment Questionnaire*

S-PAS – Subsíndrome da Perturbação Afetiva Sazonal

TC – Terapia Cognitiva

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

WHO – *World Health Organization*

# Índice

INTRODUÇÃO.....	16
I. FASE CONCETUAL.....	17
1. Enfermagem e papel do enfermeiro na sociedade.....	17
2. Perturbação Afetiva Sazonal.....	20
i. História e Definição do Conceito.....	20
ii. Epidemiologia.....	23
iii. Sintomatologia.....	24
iv. Tratamento.....	26
3. Pertinência do Estudo.....	31
4. Questão e Objetivo de Investigação.....	31
II. FASE METODOLÓGICA.....	32
1. Desenho do Estudo.....	32
2. Bases de Dados e Critérios de Elegibilidade.....	33
3. Seleção dos Artigos.....	34
4. Processo de Extração de Dados.....	34
III. FASE EMPÍRICA.....	36
1. Resultados.....	36
2. Discussão de Resultados.....	47
3. Limitações do Estudo.....	52
4. Considerações Finais.....	53
IV. Implicações e Contributos para a Enfermagem.....	54
CONCLUSÃO.....	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56

## Índice de Figuras

Figura 1 - Percentagem de hospitais que recomendam x tratamento de prevenção (n = 81) – Nussbaumer-Streit et al. (2017).....	26
Figura 2 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos – adaptado de Moher et al. (2009) .....	35

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Estratégias para gestão dos sintomas depressivos da PAS – adaptado de Johnson (2000) .....	30
Tabela 2 – Análise dos artigos de RI sobre o papel do enfermeiro na avaliação e intervenção junto da pessoa com PAS.....	37
Tabela 3 – Elaboração própria – Diagnósticos de Enfermagem referidos em Morin (1990) convertidos em linguagem CIPE (2019) .....	42
Tabela 4 – Estratégias para gestão dos sintomas depressivos da PAS referidas nos estudos de RI e confrontação com a literatura.....	44
Tabela 5 – Organização dos resultados do confronto das estratégias de RI com a literatura .....	48

## INTRODUÇÃO

O presente projeto de graduação insere-se no âmbito do plano de estudos relativo ao 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa, como requisito para a obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem. A investigação decorreu no ano letivo 2020/2021.

A opção pelo tema em estudo adveio da preferência pessoal e interesse pelas doenças mentais, mais concretamente pela Perturbação Afetiva Sazonal, e do desejo de expor a literatura existente sobre a mesma.

Assim, os objetivos que se pretendem alcançar com o presente trabalho passam, essencialmente, pela divulgação da Perturbação Afetiva Sazonal em si e no contexto da Enfermagem, pela sensibilização dos profissionais de saúde para a presença desta na sociedade, e pela amplificação do conhecimento pessoal relativamente à perturbação e à elaboração de trabalhos científicos.

Este trabalho de investigação está estruturado em três partes: a primeira aborda a fase concetual que contempla uma pequena revisão sobre a Enfermagem e o papel do enfermeiro na sociedade, a revisão da literatura sobre a Perturbação Afetiva Sazonal, a pertinência do estudo e a questão de investigação e objetivos; a segunda parte corresponde à fase metodológica que abrange o desenho do estudo, as bases de dados e os critérios de elegibilidade, a seleção dos artigos e o processo de extração de dados; por fim, a terceira e última parte refere-se à fase empírica na qual constam os resultados obtidos no estudo de investigação e a discussão destes, as limitações do estudo e as considerações finais.

## I. FASE CONCEPTUAL

Esta fase consiste em definir os elementos de um problema. O investigador elabora conceitos, formula ideias e recolhe informação sobre um tema preciso, com o objetivo de chegar a uma conceção clara do problema. O processo inicia-se com a escolha de um tema e questão pertinentes, orientando-se a partir deste ponto a investigação (Fortin, 2009, p. 49).

### 1. Enfermagem e papel do enfermeiro na sociedade

Fundada por Florence Nightingale, a Enfermagem moderna define-se como uma arte que requer treino organizado, prático e científico (Costa *et al.*, 2009). Enquanto ciência, esta baseia-se num amplo quadro teórico de conhecimentos e, enquanto arte, depende da capacidade e perícia de cada enfermeiro (Espírito Santo & Porto, 2006).

Segundo estes últimos autores, é da fusão de ciência e arte que emergem as dimensões de atuação do enfermeiro: cuidar, educar e investigar.

De acordo com Virginia Henderson (*cit. in* Castledine, 1996), encontrar uma definição universal de Enfermagem seria demasiado difícil devido à disparidade da profissão ao redor do mundo. No entanto, Backes *et al.* (2012, p. 224) definiram-na como sendo:

A ciência do cuidado integral e integrador de saúde, tanto no sentido de assistir e coordenar as práticas do cuidado quanto no sentido de promover e proteger a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

Todavia, a Enfermagem “depende dos recursos do país envolvido e das necessidades das pessoas que serve” (Henderson *cit. in* Castledine, 1996, p. 517). Assim, a definição de Backes *et al.* (2012) pode ser não ainda uma realidade global, mas um trabalho a desenvolver gradualmente nas comunidades.

Segundo Neto e Nóbrega (1999, p. 240), a Enfermagem apresenta-se como “uma ciência humanística e de natureza holística”, cujo pensar e fazer do enfermeiro é “em prol da manutenção e da saúde das pessoas”.

Os enfermeiros são frequentemente os primeiros a detetar emergências de saúde e trabalham na linha da frente da prevenção de doenças e na prestação de cuidados de saúde

primários, incluindo a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, desempenhando, portanto, um papel crítico nos cuidados de saúde (World Health Organization, 2021).

Posto isto, com enfoque na primeira dimensão de atuação do enfermeiro – o cuidar –, é necessário mencionar o principal método de trabalho de Enfermagem que auxilia a prestação do cuidado: o processo de Enfermagem.

Criado em 1950-1960 nos EUA e Canadá (De la Cuesta *cit. in* Huitzi-Egilegor *et al.*, 2014), o processo de Enfermagem desenvolveu-se inicialmente no ensino e estendeu-se à prática clínica dos mesmos países uma década depois (Huitzi-Egilegor *et al.*, 2014), permitindo, “através da investigação, análise lógica e raciocínio analítico, o desenvolvimento e aplicação de cuidados técnicos (...)” (Huitzi-Egilegor *et al.*, 2014, p. 773).

Além disso, permite que as necessidades dos clientes sejam atendidas de forma específica e segura, o que pode acrescentar qualidade ao cuidado, bem como melhorar a visibilidade, a valorização e o reconhecimento profissional (Versa *et al. cit. in* Ribeiro *et al.*, 2018; Pivoto *et al. cit. in* Ribeiro *et al.*, 2018, p. 2).

Em Portugal, a utilização do processo de Enfermagem faz parte das competências do enfermeiro dos cuidados gerais de acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 10089):

O enfermeiro diagnostica e prioriza os problemas, procurando recolher e analisar os dados mais relevantes que lhe permitem estabelecer objetivos e um plano de cuidados fundamentado no e para o qual assume a parceria efetiva do cliente/cuidadores. Cria momentos de avaliação em todo o processo e procede às respetivas alterações sempre que considera necessário, visando a qualidade dos cuidados.

O processo de Enfermagem envolve cinco etapas: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação final (Ribeiro *et al.*, 2018).

Atualmente, este método é utilizado em todo o mundo (Müller-Staub *et al. cit. in* Huitzi-Egilegor *et al.*, 2014; Lunney *cit. in* Huitzi-Egilegor *et al.*, 2014), sendo inquestionável a valorização que adquiriu no desenvolvimento da profissão (Souza, Santos & Monteiro *cit. in* Ribeiro *et al.*, 2018; Benedet *et al. cit. in* Ribeiro *et al.*, 2018).

Conforme Carvalho (*cit. in* Durão, 2014, p. 30), “cuidar é também ensinar, uma das componentes do processo de educar”, sendo, portanto, o enfermeiro, “por inerência das suas funções, um educador para a saúde”.

De acordo com alguns estudos, os enfermeiros consideram a educação como parte significativa da sua prática quotidiana (Gregor *cit. in* Friberg, Granum & Bergh, 2012; Nolan *et al. cit. in* Friberg, Granum & Bergh, 2012), enquanto outros enfermeiros a vêem mesmo como uma responsabilidade específica da profissão (Thoma *cit. in* Friberg, Granum & Bergh, 2012; Ivarsson & Nilsson *cit. in* Friberg, Granum & Bergh, 2012).

Segundo Bernardino *et al.* (2009), o enfermeiro possibilita a autonomia dos utentes e cria oportunidades para que estes reforcem convicções e competências, respeitando as suas decisões e ritmos de aprendizagem.

Ao abordar esta segunda dimensão de atuação – o educar –, o enfermeiro pode utilizar o processo de Enfermagem, conforme Wingard (2005) sugere, de modo a identificar as necessidades do utente e sua família. Nestes casos, a avaliação inicial tem como produto final “um diagnóstico de Enfermagem sobre as necessidade educativas baseadas em dados sólidos e informação” (Rankin & Stallings *cit. in* Wingard, 2005, p. 211), permitindo um planeamento da melhor abordagem de ensino, ou seja, aquela que mais se adequar às necessidades do utente.

O objetivo final dos programas educacionais (...) é alcançar mudanças duradouras no comportamento, fornecendo aos utentes os conhecimentos que lhes permitam tomar decisões autónomas para se apropriarem o mais possível dos seus cuidados e melhorar os seus próprios resultados (Wingard, 2005, p. 211).

Por fim, no que concerne à dimensão final de atuação do enfermeiro – a investigação –, considera-se ser um instrumento essencial à evolução da profissão, propiciando o desenvolvimento e enriquecimento do conhecimento (Coté & Vissandjée *cit. in* Fortin, 2003).

De acordo com Martins (2008, p. 63), o enfermeiro pode estar envolvido na investigação de três formas:

Como investigadores, coordenando o estudo ou fazendo parte da equipa de investigação; como prestadores de cuidados a um doente/ utente sobre o qual está a recair a investigação; como utilizadores dos resultados de investigação.

## 2. Perturbação Afetiva Sazonal

Ao longo deste subcapítulo serão abordados vários aspetos inerentes à Perturbação Afetiva Sazonal, mais concretamente como surgiu e é definida, a sua dimensão epidemiológica, a sintomatologia depressiva associada e os tratamentos atuais nas diversas áreas de saúde.

### i. História e Definição do Conceito

O reconhecimento de que os seres humanos estão sujeitos a mudanças sazonais de humor e comportamento remonta à antiguidade clássica (Rosen *et al.*, 1990). Hipócrates (460 a.C – 370 a.C) afirmava que as doenças advinham de fatores do ambiente, da dieta, dos hábitos e da desregulação de elementos orgânicos, contrariando as crenças divinas da época (Cordás & Emílio, 2017).

Tanta diferença, na natureza e na forma, entre os habitantes da Ásia e os habitantes da Europa. Quanto à falta de espírito e de coragem entre os habitantes, a principal razão pela qual os asiáticos são menos guerreiros e mais gentis do que os europeus é a uniformidade das estações do ano, que não mostram mudanças violentas nem para o calor nem para o frio, mas que são equânimes. Pois não ocorrem choques mentais nem mudanças físicas violentas, que são mais propensos a endurecer o temperamento e a transmitir-lhe uma paixão feroz do que uma monótona semelhança. Pois são as mudanças de todas as coisas que despertam o temperamento do homem e impedem a sua estagnação (Hipócrates, v. I, pp. 115-117).

O estilo de vida do Homem alterou-se desde a época hipocrática até à atualidade. As pessoas estão cada vez mais isoladas em microclimas com aquecimento e iluminação artificial, e, portanto, menos expostas às adversidades ambientais (Akram *et al.*, 2020).

Todavia, a maioria dos seres humanos continua a experimentar algum grau de alteração das funções psicológicas (humor, comportamento, apetite e duração do sono) durante o curso sazonal (Kasper *et al.*, 1989a), semelhantes às observadas em mamíferos sazonais, mas em menor intensidade (Davis & Levitan, 2005; Wehr, 2001). Segundo Pjrek *et al.* (2016), estas alterações vão adquirir importância clínica quando há comprometimento significativo na vida do indivíduo, classificando-se como *episódio afetivo*.

No início do séc. XX surgiu a primeira associação entre a sazonalidade e a doença mental. Hellpach (*cit. in* Rosenthal *et al.*, 1983) notou que alguns doentes com psicose maníaco-depressiva [atualmente, perturbação afetiva bipolar (PAB)] apresentavam mudanças

cíclicas de humor de acordo com a estação do ano. Por outras palavras, reconheceu-se um padrão sazonal em algumas pessoas com PAB, especialmente naquelas que apresentavam PAB do tipo II (hipomania-depressão).

No final do mesmo século, foi descrita a Perturbação Afetiva Sazonal (PAS) por Rosenthal *et al.* (1984) como sendo uma síndrome caracterizada por depressões recorrentes, anuais e com ocorrência numa altura do ano específica.

Desta forma, PAS e PAB têm características comuns, tais como o episódio depressivo *major* e o padrão sazonal. Contudo, o padrão sazonal está obrigatoriamente presente na PAS, mas não na PAB. E nesta última, como o próprio nome indica, existe uma manifestação na forma bipolar, cuja PAB do tipo I apresenta um episódio depressivo *major* e um episódio maníaco, e a PAB do tipo II apresenta um episódio depressivo *major* e um episódio hipomaníaco, enquanto na PAS se manifesta somente num dos polos, com o episódio depressivo *major*.

Consequentemente, alguns investigadores consideram a PAS como unipolar (Sohn & Lam, 2004), uma vez que esta alterna entre o episódio depressivo *major* e o estado eutímico (humor normal).

Durante os primeiros anos, após a sua descrição, os estudos afirmavam que 93% a 95% das pessoas com PAS eram bipolares. No entanto, estudos subsequentes com critérios mais rigorosos mostraram que apenas 11% a 50% das pessoas com PAS têm efetivamente diagnóstico de PAB (Sohn & Lam, 2004).

Segundo Danilenko e Levitan (2012), a taxa elevada de doentes com a conjugação dos diagnósticos PAS e PAB resultou de critérios indulgentes para a hipomania presentes na altura. Assim, “com base nos critérios mais rigorosos para a PAB atualmente em vigor, uma minoria de doentes com PAS seria considerada verdadeiramente bipolar” (Danilenko e Levitan, 2012, p. 279).

De acordo com o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013), a PAS é designada por Perturbação Depressiva *Major* (PDM) recorrente com padrão sazonal e é um subtipo de Perturbação Depressiva.

Ainda de acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), o *padrão sazonal* é o especificador aplicado quando se verificam os seguintes critérios:

O papel do enfermeiro na avaliação e intervenção junto da pessoa com perturbação afetiva sazonal:  
Uma revisão integrativa da literatura

- a) relação temporal regular entre o início dos episódios depressivos *major* e a estação do ano;
- b) remissão completa (ou mudança para estados de mania ou hipomania [em pessoas com PAB]) também em alturas específicas do ano;
- c) ocorrência de dois episódios depressivos *major* nos últimos dois anos, respeitando as relações temporais sazonais mencionadas nas alíneas a) e b), e não ocorrência de episódios depressivos *major* não-sazonais durante o mesmo período;
- d) episódios depressivos *major* superam substancialmente em número os episódios depressivos *major* não-sazonais durante a vida do indivíduo.

Deste especificador devem ser excluídos os episódios depressivos *major* cuja causa é desencadeada por um catalisador psicossocial (p.ex., desemprego ou compromissos escolares sazonais) (*American Psychiatric Association*, 2013).

As pessoas com PAS podem apresentar um padrão sazonal do tipo inverno (Rosenthal *et al.*, 1984) ou do tipo verão (Wehr *et al.*, 1991; Wehr, Sack & Rosenthal, 1987b).

Além de *Perturbação Afetiva Sazonal e Depressão Major recorrente com padrão sazonal*, em português, é também conhecida por *Depressão Sazonal* e *Depressão de Inverno*, e adicionalmente em inglês, por *Winter Blues* (tradução semelhante a “*tristeza de inverno*”), sendo que esta última se refere a uma forma mais leve da perturbação.

Foram Kasper *et al.* (1989b) que admitiram a existência desta forma mais leve de PAS, porém mais frequente (Kasper *et al.*, 1989a).

Se os utentes com PAS caem num extremo do espetro e os indivíduos normais sem quaisquer mudanças sazonais caem no outro, pode assumir-se que existem aqueles entre os dois extremos com sintomas problemáticos, embora subsindromais (S-PAS) do tipo PAS (Kasper *et al.*, 1989b, p. 837).

Estudos posteriores chegaram às mesmas conclusões que Kasper *et al.* (1989a), com prevalências superiores na subsíndrome da Perturbação Afetiva Sazonal (S-PAS) comparativamente às da PAS.

ii. Epidemiologia

Em 2005, estimou-se que até 10 milhões de pessoas por ano nos Estados Unidos tinham sintomas que satisfazem os critérios de PAS (Sohn & Lam *cit. in* Tefft, 2012), ou seja, aproximadamente 3,4% da população nesse ano. No entanto, acreditava-se que até 25% da população podia sofrer de sazonalidade significativa ou S-PAS (Tefft, 2012).

Em Portugal, num estudo realizado em 324 estudantes universitários e de cursos profissionais (137 homens e 187 mulheres), obtiveram-se 41 elementos dessa amostra (12.7%) com critérios de PAS e 94 elementos (29.0%) com critérios de S-PAS (Fonte & Coutinho, 2015).

Ainda no mesmo estudo, “30.6% dos inquiridos consideravam as alterações sazonais do humor e do comportamento como problema” (Fonte & Coutinho, 2015, p. 90).

Conforme a literatura, a PAS varia entre 0.0% (Ito et al., 1992) e 13.2% (Low & Feissner, 1998) e a S-PAS entre 0.0% (Ito et al., 1992) e 29.0% (Fonte & Coutinho, 2015). Atinge ambos os sexos, mas é mais frequente no sexo feminino (Adan, Natale & Fabbri, 2006; Kegel *et al.*, 2009; Konradsen *et al. cit. in* Magnússon, 2000; Levine *et al. cit. in* Magnússon, 2000; Rastad, Sjoden & Ulfberg, 2005; Sandman *et al.*, 2016; Tonetti, Sahu & Natale, 2012) e, particularmente, em mulheres em idade fértil (Kasper *et al.*, 1989).

Crianças e adolescentes também podem preencher critérios para PAS (Carskadon & Acebo, 1993; Swedo *et al.*, 1995) e os resultados do estudo de Swedo *et al.* (1995) sugerem uma relação entre a puberdade e uma prevalência mais elevada, especialmente nas meninas.

No estudo de Rosenthal *et al.* (1984) também é referido que três dos 29 utentes afirmaram ter tido ciclos sazonais durante a infância, enquanto nos restantes utentes os ciclos começaram a partir dos 20 anos de idade. Posto isto, crianças e adolescentes podem apresentar PAS, mas são menos atingidos do que os adultos (Blazer *cit. in* Jepson, Ernst & Kelly, 1999).

A prevalência desta perturbação também parece aumentar com o aumento da latitude (Kegel *et al.*, 2009; Rosen *et al.*, 1990; Saarijärvi *et al.*, 1999; Tonetti, Sahu & Natale, 2012). No entanto, os resultados de alguns estudos não verificaram esta hipótese. O estudo de Magnússon e Stefansson (1993), na Islândia, é um desses exemplos, em que

para latitudes superiores se obtiveram prevalências de PAS e S-PAS inferiores às dos EUA.

Estes resultados, segundo Saarijärvi *et al.* (1999, p. 96), sugerem que “a associação entre o aumento da latitude e a prevalência da PAS pode não ser linear”. No entanto, Magnússon e Stefansson (1993, p. 941) admitem que:

É concebível que pessoas com uma predisposição para a PAS tenham estado em desvantagem e que possa ter havido uma seleção populacional no sentido de uma maior tolerância à escuridão do Inverno.

Em Stuhlmiller (1998, p. 155) é abordada a questão da adaptação natural às alterações sazonais na população do Norte da Noruega:

Os noruegueses do Norte descreveram a mudança sazonal como uma maravilha da natureza e não como uma causa de angústia. As suas histórias informam-nos de atitudes e práticas tradicionais que promovem a resiliência, a dureza, o domínio, e o bem-estar.

O artigo referia ainda que os noruegueses do Norte aprendem a lidar com as mudanças sazonais com a vida quotidiana, desde criança (Stuhlmiller, 1998).

Esta diferença cultural pode, no entanto, não ser apenas uma combinação entre conhecimento empírico e genuína aceitação das alterações da Natureza, mas uma adaptação fisiológica ocorrida ao longo de gerações ou uma seleção populacional, segundo Magnússon e Stefansson (1993).

### iii. Sintomatologia

O episódio depressivo *major* recorrente e com padrão sazonal dura em média 4,4 meses (Pjrek *et al.*, 2016). Inicia-se em outubro/novembro com remissão em março, no hemisfério norte, e em junho/julho com remissão em outubro, no hemisfério sul (Boyce & Parker, 1988; Moreland *cit. in* Zauderer & Ganzer, 2015; Rosenthal *et al.*, 1984).

Os sintomas incluem frequentemente distúrbios no apetite, *craving* por hidratos de carbono, distúrbios no padrão de sono e pesadelos, um padrão consistente de anergia, diminuição da libido, humor deprimido, irritabilidade (este mais frequente em crianças e adolescentes), dificuldade de concentração, falta de motivação, baixa autoestima, autocrítica, sentimentos de inutilidade e pensamentos suicidas (Carskadon & Acebo,

1993; Kasper *et al.*, 1989b; McCarthy, Tarrier & Gregg, 2002; Rohan, Sigmon & Dorhofer, 2003; Rosenthal *et al.*, 1984; Sandman *et al.*, 2016).

No que concerne aos distúrbios no apetite é mais frequente ocorrer um aumento deste, resultando em hiperfagia e ganho de peso (Rosenthal *et al.*, 1984). Contudo, de acordo com Paykel (1977), uma maior mudança de apetite tende a estar associada a uma maior gravidade da depressão, independentemente de ser na direção de um aumento ou de uma diminuição do apetite.

Quanto aos distúrbios no padrão de sono, existe uma frequência relativamente maior de hipersónia auto-referida (Harvey, 2011; Kaplan & Harvey, 2009). Segundo Harvey (2011, p. 305), “uma questão fundamental que permanece por abordar é se a hipersónia é uma perturbação do tempo na cama e não uma perturbação do tempo total de sono”.

Assim sendo, pode concluir-se que utentes que relatam hipersónia passam mais tempo na cama, mas não necessariamente mais tempo a dormir (Harvey, 2011; Kaplan & Harvey, 2009). De acordo com Lee *et al.* (2011, p. 574), os utentes podem apresentar “mais letargia em sair da cama do que hipersónia objetiva”.

“(…) investigadores franceses descrevem uma palavra para este letárgico descanso na cama (...): clinofilia, resultante das palavras gregas cama combinada com amor” (Kaplan & Harvey, 2009, p. 280).

Com menor frequência alguns utentes apresentam insónia, sobretudo do tipo inicial, redução de apetite e perda de peso (Sandman *et al.*, 2016; Westrin & Lam, 2007), porém estes sintomas estão mais comumente associados à PAS com padrão sazonal de verão (Wehr *et al.*, 1991).

Os utentes com PAS podem também relatar preferência pelo isolamento, descrita por vezes como um estado semelhante ao *modo de hibernação* (Rankin cit. in Zauderer & Ganzer, 2015), e apresentar sintomas físicos como dor ou rigidez articular, cefaleia, obstipação e câibras musculares (Rosenthal *et al.*, 1984).

Ainda segundo este último autor, alguns utentes podem experienciar estados de ansiedade nos meses que se antecedem ao início dos sintomas depressivos.

#### iv. Tratamento

Os principais tratamentos atuais para a PAS são a fototerapia, a medicação antidepressiva, a psicoterapia e as mudanças no estilo de vida (Nussbaumer-Streit *et al.*, 2017).

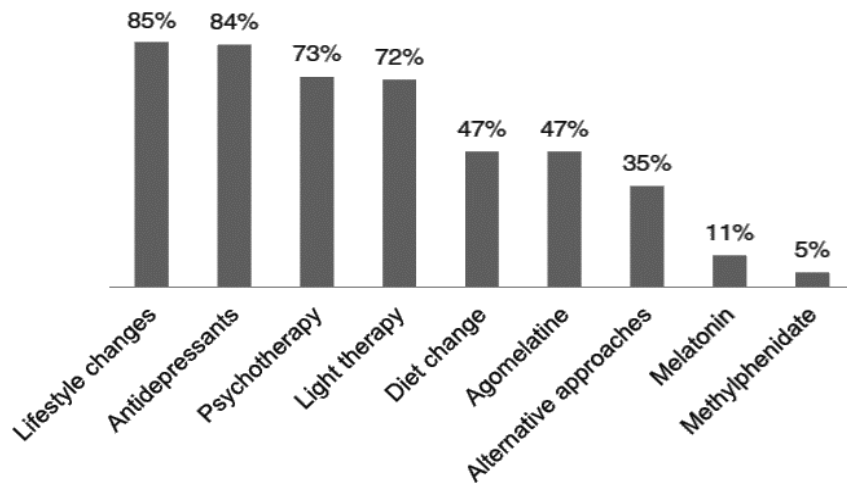


Figura 1 - Percentagem de hospitais que recomendam x tratamento de prevenção (n = 81) – Nussbaumer-Streit *et al.* (2017)

Alguns dos tratamentos apresentados em seguida (fototerapia, medicação antidepressiva e terapia cognitivo-comportamental) são desenvolvidos, maioritariamente, por profissional de saúde que não o enfermeiro (como psiquiatras e psicólogos). No entanto, considera-se pertinente apresentar as abordagens multidisciplinares de tratamento à Perturbação Afetiva Sazonal, uma vez que o enfermeiro é o profissional de saúde mais próximo do utente, atuando, portanto, como vetor de conhecimento e aconselhamento, influenciando positivamente escolhas informadas e, conseqüentemente, bem-estar e saúde dos cidadãos.

#### *Fototerapia*

A fototerapia deve ser considerada a primeira linha de tratamento para a PAS (Pjrek *et al.*, 2016). Em grandes séries de casos, tem uma resposta de aproximadamente 65% (Lam & Levitt, 1999), sendo mais eficaz quando aplicada através dos olhos do que pela pele (Koorengel *et al.*, 2001; Wehr *et al.*, 1987a).

Assim, na forma mais comum de fototerapia, uma *light box* é colocada numa mesa em frente à pessoa com PAS, numa distância de 0.5 a 1 metro entre a fonte luminosa e os olhos do utente (Magnússon & Boivin, 2003).

Em casos de dose diária única, deve dar-se preferência à fototerapia no período da manhã, uma vez que vários estudos concluíram que *morning light* (ML) produz resultados melhores e mais rápidos que *evening light* (EL) (Avery *et al.*, 1990; Avery *et al.*, 1991; Eastman *et al.*, 1998; Lewy *et al.*, 1987; Lewy *et al.*, 1998; Sack *et al.*, 1990).

De acordo com Lewy *et al.* (1998, p. 894), “(...) a ML é, pelo menos, duas vezes mais antidepressiva que a EL para o tratamento da PAS”.

Em contrapartida, outros estudos não encontraram diferenças significativas entre a fototerapia de manhã e ao anoitecer (Meesters *et al.*, 1993; Meesters *et al.*, 1995). E, além disso, alguns utentes podem ter dificuldade em acordar para realizar o tratamento de manhã, devido à hipersónia característica da PAS (Magnússon & Boivin, 2003).

Após remissão da perturbação, observou-se que os utentes sofriam recaídas alguns dias depois de descontinuarem a fototerapia (Magnússon & Boivin, 2003). Deste modo, a fototerapia deve ser continuada conforme a necessidade individual do utente durante toda a estação do inverno ou até que este receba suficiente luz natural (Magnússon & Boivin, 2003).

Segundo Lam e Levitt (1999), a utilização de fototerapia em indivíduos de maior risco requer uma avaliação da relação risco-benefício.

A fototerapia tem alguns efeitos secundários como fadiga ocular, problemas de visão, cefaleia, insónia, ansiedade, agitação, palpitações, mialgias, náuseas, vômitos, tonturas, hipomania e mania (Lam & Levitt, 1999; Levitt *et al.*, 1993; Oren *et al.* 1991), mas estes tendem a diminuir ao longo do tratamento ou com a redução da dose (Magnússon & Boivin, 2003).

#### *Medicação Antidepressiva*

Os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) são os fármacos antidepressivos mais utilizados no tratamento da PAS (Lam & Levitt, 1999), sendo a sertralina e a fluoxetina os que apresentam melhor evidência de eficácia (Lam & Levitt, 1999). Verificou-se, todavia, que 82% dos utentes tratados com sertralina e 97% dos utentes tratados com fluoxetina apresentaram, pelo menos, um dos seguintes efeitos secundários: náuseas, insónia e diarreia, e cefaleia, *flu-like syndrome*, rinite e faringite, respetivamente (Lam & Levitt, 1999).

### *Psicoterapia*

Criada por Arron T. Beck, a terapia cognitiva (TC) é aplicada por tempo limitado com 12 a 20 sessões e tarefas de casa (Rohan *et al.*, 2007), mostrando-se eficaz no tratamento da depressão não-sazonal (Gloaguen *et al.*, 1998; Dobson, 1989).

[Arron T.] Beck sugere que a depressão resulta de interpretações cognitivas irracionais das próprias experiências, que conduzem a visões negativas de si próprio, do mundo e do futuro (Wierzbicki and Rexford, 1989, p. 873).

Ou seja, o modelo cognitivo propõe que:

O pensamento distorcido ou disfuncional (que influencia o humor e o comportamento do paciente) seja comum a todos os distúrbios psicológicos. A avaliação realista e a modificação no pensamento produzem uma melhora no humor e no comportamento. A melhora duradoura resulta da modificação das crenças disfuncionais básicas dos utentes (Beck, 1997, p. 17).

Por outro lado, Lewinsohn (*cit. in* Wierzbicki & Rexford, 1989) afirma que a depressão está relacionada com o *reforço*.

O reforço é definido pela qualidade das interações da pessoa com o seu ambiente. Essas interações pessoa-ambiente com resultados positivos (p.ex. resultados que fazem a pessoa sentir-se bem) constituem um reforço positivo. Tais interações reforçam o comportamento da pessoa. O termo contingente refere-se à relação temporal entre um comportamento e as suas consequências. O reforço deve seguir o comportamento. Assumimos que o comportamento das pessoas deprimidas não conduz a um reforço positivo a um grau suficiente para manter o seu comportamento. Assim, as pessoas deprimidas têm dificuldade em iniciar ou em manter o seu comportamento e tornam-se cada vez mais passivas. A baixa taxa de reforço positivo é também assumida para causar os sentimentos disfóricos que são tão centrais para a fenomenologia da depressão. A experiência de pouca ou nenhuma interação gratificante com o ambiente faz com que a pessoa se sinta triste. A noção chave é que estar deprimida resulta de muito poucas interações pessoa-ambiente com resultados positivos para a pessoa (Lewinsohn, Sullivan & Grooscup, 1980, p. 324).

Desta forma, prevê-se que indivíduos envolvidos em poucas atividades agradáveis e/ou muitas atividades desagradáveis, bem como aqueles que são deficientes nas competências para ganhar reforço social, tenham maior probabilidade de se tornar depressivos (Wierzbicki & Rexford, 1989).

Os tratamentos acima referidos são utilizados nas depressões não-sazonais, contudo, como os estudos demonstraram que os fatores cognitivos e comportamentais presentes nas depressões não-sazonais podem desempenhar um papel na PAS, levantou-se a

hipótese da terapia cognitivo-comportamental (TCC) ser igualmente eficaz nas depressões sazonais (PAS).

Posto isto, estudos posteriores compararam a eficácia da TCC, fototerapia e combinação de ambas (TCC + fototerapia) no tratamento de pessoas com PAS e concluíram que as três formas reduzem significativamente os sintomas depressivos (Rohan et al., 2004; Rohan et al., 2007; Rohan et al., 2015), confirmando a hipótese acima referida.

No livro de Rohan (2009a), *Coping with the Seasons: A Cognitive Behavioral Approach to Seasonal Affective Disorder, Therapist Guide*, é apresentado um tratamento de grupo cognitivo-comportamental para a PAS.

O tratamento baseia-se num modelo cognitivo-comportamental integrador e representa uma adaptação da terapia cognitivo-comportamental (TCC) tradicional para a depressão às necessidades especiais da população com PAS. A TCC é enquadrada à sazonalidade, reconhecendo o papel das mudanças ambientais, bem como cognitivas e comportamentais (Rohan, 2009a, p. 1).

### Mudanças no Estilo de Vida

Este tratamento confere ao enfermeiro uma ampla área de atuação, podendo desenvolver as suas intervenções de forma autónomas e criativas, tanto ao nível do ensino ao utente, como na sugestão e implementação de mudanças no estilo de vida do mesmo.

Conforme Nussbaumer-Streit *et al.* (2017), as mudanças no estilo de vida são o tratamento mais recomendado nos hospitais (85%) e, dentro destas, as mais sugeridas são o exercício físico regular (41%), exercício físico regular ao ar livre (14%), atividades prazerosas (13%), técnicas de relaxamento (14%), higiene do sono (13%), ritmo dia/noite estável (13%), mais tempo ao ar livre (9%), estilo de vida estruturado (7%), redecoração de cômodos em casa, para que estes se tornem mais luminosos (4%) e férias de inverno numa região solarenga (3%).

Idealmente, sendo uma perturbação com início e fim de sintomas a tempo determinado, o objetivo das estratégias e tratamentos é a prevenção da PAS. No entanto, estes podem também ser aplicados caso se tenham iniciado os sintomas depressivos, visando a atenuação ou, mesmo, supressão completa destes.

Posto isto, na tabela seguinte são apresentadas algumas das estratégias que o enfermeiro pode ensinar à pessoa com PAS.

*Tabela 1 – Estratégias para gestão dos sintomas depressivos da PAS – adaptado de Johnson (2000)*

Levantar-se cedo, de modo a ampliar o fotoperíodo;
Aumentar a iluminação natural dos cômodos: aparar arbustos junto às janelas, remover cortinas, instalar claraboias e pintar as paredes de cores claras;
Ter uma dieta saudável e equilibrada;
Usar roupas de cor clara;
Manter flores frescas em casa;
Aprender a gerir eficazmente o stress;
Prestar atenção aos sinais do corpo e falar com o prestador de cuidados antes de iniciar qualquer novo programa de tratamento;
Tirar férias num sítio solarengo durante o inverno;
Juntar-se ou iniciar um grupo de apoio à PAS

No decorrer deste trabalho são apresentadas mais estratégias que os enfermeiros podem ensinar aos utentes com PAS e S-PAS para gestão dos sintomas depressivos.

### 3. Pertinência do Estudo

Rohan, Roecklein e Haaga (2009b) afirmam que por ser uma perturbação recorrente deve ser encarada como um sério problema de saúde mental, cujo impacto afeta substancialmente as estruturas familiar e profissional do utente (Kurlansik & Ibay, 2012).

De acordo com Tefft (2012, p. 242), “(...) a curto prazo choques negativos na saúde mental causados pela PAS têm um efeito prejudicial nos resultados do emprego”. Embora geralmente os utentes consigam mantê-lo durante o período de manifestação da perturbação, muitos precisam de recorrer a baixas médicas por doença (Rosenthal *et al.*, 1984).

Segundo Pjrek *et al.* (2008), estudos que investigam a incapacidade profissional de utentes com PAS sintomática produziram taxas de baixas médicas por doença mais de cinco vezes superiores às da população geral, mostrando a importância socioeconómica desta perturbação (Pjrek *et al.*, 2016).

Como referido anteriormente, os enfermeiros são frequentemente os primeiros a detetar alterações ou problemas de saúde nos utentes, sendo, portanto, crucial a existência de literatura científica na qual se possam basear para realizarem as melhores intervenções possíveis para cada contexto.

Concretamente na Perturbação Afetiva Sazonal verificou-se essa lacuna de conhecimento, uma vez que não foi encontrada de forma sistematizada na literatura o papel que o enfermeiro pode ter na avaliação e intervenção junto da pessoa com Perturbação Afetiva Sazonal. Posto isto, é importante a produção mais estudos sobre a PAS no domínio da Enfermagem.

### 4. Questão e Objetivo de Investigação

Perante o que foi referido anteriormente, o presente estudo de investigação pretende dar resposta à pergunta “*Qual é o papel do enfermeiro na avaliação e intervenção junto da pessoa com Perturbação Afetiva Sazonal?*”, tendo por objetivo principal a sumarização de toda a informação coletada ao nível da avaliação e da intervenção de Enfermagem junto da pessoa com a perturbação em estudo.

## II. FASE METODOLÓGICA

Segundo Fortin (2009), na fase metodológica são definidos os meios para a realização da investigação. Assim, este capítulo compreende o desenho do estudo, as bases de dados consultadas, os critérios de elegibilidade, o processo de seleção dos estudos e respetivo fluxograma, e o processo de extração de dados.

### 1. Desenho do Estudo

Face ao objetivo de investigação entendeu-se que o desenho de estudo mais adequado seria a revisão integrativa da literatura, optando-se assim por este método para a realização deste estudo.

A revisão integrativa (RI) da literatura apresenta a vantagem de permitir a inclusão de metodologias diversas (Whittemore & Knafl, 2005), tendo por objetivo o resumo da literatura empírica ou teórica pré-existente de forma a fornecer uma compreensão mais abrangente sobre um determinado fenómeno ou problema (Botelho *cit. in* Sousa et al., 2017; Broome *cit. in* Whittemore & Knafl, 2005).

Este método científico de investigação é utilizado nos cuidados de saúde desde 1970 (Jackson *cit. in* Whittemore & Knafl, 2005) e tem sido defendido pelos investigadores como importante para a ciência e prática de Enfermagem (Estabrooks *cit. in* Whittemore & Knafl, 2005; Evans & Pearson *cit. in* Whittemore & Knafl, 2005; Kirkevold *cit. in* Whittemore & Knafl, 2005).

Segundo Whittemore & Knafl (2005), a RI divide-se nas seguintes etapas: identificação do problema, pesquisa da literatura, avaliação dos dados, análise dos dados e apresentação dos resultados.

O produto final [de uma RI] é o estado do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na prestação de cuidados e na redução de custos, além disso, permite a identificação de fragilidades, que poderão conduzir ao desenvolvimento de futuras investigações” (Mendes *cit. in* Sousa et al., 2017, p. 20).

## 2. Bases de Dados e Critérios de Elegibilidade

De acordo com Karino e Felli (*cit. in Sousa et al., 2017*), recomenda-se a utilização de pelo menos duas das maiores bases de dados específicas para o tema.

Posto isto, em conformidade com o tema “*O papel do enfermeiro na avaliação e intervenção junto da pessoa com PAS*” a pesquisa foi realizada nas bases de dados CINAHL e MEDLINE, por serem as mais completas nas áreas de Enfermagem e Medicina, respetivamente, e das mais importantes na área da saúde (Sousa et al., 2017).

A pesquisa foi ainda realizada em mais duas bases de dados como forma de complemento às anteriores: a *Academic Research Complete* por ser uma base de dados valiosa e abrangente ao nível multidisciplinar e a *Web of Science Core Collection* por fornecer acesso a bancos de dados de variadas disciplinas académicas.

Portanto, a pesquisa do presente estudo de investigação foi realizada em quatro bases de dados: *Academic Research Complete* (ARC), CINAHL, MEDLINE e *Web of Science Core Collection*.

A pesquisa foi realizada a 3 de março de 2021 com recurso aos termos (“seasonal affective disorder” OR “seasonal depression” OR “winter depression” OR “winter blues”) AND (“nurs\*”). A combinação dos termos foi feita de forma livre, sem requerer que os mesmos surgissem obrigatoriamente no título, abstract, etc. Os termos, em inglês, *seasonal affective disorder*, *seasonal depression* e *winter depression* são as formas distintas existentes de referir a Perturbação Afetiva Sazonal e o termo *winter blues* de referir a subsíndrome da mesma perturbação. Este último termo foi incluído na pesquisa de forma a não restringir os estudos que apresentassem práticas ao nível da avaliação e intervenção desenvolvidas pelos enfermeiros para a subsíndrome, por estas serem uma mais-valia também na forma mais grave da perturbação.

Foram incluídos estudos em português, inglês e espanhol, por serem os idiomas dominados pela investigadora, e sem restrição temporal de modo a alargar a pesquisa e não servir de aspeto restritivo nesta seleção. Não houve restrições quanto ao tipo de estudo, tendo sido incluídos estudos científicos primários e secundários, editoriais e artigos de opinião, tendo-se recorrido ainda às referências bibliográficas dos artigos inicialmente encontrados em busca de outros potencialmente relevantes.

Os estudos sem texto na íntegra foram excluídos de modo a agilizar o processo de análise dos dados.

### 3. Seleção dos Artigos

Com base nos critérios acima mencionados foram obtidos 161 estudos, sendo 43 da *Academic Research Complete* (ARC), 41 da CINAHL, 49 da MEDLINE e 28 da *Web of Science Core Collection*. E, adicionalmente, foi incluído um estudo encontrado nas referências bibliográficas dos anteriores, perfazendo um total de 162 estudos.

Dos 162 estudos, 83 foram excluídos por não apresentarem texto na íntegra (n=41) ou estarem em duplicado (n=42). Os restantes 79 estudos foram analisados por título e resumo, tendo sido excluídos 56 por não apresentarem relação com a questão de investigação.

Assim, para análise de texto na íntegra sobram 23 estudos, dos quais 15 foram excluídos em conformidade com os critérios de exclusão apresentados no fluxograma da página seguinte. Deste modo, foram incluídos oito estudos na presente revisão integrativa.

Importa referir que, idealmente, o processo de seleção dos artigos deveria ser conduzido por dois investigadores independentes, recorrendo a um terceiro investigador sempre que não existisse consenso. No entanto, sendo este um trabalho de cariz académico e individual, a seleção dos artigos foi realizada somente pela investigadora, com recurso ao orientador do trabalho nos casos de dúvida acerca da inclusão/exclusão dos mesmos.

### 4. Processo de Extração de Dados

O processo de extração de dados desta revisão integrativa seguiu o modelo adaptado do *Joanna Briggs Institute* (JBI), incluindo o autor, ano e título, o desenho do estudo e seus objetivos, e os resultados extraídos das fontes de evidência relacionados com o objetivo de investigação.

Optou-se pela não inclusão do nível de evidência (NE) na tabela de resultados, uma vez que se pretende identificar o papel que o enfermeiro pode desempenhar ao nível da avaliação e da intervenção independentemente da eficácia destas.

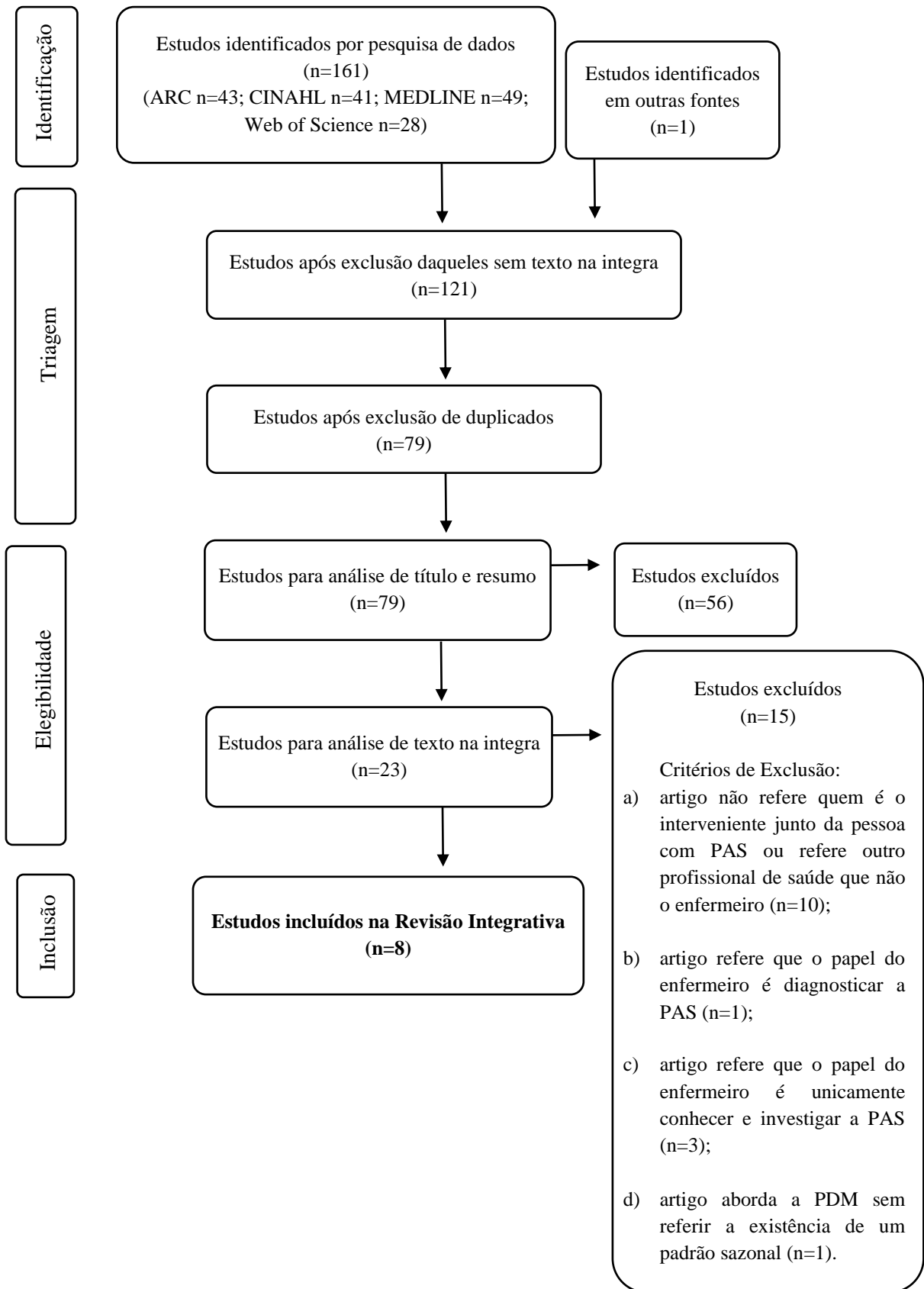


Figura 2 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos – adaptado de Moher et al. (2009)

### III. FASE EMPÍRICA

Neste capítulo concretiza-se o plano anteriormente definido na fase metodológica, com a apresentação dos resultados obtidos na revisão integrativa, que visam alcançar os objetivos de partida, e a discussão dos mesmos, as limitações encontradas na realização do estudo e, por fim, as considerações finais.

#### 1. Resultados

A tabela seguinte (tabela 2) apresenta os dados obtidos nos estudos analisados e que permitiram dar resposta à questão de investigação “*Qual o papel do enfermeiro na avaliação e intervenção junto da pessoa com Perturbação Afetiva Sazonal?*”.

De modo a alinhar estes resultados com o objetivo principal da investigação, os dados foram divididos em “*papel do enfermeiro na avaliação junto da pessoa com PAS*” e “*papel do enfermeiro na intervenção junto da pessoa com PAS*”. A tabela segue uma organização cronológica de modo a facilitar a análise da evolução do papel do enfermeiro, discutida mais adiante.

Além disso, serão apresentados diagnósticos de Enfermagem possíveis de surgir (tabela 3) e estratégias para gestão dos sintomas da perturbação (tabela 4).

Tabela 2 – Análise dos artigos de RI sobre o papel do enfermeiro na avaliação e intervenção junto da pessoa com PAS

Autor (Ano)	Título do Estudo	Desenho do Estudo	Objetivo do Estudo	O papel do enfermeiro na <b>avaliação</b> junto da pessoa com PAS	O papel do enfermeiro na <b>intervenção</b> junto da pessoa com PAS
Morin (1990)	<i>Seasonal Affective Disorder, the Depression of Winter: A Literature Review and Description from a Nursing Perspective</i>	Estudo Descritivo – Relato de Caso	Apresentar uma descrição da Perturbação Afetiva Sazonal, introduzindo aspetos que são passíveis de ser tratados no processo de Enfermagem.  Apresentar ainda um estudo de caso da prática do autor para efeitos ilustrativos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar alterações de humor, <i> coping </i> e funcionamento interpessoal;</li> <li>– Considerar a sazonalidade como fator precipitante para estados de tristeza;</li> <li>– Conduzir a avaliação para a segunda fase do processo de Enfermagem: Identificar diagnósticos de Enfermagem (ver tabela 3).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Instruir sobre sintomas mais comuns e tratamentos;</li> <li>– Conceber intervenções para os diagnósticos de Enfermagem identificados;</li> <li>– Propor mudanças no estilo de vida, principalmente durante o inverno (ver tabela 4);</li> <li>– Auxiliar na elaboração de um horário de tratamento adequado ao estilo de vida do utente;</li> <li>– Monitorizar e instruir sobre monitorização de sintomas;</li> <li>– Encaminhar o utente com PAS para outros profissionais de saúde (ver capítulo do Tratamento).</li> </ul>

Dunham (1992)	<i>Seasonal Affective Disorder: Light Makes Right</i>	Revisão Narrativa da Literatura – Artigo de Opinião	Descrever a fototerapia e defender o seu efeito benéfico no tratamento da Perturbação Afetiva Sazonal.	– Detetar sintomas depressivos associados à perturbação.	– Ensinar sobre a relação entre luz e depressão, e os benefícios da luz solar diária para a saúde;
Bushnell & DeForge (1994)	<i>Seasonal Affective Disorder</i>	Estudo Descritivo – Relato de Caso	Descrever a Perturbação Afetiva Sazonal e o tratamento com fototerapia, com recurso à apresentação de um estudo de caso.	– Reconhecer padrões sazonais.	– Educar a população sobre a perturbação; – Propor mudanças no estilo de vida e ensinar/implementar estratégias para gestão dos sintomas depressivos da perturbação (ver tabela 4).
Stuhlmiller (1998)	<i>Understanding Seasonal Affective Disorder and Experiences</i>	Estudo Descritivo – Etnográfico	Discutir sobre a Perturbação Afetiva Sazonal e o impacto das mudanças	.....	– Explicar à população a informação científica sobre a perturbação; – Implementar estratégias que ajudem a restaurar e promover as ligações sociais com os demais.

	<i>in Northern Norway</i>		sazonais nos habitantes do norte da Noruega.		
Birtwistle & Martin (1999)	<i>Seasonal Affective Disorder: Its Recognition and Treatment</i>	Revisão Narrativa da Literatura – Editorial	Fornecer uma introdução à PAS e delinear várias formas de tratamento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Descrever o episódio depressivo atual (com registo do momento e intensidade deste);</li> <li>– Investigar/identificar sintomas depressivos atípicos (como hiperfagia e hipersónia);</li> <li>– Identificar possíveis fatores causais (p.ex. aniversário de luto, aumento da carga de trabalho ou desemprego, etc.);</li> <li>– Obter histórico completo de incidentes passados;</li> <li>– Utilizar escalas de classificação para definir o curso e a intensidade dos sintomas depressivos, como o <i>Seasonal</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Encaminhar o utente com PAS para outros profissionais de saúde (ver capítulo do Tratamento).</li> </ul>

				<i>Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ) e/ou Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale – Seasonal Affective Disorder (SIGH-SAD).</i>	
Hairon (2007)	<i>Helping Patients to Cope Seasonal Affective Disorder</i>	Revisão Narrativa da Literatura	Apresentar a Perturbação Afetiva Sazonal e descrever como os enfermeiros podem ajudar as pessoas afetadas por ela.	.....	– Propor mudanças no estilo de vida e ensinar/implementar estratégias para gestão dos sintomas depressivos da perturbação (ver tabela 4).
Melrose (2015)	<i>Seasonal Affective Disorder: An Overview of Assessment and</i>	Revisão Narrativa da Literatura	Fornecer uma visão geral sobre a Perturbação Afetiva Sazonal: definição, sintomatologia, métodos de	– Implementar ferramentas como o SPAQ, para investigar presença da perturbação, especialmente nos cuidados de saúde primários;	– Implementar ferramentas de avaliação de ideação suicida, em utentes com diagnóstico prévio de PAS.

	<i>Treatment Approaches</i>		diagnóstico e tratamentos.	– Implementar ferramentas de avaliação de ideação suicida, em utentes com suspeita de PAS.	
Leahy (2017)	<i>Overcoming Seasonal Affective Disorder</i>	Revisão Narrativa da Literatura – Artigo de Opinião	Fornecer aos enfermeiros uma melhor compreensão sobre a fototerapia e como incorporá-la no tratamento da pessoa com Perturbação Afetiva Sazonal.	– Identificar sintomas associados à perturbação (ver capítulo da Sintomatologia).	– Educar e incentivar estilos de vida saudáveis; – Ensinar/implementar estratégias para gestão dos sintomas depressivos da perturbação (ver tabela 4); – Recomendar fototerapia ( <i>light box</i> ); – Acompanhar evolução de sintomas após início de tratamento; – Realizar intervenções farmacológicas para tratamento de sintomas.

Na primeira coluna da tabela 3 são apresentados os diagnósticos, inalterados, descritos por Morin (1990); na segunda coluna são apresentados os diagnósticos adaptados para *International Classification for Nursing Practice (ICNP)*; e, por fim, na terceira coluna são apresentados os diagnósticos em linguagem CIPE (2019), conferindo-lhes aplicabilidade em Portugal.

Tabela 3 – *Elaboração própria – Diagnósticos de Enfermagem referidos em Morin (1990) convertidos em linguagem CIPE (2019)*

Morin (1990)	ICNP (2019)	CIPE (2019)
<i>Ineffective individual coping</i>	<i>Difficulty coping</i>	Dificuldade de <i> coping</i>
<i>Ineffective family coping</i>	<i>Impaired family coping</i>	<i>Coping</i> familiar comprometido
<i>Diversional activity deficit</i>	<i>Impaired ability to perform leisure activity</i>	Capacidade para desempenhar atividades de lazer comprometida
<i>Alterations in family processes</i>	<i>Impaired family process</i>	Processo familiar comprometido
<i>Alterations in health maintenance</i>	<i>Impaired Health maintenance</i>	Manutenção da saúde comprometida
<i>Impaired home maintenance management</i>	<i>Ability to perform homemaking</i>	Arranjo da casa comprometido
<i>Potential for injury</i>	<i>Risk for injury</i>	Risco de lesão
<i>Knowledge deficit</i>	<i>Lack of knowledge</i>	Falta de conhecimento
<i>Noncompliance</i>	<i>Non-Adherence</i>	Não adesão
<i>Alterations in nutrition: More than body requirements</i>	<i>Impaired high nutritional intake</i>	Elevada ingestão nutricional
<i>Alterations in parenting</i>	<i>Impaired parenting</i>	Parentalidade comprometida
<i>Powerlessness</i>	<i>Powerlessness</i>	Sentimentos de impotência
<i>Self-care deficit</i>	<i>Self-care deficit</i>	Défice no autocuidado

<i>Disturbance in self-concept</i>	<i>Negative self-image</i>	Autoimagem negativa
<i>Sexual dysfunction</i>	<i>Impaired sexual functioning</i>	Funcionamento sexual comprometido
<i>Sleep pattern disturbance</i>	<i>Impaired sleep</i>	Sono comprometido
<i>Impaired social interactions</i>	<i>Impaired socialisation</i>	Socialização comprometida
<i>Social isolation</i>	<i>Social isolation</i>	Isolamento social
<i>Alterations in thought processes</i>	<i>Distorted thinking process</i>	Processo de pensamento distorcido
<i>Potential for violence</i>	<i>Risk for violence</i>	Risco de violência

Tabela 4 – Estratégias para gestão dos sintomas depressivos da PAS referidas nos estudos de RI e confrontação com a literatura

Estudos da Revisão Integrativa	Estratégias	Confronto com a Literatura	
		Estudos de corroboração	Estudos de refutação
Leahy (2017)	Tentar obter o máximo de luz solar natural possível, através de atividades ao ar livre	Farmer (2010) Oren <i>et al.</i> (1994) Wirz-Justice <i>et al.</i> (1996) Rohan <i>et al.</i> (2004)	.....
Hairon (2007)	Fazer exercício regularmente (especialmente ao ar livre e à luz do dia)	Dinas, Koutedakis & Flouris (2011) Farmer (2010) Pinchasov <i>et al.</i> (2000) Rohan <i>et al.</i> (2004)	.....
Leahy (2017)	Incorporar o exercício aeróbico na rotina, aproximadamente 30 minutos por dia	Dimeo <i>et al.</i> (2001) Leppämäki <i>et al.</i> (2004) Peiser (2009)	.....
Bushnell & DeForge (2009)	Ajustar a rotina de trabalho em trabalhadores por turnos: fazer apenas turnos diurnos e suspender os turnos noturnos	Hall, Franche & Koehoorn (2018) Salma & Rao (2014) Scott, Monk & Brink (1997)	.....
Dunham (1992)	Encorajar a instalação de melhor iluminação nos locais de trabalho	Eastman & Martin (1999) Leppämäki <i>et al.</i> (2003)	.....

Hairon (2007) Leahy (2017)	Tornar os ambientes de trabalho e domésticos leves e claros, se necessário rearranjar o local de modo a maximizar a luz natural das janelas	Johnson (2000)  Rohan <i>et al.</i> (2004)	.....
Hairon (2007)	Sentar-se perto de janelas quando está dentro de casa	.....	.....
Leahy (2017)	Minimizar a luz da televisão e dos dispositivos eletrónicos nas 2 horas antes de deitar	Trinder <i>et al.</i> (1996)	.....
Leahy (2017)	Manter os cómodos a uma temperatura confortável	Farmer (2010)	.....
Leahy (2017)	Adaptar os tempos de sono-vigília	Rohan <i>et al.</i> (2004) Wehr & Wirz-Justice (1981)	.....
Leahy (2017)	Acordar com uma luz para simular o amanhecer, em oposição ao alarme	.....	Hätönen <i>et al.</i> (1999)
Hairon (2007) Leahy (2017)	Ter uma dieta saudável e equilibrada	Farmer (2010)  Johnson (2000)	Yang <i>et al.</i> (2020)
Leahy (2017)	Evitar o consume de cafeína (café, chá e refrigerantes)	Johnson (2000)	.....
Leahy (2017)	Evitar o consume de bebidas alcoólicas	Brière <i>et al.</i> (2014) Gilman & Abrams (2001)	.....

Hairon (2007) Leahy (2017)	Minimizar o stress através de exercícios de relaxamento e meditação	Johnson (2000)	.....
Hairon (2007)	Evitar situações stressantes	Sigmon et al. (2007) Sigmon & Nelson-Gray (1992)	.....
Hairon (2007)	Atrasar grandes convulsões ou tarefas até à primavera	.....	.....
Hairon (2007)	Tirar férias em locais ensolarados durante o inverno	Farmer (2010) Johnson (2000) Rohan <i>et al.</i> (2004)	.....
Hairon (2007)	Falar com amigos e familiares sobre a condição	Farmer (2010) Gariépy, Honkaniemi & Quesnel-Vallée (2016) McCarthy, Tarrier & Gregg (2002) Taylor <i>et al.</i> (2015)	.....
Leahy (2017)	Fazer um esforço para manter as ligações sociais	McCarthy, Tarrier & Gregg (2002) Rohan <i>et al.</i> (2004) Taylor <i>et al.</i> (2015)	.....
Hairon (2007)	Juntar-se a um grupo de apoio	Farmer (2010) Johnson (2000) McCarthy, Tarrier & Gregg (2002)	.....

## 2. Discussão de Resultados

De acordo com tabela de resultados (tabela 2), o papel do enfermeiro na avaliação da pessoa com Perturbação Afetiva Sazonal compreende a identificação de sintomas depressivos e alterações de humor, *coping* ou funcionamento interpessoal, o reconhecimento de padrões sazonais ou influencia da sazonalidade nos sintomas depressivos, a implementação de ferramentas de rastreio à perturbação (p.ex. SPAQ ou SIGH-SAD) e à ideação suicida, em caso de suspeita de PAS, e, por fim, a descrição do episódio depressivo, fatores causais deste e histórico completo de quaisquer incidentes passados. Além disto, o enfermeiro deve identificar os problemas que acometem a pessoa com PAS com vista à formulação de diagnósticos de Enfermagem.

Quanto às intervenções, o papel do enfermeiro compreende a implementação de mudança no estilo de vida, o ensino, educação e instrução sobre a perturbação, relação luz-depressão, benefícios da luz solar, sintomas e tratamentos, a monitorização de sintomas e elaboração de um horário de tratamento, as intervenções farmacológicas e o encaminhamento para outros profissionais de saúde.

Verifica-se que não existem diferenças marcantes, de uma perspetiva temporal, desde Morin (1990) até Leahy (2017), relativamente ao descrito na literatura acerca papel do enfermeiro na avaliação e intervenção junto da pessoa com Perturbação Afetiva Sazonal.

Destacam-se, enquanto intervenções mais referidas nos estudos incluídos na revisão integrativa, as mudanças no estilo de vida e o ensino e implementação de estratégias para gestão dos sintomas da perturbação em questão, mostrando congruência com o anteriormente referido neste trabalho.

Relativamente à tabela 4, dada à grande quantidade de estratégias, a discussão dos resultados focar-se-á naquelas que foram refutadas pela literatura. Todavia, de modo a facilitar a compreensão da discussão segue-se a síntese dos resultados na tabela seguinte (tabela 5).

*Tabela 5 – Organização dos resultados do confronto das estratégias de RI com a literatura*

<b>Estratégias corroboradas pela literatura</b>	<b>Estratégias refutadas pela literatura</b>	<b>Estratégias corroboradas e refutadas pela literatura</b>	<b>Estratégias não encontradas na literatura</b>
<p>17 estratégias:</p> <p>Tentar obter o máximo de luz solar natural possível, através de atividades ao ar livre;</p> <p>Fazer exercício regularmente (especialmente ao ar livre e à luz do dia);</p> <p>Incorporar o exercício aeróbico na rotina, aproximadamente 30 minutos por dia;</p> <p>Ajustar a rotina de trabalho em trabalhadores por turnos: fazer apenas turnos diurnos e suspender os turnos noturnos;</p> <p>Encorajar a instalação de melhor iluminação nos locais de trabalho;</p> <p>Tornar os ambientes de trabalho e domésticos</p>	<p>1 estratégia:</p> <p>Acordar com uma luz para simular o amanhecer, em oposição ao alarme;</p>	<p>1 estratégia:</p> <p>Ter uma dieta saudável e equilibrada;</p>	<p>2 estratégias:</p> <p>Sentar-se perto de janelas quando está dentro de casa;</p> <p>Atrasar grandes convulsões até à primavera;</p>

<p>leves e claros, se necessário rearranjar o local de modo a maximizar a luz natural das janelas;</p> <p>Minimizar a luz da televisão e dos dispositivos eletrónicos nas 2 horas antes de deitar;</p> <p>Manter os cómodos a uma temperatura confortável;</p> <p>Adaptar os tempos de sono-vigília;</p> <p>Evitar o consume de cafeína (café, chá e refrigerantes);</p> <p>Evitar o consume de bebidas alcoólicas;</p> <p>Minimizar o stress através de exercícios de relaxamento e meditação</p> <p>Evitar situações stressantes</p> <p>Tirar férias em locais ensolarados durante o inverno;</p> <p>Falar com amigos e familiares sobre a condição;</p>			
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Fazer um esforço para manter as ligações sociais;			
Juntar-se a um grupo de apoio.			

A primeira estratégia refutada, ainda que de forma indireta, foi a “acordar com uma luz para simular o amanhecer, em oposição ao alarme” apresentada por Leahy (2017).

O estudo não refere o motivo pelo qual recomenda esta estratégia, no entanto, a interpretação que se depreende é que ao “acordar com uma luz para simular o amanhecer”, o corpo reage à luminosidade do ambiente, cessando a produção de melatonina, combatendo a hipersónia e facilitando o despertar.

Todavia, conforme Hätönen *et al.* (1999), não ocorre supressão de melatonina para uma exposição de 2.000 lux quando a pessoa está de olhos fechados. “A exposição facial à luz, sem penetração desta através dos olhos, não é um supressor eficaz da melatonina” (Hätönen *et al.*, 1999, p. 830).

O mesmo autor admite, contudo, a possibilidade de que quantidades terapêuticas de luz (10.000 lux) podem efetivamente inibir a secreção de melatonina mesmo em utentes adormecidos.

Em suma, “acordar com uma luz para simular o amanhecer” não parece ser uma estratégia eficaz para a gestão dos sintomas da perturbação, mais concretamente a hipersónia, excetuando, conforme o pressuposto de Hätönen *et al.* (1999), se for aplicada uma intensidade luminosa igual ou superior a 10.000 lux (quantidade terapêutica).

A segunda estratégia a ser refutada pela literatura foi a “ter uma dieta saudável e equilibrada”, apresentada por Hairon (2007) e Leahy (2017). Esta estratégia foi refutada pelo estudo de Yang *et al.* (2020), sendo também corroborada por outros dois estudos.

Em Yang *et al.* (2020) investigou-se a existência de evidências de associação entre a PAS e a dieta, comportamento alimentar e intervenção nutricional, através de uma revisão sistemática da literatura com a inclusão de 11 estudos (seis estudos examinaram padrões

dietéticos distintos e comportamentos alimentares em utentes com PAS e cinco estudos exploraram a eficácia das intervenções nutricionais para a PAS).

No entanto, Yang *et al.* (2020, p. 1) concluíram que:

Os estudos sugerem que utentes com PAS podem apresentar preferências alimentares e comportamentos alimentares distintos, mas nenhuma intervenção nutricional atual demonstrou eficácia para melhorar os sintomas de PAS.

Os autores afirmam que “faltam provas de que a dieta, o comportamento alimentar e a intervenção nutricional influenciam o desenvolvimento da PAS”, sendo necessários mais estudos neste sentido e com amostras maiores.

Assim, conforme o conhecimento atual sobre o tema, o comportamento alimentar apresentado pelas pessoas com PAS parece ser uma consequência da perturbação e não uma causa.

Contudo, a pessoa com PAS beneficia de intervenções nutricionais na medida em que previnem ou reduzem outros problemas de saúde decorrentes da hiperfagia e do *craving* por hidratos de carbono.

É importante realçar que ter uma dieta saudável e equilibrada previne uma série de doenças e condições (WHO, 2019), sendo uma prática crucial à saúde e bem-estar geral do indivíduo.

### 3. Limitações do Estudo

Uma vez que a pesquisa foi realizada nas bases de dados *Academic Research Complete*, CINAHL, MEDLINE e *Web of Science Core Collection* para artigos em português, inglês e espanhol, admite-se a possibilidade de existirem mais artigos relevantes ao tema em outras bases de dados e línguas. Além disto, alguns artigos, potencialmente interessantes, encontrados nas referências bibliográficas dos estudos incluídos na revisão integrativa não estavam disponíveis em *full-text*, tendo sido excluídos de modo a agilizar o processo de análise de dados.

A literatura atual sobre a perturbação em estudo no contexto de Enfermagem é também muito reduzida e com estudos com baixo nível de evidência.

Por fim, como referido anteriormente, a seleção dos artigos não foi realizada por dois investigadores conforme padronizado, sendo realizada apenas pela autora deste estudo de investigação.

#### 4. Considerações Finais

Em suma, em resposta à questão de investigação, ao nível da avaliação cabe ao enfermeiro o papel de identificar alterações de humor, *coping* e funcionamento interpessoal, identificar sintomas depressivos e considerar a sazonalidade destes, descrever o episódio depressivo, fatores causais e histórico de ocorrências, implementar meios de rastreio à perturbação em questão e ideação suicida, e guiar a avaliação para a segunda etapa do processo de Enfermagem (identificação de diagnósticos de Enfermagem).

Ao nível da intervenção, incentivar estilos de vida saudáveis, propor e/ou implementar mudanças no estilo de vida e estratégias para gestão dos sintomas de PAS, ensinar sobre a Perturbação Afetiva Sazonal, a relação entre luz e depressão e os benefícios da luz solar, instruir sobre os sintomas mais comuns e tratamentos desta perturbação, monitorizar e instruir sobre a monitorização de sintomas (no pré, durante e pós tratamento), recomendar fototerapia, auxiliar na elaboração de um horário de tratamento adequado ao estilo de vida do utente, realizar intervenções farmacológicas para tratar a sintomatologia depressiva e, por fim, encaminhar o utente com suspeita ou diagnóstico prévio de PAS para outros profissionais de saúde de modo a garantir um tratamento holístico e multidisciplinar.

Uma vez que existe um baixo nível de evidência nos estudos disponíveis na literatura relativamente ao *papel do enfermeiro junto da pessoa com Perturbação Afetiva Sazonal*, é proposto o desenvolvimento de estudos experimentais que comprovem a eficácia das práticas acima mencionadas.

#### IV. Implicações e Contributos para a Enfermagem

Este estudo contribuiu para a prática clínica de Enfermagem na medida em que apresenta aos enfermeiros algumas indicações acerca da forma como podem avaliar os utentes com suspeita de PAS e o tipo de intervenções que podem implementar junto dos mesmos.

Ao nível do ensino de Enfermagem, o presente estudo contribuiu na medida em que permite aos docentes uma organização da informação que facilita a sua transmissão aos estudantes, otimizando, deste modo, o processo de ensino-aprendizagem.

O estudo contribuiu ainda para a investigação em Enfermagem porque, estabelecendo a base das intervenções que podem ser realizadas junto dos utentes com PAS, ainda que com reduzido nível de evidência, abre a porta para a realização de estudos de natureza experimental que visem avaliar a eficácia destas mesmas intervenções.

## CONCLUSÃO

De acordo com literatura atual, este estudo permitiu uma enumeração de práticas que conferem aos profissionais e académicos um olhar amplo ao nível da avaliação e da intervenção de Enfermagem na PAS. Além disso, as estratégias enunciadas neste estudo foram sujeitas a análise crítica, resultando numa listagem com uma abordagem relativamente consensual entre os pares acerca da perturbação.

Tendo por base os objetivos apresentados inicialmente, sendo eles a divulgação da Perturbação Afetiva Sazonal em si e no contexto da Enfermagem, a sensibilização dos profissionais de saúde para a presença desta perturbação na sociedade, e a amplificação do conhecimento pessoal em relação à mesma e à elaboração de trabalhos científicos, considera-se que os objetivos foram maioritariamente cumpridos. O objetivo de amplificação do conhecimento da investigadora em relação à perturbação e elaboração de trabalhos científicos foi alcançado, bem como a divulgação da perturbação em si e no contexto da Enfermagem, ainda que num pequeno grupo de pessoas. Quanto à sensibilização dos profissionais de saúde para a presença desta perturbação na sociedade, é um objetivo difícil de mensurar e, portanto, irrealista de considerar totalmente atingido.

Reforça-se uma vez mais a importância da produção de estudos de cariz experimental relativamente à Perturbação Afetiva Sazonal na área de Enfermagem, de forma a serem obtidos resultados mais robustos e fidedignos.

Desta investigação conclui-se que o enfermeiro pode ter um papel ativo junto das pessoas com PAS, através da avaliação, identificação de diagnósticos de Enfermagem, planeamento e execução de intervenções, implementação de estratégias e encaminhamento destas para outros profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adan, A., Natale, V. e Fabbri, M. (2006). Propiedades Psicométricas De La Versión Castellana Del Cuestionario De Evaluación De Patrón Estacional (Seasonal Pattern Assessment Questionnaire, Spaq), *Revista Latinoamericana De Psicología*, 38(1), pp. 56-69.

Akram, F. *et al.* (2020). Seasonal Affective Disorder And Seasonal Change In Weight And Sleep Duration Are Inversely Associated With Plasma Adiponectin Levels, *Journal Of Psychiatric Research*, 122(15), pp. 97-104.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders* (5<sup>th</sup> Ed.). Arlington, Va: Author.

Avery, D. *et al.* (1990). Bright Light Treatment Of Winter Depression: Morning Versus Evening Light, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(5), pp. 335-338.

Avery, D. *et al.* (1991). Morning Or Evening Bright Light Treatment Of Winter Depression? The Significance of Hypersomnia, *Biological Psychiatry*, 29(2), pp. 117-126.

Backes, D. *et al.* (2012). O papel Profissional Do Enfermeiro No Sistema Único De Saúde: Da Saúde Comunitária À Estratégia De Saúde Da Família, *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1), pp. 223-230.

Beck, J. (1997). *Cognitive Therapy: Basics And Beyond*. New York, The Guilford Press.

Bernardino, A. *et al.* (2009). Os Enfermeiro Enquanto Agentes De Educação Para A Saúde: Validação Da Escala De Práticas E Comportamentos De Educação Para A Saúde, pp. 1-9.

Birtwistle, J. e Martin, N. (1999). Seasonal Affective Disorder: Its Recognition And Treatment, *British Journal Of Nursing*, 8(15), pp. 1004-1009.

Boyce, P. e Parker, G. (1988). Seasonal Affective Disorder In The Southern Hemisphere, *American Journal Of Psychiatry*, 145(1), pp. 96-99.

Brière, F. *et al.* (2014). Comorbidity Between Major Depression And Alcohol Use

Disorder From Adolescence To Adulthood, *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), pp. 526-533.

Bushnell, F. e DeForge, V. (1994). Seasonal Affective Disorder, *Perspectives In Psychiatric Care*, 30(4), pp. 21-25.

Carskadon, M. e Acebo, C. (1993). Parental Reports Of Seasonal Mood And Behavior Changes In Children, *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 32(2), pp. 264-269.

Castledine, G. (1996). Virginia Henderson's Legacy, *British Journal Of Nursing*, 5(8), p. 517.

Cordás, T e Emílio, M. (2017). *História da Melancolia*. Porto Alegre, Artmed.

Costa, R. *et al.* (2009). O Legado De Florence Nightingale: Uma Viagem No Tempo Florence, *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(4), pp. 661-669.

Danilenko, K. & Levitan, R. (2012). Seasonal Affective Disorder, *In: Neurobiology Of Psychiatric Disorders. Handbook Of Clinical Neurology*. (1<sup>st</sup> Ed.). Elsevier, pp. 279-289.

Davis, C. e Levitan, R. (2005). Seasonality And Seasonal Affective Disorder (SAD): An Evolutionary Viewpoint Tied To Energy Conservation And Reproductive Cycles, *Journal Of Affective Disorders*, 87(1), pp. 3-10.

Dimeo, F. *et al.* (2001). Benefits From Aerobic Exercise In Patients With Major Depression: A Pilot Study, *British Journal Of Sport Medicine*, 35(2), pp. 114-117.

Dinas, P., Koutedakis, Y. e Flouris, A. (2011). Effects Of Exercise And Physical Activity On Depression, *Irish Journal Of Medical Science*, 180(2), pp. 319-325.

Dobson, K. (1989). A Meta-Analysis Of The Efficacy Of Cognitive Therapy For Depression, *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 57(3), pp. 414-419.

Dunham, K. (1992). Seasonal Affective Disorder: Light Makes Right, *The American Journal Of Nursing*, 92(12), pp. 44-46.

Durão, V. (2014). Educação Para A Saúde Como Estratégia Para A Promoção Do Envelhecimento Saudável, pp. 0-118.

Eastman, C. et al. (1998). Bright Light Treatment Of Winter Depression: A Placebo-Controlled Trial, *Archives Of General Psychiatry*, 55(10), pp. 883-889.

Eastman, C. e Martin, S. (1999). How To Use Light And Dark To Produce Circadian Adaptation To Night Shift Work, *Annals Of Medicine*, 31(2), pp. 87-98.

Espirito Santo, F. e Porto, I. (2006). De Florence Nightingale Às Perspectivas Atuais Sobre O Cuidado De Enfermagem: A Evolução De Um Saber/Fazer, *Esc Anna Nery*, 10(3), pp. 539-546.

Farmer, A (2010). Seasonal Affective Disorder: Ways To Beat The Winter Blues, *British Journal Of Wellbeing*, 1(7), pp. 6-7.

Fonte, A e Coutinho, B. (2015). Questionário De Avaliação Do Perfil Sazonal – Características Psicométricas Da Versão Portuguesa Do Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ), *Psychologica*, 58(1), pp. 89-106.

Fortin, M. (2003). *O Processo De Investigação: Da Concepção À Realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos E Etapas Do Processo De Investigação*. Loures, Lusociência.

Friberg, F., Granum, V., e Bergh, A. (2012). Nurses Patient-Education Work: Conditional Factors – An Integrative Review, *Journal Of Nursing Management*, 20(2), pp. 170-186.

Garièpy, G., Honkaniemi, H. e Quesnel-Vallée, A. (2016). Social Support And Protection From Depression: Systematic Review Of Current Findings In Western Countries, *British Journal Of Psychiatry*, 209(4), pp. 284-293.

Gilman, S. e Abrams, D. (2001). A Longitudinal Study Of The Order Of Onset Of Alcohol Dependence And Major Depression, *Drug And Alcohol Dependence*, 63, pp. 277-286.

Gloaguen, V. et al. (1998). A Meta-Analysis Of The Effects Of Cognitive Therapy In Depressed Patients, *Journal Of Affective Disorders*, 49(1), pp. 59-72.

Hairon, N. (2007). Helping Patients To Cope With Seasonal Affective Disorder, *Nursing*

*Times*, 103(46), pp. 25-26.

Hall, A., Franche, R. e Koehoorn, M. (2018). Examining Exposure Assessment In Shift Work Research: A Study On Depression Among Nurses, *Annals Of Work Exposures And Health*, 62(2), pp. 182-194.

Harvey, A. (2011). Sleep And Circadian Functioning: Critical Mechanisms In The Mood Disorders?, *Annual Review Of Clinical Psychology*, 7(1), pp. 297-319.

Hätönen, T. *et al.* (1999). Suppression Of Melatonin By 2000-Lux Light In Humans With Closed Eyelids, *Biological Psychiatry*, 46(6), pp. 827-831.

Hippocrates. On Ancient Medicine. In: Jones, W. e Withington, E.T., eds. *Works of Hippocrates*. Cambridge, Harvard University Press, 1923-1931, v. I, pp. 1-361.

Huitzi-Egilegor, J. *et al.* (2014). Implementation Of The Nursing Process In A Health Area: Models And Assessment Structures Used, *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 22(5), pp. 772-777.

Ito, A. *et al.* (1992). Prevalence Of Seasonal Mood Changes In Low Latitude Area: Seasonal Pattern Assessment Questionnaire Score Of Quezon City Workers, *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 46(1), pp. 249-249.

Jepson, T., Ernst, M. e Kelly, M. (1999). Current Perspectives On The Management Of Seasonal Affective Disorder, *Journal Of The American Pharmaceutical Association*, 39(6), pp. 822-829.

Johnson, R. (2000). Diagnosing And Managing Seasonal Affective Disorder, *Nurse Practitioner*, 25(8), pp. 56-73.

Kaplan, K. e Harvey, A. (2009). Hypersomnia Across Mood Disorders: A Review And Synthesis, *Sleep Medicine Reviews*, 13(4), pp. 275-285.

Kasper, S. *et al.* (1989a). Epidemiological Findings Of Seasonal Changes In Mood And Behavior, *Archives Of General Psychiatry*, 46(9), pp. 823-833.

Kasper, S. *et al.* (1989b). Phototherapy In Individuals With And Without Subsyndromal Seasonal Affective Disorder, *Archives Of General Psychiatry*, 46(9), pp. 837-844.

- Kegel, M. *et al.* (2009). The Prevalence Of Seasonal Affective Disorder (SAD). In: Greenland Is Related To Latitude, *Nordic Journal Of Psychiatry*, 63(4), pp. 331-335.
- Koorengel, K. *et al.* (2001). Extraocular Light Therapy In Winter Depression: A Double-Blind Placebo-Controlled Study, *Society Of Biological Psychiatry*, 50(9), pp. 691-698.
- Kurlansik, S. e Ibay, A. (2012). Seasonal Affective Disorder, *American Family Physician*, 86(11), pp. 1037-1041.
- Lam, R. e Levitt, A. (1999). *Canadian Consensus Guidelines For The Treatment Of Seasonal Affective Disorder*. Canadá, Clinical & Academic Publishing.
- Leahy, L. (2017). Overcoming Seasonal Affective Disorder, *Journal Of Psychosocial Nursing And Mental Health Services*, 55(11), pp. 10-14.
- Lee, H. *et al.* (2011). Delayed Sleep Phase Syndrome Is Related To Seasonal Affective Disorder, *Journal Of Affective Disorders*, 133(3), pp. 573-579.
- Leppämäki, S. *et al.* (2003). Timed Bright-Light Exposure And Complaints Related To Shift Work Among Women, *Scandinavian Journal Of Work, Environment And Health*, 29(1), pp. 22-26.
- Leppämäki, S. *et al.* (2004). Drop-Out And Mood Improvement: A Randomised Controlled Trial With Light Exposure And Physical Exercise, *Bmc Psychiatry*, 4(22), pp. 1-11.
- Levitt, A. *et al.* (1993). Side Effects Of Light Therapy In Seasonal Affective Disorder, *American Journal Of Psychiatry*, 150(4), pp. 650-652.
- Lewinsohn, P., Sullivan, J. e Grosscup, S. (1980). Changing Reinforcing Events: An Approach To The Treatment Of Depression, *Psychotherapy*, 17(3), pp. 322-334.
- Lewy, A. *et al.* (1987). Antidepressant And Circadian Phase-Shifting Effects Of Light, *Science*, 235(4786), pp. 352-354.
- Lewy, A. *et al.* (1998). Morning Vs Evening Light Treatment Of Patients With Winter Depression, *Archives Of General Psychiatry*, 55(10), pp. 890-896.

Low, K. e Feissner, J. (1998). Seasonal Affective Disorder In College Students: Prevalence And Latitude, *Journal Of The American College Health Association*, 47(3), Pp. 135-137.

Magnusson, A. (2000). An Overview Of Epidemiological Studies On Seasonal Affective Disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(3), pp. 176-184.

Magnusson, A. e Boivin, D. (2003). Seasonal Affective Disorder: An Overview, *Chronobiology International*, 20(2), pp. 189-207.

Magnússon, A. e Stefansson, J. (1993). Prevalence Of Seasonal Affective Disorder In Iceland, *Archives Of General Psychiatry*, 50(12), pp. 941-946.

Martins, J. (2008). Investigação Em Enfermagem :Alguns Apontamentos Sobre A Dimensão Ética, *Pensar Enfermagem*, 12(2), pp. 62-66.

Mccarthy, E., Tarrier, N. e Gregg, L. (2002). The Nature And Timing Of Seasonal Affective Symptoms And The Influence Of Self-Esteem And Social Support: A Longitudinal Prospective Study, *Psychological Medicine*, 32(8), pp. 1425–1434.

Meesters, Y. *et al.* (1993). Morning And Evening Light Treatment Of Seasonal Affective Disorder: Response, Relapse And Prediction, *Journal Of Affective Disorders*, 28(3), pp. 165–177.

Meesters, Y. *et al.* (1995). Light Therapy For Seasonal Affective Disorder: The Effects Of Timing, *British Journal Of Psychiatry*, 166(5), pp. 607-612.

Melrose, S. (2015). Seasonal Affective Disorder: An Overview Of Assessment And Treatment Approaches, *Depression Research And Treatment*, 2015(20), pp. 1-6.

Moher, D. *et al.* (2009). Preferred Reporting Items For Systematic Reviews And Meta-Analyses: The Prisma Statement, *Plos Medicine*, 6(7), pp. 1-6.

Morin, G. (1990). Seasonal Affective Disorder, The Depression Of Winter: A Literature Review And Description From A Nursing Perspective, *Archives Of Psychiatric Nursing*, 4(3), pp. 182-187.

Neto, D. e Nóbrega, M. (1999). Holismo Nos Modelos Teóricos De Enfermagem, *R. Bras.*

*Enferm*, 52(2), pp. 233-242.

Nussbaumer-Streit, B. *et al.* (2017). Prevention Of Seasonal Affective Disorder In Daily Clinical Practice: Results Of A Survey In German-Speaking Countries, *Bmc Psychiatry*, 17(247), pp. 1-9.

Ordem Dos Enfermeiros (2015). Regulamento Do Perfil De Competências Do Enfermeiro De Cuidados Gerais. [Em Linha] Disponível Em <[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/documents/legislacaooe/regulamento\\_190\\_2015\\_regulamento\\_do\\_perfil\\_de\\_competencias\\_enfermeiro\\_cuidados\\_gerais.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/documents/legislacaooe/regulamento_190_2015_regulamento_do_perfil_de_competencias_enfermeiro_cuidados_gerais.pdf)> [Consultado Em 20/07/2021].

Oren, D. *et al.* (1991). Usage Patterns Of Phototherapy In Seasonal Affective Disorder, *Comprehensive Psychiatry*, 32(2), pp. 147-152.

Oren, D. *et al.* (1994). Exposure To Ambient Light In Patients With Winter Seasonal Affective Disorder, *American Journal Of Psychiatry*, 151(4), pp. 591-593.

Paykel, E. (1977). Depression And Appetite, *Journal Of Psychosomatic Research*, 21(5), pp. 401-407.

Peiser, B. (2009). Seasonal Affective Disorder And Exercise Treatment: A Review, *Biological Rhythm Research*, 40(1), pp. 85-97.

Pinchasov, B. *et al.* (2000). Mood And Energy Regulation In Seasonal And Non-Seasonal Depression Before And After Midday Treatment With Physical Exercise Or Bright Light, *Psychiatry Research*, 94(1), pp. 29-42.

Pjrek, E. *et al.* (2008). Treatment Of Seasonal Affective Disorder With Duloxetine: An Open-Label Study, *Pharmacopsychiatry*, 41(3), pp. 100-105.

Pjrek, E. *et al.* (2016). Epidemiology And Socioeconomic Impact Of Seasonal Affective Disorder In Austria, *European Psychiatry*, 32, pp. 28-33.

Rastad, C., Sjoden, P. e Ulfberg, J. (2005). High Prevalence Of Self-Reported Winter Depression In A Swedish County, *Psychiatry And Clinical Neurosciences*, 59(6), pp. 666-675.

Ribeiro, O. *et al.* (2018). Aplicação Do Processo De Enfermagem Em Hospitais Portugueses, *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 39, pp. 1–11.

Rohan, K. *et al.* (2004). Cognitive-Behavioral Therapy, Light Therapy, And Their Combination In Treating Seasonal Affective Disorder, *Journal Of Affective Disorders*, 80(2-3), pp. 273-283.

Rohan, K. *et al.* (2007). A Randomized Controlled Trial Of Cognitive-Behavioral Therapy, Light Therapy, And Their Combination For Seasonal Affective Disorder, *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 75(3), pp. 489-500.

Rohan, K. (2009a). *Coping With The Seasons: A Cognitive-Behavioral Approach To Seasonal Affective Disorder*. New York, Oxford University Press.

Rohan, K. *et al.* (2015). Randomized Trial Of Cognitive-Behavioral Therapy Versus Light Therapy For Seasonal Affective Disorder: Acute Outcomes, *American Journal Of Psychiatry*, 172(9), pp. 862-869.

Rohan, K., Sigmon, S. e Dorhofer, D. (2003). Cognitive-Behavioral Factors In Seasonal Affective Disorder, *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 71(1), pp. 22-30.

Rohan, K., Roecklein, K. e Haaga, D. (2009b). Biological And Psychological Mechanisms Of Seasonal Affective Disorder: A Review And Integration, *Current Psychiatry Reviews*, 5(1), pp. 37-47.

Rosen, L. *et al.* (1990). Prevalence Of Seasonal Affective Disorder At Four Latitudes, *Psychiatry Research*, 31(2), pp. 131-144.

Rosenthal, N. *et al.* (1983). Seasonal Cycling In A Bipolar Patient, *Psychiatry Research*, 8(1), pp. 25-31.

Rosenthal, N. *et al.* (1984). Seasonal Affective Disorder: A Description Of The Syndrome And Preliminary Findings With Light Therapy, *Archives Of General Psychiatry*, 41(1), pp. 72-80.

Saarijärvi, S. *et al.* (1999). Seasonal Affective Disorders Among Rural Finns And Lapps, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(2), pp. 95-101.

Sack, R. *et al.* (1990). Morning Vs Evening Light Treatment For Winter Depression, *Archives Of General Psychiatry*, 47(4), pp. 343-351.

Salma, U. e Rao, K. (2014). Shift Work And Depression, 4(4), pp. 417-422.

Sandman, N. *et al.* (2016). Winter Is Coming: Nightmares And Sleep Problems During Seasonal Affective Disorder, *Journal Of Sleep Research*, 25(5), pp. 612-619.

Scott, A., Monk, T. e Brink, L. (1997). Shiftwork As A Risk For Depression: A Pilot Study. *International Journal Of Occupational And Environmental Health*, 3(2), pp. S2-S9.

Sigmon, S. *et al.* (2007). Stress Reactivity And Coping In Seasonal And Nonseasonal Depression, *Behaviour Research And Therapy*, 45(5), pp. 965-975.

Sigmon, S. e Nelson-Gray, R. (1992). Sensitivity To Aversive Events In Depression: Antecedent, Concomitant, Or Consequent?, *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 14(3), pp. 225-246.

Sohn, C. e Lam, R. (2004). Treatment Of Seasonal Affective Disorder: Unipolar Versus Bipolar Differences, *Current Psychiatry Reports*, 6(6), pp. 478-485.

Sousa, L. *et al.* (2017). Metodologia De Revisão Integrativa Da Literatura Em Enfermagem, *Revista Investigação Enfermagem*, 2(21), pp. 17-26.

Stuhlmiller, C. (1998). Understanding Seasonal Affective Disorder And Experiences In Northern Norway, *Journal Of Nursing Scholarship*, 30(2), pp. 151-156.

Swedo, S. *et al.* (1995). Rates Of Seasonal Affective Disorder In Children And Adolescents, *American Journal Of Psychiatry*, 152(7), pp. 1016-1019.

Taylor, R. *et al.* (2015). Extended Family And Friendship Support Networks Are Both Protective And Risk Factors For Major Depressive Disorder And Depressive Symptoms Among African-Americans And Black Caribbeans, *Journal Of Nervous & Mental Disease*, 203(2), pp. 132-140.

Tefft, N. (2012). Mental Health And Employment: The Sad Story, *Economics & Human Biology*, 10(3), pp. 242-255.

Tonetti, L., Sahu, S. e Natale, V. (2012). Cross-National Survey Of Winter And Summer Patterns Of Mood Seasonality: A Comparison Between Italy And India, *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), pp. 837-842.

Trinder, J. *et al.* (1996). Inhibition Of Melatonin Secretion Onset By Low Levels Of Illumination, *Journal Of Sleep Research*, 5(2), pp. 77-82.

Wehr, T. *et al.* (1987a). Eye Versus Skin Phototherapy Of Seasonal Affective Disorder, *American Journal Of Psychiatry*, 144(6), pp. 753-757.

Wehr, T. *et al.* (1991). Contrasts Between Symptoms Of Summer Depression And Winter Depression, *Journal Of Affective Disorders*, 23(4), pp. 173-183.

Wehr, T. (2001). Photoperiodism In Humans And Other Primates: Evidence And Implications, *Journal Of Biological Rhythms*, 16(4), pp. 348-364.

Wehr, T., Sack, D. e Rosenthal, N. (1987b). Seasonal Affective Disorder With Summer Depression And Winter Hypomania, *American Journal Of Psychiatry*, 144(12), pp. 1602-1603.

Wehr, T. e Wirz-Justice, A. (1981). Internal Coincidence Model For Sleep Deprivation And Depression, *In: Sleep 1980*, pp. 26-33.

Westrin, A. e Lam, R. (2007). Seasonal Affective Disorder: A Clinical Update, *Annals Of Clinical Psychiatry*, 19(4), pp. 239-246.

Whittemore, R. e Knafl, K. (2005). The Integrative Review: Updated Methodology, *Journal Of Advanced Nursing*, 52(5), pp. 546–553.

WHO (2019). Healthy Diet. [Em Linha]. Disponível Em <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325828/emropub\\_2019\\_en\\_23536.pdf?sequence=1&isallowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325828/emropub_2019_en_23536.pdf?sequence=1&isallowed=y)> [Consultado Em 20/07/2020].

Wierzbicki, M. e Rexford, L. (1989). Cognitive And Behavioral Correlates Of Depression In Clinical And Nonclinical Populations, *Journal Of Clinical Psychology*, 45(6), pp. 872-877.

Wingard, R. (2005). Patient Education And The Nursing Process: Meeting The Patient's

Needs, *Nephrology Nursing Journal*, 32(2), pp. 211-215.

Wirz-Justice, A. *et al.* (1996). “Natural” Light Treatment Of Seasonal Affective Disorder, *Journal Of Affective Disorders*, 37(2-3), pp. 109-120.

Yang, Y. *et al.* (2020). The Role Of Diet, Eating Behavior, And Nutrition Intervention In Seasonal Affective Disorder: A Systematic Review, *Frontiers In Psychology*, 11(1451), pp. 1-23.

Zauderer, C. e Ganzer, C. (2015). Seasonal Affective Disorder: An Overview, *Mental Health Practice*, 18(9), pp. 21-24.