



UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES COM DEPRESSÃO MAJOR:

A Influência da percepção de doença, suporte social, espiritualidade e do estado emocional.

Patrícia Alexandra dos Santos Soares

Orientação: Prof. Doutora Adelaide Claudino

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: *Psicologia Clínica e da Saúde*

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo juri

Universidade de Évora
Departamento de Psicologia

**ADESÃO AO TRATAMENTO EM
PACIENTES COM DEPRESSÃO
MAJOR:**

**A Influência da percepção da doença, suporte social,
espiritualidade e do estado emocional.**



174 637

Mestrado em Psicologia
Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Prof^a Doutora Adelaide Claudino

Patrícia Alexandra dos Santos Soares

Évora, 2010

RESUMO

Este estudo teve como finalidade investigar a relação entre alguns factores psicossociais e a adesão terapêutica, utilizando como variáveis predictoras, as representações de doença, a ansiedade e depressão as previsões de suporte social, e a espiritualidade e como variáveis de resultado, a adesão ao regime terapêutico, através da avaliação da adesão à medicação. Pretendeu-se testar quatro hipóteses: (1) Prevê-se que as representações de depressão nas suas dimensões da consequências, duração e controlo pessoal e de tratamento, identidade, preocupação, emoções e compreensão da doença sejam preditores significativos da adesão ao tratamento medicamentoso; (2) Prevê-se que os níveis de ansiedade e depressão dos doentes depressivos estarão significativa e negativamente correlacionados com os níveis de adesão ao tratamento medicamentoso; (3) Prevê-se que os níveis de suporte social percebido estarão significativa e positivamente correlacionados com os níveis de adesão ao tratamento medicamentoso e (4) Prevê-se que os níveis de espiritualidade se encontrem significativa e positivamente correlacionados com os níveis de adesão ao tratamento medicamentoso. Tratou-se de um estudo transversal, com desenho correlacional e foi desenvolvido num Hospital da Região do Alentejo, mais especificamente, num Departamento de Psiquiatria a saúde Mental, com uma amostra não aleatória de 15 pacientes com o diagnóstico de Depressão. Os resultados confirmaram parcialmente a primeira hipótese, sendo as representações de doença, nas suas dimensões controlo pessoal, controlo do tratamento e emoções preditores significativos da adesão (mais especificamente das alterações das doses da medicação). A segunda hipótese também foi confirmada parcialmente, sendo a depressão preditora da adesão (tanto na dimensão do esquecimento, quanto na alteração das doses da medicação). A terceira hipótese foi, também, parcialmente confirmada sendo a aliança fiável preditora significativa da adesão (na dimensão do esquecimento da toma da medicação). Por último, a quarta hipótese foi igualmente confirmada parcialmente sendo a esperança/optimismo preditora significativa da adesão (tanto na dimensão do esquecimento, quanto na alteração das doses da medicação). Nas análises exploratórias verificou-se a influência da variável sócio-demográfica “sexo” nas representações cognitivas e também na depressão. A “idade” também demonstrou algum efeito nas alterações à medicação e nas provisões sociais. O “estado civil” mostrou efeito no aconselhamento e na oportunidade de prestação de valores. As variáveis clínicas também mostraram ter influência. O “tempo de doença” mostrou efeito significativo nas representações emocionais, nas crenças, esperança/optimismo e no esquecimento da medicação. A “duração do tratamento

com medicação” mostrou efeito na compreensão da doença e no esquecimento da medicação. Por fim, são apresentadas algumas implicações da depressão, bem como algumas sugestões para estudos futuros.

Adherence to treatment in patients with major depression: the influence of illness perception, social support, spirituality and emotional state.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the relationship between some psychosocial factors and the adherence, using as predictor variables, the representations of illness, the anxiety and depression, the social support predictions, and spirituality, and as outcome variables, adherence to treatment regimen, through the assessment of medication adherence. It was intended to test four hypotheses: (1) It is expected that the depression representations in its dimensions of consequences, duration and personal control and treatment, identity, concern, emotions and disease understanding are significant predictors of adherence to therapy; (2) It is expected that anxiety and depression levels in depressed patients are significantly and negatively correlated with the levels of adherence to therapy; (3) It is expected that the levels of perceived social support are significantly and positively correlated with the levels of adherence to drug treatment and (4) It is expected that the levels of spirituality are significantly and positively correlated with levels of adherence to therapy. This was a cross-sectional study with correlational design and was developed in one Hospital of the Alentejo Region, more specifically, in a Department of Psychiatry and Mental Health, with a non-random sample of 15 patients diagnosed with depression. The results partially confirmed the first hypothesis, being the representations of disease, in its dimensions of personal control, treatment control and emotions, significant predictors of adherence (more specifically, of the changes in the doses of medication). The second hypothesis was also partially confirmed, with depression being a predictor of adherence (both in the extent of oblivion and in the changes of medication doses). The third hypothesis was also partially confirmed, being the trustable alliance a quite significantly reliable predictor of adherence (in the dimension of the medication oblivion). Finally, the fourth hypothesis was equally partially confirmed, being the hope/optimism significant predictor of adherence (both in the extent of oblivion and in changing doses of medication). In exploratory analyzes, it was verified the influence of socio-demographic variable "sex" in the cognitive representations and also in depression. The "age" also had some effect on changes to medication and social provisions. The "marital status" had effect in the counseling and in the opportunity to provide values. The clinical variables also proved to have influence. "Time sickness" had a significant effect on emotional representations, beliefs, hope/optimism and medication oblivion. The "treatment duration with medication" had effect in the disease understanding and the medication oblivion. Finally, are presented some implications of depression as well as some suggestions for future studies.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, o meu agradecimento à Professora Adelaide Claudino que não só se disponibilizou a orientar esta tese, como me incentivou com a sua sabedoria e capacidade de trabalho mas também pela forma prestável com que me acolheu ao longo deste trabalho.

A toda a equipa do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo, Évora o meu agradecimento pelo bom acolhimento que tive aquando da recolha de dados.

A todos os utentes do departamento que comigo colaboraram e sem os quais o meu trabalho não se podia concretizar.

A todos os meus colegas da Universidade de Évora pelo apoio demonstrado. À Fátima, a Patrícia, a Mariséla e a Ema pela disponibilidade demonstrada.

Ao Tiago, Miguel, Nuno e Andreia pela amizade sempre presente.

Aos meus pais, e a toda minha família que, tal como sempre, estiveram ao meu lado em todos os momentos de alegria e desânimo que tive.

A minha irmã pelo espaço de reflexão e palavras de apoio e incentivo. Aos meus sobrinhos pelo carinho e momentos de brincadeira que me proporcionaram.

Finalmente, ao Ricardo, por todos os momentos partilhados, pelas lágrimas que ajudou a secar, e pelas alegrias constantes que me proporcionou e que me deram alento para seguir em frente.

Índice Geral

Introdução	1-2
 PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
Capítulo I – DEPRESSÃO	4-6
1.1. Epidemiologia	7-8
1.2. Classificação e diagnóstico	9-11
1.3. Tratamento da Depressão	11
1.3.1. Tratamentos Biológicos	12-13
1.3.2. Tratamentos Psicológicos	13-14
 Capítulo II – FACTORES DEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS NA DEPRESSÃO	15
2.1. Factores demográficos de adaptação à doença	15-16
2.2. Factores Psicossociais de adaptação à doença	17
2.2.1. Representações de doença	18
2.2.2. Modelo de Auto-Regulação de Doença	18-22
2.3. Factores Psicossociais na Depressão	22-23
 Capítulo III – SUPORTE SOCIAL	24-25
3.1. Características, componentes e dimensões do Suporte Social	25-27
3.2. Mecanismos de acção do Suporte Social	27-30
3.3. Suporte Social na Depressão	30-31
 Capítulo IV – ESPIRITUALIDADE	32-34
4.1. Espiritualidade na Depressão	34-35
 Capítulo V – ADESÃO TERAPÊUTICA	36-38
5.1. Factores Psicossociais associados à Adesão	39-40
5.1.1. Características da doença	40-41
5.1.2. Factores Interpessoais	41-43
5.1.3. Contexto Social	43
5.2. Modelos de Adesão Terapêutica	43-46

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

A – METODOLOGIA

1. OBJECTIVOS DO ESTUDO	48
2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES	
2.1. Questões de Investigação	49
2.2. Hipóteses	49
3. VARIÁVEIS DO ESTUDO	
3.1. Variáveis Preditoras	50
3.2. Variáveis de Resultado	50
3.3. Variáveis Sócio-demográficas e clínicas	50-51
4. POPULAÇÃO E AMOSTRA	51
4.1. Caracterização sócio-demográfica da Amostra	51-53
4.2. Caracterização Clínica da Amostra	54
5. INSTRUMENTOS	
5.1. Questionário Sócio-Demográfico	55
5.2. Brief Illness Perception Questionnaire (IPQ-B)	
5.2.1. Versão Original	56-59
5.2.2. Características Psicométricas na População Portuguesa	59
5.2.3. Características Psicométricas na Amostra em estudo	60-62
5.3. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	
5.3.1. Versão Original	63-64
5.3.2. Características Psicométricas na População Portuguesa	64-65
5.3.3. Características Psicométricas na Amostra em estudo	66-67
5.4. Social Provisions Scale (EPS)	
5.4.1. Versão Original	67-68
5.4.2. Características Psicométricas na População	68-69

Portuguesa	
5.4.3. Características Psicométricas na Amostra em estudo	69-71
5.5. Escala de Avaliação da Espiritualidade (EAE)	
5.5.1. Versão Original	71-73
5.5.2. Características Psicométricas na Amostra em estudo	73
5.6. Reported Adherence to Medication Scale (RAM)	
5.6.1. Versão Original	74
5.6.2. Características Psicométricas na População Portuguesa	75
5.6.3. Características Psicométricas na Amostra em estudo	75-77
B – RESULTADOS	
1. Caracterização da Amostra de Deprimidos de acordo com as variáveis Psicossociais estudadas	
1.1. Caracterização de deprimidos de acordo com as variáveis de Representação de doença	78-79
1.2. Caracterização de deprimidos de acordo com as variáveis Ansiedade e Depressão	79-80
1.3. Caracterização de deprimidos de acordo com as variáveis de Provisão Social	80-81
1.4. Caracterização de deprimidos de acordo com as variáveis de Espiritualidade	81
1.5. Caracterização de deprimidos de acordo com as variáveis de Adesão Terapêutica	81-82
2. Resultados dos Testes de Hipótese	
2.1. Hipótese 1	82-85
2.2. Hipótese 2	85-87
2.3. Hipótese 3	87-89
2.4. Hipótese 4	89-91
3. Resultados das Análises Exploratórias	92-95

C – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. Caracterização da Amostra de Deprimidos de acordo com as variáveis Psicossociais estudadas	
1.1. Variáveis Sócio-demográficas e Clínicas	96-97
1.2. Variáveis Psicossociais	97-98
2. Hipótese 1	99-100
3. Hipótese 2	100-101
4. Hipótese 3	101-102
5. Hipótese 4	102-103
6. Análises Exploratórias	103-105
D – RESUMO DOS RESULTADOS	106-108
E – LIMITAÇÕES DO ESTUDO	109
F – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS DO ESTUDO	110-112

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo I- Questionário Sócio-demográfico e Clínico

Anexo II- Folha de rosto do *Brief Illness Perception Questionnaire* - IPQ-B

Anexo III- Folha de rosto do Hospital Anxiety and Depression Scale - HADS

Anexo IV- Folha de rosto do Questionário Social Provisions Scale - EPS

Anexo V- Folha de rosto do Questionário Escala de Avaliação da Espiritualidade - EAE

Anexo VI- Folha de rosto do Questionário Reported Adherence to Medication Scale - RAM

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1- Distribuição absoluta e percentual das características sócio-demográficas, de acordo com o sexo

(52)

Tabela 2- Coeficiente de consistência interna de Cronbach das sub-escalas do IPQ-B

(60)

Tabela 3- Coeficiente de consistência interna de Cronbach para o IPQ-B e a amostra em estudo

(61)

Tabela 4- Correlações entre as sub-escalas consequências, cronograma, controlo pessoal, controlo de tratamento, identidade, preocupação, compreensão da doença e resposta emocional do IPQ-B

(62)

Tabela 5- Coeficiente de consistência interna de Cronbach do HADS – Dimensão: Depressão

(66)

Tabela 6- Coeficiente de consistência interna de Cronbach do HADS – Dimensão: Ansiedade

(67)

Tabela 7- Coeficiente de consistência interna de Cronbach do EPS – Escala Total

(70)

Tabela 8- Correlações entre as sub-escalas aconselhamento, aliança fiável, vinculação, integração social, reafirmação de valores e oportunidade de prestação de valores do EPS

(71)

Tabela 9- Coeficiente de consistência interna de Cronbach do EAE – Escala Total

(73)

Tabela 10- Coeficiente de consistência interna de Cronbach do RAM – Escala Total

(76)

Tabela 11- Coeficiente de consistência interna de Cronbach do RAM – Dimensão: Alterações das doses da medicação

(76)

Tabela 12- Coeficiente de consistência interna de Cronbach do RAM – Dimensão: Esquecimento de tomar a medicação

(77)

Tabela 13- Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) de 8 sub-escalas do IPQ-B na amostra

(78)

Tabela 14- Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) das sub-escalas da Ansiedade e Depressão e valores clínicos na amostra

(79)

Tabela 15- Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) das 6 sub-escalas do EPS na amostra

(80)

Tabela 16- Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) das 2 sub-escalas do EAE na amostra

(81)

Tabela 17- Distribuição da média (M) e desvio padrão (DP) das sub-escalas do RAM

(82)

Tabela 18- Correlações de Pearson entre as sub-escalas do IPQ-B (consequências, cronograma, controlo pessoal, controlo de tratamento, identidade, preocupação, compreensão da doença e resposta emocional) e as sub-escalas da escala de adesão à medicação
(83)

Tabela 19- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis idade, sexo, consequências, duração, controlo pessoal e de tratamento, identidade, preocupação, emoções e compreensão na variável *Alterações das doses da Medicação*.
(84)

Tabela 20- Correlações de Pearson entre as sub-escalas da Ansiedade e Depressão, e as sub-escalas da escala de adesão à medicação
(85)

Tabela 21- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis Ansiedade e Depressão na variável *Alterações das doses da medicação*
(86)

Tabela 22- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis Ansiedade e Depressão na variável *Esquecimento de tomar da medicação*
(87)

Tabela 23- Correlações de Spearman's rho entre as sub-escalas da Escala de Provisões sociais (aconselhamento, aliança fiável, vinculação, integração social, reafirmação de valores e oportunidade de prestação de valores), e as sub-escalas da escala de adesão à medicação
(88)

Tabela 24- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis aconselhamento, aliança fiável, vinculação, integração social, reafirmação de valores e oportunidade de prestação de valores na variável *Esquecimento de tomar a medicação*
(89)

Tabela 25- Correlações de Pearson entre as sub-escalas da Escala de avaliação da Espiritualidade (crenças e esperança/optimismo), e as sub-escalas da escala de adesão à medicação
(90)

Tabela 26- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis crenças e esperança/optimismo na variável *Alterações das doses da Medicação*.
(91)

Tabela 27- Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis crenças e esperança/optimismo na variável *Esquecimento de tomar a Medicação*
(91)

Figura 1 – Modelo de auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal (20)

Figura 2 – Os cinco domínios das representações de doença (20)

INTRODUÇÃO

Estudos epidemiológicos têm nas últimas décadas, encontrado alterações significativas no quadro da saúde das populações. Através da análise dos determinantes de saúde, assistimos nos países ocidentais e desenvolvidos, à emergência das doenças associadas a mudanças profundas nos estilos de vida. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), a principal causa de incapacidade no mundo até 2020 serão as doenças crónicas e, especialmente a depressão, que será a mais grave na população em geral e a segunda das principais causas de incapacidade na União Europeia. Estas, se não forem bem geridas, representarão a maior sobrecarga para os sistemas de saúde. Face a este panorama a OMS, através de políticas de Promoção da Saúde, aconselha a que os países invistam esforços no sentido de controlar esta tendência que, para além de trazer custos sociais e económicos elevados, se reflecte no bem-estar individual, tornando-se num grave problema de saúde pública (OMS, 2002).

A depressão é uma doença comum (estima-se que, em algum momento de suas vidas, pelo menos 17% dos adultos apresentarão depressão); grave (porque aumenta a morbilidade de outras doenças, como as doenças cardiovasculares); incapacitante (porque foi a quarta causa mais frequente de incapacitação funcional nos anos 90 e, até 2020, a previsão da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) é de que ocupe a segunda posição em países desenvolvidos e a primeira em países em desenvolvimento, atrás apenas das doenças coronarianas); e recorrente (porque pode se repetir várias vezes ao longo da vida). Em Portugal, ocupa o lugar da segunda patologia psiquiátrica mais frequente, a seguir a esquizofrenia, daí que o seu tratamento assuma uma importância fundamental (Bento et al., 2003).

Tomando como princípio de que a depressão pode ocorrer uma única vez na vida, mas que aproximadamente 75% a 85% dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio depressivo sofrerão novos episódios ao longo da sua vida (em geral de 4 a 5 novos episódios), torna-se importante desenvolver estratégias que avaliem as causas dessa mesma reincidência, e travem o fenómeno da depressão. (OMS, 2007).

Para além de ser uma doença incapacitante, há que ter especial atenção a facto desta, se não convenientemente tratada, ser causa de risco de tentativa de suicídio. Este é causa de uma das dez mortes mais frequentes em muitos países desenvolvidos (Gilbert, 1992 cit. por Campos, 2006).

Visto que, a depressão é uma doença grave, incapacitante e uma das causas de mortalidade, a importância do seu tratamento é fulcral, na medida em que alivia os sintomas depressivos, e previne a reincidência de uma nova depressão.

O tratamento da depressão deve considerar a complexidade humana promovendo medidas que compreendam a dimensão biológica, psicológica e social do doente depressivo na alteração dos comportamentos para os cuidados com a saúde.

Sabe-se que estes diferentes comportamentos relacionados com a saúde são possíveis de prever a partir do conhecimento das crenças dos indivíduos (Teixeira, 1993).

Assim, essas crenças ou percepções/representações de doença que os indivíduos possuem acerca da sua doença são determinantes. Estas sofrem a influência de determinados factores tais como, variáveis demográficas (idade, sexo, raça, etnia), variáveis psicológicas (classe social, personalidade, grupos de pressão) e variáveis estruturais (conhecimento que o indivíduo tem sobre a doença e contactos anteriores com a mesma).

Sabe-se também que a percepção que os indivíduos têm dos diversos factores que se relacionam com a doença, contribuem para o desencadear de acções em prol da sua saúde e que quanto mais grave for a susceptibilidade e doença percebida, maior será a probabilidade de determinada decisão levar a uma acção.

Outros factores para além das representações de doença desencadeiam acções e comportamentos relacionados com a saúde como é o caso do suporte social e da espiritualidade. Estes tendem a promover estratégias eficazes, contrariam sentimentos de solidão, aumentam a sensação de auto-eficácia, e consequentemente aumentam a adesão ao tratamento.

De acordo com a literatura, a taxa de adesão terapêutica nas doenças crónicas tende a ser inferior à taxa nas doenças agudas (Bishop, 1994). Esta baixa adesão ao tratamento compromete a saúde do indivíduo e no caso da Depressão, aumenta os sentimentos de gravidade e incapacidade perante a doença e acaba por não ajudar a reduzir os sintomas depressivos.

Posto isto, torna-se importante analisar alguns factores que parecem influenciar a adesão terapêutica por parte do indivíduo. Assim, este estudo, tem como finalidade identificar e relacionar factores psicossociais associados à adesão terapêutica no doente deprimido, com vista a uma melhor compreensão dos factores que determinam a adesão ao tratamento nesta população. Assim, tentaremos compreender de que modo alguns aspectos psicossociais como as representações de doença, o estado emocional, o suporte social e a espiritualidade se reflectem na adesão à medicação da depressão.

Parte I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. DEPRESSÃO

Apesar da importância do problema da depressão, não é fácil conceitua-la ou mesmo diagnosticá-la, devido à multiplicidade das suas manifestações e da extensão da sua nosografia (Stoppe, 1999; Irwin, 1999; Blay, 2000).

O conceito remete para realidades diferentes e apresenta diferentes significados em função dos diferentes pontos de vista, diferentes escolas de pensamento, como a médica ou biológica, psicanalítica, cognitiva, comportamental, interpessoal ou sociocultural, entre outras. É a complexidade do fenómeno depressivo que permite esta variabilidade de significados e de formas de entendimento (Campos, 2006).

Como afirma Jones (1998), quando se olha para a literatura teórica e clínica sobre a depressão encontra-se um sem fim de termos, conceitos e categorias.

De acordo com Del Porto (2000), o termo depressão gera enorme confusão diagnóstica entre os profissionais de saúde, por conta dos inúmeros significados que o termo tem – por exemplo, um estado afectivo normal (tristeza), um sintoma, uma síndrome e uma doença. Assim, por forma a reduzir a confusão e melhorar a comunicação entre profissionais, Del Porto (2000), propôs algumas definições de cada um dos termos.

Segundo este, o *sentimento de tristeza* é uma resposta normal e adaptativa do ser humano diante de situações adversas (perda, derrota, desapontamentos) e pode ser um momento de reflexão e de preparação para novas acções no futuro. A tristeza não deve se constituir em alvo de intervenção médica e nem em diagnóstico psiquiátrico.

Por sua vez, o *Sintoma depressivo* pode surgir nos mais variados quadros clínicos (transtorno de estresse pós-traumático, demências, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, etc.). Também pode ocorrer como resposta a stressores psicossociais.

A *Síndrome depressiva* inclui alterações de humor (tristeza, irritabilidade, falta de capacidade de sentir prazer, apatia) e de outros aspectos, tais como alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas.

Por último, a *Depressão como doença* é classificada de várias formas, de acordo com o período histórico, a preferência dos autores e o referencial teórico adoptado. Entre os principais quadros mencionados actualmente, temos: perturbação depressiva maior, menor, distímica, depressão integrante do transtorno bipolar, etc.

A característica mais típica dos quadros depressivos é a presença de queixas referentes à sensação de tristeza e vazio. Porém, nem todos os pacientes apresentam queixas de humor triste ou deprimido, ao invés disso podem referir fadiga, dificuldades de concentração e lentidão psicomotora.

A depressão não é resultado de uma única causa isolada, mas sim de uma combinação de factores culturais, ambientais, genéticos, neurológicos, endócrinos, imunológicos, bioquímicos e psicológicos. Os acontecimentos de vida (perdas - morte de pessoas queridas, dificuldades financeiras, separações, mudanças), a vulnerabilidade genética (como exemplo famílias onde a depressão ocorre com frequência elevada), as teorias biológicas (neurotransmissores e factores neuroendócrinos – por excesso ou falta de substâncias no cérebro), as teorias psicossociais (modelos psicanalíticos e psicodinâmicos e modelos comportamentais), e mais recentemente a biologia molecular (envolvendo plasticidade neuronal), são factores que, através de interacções complexas, estão relacionados ao surgimento, manutenção ou agravamento da depressão.

A apresentação clínica do episódio depressivo major é muito variada, e caracteriza-se por um conjunto de sintomas que interferem com a capacidade de trabalhar, dormir, estudar, comer e divertir-se. Mas alguns sintomas são mais importantes e necessariamente devem estar presentes: humor deprimido ou perda de interesse ou prazer. Estes sintomas predominam a maior parte do dia, na maior parte dos dias, por no mínimo duas semanas, causando sofrimento ou limitação significativa no funcionamento (DSM-IV-TR (APA, 2009)).

Caracteristicamente o paciente apresenta sentimentos persistentes de tristeza, ansiedade, angústia ou vazio, desânimo, cansaço e perda de energia, melancolia, crises frequentes de choro, diminuição da capacidade de sentir prazer e interesse em actividades anteriormente agradáveis, hobbies e rotinas diárias; insónia, diminuição do apetite e do peso, pensamentos mais lentos, diminuição da memória e concentração, dificuldade de tomar decisões, actividades físicas lentificadas, sentimentos de pesar ou fracasso, sentimentos de inferioridade e pena de si mesmo, culpa e desvalorização, persistência de pensamentos negativos, pessimismo, isolamento, irritabilidade ou impaciência, inquietação. Menos frequentemente aparecem dificuldade ou incapacidade para chorar, aumento do apetite, sonolência excessiva. Há também dificuldade para iniciar tarefas e para terminar o que começou, preocupação com a morte, achar que a vida não vale à pena, desejo de morrer, sensação de que nunca vai melhorar, queixas frequentes e vagas de dores pelo corpo, desconforto no peito,

alterações digestivas. São comuns alterações dos sintomas com períodos de piora e melhora criando a falsa impressão de recuperação (DSM-IV-TR (APA, 2009)).

Segundo Vaz Serra (2002), a depressão pode ser definida como uma situação clínica que, surgida do cruzamento de factores predisponentes e precipitantes, determina uma alteração semi-permanente do humor, perspectivas pessoais e mecanismos de defesa biológica do indivíduo, afectando o sujeito na sua totalidade: organismo, estados de humor, pensamentos, perspectivas pessoais, vida social, familiar e profissional. Assim, enquanto os factores predisponentes dizem respeito aos mecanismos de natureza genética e à vulnerabilidade psicológica, que funcionam como facilitadores do desencadeamento do quadro clínico, os factores precipitantes referem-se a todo um conjunto de circunstâncias do meio ambiente que têm a capacidade de activar as vulnerabilidades genéticas e psicológicas do sujeito.

Kaplan e Sadock (1997) alertaram que esta condição clínica (depressão), caracterizava-se pela perda do senso de controlo e por uma experiência subjectiva de grande sofrimento. Posto isto, faz-se necessário observar que, para além da diversidade de sintomas que podem estar presentes, conforme apontou Silva (2001) cit. por Cunha, 2006, o indivíduo que vivencia uma perturbação depressiva, muitas vezes, luta não só contra a angústia que ele provoca, mas também contra o preconceito, pois, em geral, não é visto como doente, e sim como fraco.

Souza, Fontana e Pinto (2005), neste sentido, consideram também um dos aspectos que mais incómoda a pessoa deprimida seria a falta de compreensão e de entendimento mostrado por outras pessoas, que muitas vezes, sugerem estratégias pouco sólidas (do ponto de vista teórico) para afastar a depressão. Posturas agressivas ou dúvida da existência de sofrimento podem ser sentidas pelo indivíduo e relacionadas (por aqueles que o rodeiam) com falta de vontade da pessoa, falta de ocupação ou falta de esforço pessoal.

No que diz respeito à relação do paciente com ele próprio e com a doença poderá, para este, tornar-se difícil lidar e interpretar os sintomas, aos quais, pode passar a considerar como fraqueza de carácter, castigo de Deus, e até mesmo, não encontrar umnexo causal claro que lhe justifique motivos para o tipo de sintomas. Estes poderão levar a um sentimento de ingratidão em relação à vida, aumentando os níveis de culpa, já muito presentes neste quadro (Souza; Fontana & Pinto, 2005).

1.1. Epidemiologia

Estima-se que a depressão grave é actualmente a principal causa de incapacitação em todo o mundo e situa-se em quarto lugar entre as dez principais causas da carga patológica mundial (OMS, 2002).

Como verificamos anteriormente, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) espera-se que no ano de 2020, a depressão seja a doença mais grave na população geral e caberá a esta ser a segunda das principais causas de incapacidade na União Europeia.

Segundo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) aproximadamente 121 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de depressão. Esta doença é o principal motivo de afastamento do trabalho e sua alta incidência acarreta um elevado peso enquanto problema de saúde pública (OMS).

Em Portugal, e segundo os censos 2001, realizados pela Direcção Geral de Saúde a nível dos serviços de psiquiatria (Bento, Carreira & Heitor, 2003), a depressão foi a segunda patologia psiquiátrica mais frequente, a seguir a esquizofrenia, com 14,9% dos casos, numa amostra de 66 instituições de saúde. Constatou-se que em regime de Ambulatório as perturbações depressivas representam (21,5%), nas Unidades de internamento representam (4,9%); e nos Serviços de urgência representam (20,2%).

Segundo o DSM-IV (Associação Psiquiátrica Americana [APA], 1994), em amostras comunitárias, o risco de sofrer, por exemplo, de perturbação depressiva major em algum momento da vida tem variado entre 10 e 25% nas mulheres e 5 a 12% nos homens.

Ainda segundo o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), verificou-se que a Depressão é mais comum no sexo feminino, estimando-se uma prevalência pontual do episódio depressivo em 1,9% no sexo masculino e 3,2% no feminino. Reporta-se que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres passarão por um Episódio Depressivo num período de 12 meses. Essas cifras de prevalência variam entre diferentes populações e podem ser mais altas ou mais baixas em algumas delas (Ballone, 2005).

Embora a Depressão possa afectar as pessoas em qualquer fase da vida, ainda que os sintomas apareçam mais frequentemente entre os 20 e 50 anos, infelizmente, há um crescente reconhecimento da Depressão durante a adolescência e início da vida adulta (Ballone, 2005).

Pode ocorrer uma única vez na vida, mas aproximadamente 75% a 85% dos indivíduos que receberam tratamento para um episódio depressivo sofrerão novos episódios ao longo de suas vidas (em geral de 4 a 5 novos episódios), e de 10% a 30% apresentam recuperação incompleta persistindo com sintomas residuais de depressão (OMS, 2007).

A Depressão é, essencialmente, uma doença que se manifesta por episódios recorrentes e cada episódio geralmente dura de alguns meses a alguns anos, com um período normal entre eles. Em cerca de 20% dos casos, porém, a Depressão segue um curso crónico e sem remissão, ou seja, continuamente, especialmente quando não há tratamento adequado disponível (Ballone, 2005).

Alguns outros dados estatísticos mostram que a Depressão, agora não mais o Episódio Depressivo visto acima, mas a Depressão em geral, afecta de 15% a 20% das mulheres e de 5% a 10% dos homens e aproximadamente 2/3 das pessoas com Depressão não fazem tratamento e dos pacientes que procuram o clínico geral apenas 50% são diagnosticados correctamente (Ballone, 2005).

A maioria dos pacientes deprimidos que não é tratada irá tentar suicídio pelo menos uma vez e 17% deles conseguem matar-se (Ballone, 2005).

A depressão é responsável pela maioria dos suicídios (Gilbert, 1992 cit. por Campos, 2006), e em muitos países desenvolvidos, o suicídio é uma das dez causas de morte mais frequentes, sendo nos jovens adultos do sexo masculino uma das três mais frequentes. Segundo a OMS, cerca de 850 mil pessoas suicidam-se todos os anos. Além disso, a depressão parece afectar o sistema imunológico e, por consequência, a capacidade de combater as doenças somáticas (Farrant & Perz, cit. por Campos, 2006), bem como afectar significativamente a vida familiar, pelo que a depressão não só é dos problemas de saúde mental mais frequentes, como dos mais sérios.

Acresce ainda, segundo Gilbert (1992) cit. por Campos, 2006, que muitas pessoas que estão deprimidas não procuram ajuda, ou quando o fazem não são diagnosticadas como estando deprimidas e mesmo quando são diagnosticadas, muitas não são tratadas convenientemente.

Com o tratamento correcto, 70% a 90% dos pacientes recuperam da Depressão (Ballone, 2005).

1.2. Classificação e Diagnóstico

Durante o século XX assistiu-se a uma evolução das formas de classificação da depressão que viria a reflectir-se, nomeadamente em sucessivas edições do DSM (Mental Disorders).

No entanto, na actualidade, os sistemas de classificação em uso são a CID-10 (WHO, 1992; OMS, 1993) publicada em 1992 pela OMS e o DSM-IV (APA, 1994), publicado em 1994. Em 2000 a APA (2000) publicou um texto revisto do DSM-IV, o DSM-IV-TR, que no entanto apresenta apenas pequenas correcções ao texto do DSM-IV, sem alterações significativas.

No que se refere à CID-10 esta inclui os diversos quadros depressivos dentro das perturbações do humor. Nesta secção, distingue-se as categorias do episódio maníaco, perturbação afectiva bipolar, episódio depressivo, perturbação depressiva recorrente, perturbações persistentes do humor, outras perturbações do humor e perturbação do humor não específica. Além destas categorias englobadas na secção das perturbações do humor, a CID-10 apresenta, na secção das perturbações neuróticas, mais precisamente na rubrica, outras perturbações ansiosas, a perturbação mista de ansiedade e depressão. A perturbação distímica, é classificada nas perturbações persistentes do humor onde também é classificada a perturbação ciclotímica. A perturbação depressiva *major* é classificada em episódio depressivo, no caso de se tratar de um episódio único, ou em perturbação depressiva recorrente, no caso de se ter registado mais do que um episódio.

Como critérios diagnósticos de Episódio Depressivo (perturbação depressiva major) da CID-10 da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), apresenta-se os sintomas fundamentais (1.humor deprimido; 2.perda de interesse e 3.fatigabilidade) e como sintomas acessórios (1.concentração e atenção reduzidas; 2.auto-estima e autoconfiança reduzidas; 3.idéias de culpa e inutilidade; 4.visões desoladas e pessimistas do futuro; 5.idéias ou actos auto-lesivos ou suicídio; 6.alterações do sono; 7.alterações do apetite; 8.irritabilidade e impaciência e 9. incapacidade de tomar decisões. Relativamente à gravidade distingue-se em episódio leve (2 sintomas fundamentais + 2 sintomas acessórios – sofre com os sintomas, mas é capaz de desempenhar suas actividades habituais); episódio moderado (2 sintomas fundamentais + 3 a 4 sintomas acessórios – muita dificuldade para desempenhar as actividades de rotina); episódio grave (3 sintomas fundamentais + 4 sintomas acessórios – os sintomas são marcantes e angustiantes, ideias e actos suicidas são

comuns) e episódio grave com sintomas psicóticos (sintomas iguais ao anterior, mas acompanhados de alucinações, delírios, estupor, tornando as actividades sociais quase impossíveis).

O DSM-IV-TR divide as perturbações do humor em perturbações depressivas, perturbações bipolares e outras perturbações do humor. Apresenta diversos especificadores que podem ser aplicados aos episódios depressivos (episódio actual; episódio mais recente e episódios recorrentes). No âmbito das perturbações depressivas, incluem-se a perturbação depressiva major episódio único e a perturbação depressiva major recorrente, a perturbação distímica, que pode ser de aparecimento precoce ou tardio e a perturbação depressiva sem outra especificação, onde são classificados os casos com características depressivas que não preenchem os critérios para uma das perturbações depressivas existentes, ou os critérios para uma perturbação da adaptação com humor depressivo, ou ainda uma perturbação da adaptação mista com humor depressivo e ansiedade, incluídas estas últimas na secção das perturbações da adaptação.

Para ser considerada a presença de um *episódio depressivo major* segundo o DSM-IV-TR, o sujeito deverá apresentar, por um período mínimo de duas semanas, pelo menos cinco de entre nove sintomas, sendo pelo menos um deles, necessariamente, o humor depressivo ou a anedonia. Os restantes sete sintomas são a perda ou aumento de peso ou diminuição ou aumento do apetite, a insónia ou hipersónia, a agitação ou lentidão psicomotora, a fadiga ou perda de energia, os sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada, a diminuição da capacidade de pensamento ou da concentração ou indecisão e a idealização suicida ou tentativa de suicídio ou plano específico de suicídio.

Quanto aos especificadores para o *episódio depressivo major*, importa codificar a intensidade: ligeiro, moderado, grave sem características psicóticas, grave com características psicóticas, e ainda, eventualmente, se está em remissão parcial ou em remissão completa. Importa ainda verificar se é um episódio crónico, ou seja, se dura há pelo menos dois anos e se se podem aplicar os especificadores com características catatónicas, melancólicas, atípicas ou com início no pós-parto. Finalmente, no caso de se tratar de uma perturbação recorrente, importa especificar se a recuperação entre os episódios é completa ou não e se há um padrão sazonal de apresentação da doença.

No que se refere à *perturbação distímica*, é necessário para o seu diagnóstico, que se verifique um padrão de humor depressivo crónico durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, durante pelo menos dois anos, acrescido da presença de dois (ou mais) sintomas num conjunto de seis sintomas: apetite diminuído ou

aumentado, insónia ou hipersónia, fadiga ou pouca energia, baixa auto-estima, dificuldades de concentração ou em tomar decisões, e sentimentos de falta de esperança. Importa também especificar o início da perturbação se é de início precoce (anterior aos 21 anos) ou início tardio (posterior aos 21 anos). Pode também ser considerada como tendo características atípicas (APA 2002).

1.3. Tratamento da Depressão

A depressão é uma doença tratável, sem remissão própria e que pode ser potencialmente grave e incapacitante e, em alguns casos, fatal devido ao suicídio ou à despreocupação, já que o indivíduo não é capaz de cuidar de si mesmo.

Embora exista uma série de tratamentos eficazes disponíveis para a depressão, podendo ser utilizado um tratamento ou uma associação deles, esse tratamento deve considerar a complexidade humana e, assim, prover medidas que compreendam a dimensão biológica, psicológica e social da pessoa que apresenta esse quadro psicopatológico. Neste sentido, Souza (1999) afirmou que incluir as dimensões biológicas, psicológicas e sociais significaria que a terapêutica abrangeria tanto a psicoterapia, como mudanças no estilo de vida e a terapia farmacológica.

De forma inicial, destaca-se Souza (1999) que advertiu que o tratamento deve ser realizado com o paciente e não para o paciente. Esta compreensão vai ao encontro da hoje discutida participação do paciente no tratamento que inclui a escolha, mediante orientação profissional, da terapia a ser iniciada.

Actualmente, encontram-se disponíveis, diversos tipos de tratamento para a depressão, e, entre as opções de tratamento, podem incluir-se os tratamentos biológicos (medicamentos - anti-depressivos e estabilizadores de humor; os exercícios dirigidos a eletroconvulsoterapia; e a estimulação magnética trans-craniana) e os tratamentos psicológicos (as psicoterapias).

Os tratamentos biológicos (anti-depressivos, estabilizadores de humor, ECT) e psicológicos (psicoterapias) não são mutuamente excludentes sendo, com frequência, usados em associação.

1.3.1. Tratamentos Biológicos

Enquanto tratamentos biológicos podemos, resumidamente referir a eletroconvulsoterapia (ECT); estimulação magnética trans-craniana (TMS) e medicação (anti-depressiva, estabilizadores de humor, etc.)

A eletroconvulsoterapia (ECT) é o tratamento anti-depressivo disponível mais eficaz, desde que, administrada de forma ética com anestesia, pessoal treinado e ambiente apropriado (Souza, 1999). No entanto, não é utilizado como tratamento inicial para depressão em função dos seus efeitos colaterais, necessidade de anestesia geral e estigma social. Este, tem sido reservado para casos de depressão grave e refractária a outros tratamentos (quadros nos quais haja risco iminente de suicídio, desnutrição séria, presença de sintomas catatônicos, presença de sintomas psicóticos graves ou de extrema agitação e em situações em que outros tratamentos são arriscados devido aos seus efeitos colaterais). Desta forma, a ECT tem sido considerada como resposta de 80% a 90% em pacientes com depressão grave e de 50% em pacientes que não responderam a outros tratamentos

A estimulação magnética trans-craniana (TMS) tem sido pesquisada no tratamento de transtornos depressivos, como tratamento único ou como tratamento coadjuvante para a potencialização da medicação anti-depressiva (Rosa, 2003 cit. por Cunha, 2006). E tem revelado resultados úteis como forma terapêutica para esta doença (Boechat-Barros; Brasil-Neto, 2004). Em relação ao uso deste tipo de estimulação magnética, Boechat-Barros e Brasil- Neto (2004) afirmaram que, o uso da estimulação magnética de alta frequência aumentava o fluxo sanguíneo cerebral na área, com conseqüente aumento da actividade cerebral, e que a de baixa frequência, por seu turno, diminuía a frequência cerebral. No entanto, este método apresenta algumas contra-indicações como por exemplo em pacientes que sofreram algum tipo de neurocirurgia e especialmente aqueles que possuíam objectos metálicos, pois existia o risco de interferir no funcionamento do aparelho.

Os medicamentos anti-depressivos têm reduzido a morbidade e melhorado o desfecho clínico de milhares de casos de depressão em todo o mundo (Lima; Sougey; Vallada-Filho, 2004), melhorando os sintomas ou eliminando-os e auxiliando na manutenção e prevenção de recorrência (Fleck et al. 2003).

A escolha de um medicamento anti-depressivo específico é feita com base na resposta anterior do paciente, ou de familiar, a este medicamento; se essa informação não existe, a escolha da droga baseia-se no seu perfil de acção e efeitos colaterais.

Estes, actuam normalizando os níveis de neurotransmissores, substâncias químicas cerebrais naturais, especialmente a serotonina e a noradrenalina, mas

alguns também agem sobre a dopamina, todas estas substâncias envolvidas na regulação do humor.

Independente da classe onde se inseriram, os anti-depressivos produzem uma melhora dos sintomas, em torno de 60% a 70% no intervalo de um mês (Souza, 1999). Todas as classes de anti-depressivos têm eficácia similar para a maioria dos pacientes deprimidos (Fleck et al., 2003; Souza, 1999), porém, há variação nos efeitos colaterais e nas interações com outras medicações. Estas variações devem ser observadas, assim como o risco de suicídio, a tolerabilidade, a presença de outros distúrbios clínicos, custos e danos cognitivos, na escolha do anti-depressivo (Fleck et al., 2003; Souza, 1999).

O tratamento, com qualquer classe de anti-depressivos, deve ser mantido por um período longo para evitar recaídas da depressão. De acordo com Souza (1999), a Associação Psiquiátrica Americana sugeria pelo menos 16 a 20 semanas com doses completas após a melhora ou remissão completa, e a OMS seis meses ou mais após a melhora. Segundo o autor, pacientes com episódio prévio de depressão apresentariam um risco 10 vezes maior de recorrência em relação a indivíduos que nunca apresentaram a doença. Este risco seria 14 a 18 vezes maior em relação àqueles pacientes que tiveram mais de um episódio prévio de depressão. A falta de resposta ao medicamento usado sugere o uso de estratégias (por exemplo: verificar a adesão ao tratamento e aumento da dose, revisão do diagnóstico troca por outra classe de anti-depressivo, associação com psicoterapia, etc.), como forma de remissão do distúrbio.

1.3.2. Tratamentos Psicológicos

A psicoterapia tem sido avaliada como uma importante estratégia no tratamento da depressão, em consideração à concepção de que a depressão afecta a pessoa como um todo não se restringindo apenas ao aspecto físico e apreciando dados da literatura que concebem os aspectos da personalidade e problemas actuais ou passados como relacionados à depressão.

Esta é um tratamento tão ou mais efectivo que os medicamentos para depressões leves e a associação de farmacoterapia e psicoterapia é o tratamento mais efectivo para depressões graves.

Parece haver convergência de opiniões a respeito da complementaridade entre o tratamento farmacológico e psicoterapêutico para depressão. O que pode ser

reforçado e reforçar a postura do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) português, ao afirmar que o tratamento de primeira linha para a maioria dos doentes com depressão consistia em medicação anti-depressiva e psicoterapia (INFARMED, 2002).

Relativamente à psicoterapia, a terapia cognitiva de Beck é uma das mais eficazes no tratamento da depressão. Segundo Beck (1997), independentemente das suas causas, a depressão poderia ser concebida como uma perturbação no pensamento consciente, isto é, que os seus sintomas seriam decorrentes de um processamento cognitivo tipicamente pessimista. Sendo de natureza consciente, a ocorrência dos sintomas não estaria fora do controlo do paciente, pois o seu estado de humor e o seu comportamento seriam consequência de uma visão distorcida de si, dos outros e do mundo (tríade depressiva). O tratamento consistiria na modificação desses pensamentos disfuncionais, que determinariam o estado de humor, o afecto e o comportamento dos indivíduos. Uma das técnicas iniciais deste tratamento, da terapia cognitiva consiste em identificar, testar a realidade e corrigir as conceituações distorcidas e crenças disfuncionais, substituindo-as por outras crenças e ideias que possibilitem ao indivíduo experimentar novos comportamentos e emoções menos prejudiciais a ele mesmo e, como consequência, aos outros. As técnicas para corrigir as distorções utilizam a aplicação da lógica e de regras de evidência e experiências reais para testar as crenças erróneas ou exageradamente negativas, procurando o ajustamento de informações à realidade (Beck, 1997).

Fleck et al. (2003) afirmaram que, em estudos controlados a psicoterapia cognitiva, a psicoterapia centrada nas soluções e a psicoterapia interpessoal (busca solucionar problemas interpessoais actuais, reduzir o stress familiar e no trabalho, e melhorar as habilidades de comunicação interpessoal) foram efectivas no tratamento de episódios depressivos com intensidade leve ou moderada.

Gerson et al. (1999) ao analisar vários estudos que comparavam a eficácia da medicação anti-depressiva em relação à psicoterapia, verificou que existiam dados indicativos de que a psicoterapia cognitivo-comportamental, (objectiva o alívio dos sintomas ao ajudar o paciente a mudar estilos negativos de pensamento e de comportamento que podem contribuir para a depressão) e a psicodinâmica eram significativamente melhores que terapias placebo.

No entanto, nenhum tratamento deve ser considerado melhor que o outro. Deve ser escolhido o tratamento, ou associação, que se assegure com maior probabilidade de ajudar o paciente, levando em conta todos os possíveis factores que desencadearam a doença.

FACTORES DEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS NA DEPRESSÃO

A promoção da saúde assenta no pressuposto de que os nossos comportamentos e as circunstâncias em que vivemos têm uma grande influência na nossa saúde, sendo este o resultado de uma complexa interacção entre factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais (Bennet & Murphy, 1999). Assim, aspectos da demografia e aspectos sociais e psicológicos devem ser tomados em conta na adaptação à doença, e especificamente na Depressão.

2.1. Factores demográficos de adaptação à doença

Aspectos de demografia social tais como o sexo, a idade e a classe social, também interferem no estado de saúde e de doença.

Relativamente ao sexo sabe-se que enquanto os homens estão mais sujeitos a alterações da personalidade, as mulheres apresentam estar mais predispostas a perturbações do humor (ansiedade e depressão) (Paúl & Fonseca, 2001). Em vários estudos esta presença (de depressão e sintomas depressivos) nas mulheres, surge com maior frequência (Roberts 1997; Geerlings, 2000; Roberts, 2000; Beekman, 2001, Heun, 2005). No entanto, segundo Lima (1999) o sexo feminino parece não ser um factor de risco 'per se', mas sim o ambiente e suporte social na maioria das culturas. O facto de os homens relatarem menos sintomas depressivos do que as mulheres também influencia estas evidências.

Por sua vez, a idade também parece estar associada a comportamentos de saúde e a factores de risco específicos pois, verifica-se numa grande maioria dos estudos, um aumento da presença de depressão e sintomas depressivos em indivíduos nas faixas mais elevadas de idade, independentemente do sexo. (Roberts 1997; Geerlings, 2000; Schoevers, 2000; Roberts, 2000; Beekman, 2001, Heun, 2005; Harris, 2006). Igualmente Lima (1999), revela que os transtornos mentais comuns, como ansiedade, depressão e transtornos somatoformes, aumentam com a idade.

Os recursos financeiros são considerados um outro factor de risco. Um baixo estatuto socioeconómico está associado a uma maior prevalência de transtornos mentais, assim como as pessoas com baixa escolaridade (Roberts 1997; Lima, 1999; Roberts, 2000; Heun, 2005). Bennett e Murpy (1999), baseados em alguns estudos acerca da condição socioeconómica e saúde, descrevem 3 explicações psicológicas

para as desigualdades em saúde em grupos mais desfavorecidos: uma maior exposição a agentes stressantes; um menor controlo sobre os recursos pessoais e do ambiente, e um menor apoio social.

Para além destes factores, e da evidência de que as pessoas reagem de maneiras diferentes perante a sua condição de doença, é importante validar também que esta condição traz imposições tanto ao doente, como a sua família, exigindo de ambas as partes ajustamentos em termos comportamentais, sociais e emocionais. Quando as pessoas se consciencializam de que têm uma doença, o diagnóstico muda rapidamente o modo como se vêem as suas vidas e a elas próprias, exigindo frequentemente mudanças de planos. De facto, um dos maiores impactos da doença verifica-se na auto-percepção do indivíduo (Brannon & Feist, 1997).

Estas mudanças vão depender de vários factores tais como a personalidade, capacidade de cooperação, apoio social, natureza e consequências da sua doença e o impacto que ela vai ter na vida diária do indivíduo. As dificuldades no confronto e adaptação à doença são frequentes, particularmente quando as respostas consideradas normais e até previsíveis, (negação, ansiedade e tristeza) podem, em determinadas pessoas, dificultar a procura de cuidados ou a adesão às recomendações dos profissionais de saúde (Brannon & Feist, 1997; Trindade & Teixeira, 2000). Porém, algumas características pessoais (como a percepção de controlo pessoal e o optimismo) parecem assumir um papel protector, uma vez que estão associadas a um maior envolvimento em comportamentos saudáveis, menor relato de sintomas e maior recuperação. Aliás, quando os doentes utilizam variadas estratégias de confronto, adaptáveis aos diferentes problemas colocados pela doença e percebem um bom suporte social, as dificuldades esperadas no confronto com a doença serão menores (Brannon & Feist, 1997). Assim, verificamos que a presença de apoio social (formal e informal) normalmente ajuda o doente, a sua família e amigos a adaptarem-se mais facilmente à doença. O grau no qual cada membro do sistema social se ajusta de modo construtivo à doença, afecta o ajustamento dos outros (Sarafino, 2002).

Para além destes factores, os factores psicossociais (crenças, conhecimentos, controlo, emoções, entre outros) também podem influenciar a adaptação à doença.

2.2. Factores psicossociais de adaptação à doença

Recentemente, temos assistido a mudanças na conceptualização de saúde e doença. O estar doente deixa de ser exclusivamente um conjunto de sinais ou sintomas clinicamente identificáveis e diagnosticáveis, mas uma experiência pessoal, idiossincrática e abrangente. Todas estas mudanças têm posto em causa a visão do doente como agente passivo dos seus cuidados de saúde. O indivíduo passa a ser encarado como um todo, sendo o principal agente activo, responsável pela sua saúde e doença, influenciado pelas suas cognições e emoções associadas à saúde, que influenciam no processo de decisão que irá determinar a adopção de comportamentos saudáveis (McIntyre, 1994). Este papel activo e actual do indivíduo na manutenção da sua saúde, torna pertinente a realização de estudos que permitam compreender de que forma as crenças individuais influenciam a percepção sobre a sua saúde e doença.

Desta forma, a compreensão de como as pessoas se posicionam sobre a sua saúde, avaliam as possíveis ameaças, constroem uma percepção ou representação da doença e lidam com ela, poderá constituir uma base mais sólida para intervenções bem sucedidas (Ogden, 1999).

As crenças acerca da saúde e também da doença, podem ser usadas para prever os comportamentos. Aliás, determinadas crenças e comportamentos estão intimamente relacionadas com as causas de certas doenças.

A adopção de determinados comportamentos também é influenciada por diversos factores de natureza socio-demográfica (género, nível sócio-económico e educacional, número de elementos do agregado familiar, acesso a cuidados de saúde), factores de natureza situacional (influência interpessoal dos pares e família), factores de natureza psicológica (emocionais e cognitivos) e factores relacionados com a percepção dos sintomas (Petrie & Weinman, 1997). O modo como as pessoas percebem os seus sintomas também influencia a sua motivação e consequentemente os seus comportamentos, podendo levá-las a ignorá-los ou a procurar imediatamente uma ajuda profissional (Leventhal & Benyamini, 1997).

De seguida abordaremos as percepções/representações de doença e o modo como estas podem influenciar a adaptação à doença.

2.2.1. Representações de Doença

Um passo essencial na tomada de decisão das pessoas relacionada com o uso dos cuidados de saúde é a representação e a interpretação que têm dos sintomas que experienciam. Neste contexto Cacioppo & Petty (1982), cit. por Claudino (2004), consideram que a motivação para detectar sinais e sintomas é função da sua saliência, da relevância pessoal, das consequências percebidas e da extensão com que os recursos cognitivos são distribuídos no processo de avaliação da ameaça de doença. A explicação de Cacioppo coincide com o Modelo de auto-regulação/processamento da informação de resposta às ameaças de saúde proposto por H. Leventhal e seus colegas (H. Leventhal et al., 1980; H. Leventhal et al., 1984; H. Leventhal et al., 1997; H. Leventhal et al., 2003).

O Modelo de auto-regulação entende os comportamentos relacionados com a saúde como resultado de um processo interactivo através do qual a pessoa integra a informação dos estímulos internos e externos com as estruturas cognitivas para dar significado à experiência pessoal de doença (Bishop, 1991). Esta interpretação dos sintomas é consequentemente influenciada por um conjunto de factores que incluem as diferenças individuais, sociais, emocionais e cognitivas, daí que neste modelo, o foco principal seja a forma como as pessoas pensam acerca da sua saúde e doença, ou seja, as representações de saúde e doença.

Apesar das diferentes terminologias, metodologias e das populações estudadas, os estudos mais recentes sobre as representações de doença (Petrie & Weinman, 1997) têm confirmado os resultados iniciais de que as crenças acerca da doença se caracterizam fundamentalmente pelas respostas que os pacientes obtêm para as diferentes questões colocadas em cinco dimensões: identidade (o que é isto); causas (o que causou a depressão); duração (quanto tempo durará); consequências (qual será o resultado); cura/controlo (o que poderá melhorar isto).

2.2.2. Modelo de Auto-regulação de doença

O Modelo do Senso Comum é uma extensão do Modelo do processamento paralelo, pensado por H. Leventhal (1970) para analisar os resultados dos estudos sobre a comunicação/informação elicitadora de medo, focada nos comportamentos de saúde. Este postulava que as ameaças de saúde geravam estados emocionais de medo e desconforto e a necessidade correspondente de procedimentos de manejo dessas emoções, ou controlo do medo, bem como, a representação cognitiva da

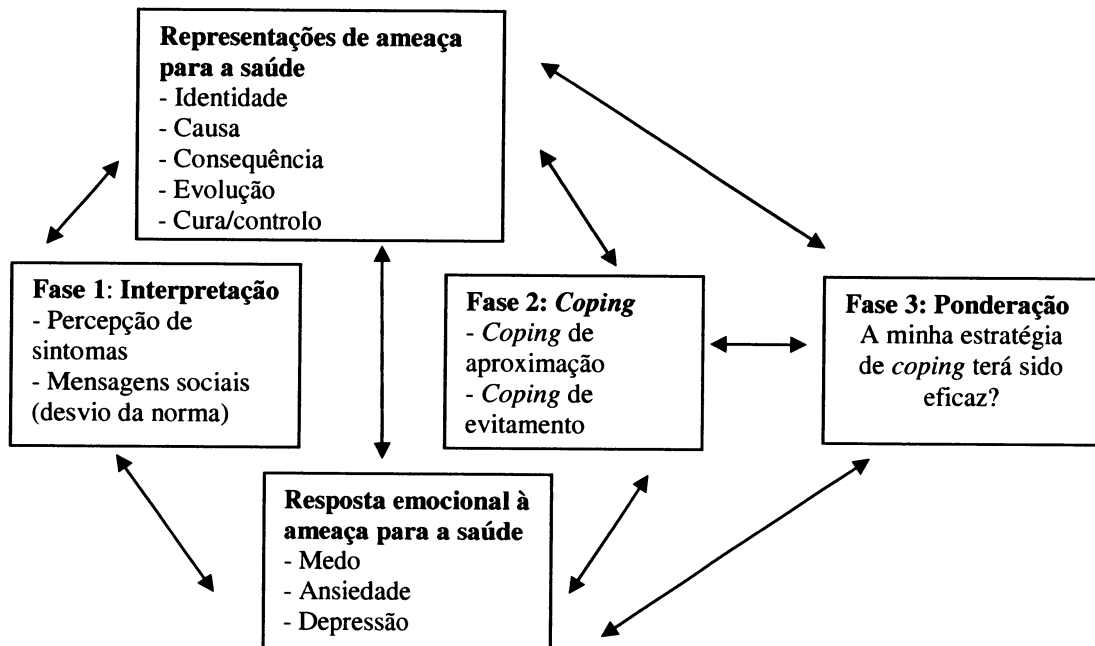
ameaça e a necessidade correspondente de procedimentos de manejo dessas ameaças, ou controlo do perigo.

Associando este à abordagem das representações de doença, H. Leventhal et al. (1980, 1984) formularam o Modelo de auto-regulação de doença (Figura 1). Este modelo assume que as pessoas, são activas no processamento de informação e que, perante uma ameaça à saúde, elaboram representações de doença e reagem emocionalmente à doença. Este processamento de auto-regulação ocorre ao longo de três fases:

1. Interpretação (do problema) - Quando uma pessoa se apercebe de uma ameaça potencial à saúde, a pessoa elabora um constructo, uma interpretação da ameaça (cognitiva e emocional), baseada nas experiências prévias individuais com a doença, isto é, as pessoas possuem um conhecimento fenomenológico de base.
2. Coping (como lidar com o problema) - A interpretação cognitiva e emocional da ameaça à saúde orienta a selecção e o desempenho do plano desenhado para lidar com a ameaça. Plano esse que é dirigido a dois objectivos, definir de um modo mais preciso a ameaça de saúde e eliminar a ameaça de saúde.
3. Avaliação (se a estratégia de coping foi eficaz)- A interpretação inicial não só orienta o plano de acção mas também define o critério para avaliar o seu sucesso. Se a avaliação for negativa, isto é, se a estratégia inicial de acção não tiver sucesso, o processo começa de novo (Lau, 1997,p.77).

Neste modelo de auto-regulação, a adaptação a uma doença específica resulta de um processo de resolução de problemas, no qual a decisão de realizar determinadas acções, reflecte a compreensão (representação) de uma ameaça à saúde, da capacidade pessoal para a controlar, e da experiência pessoal de custos e benefícios quanto à utilização de um determinado procedimento, daí que um dos aspectos centrais do modelo de auto-regulação se apresente com a separação das representações de ameaça à saúde, e dos procedimentos de coping, para lidar com essas ameaças.

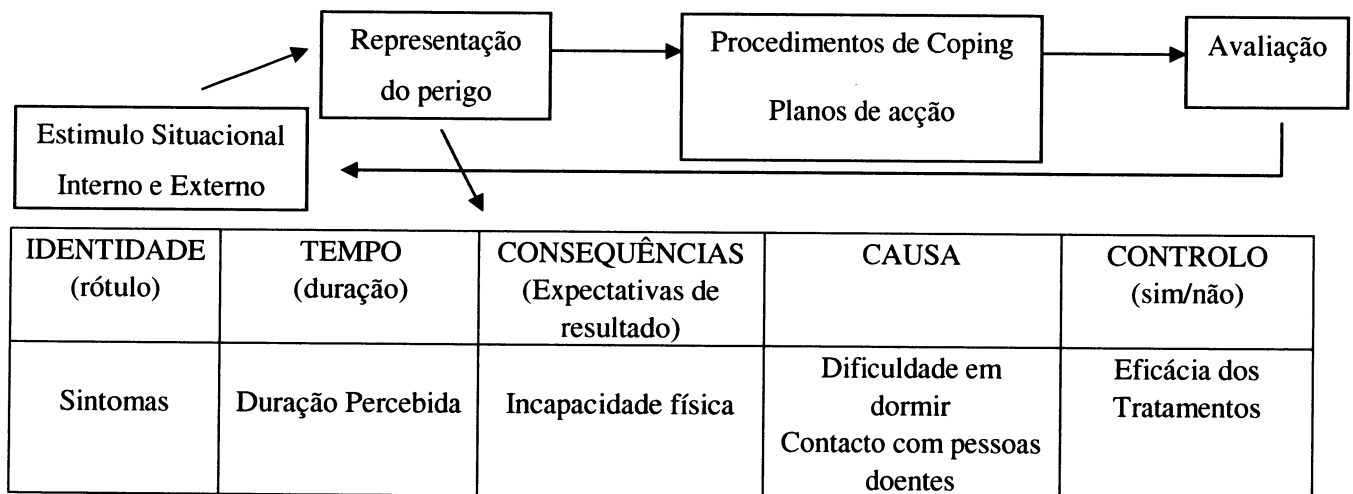
Figura 1- Modelo de auto-regulação do comportamento de doença de Leventhal.



Fonte: Adaptado de Ogden, 1999.

As representações de doença são um componente essencial do Modelo da auto-regulação, independentemente da natureza dos estudos, qualitativos ou quantitativos, com amostras de doentes ou com pessoas saudáveis. Neste modelo, foram identificados (como verificamos anteriormente) cinco domínios das representações das doenças (ver figura 2)

Figura 2 – Os cinco domínios das representações de doença



Fonte: Leventhal, Brissette & Leventhal (2003)

Segundo Petrie & Weinman, 1997, os domínios das representações de doença, definem-se:

O primeiro domínio é a *identidade* (identity) da ameaça de doença, ou dos sintomas e rótulos que a definem. Este inclui rótulos abstractos, como o nome da doença e está relacionada com a ideia que o paciente tem acerca da natureza da sua condição, isto é, os sintomas associados e as relações entre eles;

O segundo domínio, o *tempo/duração* (timeline) caracteriza-se pelas crenças acerca da evolução e duração da doença, o tempo para o regime de tratamento, o tempo necessário à cura ou controlo, ou seja, indica a sua percepção quanto à duração provável dos seus problemas de saúde e pode ser categorizada como aguda (ou de curta duração), crónica, ou cíclica/episódica;

O terceiro domínio, *causas* (causes) da ameaça, é baseado nas ideias que as pessoas têm sobre as causas do seu problema, o que pode envolver agentes externos, susceptibilidades internas e causas comportamentais.

O quarto domínio, a antecipação e experiência das *consequências* (consequences) da doença, reflecte as ideias dos indivíduos acerca das possíveis consequências do problema: os efeitos percebidos da doença a curto e a longo prazo; os resultados físicos, sociais, económicos e emocionais, percebidos da doença.

Por último, o quinto domínio a cura (cure) ou controlo (controlability), refere-se a crença de até que ponto os pacientes acreditam que a sua condição é passível de cura ou controlo.

Embora estes componentes/domínios sejam distintos, podendo ter efeitos específicos no *coping* e seus resultados, não são necessariamente independentes (Weinman et al., 1996).

Petrie e Weinman (1997) alertam também para o facto de que estas apreciações da ameaça à saúde, podem ser moderadas por factores como a personalidade e a idade.

Elaine Leventhal e Melissa Crouch (1997) cit. por Sousa, 2003, examinaram as mudanças relacionadas com a saúde e a doença nos processos de auto-regulação ao longo da vida, focando especialmente as pessoas de idade. Os estudos indicaram que os comportamentos compensatórios, baseados num crescente sentido de vulnerabilidade, associados à necessidade de reduzir os riscos de saúde e conservar os recursos pessoais, asseguram que as pessoas mais idosas demonstram níveis mais elevados de comportamentos preventivos e uma maior adesão ao tratamento.

No entanto, Leventhal e colegas também salientam que não só os factores psicológicos deverão ser tidos em conta, mas também os factores sociais e culturais

pois eles influenciam os processos de avaliação ou apreciação, assim como os comportamentos escolhidos para lidar ou controlar a situação (Leventhal et al., 1997). Assim, estes factores socioculturais têm um importante papel no modo como os doentes percebem os seus sintomas e interpretam o seu estado de saúde.

Outros aspectos como a opinião de pessoas significativas, a imagem ou estereótipo que a doença possa ter no ambiente social em que este se insere, para além da informação acerca da patologia, podem interferir na representação criada em torno da mesma (Figueiras, 1999 cit. por Sousa, 2003). Pois, a resposta cognitiva aos sintomas ocorre em paralelo com a resposta emocional, auto-influenciando-se.

Em conclusão, segundo o modelo de auto-regulação, o conteúdo das representações define a natureza das ameaças de saúde (identidade; sintomas; tempo/duração; causas; consequências, imaginárias e reais; e controlo). Esses definem o problema, ou seja, a doença que a pessoa está a tentar prevenir, curar ou controlar e, deste modo, definem a direcção para a acção (coping), especificam objectivos e critérios para avaliar os resultados. No entanto, não só os factores psicológicos deverão ser tidos em conta, mas também os factores sociais e culturais (Leventhal et al., 1997), assim como factores como a personalidade e a idade (Petrie e Weinman, 1997).

2.3. Factores psicossociais na Depressão

O modelo de auto-regulação de Leventhal, H. (1984), ilustra o modo como as representações de doença influenciam a interpretação dos sintomas e a procura de cuidados médicos na identificação inicial da doença e como este modelo continua a representar um papel importante, depois desse diagnóstico. No entanto, enquanto esses modelos de representação da doença foram examinados em doenças crónicas, como a diabetes, doenças cardíacas, etc., as cognições de doença na depressão e a sua relação com o comportamento de saúde (Brown et al., 2001; Fortune, 2004), foi muito pouco investigada.

Estes, são consistentes com a afirmação de Lobban, Barrowclough, e Jones (2003), que concluíram que uma maior exploração da forma como as crenças sobre os problemas de saúde mental causam impacto nas respostas emocionais e comportamentais é necessária.

Fortune et al. (2004) numa amostra de 101 mulheres deprimidas, confirmou a proposta de que as pessoas têm modelos de depressão que são semelhantes em

conteúdo e estrutura física com os modelos dos problemas de saúde que têm sido identificados na literatura do Modelo de Auto-regulação.

No seu estudo, verificou a existência de uma associação positiva entre a não aderência à medicação e uma percepção de menores e menos graves sintomas, uma menor duração da doença, e uma atribuição a causas externas e a mais graves consequências negativas. Do mesmo modo, Brown et al. (2001) já tinha constatado que as cognições de doença na depressão se encontravam associadas com os comportamentos de adesão à medicação e estratégias de coping, e que o grau com que usavam essas estratégias de coping estava associado com as suas percepções de controlo, cronicidade e consequências negativas dos sintomas depressivos.

Posto isto, confirma-se que analisar as representações de doença na depressão pode fornecer um guia inicial acerca dos aspectos da depressão que os profissionais se deveriam questionar, e providencia a oportunidade de clarificar sobre a natureza da depressão e identificar possíveis impedimentos à adesão ao tratamento.

As diferentes perspectivas teóricas nas cognições de saúde, assim como a abordagem de Leventhal, permitiram demonstrar que as pessoas têm uma variedade de crenças acerca da doença, algumas das quais estão associadas à adesão aos regimes de tratamento e comportamentos de autogestão.

O modelo de auto-regulação do comportamento em saúde de Leventhal, também pode ser útil na compreensão da não adesão intencional, pois se a adesão é perspectivada como sendo uma estratégia de *coping*, então o modelo prevê que a decisão de seguir as recomendações médicas será influenciada pelas representações que o doente tem da sua doença e pela sua visão sobre as indicações do tratamento (Horne, 1997).

3. SUPORTE SOCIAL

Uma das críticas mais frequente ao suporte social como um conceito explicativo, diz respeito à falta de uma definição clara do que exactamente se entende por suporte social. De facto, este é, actualmente, um dos principais conceitos na psicologia da saúde (Dunbar, Ford & Hunt, 1998). O suporte social define-se, de uma forma geral, como "a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós" (Sarason, et al., 1983). O suporte social é um processo de interacção entre pessoas ou grupos de pessoas, que através do contacto sistemático estabelecem vínculos de amizade e de informação, recebendo apoio material, emocional, afectivo, contribuindo para o bem-estar recíproco e construindo factores positivos na prevenção e na manutenção da saúde. O suporte social realça o papel que os indivíduos podem desempenhar na resolução de situações quotidianas em momentos de crise (Pietrukowicz, 2001).

O seu âmbito vasto é, indiscutivelmente, importante, tanto para a saúde como para as doenças, e, embora se continue a discutir o que é que pode ser considerado como variável social no vasto domínio do social (Berkman, 1984; Bruhn & Philips, 1984; Cassel, 1976; Cobb, 1976; Cohen, 1988; Kaplan, et al., 1977; Taylor, 1990), a investigação refere-se tanto a aspectos objectivos do social tais como, número de amigos, frequência de contactos, intensidade de contactos, existência ou não de amigos íntimos, de redes sociais (contactos sociais mesmo que não seja com amigos), como a aspectos subjectivos tais como a percepção que o indivíduo tem da adequação, e da satisfação com a dimensão social da sua vida. (Wethington & Kessler, 1986).

Cramer, Henderson e Scott (1997) cit. por Ribeiro, 1999, distinguem suporte social percebido versus suporte social recebido. O primeiro para se referir ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele, e o segundo descreve o suporte social que foi recebido por alguém. Outra distinção feita pelos mesmos autores é entre suporte social descrito versus avaliado, o primeiro referindo-se à presença de um tipo particular de comportamento de suporte e o segundo para se referir a uma avaliação de que esse comportamento de suporte é percebido como sendo satisfatório ou que serviu de ajuda.

Segundo Pietrukowicz (2001) o suporte social pode classificar-se em três tipos, o apoio emocional, o apoio material ou instrumental e o apoio educacional ou informativo. O primeiro, o apoio emocional está relacionado com os sentimentos, as

emoções e a auto-estima; as pessoas ao participarem de um grupo, passam a expressar os seus sentimentos e a se relacionar com os outros participantes. Estão aqui presentes os sentimentos de auto-estima, de pertença e de confiança, pois com este tipo de apoio as pessoas acabam por expressar os seus medos, angústias, dores, ansiedades, tristezas, entre outros. Surge aqui uma forte sensação de aceitação e controlo ao encararem as situações mais difíceis e irem além delas (Spiegel, 1997). O segundo, o apoio material ou instrumental é qualquer tipo de prestação de ajuda directa ou de algum tipo de serviço que propicie ajuda material, financeira, entre outras. Por último, o apoio educacional ou informativo, estrutura-se no enfoque informativo educacional que é dado sobre vários assuntos, de acordo com os objectivos ou interesses do grupo. Geralmente estes grupos são formados por pessoas que buscam informação, conselho, esclarecimentos, conhecimentos sobre algum assunto, ou algo que os ajude a resolver os seus problemas. Esse tipo de apoio possibilita a troca de informação entre as pessoas, o sentimento de pertença entre os participantes e fornece a percepção de que os sentimentos do indivíduo são compreendidos e aceites.

Segundo Dunst e Trivette (1990), distinguem-se duas fontes de suporte social: informal e formal. As primeiras incluem, simultaneamente, os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, padre, etc.) e os grupos sociais (Clubes, Igreja, etc.) que são passíveis de fornecer apoio nas actividades do dia-a-dia em resposta a acontecimentos de vida normativos e não-normativos. As redes de suporte social formal abrangem tanto as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) como os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos etc.) que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas necessitadas.

3.1. Características, componentes e dimensões do suporte social

A primeira questão a ser considerada no estudo do suporte social passa provavelmente pela questão das características objectivas relevantes para o suporte social (tamanho da rede, frequência, composição). Estas mostraram ter um impacto significativo na saúde, tanto física, como psicológica.

Relativamente ao tamanho da rede, muitos estudos referem a existência de associações entre um tamanho maior da rede e um maior bem-estar, auto-estima, competência social, optimismo, locus de controlo interno, eventos da vida positivos e

valorização das relações interpessoais, ao contrário do apoio material, e dos objectivos da vida (Sarason et al., 1987). Outros ainda descobriram que o tamanho da rede de apoio esta negativamente correlacionado com a depressão (Fondacaro & Moss, 1987; Slavin & Compas, 1989 cit in Moreira, 2002; Sarason et al., 1985; 1986; 1987).

No entanto, deve-se ter em mente que as correlações encontradas foram invariavelmente baixas e moderadas e que em alguns dos estudos de correlação os resultados foram bastante inconsistentes, sendo para alguns grupos de participantes, alguns períodos de tempo e alguns dos resultados, mas não para outros.

No que se refere à frequência, Hotard et al. (1989) descobriu que esta se referia a um maior bem-estar, principalmente entre introvertidos e Fiore et al. (1986) considerou estar relacionado a uma menor depressão e melhor saúde física e psicológica (cit. por Moreira, 2002).

Em relação à composição (proporção ou número de certos tipos de relacionamento na rede), por exemplo, Sarason et al. (1987) descobriu que um maior número de parentes prestadores de apoio estava relacionado a níveis mais baixos de solidão. No entanto, num estudo de Rook (1984) cit. por Moreira, 2002, o número de pessoas com que o entrevistado se sentia confortável estava positivamente relacionado com o bem-estar, embora o número total de pessoas próximas não se encontrar. Este resultado veio confirmar que a qualidade dos relacionamentos é mais importante do que o seu número.

Tendo em conta o consenso geral de que o domínio do suporte social é multidimensional e que diferentes aspectos do suporte social têm impacto diferente nos indivíduos ou grupos alguns autores sugerem diferentes componentes e diferentes dimensões do suporte social. Dunst e Trivette (1990) sugerem a existência de cinco componentes de suporte social interligados. Os componentes identificados são: componente constitucional (inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente), componente relacional (estatuto familiar, estatuto profissional, tamanho da rede social, participação em organizações sociais) componente funcional (suporte disponível, tipo de suporte tais como emocional, informacional, instrumental, material, qualidade de suporte tal como o desejo de apoiar, e a quantidade de suporte), componente estrutural (proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível da relação, reciprocidade e consistência), e componente satisfação (utilidade e ajuda fornecida).

Dunst e Trivette (1990) apresentam as seguintes dimensões de suporte social que, consideram, relevantes para o bem-estar (1. Tamanho da rede social,

abrangendo o número de pessoas da rede de suporte social; 2. Existência de relações sociais, abrangendo das relações particulares, tais como o casamento, às gerais como as que decorrem da pertença a grupos sociais tais como clubes; 3. Frequência de contactos, para designar quantas vezes o indivíduo contacta com os membros da rede social tanto em grupo como face a face; 4. Necessidade de suporte, para designar a necessidade de suporte expressa pelo indivíduo; 5. Tipo e quantidade de suporte, para designar o tipo e quantidade de suporte disponibilizado pelas pessoas que compõem as redes sociais existentes; 6. Congruência, para referir a extensão em que o suporte social disponível emparelha com a que o indivíduo necessita; 7. Utilização, para referir a extensão em que o indivíduo recorre às redes sociais quando necessita; 8. Dependência, para exprimir a extensão em que o indivíduo pode confiar nas redes de suporte social quando necessita; 9. Reciprocidade, para exprimir o equilíbrio entre o suporte social recebido e fornecido; 10. Proximidade, que exprime a extensão da proximidade sentida para com os membros que disponibilizam suporte social; 11. Satisfação, que exprime a utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o suporte social.)

Weiss (1974) propunha seis dimensões do suporte social: intimidade, integração social, suporte afectivo, mérito, aliança e orientação (analisadas mais à frente).

3.2. Mecanismos de acção do suporte social

A crença que o suporte social tem efeitos mediadores na protecção da saúde está bem apoiada. Vários estudos referem mecanismos como a prevenção do stress, aumento da auto-estima, aumento da emocionalidade positiva, etc., no controlo e protecção da saúde por parte do suporte social.

Uma das maneiras mais simples em que o suporte social poderá agir é através da prevenção do stress. Isso pode acontecer, por exemplo, através do mecanismo de controlo social: o suporte social pode induzir as pessoas a comportarem-se de forma mais sensata e prudente e pode evitar a ocorrência de muitas situações stressantes (Brownell & Shumaker, 1984 cit in Moreira, 2002). Também a troca de apoio é importante para aumentar a satisfação com as relações, isso pode evitar que ocorram rupturas, um tipo de evento geralmente stressante.

O aumento da auto-estima é igualmente um mecanismo frequentemente mencionado nos efeitos do suporte social. Esta reflecte, em grande medida, a aceitação pelos outros, e é sabido que uma elevada e sólida auto-estima é um antecedente importante para o bem-estar e saúde mental (Leary et al., 1995; Leary, 1999 cit in Moreira, 2002).

As emoções positivas, ao serem influenciadas pelo contacto interpessoal e, portanto, provocadas pelo suporte social, podem apoiar num aumento da energia, num reforço do optimismo, e no encontrar de novas soluções para o problema e novas formas de coping (Moreira, 2000).

Outro mecanismo para a influência das relações sociais, são as preocupações dos outros que podem exercer controlo sobre os comportamentos individuais pouco saudáveis (House et al., 1988 cit in Moreira, 2002). Para além dos tipos de influência indirecta, as alianças próximas podem tentar directamente regular o comportamento do indivíduo, através da melhoria ou ameaça para melhorar as sanções sobre o comportamento, fornecendo lembretes, administrando medicamentos, e interferindo fisicamente com o comportamento (Moreira, 2002).

O contacto e comunicação com os outros, pode modificar o significado atribuído aos acontecimentos pessoais em uma variedade de maneiras. Por exemplo, o contacto com outros pode facilitar a comparação de processos sociais que ajudam a colocar as coisas em perspectiva e a analisá-las com maior detalhe e mais objectivamente (Gottlieb, 1985 cit in Moreira, 2002). Além disso, a qualidade dos relacionamentos pode criar outros significados de sentimento de propósito e pertença que pode ajudar a aliviar o stress e a manter a motivação e o compromisso para com os objectivos.

A ideia de que o apoio actua mediante o cumprimento de alguns tipos de necessidades psicológicas é provavelmente a mais difundida (Shumaker & Brownell, 1984 cit in Moreira, 2002).

Um modelo motivacional particularmente influente, especialmente voltado para a explicação dos benefícios das relações sociais, incluído o suporte social, foi proposto por Weiss (1974). Nele, Weiss postula que as relações sociais cumprem seis tipos de funções que, em consonância com a sua abordagem funcional para a motivação, Weiss chama de "disposições": vinculação (proximidade emocional da qual deriva uma sensação de segurança), integração social (senso de pertença a um grupo que partilha os mesmos interesses, preocupações e actividades de lazer), segurança de seu valor (reconhecimento da própria competência, habilidades e valores), a aliança de confiança (a garantia de que poderá contar com a assistência tangível), orientação

(recebendo conselhos e informações) e a oportunidade de nutrição (o sentido que os outros dependem de um para o seu bem-estar). Este modelo está por trás de uma das mais frequentemente utilizadas escalas de percepção de suporte social: A Escala de Provisões Sociais (Cutrona e Russel, 1987), que inclui escalas em separado para cada uma das disposições hipotéticas de Weiss.

De acordo com Robert Weiss (1974), o apoio social actua através do fornecimento ao indivíduo de recursos específicos, necessários para fazer face às várias situações de vida e que apenas podem ser obtidos no contexto de relações sociais.

As funções das relações sociais propostas por Weiss (1974), descritas por Moreira, 2007 que se encontram ligadas à Escala de Provisões Sociais, definem-se da seguinte forma:

- *Aconselhamento*: é o apoio recebido de uma pessoa de confiança que fornece orientação, ajuda na ponderação da situação e apoio emocional. É muitas vezes assegurado por uma figura de autoridade ou de maior experiência. Esta provisão revela-se importante quando o indivíduo se confronta com situações em cuja resolução pode ainda ter um papel activo e, através do aconselhamento, pode obter informações que o ajudem a planear a sua acção (Cutrona e Russell, 1987)
- *Aliança Fiável*: diz respeito à sensação de uma relação forte e segura, que permite contar com ajuda disponível, independentemente das circunstâncias. Dentro deste componente, a ajuda tangível, que consiste no fornecimento de recursos materiais, financeiros ou de ajuda em tarefas, assume particular importância. Este tipo de provisão é fornecido sobretudo no contexto de relações especialmente sólidas e duradouras, como as familiares, e menos no contexto de amizades mais casuais (Wellman & Wortley, 1990).
- *Vinculação*: ocorre nas relações mais próximas, onde existe grande intimidade e um sentimento de partilha e segurança emocional (Hazan e Zeifman, 1994, 1999), sendo que nos adultos este tipo de necessidade é normalmente satisfeita nas relações de casal, familiares, ou de amizade muito estreita (Trinke e Bartholomew, 1997).

Estas três provisões constituem componentes essenciais do conceito de “apoio emocional”. Este é extremamente importante na medida em que praticamente todas as medidas de apoio social se referem ao sentimento global de que se é amado, aceito e apoiado por pessoas emocionalmente próximas. A literatura tem indicado a

importância deste tipo de apoio em quase todas as situações, controláveis e incontroláveis, com que o indivíduo tem de se confrontar (B. R. Sarason, et al., 1987; I. G. Sarason, et al., 1983).

- *Integração Social*: reflecte a oportunidade para partilhar interesses e actividades sociais. Esta provisão revela-se mais importante quando ocorrem alterações nas redes e papéis sociais, e o indivíduo tenta integrar-se num novo grupo de pessoas.
- *Reafirmação de Valor*: permite obter dos outros uma valorização das nossas qualidades, aquisições e competências. É especialmente importante quando o indivíduo se confronta com acontecimentos controláveis, em que a sua acção pode determinar uma boa adaptação e, eventualmente, a resolução da situação.
- *Oportunidade de Prestação de Cuidados*: representa, no modelo de Weiss (1974), a necessidade de fornecer apoio e cuidados. A pessoa sente um compromisso e um papel importante na promoção do bem-estar de outros. Esta necessidade é frequentemente satisfeita nas relações com as crianças, nomeadamente com os filhos, embora possa também manifestar-se noutros contextos.

3.3. Suporte Social na Depressão

Como refere Moreira (2002) é bastante provável que as pessoas deprimidas, como consequência da sua perspectiva negativa generalizada (Beck, 1976), percebam menos apoio disponível e estejam menos satisfeitas com ele, independentemente do apoio recebido ou real disponível. Esta perspectiva negativa entre o apoio percebido e a depressão, mesmo quando não existe nenhum efeito real do apoio sobre a depressão, acarreta sentimentos de menor sentimento de pertença.

Apesar disso, estudos na área do suporte social indicaram que o isolamento social e os baixos níveis de suporte social têm sido consistentemente associados a maiores níveis de stress, depressão e aumento da morbidade e mortalidade em uma série de doenças médicas, enquanto altos níveis de apoio social têm sido associados com resultados positivos na sequência de um ampla variedade de eventos stressantes (Resick 2001 cit. in Steven, 2005).

Outros estudos acerca do suporte social também têm verificado que um suporte reduzido tem sido associado com uma maior depressão; e o aumento do suporte social tem sido associado com a diminuição de risco de desenvolver depressão, diminuição funcional na depressão, e maior probabilidade de remissão da depressão (Brugha 1995, Paykel 1994; Travis 2004; Hull & oxman 2001, Sayal et al. 2002 cit. in Steven, 2005). Posto isto, afirmamos que para ser útil na depressão, o apoio social deve ser positivo e não negativo e, a melhor fonte de apoio pode variar dependendo do estágio de desenvolvimento da doença.

Em suma, as redes sociais ricas e o apoio emocional podem aumentar a saúde mental e física, promovendo estratégias eficazes, incentivando avaliações de ameaça menos debilitantes, contrariando sentimentos de solidão, aumentando a sensação de auto-eficácia, reduzindo a incapacidade funcional, e aumentando a aderência ao tratamento (Holahan et al. 1995; Fontana et al. 1989; Bisschop et al. 2004; Hays et al. 2001, Travis et al. 2004cit. in Steven, 2005).

Depois de nos determos sobre a importância do suporte social, dos mecanismos de acção sobre a saúde do indivíduo onde este actua, e de descrevermos resumidamente e através de alguns estudos a sua importância na temática da Depressão, passaremos a descrever a espiritualidade e a sua possível importância para a temática da depressão.

4. ESPIRITUALIDADE

A espiritualidade constrói-se nos contextos socioculturais e históricos, estruturando e atribuindo significado a valores, comportamentos, experiências humanas, e por vezes materializa-se na prática de um credo religioso específico. A interligação entre a religiosidade/espiritualidade e a saúde, remonta aos primórdios da história, em que os poderes da «cura» estavam nas mãos dos que lidavam com o espírito (sacerdotes, xamãs, etc), a quem era reconhecido saber para tratar dos males do corpo. A atribuição de causalidade de doença assim como a sua cura foi muitas vezes atribuída a factores religiosos, existindo ainda nos dias de hoje, em alguns contextos socioculturais, esta associação (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

O desenvolvimento das ciências da saúde conduziu a uma prática de cuidados de saúde dessacralizada, e a dimensão espiritual deixou de ser contemplada no atendimento dos doentes (Muller, 2001). No entanto, e segundo o Ministério da Saúde (2004), no plano das orientações estratégicas, esta dimensão integra o conceito de saúde, sendo essencial a uma prática holística de cuidados. De facto, a dimensão espiritual é descrita como sendo relevante na atribuição de significado ao sofrimento decorrente de uma doença crónica, e também como um recurso de esperança face às mudanças no estado de saúde (Greenstreed, 2006).

As relações entre a espiritualidade e a saúde emergem como uma área relevante na investigação actual, tanto no âmbito das ciências humanas (Pais-Ribeiro 2004), como no das ciências naturais (Muller, 2001). Contudo, não se encontra consenso na literatura sobre o conceito de espiritualidade, sendo que muitas vezes surge numa associação directa à prática de uma religião (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

No entanto, religião e espiritualidade não são definidas e conceptualizadas da mesma maneira e os seus constructos têm sofrido algumas alterações ao nível da sua definição e operacionalização nas últimas décadas (Peterman, Firchett, Brady, Hernandez & Cella, 2002 cit. por Pestana, 2007).

Até à década de 70 do século passado, a religião era vista como um constructo amplo que incorporava elementos individuais e institucionais como a espiritualidade.

Actualmente, enquanto a religião passou a ser empregue de forma mais restrita, como fazendo parte das crenças e actividades sancionadas e institucionais de um determinado grupo religioso (Muller, 2001); crença em uma força divina ou sobrenatural, que tem poder acima de tudo (McSherry, 2004, Warner-Robbins, 2004 cit. por Paula, 2009; Giovanetti, 2005), e que tem características comportamentais,

sociais, doutrinárias e valorais específicas (Underwood-Gordon, 1997 cit. por Saad, 2001).

A espiritualidade, separou-se do conceito de religiosidade e da prática dos comportamentos religiosos tradicionais (Hennezel & Leloup, 2001 cit. por Pestana 2007) e é vista como um processo dinâmico, pessoal e experiencial que procura a atribuição e significado no sentido da existência (Muller, 2001 cit. por Pinto & Pais-Ribeiro, 2007); uma orientação filosófica que produz comportamentos e sentimentos de esperança, amor e fé (McSherry, 2004, Warner-Robbins, 2004 cit. por Paula, 2009); transmite vitalidade e significado a eventos da vida (Maugans, 1996 cit. por Saad, 2001); concepção de que há mais na vida do que aquilo que pode ser visto ou plenamente entendido (Underwood-Gordon, 1997 cit. por Saad, 2001); *“não implica nenhuma ligação com uma realidade superior”* (Giovanetti, 2005).

Segundo Jung (1986), a espiritualidade estaria relacionada com uma atitude, uma acção interna, uma ampliação da consciência, um contacto do indivíduo com sentimentos e pensamentos superiores e no fortalecimento e amadurecimento que esse contacto poderá trazer para a sua personalidade.

Para Giovanetti (2005) *“o termo ‘espiritualidade’ designa toda vivência que pode produzir mudança profunda no interior do homem e o leva à integração pessoal e à integração com outros homens”*

Para Valle, (2005) *“expressa o sentido profundo do que se é e se vive de facto”; “assume o corpo e permite que o homem ultrapasse o nível biológico e emocional de suas vivências, mesmo das mais elevadas e sublimes”*

Assim alguns autores sugerem que a religião é institucional, dogmática e restritiva, enquanto a espiritualidade é pessoal, subjectiva e enfatiza a vida (Pais-Ribeiro 2004).

Numa outra forma de perceber a espiritualidade encontramos autores, que referem que esta tem sido conceptualizada mais como um mecanismo de *coping* flexível (o *coping* é concebido como um conjunto de estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas) do que como um traço estável (Greenstreed, 2006; Feher, 1999). Tendo por base a classificação do *coping* focado no problema e o *coping* focado nas emoções, a espiritualidade pode ser enquadrada como uma forma de *coping* focado nas emoções (Laubmeier, 2004). No entanto, segundo outros autores (Holland, 1999), as crenças espirituais estruturam um quadro do tipo activo-cognitivo, que permite às pessoas enfrentarem as crises existenciais ameaçadoras, favorecendo o suporte social e emocional. O *coping* religioso-espiritual reporta-se ao modo como as pessoas utilizam a fé, as crenças (Feher, 1999), a

relação com a transcendência, a ligação aos outros (Muller, 2001), de modo a adaptarem-se e a gerir situações de crise (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Estes conceitos de espiritualidade permitem olhar para esta variável como um domínio fora da prática de religiões específicas, embora mostrem variações entre eles, partilham a ideia da importância da espiritualidade através da qual as pessoas podem encontrar um sentido para a vida, ter esperança e estar em paz no meio dos acontecimentos mais graves, tais como manter a auto-estima, providenciar apoio emocional, esperança, em suma influenciar o bem-estar psicológico e interpessoal (Feher, 1999; Laubmeier, 2004 cit in Pinto & Pais-Ribeiro, 2007).

Vemos assim que, apesar de existirem algumas variações no que diz respeito à definição deste conceito, todas elas têm em comum o facto de salientarem a importância que a espiritualidade tem ao providenciar um contexto em que as pessoas possam dar sentido às suas vidas, terem fé, sentirem-se completas e em paz consigo mesmas e com os outros, mesmo perante as situações mais ameaçadoras. É neste sentido que alguns investigadores têm-se batido pela introdução das questões de ordem espiritual na relação, prestador de cuidados de saúde-paciente.

4.1. Espiritualidade na Depressão

Existem muitas alusões ao longo da História da Humanidade aos efeitos que, supostamente, a espiritualidade e à religiosidade como estratégias de coping teriam tido na reabilitação de doentes com os mais variados tipos de patologias (Acklin, Brown & Mauger, 1983; Fromm, 2003). No entanto, apenas recentemente, esta temática começou a ser investigada cientificamente (Miller & Thoresen, 2003).

Em relação a Portugal de acordo com o Recenseamento Geral da População e Habitação de 2001 (Instituto Nacional de Estatística, 2005), dos 8 699 515 cidadãos portugueses recenseados, (91%) responderam a uma questão que pretendia saber qual a sua orientação religiosa. Destes, (93%) afirmaram ser católicos (0,6%) protestantes; (0,2%) muçulmanos e (4%) professaram não ter qualquer tipo de religião. Estes resultados parecem vir demonstrar a importância que a população portuguesa atribui à religião e à espiritualidade, o que por sua vez, poderá também ter reflexos ao nível da saúde em Portugal. No entanto, o estudo científico da religiosidade e da espiritualidade continua ainda a ser algo de controverso. Apesar de todas as reticências quanto ao estudo científico da espiritualidade e da religiosidade na saúde (por exemplo, dificuldade de operacionalização que estas duas variáveis têm

apresentado (Brady et al., 1999), actualmente, parece existir um corpo de investigações crescente que sugere que estes dois conceitos devem ser considerados cientificamente como variáveis individuais, que podem ter efeitos directos e indirectos na morbilidade e até mesmo na mortalidade.

Os estudos empíricos que suportam uma correlação positiva entre religiosidade/espiritualidade e bem-estar físico e psicológico são inúmeros e devem ser tidos em conta (George, 2002; George, Larson, Koenig, & McCullough, 2000; Koenig 2001; Koenig, 2001a; Koenig, 2001b; Lawler & Younger, 2002; Muller, 2001), especificamente, aqueles que se referem à depressão (Koenig, Cohen, Blazer, Pieper, Meador, Shelp, Goli & DiPasquale, 1992; Koenig Cohen, Blazer, Kudler, Krishnan & Sibert, 1995; Koenig, Hays, George, Blazer, Larson, & Landerman, 1997; Koenig, Cohen, George, Hays, Larson, & Blazer, 1997; Koenig, George & Peterson, 1998; Miller, Warner, Wickramaratne & Weissman, 1997)

Muller, 2001, verificou que a participação religiosa e a espiritualidade parecem relacionar-se com uma melhor saúde e uma expectativa de vida mais prolongada, menor ansiedade, depressão e suicídio, mesmo após o controlo de variáveis como comportamentos de saúde e apoio social.

Em relação aos sintomas depressivos (Koenig et al, 1992) numa amostra de 24 850 idosos em serviço neurológico, verificou que estes estavam inversamente relacionados a aspectos religiosos. Por outro lado, numa amostra de 25 832 idosos internados (Koenig e tal., 1995), verificou que os sintomas cognitivos de depressão foram menos comuns entre os que tinham atitudes religiosas.

Muitos pacientes severamente doentes usam crenças para lidar com suas doenças, e de facto, estas predizem uma remissão mais rápida de depressão, (Koenig 2000).

Assim, a espiritualidade pode fortalecer o doente e a família, contribuindo para a formação das suas crenças e valores, incentivando comportamentos e práticas saudáveis, fornecendo interacções sociais, promovendo bem-estar e ajudando nas crises e transições da vida, assim como, em várias investigações, se tem mostrado como uma boa estratégia de coping na depressão.

Uma vez que o conceito de espiritualidade é mais inclusivo e universal, foi decidido pela sua utilização na parte prática do trabalho, em detrimento do conceito de religiosidade.

5. ADESÃO TERAPÊUTICA

A adesão terapêutica tem merecido grande atenção por parte de toda a comunidade científica, nomeadamente daqueles que sentem de perto a problemática inerente à não adesão, pela sua importância na saúde do indivíduo, especialmente quando esta se encontra ameaçada.

Inicialmente, na literatura, deparávamo-nos com vários termos referentes à adesão, como o termo concordância (compliance) que se referia aos comportamentos do doente que se conformava às indicações dos médicos. No entanto, porque o termo concordância é conotado com uma obediência relutante, começaram a surgir na investigação psicológica sobre a saúde, e também na medicina, propostas de termos alternativos, como por exemplo, adesão (adherence), cooperação (cooperation), obediência (obedience), e colaboração (collaboration). Neste estudo iremos utilizar o termo adesão que é o mais utilizado na literatura sobre a temática.

A adesão surge como um termo alternativo, em que o indivíduo tem a liberdade de decidir se adere ou não e caso não o faça, não será necessariamente culpado (Horne; 2000; Turk & Meicheibaum, 1991).

Dunbar-Jacob & Schlenk (2001), apresentam uma perspectiva de adesão que sistematiza algumas das questões metodológicas e conceptuais sobre o tema. De acordo com estas autoras, a adesão pode ser definida através de dois modos. O primeiro é através do padrão da adesão problema expresso pelo doente. O segundo é definido através da avaliação quantitativa da adesão.

Em relação à abordagem do padrão da adesão, as autoras identificaram pelo menos seis padrões de comportamento que constituem um problema para a adesão, e estes consistem: a) na falha em adoptar o regime prescrito; b) na paragem precoce do tratamento; c) na redução dos níveis de tratamento; d) na sobre dosagem do tratamento; e) na variabilidade na orientação do regime, e por ultimo, f) no erro no intervalo da dosagem.

O primeiro, caracteriza-se pela alteração das doses do tratamento. Isso pode incluir quer a redução das doses, ou o aumento das doses que foram prescritas. A redução das doses pode ocorrer, por exemplo, em resposta aos efeitos laterais, espaçar quantidades inadequadas de medicação, ou a uma crença que as doses mais baixas são preferíveis. Ambos os padrões podem ser encontrados na mesma pessoa.

O segundo padrão encontrado nas pessoas que aderem ao tratamento é a variabilidade na adesão. Este parece ser o padrão mais comum. As pessoas seguem

a medicação, em graus variados ao longo do tempo. Tipicamente o regime pode falhar em episódios variáveis. Pode falhar vários dias seguidos e ser retomado posteriormente, período já referido na literatura como “regime de férias”.

O terceiro tipo de problema encontrado nas pessoas em tratamento é o dos erros cometidos nos intervalos das doses, particularmente relevante no caso da medicação. Neste caso, as pessoas podem consumir doses muito próximas umas das outras, ou muito afastadas.

Em conclusão, existem inúmeros padrões de fraca adesão ou de não adesão. No entanto, estes têm sido tratados na literatura sobre adesão como equivalentes, sendo que o termo adesão definido como, a dosagem total consumida dividida pela prescrição total em determinado período de tempo.

A segunda abordagem relacionada com a fraca adesão é definida como a abordagem quantitativa da adesão e refere-se ao nível de adesão, isto é, à quantidade de regime prescrito que é efectuado pelo doente e pode ser examinado. Esta obtêm-se através de uma pontuação ou percentagem de adesão.

Os comportamentos de não adesão aos tratamentos constituem-se como um problema grave, partilhado por quase todas as doenças que contribui para os grandes custos da saúde, tanto na vida do doente como daqueles que o rodeiam. Parte desses custos da fraca adesão radica na necessidade de tratar no futuro as complicações ou progressões das diferentes doenças (Dunbar-Jacob & Schlenk, 2001).

Os comportamentos de não adesão podem ainda ser categorizados em activos e passivos. A não adesão activa surge quando o paciente faz uma decisão estratégica de não seguir a instrução para o tratamento. Estes, têm sido relatados e são particularmente influenciados pelas percepções que os pacientes têm dos seus problemas, bem como, do nível de satisfação como médico e a consulta ou encontro clínico (Weinman, 2001 cit por Claudino, 2004). A não adesão passiva pode ser não intencional quando as intenções do paciente de seguir as recomendações de tratamento são impedidas por barreiras, tais como, o esquecimento, a incapacidade de seguir as instruções do tratamento, por analfabetismo, ou por falta de compreensão, problemas físicos tais como a falta de visão ou dificuldades na destreza manual.

A não adesão ao tratamento constitui provavelmente a mais importante causa de insucesso das terapêuticas, introduzindo alterações no sistema de saúde através do aumento da morbilidade e da mortalidade. O alargamento do período de tratamento e as repetidas recaídas, prolongam um sofrimento evitável e custos acrescidos e é essencialmente uma oportunidade perdida para os benefícios terapêuticos (Horne, 2003).

Kristteller e Rodin sugeriram um *modelo desenvolvimental de adesão ao tratamento* que contempla três estádios no processo de participação dos indivíduos nos seus cuidados (cit. por Ribeiro, 1998):

I estádio- concordância (compliance). Este refere-se ao grau em que o indivíduo inicialmente concorda com o tratamento, seguindo as recomendações médicas. A característica deste estádio assenta na confiança, por parte deste, relativamente ao diagnóstico e tratamento que o profissional de saúde fez e instituiu. É uma fase em que o indivíduo não tem uma participação passiva, pois toma as decisões em seguir os conselhos médicos. Existe frequentemente uma boa supervisão assim como uma elevada eficácia do tratamento;

II estádio- adesão (adherence). É uma fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o auto-cuidado, em que já com uma vigilância limitada, o doente continua com o seu tratamento, mesmo quando confrontado com situações conflituosas, o que implica uma grande participação e controlo da sua parte.

Apesar desta autonomia do utente, os profissionais têm um importante papel como orientadores, promovendo a integração do tratamento no estilo de vida do sujeito e ajudando-o a antever alguns problemas que possam acontecer, de modo a traçar estratégias de *coping* alternativas;

III estádio- manutenção (maintenance). Quando já sem vigilância (ou vigilância limitada), o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida. É um estádio que se caracteriza por competências de auto-regulação, isto é, o indivíduo tem que possuir um determinado nível de autocontrolo sobre os novos comportamentos, tentando que estes se transformem em hábitos.

Ao longo destes estádios, o indivíduo vai desenvolvendo e adquirindo controlo, que lhe permitirá atingir a autonomia total do terceiro estádio. Nesta perspectiva, a adesão implica um papel activo e colaborativo do indivíduo no planeamento e implementação do seu regime de tratamento (Myers & Midence, 1998). Apesar da vontade do sujeito ser importante para a evolução nestes três estádios, as características do tratamento também são determinantes.

A adesão ao regime de tratamento resulta então de uma interacção subtil entre o indivíduo e as características (psicológicas, sociais e ambientais) e exigências do comportamento desejado. A complexidade do tratamento, as crenças do indivíduo, o afecto e apoio familiar, são entre outros, factores determinantes no empenhamento da pessoa.

5.1. Factores psicossociais associados à Adesão

Alguns factores preditores ou determinantes na adesão são os factores psicológicos e sociais nomeadamente: *Características do indivíduo; Características da doença e factores de tratamento; Factores interpessoais e Contexto social e organizacional.*

Em relação às características do indivíduo, podemos referir, por exemplo, os factores sócio-demográficos. A literatura corrente não tem encontrado resultados consistentes na associação entre a adesão e os factores sócio-demográficos como a idade, sexo, estado civil e classe social (Dunbar-Jacob, Burke & Puczynsky, 1995; Horne, 2000). É um facto que, para além das taxas de adesão variarem de indivíduo para indivíduo, variam na mesma pessoa ao longo do tempo, e de acordo com os diferentes tipos de tratamento (Horne, 2000). No entanto, existem alguns estudos que revelam dados interessantes.

No que se refere à idade, esta parece afectar a adesão de várias maneiras dependendo ainda do tipo de doença (Brannon & Feist, 1997a; Sarafino, 2002). No que diz respeito à depressão, a adesão aos regimes de tratamento parece aumentar nas pessoas mais jovens, contrariamente aos pacientes mais velhos que tendem a apresentar uma maior probabilidade de não aderirem à medicação (Cramer, 1998 cit. por Cunha, 2006).

Green-Hennessy (1999) investigou a associação entre factores sócio-demográficos e o uso de medicação anti-depressiva em pacientes com depressão major. Verificou que a idade estava significativamente associada ao uso de medicação, com baixa percentagem de uso nos grupos de pessoas ou muito jovens ou em idosos, e que era o género masculino, pessoas de baixa renda e viúvos ou solteiros que apresentavam uma maior probabilidade de não aderir à medicação.

Outro aspecto a ter em consideração na adesão é o conhecimento que a pessoa tem acerca da sua doença e do seu regime de tratamento. Pesquisas efectuadas na última década apontam para que as pessoas estejam insatisfeitas com a quantidade da informação fornecida acerca da doença e do tratamento. No entanto, como já referido, estudos sugerem que existe uma associação pequena e inconsistente entre esta e a adesão, e o facto de aumentar o conhecimento não leva necessariamente ao aumento da adesão (Bennett, 2002; Horne, 2000).

As crenças ou cognições também têm sido bastante estudadas e parecem ser possíveis preditoras na adesão ao tratamento. Elas traduzem o conhecimento individual, e são entendidas como os mecanismos que o indivíduo possui para lidar com a realidade (Ogden, 1999).

Tal como verificamos, as crenças de saúde sobre os sintomas, severidade, consequências, vulnerabilidade, benefício, custos e auto-eficácia percebida estão relacionadas com a adesão e, especificamente, com o autocontrolo. Assim, as pessoas são mais propensas a aderir aos regimes de tratamento quando acreditam que têm responsabilidade na sua saúde e que os seus comportamentos lhe poderão trazer benefícios (Brannon & Feist, 1997a).

O modelo de crenças de saúde de Becker e Mainman (1975), argumenta que o grau de adesão depende da gravidade percebida da doença, da susceptibilidade à doença, benefícios para o tratamento recomendado e as barreiras encontradas ao seguir o tratamento (cit. por Ogden, 1999). A evidência sugere que quanto mais a medicação prescrita está de acordo com o sistema de crenças do doente maior é a propensão para aderir ao tratamento.

A adesão ao aconselhamento médico pode também ser influenciada por factores cognitivos e emocionais. De facto, para que uma pessoa adira ao tratamento tem que o compreender, recordar e ter condições para o efectuar. Llor e colaboradores (1995) alertam para a importância que a convicção no controlo pessoal da situação tem na adesão, concretamente através da melhoria da informação.

O afecto ou estado emocional também podem influenciar significativamente a adesão (Bennett, 2002), daí que estados depressivos se encontram associados a mais baixos níveis de adesão.

De um modo geral, conclui-se que as crenças individuais no tratamento aconselhado assim como as representações de doença, parecem ser mais relevantes na adesão do que as variáveis clínicas ou factores sócio-demográficos tais como o sexo, a idade ou a experiência educacional (Horne & Weinman, 1999; Park & Jones, 1997).

5.1.1. Características da doença

Algumas características da doença estão associadas à adesão, sendo as mais mencionadas a gravidade da doença e a visibilidade dos sintomas. Uma série de estudos descobriu que os pacientes com doenças crónicas assintomáticas, frequentemente não aderem ao tratamento, justificando-se assim as maiores taxas de adesão em doenças agudas do que nas doenças crónicas (Horne, 2000). Quando os sintomas são óbvios e indesejados, as pessoas têm mais tendência a aderir a

tratamentos que pareçam eliminá-los. Pelo contrário, quando o prognóstico é pobre, a evidência sugere que a taxa de adesão é reduzida.

A gravidade e os custos/benefícios percebidos, são dois factores psicossociais importantes. Doentes que se sintam ameaçados pela sua doença e que acreditem nos benefícios do tratamento recomendado, mais facilmente ultrapassarão as barreiras e aderirão aos conselhos médicos. Porém, se as pessoas não se sentem ameaçadas pela sua doença e percebem barreiras ao tratamento, as suas hipóteses de adesão serão consideravelmente mais baixas (Sarafino, 2002).

Alguns aspectos de tratamento, nomeadamente a sua duração e complexidade, também devem ser considerados. Quanto mais complicado é o tratamento prescrito, menor é a probabilidade do paciente aderir completamente. De facto, estes parecem aderir mais facilmente a tratamentos curtos e simples, que impliquem poucas mudanças nos seus hábitos diários (Bennett, 2002; Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997a; Ley, 1997).

Outro aspecto importante na adesão está relacionado com o que a pessoa sente acerca de um determinado tratamento ou procedimento em particular. Estudos na área, demonstraram que o paciente tende a aderir ao tratamento quando este se demonstra eficaz no controlo dos sintomas, tem um custo relativamente baixo e os seus efeitos colaterais são reduzidos (Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997a; Sarafino, 2002). Por fim, é igualmente importante ver até que ponto o tratamento interfere com o quotidiano da pessoa. Se essa intrusão é significativa, o indivíduo tem tendência a controlar essa intromissão, reduzindo a adesão ao tratamento.

5.1.2. Factores interpessoais

Muita da pesquisa acerca da adesão médica está focada nas características da comunicação profissional de saúde/utente, pois a evidência aponta para que os vários estilos de interacção médica estejam relacionados com a adesão. Porém, são principalmente os tipos de comportamentos que os profissionais têm, que poderão mais facilmente influenciar nos comportamentos de autocontrolo do doente, isto porque se o indivíduo não recebe instruções específicas, terá menos probabilidade de aderir (Amaral, 1997). Incentivar o utente a fazer perguntas, explicar correctamente o regime e verificar se este o compreendeu, pode desde o início, prevenir a não adesão.

Na comunicação em saúde, a qualidade da informação, bem como a sua adequação em relação ao estilo cognitivo, crenças de saúde e nível cultural são de

extrema importância (Trindade & Teixeira, 2000). É um facto que muitos dos doentes deixam os serviços de saúde sem compreenderem o tratamento que lhes foi aconselhado ou esquecem as instruções fornecidas (Bennett, 2002). Para que as pessoas possam aderir a um regime de tratamento, têm que ser capazes de cognitivamente e emocionalmente, compreenderem e lembrarem o que têm que fazer. O que acontece é que frequentemente, as directrizes são demasiado complexas e dadas numa altura em que, por razões várias, os doentes não estão tão atentos quanto deveriam (Sarafino, 2002).

Sarafino, 2002, citando trabalhos de DiMatteo e DiNicola (1982) sumaria que alguns factores cognitivos e emocionais que interferem ou não na informação dada pelos profissionais são: os pacientes esquecem muitas das coisas que os médicos lhes dizem; conselhos e instruções são muito mais prováveis de cair no esquecimento do que outras informações; quanto mais informação é dita ao paciente, maior é a proporção que ele irá esquecer; os pacientes irão recordar essencialmente (o que lhes disseram no início da consulta; o que consideraram mais importante); os pacientes mais inteligentes não se lembram mais do que os menos inteligentes; os pacientes mais velhos lembram-se tanto como os mais novos; os pacientes moderadamente ansiosos lembram-se mais do que os pacientes muito ansiosos ou sem ansiedade; e quanto maiores conhecimentos dos aspectos médicos o paciente tiver, mais ele se lembrará.

Assim a informação não deve ser excessiva, pois aumenta a probabilidade do esquecimento e deve ser personalizada. De um modo geral, tem-se verificado que os utentes mais satisfeitos com os cuidados, são mais passíveis de seguir as prescrições médicas, continuar profissionalmente activos e ter um melhor estado de saúde (Fitzpatrick, 1997).

Investigações realizadas em Portugal confirmam que embora esta satisfação possa incluir várias componentes dos cuidados, estas sugerem que os pacientes privilegiam a empatia e a comunicação na relação interpessoal, valorizando-as mais do que as perícias técnicas (McIntyre & Silva, 1999).

Por outro lado, a interacção que se estabelece entre ambos (utente/técnico) pode afectar significativamente os comportamentos de adesão. A interacção pode ser centrada no indivíduo ou autoritária. A autoritária destina-se a manter o controlo do profissional de saúde na interacção. A centrada no indivíduo, tenta promover uma relação positiva, incluindo comportamentos como o interesse, a amizade e a empatia.

Simultaneamente, quanto mais compreensivo for o técnico de saúde sobre o sistema de crenças do indivíduo, mais aderente este será. Aliás, o terapeuta pode

desempenhar um papel moderador e/ou mediador na modelação das crenças e comportamentos dos pacientes (Yardley, Sharples, Beech & Lewith, 2001). Este é um de alguns passos que os profissionais devem seguir para aumentar a adesão dos seus utentes aos regimes propostos.

Ley (1997) sugere, entre outros, que os técnicos procurem, dentro dos possíveis, tratamentos simples e curtos, se certifiquem da satisfação do indivíduo com a informação fornecida, se assegurem da correcta compreensão por parte do utente sobre o seu regime terapêutico fornecendo preferencialmente informação escrita, questionem o paciente sobre os problemas e dificuldades sentidas, procurando encontrar soluções, providenciem feed-back sobre os progressos realizados e envolvam pessoas significativas no tratamento.

5.1.3. Contexto Social

O contexto social e mais especificamente, o suporte social, parece ser um dos factores psicossociais (como mencionado anteriormente) que mais influencia na adesão (Bennett, 2002; Bishop, 1994; Brannon & Feist, 1997a; Sarafino, 2002). Este poderá ajudar a pessoa a gerir o seu equilíbrio emocional de modo a manter o seu funcionamento face a uma situação de crise (Navalhas, 1998). De um modo geral, um menor suporte social e um maior isolamento social associa-se a uma menor adesão.

Desta forma, a importância de todos os elementos da rede social do indivíduo e em especial da família, nos comportamentos de adesão é extremamente validada. Se os membros da família assistem e lembram o utente em relação à sua medicação, espera-se que este seja mais aderente (Bennett, 2002). A literatura sugere ainda que as pessoas que possuem uma vasta rede de relações interpessoais demonstram maiores níveis de envolvimento nos seus regimes terapêuticos.

5.2. Modelos de Adesão Terapêutica

Se considerarmos o problema da não adesão, um problema de mudança de comportamentos, as teorias da mudança de comportamentos podem também ser consideradas teorias da adesão. Assim, para além do *modelo desenvolvimental de adesão ao tratamento* de Kristeller e Rodin (1984) citado anteriormente, descreveremos resumidamente o *Modelo de Crenças da saúde* (modelo

sóciocognitivo); o *modelo de auto-regulação de Leventhal e modelos de adesão terapêutica*. Para além destes modelos, é importante reflectir também acerca do *modelo das representações de tratamento* (Horne, 2003).

O *modelo de crenças da saúde*, desenvolvido por Rosenstock (1966) e posteriormente aferido, na década de 70/80, por Becker e colaboradores (cit. por Ogden, 1999), propunha que a probabilidade de um pessoa ter um determinado comportamento saudável, estava relacionada com as suas crenças pessoais acerca da ameaça percebida da doença e da aferição do risco/benefício de praticar a acção recomendada. Esta ameaça derivava de crenças acerca da *gravidade* percebida dessa mesma ameaça e da *susceptibilidade* percebida do indivíduo. Este modelo, pondera ainda os *benefícios* percebidos da acção, tendo em conta as *barreiras* percebidas. De acordo com Rosenstock (1990, cit. por Ribeiro, 1998), as principais variáveis que compõem o modelo são a percepção de susceptibilidade e da gravidade da condição - Ameaça; percepção dos benefícios de uma determinada acção e das barreiras a essa acção - Expectativa de resultado; e convicção sobre a capacidade pessoal para realizar essa acção recomendada - Expectativa de eficácia.

De acordo com o modelo de crenças de saúde, a compreensão da adesão passa por observar as ideias que os pacientes têm acerca da sua doença e tratamento, e sugere que as variáveis cognitivas expressas no modelo, podem ser em alguns casos, pré-requisitos da adesão.

No segundo modelo, o *modelo de Auto-regulação de Leventhal* a premissa é que o paciente é visto como um agente activo na resolução dos seus problemas, adoptando comportamentos de saúde que lhe permitam “encurtar” a distância percebida entre o seu estado de saúde actual e o estado por ele desejado. Simultaneamente, o indivíduo responde à doença de uma forma dinâmica, de acordo com a interpretação e avaliação que faz da patologia. Isto implica que a escolha de uma acção particular está condicionada pelo sentido que essa acção faz à luz das suas próprias ideias, acerca dos sintomas experienciados e da própria doença. Nesta perspectiva, a adesão (ou não adesão), pode ser um dos possíveis comportamentos adoptados para cooperar com a doença tal qual ela é percebida. Como já referido, um dos aspectos chave deste modelo é que os três estádios de resposta à doença - representação cognitiva da ameaça, desenvolvimento e implementação do plano de acção para lidar com a ameaça e satisfação decorrente dos resultados do plano de acção - ocorrem paralelamente a um nível emocional e cognitivo, existindo uma interacção dinâmica entre o processo de representação, *coping* e satisfação (Horne &

Weinman, 1998). O facto deste processo cognitivo e emocional ocorrer em paralelo, pode servir para explicar as respostas à ameaça aparentemente irracionais.

Este modelo foca especialmente a importância da experiência real dos sintomas na formulação das representações e na orientação da eficácia nas estratégias de *coping*. Horne (1997) sugeriu que as crenças que o paciente tem acerca do seu tratamento desempenham um papel importante na influência das decisões de adesão.

Como refere Claudino (2004), este modelo: está na base de um modelo de “adesão como interiorização” (DiMatteo & DiNicola, 1982), em que o papel do médico é o de “persuasor” (Barros, 1999, p. 472) e o “doente acredita que contribui para a escolha do tratamento” (Turk, salovey & Litt, 1986).

Como modelos de adesão terapêutica, podemos enunciar o *Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão* de Ley e o *Modelo da Adesão (adherence)*.

O *Modelo da Hipótese Cognitiva da Adesão* de Ley (1988, cit. por Ogden, 1999) defende que a adesão é previsível, combinando o factor da *satisfação* do doente em relação à consulta, com os factores *compreensão* da informação dada na consulta e *memorização* dessa informação. A satisfação do doente foi referenciada em estudos efectuados por Haynes e colaboradores (1979) e por Ley (1988), que indicaram que os níveis de satisfação dos doentes estavam relacionados com vários componentes da consulta, nomeadamente com os aspectos afectivos (apoio emocional, compreensão), aspectos comportamentais (prescrições e explicações adequadas) e aspectos ligados à competência do próprio técnico (cit. por Ogden, 1999).

Um outro factor que também foi referido como importante para a satisfação do doente, relaciona-se com a não omissão de informação. A falta de compreensão do doente acerca do conteúdo da consulta poderá afectar a adesão às indicações médicas. Ley (1997) também alertou para a associação entre a capacidade de recordar informações sobre o aconselhado na consulta e a adesão. Segundo este, alguns aspectos como a ansiedade, o nível intelectual, os conhecimentos médicos, o efeito da primazia (o que é dito em primeiro lugar), a importância da afirmação feita pelo médico, assim como o número de afirmações, aumentavam a capacidade de recordação pelo doente.

O *Modelo da Adesão (adherence)* desenvolvido por Stanton (1987, cit. por Ogden, 1999), mudou a terminologia de *obediência* (compliance) para a de *adesão* (adherence), afastando-se da visão tradicional da figura do médico que debita conselhos a um doente condescendente. O modelo, semelhante ao de Ley, sugere que a comunicação do técnico de saúde aumenta o conhecimento do indivíduo, a sua

satisfação e a adesão ao regime recomendado. Um aspecto que o diferencia em relação ao modelo anterior é que este enfatiza aspectos do próprio doente (as crenças sobre a rotura do estilo de vida devido à adesão, locus de controlo e apoio social) e a sua interacção com o profissional de saúde. Porém, estes dois modelos têm implícito que os técnicos de saúde são profissionais objectivos e não influenciados pela suas próprias crenças e os doentes são os leigos, com perspectivas e crenças a serem trabalhadas pelos médicos em termos de linguagem e conteúdo da informação.

O *modelo das representações do tratamento* (Horne, 2003) analisa as crenças das pessoas acerca dos medicamentos e as formas como podem influenciar a adesão, ou seja, analisar quais as crenças que contribuem para as avaliações positivas e negativas que constituem a atitude face ao comportamento.

A este nível, Horne (2003) concluiu que, determinar o uso adequado da medicação dependia essencialmente de dois factores: a capacidade e a motivação. Para o autor, uma variedade de barreiras pode reduzir a capacidade do doente seguir as instruções do tratamento (por exemplo, dificuldade em ajustar o tratamento à sua rotina diária, esquecimento na toma dos medicamentos), mas, a razão fundamental porque falham as intervenções na promoção da adesão é porque os investigadores têm ignorado a motivação (avaliações positivas e negativas/ crenças das pessoas acerca do tratamento).

Neste ponto, Horne (2003) sugere que é fundamental analisar no processo de tomada de decisão a necessidade de tratamento que se relaciona, em primeiro lugar, com a ideia de que a condição clínica justifica tratamento. Neste caso as percepções de necessidade de tratamento estão intimamente ligadas às representações de doença na medida em que fazem parte da tentativa pessoal de senso comum de procurar coerência para o seu estado de saúde. Em segundo lugar, relaciona-se com o facto da pessoa concluir que a sua condição clínica necessita de tratamento, e em seguida decidir qual a opção de tratamento.

Esta análise é fundamental para entender o processo de adesão ao tratamento, uma vez que, segundo Horne (2003), as crenças sobre a necessidade de tratamento se relacionam mais proximamente com a adesão de que as próprias crenças acerca da eficácia do tratamento. Assim, este modelo defende que o conhecimento das representações de tratamento tem o potencial de auxiliar na compreensão das respostas dos pacientes à adesão ao tratamento.

Provavelmente a escolha do modelo de adesão dependerá, por um lado, da capacidade do profissional de Saúde para corresponder às significações e expectativas do doente, e por outro lado, do tipo de doença envolvida.

Parte II
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

A. METODOLOGIA

Neste capítulo, propomo-nos descrever a metodologia utilizada ao longo da investigação empírica. Inicialmente são referenciados os objectivos em estudo, as questões de investigação e hipóteses, as variáveis em análise. De seguida, apresentamos a descrição da população e amostra com os métodos de recolha e a sua caracterização sócio-demográfica e clínica, os respectivos procedimentos, bem como os instrumentos utilizados.

1. OBJECTIVOS DO ESTUDO

Tendo em consideração a extensão da problemática em estudo e pretendendo aumentar e melhorar a nossa compreensão acerca da relação entre a percepção/representação dos indivíduos acerca da sua doença, suporte social e espiritualidade e a adesão terapêutica (adesão aos medicamentos) do doente deprimido, torna-se necessário delimitar o campo em análise, de forma a obter um conhecimento selectivo, mas orientado, para a obtenção da informação que nos interessa.

Assim, definimos como objectivos para este estudo:

- 1- Identificar as representações de doença nos indivíduos com depressão e sua associação à adesão ao tratamento;
- 2- Caracterizar o estado emocional (ansiedade e depressão) dos doentes com depressão e sua associação à adesão ao tratamento;
- 3- Avaliar o suporte social percebido dos indivíduos com depressão e sua associação à adesão ao tratamento;
- 4- Avaliar os níveis de espiritualidade dos pacientes com depressão e sua associação à adesão ao tratamento;
- 5- Compreender de que modo as representações de doença, o estado emocional (ansiedade e depressão), o suporte social percebido e a espiritualidade podem prever os comportamentos de adesão ao regime terapêutico prescrito.

2. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

Tendo em conta os objectivos do estudo, foram elaboradas algumas questões de investigação, com a finalidade de dar resposta a cada um dos objectivos propostos. Deste modo, pretendemos testar 4 hipóteses além das análises exploratórias.

2.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

1. Existe alguma relação entre a percepção/representação de depressão e a adesão ao tratamento medicamentoso?
2. Existe alguma relação entre os níveis de ansiedade e depressão do doente depressivo e a adesão ao tratamento medicamentoso?
3. Existe alguma relação entre a percepção de suporte social por parte do doente depressivo e a sua adesão ao tratamento medicamentoso?
4. Existe alguma relação entre os níveis de espiritualidade e a adesão ao tratamento medicamentoso por parte do doente depressivo?

2.2. HIPÓTESES

1. Prevê-se que as representações de depressão nas suas dimensões da consequência, duração e controlo pessoal e de tratamento, identidade, preocupação, emoções e compreensão da doença sejam preditores significativos da adesão ao tratamento medicamentoso.
2. Prevê-se que os níveis de ansiedade e depressão dos doentes depressivos estarão significativamente e negativamente correlacionados com os níveis de adesão ao tratamento medicamentoso.
3. Prevê-se que os níveis de suporte social percebido estarão significativamente e positivamente correlacionados com os níveis de adesão ao tratamento medicamentoso.
4. Prevê-se que os níveis de espiritualidade se encontrem significativamente e positivamente correlacionados com os níveis de adesão ao tratamento medicamentoso.

Serão consideradas análises exploratórias entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas nas variáveis psicossociais estudadas, nomeadamente na representação da doença, estado emocional (ansiedade e depressão), espiritualidade, apoio social percebido e adesão terapêutica.

3. VARIÁVEIS DO ESTUDO

Num estudo correlacional, as variáveis estão relacionadas essencialmente com as dimensões do comportamento avaliadas ou com o(s) traço(s) a avaliar (Almeida & Freire, 2000). Neste estudo, as variáveis foram seleccionadas em função das questões de investigação, hipóteses e análises exploratórias.

3.1. Variáveis predictoras:

- Representações de doença: identidade, duração, consequências, controlo pessoal e de tratamento, representação emocional (preocupação e emoções) e compreensão da doença;
- Ansiedade e Depressão;
- Apoio Social percebido;
- Espiritualidade.

3.2– Variáveis de resultado:

- Adesão ao regime terapêutico (medicação).

3.3– Variáveis sócio-demográficas e clínicas:

- Idade;
- Sexo;
- Estado civil;
- Habilitações literárias;
- Pessoas com quem vive;

- Proveniência;
- Idade de início da doença;
- Tempo da doença;
- Internamento e duração;
- Idade do início do tratamento com anti-depressivos orais;
- Tempo/duração do tratamento
- Familiares com Depressão e o seu grau de parentesco;
- Tentativa de suicídio;
- Familiares com tentativa de suicídio e o seu grau de parentesco.

4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Participaram deste estudo 15 pacientes portadores de Perturbação Depressiva Major (de acordo com o diagnóstico realizado por médico psiquiatra, fundamentado no DSM), de ambos os sexos (feminino e masculino), com idades variando entre os 27 e 60 anos, de diferentes níveis de escolaridade, que faziam acompanhamento psiquiátrico, no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo - Évora. A amostra foi composta tendo em atenção vários critérios de inclusão: sujeitos com idade superior a 18 anos e menores de 61 anos; aceitarem participar no estudo voluntariamente; encontrarem-se diagnosticados com Perturbação Depressiva há mais de 12 meses, e em fase controlada da doença através da medicação.

O período de recolha de dados situou-se entre Maio e Junho de 2009. Optou-se por uma amostra de conveniência uma vez que esta interferia o mínimo possível com a organização e funcionamento das consultas no departamento. Este método de amostragem procurou tornar a distribuição da amostra o mais equivalente possível à população alvo.

4.1. Caracterização Sócio-demográfica da Amostra

Procedemos à análise da caracterização sócio demográfica da amostra total para os dois grupos clínicos (feminino e masculino) em conjunto, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição absoluta e percentual das características sócio-demográficas de acordo com o sexo.

Variáveis	Sexo				χ ²	p
	Feminino		Masculino			
	(n=11)		(n=4)			
	n	%	n	%		
Idade					2,946	0,086
20 a 40	4	36,4%	1	25%		
41 a 60	7	63,6 %	3	75%		
Estado civil					2,946	0,086
Casados	11	100%	3	75%		
Não casados	0	0	2	25%		
Escolaridade					2,642	0,619
1º ao 3ª Ciclo	5	45,5%	3	75%		
E. Secundário	4	36,3%	0	0		
E. Superior	2	18,2%	1	25%		
Situação Laboral					1,286	0,526
Activos	8	72,7%	3	75%		
Não activos	3	27,3%	1	25%		
Agregado Familiar					3,068	0,216
Cônjuge/Companheiro(a)	5	45,5%	1	25%		
Família Restrita (cônjuge e filhos)	6	54,6%	2	50%		
Outros	0	%	1	25%		
Proveniência					0,008	0,930
Rural	3	27,3%	1	25%		
Urbana	8	72,7%	3	75%		

A amostra é constituída por 73,3% elementos femininos e 26,7% do sexo masculino.

Conforme indica a tabela, o grupo etário mais representativo nas mulheres situa-se entre os 41 e os 60 anos (63,6%), com uma média de 46,64 anos (DP= 8,25), verificando-se o mesmo nos homens onde a classe que predomina é dos 41 aos 60 anos (75%), com uma média de 44,25 anos (DP=13,525).

Relativamente ao estado civil verificamos que a maior parte da amostra é casada, com 100% das mulheres e 75% dos homens. E que em relação aos não casados só os homens é que apresentam valores 25%, sendo as mulheres da amostra todas casadas. Quanto à escolaridade, as diferenças entre os sexos mostram que as mulheres representam 45,5% da escolaridade do 1º ao 3º ciclo, assim como os homens, mas com uma percentagem mais elevada, 75%. Em relação ao ensino secundário e ao ensino superior também se registaram alguns dados interessantes, nomeadamente que uma maior percentagem, 25% dos homens, apresenta uma escolaridade mais elevada, ao nível do Ensino Superior, e as mulheres apenas 18,2%. Em relação ao ensino secundário, os homens não registam valores, e as mulheres apresentam 36,3%. Na amostra não se verificou a existência de sujeitos analfabetos.

No que respeita à situação laboral, a maior parte da percentagem dos indivíduos de ambos os sexos, 72,7% das mulheres e 75% dos homens, ainda se encontram activos, e aqueles que não o são representam 27,3% das mulheres e 25% dos homens, por motivos de reforma, invalidez, desemprego ou outras situações.

Verificámos que a maior parte dos elementos da amostra vivem acompanhados, 54,5% das mulheres vivem com a família restrita (cônjuge e filhos) e 45,5% vive com o cônjuge. Nos homens 50% vivem igualmente com a família restrita, e 25% com o cônjuge. De referir que 25% dos homens vivem sozinhos enquanto que nas mulheres não se verifica esta situação.

Os dados relativos à proveniência dos sujeitos revelam que a maioria da amostra, 72,7% das mulheres e 75% dos homens, provem de uma zona urbana, enquanto apenas, 27,3% das mulheres e 25% dos homens, provem de uma zona rural.

4.2. Caracterização Clínica da Amostra

Relativamente à idade de início da doença, as mulheres apresentam uma média de 38,18 anos (DP=10,44), e os homens 32,50 anos de idade (DP=8,85). Quanto ao tempo de doença verifica-se a existência de algumas diferenças significativas entre os sexos (mulheres – M=8,36; DP= 6,43 e homens - M=14,25; DP=12,06) e o tempo médio do diagnóstico. Verificou-se que 66,70% dos sujeitos refere sofrer de depressão entre 1 e 10 anos, enquanto 33,4% refere ser a mais de 10 anos.

Analisando a idade de início do tratamento com medicação, verificamos que, o tratamento foi praticamente instituído logo após o diagnóstico/sintomas. A idade média de início do tratamento foi de 40,64 anos de idade nas mulheres (DP=8,21) e 34 anos de idade nos homens (DP=9,23). Relativamente ao tempo de toma da medicação, as mulheres relataram estar medicadas em média há 5,91 anos de idade (DP=6,39) e os homens há 12,75 anos (DP=12,58), apresentando ainda algumas diferenças em relação as mulheres.

Relativamente à existência de familiares com diagnóstico de depressão, verificamos que 60% dos deprimidos da amostra referiram ter familiares com a mesma patologia e 40% não os tinham. Dos 60% que referiram ter familiares com a mesma patologia, o grau de parentesco mais referenciado pelas mulheres e homens são a “Mãe” (36,4% e 25%, respectivamente) seguindo do “Pai” com 25% dos homens a referir mas apenas 9% das mulheres.

No que diz respeito à existência de tentativa de suicídio por parte dos sujeitos da amostra, nas mulheres a média é de 10%, enquanto que nos homens a média é de 50%. No entanto, a maior parte da amostra refere que nunca cometeu tentativa de suicídio, 90% das mulheres e 50% dos homens. Em relação ao internamento, 13,3% da amostra, referiu já ter estado internada, enquanto 86,7% mencionou nunca ter estado.

Quanto à existência de tentativa de suicídio por parte dos familiares, verificamos que 40% dos deprimidos da amostra referiram ter familiares com tentativa e 60% não tinham realizado esta tentativa. Dos 40% que referiram ter familiares com tentativa de suicídio, o grau de parentesco referenciado não foi significativo tanto para os homens (mãe, tios, e outros com 25% cada um) como para as mulheres (mãe, pai e tios com 9% cada um).

5. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Neste ponto será apresentada uma breve descrição da origem e desenvolvimento de cada questionário usado no estudo, assim como a análise das qualidades psicométricas reveladas em cada um dos questionários.

Considerando as variáveis em estudo, foram desenvolvidos dois questionários: o questionário Sócio-Demográfico e o questionário Clínico. Para além destes, foram utilizados cinco questionários.

Abaixo, encontram-se os instrumentos de avaliação utilizados:

- *Questionário Sócio-Demográfico e Questionário Clínico* (elaborado e adaptado por Soares para este estudo)
- *Brief Illness Perception Questionnaire* - Brief IPQ (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006). Versão Portuguesa (Vera Araújo-Soares, Ana Trovisqueira e Teresa McIntyre, 2007)
- *Hospital Anxiety and Depression Scale* - HADS (Zigmond & Snaith, 1983). Versão Portuguesa (McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva, 1999)
- *Social Provisions Scale* - EPS (Cutrona, C. E. & Russel, D. W., 1987). Versão Portuguesa (João Moreira, 1996)
- *Escala de Avaliação da Espiritualidade* - EAE (Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. L. (2007)
- *Reported Adherence to Medication Scale* - RAM (Horne Weinman, e Hankins, 1997). Versão Portuguesa (Pereira e Silva, 1999)

5.1. Questionário Sócio-demográfico e Clínico

Este questionário foi desenvolvido e adaptado por Soares para este estudo. O questionário inclui vários itens de formato variável (perguntas fechadas e abertas) que cobrem as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação laboral, profissão actual ou anterior, pessoas com quem vive, idade do diagnóstico, duração da doença, internamento, duração do internamento, idade de início do tratamento com medicação, duração do tratamento/medicação, familiares com depressão e seu parentesco, tentativa de suicídio e tentativa de suicídio na família e seu parentesco.

5.2. BRIEF ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE - IPQ-B

5.2.1. Versão Original

O Questionário de Percepção da Doença/ *Illness Perception Questionnaire* (IPQ; Weinman, Petrie; Moss-Morris & Horne, 1996) foi desenvolvido com o objectivo de fazer uma avaliação da representação cognitiva da doença, tendo por base as cinco componentes da representação da doença (identidade, consequências, duração, controlo/cura e causa), propostos pelo modelo cognitivo e de Auto-Regulação do comportamento de H. Leventhal e col. (H. Leventhal et al., 1984, 1997, 2003). Apesar deste instrumento de medida ser usado em diversos estudos, revelando-se positivo na predição dos diferentes aspectos de adaptação e recuperação na doença, as recomendações dos investigadores que usaram o IPQ foram no sentido da necessidade de desenvolver as propriedades de medida de algumas sub-escalas e alargar o seu âmbito. Em diversos estudos, foram feitos aperfeiçoamentos à escala, resultando na versão revista: *Illness Perception Questionnaire – Revised*, o IPQ-R (Moss-Morris, Weinman, Horne, Cameron, & Buick, 2002, adaptado por Figueiras et al., 2002). Esta versão permitiu ampliar a escala original, acrescentando outros itens, a dimensão da divisão de controlo em *controlo pessoal* e *controlo de tratamento*, incorporando uma dimensão *cronograma cíclico*, uma compreensão global do factor de doença, e uma *representação emocional*. O IPQ-R tem mais de 80 itens, e em algumas situações, como é o caso de pacientes muito doentes ou quando há pouco tempo disponível para avaliação, sendo um longo questionário, torna-se de difícil execução.

Um questionário mais curto seria mais adequado tanto para estes como seria acessível para aqueles que estão limitados na sua capacidade de leitura e escrita. Quanto mais curto, maior o potencial para a investigação da percepção da doença numa ampla gama de grupos de pacientes (Weinman & Petri, 1997). Partindo destes pressupostos, surge a versão: *Illness Perception Questionnaire – Brief* (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006).

A versão utilizada neste estudo foi a versão portuguesa de Araújo-Soares; Trovisqueira, & McIntyre. Este questionário tem como objectivo medir as representações cognitivas e emocionais dos pacientes em relação à sua doença, incluindo consequências, cronograma (duração), controlo pessoal, controlo do tratamento, a identidade, a coerência, a preocupação, a resposta emocional, e as causas.

Este questionário, portanto, tem oito novos itens mais uma parte da escala de causalidade utilizada anteriormente no IPQ-R. Todos os itens excepto a questão de causalidade são classificados utilizando uma escala de resposta de 0 a 10. Cinco dos itens correspondem à avaliação das representações cognitivas da doença: as consequências (item 1), cronograma (item 2), controlo pessoal (ponto 3), controlo do tratamento (ponto 4), e identidade (ponto 5). Dois dos itens avaliam as representações emocionais: preocupação (ponto 6) e emoções (ponto 8). Um item avalia a compreensão da doença (Item 7). A representação causal é avaliada por um item de resposta aberta, adaptado do IPQ-R, que pede aos pacientes uma lista dos três factores causais mais importantes da sua doença (Item 9). As respostas para o item de causalidade podem ser agrupadas em categorias, tais como stress, estilo de vida, hereditários, etc., determinadas pela doença a estudar particularmente.

A sub-escala *consequências* refere-se à percepção dos efeitos esperados, quanto à gravidade e possíveis consequências (físicas, psicológicas e sociais) da doença na vida das pessoas. Uma pontuação elevada indica uma forte crença que as consequências são graves (percepção mais negativa das consequências).

A sub-escala de *duração*, relaciona-se com a crença acerca de quanto tempo durará a doença, caracterizando-se por ter uma dimensão temporal. Uma pontuação elevada reflecte uma forte crença que a doença irá durar bastante tempo, ou seja, quanto maior o valor obtido mais crónica é a percepção de doença.

As subescalas *controlo pessoal* e *controlo de tratamento*, relacionam-se com o grau em que os participantes acreditam que a sua doença pode ser controlada, bem como as expectativas sobre a recuperação e o grau em que os participantes acreditam nos efeitos do tratamento da doença. Uma pontuação elevada indica uma forte crença no controlo pessoal da doença, e uma forte crença no controlo do tratamento da doença.

A sub-escala *compreensão da doença*, pretende representar uma dimensão em que é pedido aos participantes o quanto compreendem e entendem a sua doença. Uma pontuação elevada indica uma forte representação de coerência acerca da doença, isto é, uma crença de que a doença faz sentido e é compreensível face à história individual.

A sub-escala *identidade*, refere-se ao grau de sintomas que a pessoa associa à doença. Uma pontuação elevada indica uma forte percepção de sintomas.

Por último, a sub-escala das representações emocionais (*preocupação e emoções*) refere-se às diferenças nas percepções de doença, e na predição de respostas de comportamentos relacionados com a saúde.

No estudo de validação (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006), o IPQ breve foi aplicado a 6 grupos de doenças (103 pacientes com Enfarte do Miocárdio, 132 com doença renal, 119 diabéticos, 309 pacientes com asma, 62 doentes com dor no peito e 116 sujeitos com outras 'doenças menores'). O primeiro momento de avaliação realizou-se em contexto médico e os questionários de seguimento foram enviados a metade da amostra 3 semanas após e outra metade da amostra recebeu o questionário 6 semanas depois da primeira avaliação. As correlações de Pearson obtidas neste estudo demonstraram que o IPQ-Breve apresenta boa precisão teste-reteste nos dois momentos de seguimento (3 e 6 semanas). Assim, na subescala *Consequências* os valores obtidos foram de 0.70 e 0.71; na subescala *Duração*, as correlações encontradas foram de 0.67 e de 0.73; *Controle Pessoal* 0.63 e 0.42; quanto ao *Controle de Tratamento*, os resultados foram de 0.55 e 0.70; a subescala *Identidade* mostrou correlações de 0.65 e de 0.75; a subescala *Preocupação* mostrava correlações de 0.66 nos dois momentos; a subescala *Compreensão* 0.48 e 0.61; a subescala *Resposta Emocional* apresentou correlações de 0.65 e 0.72. a seis grupos de doença, de forma a avaliar as propriedades psicométricas da escala: Enfarto do Miocárdio (n = 103), doença renal (n = 132), diabetes tipo 2 (n = 119), asma (n = 309), e doenças de menor importância (alergias, constipações, dores de cabeça) (n = 166), e um grupo com dor torácica, submetidos a testes ergométricos antes do diagnóstico (n = 62).

Em termos da validade concorrente as correlações entre o IPQ breve e o IPQ-R mostram que estes se correlacionam adequadamente e que em termos de causalidade, no grupo dos asmáticos, de todas as causas dadas como resposta no IPQ Breve, 75% poderiam ser classificadas dentro dos 20 factores causais listados por asmáticos no IPQ-R e nos doentes renais 82% das respostas ao IPQ breve poderiam ser classificadas nos 21 itens causais listados no IPQ-R.

Em relação à validade preditiva, a análise de variância multivariada descobriu que aqueles que assistiram a aulas de recuperação tiveram uma pontuação maior na identidade no momento da alta hospitalar (média = 3,37, SE = . 47) do que pessoas que não assistiram (média = 1,67, SE = . 59) [F (39,1) = 5,11, P = . 03]. Também verificaram que um mais lento retorno ao trabalho se associava significativamente a uma maior preocupação (r = . 43, P = . 03) e a crenças mais elevadas no controlo de tratamento (r = . 44, P = . 03).

Uma série de one-way ANOVA com post hoc de Scheffé mostrou diferenças significativas entre as doenças, e estas superaram as expectativas.

5.2.2. Características Psicométricas na População Portuguesa

A versão portuguesa do IPQ-B (Araújo-Soares; Trovisqueira, & McIntyre, 2007), foi traduzida e adaptada junto de uma amostra de 20 doentes no pós-Enfarte do Miocárdio (Internamento, N=87; Alta, N=82 e 1 mês após a alta, N= 74). Alguns dos itens mostraram confundir os doentes, mostrando dificuldade em compreender a questão colocada, tendo-se procedido a uma nova tradução, conseguindo-se assim a versão definitiva da tradução do questionário.

Para avaliar as qualidades psicométricas do IPQ-B na amostra portuguesa, foram utilizados os mesmos procedimentos do estudo original (Broadbent et al, 2006). No presente estudo, o IPQ-B mostrou correlações teste-reteste semelhantes ao estudo de Broadbent e colaboradores (2006), embora um pouco mais baixas no segundo momento de avaliação, com excepção das sub-escalas *Controlo Pessoal* e *Preocupação*.

Na altura da alta, a correlação para a sub-escala *Consequências* foi de 0.69 e um mês após a alta de 0.54; na sub-escala *Duração*, as correlações encontradas foram de 0.52 e 0.44; *Controle Pessoal* 0.73 e 0.55; *Controlo de Tratamento*, os resultados foram de 0.40 e 0.45. A sub-escala *Identidade* mostrou correlações de 0.61 e de 0.50; a sub-escala *Preocupação* apresenta correlações de 0.62 e 0.66; a sub-escala *Compreensão* 0.58 e 0.51; por fim, a subescala *Resposta Emocional* apresentou uma correlação de 0.68 na alta e 0.63 um mês após a alta.

A validade de constructo do IPQ-B foi avaliada através de Correlações de *Spearman* entre as dimensões do instrumento, uma vez que o tamanho da amostra não permite fazer análise factorial. As correlações entre as sub-escalas são baixas a moderadas, com excepção da *Representação Emocional*, *Consequências* e *Preocupação*, o que apoia a especificidade destas dimensões. As sub-escalas que se correlacionam mais, são a *Preocupação* e a *Resposta Emocional*, a *Duração* e as *Consequências* e a *Compreensão* e o *Controlo de Tratamento*.

A análise das propriedades psicométricas do IPQ-B encontradas neste estudo indicou boas características de precisão, mostrando-se os resultados semelhantes aos encontrados pelos autores do questionário.

5.2.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Precisão

De modo a determinar a precisão do IPQ-B foram calculados os coeficientes de Cronbach (consistência interna) para cada sub-escala. Assim, apresentam-se de seguida, na tabela 2, os resultados das análises de consistência interna das sub-escalas do IPQ-B. A escala total apresenta valores considerados aceitáveis de Alfa de Cronbach ($\alpha=0,68$), apresentando os itens da escala correlações corrigidas para sobreposição, que variam entre $r=0,21$ e $r=0,82$.

Tabela 2 – Coeficiente de consistência interna de Cronbach das sub-escalas do IPQ-B

Alfa de Cronbach: 0,68 (7 itens) Média: 54,47; Dp: 8,58 (N=15)

	Media se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se item eliminado
Consequências	48,40	63,543	,249	,674
Duração	46,87	61,981	,209	,689
Controlo Pessoal	48,13	57,267	,479	,624
Controlo Tratamento	48,13	57,981	,313	,665
Identidade	48,20	57,886	,390	,643
Preocupação	47,20	52,314	,820	,556
Compreensão da Doença	48,00	56,429	,282	,681
Resposta Emocional	46,33	63,810	,471	,643

Na Tabela 3 apresenta-se a comparação entre os coeficientes de consistência interna (alfa de Cronbach) para o IPQ-B versão Portuguesa de (Araújo-Soares; Trovisqueira, & McIntyre) e a amostra em estudo.

Tabela 3 – Coeficiente de consistência interna de Cronbach para o IPQ-B original e amostra em estudo

Subescalas	IPQ-B original	Amostra em estudo
Consequências	.70	.67
Duração	.67	.69
Controlo Pessoal	.63	.62
Controlo Tratamento	.55	.66
Identidade	.65	.64
Preocupação	.66	.56
Compreensão	.48	.68
Resposta Emocional	.65	.64

Atendendo aos resultados obtidos, a versão do IPQ-B utilizada neste estudo apresenta uma precisão aceitável para a maioria das sub-escalas, (tomando especial atenção à subescala *preocupação* em que os valores são relativamente mais baixos ($\alpha=0,56$), embora esta permita a sua utilização).

Relativamente ao IPQ-B, como se pode verificar na tabela 3, os valores de Alfa de Cronbach obtidos (alfa se item eliminado) para as sub-escalas são relativamente semelhantes aos obtidos na amostra original. Na subescala *preocupação*, o Alfa de Cronbach obtido é inferior ao da sub-escala original. Na sub-escala *duração*, *controlo do tratamento* e *compreensão*, os Alfas de Cronbach obtidos são superior ao da sub-escala original, no entanto todos os outros são relativamente semelhantes.

Validade

Para analisarmos a relação entre as sub-escalas do IPQ-B realizamos a correlação de Pearson (Tabela 4).

Tabela 4 – Correlações entre as sub-escalas consequências, cronograma, controlo pessoal, controlo tratamento, identidade, preocupação, compreensão da doença e resposta emocional do IPQ-B

Sub-escalas	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Consequências	-							
2. Cronograma	-,088	-						
3. Controlo Pessoal	,083	,205	-					
4. Controlo Tratamento	,214	,542 [*]	-,083	-				
5. Identidade	,242	-,024	,094	,238	-			
6. Preocupação	,587 [*]	,098	,544 [*]	,420	,592 [*]	-		
7. Compreensão da doença	-,072	,024	,622 ^{**}	-,042	,201	,360	-	
8. Resposta Emocional	,285	,054	,541 [*]	-,019	,399	,621 ^{**}	,177	-

*p<0.05; **p<0.01

Quanto às consequências da doença, verifica-se uma correlação significativa, positiva e moderada com a preocupação. Isto sugere que piores consequências percebidas estão associadas a uma maior preocupação. No controlo do tratamento, verificamos a existência de uma correlação positiva e moderada com a duração, isto é quanto maior a percepção de controlo do tratamento menor a cronicidade (duração) da doença. Em relação à preocupação, existe uma correlação positiva e moderada com o controlo pessoal e a identidade. Assim, quanto maior a preocupação com a doença, maior será a percepção de controlo pessoal e maior será a identidade da doença. Relativamente à compreensão da doença existe uma correlação significativa, positiva e elevada com o controlo pessoal. Assim, verifica-se que quanto maior a compreensão da doença, maior será a percepção de controlo pessoal que o sujeito tem acerca da sua doença. Na resposta emocional verificamos a existência de uma associação significativa, positiva e moderada com o controlo pessoal e significativa, positiva e elevada com a preocupação. Verifica-se então que quanto maior for a resposta emocional (comportamentos de resposta relacionados com saúde), maior será o controlo pessoal percebido sobre a mesma. Do mesmo modo, quanto maior for o grau de preocupação maior será também essa resposta emocional. Em suma, a tabela de inter-correlações indica boas associações entre as várias dimensões do IPQ-B, mas também alguma especificidade nos seus conteúdos.

5.3. THE HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE - HADS

5.3.1. Versão Original

A *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983; adaptado por McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva, 1999)*, é uma escala de hetero e auto-avaliação, e tem por objectivo identificar estados de ansiedade e depressão em doentes com patologia física e em regime de tratamento ambulatorio, seleccionando apenas sintomas psicológicos (eliminando o efeito somático da comorbilidade, em que os sintomas de âmbito somático são simultaneamente expressão de doença física ou psíquica). É composta por duas subescalas, uma de ansiedade e outra de depressão, que englobam 14 itens, 7 para a escala de ansiedade e 7 para a escala de depressão. Os itens de ansiedade reflectem um estado de ansiedade generalizado, enquanto os itens de depressão estão mais associados a um estado de anedonia, que os autores consideram ser provavelmente a estrutura psicopatológica central da depressão, que reage à medicação (Zigmond & Snaith, 1983).

O modo de resposta dos 14 itens da escala varia de 0 (baixo) a 3 (elevado), numa escala de 4 pontos. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta, devendo a pessoa escolher aquela *como se tem sentido durante a última semana*. Os resultados totais de cada subescala variam entre 0 e 21, resultantes da soma dos valores dos itens. As pontuações globais indicam a presença ou ausência de problemas: valores iguais ou inferiores a 7 não são valorizados, de 8 a 10 para cada subescala poderão indicar uma possível perturbação clínica, e valores iguais ou acima de 11 são indicativos de uma provável perturbação clínica de ansiedade e depressão. Por outro lado, consideram que a gravidade da ansiedade e da depressão podem ser classificadas como “normal” (0-7), “leve” (8-10), “moderada” (11-15) e “grave” (16-21), (Snaith & Zigmond, 1994). Os mesmos autores referem que pode ser usada uma pontuação total (HADS total) como um indicador clínico, desde que seja analisado como um índice de perturbação emocional.

Quanto à validade da versão original, Zigmond & Snaith (1983) descreveram bons resultados para os testes iniciais de validade e precisão. Os autores aplicaram a escala a 100 sujeitos adultos de ambos os sexos, que sofriam de diferentes patologias de foro médico e demonstraram a sua consistência interna através das correlações de Spearman, com valores que oscilaram entre 0,41 a 0,76 ($p < 0,01$) para a subescala da ansiedade e entre 0,30 a 0,60 ($p < 0,02$) para a da depressão.

No que se refere à validade do instrumento do HADS, Moorey e colaboradores (1991), numa amostra de 586 doentes, confirmaram dois factores explicando 53% da variância, com uma correlação entre os dois factores de 0.55 para as mulheres e 0.37 para os homens. Smith, et al. (2002), numa amostra de 1471 doentes confirmaram a estrutura de dois factores que explicam 49.18% da variância com uma correlação entre eles de ($r=0.52$).

Relativamente à precisão, os coeficientes encontrados nas duas sub-escalas revelam uma elevada consistência interna (Moorey et al., 1991). Os autores apresentaram um alfa de cronbach de 0.93 para a ansiedade e de 0.90 para a depressão. Smith e colaboradores (2002) apresentaram um alfa de cronbach 0.83 na subescala de ansiedade e de 0.79 na depressão.

5.3.2. Características Psicométricas na População Portuguesa

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas deste instrumento foi utilizada a versão portuguesa de McIntyre, Pereira, Soares, Gouveia & Silva, 1999. Nesta procedeu-se a uma análise das características psicométricas do HADS numa população portuguesa diagnosticados com Enfarte Agudo de miocárdio. Os dados foram submetidos a uma análise de validade de construto e de consistência interna, quer para o total da escala, quer para as duas subescalas (ansiedade e depressão).

Em relação à precisão, a análise das correlações dos itens HADS-A (ansiedade) com o total da escala revelou situar-se entre os 0.60 e os 0.78. Nas correlações do HADS-D (depressão) com o total da escala, os valores obtidos situaram-se acima dos 0.38, variando de 0.38 a 0.72. O coeficiente de precisão para a subescala HADS-A foi de 0.89 e para a subescala HADS-D de 0.82, o que revelou uma elevada consistência interna em ambos os casos. A análise das correlações para o HADS-Total revelou que todos os itens apresentam uma correlação acima de 0.51 com o total da escala, variando entre os 0.52 e os 0.81. O coeficientes de precisão para o HADS-total foi de 0.91, revelando uma elevada consistência interna da escala. Pela análise dos coeficientes de consistência interna de Cronbach do HADS (por subescala e total), foi possível constatar que os valores obtidos no estudo foram altos e semelhantes aos obtidos noutros estudos (Moorey, Watson, Gordman, Rowden, Tunmore, Robetson & Bliss, 1991; Roberts, Bonnici, Mackinnon & Worcester, 2001; Smith et al. 2002).

A validade de construto foi estudada recorrendo à análise factorial de componentes principais seguida de rotação varimax. Após a extracção e rotação, emergiram dois factores com “eigenvalues” superiores a 1. O primeiro factor explica 29.53% da variância total (eigenvalue de 6.488) e o segundo factor explica 28.65% da variância total (eigenvalue de 1.658), explicando no seu conjunto, mais de 58% da variância total inicial (58.181%). Os resultados revelaram que os 14 itens da versão original se organizavam em dois factores de acordo com o modelo original de Zigmond & Snaith (1983). Uma excepção do item 7, “Posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado”, que apresentou uma carga factorial superior a 0.50 nos dois factores. Excepto o item 1 “Sinto-me tenso”, apresentou uma carga factorial mais elevada no factor 2, todos os restantes itens do HADS-A apresentou carga factorial superior a 0.50 no factor 1. No entanto, exceptuando o item 14 “ Consigo apreciar um bom livro, um programa de televisão ou de rádio”, que apresentou uma carga factorial mais elevada no factor 1, todos os outros itens do HADS-D apresentaram uma carga factorial mais elevada no factor 2.

Foram ainda analisadas as correlações entre as sub-escalas ansiedade e depressão e a escala total, tendo-se observado valores de ($r=0.94$ para a subescala ansiedade e $r=0.90$ para a subescala depressão). Os coeficientes de correlação de Person entre as duas subescalas, apesar de serem mais baixos de que com o HADS-total, revelaram que estas se correlacionam significativa e positivamente ($r=0.69$; $p<0.01$) entre si, indicando uma associação moderada entre estas subescalas. Os coeficientes de correlação de Pearson obtidos, foram de encontro aos valores encontrados em estudos descritos anteriormente (Martin & Thompson, 2000; Roberts et al., 2001; Smith e tal., 2002), demonstrando uma correlação significativa e positiva entre as duas subescalas.

As autoras, concluíram que a análise das propriedades psicométricas do HADS revelou boa precisão do instrumento, e o estudo da validade confirmou a estrutura factorial de dois factores preconizados pelos autores. O facto de o item 7, “posso sentar-me à vontade e sentir-me relaxado”, ter obtido uma carga factorial superior a 0.50 nos dois factores e ser mais elevada no factor 2 (subescala depressão), está de acordo com os resultados encontrados noutros estudos (Moorey et al., 1991; Roberts et al., 2001).

5.3.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Precisão

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de alfa de Cronbach para cada sub-escala (tabelas 5 e 6). Os valores encontrados foram de 0,56 para a sub-escala *Depressão*; e 0,74 para a sub-escala *Ansiedade*.

Depressão

O coeficiente alfa de Cronbach obtido para a globalidade da sub-escala da *Depressão* ($\alpha=0,56$), sugere, uma consistência interna aceitável, embora um pouco baixa. A análise mais detalhada dos itens revela que 2 itens (item 1: “*sinto-me tenso/a ou nervoso/a*” e item 9: “*fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago*”) apresentam uma baixa correlação ($<0,20$) com a restante escala. Optámos, no entanto, por não os retirar visto que a sua manutenção não afecta significativamente a homogeneidade da escala (tabela5).

Tabela 5 - Coeficiente de consistência interna de Cronbach do HADS – Dimensão: Depressão

Alfa de Cronbach: 0,56 (7 itens) Média: 12,60; Dp: 2,56 (N=15)

Sub-escalas	Media se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se item eliminado
Item 02	10,60	6,543	-,074	,597
Item 04	10,47	4,552	,579	,404
Item 06	10,00	5,429	,242	,531
Item 08	10,80	5,314	,247	,529
Item 10	11,27	5,924	,160	,554
Item 12	10,87	4,552	,321	,502
Item 14	11,60	3,829	,438	,439

Ansiedade

O coeficiente alfa de Cronbach obtido para a globalidade dos itens da sub-escala *Ansiedade* é considerado bom ($\alpha=0,74$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, que variam entre $r=0,28$ e $r=0,73$ (tabela 6).

Tabela 6 – Coeficiente de consistência interna de Cronbach do HADS – Dimensão: Ansiedade

Alfa de Cronbach: 0,74 (7 itens) Média: 7,60; Dp: 2,97 (N=15)

Sub-escalas	Media se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se item eliminado
Item 01	6,67	7,381	,498	,703
Item 03	6,40	6,400	,576	,673
Item 05	6,33	7,524	,292	,735
Item 07	6,20	7,171	,282	,744
Item 09	6,60	6,114	,479	,699
Item 11	6,53	5,838	,734	,630
Item 13	6,87	6,981	,364	,724

Verificamos que os dados encontrados nesta amostra apontam para boas características de precisão sugerindo a possível utilização futura. No entanto, aconselha-se a estudos mais aprofundados da validade, precisão e teste-reteste em doentes depressivos.

5.4. SOCIAL PROVISIONS SCALE – EPS

5.4.1. Versão Original

A Escala de provisões sociais (SPA; Cutrona, & Russel, 1987) analisa o grau em que as relações sociais prestadas fornecem várias dimensões de suporte social. Inicialmente esta escala operacionalizava seis provisões sociais e era constituída por 12 afirmações, de modo a que cada uma das provisões estivesse representada por duas afirmações, uma no sentido positivo e outra no sentido negativo (Cutrona e Russell, 1987).

No entanto, esta primeira versão da SPS foi posteriormente revista, tendo sido acrescentadas mais 12 afirmações, com o objectivo de aumentar o nível de precisão dos resultados. Nesta versão revista, existem quatro afirmações para cada uma das provisões sociais e a pessoa avalia o seu grau de concordância com essas afirmações numa escala com quatro pontos (Cutrona e Russell, 1987). As provisões avaliadas são: Aconselhamento, Aliança Fiável, Vinculação, Integração Social, Reafirmação de

Valor, e Oportunidade de Prestação de cuidados e estão de acordo com as seis disposições sociais identificadas por Weiss (1974).

No que diz respeito à cotação, cada uma das 6 sub-escalas é cotada de 1 a 4, sendo que alguns itens apresentam cotação inversa. Assim, o aconselhamento (Guidance) apresenta como itens: 3 (invertido), 12, 16 e 19 (invertido); a Aliança Fiável (Reliable Alliance): 1, 10 (invertido), 18 (invertido) e 23; a Reafirmação de Valor (Reassurance of Worth): 6 (invertido), 9 (invertido), 13 e 20; a Oportunidade de Prestação de Apoio (Opportunity for Nurturance): 4, 7, 15 (invertido), 24 (invertido); a Vinculação (Attachment): 2 (invertido), 11, 17, 21 (invertido); e a Integração Social (Social Integration): 5, 8, 14 (invertido), 22 (invertido).

A escala apresenta dois factores: Apoio íntimo e Apoio casual. O apoio íntimo é dado pelas sub-escalas: Aconselhamento, Aliança fiável, Oportunidade de prestação de cuidados e vinculação. O apoio casual é dado pelas sub-escalas: Reafirmação de valor e Integração social.

A utilização da SPS revelou boas qualidades psicométricas. No estudo inicial, os coeficientes alfa para cada uma das seis subescalas variaram entre 0,65 e 0,76 e a precisão da sua pontuação total foi de 0,91 (Cutrona e Russell, 1987).

Na análise factorial confirmatória levada a cabo com os dados dos 1792 participantes nos estudos que validaram a versão original, saturação dos itens nos respectivos factores revelou-se adequada, variando entre 0,39 e 0,79. As intercorrelações entre factores variaram entre 0,55 e 0,99. Tal como seria de esperar, dadas estas intercorrelações elevadas, uma análise factorial de segunda ordem revelou a existência de um factor de apoio social geral, que reflecte, na opinião dos autores, o facto de as seis subescalas avaliarem diferentes facetas do mesmo construto (apoio social percebido). As saturações das subescalas neste factor de segunda ordem variaram entre 0,62 (para a Oportunidade de Prestação de Cuidados) e 0,997 (para a Vinculação; Cutrona e Russell, 1987).

Relativamente à validade da escala Cutrona e Russell (1987) levaram a cabo um estudo com um vasto conjunto de outras medidas de apoio social, com as quais o resultado global da SPS revelou correlações significativas e superiores a 0,30.

5.4.1. Características Psicométricas na População Portuguesa

A versão da Escala de provisões sociais para a população portuguesa analisada neste estudo foi a de Moreira (1996). De forma a avaliar a estrutura factorial do questionário, Moreira procedeu a um estudo onde participaram 182 estudantes

universitários. Neste, verificou que, através de análise em componentes principais, existia uma saturação de dois factores, em que as subescalas de Aconselhamento, Aliança Fiável, Oportunidade de Prestação de Cuidados e Vinculação saturam a um nível absoluto mais elevado, com apenas uma excepção, no primeiro factor, designado como “Apoio Íntimo”, e em contrapartida, os itens das subescalas de Reafirmação do Valor e Integração Social saturam predominantemente, mais uma vez apenas com uma excepção, no Factor 2, “Apoio Casual”.

Os valores do alfa de Cronbach para cada um dos factores da EPS, Apoio Íntimo e Apoio Causal são: no primeiro factor, as correlações item-total variaram entre 0,26 e 0,64, sendo os valores mais baixos correspondentes aos itens 7 e 10, os quais, com a sua eliminação, fariam subir ligeiramente o valor do alfa; e no segundo factor, entre 0,31 e 0,56, neste caso, nenhum item faria subir o alfa com a sua eliminação. Posto isto, os dados relativos à validade evidenciam a existência das correlações a favor da validade de construto da escala.

Um segundo estudo, de forma a obter dados de reteste e de validade concorrente, com uma amostra de 74 estudantes universitários, mostrou que os valores obtidos para as várias subescalas são adequados, sendo mais elevados para a escala total e para as subescalas de Apoio Íntimo e de Apoio Casual. Estes resultados revelam a existência de indicadores adequados de precisão teste-reteste, bem como das correlações esperadas com uma outra medida de apoio social.

Por último, um terceiro estudo realizado para avaliar a validade de construto, com uma amostra de 130 estudantes universitários, mostrou que é possível confirmar na robustez da EPS na sua capacidade de distinguir e se relacionar de forma teoricamente previsível com a maior parte dos construtos medidos.

Tendo em conta estes três estudos é possível afirmar que este instrumento permitir obter resultados em relação a diferentes aspectos do apoio social, os quais poderão desempenhar diferentes funções perante acontecimentos stressantes de diferente natureza (Cutrona e Russell, 1990; Weiss, 1974).

5.4.2. Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Uma vez que já existem estudos de validação e precisão em amostras portuguesas, optámos por fazer um estudo limitado das características psicométricas dos doentes depressivos, tendo em vista o desenvolvimento de alguns dados de referência para estudos futuros e a comparação com os estudos existentes.

Precisão

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de consistência interna para cada sub-escala (tabela7). Os valores encontrados indicam um alfa de Cronbach aceitável ($\alpha=0,66$), apresentando as sub-escalas correlações, corrigidas para sobreposição, que variam entre $r=0,062$ e $r=0,76$. Entre as sub-escalas os alfa de Cronbach variam entre 0,46 na sub-escala *Aconselhamento* e 0,70 na sub-escala *Integração social*.

Tabela7 – Coeficiente de consistência interna de Cronbach do EPS – Escala Total

Alfa de Cronbach: 0,66 (7 itens) Média: 61,73; Dp: 3,17 (N=15)

Sub-escalas	Media se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se item eliminado
Aconselhamento	51,4667	5,981	,765	,464
Aliança Fiável	51,7333	7,781	,406	,612
Vinculação	51,3333	9,095	,096	,700
Integração Social	51,9333	9,352	,062	,704
Reafirmação de valores	51,2000	7,886	,317	,640
Oportunidade de prestação de valores	51,0000	4,714	,726	,442

Validade

Para analisarmos a relação entre os itens das 6 sub-escalas realizamos a correlação de Spearman's rho (tabela 8).

Tabela 8 – Correlações entre as sub-escalas aconselhamento, aliança fiável, vinculação, integração social, reafirmação de valores e oportunidade de prestação de valores do EPS

Sub-escalas	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1. Aconselhamento	-					
2. Aliança Fiável	,447 [*]	-				
3. Vinculação	,179	,632 ^{**}	-			
4. Integração Social	,080	-,117	-,408	-		
5. Reafirmação de Valores	,427	-,091	-,222	,269	-	
6. Oportunidade de Prestação Valores	,868 ^{**}	,419	,053	,189	,464 [*]	-

*p<0.05; **p<0.01

Quanto à aliança fiável, verifica-se uma correlação significativa, positiva e moderada com o aconselhamento. Isto sugere que uma percepção mais elevada de aliança se encontra associada a uma maior percepção de aconselhamento. Em relação à vinculação verifica-se que esta se encontra igualmente relacionada, de forma significativa, positiva e elevada com a aliança fiável, o que pressupõe que um maior o sentimento de vinculação, sugere um maior sentimento de aliança. Por último, relativamente à oportunidade de prestação de valores, verifica-se uma correlação significativa, positiva e elevada com o aconselhamento e uma correlação significativa, positiva e moderada com a reafirmação de valores. Assim, uma maior percepção de oportunidade de prestação de valores associa-se positivamente com uma maior percepção de aconselhamento. Do mesmo modo, uma maior percepção de oportunidade de prestação de valores associa-se positivamente com uma maior percepção de reafirmação de valores.

5.5. ESCALA DE AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE – EAE

5.5.1. Versão Original

A escala de avaliação da espiritualidade (EAE; Pinto & Pais-Ribeiro, 2007), é uma escala de auto-avaliação que tem como objectivo avaliar duas dimensões espirituais, as “Crenças” (atribuição de sentido / significado da vida - questão 1 “As minhas crenças espirituais /religiosas dão sentido à minha vida”e a questão 2 “A minha

fé e crenças dão-me forças nos momentos difíceis) e “Esperança/Otimismo” (esperança / perspectiva de vida positiva (questão 3 “*Vejo o futuro com esperança*”, questão 4 “*Sinto que a minha vida mudou para melhor*” e questão 5 “*Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida*”). As respostas são dadas numa escala de Likert com quatro alternativas (de “1” a “4”), entre “não concordo” a “plenamente de acordo”.

Os autores aplicaram a escala a 426 sujeitos adultos de ambos os sexos, que tinham tido uma doença oncológica e que se encontravam na fase de pós-tratamento, denominada, em termos médicos, de consultas *follow-up*. Os resultados demonstraram que a solução dos dois factores explica 75,23 % da variância total. O primeiro factor explica 50,01% do total de variância e o factor 2 explica 25,21%. Após rotação, o 1º factor integra os itens que traduzem a valorização das crenças espirituais / religiosas na atribuição de sentido à vida (itens 1 e 2). O factor 2 integra itens que correspondem a um sentido positivo da vida norteado pela perspectiva do futuro com esperança (item 3), e numa redefinição de valores de vida (itens 4 e 5).

Ao nível da precisão, a consistência interna mostra valores aceitáveis, dado o número de itens e tendo em conta os valores de referência limite em psicometria, com Alpha de Cronbach na dimensão crenças de 0,92 e na dimensão esperança / optimismo de 0,69. A consistência interna para a escala global é de 0,74.

A validade foi testada através da correlação das dimensões da escala da espiritualidade com outras medidas que avaliam constructos idênticos e outras que avaliam constructos diferentes, a saber, algumas das estratégias de coping do Brief COPE (11), a qualidade de vida global do QLQC30, o papel funcional (9) e a dimensão do afecto positivo da PANAS (10). A inspecção das correlações acima referidas mostra que as duas dimensões da escala da espiritualidade se correlacionaram positivamente com a subdimensão religião do *Brief COPE*, mostrando que estas dimensões apresentam algum sentido geral associado à religião. Observamos que a sub-escala esperança/optimismo se correlacionou moderadamente com a qualidade de vida global ($r=0,29$) e com o afecto positivo ($r=0,46$). Ambas as dimensões da escala se correlacionam fracamente com o papel funcional do QLQ-C30 e com estratégias de *coping* menos eficazes, como por exemplo, autculpabilização, negação e desinvestimento comportamental. Os resultados mostram que escala de avaliação da espiritualidade se associou com a religião mostrando a sua validade (constructo) e que a sub-dimensão esperança/optimismo é relevante para o bem-estar e afecto positivo. (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007)

5.5.2. Características Psicométricas na Amostra em Estudo

Precisão

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de consistência interna (tabela 9). Os valores encontrados indicam um coeficiente de alfa de Cronbach da escala total ($\alpha=0,69$) aceitável. Entre os itens os alfas de Cronbach variam entre 0,44 no item 2 e 0,78 no item 3 (alfa se item eliminado). Os itens apresentam correlações, corrigidas para sobreposição, que variam entre $r=-0,082$ e $r=0,78$. Verificamos que a correlação de um dos itens (item 3: “*vejo o futuro com esperança*”) se apresenta baixa ($<0,20$) com a restante escala e indica um alfa de Cronbach superior na sua retirada. No entanto, optámos, por não o retirar visto que a sub-escala é composta apenas por 3 itens.

Tabela 9 – Coeficiente de consistência interna de Cronbach do EAE – Escala Total

Alfa de Cronbach: 0,69 (7 itens) Média: 12,00; Dp: 2,390 (N=15)

	Media se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se item eliminado
Item 1	9,33	3,095	,680	,509
Item 2	9,20	2,743	,781	,440
Item 3	9,67	5,667	-,082	,782
Item 4	10,33	3,810	,489	,613
Item 5	9,47	4,410	,333	,677

Validade

Para estudarmos a validade de construto recorreremos à análise factorial dos componentes principais. Foi seleccionada a rotação ortogonal pelo método varimax, para aumentar a saturação dos itens. A análise factorial obtida encontrou 2 factores que explicam 71,42% da variância total, sendo o factor 1 o que melhor explica a variância da escala (49,06%), e o factor 2 que explica 22,37% da escala. Estes resultados são bastante similares aos encontrados pelos autores originais em que os resultados demonstraram que a solução dos dois factores explicava 75,23% da variância total. O primeiro factor explicava 50,01% do total de variância e o factor 2 explicava 25,21%.

5.6. REPORTED ADHERENCE TO MEDICATION SCALE - RAM

5.6.1. Versão Original

A Reported Adherence to Medication Scale (RAM), desenvolvida originalmente por Horne Weinman, e Hankins (1997), tem como objectivo avaliar os níveis de adesão à medicação, nomeadamente a frequência com que os sujeitos ajustam ou alteram as doses de medicamentos prescritas pelo médico. Esta escala foi desenvolvida pelos autores, por considerarem que as escalas dos níveis de adesão existentes, não se adequavam por não serem específicas da medicação (DiMatteo e tal., 1993; Kravitz, e tal., 1993) ou por não possibilitarem o registo da frequência do ajustamento ou alteração das doses de fármacos prescritas (Morisky, 1986).

No que refere aos dados psicométricos obtidos na versão original, os autores referem que os coeficientes de Alpha de Cronbach variam entre 0.60 – 0.83 (Horne, Weinman & Hankins, 1997).

A escala é composta por quatro afirmações relativas à adesão. Dois dos itens (“as vezes eu esqueço-me de tomar os meus medicamentos”; e “às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades”), formam uma sub-escala “*alteração das doses da medicação*” e são cotados numa escala de tipo Likert de 5 pontos com cotação invertida (1=concordo totalmente; 2=concordo; 3= não tenho a certeza; 4=discordo; 5=discordo totalmente). Os restantes dois itens “algumas pessoas esquecem-se de tomar os seus remédios. Com que frequência isto lhe acontece a si?”, e “algumas pessoas dizem que se esquecem de uma dose da sua medicação ou ajustam-na para satisfazer as suas próprias necessidades. Com que frequência você faz isto?”), formam outra sub-escala, “*esquecimento da toma de medicação*”. As questões são formuladas como questões directas no sentido de os indivíduos reportarem a frequência com que ajustam ou se esquecem da sua medicação, e são cotados numa escala de 5 pontos (5=nunca; 4=raramente; 3=às vezes; 2=muitas vezes; 1=quase sempre).

O resultado total de adesão à medicação obtém-se somando as respostas dos 4 itens, de tal forma que os resultados variam entre 4 e 20, sendo que resultados mais elevados indicam maiores níveis de adesão.

5.6.2. Características Psicométricas na População Portuguesa

A versão portuguesa utilizada neste estudo foi a versão de Pereira e Silva (1999). Para determinar a precisão da escala, as autoras calcularam o coeficiente Alpha de Cronbach (consistência interna) total, tendo obtido o valor global de 0.71 encontrando-se dentro dos valores referidos pelos autores da amostra original, que oscilam entre 0.60 e 0.83.

A fim de verificar a validade do instrumento, as autoras procederam a uma análise factorial de componentes principais com rotação varimax, obtendo uma solução factorial de 2 factores com uma estrutura que explica 78.5% da variância.

O factor 1 explica 55.6% da variância e é constituído pelos itens 2 e 4 relativos à ocorrência de alterações nas doses de medicação e à frequência com que acontecem essas alterações.

O factor 2 explica 22.9% da variância e é constituído, pelos itens 1 e 3 relacionados com a ocorrência de esquecimentos na toma da medicação prescrita e com a frequência com que esses esquecimentos ocorrem.

5.6.3. Características Psicométricas na Amostra em Estudo

No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o coeficiente de alta de cronbach para a escala total e para cada subescala (tabelas 10, 11 e 12). Os valores encontrados para a escala total foram $\alpha = 0,88$ (variando entre $\alpha = 0,83$ e $\alpha = 0,89$ se item eliminado). Nas sub-escalas os alfa de Cronbach encontrados foram de $\alpha = 0,83$ para a sub-escala *Alterações das doses da Medicação*; e $\alpha = 0,89$ para a sub-escala *Esquecimento de tomar a Medicação*.

Tabela 10 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do RAM – Escala Total

Alfa de Cronbach: 0,888 (4 itens) Média: 14,87; Dp: 3,815 (N=15)

	Media se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se item eliminado
Item 01	11,07	9,067	,812	,843
Item 02	11,20	8,314	,662	,899
Item 03	11,20	8,457	,751	,858
Item 04	11,13	8,124	,832	,826

Alteração das Doses da Medicação

A sub-escala Alterações das Doses da Medicação (tabela11) apresenta um Alpha de Cronbach ($\alpha=0,83$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0,72$ e $r=0,72$.

Tabela11 – Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do RAM – Dimensão: Alterações das doses da medicação

Alfa de Cronbach: 0,83 (2 itens) Média: 7,40; Dp: 2,16 (N=15)

	Media se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se item eliminado
Item 02	3,73	1,210	,719	. ^a
Item 04	3,67	1,524	,719	. ^a

Esquecimento de Tomar a Medicação

A sub-escala Esquecimento de Tomar a Medicação (tabela 12) apresenta um Alpha de Cronbach ($\alpha=0,89$), apresentando os itens da escala correlações com a escala total, corrigidos para sobreposição, que variam entre $r=0,82$ e $r=0,82$.

**Tabela 12 - Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do RAM – Dimensão:
Esquecimento de tomar a medicação**

Alfa de Cronbach: 0,89 (2 itens) Média: 7,47; Dp: 1,96 (N=15)

	Media se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se item eliminado
Item 01	3,67	1,238	,819	. ^a
Item 03	3,80	,886	,819	. ^a

Os valores de alpha de cronbach das sub-escalas do questionário Reported Adherence to Medication Scale apresentados, são bastante significativos e desta forma aceitáveis para o estudo.

Validade

De modo a confirmar se a validade de construto da escala na nossa amostra se assemelha à escala original realizamos a Análise das componentes principais com selecção prévia de dois factores. Para aumentar a saturação dos itens foi realizada uma rotação ortogonal pelo método varimax, para aumentar a saturação dos itens. A análise factorial obtida encontrou 2 factores que explicam 90,16% da variância total, sendo o factor 1 o que melhor explica a variância da escala 76,18%, e o factor 2 que explica 13,98% da escala.

B. RESULTADOS

Passamos a fazer a descrição dos resultados em duas partes. Na primeira, descrevemos os resultados obtidos nas escalas utilizadas (*Brief Illness Perception Questionnaire* – IPQ Brief; *The Hospital Anxiety and Depression Scale* – HADS; *Social Provisions Scale* – EPS; *Escala de Avaliação da Espiritualidade* – EAE; *Beliefs about Medicines Questionnaire* – RAM; *Reported Adherence to Medication Scale*), de modo a dar resposta aos objectivos desta investigação, caracterizando a amostra de deprimidos. Na segunda parte apresentamos os dados relativos aos testes de hipóteses e por fim os relacionados com as análises exploratórias.

A interpretação dos resultados encontrados será reservada para o capítulo da discussão.

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE DEPRIMIDOS DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS ESTUDADAS

1.1. Caracterização de deprimidos de acordo com as variáveis de Representação da doença.

Pretendemos identificar quais as representações de doença que os Deprimidos possuem nas diferentes dimensões que constituem o questionário IPQ-B. Na tabela 13 encontram-se representados os resultados das médias obtidas, indicando assim as várias dimensões da representação da Depressão, assim como o desvio-padrão respectivo para cada uma das dimensões analisadas.

Tabela 13- Distribuição da Média (M) e desvio-padrão (DP) de 8 sub-escalas do IPQ-B na amostra (N=15)

Dimensões	Nº itens	<u>M</u>	<u>DP</u>
Consequências	1	6,07	1,751
Duração	1	7,60	2,131
Controlo Pessoal	1	6,33	1,799
Controlo Tratamento	1	6,33	2,225
Identidade	1	6,27	1,981
Preocupação	1	7,27	1,580
Emoções	1	6,47	2,532
Compreensão da Doença	1	8,13	1,125

Analisando os valores médios obtidos em cada sub-escala do IPQ-B, podemos verificar que os sujeitos desta amostra tendem a apresentar uma percepção mediana em relação às consequências da doença, porém apresentam uma percepção elevada quanto à durabilidade da sua depressão, e uma boa compreensão da doença. Relativamente ao controlo pessoal e controlo de tratamento, os participantes percebem um controlo razoável. Quanto a representação emocional os valores médios apontam para uma afectação acentuada (emoções) e para uma preocupação ainda mais elevada.

Estes resultados confirmam que os aspectos que se relacionam com as consequências e a identidade da doença são aqueles onde os deprimidos apresentam percepções menos negativas, ao contrário da compreensão da doença, preocupação e durabilidade onde apresentam percepções mais negativas.

1.2. Caracterização de deprimidos de acordo com as variáveis Ansiedade e Depressão.

Os resultados obtidos em termos de ansiedade e depressão na amostra são apresentados na tabela 14. Também estão representadas as pontuações globais da ansiedade e depressão indicando, conforme já referenciado, presença ou ausência de problemas (não casos, casos duvidosos e casos graves).

Tabela 14 - Distribuição da média (M) e desvio-padrão (DP) das sub-escalas da Ansiedade e Depressão e valores clínicos na amostra

Sub-escalas	Nº itens	<u>M</u>	<u>DP</u>	Não casos (≤7)		Casos duvidosos (8-10)		Casos graves (≥10)	
				n	%	n	%	n	%
Ansiedade (n=15)	7	7,60	2,97	5	(33%)	8	(53%)	2	(13%)
Depressão (n=15)	7	12,60	2,56	0	(0%)	2	(13%)	13	(87%)

Confirma-se na tabela que os valores médios apresentados são mais elevados na Depressão (M=12,60), comparativamente à ansiedade (M=7,60). Verifica-se que a maior parte da amostra (87% para a depressão), apresenta valores considerados

preocupantes mas apenas 13% dos indivíduos apresenta valores preocupantes de ansiedade. Uma outra parte (13% para a depressão mas 53% para a ansiedade), apresenta valores considerados duvidosos, o que poderá mostrar também algum grau de preocupação.

1.3. Caracterização de deprimidos de acordo com as variáveis de Provisão Social.

Os resultados obtidos na tabela 15 reflectem os valores das sub-escalas: aconselhamento, aliança fiável, vinculação, integração social, reafirmação de valor, e oportunidade de prestação de cuidados, da Escala de Provisões Sociais (EPS). Esta reproduz o grau em que as relações sociais prestadas fornecem várias dimensões de suporte social. Encontram-se reproduzidos os valores que dizem respeito às médias, desvio-padrão e médias ponderadas por cada número de itens, com vista a identificar o valor relativo das várias dimensões.

Tabela 15- Distribuição da Média (M) e desvio-padrão (DP) de 6 sub-escalas do EPS na amostra

Sub-escalas	Nº itens	<u>M</u>	<u>DP</u>	Média Ponderada
Aconselhamento (n=15)	4	10,26	0,88	2,56
Aliança Fiável (n=15)	4	10,00	0,75	2,50
Vinculação (n=15)	4	10,40	0,74	2,60
Integração Social (n=15)	4	9,80	0,68	2,45
Reafirmação de Valor (n=15)	4	10,53	0,83	2,63
Oportunidade de Prestação de cuidados (n=15)	4	10,73	1,22	2,68

Os dados revelam que, segundo os valores médios obtidos em cada sub-escala do EPS, os sujeitos desta amostra tendem a apresentar uma percepção relativamente

baixa na totalidade das sub-escalas avaliadas. Quanto à integração social, os valores médios apontam para uma mais baixa percepção comparativamente às outras dimensões. Opostamente, a oportunidade de prestação de cuidados surge como a percepção menos negativa evidenciada pelos valores médios relatados pelos sujeitos no questionário.

1.4. Caracterização de deprimidos de acordo com a variável Espiritualidade.

A tabela 16 apresenta os resultados obtidos nas diferentes sub-escalas da Escala de Avaliação da Espiritualidade. Esta reflecte as médias obtidas em relação à sub-escala *crenças* e à sub-escala *esperança/optimismo*.

Tabela 16- Distribuição da Média (M) e desvio-padrão (DP) de 2 sub-escalas do EAE na amostra

Sub-escalas	Nº itens	<u>M</u>	<u>DP</u>	Média Ponderada
Crenças (n=15)	2	5,47	1,59	2,73
Esperança/Optimismo (n=15)	3	7,40	2,06	2,46

Os resultados obtidos indicam uma boa valorização, por parte dos sujeitos, das crenças espirituais /religiosas na atribuição de sentido à vida. Do mesmo modo, indicam um positivo, embora inferior, sentido positivo da vida norteado pela perspectiva do futuro com esperança (esperança/optimismo).

1.5. Caracterização de deprimidos de acordo com as variáveis da Adesão Terapêutica.

A tabela 17 apresenta os resultados obtidos nas diferentes sub-escalas da adesão de modo a avaliar os níveis de adesão à medicação por parte dos deprimidos. Esta reflecte as médias obtidas em relação à sub-escala *alteração das doses da medicação* e à sub-escala *esquecimento de tomar a medicação*.

Tabela 17- Distribuição da média (M) e desvio-padrão (DP) das sub-escalas do RAM

Sub-escalas	Nº itens	<u>M</u>	<u>DP</u>	Média ponderada
Alteração das doses da medicação (n=15)	2	7,40	2,16	3,70
Esquecimento de tomar a medicação (n=15)	2	7,47	1,96	3,73

Analisando os valores médios obtidos em cada sub-escala do RAM, podemos verificar que os sujeitos desta amostra tendem a apresentar uma boa adesão à medicação. Os dados mostram que a alteração das doses da medicação é a prática que apresentam mais comum, contrariamente ao esquecimento da toma da medicação. Embora existam algumas diferenças nestas sub-escalas, o resultado total mostra uma adesão favorável.

2. RESULTADO DOS TESTES DE HIPÓTESES

Os resultados apresentados seguidamente dizem respeito às análises estatísticas e estão organizados de forma a dar resposta às questões de investigação/hipóteses que orientam este estudo. Para testar as hipóteses procedemos ao estudo das correlações de Pearson e simultaneamente realizámos análises de regressão hierárquica para investigar a percentagem da variância explicada pelas variáveis psicossociais consideradas na adesão. Em cada hipótese os resultados serão apresentados por cada variável preditora.

2.1. Hipótese 1

Prevê-se que as representações de depressão nas suas dimensões da consequências, duração e controlo pessoal e de tratamento, identidade, preocupação, emoções e compreensão da doença sejam preditores significativos da adesão ao tratamento medicamentoso.

Para analisar a relação entre os níveis de representação de depressão e a adesão medicamentosa utilizamos o coeficiente de correlação de Pearson (tabela 18) e como análises complementares a análise de regressão hierárquica.

Tabela 18 - Correlações de Pearson entre as sub-escalas do IPQ-B (consequências, duração, controlo pessoal e de tratamento, identidade, preocupação, emoções e compreensão) e as sub-escalas da escala de adesão à medicação.

Sub-escalas	Alteração da medicação	Esquecimento da medicação
1. Consequências	,256	,428
2. Duração	,300	,270
3. Controlo pessoal	-,477*	,014
4. Controlo tratamento	,563*	,339
5. Identidade	-,093	,002
6. Preocupação	-,096	,118
7. Emoções	-,493*	-,234
8. Compreensão	-,258	-,063

*p<0,05

Os resultados indicam que a percepção de controlo do tratamento se correlaciona significativa e positivamente com a alteração das doses da medicação. Assim, uma percepção de maior controlo do tratamento relaciona-se com uma menor alteração das doses da medicação. Por outro lado verifica-se a existência de uma correlação significativa e negativa entre o controlo pessoal e emoções e a alteração das doses da medicação. Isto sugere que uma maior percepção de controlo pessoal e emoções mais negativas se relacionem com uma maior alteração das doses da medicação. Não se verificam correlações significativas entre as sub-escalas do IPQ-B e o esquecimento das doses da medicação.

Os dados encontrados parecem comprovar em parte a hipótese 1, indicando uma associação entre os níveis de representação de doença e a adesão terapêutica (medicação).

Uma vez que se encontram correlações significativas entre os níveis de algumas dimensões do IPQ-B e a adesão terapêutica à medicação, como análises complementares realizaram-se regressões hierárquicas para determinar a percentagem de variância explicada pelas dimensões do IPQ-B e a adesão terapêutica.

A regressão incluiu as variáveis predictoras sexo e idade no 1º bloco e as variáveis psicossociais consequências, duração, controlo pessoal e de tratamento, identidade, preocupação, emoções e compreensão da doença, no 2º bloco. As variáveis

alterações das doses da medicação e esquecimento das doses da medicação foram consideradas como variáveis de resultado. Na tabela (19) estão representados os resultados significativos das análises de regressão.

Tabela 19 - Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis idade, sexo, consequências, duração, controlo pessoal e de tratamento, identidade, preocupação, emoções e compreensão na variável *Alterações das doses da Medicação*.

Resultado/Preditor Alterações medicação	R² Change	F Change	p	Beta	t	p	sr
Bloco 1:	0,27	4,76	0,048				
- Idade				0,52	2,18	0,048	0,52
- Sexo				-	-	-	-
Bloco 2:	0,43	4,80	0,025				
- Consequências				-	-	-	-
- Duração				-	-	-	-
- Controlo pessoal				- 0,39	-1,68	0,12	- 4,69
- Controlo tratamento				0,36	1,86	0,09	0,50
- Identidade				-	-	-	-
- Preocupação				-	-	-	-
- Emoções				- 0,18	-0,81	0,44	- 0,24
- Compreensão				-	-	-	-
R ² =0,70; R ² corrigido=0,58							

Os resultados demonstram que a variável idade aparece como preditora da alteração das doses de medicação (F=4,76; p=0,048). O bloco 1 explica 27% da variância nas alterações da medicação, com a contribuição única da idade que apresenta uma correlação parcial de 0,52.

As representações de doença explicam 43% da variância na alteração das doses de medicação. As que se correlacionam significativamente são o controlo do tratamento que apresenta uma correlação parcial de 0,36, o controlo pessoal com uma correlação de -0,39 e as emoções com uma correlação parcial de -0,18. Assim, quanto maior a percepção de controlo do tratamento menor a alteração na medicação. Por outro lado, quanto mais a percepção de controlo pessoal e emoções negativas maior a alteração da medicação.

Relativamente à variável de resultado esquecimento das doses da medicação e as variáveis das representações de doença não foram encontrados resultados significativos.

As análises mais rigorosas da regressão hierárquica confirmam que as representações de doença, em algumas das suas dimensões (controlo do tratamento, controlo pessoal e emoções) são preditoras significativas de pelo menos um domínio da adesão terapêutica aos medicamentos (alteração das doses de medicação).

2.2. Hipótese 2 - HADS

Prevê-se que os níveis de ansiedade e depressão dos doentes depressivos estarão significativa e negativamente correlacionados com os níveis de adesão ao tratamento medicamentoso.

Para verificarmos este tipo de associação procedemos, tal como na hipótese anterior, à análise dos coeficientes de Pearson (tabela 20), seguido das regressões hierárquicas como análises complementares.

Tabela 20 - Correlações de Pearson entre as sub-escalas da Ansiedade e Depressão, e as sub-escalas da escala de adesão à medicação.

Sub-escalas	Alteração da medicação	Esquecimento da medicação
1. Ansiedade	-0,343	-0,231
2. Depressão	-0,584*	-0,677**

*p<0,05; **p<0,01

Os dados demonstram que a depressão se encontra significativa e negativamente relacionada com a adesão ao tratamento medicamentoso, tanto no domínio das alterações das doses da medicação, quanto no esquecimento das doses da medicação. Estes resultados sugerem que maiores níveis de depressão estão associados a menor adesão terapêutica.

A hipótese 2 é assim confirmada parcialmente, sugerindo uma associação entre os níveis de depressão, e a adesão terapêutica medicamentosa.

Para realizarmos as regressões hierárquicas inserimos para além das variáveis preditoras utilizadas na primeira hipótese (bloco 1 e bloco 2), um terceiro bloco com as variáveis ansiedade e depressão para investigar o contributo único destas duas variáveis. As variáveis dependentes ou de resultado continuam a ser constituídas pelas sub-escalas do questionário Reported Adherence to Medication Scale.

Através dos resultados obtidos na regressão hierárquica verificamos que o bloco ansiedade e depressão prediz a adesão no domínio das alterações das doses da medicação com uma variância explicada de 5%. Tem um contributo único significativo para esta variância a depressão com uma correlação parcial de -0,36. Deste modo, quanto maior a depressão menor a adesão, ou seja, maior é a alteração das doses da medicação (tabela 21).

Tabela 21 - Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis Ansiedade e Depressão na variável *Alteração das doses da Medicação*.

Resultado/Preditor Alteração medicação	R² Change	F Change	p	Beta	t	p	sr
Bloco 1							
Bloco 2							
Bloco 3:	0,05	1,87	0,20				
- Ansiedade				-	-	-	-
- Depressão				-0,36	-1,37	0,20	- 0,41
R ² = 0,75 ; R ² corrigido=0,61							

Do mesmo modo o bloco 3 é preditor significativo da adesão no domínio do esquecimento das doses da medicação explicando 45% da variância. A depressão contribui significativamente para esta variância no esquecimento das doses da medicação com uma correlação parcial de -0,67. Assim, quanto maior a depressão menor a adesão terapêutica, nomeadamente um maior esquecimento da toma das doses da medicação (tabela 22).

Tabela 22 - Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis Ansiedade e Depressão na variável *Esquecimento de tomar a Medicação*.

Resultado/Preditor	R ²	F	p	Beta	t	p	sr
Esquecimento medicação	Change	Change					
Bloco 1							
Bloco 2							
Bloco 3:	0,45	11,02	0,006				
- Ansiedade							
- Depressão				-0,67	-3,32	0,006	-0,67
R ² = 0,46; R ² corrigido=0,42							

Confirma-se parcialmente a segunda hipótese, visto a depressão predizer significativamente componentes importantes da adesão. Esta pediz tanto a alteração das doses da medicação como especialmente o esquecimento das doses da medicação.

2.3. Hipótese 3 - EPS

Prevê-se que os níveis de apoio social percebido estarão significativa e positivamente correlacionados com os níveis de adesão ao tratamento medicamentoso.

Para verificarmos este tipo de associação procedemos à análise dos coeficientes de Pearson (tabela23), seguido das regressões hierárquicas.

Tabela 23 - Correlações de Spearman's rho entre as sub-escalas da Escala de Provisões Sociais (aconselhamento, aliança fiável, vinculação, integração social, reafirmação de valor, e oportunidade de prestação de cuidados), e as sub-escalas da escala de adesão à medicação.

Sub-escalas	Alteração da medicação	Esquecimento da medicação
1. Aconselhamento	,121	,151
2. Aliança Fiável	,164	,472*
3. Vinculação	,015	,370
4. Integração Social	-,067	-,132
5. Reafirmação de Valor	,091	-,018
6. Oportunidade de prestação de cuidados	-,041	,004

*p<0,05

Os resultados revelam que a aliança fiável se encontra significativa e positivamente relacionada com o esquecimento das doses da medicação. Estes resultados sugerem que maiores níveis percebidos de aliança fiável estão associados a menores níveis de esquecimento das doses de medicação.

Para realizarmos as regressões hierárquicas inserimos para além das variáveis predictoras utilizadas nas hipóteses precedentes (bloco 1, bloco 2 e bloco3), um quarto bloco com as variáveis aconselhamento, aliança fiável, vinculação, integração social, reafirmação de valor, e oportunidade de prestação de cuidados do da Escala de Provisões Sociais. As variáveis dependentes continuam a ser constituídas pelas sub-escalas do questionário Reported Adherence to Medication Scale (tabela24).

Tabela 24 – Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis aconselhamento, aliança fiável, vinculação, integração social, reafirmação de valor, e oportunidade de prestação de cuidados na variável *Esquecimento de tomar a Medicação*.

Resultado/Preditor	R ²	F	p	Beta	t	p	sr
Esquecimento medicação	Change	Change					
Bloco 1							
Bloco 2							
Bloco 3							
Bloco 4:	0,22	0,50	0,49				
- Aconselhamento				-	-	-	-
- Aliança Fiável				0,16	0,71	0,49	0,20
- Vinculação				-	-	-	-
- Integração				-	-	-	-
- Reafirmação de Valor				-	-	-	-
- Oportunidade de prestação de cuidados				-	-	-	-
<hr/>							
R ² = 0,48; R ² corrigido=0,39							

Através dos resultados obtidos nas regressões hierárquicas verificamos que as provisões sociais predizem o esquecimento das doses da medicação com uma variância explicada de 22%. Tem um contributo único significativo para esta variância a aliança fiável com uma correlação parcial de 0,16. Deste modo, quanto maiores os níveis percebidos de aliança fiável menores os níveis de esquecimento das doses de medicação.

A terceira hipótese é parcialmente comprovada visto que, pelo menos uma das provisões sociais se apresenta como preditora significativa da adesão terapêutica medicamentosa, com variância explicada no esquecimento da toma da medicação.

2.4. Hipótese 4 - EAE

Prevê-se que os níveis de espiritualidade se encontrem significativa e positivamente correlacionados com os níveis de adesão ao tratamento medicamentoso.

Para analisar a relação entre os níveis espiritualidade nas suas sub-escalas de crenças e esperança/optimismo e a adesão ao tratamento medicamentoso,

procedemos à análise dos coeficientes de Pearson (tabela 25), seguido das regressões hierárquicas, como análise complementar.

Tabela 25 – Correlações de Pearson entre as sub-escalas da Escala de avaliação da Espiritualidade (Crenças e Esperança/Otimismo), e as sub-escalas da escala de adesão à medicação.

Sub-escalas	Alteração da medicação	Esquecimento da medicação
1. Crenças	-,264	-,006
2. Esperança/Otimismo	,841**	,922**

**p<0,01

Os resultados revelam que a esperança/otimismo se encontra significativa e positivamente relacionada com a adesão ao tratamento medicamentoso, tanto no domínio das alterações das doses da medicação, quanto no esquecimento das doses da medicação. Estes resultados sugerem que maiores níveis de esperança/otimismo estão associados a maior adesão terapêutica, ou seja, menores alterações das doses de medicação e menor esquecimento da medicação.

A hipótese 2 é assim confirmada parcialmente, sugerindo uma associação entre as crenças e esperança/otimismo, e a adesão terapêutica medicamentosa.

Nas regressões hierárquicas inserimos para além das variáveis predictoras utilizadas nas hipóteses acima (bloco 1, 2, 3 e 4) um quinto bloco com as variáveis crenças e esperança/otimismo para investigar o contributo único destas duas variáveis. As variáveis dependentes ou de resultado continuam a ser as das hipóteses anteriores.

Através dos resultados obtidos na regressão hierárquica verificamos que o bloco crenças e esperança/otimismo prediz a adesão no domínio das alterações das doses da medicação com uma variância explicada de 14%. Tem um contributo único significativo para esta variância a esperança/otimismo com uma correlação parcial de 0,61. Deste modo, quanto maiores os níveis de esperança/otimismo a maior adesão terapêutica (menor alteração das doses da medicação) (tabela 26).

Tabela 26 – Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis crença e esperança/otimismo na variável *Alterações das doses da Medicação*.

Resultado/Preditor Alterações medicação	R ² Change	F Change	p	Beta	t	p	sr
Bloco 1							
Bloco 2							
Bloco 3							
Bloco 4							
Bloco 5:	0,14	9,74	0,014				
- Crenças				-	-	-	-
- Esperança/Otimismo				0,61	3,122	0,014	0,74
R ² =0,73; R ² corrigido=0,68							

Do mesmo modo o bloco 5 é preditor significativo da adesão mas no domínio do esquecimento das doses da medicação explicando 39% da variância. A esperança/otimismo contribui significativamente para esta variância no esquecimento das doses da medicação com uma correlação parcial de 0,87. Assim, quanto maior a esperança/otimismo maior a adesão terapêutica, ou seja, menor o esquecimento da toma das doses da medicação (tabela 27).

Tabela 27 – Resultados significativos da regressão hierárquica para a influência das variáveis crença e esperança/otimismo na variável *Esquecimento de tomar a Medicação*.

Resultado/Preditor Esquecimento medicação	R ² Change	F Change	p	Beta	t	p	sr
Bloco 1							
Bloco 2							
Bloco 3							
Bloco 4							
Bloco 5:	0,39	33,69	0,000				
- Crenças				-	-	-	-
- Esperança/Otimismo				0,87	5,80	0,000	0,62
R ² = 0,87; R ² corrigido=0,85							

Esta última hipótese é comprovada parcialmente visto a espiritualidade se apresentar como preditora significativa na adesão terapêutica medicamentosa (medicada através da alteração das doses da medicação e esquecimento das doses da medicação), com variância explicada mais elevada no esquecimento da medicação.

3. RESULTADOS DAS ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Sexo

Os resultados das MANOVAS realizadas indicam que o efeito do sexo é significativo para o conjunto das 8 sub-escalas das representações de doença (IPQ-B) ($F=4,499$; $p=0,054$). O efeito do sexo não se mostrou significativo para o conjunto das duas sub-escalas da escala de ansiedade e depressão (HADS) ($F=0,179$; $p=0,679$), para o conjunto das 6 escalas do questionário de Escala de Provisões Sociais ($F=0,303$; $p=0,592$), e para o conjunto das duas sub-escalas da Escala de avaliação da Espiritualidade ($F= 2,747$; $p=0,121$), e para as duas sub-escalas da Reported Adherence to Medication Scale ($F= 1,772$; $p=0,206$). Não se encontram efeitos de interacção significativos.

Analisando os resultados univariados nos diferentes questionários e relativamente ao IPQ-B, estes só foram significativos para a sub-escala das representações cognitivas ($F=3,965$; $p=0,068$). As mulheres demonstram uma representação cognitiva mais negativa ($M=34,18$) do que os homens ($M= 28,25$).

Embora o efeito do sexo não tenha sido significativo para o conjunto das sub-escalas da ansiedade e depressão do HADS parece existir uma tendência para que este influencie a depressão ($F=3,332$; $p=0,091$). Os homens evidenciaram maiores níveis de depressão ($M=9,7500$), comparativamente as mulheres ($M=6,8182$).

Idade

Os resultados das Manovas mostram que o efeito da idade não é significativo para o conjunto das 8 sub-escalas das representações da doença (IPQ-B) ($F=0,348$; $p=0,916$), para o conjunto das duas sub-escalas da escala de ansiedade e depressão (HADS) ($F=1,447$; $p=0,424$), e para o conjunto das duas sub-escalas da Escala de avaliação da espiritualidade (EAE) ($F=0,780$; $p=0,671$). O efeito da idade foi significativo para o conjunto das sub-escalas da Escala de Provisões Sociais (EPS) ($F=14,141$; $p=0,026$) e para o conjunto das duas sub-escalas da Reported Adherence to Medication Scale ($F=8,276$; $p=0,054$), embora não apresente significado univariado em nenhuma das sub-escalas isoladamente.

No questionário Reported Adherence to Medication Scale, os resultados univariados foram significativos para a sub-escala alterações ($F=26,564$; $p=0,010$). Verificamos que relativamente às alterações, os mais idosos (50 a 60 anos) alteram

mais à medicação (M=7,33) do que os sujeitos mais jovens (20 a 49 anos – M=4,47). Estes resultados vão de encontro aos resultados encontrados nas regressões hierárquicas em que a variável idade era preditora das alterações à medicação.

Estado civil

Os resultados dos testes Manovas evidenciaram que o efeito do estado civil não era significativo para o conjunto das 8 sub-escalas das representações de doença (F=0,083; p=0,778), para as duas sub-escalas do questionário HADS (F=0,835; p=0,378), para o conjunto das duas sub-escalas da Escala de avaliação da espiritualidade (EAE) (F=0,129; p=0,725), para as sub-escalas da Reported Adherence to Medication Scale (F=1,850; p=0,197) e para o conjunto das sub-escalas da Escala de Provisões Sociais (EPS) (F=14,141; p=0,026).

No entanto, analisando os resultados univariados das sub-escalas da Escala de Provisões Sociais (EPS), verificamos que estes são significativos para a sub-escala Aconselhamento (F=5,425; p=0,037) e para a sub-escala Oportunidade de prestação de valores (F=4,638; p=0,051). Assim, verificamos que um aconselhamento mais negativo é percebido pelos solteiros (M=12) comparativamente com os casados (M=10,14). Na oportunidade de prestação de valores, verifica-se igualmente que os solteiros (M=13) percebem uma prestação mais negativa, comparativamente com os casados (M=10,57).

Tempo de doença

Os resultados das Manovas multivariados demonstram que a variável tempo de doença, não produz efeito significativo no conjunto das duas sub-escalas do HADS (F=1,093; p=0,411), para as sub-escalas da Escala de Provisões Sociais (EPS) (F=0,148; p=0,960), e para o conjunto das 8 sub-escalas das representações de doença (F=2,617; p=0,099). O tempo de doença mostrou-se significativo para o conjunto das sub-escalas da Escala de avaliação da espiritualidade (EAE) (F=3,982; p=0,035) e para as sub-escalas da Reported Adherence to Medication Scale (F=3,784; p=0,040).

Embora o efeito do tempo de doença não tenha sido significativo para as 8 sub-escalas do IPQ-B parece existir uma tendência para que este influencie as representações de doença (F=2,617; p=0,099). Os resultados univariados foram

significativos para a sub-escala representação emocional ($F=4,130$; $p=0,031$). Os sujeitos com depressão há mais tempo (> 10 anos), apresentam emoções mais negativas sobre a doença ($M=7,6$) do que os sujeitos com depressão há menos tempo ($M=3,28$).

Os resultados univariados, nomeadamente na Escala de avaliação da espiritualidade, foram significativos tanto na sub-escala crenças ($F=5,586$; $p=0,013$), como na sub-escala esperança/optimismo ($F=3,449$; $p=0,051$). Assim, verificamos que relativamente às crenças, os sujeitos com depressão há mais tempo tem crenças mais negativas ($M=4,46$), do que os sujeitos com depressão há menos tempo ($M=1,63$). O mesmo se verifica em relação à esperança/optimismo (<10 anos - $M=1,59$) e (>10 anos - $M=4,73$), respectivamente.

Os resultados univariados da Reported Adherence to Medication Scale só foram significativos para a sub-escala esquecimento ($F=7,575$; $p=0,004$). Assim, os sujeitos com depressão há mais tempo (>10 anos) apresentam uma adesão mais negativa ($M=4,46$), do que os sujeitos com depressão há menos tempo ($M=1,63$).

Tempo da medicação

Os resultados das Manovas realizadas indicaram que o efeito do tempo de medicação não é significativo para as sub-escalas da Escala de Provisões Sociais (EPS) ($F=0,294$; $p=0,875$), para o conjunto das sub-escalas ansiedade e depressão do HADS ($F=1,714$; $p=0,223$), para as duas sub-escalas da Escala de avaliação da espiritualidade (EAE) ($F=1,312$; $p=0,330$), e para o conjunto das 8 sub-escalas das representações de doença ($F=2,994$; $p=0,073$). Os resultados do efeito do tempo de medicação mostraram-se significativos para o conjunto das duas sub-escalas da Reported Adherence to Medication Scale ($F=6,595$; $p=0,007$).

Embora o efeito do tempo de doença não tenha sido significativo para as 8 sub-escalas do IPQ-B parece existir uma tendência para que este influencie as representações de doença ($F=2,994$; $p=0,073$). Os resultados univariados foram significativos para a sub-escala da compreensão da doença ($F=10,625$; $p=0,005$). Os sujeitos que há mais tempo tomam medicação (> 10 anos), apresentam uma maior compreensão da doença ($M=5,4$) do que os sujeitos que o fazem há menos tempo ($M=3,30$).

Analisando os resultados univariados, foram também significativos para a sub-escala esquecimento da RAM ($F=2,999$; $p=0,099$). Assim, os sujeitos que há mais

tempo tomam medicação (>10 anos) apresentam uma adesão mais negativa (M= 5,2), do que os sujeitos que o fazem há menos tempo (M=3,97).

Pretendemos neste capítulo, analisar as hipóteses formuladas, verificando a associação existente entre as variáveis psicossociais e os níveis de adesão terapêutica.

Os resultados demonstram que, embora existam diversas associações entre as variáveis psicossociais e os componentes de adesão, como preditores à adesão no caso da alteração das doses da medicação encontramos o controlo pessoal, o controlo de tratamento e as emoções; a depressão; e a esperança/optimismo. Como preditores à adesão no caso do esquecimento das doses de medicação encontramos, novamente, a depressão e a esperança/optimismo.

As variáveis sócio-demográficas também têm efeito nas variáveis psicossociais. O sexo tem efeito nas representações cognitivas e também demonstra tendência para influenciar na depressão. A idade mostrou efeito significativo nas alterações à medicação e também demonstrou tendência para influenciar as provisões sociais, embora de uma forma geral. O estado civil mostrou efeito significativo no aconselhamento e na oportunidade de prestação de valores. A escolaridade, não se mostrou significativo. O efeito das variáveis clínicas, tempo de doença mostrou efeito significativo nas representações emocionais, nas crenças, esperança/optimismo e no esquecimento da medicação. Por último, a duração da medicação (tratamento) mostrou efeito significativo na compreensão da doença e no esquecimento da medicação.

C. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação dos resultados, passaremos à sua discussão e apreciação crítica, tendo como referencia o marco teórico desenvolvido ao longo deste trabalho.

Por questões de organização, passaremos a discutir os resultados de acordo com a estrutura usada no capítulo anterior começando pela caracterização do grupo de sujeitos, seguida da discussão de hipóteses e por fim das análises exploratórias complementares realizadas.

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM AS VARIÁVEIS PSICOSSOCIAIS ESTUDADAS

A caracterização dos sujeitos é importante em termos de tendências epidemiológicas e, também, como forma de compreender alguns dos resultados obtidos nos testes de hipóteses.

1.1. Variáveis Sócio-demográficas e Clínicas

Em termos sócio-demográficos verificamos que estamos perante um grupo com médias de idade entre os 40 e 50 anos de idade (as mulheres com 47 anos e os homens com 44), com escolaridade dentro da média (a maioria frequentou do 1º ao 3º ciclo). As mulheres são o género dominante, e a maioria dos sujeitos encontra-se numa situação activa face ao emprego. Grande parte dos sujeitos é casada e relativamente ao agregado familiar, a maior parte vive acompanhado (principalmente, pela família restrita - cônjuge e filhos).

Em termos clínicos, a idade média de diagnóstico, geralmente verificou-se em volta dos 32 e 38 anos de idade o que vem de encontro ao típico aparecimento da depressão na idade adulta (entre os 24 e 44 anos). A amostra em estudo também já possuía algum tempo de convivência com a depressão (acentuando-se mais esta convivência por parte dos homens), e o tratamento da doença com anti-depressivos orais iniciou-se praticamente após o seu diagnóstico.

No que se refere ao tratamento, sabemos que existe uma serie de tratamentos eficazes disponíveis para a depressão, mas apesar desse tratamento a doença pode

reincidir, daí que seja importante mantê-la sob controlo, como com outras doenças (por exemplo, diabetes, hipertensão). Embora esta possa ser controlada existem vários factores que poderão contribuir para que tal não aconteça. Um deles é a própria complexidade e características da doença que geralmente implica sentimentos negativos, levando a baixos níveis de adesão.

Ainda em termos clínicos, a nossa amostra apontou para uma elevada prevalência de depressão na família, onde a mulher, no papel de “mãe” é novamente a que mais apresenta estados depressivos. Recorrendo a literatura (OMS), este papel da mulher como a detentora de maior frequência de depressão e sintomas depressivos é o mais comum.

No que diz respeito à tentativa de suicídio, e de acordo com a nossa amostra já são os homens que apresentam índices mais elevados. Como afirma Gilbert (1992), a depressão é responsável pela maioria dos suicídios e em jovens adultos do sexo masculino uma das três mais frequentes. Com base em dados do último Inquérito Nacional de Saúde (2005-2006), do Infarmed e do Instituto Nacional de Estatística, os homens registam as mais elevadas taxas de suicídio. Este entre 2003 e 2005, era a oitava causa de morte em Portugal.

1.2. Variáveis Psicossociais

Nas variáveis psicossociais e mais especificamente em termos de representação de doença, os deprimidos em geral perceberam a sua depressão com uma elevada durabilidade, associando-lhe uma afectividade muito negativa embora lhe atribuindo consequências medianas para a sua vida. Eles compreendem a sua doença e consideram ter um controlo pessoal e controlo do tratamento sobre ela razoável. Em termos de preocupação, os deprimidos assumem ser bastante preocupados com a sua doença.

Assim, assume-se a importância da evidência, confirmada pela literatura (Leventhal & Benyamini, 1997), de que o modo como os deprimidos percebem o seus sintomas e a sua doença, influencia a sua motivação e consequentemente os seus comportamentos, podendo levá-los a ignorá-los ou a procurar imediatamente solução para eles. Posto isto, interessa-nos verificar que dimensões como a percepção de durabilidade elevada, afectividade negativa, consequências, e preocupação elevada, poderão indicar um bom factor de desenvolvimento de comportamentos ligados à motivação para a procura e melhora dos estados de saúde. E que, uma razoável

compreensão da doença, controlo pessoal e controlo do tratamento sustentam esses mesmos comportamentos de auto-gestão saudáveis e de adesão à terapêutica.

Relativamente à ansiedade e depressão, grande parte da amostra apresentou valores considerados patológicos, principalmente no caso da depressão, que merece atenção especial. No entanto estes valores eram os esperados, tendo em conta que estávamos perante uma amostra de sujeitos deprimidos, onde estas dimensões foram avaliadas no sentido de suportar ainda mais a validade da amostra, para além de se constituírem como factores importantes nos comportamentos de adesão ao tratamento.

Quanto ao suporte social, a amostra evidenciou uma percepção relativamente negativa. No entanto, estes resultados, e suportados pela literatura acerca da depressão, indicam que o estado depressivo influencia ou pode influenciar a percepção de suporte social real existente, na medida em que para o sujeito deprimido existe uma percepção negativa generalizada (ou seja, em vários aspectos da sua vida, e neste caso no suporte social prestado).

Apesar disso, os sujeitos desta amostra revelam alguns valores interessantes, nomeadamente que, das dimensões analisadas a que apresentou valores consideravelmente mais baixos foi a integração social. Esta reflecte a oportunidade de partilhar interesses e actividades sociais muito fraca, o que poderá intensificar os sentimentos negativos. Em contraponto surgiu a percepção de oportunidade de prestação de cuidados como menos negativa. Esta representa a necessidade de fornecer apoio e cuidados, promovendo o bem-estar dos outros que o rodeiam.

A perspectiva de crenças espirituais/religiosas por parte dos sujeitos desta amostra reflectiu uma boa atribuição de sentido à vida. Esta reflecte a importância da dimensão da espiritualidade na vida dos sujeitos deprimidos, mostrando que uma atribuição de significado ao sofrimento e esperança face às mudanças no estado de saúde é importante. Esta atribuição serve como suporte aos comportamentos de adaptação à doença e às estratégias de coping centradas na melhoria do estado de saúde. De igual modo, a esperança/optimismo face à vida mostrou ser importante para os sujeitos desta amostra. Assim, e fundamentando os nossos dados com a literatura e especificamente com o conceito de espiritualidade enunciado por Jung (1986), de que esta (espiritualidade) estaria relacionada com sentimentos e pensamentos superiores e no fortalecimento e amadurecimento da sua personalidade, afirmamos a importância de se desenvolver cada vez mais esta área, no trabalho com a doença e especificamente com a depressão.

2. HIPÓTESE 1

Na primeira hipótese tínhamos previsto que as representações de doença, nas suas dimensões consequências, duração e controlo pessoal e de tratamento, identidade, preocupação, emoções e compreensão da doença estivessem relacionadas com a adesão terapêutica. Em geral, os resultados mostram que uma percentagem significativa de variância em componentes de adesão importantes, como as alterações às doses da medicação, é explicada pelas representações de doença. Para além disso, os dados indicam que nem todas as cognições de doença são preditoras da adesão, mas algumas delas representam dados significativos. O controlo pessoal, o controlo do tratamento e as emoções são preditoras significativas. Assim, parece que um controlo percebido pelo doente para lidar com a situação é importante perante a adesão terapêutica. No entanto, o controlo pessoal comporta-se de forma inversa ao que tínhamos previsto, uma vez que, associada à percepção de um bom controlo pessoal sobre a depressão se encontra uma baixa adesão à medicação.

Vários trabalhos têm demonstrado que existe uma associação entre o locus de controlo interno e a adesão (Lewis et al., 1978; Poll & Kaplan de Nour, 1980; Schlenk & Hart, 1984, cit. por Cameron, 1996). Moss-Morris e colaboradores, num estudo desenvolvido em 233 doentes com Síndrome de Fadiga Crónica, encontrou menores comportamentos desajustados à doença nos indivíduos que acreditavam ter algum controlo sobre a sua patologia (Moss-Morris, Petrie & Weinman, 1996). Por exemplo, McIntyre e colaboradores (2003) encontraram uma relação inversa entre controlo pessoal e variáveis de resultado (correlação negativa) e controlo de tratamento e variáveis de resultado (correlação positiva) em doentes pós enfarte do miocárdio (McIntyre et al., 2003). Resultados, na área da diabetes, também envolvem estes resultados, em que o controlo pessoal se correlaciona negativamente com a adesão medicamentosa (Griva et al., 2000; Sousa, 2003).

Podemos ainda atribuir este nosso resultado a uma possível “falsa sensação de controlo” sobre a doença, levando a desvalorizar a importância da medicação.

Outra componente das representações de doença que se mostrou correlacionar negativamente com a adesão à medicação, foi a componente das emoções. Assim, revelou-se que uma representação emocional mais negativa da doença, leva a comportamentos de maior alteração das doses da medicação, ou seja, uma adesão negativa à medicação.

Como já referido, o modelo de auto-regulação de Leventhal sugere que as pessoas desenvolvem representações paralelas, cognitivas e emocionais que são importantes nas estratégias de adaptação à doença (Moss-Morris et al., 2002). Na

nossa amostra a representação emocional reflecte-se na adesão terapêutica, o que representa que os deprimidos associam emoções muito negativas à sua doença, que os poderá levar a comportamentos mais desajustados de doença, e assim, a alterar as doses da medicação, ou seja, a não aderir convenientemente à medicação. A investigação tem mostrado que a representação emocional negativa tem sido associada a uma pior adaptação funcional (McIntyre et al., 2003). Estes resultados de uma representação de emocional negativa, vão ao encontro de vários outros estudos e chamam a atenção para a necessidade de se intervir nesta componente afectiva das representações de doença (diminuindo os níveis de ansiedade e stress, também associados a essas emoções mais negativas da doença).

Os dados mostram também que o controlo do tratamento se associa a uma menor alteração das doses da medicação, ou seja, a uma maior adesão terapêutica. Estes, vão ao encontro de outros estudos, nomeadamente um estudo já referido anteriormente que mostrava que o controlo de tratamento se correlacionava positivamente com variáveis de resultado (McIntyre et al., 2003).

Assim, e segundo a literatura, as representações cognitivas que os doentes têm sobre a sua doença, é um factor associado à adaptação e reabilitação da mesma (Odgen, 1999; Petrie & Weinman, 1997), e conseqüentemente à adesão terapêutica, característica fundamental desse processo de reabilitação.

Reflectindo sobre os resultados encontrados em termos de representações sobre a depressão, existem algumas especificidades relativamente às dimensões, que merecem especial atenção. Parece-nos importante que, os técnicos de saúde avaliem as crenças dos doentes acerca da sua depressão. Deste modo, as intervenções neste processo devem contemplar com especial atenção as representações emocionais, mas também as dimensões de controlo da doença (tanto o controlo pessoal, como o controlo de tratamento).

3. HIPÓTESE 2

Nesta segunda hipótese esperava-se que maiores níveis de ansiedade e depressão estivessem relacionados com uma menor adesão ao tratamento recomendado. Esta hipótese foi parcialmente confirmada, uma vez que apenas a depressão se revelou preditora nas duas componentes da adesão avaliadas (alteração das doses da medicação e esquecimento das doses de medicação).

Os resultados mostraram que maiores níveis de depressão estão associados a uma menor adesão, ou seja, a mais alterações e mais esquecimentos em relação à medicação. Estes resultados coadunam-se com alguns dados encontrados na literatura, de que a adopção de determinados comportamentos, e com isto queremos referir-nos a comportamentos relacionados com a saúde e/ou de adesão terapêutica, é influenciada por factores de natureza emocional (ansiedade, depressão, entre outros) (Petrie & Weinman, 1997). Outros estudos têm igualmente realçado o papel da depressão como um predisponente de uma pobre adesão às mudanças de estilos de vida em doenças cardio-vasculares (Gouveia, 2004); reabilitação e adaptação ao Enfarte agudo do miocárdio, nomeadamente no regresso ao trabalho e noutros aspectos da qualidade de vida (Havik & Maeland, 1990; Petrie, Weinman, Sharpe & Buckley, 1996), alteração de estilos de vida (Billing, Bar-On & Rehnqvist, 1997) e adesão aos cuidados médicos (Zigelstein, Bush & Fauerbach, 1998) cit. in Claudino, 2004.

Os resultados deste estudo apontam para a necessidade, por parte dos técnicos, de que estando a trabalhar com factores de natureza emocional deverão ter em consideração a influencia que estes tem na adopção dos comportamentos de saúde. Assim, torna-se importante que o técnico tenha em atenção esta dificuldade e consiga trabalhar a motivação do doente por forma a consolidar a importância da adesão terapêutica.

4. HIPÓTESE 3

Tínhamos previsto que os níveis de suporte social percebido se associavam significativa e positivamente com os níveis de adesão ao tratamento. Esta hipótese foi parcialmente confirmada na medida em que a componente da aliança fiável se correlacionou com as componentes da adesão avaliadas. No entanto, todas as outras variáveis do suporte social que julgávamos como predictoras da adesão não revelaram resultados significativos e que se encontrassem de acordo com a nossa hipótese. No entanto, podemos verificar na literatura que, e vejamos por exemplo, o estudo de Moreira (2002), as pessoas mais deprimidas, como consequência da sua perspectiva negativa generalizada (Beck, 1997), poderão perceber menos apoio disponível e apresentam-se menos satisfeitas com ele, independentemente de esse apoio existir realmente ou não estar disponível. Perante este facto de não percepcionarem um suporte social sólido, diminuem as estratégias de coping eficazes, aumentam os



sentimentos de solidão, diminui a sensação de auto-eficácia e diminui a aderência ao tratamento ((Holahan et al. 1995; Fontana et al. 1989; Bisschop et al. 2004; Hays et al. 2001, Travis et al. 2004cit. in Steven, 2005).

Apesar disso, o facto de termos encontrado um resultado significativo para a adesão, na aliança fiável, consolida que esta dimensão que diz respeito à provisão fornecida junto de relações sólidas e duradouras (especialmente através da família próxima) e que se refere à sensação de uma relação forte e segura, é uma componente importante na adesão ao tratamento. Tendo em conta que esta dimensão fornece uma ajuda tangível (fornecimento de recursos materiais, financeiros ou de ajuda nas tarefas), torna-se possível afirmar que os sujeitos desta amostra reflectem, em parte, a importância que o suporte social, e nomeadamente “o suporte emocional” acarreta no fornecimento de recursos positivos ao indivíduo. Vários estudos têm, ao longo dos tempos, comprovado a influência do suporte social, como um importante factor de protecção e promoção da saúde, tanto física como mental, e como preditor de comportamentos de saúde e sentimentos de bem-estar (Spiegel, 1997; Valle, 1998, entre outros). Igualmente, diversos estudos referidos por Wills (1997) cit. in Claudino, 2004, concluíram que o suporte social se associa a uma melhor recuperação da doença, e que a falta deste acarreta uma maior diminuição da auto-estima e da motivação para a prática de cuidados de saúde (Chesney, 1996; House, Landis & Umberson, 1988). Assim, a importância do suporte social pode ser desatacada como uma influência positiva no encorajamento e motivação para o auto-cuidado. Portanto, pode-se inferir que participantes com maior suporte social emocional apresentam maiores índices de adesão ao tratamento e qualidade de vida.

Estes dados reflectem a importância do suporte social na vida do indivíduo e mostram que esta é uma das dimensões mais importantes na adaptação à doença e nas estratégias de coping e motivação para aderir ao tratamento e pôr fim à doença.

5. HIPÓTESE 4

Por último, a quarta hipótese previa que os níveis de espiritualidade se encontravam significativamente correlacionados com os níveis de adesão ao tratamento. Nesta, verificamos que a hipótese se confirmava significativamente, uma vez que pelo menos uma das dimensões da espiritualidade e, especificamente aquela que se refere à esperança/optimismo, ou seja, uma sentido positivo da vida norteadado pela perspectiva do futuro com esperança se mostrou como preditora da adesão

terapêutica. Na literatura temos verificado que existe uma associação positiva entre as crenças de espiritualidade para lidar com as suas doenças e uma remissão mais rápida da doença (Koenig, 2000). Este acontecimento, deve-se ao facto de estas crenças (maior optimismo) se encontrarem fortemente relacionadas com expectativas de vida mais positivas, menor ansiedade e depressão, maior apoio social e uma perspectiva mais positiva das estratégias de coping a utilizar ao defrontar-se com a doença. Vários estudos têm enfatizado o facto das crenças se correlacionarem positivamente com um maior bem-estar (Koenig, Hays, George, Blazer, Larson, & Landerman, 1997; Koenig, Cohen, George, Hays, Larson, & Blazer, 1997; Koenig, George & Peterson, 1998; Miller, Warner, Wickramaratne & Weissman, 1997), e estas consequentemente apoiam as estratégias de coping que passam por uma favorável adesão ao tratamento, como remissão da doença.

Ao analisarmos estes resultados verificamos que esta questão da espiritualidade, ainda pouco sólida em termos de investigação científica na área da saúde, é de especial importância uma vez que fornece uma dimensão positiva na adopção de comportamentos dirigidos à melhoria das condições de saúde e consequentemente, à adesão ao tratamento recomendado. Posto isto, verifica-se que os técnicos de saúde melhoram a sua actuação se tiverem em conta estas questões a quando da sua prestação na melhoria dos estados de saúde prestados ao doente.

6. ANÁLISES EXPLORATÓRIAS

Pretendíamos investigar o efeito das variáveis sócio-demográficas (sexo, idade, estado civil) e clínicas (tempo da doença, tempo da medicação) nas representações de doença, na ansiedade e depressão, nas provisões de apoio social, na espiritualidade com a adesão ao tratamento medicamentoso. Foram encontrados efeitos significativos em todos eles, excepto na variável escolaridade.

Em termos de género, este parece influenciar as representações de doença, nomeadamente as representações cognitivas. As mulheres demonstram-se mais pessimistas em relação à sua doença, associando-lhe consequências mais negativas, uma maior durabilidade e um controlo mais empobrecido comparativamente com os homens. Este perfil mais desfavorável das mulheres em termos de representações cognitivas está de acordo com outros estudos, que encontraram esta mesma tendência noutros doentes e noutros grupos de doenças (Sousa, 2003).

Os níveis de depressão apresentaram-se mais elevados nos homens do que nas mulheres. Esta constatação separa-se da literatura geral que associa as mulheres a uma maior presença de sintomas depressivos (Roberts 1997; Geerlings, 2002; Roberts, 2000; Beekman, 2001, Heun, 2005), e a perturbações do humor (ansiedade e depressão) (Paúl & Fonseca, 2001). No entanto, num estudo de Harris, 2006, o género feminino surgiu como factor protector dos sintomas de depressão. Os nossos resultados parecem reflectir uma associação contrária ao habitualmente encontrado na literatura, no entanto, este resultado poderá indicar que os homens desta amostra não se detiveram ao relatar os seus sintomas depressivos, situação que por vezes influencia as evidências de que as mulheres apresentam mais sintomatologia do que os homens.

Relativamente ao efeito da idade na adesão ao tratamento os resultados indicam que as pessoas mais velhas alteram mais a medicação. Esta constatação apresenta-se contrária ao referenciado na literatura de que sentimentos de vulnerabilidade frequentemente acompanham as pessoas mais velhas levando-as a adoptar comportamento de saúde e uma maior adesão ao tratamento (Brannon & Feist, 1997a). No entanto, num estudo de Green-Hennessy (1999) cit. por Cunha (2006) a idade mais avançada correlacionou-se significativamente com uma baixa percentagem de uso de medicação.

No que se refere ao efeito do estado civil, este parece influenciar o apoio social percebido. Os sujeitos casados percebem um maior aconselhamento e uma maior oportunidade de prestação de valores do que os sujeitos solteiros. Este facto confirma-se na literatura onde se afirma que os indivíduos casados percebem uma rede de suporte alargada, onde os relacionamentos são mais próximos (Goldman, Korenman, & Weinstein, 1995 cit. por Amorim, 2009), comparativamente aos indivíduos solteiros ou viúvos.

Os efeitos das variáveis clínicas, nomeadamente do tempo da doença nas representações de doença também são significativos. Os sujeitos com depressão há mais tempo (> 10 anos), apresentam emoções mais negativas sobre a doença do que os sujeitos com depressão há menos tempo.

Da mesma forma, as crenças e a esperança/optimismo também parecem ser influenciadas significativamente pelo tempo da doença. Os sujeitos com depressão há mais tempo apresentam crenças e níveis de esperança/optimismo mais negativos do que os sujeitos com depressão há menos tempo.

Por último, o tempo de doença também parece influenciar a adesão à medicação pelo que sujeitos com depressão há mais de 10 anos apresentam uma adesão mais

negativa do que os sujeitos com depressão há menos tempo Estes resultados seguem ao encontro do estudo de Demyttenaere (1997) cit. por Cunha, 2006, em que este afirmava que as doenças assintomáticas, crônicas e que necessitam de tratamento por um longo período, como seria o caso da manutenção do tratamento depressivo, resultariam em pobre adesão.

Este facto levaria também a consolidar/justificar os dois resultados anteriores. Por um lado, ao existir um longo período de tempo espera-se que o sujeito reflita resultados favoráveis, e, se tal não acontece, poderá começar a surgir no sujeito emoções cada mais negativas perante a sua doença (emoções mais negativas sobre a doença). Por outro, esta temporalidade sem resultados significativos poderá levar a uma falta de motivação e consequentemente à falta de esperança num futuro positivo (níveis de esperança/optimismo mais negativos).

Os efeitos do tempo de medicação parecem influenciar nas representações de doença, nomeadamente na compreensão da doença. Os sujeitos que tomam medicação há mais de 10 anos apresentam uma maior compreensão da doença do que os sujeitos que o fazem há menos tempo.

Do mesmo modo, também os níveis de adesão parecem ser influenciados pelo tempo da medicação. Os sujeitos que tomam medicação há mais de 10 anos apresentam uma adesão mais negativa do que os sujeitos que o fazem há menos tempo. Manber et al. (2003) cit. por Cunha, 2006 consideraram que a manutenção do regime medicamentoso diário provavelmente requer uma crença no potencial dos benefícios a serem ganhos apesar da inconveniência, efeitos colaterais, e melhora gradual que possa ocorrer. Se com o passar do tempo não se verificarem melhoras significativas em termos de benefícios, então, o sujeito deixa de atribuir importância ao regime medicamentoso e passa a não aderir ao tratamento.

D. RESUMO DOS RESULTADOS

Inicialmente caracterizamos a amostra em termos de variáveis psicossociais identificando/estudando as representações de doença, caracterizando o seu estado emocional, avaliando a percepção do apoio social, os níveis de espiritualidade e a adesão ao regime terapêutico prescrito (medicação). Os resultados indicaram que, em geral, os deprimidos deste estudo compreendem razoavelmente a sua depressão, embora percepcionem que esta tem uma durabilidade elevada, pensam ter algum controlo pessoal e de tratamento sobre ela, apesar de lhe associarem algumas consequências graves e emoções negativas e atribuem uma percepção de sintomatologia razoável.

Em termos de estado emocional, embora a maior parte da amostra apresente valores de ansiedade e de depressão clinicamente significativos, este era um factor fundamental para o estudo em questão.

Em relação ao apoio social os resultados dos deprimidos da amostra indicaram uma percepção de apoio social negativa em praticamente todas as dimensões avaliadas, embora na prestação de valores se percepcionem mais razoavelmente.

Relativamente às crenças e esperança/optimismo os resultados indicaram que os deprimidos da amostra possuíam uma boa valorização das crenças espirituais /religiosas na atribuição de sentido à vida e um sentido positivo da vida norteado pela perspectiva de um futuro com esperança.

No que se refere aos comportamentos de adesão, os deprimidos do estudo mostraram um baixo esquecimento da toma da medicação, embora tenham apresentado algumas alterações nas doses.

A primeira hipótese previa que as representações de depressão nas suas dimensões das consequências, duração e controlo pessoal e de tratamento, identidade, preocupação, emoções e compreensão da doença sejam preditores significativos da adesão ao tratamento medicamentoso. Esta hipótese foi confirmada parcialmente uma vez que várias dimensões das representações de doença, nomeadamente, o controlo pessoal, o controlo de tratamento e as emoções, se correlacionaram com a adesão ao regime terapêutico. O controlo do tratamento apresentou uma correlação significativa positiva, o que indica que um maior controlo do tratamento percepcionado gera uma menor alteração das doses da medicação e consequentemente maior é a adesão terapêutica. Por outro lado, o controlo pessoal e as emoções apresentaram correlações negativas o que indica que um maior controlo pessoal e emoções

negativas reflecte maiores alterações as doses da medicação, ou seja, menor será a adesão terapêutica.

Na segunda hipótese esperávamos que os níveis de ansiedade e depressão se associariam a baixos níveis de adesão ao tratamento medicamentoso, o que se confirmou parcialmente visto que a depressão se associou negativamente tanto as alterações das doses da medicação, quanto ao esquecimento da toma das doses. Os valores mostra-nos que maiores níveis de depressão reflectem uma maior alteração e esquecimento da medicação e conseqüentemente, menor adesão terapêutica.

A terceira hipótese previa que os níveis de apoio social percebido se associavam significativamente com os níveis de adesão ao tratamento medicamentoso. Esta hipótese foi parcialmente comprovada, embora as associações se tenham apenas verificado na aliança fiável. Esta mostrou correlacionar-se positivamente com o esquecimento das doses da medicação o que nos indica que uma maior percepção de aliança fiável gera menores níveis de esquecimento da medicação e conseqüentemente, maior adesão terapêutica.

A quarta e última hipótese previa que os níveis de espiritualidade se encontravam significativamente correlacionados com os níveis de adesão ao tratamento medicamentoso, hipótese que foi comprovada parcialmente, uma vez que a esperança/optimismo se mostrou como preditora significativa da adesão terapêutica, nomeadamente tanto nas alterações como no esquecimento da doses da medicação. Estes resultados demonstraram que uma maior esperança/optimismo percebida reflecte uma maior adesão (menores alterações e esquecimento das dose da medicação). Assim, considerando a religiosidade/espiritualidade/crenças pessoais como factores de protecção à saúde pode-se observar que os participantes deste estudo demonstram fortalecimento no processo de resiliência.

Na análise exploratória pretendíamos verificar a associação entre as variáveis sócio-demográficas e clínicas, e as variáveis psicossociais e a adesão ao tratamento. As variáveis sócio-demográficas como o sexo, a idade e estado civil revelaram alguns efeitos nestas variáveis, nomeadamente a idade que revelou que os sujeitos mais velhos apresentavam um menor adesão ao tratamento. As mulheres apresentaram uma representação cognitiva mais negativa, embora tenham evidenciado menores níveis de depressão, comparativamente aos homens. O estado civil revelou que os indivíduos casados apresentavam maior aconselhamento e oportunidade de prestação de valores comparativamente aos solteiros. O tempo da doença, mostrou que os sujeitos com depressão há mais tempo, apresentavam crenças e uma

esperança/optimismo mais negativos do que os sujeitos com depressão há menos tempo e que uma adesão negativa também se verifica em sujeitos com depressão há mais tempo. Quanto ao tempo da medicação, os resultados mostraram que os sujeitos que há mais tempo tomam medicação, apresentam uma maior compreensão da doença, mas também indicam uma adesão mais negativa do que os sujeitos que tomam medicação a menos tempo (>10 anos).

E. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas limitações estão subjacentes a este estudo e portanto, os resultados devem ser interpretados tendo em conta essas mesmas limitações. As principais limitações do estudo prendem-se com tamanho da amostra, bem como a sua selecção. O número reduzido de participantes, coloca problemas na generalização dos resultados e diminui a variância, tendendo-se a produzir a não significância de alguns possíveis dados obtidos. Outra questão relaciona-se com o método de amostragem não aleatória utilizada, o que interfere na representatividade da amostra implicando que os resultados não possam ser generalizados à população.

Uma outra limitação está relacionada com o facto do nosso estudo se confinar unicamente a uma área geográfica restrita, devendo portanto ter-se em atenção as características sociais e culturais dessa região, o que contribui para que os resultados não possam ser generalizados a nível regional ou nacional. Assim, seria desejável que o estudo fosse replicado com uma amostra aleatória, um maior número de sujeitos, de modo a averiguar de forma mais profunda o impacto das variáveis preditoras na adesão ao tratamento medicamentoso, e com uma representatividade geográfica mais alargada. O trabalho padece também das limitações inerentes à utilização de instrumentos de auto-relato, nomeadamente os problemas de desejabilidade social que não foram controlados e poderão ter dado um viés positivo às respostas dadas.

Apesar destas limitações o estudo apresenta resultados importantes abrindo caminho para futuras investigações nesta área.

F. CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PRÁTICAS DO ESTUDO

Este trabalho apresentava como finalidade investigar a relação entre alguns factores psicossociais e a adesão terapêutica nos deprimidos, nomeadamente as representações de doença, a ansiedade e depressão, o suporte social e a espiritualidade. Os resultados apontam para uma associação entre as variáveis psicossociais e os vários componentes da adesão, confirmando-se a importância destas variáveis como preditoras de comportamentos de adesão. Os dados deste estudo mostram uma relação diferencial entre estas variáveis que deve ser tida em consideração por parte dos técnicos no suporte à saúde do doente deprimido.

Face aos resultados obtidos, algumas considerações merecem ser tecidas no sentido de chamar a atenção dos técnicos de saúde para a reflexão sobre possíveis estratégias que possam promover a adopção de comportamentos saudáveis e estratégias de adesão terapêutica nesta população.

Em geral, o estudo indica que os comportamentos de adesão parecem ser influenciados por variáveis demográficas como a idade, sugerindo especial atenção a estas nas abordagens a diferentes grupos.

Igualmente, as percepções/representações de doença devem ser tidas em consideração nas estratégias de intervenção adoptadas em relação aos comportamentos de adesão, uma vez que também aparecem como preditoras significativas da adesão. Assim, as representações de doença e particularmente o controlo do tratamento, deve ser tido em consideração por parte do técnico, uma vez que contribui para predizer uma maior adesão ao tratamento. Desta forma, estratégias que envolvam inteiramente o paciente deprimido no seu tratamento tendem a favorecer uma baixa alteração da medicação e consequentemente, uma adesão positiva.

Por outro lado, outras representações de doença, como o controlo pessoal e as emoções negativas, que revelam ser importantes na adesão ao tratamento, também devem ser retidas. Tendo em conta que estas representações se revelaram como preditoras de uma menor adesão, cabe aos técnicos, fazer trabalhar essas representações em prol de comportamentos de adesão, nomeadamente, trabalhando as emoções negativas e clarificando as falsas ilusões de controlo pessoal sobre a doença.

Posto isto, torna-se pertinente recordar o papel da comunicação na relação terapêutica enfatizado por vários estudos relatados na literatura. Nestes, revela-se o

foco essencial de estabelecer um verdadeiro diálogo baseado na empatia, de forma a identificar as crenças, motivações, dificuldades e apoios que possam promover determinados comportamentos de adesão aquando do suporte prestado ao doente nos cuidados de saúde.

Os resultados apontaram igualmente para a importância do estado emocional, nomeadamente a ansiedade e a depressão, na adesão ao tratamento. A depressão foi preditora de um maior esquecimento e alteração da medicação, daí resultante a constatação de uma baixa adesão ao tratamento. Esta descoberta remete para a importância da intervenção psicológica, junto do doente deprimido, de forma a avaliar as implicações específicas da depressão nos comportamentos de não adesão. Assim, o técnico de saúde poderá por exemplo, verificar o nível da adesão ao tratamento, o esquecimento e as alterações da dosagem, rever o diagnóstico e/ou a troca por outra classe medicação e especialmente considerar a associação entre medicação e psicoterapia, como forma de remissão e controlo dos sintomas.

Relativamente ao suporte social, os resultados do estudo indicam que esta dimensão prediz, em parte, os comportamentos de adesão aos medicamentos, especificamente a aliança fiável (contemplada pelas provisões de suporte social), que indica uma adesão positiva à medicação. Assim, torna-se importante considerar a sua representação, ao mesmo tempo que se fortalece a importância do suporte social. A importância deste suporte, deverá ser contemplada pelo técnico, de forma a proporcionar, primeiramente estratégias cognitivas que reduzam ou eliminem as possíveis perspectivas negativas generalizadas de que esse apoio não existe. E em segundo lugar, caso existam realmente, favorecem estratégias de combate ao isolamento social e aos baixos níveis de suporte social por forma a reduzir os níveis de stress e depressão e aumentar as estratégias de coping perante a doença, regular o comportamento do indivíduo, facilitar a comparação de processos sociais, aumentar o sentimento de propósito e pertença e contrariando sentimentos de solidão, aumentando a sensação de auto-eficácia, reduzindo a incapacidade funcional, e aumentando a adesão ao tratamento.

As crenças e a esperança/optimismo, dimensões da variável da Espiritualidade, também se revelaram preditoras de uma significativa adesão ao tratamento medicamentoso, especificamente a dimensão que se refere a um sentido positivo da vida conduzido pela perspectiva do futuro com esperança, verificada pela dimensão da esperança/optimismo. Este resultado confirma a importância desta dimensão enquanto estratégia de coping para lidar com a doença como forma de favorecer a adesão ao tratamento. Igualmente e por fornecer interações sociais, incentivar comportamentos

e práticas saudáveis, promover bem-estar e ajudar nas crises e transições da vida, tanto do doente como da família, esta dimensão deve ser tida em conta quando se pretende fornecer suporte ao doente deprimido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acklin, M., Brown, E., & Mauger, P. (1983). The role of religious values in coping with cancer. *Journal of Religion and Health*, 22, 322-333.
- Almeida, L. & Freire, T. (2000). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 2º. Ed. Braga: Psiquilíbrios.
- Amaral, A. (1997). Aspectos Psicológicos do doente com diabetes mellitus. In J.L. Ribeiro (Ed.). *Actas do 2.º congresso Nacional de psicologia da Saúde* (pp.105-118). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association. (2000). *Task Force on DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR*. 4th ed., text revision ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. Texto Revisto (4ª ed)* (J. N. Almeida, Trad.) Lisboa: Climepsi
- Amorim, L. & Pereira, G. (2009). Optimismo, suporte social e morbilidade Psicológica em filhos adultos de doentes oncológicos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (1), 83-98.
- Araújo-Soares; Trovisqueira, & McIntyre (2007). Tradução e adaptação do Illness perception questionnaire – Brief em pacientes do pós-enfarte do Miocárdio. (Manuscrito não publicado). Universidade do Minho.
- Ballone, C.J. (2005). Causas da Depressão. In, *Psiquweb*. Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br>.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beekman AT., Deeg DJ., Geerlings SW., Schoevers RA., Smit JH., Van Tilburg W. (2001). Emergence and persistence of late life depression: a 3-year follow-up of the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal Affective Disorders*, 65 (2), 131-8.

- Bennett, P. (2002). *Introdução Clínica à Psicologia da Saúde*. Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores. (Tradução do original em Inglês *Introduction to Clinical Health Psychology*. Buckingham: Open University Press).
- Bennett, P. & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Manuais Universitários. Climepsi Editores. (Tradução do original em Inglês *Psychology and Health Promotion*. Buckingham: Open University Press).
- Bento, A; Carreira, M & Heitor MJ (2003). Censo Psiquiátrico de 2001. Síntese dos Resultados Preliminares. *Saúde em Números 2003*, 16(1), 12.
- Berkman, L.F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health*, 5, 413-432.
- Bishop, G. D. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representation. In J. A. Skelton & R. T. Croyle (Eds.), *Mental representation in health and illness* (pp. 32-60). New York: Springer-Verlag
- Bishop, G.D. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Boechat-Barros, R; Brasil-Neto, J. P. (2004). Estimulação magnética transcraniana na depressão: resultados obtidos com duas aplicações semanais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Vol.26, Nº2, (pp. 100-102) São Paulo.
- Blay SL. (2000). Características clínicas, factores de risco e cursos da depressão em idosos. In Lafer B, Almeida OP, Fráguas Jr R, Miguel EC. *Depressão no ciclo da vida*, (pp. 45-53). São Paulo: Artes Médicas.
- Brady, M., Peterman, A., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-oncology*, 8, 417-428.
- Brannon, L. & Feist, J. (1997). Living with chronic illness. *Health Psychology. An Introduction to Behavior and Health* (Cap. 11). Third Edition. USA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Brannon, L. & Feist, J. (1997a). Adhering to Medical advice. *Health Psychology. An Introduction to Behavior and Health* (Cap. 8). Third Edition. USA: Brooks/Cole Publishing Company.

- Broadbent, E., Petrie, KJ., Main, J. & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, pp.631– 637.
- Brown, C., Dunbar-Jacob, J., Palenchar, D. R., Kelleher, K. J., Bruehlman, R. D., Sereika, S. & Thase, M. E. (2001). Primary care patients' personal illness models for depression: a preliminary investigation. *Family Practice*, 18 (3) 314-320.
- Bruhn, J. G. & Philips, B. U. (1984). Measuring social support: a synthesis of current approaches. *Journal of Behavioral Medicine*, 7(2), 151-169.
- Cameron, C. (1996). Patient compliance: recognition of factors involved and suggestions for promoting compliance with therapeutic regimens. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 244-250.
- Campos, R. C. (2006). *'Depressivos somos nós': Um estudo de conceptualização e avaliação da personalidade depressiva e da depressão*. Dissertação de doutoramento em Psicologia apresentada à Universidade de Évora, Évora
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104 (2), 107-123.
- Claudino, A. (2004). *O Estudo das Representações de doença. Ajustamento emocional e adaptação funcional em pacientes com enfarte agudo do miocárdio e angina instável*. Dissertação de doutoramento em Psicologia apresentada à Universidade de Évora, Évora.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38 (5),300-314.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of psysical disease. *Health Psychology*, 7(3), 269-297.
- Couto, A. (1998). O Modelo de Crenças de Saúde e a Teoria do Comportamento Planeado na Educação para a Saúde. *Revista de Educação em Enfermagem*, 1, 5-9. Coimbra. E.S.E. Dr. Ângelo da Fonseca.
- Cunha, M. (2006). *Adesão e não Adesão ao Tratamento Psiquiátrico para Depressão*. Dissertação de Pós-graduação apresentada à Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia – MG.

- Cutrona, C. E. & Russel, D. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W. H. Jones & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (Vol. 1, pp. 37-67). Greenwich, CT: JAI Press.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, & G. R. Pierce, (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 319-366). New York: Wiley.
- Del Porto JA. (2000). Conceito de depressão e seus limites. In: Lafer B, Almeida OP, Fráguas Jr R, Miguel EC. *Depressão no ciclo da vida*. São Paulo: Artes Médicas, p. 20-8.
- DiMatteo, R., Sherbourne, C., Hays, R., Ordway, L., Kravitz, R.L., McGlynn, E., Kaplan, S. & Rogers, W. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the medical outcomes study. *Health Psychology*, 12:93-102.
- Dunbar-Jacob, J.; Burke, L.E. & Puczynski, S. (1995). Clinical Assessment and Management of Adherence to Medical Regimens. In P.M. Nicassio & T. Smith (Eds.). *Managing Chronic Illness: A Biopsychosocial Perspective* (pp. 313-349). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Dunbar-Jacob, J. & Schlenk, E. (2001). Patient Adherence to treatment regimen. In A. Braum, T. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of Health Psychology* (pp. 571-590). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Dunbar, M. Ford, G., & Hunt, K. (1998) Why is the receipt social support associated with increased psychosocial distress? An examination of three hypotheses. *Psychology and Health*, 13, 527-544.
- Dunst, C., & Trivette, C. (1990). Assessment of social support in early intervention programs. In S. Meisels & J. Shonkoff (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. (pp. 326-349). New York: Cambridge University Press.
- Feher S, Maly RC. (1999). Coping with breast cancer in later life: the role of religious faith. *Psychooncology*, 8(5), 408-16.
- Figueiras, M.J.; Machado, V.A. & Alves, N.C. (2002). Os modelos de Senso-comum das Cefaleias crônicas nos casais: relação com o ajustamento marital. *Análise Psicológica*, 1(20), 77-90.

- Fitzpatrick, R. (1997). Patient Satisfaction. In A. Baum; S. Newman; J. Weinman; R. West & C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 301-304). Cambridge. UK: Cambridge University Press.
- Fleck, M.P.A., Beny, L., Sougey, E. B., Del Porto, J. A., Brasil, M.A., & Juruena, M.F. (2003). Diretrizes da associação médica brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.25, n. 2, p. 114-122.
- Fortune, G., Barrowclough, C., & Lobban, F. (2004). Illness representations in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 43 (Part 4), 347-364.
- Fromm, E. (2003). *Psicanálise e religião*. Lisboa: Edições 70.
- Geerlings SW, Twisk JW, Beekman AT, Deeg DJ, van Tilburg W. (2002). Longitudinal relationship between pain and depression in older adults: sex, age and physical disability. *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 37: 23-30.
- George, L. K., Ellison, C. G. & Larson, D. B. (2002). Explaining the Relationships between Religious Involvement and Health. *Psychological Inquiry*, 13, (3), 190-200.
- George, L. K., Larson, D. B., Koenig, H. G., & McCullough, M. E. (2000). Spirituality and health: What we know, what we need to know. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 102–116.
- Gerson, S, Belin, TR, Kaufman, A, Mintz, J, & Jaryic, L (1999). Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: a meta-analysis and overview of recent findings. *Harvard Review of Psychiatry*, v.7, n.1.
- Giovanetti, J. P. (2004). "O Sagrado na psicoterapia ". In Angerami-Camon & Valdemar A. (Eds.), *Vanguarda em Psicoterapia Fenomenológico-Existencial*. (pp. 1-26). São Paulo: Pioneira
- Green-Hennessy, S., Hennessy, K.D. (1999). Demographic differences in medication use among individuals with self-reported major depression. *Psychiatry Service*, 50, pp. 257-259. Washington.
- Greenstreed W. (2006). From spirituality to coping strategy: making sense of chronic illness. *Br. Journal Nursing*, 15 (17), 938-42.

- Griva, K; Myers, L. & Newman, S. (2000). Illness Perceptions and Self Efficacy beliefs in Adolescents and Young Adults with Insulin Dependent Diabetes Mellitus. *Psychology and Health*, 15, 733-750.
- Harris T, Cook DG, Victor C, DeWilde S, & Beighton C. (2006). Onset and persistence of depression in older people—results from a 2-year community follow-up study. *Age Ageing*, 35(1): 25-32.
- Heun R, Hein S. (2005). Risk factors of major depression in the elderly. *Eur. Psychiatry*, 20 (3), 199-204.
- Holland JC, Passik S, Kash KM, et al. (1999). The role of religious and spiritual beliefs in coping with malignant melanoma. *Psychooncology*, 8(1), 14-26.
- Horne, R. (1997). Representation of medication and treatment: Advances in theory and measurement. In K. J. Petrie & J. Weinman (Eds.), *Perception of Health and Illness* (pp. 155-188). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Horne, R. (2000). Compliance, Adherence and Concordance. In P. Gard (Ed.), *Behavioural Approach to Pharmacy Practice* (pp.166-183). London: Blackwell.
- Horne, R. (2003). Treatment perceptions and self-regulations. In L. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self regulation on health and illness behavior* (pp. 138-153). London: Routledge.
- Horne, R., Weinman, J. & Hankins M. (1997) The Beliefs about Medicines Questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14: 1-24.
- Horne, R. & Weinman, J. (1998). Predicting Treatment Adherence: an Overview of Theoretical Models. In L. Myers, & K. Midence (Eds). *Adherence to Treatment in Medical Conditions* (pp.25-50). Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Horne, R. & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribe medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (6), 555-567.

Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento. (2002). *Evolução do consumo de anti-depressivos em Portugal Continental de 1995 a 2001: impacto das medidas reguladoras*. Lisboa: Observatório do Medicamento e dos Produtos da Saúde.

Instituto Nacional de Estatística. (2005). *Recenseamento geral da população e habitação-2001 (resultados definitivos)*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

Irwin M, Artin KH, Oxman MN. (1999). Screening for depression in the older adult. *Arch Intern Med*, 159:1701-4.

Jones, E. E. (1998). Depression: Intervention as assessment. In J. W. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful: Enhancing evaluation and treatment of psychological disorders* (pp. 267-297). Washington, DC: American Psychological Association.

Jung, C. (1986). *A natureza da psique*. Petrópolis: Vozes.

Kaplan, B., Cassel, J., Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 47-58.

Kaplan, HI. & Sadock, BJ. (1997). *Tratado de psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.

Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, et al. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *Am J Psychiatry*, 149(12), 1693-700.

Koenig HG, Cohen HJ, Blazer DG, Kudler HS, Krishnan KR, Sibert TE. (1995). Religious coping and cognitive symptoms of depression in elderly medical patients. *Psychosomatics*, 36(4), 369-75.

Koenig, H., Hays, J., George, L., Blazer, D., Larson, D., & Landerman, L. (1997). Modelling the cross-sectional relationships between religion, physical health, social support, and depressive symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 131-143.

Koenig, H., Cohen, H., George, L., Hays, J., Larson, D. & Blazer, D. (1997). Attendance at religious services, interleukin-6, and other biological indicators of immune function in older adults. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27, 233-250.

Koenig, H., George, L., & Peterson. B. (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American Journal of Psychiatry*, 155(4), 536-542.

- Koenig H. G. (2000). Religion, spirituality, and medicine: application to clinical practice. *MSJAMA – JAMA* 284(13):1708.
- Koenig, H. G., Larson, D. B. & Larson, S. S. (2001). Religion and coping with serious medical illness. *Annals of Pharmacotherapy*, 35, 352-359.
- Koenig, H. G. (2001a). Religion and Medicine II: Religion, mental health and related behaviors. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31(1), 97-109.
- Koenig, H. G. (2001b). Religion and Medicine II: Religion, physical health, and clinical implications. *The international journal of Psychiatry in Medicine*, 31 (3), 321-336
- Kravitz, R. L. et. al. (1993). Recall off recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical condition. *International Medicine*, v. 153, n. 16, p. 1869-78.
- Lau, R. R. (1997). Cognitive Representation of Health and Illness. In D. S. Gochman (Ed.), *Handbook of Health Behavior Research* (Vol. 1). New York: Plenum Press.
- Laubmeier KK., Zakowski SG., & Bair JP. (2004). The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of the transactional model of stress e coping. *International Journal of Behavior Medicine*, 11(1), 48-55.
- Lawler, K. A. & Younger, L. W. (2002). Theobiology. An analysis of spirituality, cardiovascular responses, stress, mood, and physical health. *Journal of religion and health*, 41(4), 347-362.
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 119-186.
- Leventhal, H. (1984). A perceptual-motor model of emotion. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp. 117-182). Orlando: Academic Press.
- Leventhal, H. & Benyamini, Y. (1997). Lay beliefs about health and illness. In A. Baum; S. Newman; J. Weinman; R. West & C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 131-135). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, et al. (1997). Illness perceptions: Theoretical Foundations. In K. J. Petrie & J. Weinman (Eds.),

Perception of Health and Illness (pp. 19-46). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Leventhal, H. Brissette, I. & Leventhal E. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The Self-regulation on Health and Illness behavior* (pp.42-65). London: Routledge.

Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (Vol. 2, pp. 7-30). New York: Pergamon Press.

Ley, P. (1997). Compliance among patients. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. McManus (Eds). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp.281-285). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Lima, I. V. M., Sougey, E. V., & Vallada Filho, H. P. (2004). Farmacogenética do tratamento da depressão: busca de marcadores moleculares de boa resposta aos antidepressivos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 40-43.

Lima, M. S. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.21, p. 1-5.

Llor, B., Abad, M. A., Garcia, M. & Nieto, J. (1995). *Ciencias Psicosociales Aplicadas à la Salud*. Madrid: Inter-americana McGraw-Hill.

Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2003). A review of the role of illness models in severe mental illness. *Clinical Psychology Review*, 23, 171–196.

Marcelo Saad, M., Masiero, D. & Battistella, L. R. (2001). Espiritualidade baseada em evidências. *Acta Fisiátrica*, 8 (3): pp.107-112.

McIntyre, T. (1994). Psicologia da Saúde: Unidade na diversidade. In McIntyre, T. (Ed.) *Psicologia da Saúde: Áreas de Intervenção e Perspectivas Futuras* (pp. 17-32). Associação dos Psicólogos Portugueses.

McIntyre, T., Pereira, M., Soares, V., Gouveia, L. & Silva, S. (1999). Escala de Ansiedade e depressão Hospitalares: versão Experimental. Departamento de Psicologia, Universidade do Minho.

McIntyre, T., Pereira, G., Soares, V., Gouveia, J.L., Trovisqueira, A., Figueiredo, M., Bastos, L., Figueiras, M.J. & Johnston, M. (2003). Gender and Cognitive

- Representations as Predictor of Psychological Adjustment Following a M.I. in Portuguese Patients. *Comunicação apresentada na 17th. Conferencie of a European Health Psychologist Society*, 24 a 27 de Setembro, Kos, Grécia.
- McIntyre, T. & Silva, N. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde na Região Norte*. Porto: Administração Regional de Saúde Norte.
- Miller, L., Warner, V., Wickramaratne, P. & Weissman, M. (1997). Religiosity & depression: ten-year follow-up of depressed mothers and offspring. *J Am Acad Child Adolescence Psychiatry* 36:1416-1425.
- Miller, W., & Thoresen, C. (2003). Spirituality, religion and health: An emerging research field. *American Psychologist*, 58(1), 24-35.
- Ministério da Saúde. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Orientações estratégicas, 2, *Direcção Geral da Saúde*, Lisboa.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M., Gorman, C., Rowden, L., Tunmore, R., Robertson, B. & Bliss, J. (1991). The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry*, 158, 255-259.
- Moreira, J. (2002). *Altera Pars Auditor: The dual Influence of the Quality of Relationships upon Positive and Negative aspects of coping with Stress*. Doctoral Dissertation. Lisbon: University of Lisbon, Faculty of Psychology and Education.
- Moreira, J. & Canaipa, R. (2007). *A Escala de Provisões Sociais: Desenvolvimento e validação da versão portuguesa da "Social Provisions Scale"*. RIDEP. Nº 24 · Vol. 2, 23 - 58
- Morisky, D., Green L., & Levine, D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.
- Moss-Morris, R.; Petrie, K.J & Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: Do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology*, 1(1), 15-25.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, KJ., Horne, R., Cameron, L.D. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.

Muller PS, Plevak DJ, Rummans TA. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc*, 76, 1225-35.

Myers, L.B. & Midence, k. (1998). Concepts and Issues in Adherence. In Myers,L. & Midence K. (Eds) *Adherence to Treatment in Medical Conditions* (pp.1-25). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Navalhas, J.C. (1998). Crise e suporte social. Efeitos potenciais do suporte social. *Revista de Psiquiatria*, XI (3), 27-46.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores (Tradução do original em Inglês *Health psychology: a textbook*. Buckingham: Open University Press).

Organização Mundial de Saúde. (1993). Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e directrizes diagnósticas. Trad: Dorival Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Sobre a Saúde no Mundo, 2001*. [online, disponível em: www.psiqweb.med.br]

Organização Mundial da Saúde (2002). Cuidados Inovadores para Condições Crónicas. Componentes estruturais de acção. Relatório mundial.

Pais-Ribeiro JL. & Pombeiro T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In Pais- Ribeiro JL, Leal I, (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. (pp.757-69). Lisboa: ISPA

Park, D.C. & Jones, T.R. (1997). Medication adherence and aging. In A.D. Fisk & W. A. Rogers (Eds.). *Handbook of human factors and the older adult* (pp. 257-287). San Diego, CA, USA: Academic Press, Inc.

Paúl, C. & Fonseca, A.M. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paula, E. S., Nascimento, L. C. & Rocha, S. M. (2009). Religião e Espiritualidade: Experiencia de famílias de crianças com Insuficiência Renal Crónica. *Revista Brasileira Enfermagem*, Brasília 62 (1): 100-6.

- Pereira, M. G., & Silva, S. (1999a). O questionário de interpretação de sintomas: Estudo das características psicométricas da versão portuguesa. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 6, 229-237.
- Pereira, M. G., & Silva, S. (1999b). Escala de adesão aos medicamentos. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 6, 347-351.
- Pereira, M. G., & Silva, S. (1999c). Escala de atitudes face aos médicos e medicina. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 6, 496-503.
- Pestana, J. P., Estevens, D. & Conboy, J. (2007). O Papel da Espiritualidade na qualidade de Vida do Doente Oncológico em Quimioterapia. *Revista Cons-Ciências*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Petrie, KJ. & Weinman, JA. (1997). Perceptions of Health & Illness. In K.J Petrie & J.A. Weinman (Eds.). *Perceptions of Health and Illness. Current Research & Applications* (pp. 1-17). Singapore: Harwood Academic Publishers.
- Pietrukowicz, M. C. (2001). *Apoio Social e Religião: Uma forma de enfrentamento dos problemas de Saúde*. Dissertação de Pós-graduação em SAÚDE PÚBLICA, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro
- Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Construção de Uma Escala de Avaliação da Espiritualidade em Contextos de Saúde. *Arquivos de Medicina*, 21 (2), 47-53.
- Ribeiro, J. L.P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J.L.P. (1999) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 547-558.
- Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, & Strawbridge WJ. (1997). Does growing old increase the risk for depression? *Am J Psychiatry*, 154:1384-90.
- Roberts RE, Shema SJ, Kaplan GA, Strawbridge WJ. (2000). Sleep complaints and depression in an aging cohort: a prospective perspective. *American Journal Psychiatry*, 157(1), 81-8

Roberts, S., Bonnici, D., Mackinnon, A., & Worcester, M. (2001). Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) among female cardiac patients. *British Journal of Health Psychology*, 6, 373-380.

Sarafino, E.P. (2002). *Health Psychology. Biopsychosocial Interactions*. 4.^a ed. New York: John Wiley & Sons.

Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of Social support measures: Theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 813-832.

Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B.R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Potter, E. H., & Antoni, M. H. (1985). Life events, social support, and illness. *Psychosomatic Medicine*, 47, 156-163.

Sarason, I. G., Sarason, B. R., Sherin, E. N. (1986). Social support as an individual difference variable: Its stability, origins, and relational aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 845-855.

Schoevers RA, Beekman AT, Deeg DJ, Geerlings MI, Jonker C, van Tilburg W. (2000). Risk factors for depression in later life: results of a prospective community based study (AMSTEL). *Journal of Affective Disorders*, 59 (2), 127-37.

Smith, A. B., Selby, P. J., Velikova, G., & Strak, D. (2002). Factor analysis of the Hospital Anxiety and Depression Scale from a large cancer population. *Psychology and Psychotherapy*, 75, 165-177.

Snaith, R. & Zigmond, A. (1994). *HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale*. Windsor: NFER Nelson.

Sousa, M. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos Diabéticos tipo 2*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Souza, F. G. M. (2004). Tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 21, p. 18-23, Suplemento1.

- Souza, J. A; Fontana, J. L. & Pinto, M. A. (2005). Depressão: uma doença várias apresentações. In C. H. Horimoto, D. C. G. Ayache & J. A. Souza, J. A (Orgs), *Depressão: diagnóstico e tratamento pelo clínico* (pp. 1-12). São Paulo: Roca.
- Spiegel, D. (1997). Apoio social: Como os amigos, a família e os grupos podem ajudar. In D. Goleman & J. Gurin (Eds.), *Equilíbrio Mente e Corpo: Como Usar sua Mente para uma Saúde Melhor* (pp. 283-298). Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Steven, M., Southwick, S. M., Vythilingam, M. & Charney, D. S. (2005). The Psychobiology of Depression and Resilience to Stress: Implications for Prevention and Treatment. *Annu. Rev. Clinique Psychology, 1*, 255-291.
- Stoppe Jr A., Louzã Neto MR. (1999). Depressão na terceira idade. São Paulo: Lemos Editorial.
- Taylor, S. E. (1990). Health psychology: the science and the field. *American Psychologist, 45*, 40-50.
- Teixeira, J. (1993). *Psicologia da Saúde e Sida*. Lisboa. ISPA.
- Trindade, I. & Teixeira, J.A.C. (2000). *Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Turk, D.C. & Meichenbaum, D. (1991). Adherence to Self-Care Regimens. The Patient's Perspective. In Jerry J. Sweet, Ronald H. Rosensky & Stevan M. Toivan (Eds). *Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings* (pp. 249-267). New York and London: Plenum Press.
- Valle, E. R. (1998). *Psicologia e Experiência Religiosa*. São Paulo: Loyola.
- Vaz Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias* (2ª ed.). Coimbra: Edição do autor.
- Weiss, R. S. (1974). The provisions of social relationships. In Z. Rubin (Ed.), *Doing unto others* (pp. 17-26). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Weinman, J. & Petrie, KJ. (1997). Illness perceptions a new paradigm for Psychosomatics. *Journal of Psychosomatic Research, 42* (2), 113-116.

Weinman, J., Petrie, k., Moss-Morris, R. & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing cognitive representations of illness. *Psychology and health*, 11, 431-445.

Wethington, E., & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressfull life evets. *Journal of Health and Social behavior*, 27, 78-89.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2007). *World Health Statistics*. Geneva: World Health Organization.

Yardley, L.; Sharples, K.; Beech, S. & Lewith, G. (2001). Developing a Dynamic Model of Treatment Perceptions. *Journal of Health Psychology*. 6 (3), 269-281.

Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

ANEXOS

**Anexo I- Questionário Sócio-demográfico e
Clínico**

Questionário de Dados Sócio-Demográficos e Clínicos

Pedimos-lhe que nos possa disponibilizar informações adicionais relativas a alguns dados pessoais, que nos irão permitir um tratamento estatístico dos questionários e estabelecer algumas comparações em função de grupos específicos. *Lembramos-lhe que a informação aqui recolhida é confidencial e em nada o(a) identifica. Procure ser o mais exacto possível.* Obrigado.

1 - Idade: ____ anos

2 – Sexo:

Feminino Masculino

3 - Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a)/união de facto

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

4 - Habilitações literárias (anos completos de escolaridade):

1º Ciclo (Antiga 4ª Classe)

2º Ciclo (Antigo 6º Ano)

3º Ciclo (Antigo 9º Ano)

Ensino Secundário

Ensino Superior

Outra. Qual? _____

5 - Situação laboral:

Empregado(a)/activo(a)

Desempregado(a)

Reformado(a)/invalidez

Outros Qual? _____

6 - Profissão actual ou anterior (especificar):

7 - Com quem vive:

- Com o cônjuge/companheiro(a)
- Com a família restrita (marido, esposa e filhos)
- Com a família alargada (filhos, marido, esposa, pais, sogros, etc.)
- Sozinho(a)
- Num lar
- Outros Qual? _____

8 – Proveniência:

Meio Rural

Meio Urbano

9 – Dados Clínicos:

Há quanto tempo tem esta doença (Depressão)? _____

Já teve internado? Sim Não

Se sim, quantos dias esteve no internamento? _____

Toma medicação? Sim Não

Se sim, há quanto tempo? _____

Quais e quantos toma por dia? _____

Alguém na família tem/ teve depressão? Sim Não

Quem? Pai Mãe Tios Avós Filhos Outros _____

Já teve alguma tentativa de suicídio? Sim Não

Se sim, há quanto tempo? _____

Teve internado (a) nessa altura? Sim Não

Se sim, quanto tempo? _____

Alguém na família já fez alguma tentativa de suicídio? Sim Não

Quem? Pai Mãe Tios Avós Filhos Outros _____

Anexo II- Folha de rosto do Brief *Illness Perception*
Questionnaire - IPQ-B

Questionário 1

Estamos interessados em conhecer a sua opinião acerca da sua doença (Depressão).

Por favor, para cada uma das questões que se seguem, coloque um círculo à volta do número que melhor corresponde à sua maneira de pensar:

1. Qual o grau em que a sua doença afecta a sua vida?

Não me afecta nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Afecta gravemente a minha vida

2. Quanto tempo pensa que vai durar a sua doença?

Muito pouco tempo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Para sempre

3. Qual o grau de controlo que sente sobre a sua doença?

Nenhum controlo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Tenho muitíssimo controlo

4. Até que ponto pensa que o seu tratamento o pode ajudar na sua doença?

Não vai ajudar em nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Vai ajudar muito

5. Qual o grau em que sente sintomas da sua doença?

Nenhum sintoma 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muitos sintomas

6. Qual o grau de preocupação com a sua doença?

Nada preocupado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Extremamente preocupado

7. Até que ponto sente que compreende bem a sua doença?

Não compreendo 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Compreendo totalmente

8. Até que ponto a sua doença o (a) afecta emocionalmente? (ex. fá-lo/a sentir-se zangado/a, assustado/a).

Não me afecta emocionalmente 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Afecta-me muitíssimo emocionalmente

**Anexo III- Folha de rosto do Hospital Anxiety and
Depression Scale - HADS**

Questionário 2

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada. Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- Tanto como antes
- Não tanto agora
- Só um pouco
- Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- Sim e muito forte
- Sim, mas não muito forte
- Um pouco, mas não me aflige
- De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- Tanto como antes
- Não tanto como antes
- Muito menos agora
- Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Muitas vezes
- Por vezes
- Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- Nunca
- Poucas vezes
- De vez em quando
- Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- Por vezes
- Nunca

**Anexo IV- Folha de rosto do Questionário Social Provisions
Scale - EPS**

Questionário 3

Ao responder ao seguinte conjunto de questões, pense nas suas actuais relações com amigos, familiares, colegas de trabalho, membros da comunidade, etc. Usando a escala apresentada em baixo, por favor indique o grau em que concorda ou discorda que o item descreve a sua actual relação com as outras pessoas.

	Discordo Fortemente	Discordo	Concordo	Concordo Fortemente
1. Há pessoas com as quais posso contar para me ajudarem se eu necessitar realmente.				
2. Sinto que não tenho relações próximas com outras pessoas.				
3. Não há ninguém a quem eu possa recorrer para me aconselhar em alturas de stress.				
4. Há pessoas que contam comigo caso precisem de ajuda.				
5. Há pessoas que apreciam as mesmas actividades sociais que eu.				
6. As outras pessoas não me vêem como competente.				
7. Sinto-me pessoalmente responsável pelo bem-estar de outra pessoa.				
8. Sinto-me parte de um grupo de pessoas que partilham as minhas atitudes e crenças.				
9. Não penso que as outras pessoas respeitem as minhas competências e capacidades.				
10. Se alguma coisa corresse mal, ninguém me ajudaria.				
11. Tenho relações próximas que me dão um sentimento de segurança emocional e de bem-estar.				
12. Há alguém com quem eu poderia falar acerca de importantes decisões na minha vida.				
13. Tenho relações nas quais a minha competência e habilidade são reconhecidas.				
14. Não há ninguém que partilhe os meus interesses e preocupações.				
15. Não há ninguém que realmente conte comigo para o seu bem-estar.				
16. Há uma pessoa digna de confiança a quem eu poderia recorrer para me aconselhar se eu estivesse a ter problemas.				
17. Sinto uma forte ligação emocional com pelo menos uma outra pessoa.				
18. Não há ninguém com quem eu possa contar para me ajudar se eu necessitar realmente.				
19. Não há ninguém com quem eu me sinta confortável a falar acerca dos meus problemas.				
20. Há pessoas que admiram os meus talentos e capacidades.				
21. Sinto falta de um sentimento de intimidade com outra pessoa.				
22. Não há ninguém que goste de fazer as coisas que eu faço.				
23. Há pessoas com quem eu posso contar numa emergência.				
24. Ninguém tem necessidade de que eu me preocupe com ele/ela.				

**Anexo V- Folha de rosto do Questionário Escala de
Avaliação da Espiritualidade - EAE**

Questionário 4

As frases/expressões seguintes referem-se à sua espiritualidade/ suas crenças pessoais, e ao modo como estas afectam a sua qualidade de vida. Por favor, marque com uma X aquela opção que melhor expressar a sua opção, na última semana. Não existe resposta certa ou errada.

	Não Concordo	Concordo Um pouco	Concordo Bastante	Plenamente de acordo
1- As minhas crenças espirituais/religiosas dão sentido à minha vida				
2- A minha fé e crenças são-me força nos momentos difíceis				
3- Vejo o futuro com esperança				
4- Sinto que a minha vida mudou para melhor				
5- Aprendi a dar valor às pequenas coisas da vida				

**Anexo VI- Folha de rosto do Questionário Reported
Adherence to Medication Scale - RAM**

Questionário 5

Muitas pessoas encontram uma forma de usar os seus medicamentos que se adapta a elas próprias.

Esta forma pode ser diferente da que se encontra nas instruções do medicamento ou da que o seu médico prescreveu.

Gostaríamos de lhe colocar algumas questões sobre a forma como usa os seus medicamentos. Em baixo encontram-se algumas formas de como as pessoas dizem que usam os seus medicamentos.

Para cada frase por favor coloque uma cruz na resposta que melhor se adequa ao seu caso.

A sua forma de usar os medicamentos		Sempre	Frequentemente	Algumas Vezes	Raramente	Nunca
1	“Às vezes eu esqueço-me de tomar os meus medicamentos”					
2	“Às vezes eu altero as doses da minha medicação de forma a satisfazer as minhas próprias necessidades”					
3	“Algumas pessoas esquecem-se de tomar os seus remédios. Com que frequência isto lhe acontece a si?”					
4	“Algumas pessoas dizem que se esquecem de uma dose da sua medicação ou ajustam-na para satisfazer as suas próprias necessidades. Com que frequência você faz isto?”					