

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

A COMPONENTE AMBIENTAL E A DEPRESSÃO
NA REGIÃO DE ÉVORA

MARIA DE FÁTIMA DOS SANTOS ROSADO MARQUES

ÉVORA
1998

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

*A COMPONENTE AMBIENTAL E A DEPRESSÃO
NA REGIÃO DE ÉVORA*

Dissertação apresentada para a obtenção
do grau de Mestre em Ecologia Humana
na Universidade de Évora.

Orientador : Professor J. Manuel Nazareth

MARIA DE FÁTIMA DOS SANTOS ROSADO MARQUES

ÉVORA
1998

ERRATA

No título do trabalho onde se lê “A componente ambiental e a depressão na região de Évora”, deverá ler-se “ A componente ambiental e a depressão na região de Évora - estudo exploratório”.

Nos agradecimentos onde se lê “Concelho”, deverá ler-se “Conselho”.

AGRADECIMENTOS

♣ Ao Professor J. Manuel Nazareth por ter aceite orientar este trabalho, pela disponibilidade permanente e pela clareza de opinião sempre manifestada.

♣ Ao Concelho de Administração do Hospital do Espírito Santo de Évora, pelas facilidades concedidas.

♣ À Direcção do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora, pelas facilidades concedidas e pelo estímulo permanente.

♣ Aos médicos psiquiatras, aos enfermeiros e aos funcionários administrativos das consultas externas do Departamento supracitado, pela disponibilidade demonstrada durante a aplicação dos questionários e pelo carinho com que nos acolheram.

♣ Ao Dr. Prata de Matos pelas críticas implacáveis e pelos calmos momentos de discussão tão esclarecedores.

♣ Ao Enfermeiro Manuel Lopes, Mestre em Ciências de Enfermagem, pelo apoio persistente, pela clarificação de algumas ideias e pela ajuda imprescindível no tratamento informático dos dados.

♣ À Cecília e à Zilda minhas grandes amigas, por motivos óbvios que me escuso de referir e que elas tão bem conhecem.

♣ À Maria Inês e ao Jacinto (meus sogros), por todas as alterações que fizeram nas suas rotinas quotidianas, demonstrando uma disponibilidade permanente.

♣ À Maria Alice e ao Francisco (meus pais), pelo carinho, pela paciência, pelos incómodos, por acreditarem em mim e por tudo aquilo que sou.

♣ À memória do Francisco (meu pai), que não chegou a ver o final deste trabalho, mas cuja recordação serviu de estímulo para o seu término.

♣ Ao José Manuel (meu marido), ao Miguel Maria e ao João Maria (meus filhos), pelo apoio constante e incondicional, pela força que me deram nos momentos de desânimo, pela compreensão quando o mau humor se manifestava, pelos fins de semana estragados e principalmente por não me deixarem desistir.

A Todos, Muito Obrigado !

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
-------------------------	---

CAPITULO I

A ENFERMAGEM E A DEPRESSÃO NO CONTEXTO DA ECOLOGIA

HUMANA	13
1.1 - O UNIVERSO DA ECOLOGIA	14
1.2 - A PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA	19
1.3 - DA PSIQUIATRIA À SAÚDE MENTAL - UM PERCURSO EVOLUTIVO	23
a) A saúde mental numa abordagem globalizante	30
1.4 - A SAÚDE MENTAL E A DEPRESSÃO	34
1.5 - A ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO “ <i>CUIDATIVA</i> ”	61
1.6 - CONCLUSÃO	74

CAPITULO II

A COMPONENTE AMBIENTAL E A DEPRESSÃO NA REGIÃO DE

ÉVORA	78
2 - INTRODUÇÃO	79
2.1 - DESCRIÇÃO GEOGRÁFICA DA ZONA EM ESTUDO	81
a) Localização	81
b) Paisagem e clima	82

2.2 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALENTEJANA	86
a) Aspectos demográficos e densidade populacional	86
b) Aspectos psicobiológicos	93
c) Religiosidade e valores	95
2.3 - ASPECTOS PRELIMINARES	100
a) Esquema orientador da investigação	100
b) Metodologia de trabalho	102
2.4 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO	113
a) Aspectos demográficos	114
b) Situação profissional	121
c) Estruturas familiares	127
d) Estruturas e suportes sociais	132
e) O invólucro da depressão	175
CONCLUSÕES	198
BIBLIOGRAFIA	210
ANEXOS	221
QUADROS	233
FIGURAS	236

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

“Tudo tem que ver com Tudo...
e nada está separado de coisa nenhuma.”

Júlio Roberto, 1996

Fazendo parte do relato de velhos documentos sobre as patologias psiquiátricas, a *depressão* hoje mais do que nunca, assume valores verdadeiramente preocupantes entre os Homens da sociedade contemporânea.

A formação específica que possuímos no âmbito da Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, permitiu-nos contactar de perto com indivíduos manifestando afecções psíquicas, sendo a maior incidência liderada pela patologia depressiva.

De rosto inexpressivo, olhos sem brilho, marcha lenta e arrastada, o sujeito deprimido emana uma tristeza profunda traduzida no desinteresse pela vida, que constrange os que com ele vivem.

O sofrimento silencioso a que os indivíduos deprimidos estão votados, impede-os de realizar algumas das actividades de vida mais primárias, bloqueando toda a sua actuação sócio-profissional, o que gera grandes conflitos internos.

Numa sociedade que prima pela busca incessante de bem estar e de realização, desenvolvendo processos complexos e variados, com o objectivo de tornar o quotidiano mais aprazível, é racionalmente antagónico o aumento marcante da patologia depressiva.

Para os peritos nesta área, a criação de grandes espaços habitacionais onde as relações humanas são diminutas, a não identificação com novos locais de

residência para onde se partiu à procura de melhores condições de vida, a separação da família e a transformação do seu papel social, entre outros, poderão de algum modo constituir factores explicativos deste fenómeno.

Em consequência de todo este processo, regiões como o Alentejo, outrora votadas ao abandono devido à sua interioridade, são procuradas pelos habitantes dos grandes centros populacionais, no sentido de encontrar um pouco de tranquilidade e uma forma mais saudável de viver, preservando a saúde mental.

Mas aqui reside a grande antinomia, constituindo esta a força motriz para a presente investigação. Se viver no Alentejo pressupõe de algum modo uma existência menos exposta, aos factores ambientais nocivos à saúde e bem estar do indivíduo, porque razão a taxa de suicídio e de depressão é tão elevada entre os habitantes fixados nesta zona?

Escassamente povoado e detentor de cerca de 1/3 da superfície total do país, o Alentejo segundo os dados estatísticos, apresenta a menor densidade populacional de Portugal. Por este motivo, algumas vezes, as informações fornecidas pela comunicação social acerca das taxas de suicídio e de depressão existentes nesta zona, comparativamente a outras regiões do País, conduzem-nos erroneamente a falsos juízos.

Contudo, sendo a realidade nacional por nós desconhecida, tivemos oportunidade de constatar na prática como já referimos, a elevada incidência e prevalência de depressão, entre a população do Distrito de Évora.

Será o Homem alentejano pelas suas características psicológicas mais propenso à depressão? Ou será a componente ambiental nas suas várias vertentes, a grande responsável por esta situação?

Na verdade, como a maioria das perturbações de natureza psíquica, a depressão é extremamente *sui generis*. Isenta de etiologia bem definida, resulta de uma mescla de factores biológicos, psicológicos, sociais e culturais, que lhe conferem o grau de doença da modernidade.

Dada a escassa informação sobre os factores ambientais, presentes na problemática depressiva dos indivíduos que residem no Distrito de Évora, e assumindo nós um papel de observador, questionámo-nos sobre a importância da componente ambiental no surgimento deste quadro.

Quando falamos em componente ambiental referimo-nos a tudo o que integra o Ambiente, sendo este um conceito extremamente complexo, dada a sua magnitude. Em nosso entender, Ambiente não é só o que rodeia o Homem, mas também o próprio Homem. Cada pessoa é dotada de uma estrutura interna (ambiente interno) e uma estrutura externa (ambiente externo), que constitui ambiente para os que estão à sua volta.

A primeira refere-se não só à organização dos vários órgãos e sistemas internos, mas também à personalidade, factores genéticos e hereditários, que conferem ao indivíduo o direito de ser único.

A estrutura externa constitui o corpo, sendo este a materialização do Eu, que permite a relação directa e objectiva com os outros.

A dualidade Homem/Ambiente conduz-nos por excelência a um ramo especializado da Ecologia Geral, denominado Ecologia Humana, a qual estuda as relações entre o Homem e os seus semelhantes, e entre estes e o Ambiente, qualquer que ele seja.

Procuramos assim estudar o fenómeno depressivo no contexto da Ecologia Humana, considerando a importância do papel ambiental e factores que o constituem, na génese e manifestação desta perturbação.

Sendo a depressão um processo patológico, os indivíduos que a vivem carecem de ajuda específica para colmatar e regredir a sua sintomatologia, até atingirem um estado satisfatório de equilíbrio psíquico.

Para tal, existem algumas profissões no sector da saúde, que desenvolvem áreas de especialidade no campo da psiquiatria.

A enfermagem de saúde mental e psiquiátrica inclui-se nesse grupo, tendo como objectivo ajudar o indivíduo em crise, de modo a que consiga desenvolver mecanismos para a sua resolução, saindo reforçado do ponto de vista psíquico.

Para que tal seja possível, e não descurando o aspecto farmacológico da competência médica, a enfermagem enquanto profissão “*cuidativa*”, tem em conta o ambiente onde o sujeito se insere e as relações que entre eles se estabelecem.

Atendendo à nossa formação específica, e tendo em conta tudo o que anteriormente dissemos, consideramos importante a interligação de conhecimentos entre a Enfermagem e a Ecologia Humana, de modo a descobrir estratégias que minorem hipoteticamente a problemática da depressão, ajudando o indivíduo a alicerçar competências que lhe permitam celebrar com os factores ambientais aos quais está sujeito, uma relação de equilíbrio psíquico.

Para que tal fosse possível, efectuámos um estudo exploratório na região de Évora (área da nossa residência) e respectivo Distrito, cuja explanação foi organizada em dois capítulos distintos.

No primeiro capítulo é feito o enquadramento teórico sobre a Ecologia, Ecologia Humana, Saúde Mental, Depressão e Enfermagem, constituindo este o suporte básico e imprescindível para toda a investigação.

No segundo capítulo efectuamos a descrição geográfica da zona em estudo, considerando a localização, paisagem e clima. Caracterizamos seguidamente a população alentejana de forma geral, aludindo aos aspectos demográficos, psicobiológicos, religiosos e culturais.

As definições do estudo propriamente dito surgem a seguir, abordando a forma como a pesquisa foi delineada, e a metodologia adoptada para a sua concretização. São mencionadas as variáveis em análise, bem como a pergunta de investigação, os objectivos a atingir e as hipóteses interrogativas.

O último aspecto a considerar neste capítulo, envolve todo o trabalho de pesquisa e recolha de dados, bem como a sua análise e interpretação. Para o

efeito, utilizámos quadros e figuras de gráficos de barras, gráficos circulares e histogramas, com o objectivo de facilitar a visualização e compreensão dos resultados.

Ao longo do processo analítico e de acordo com as variáveis em apreciação, demos resposta às interrogações levantadas pelas hipóteses, confirmando ou refutando o seu conteúdo. Simultaneamente e sempre que considerámos oportuno fizemos um paralelismo entre os resultados por nós obtidos e os que são referidos no enquadramento teórico.

Para além de explorarmos a patologia depressiva e a forma como os indivíduos do Distrito de Évora, a vivenciam no contexto ambiental que os rodeia, esperamos retirar desta pesquisa, elementos que nos permitam reformular e melhorar a nossa actuação profissional nesta área.

Tendo subjacente a filosofia e a perspectiva da Ecologia Humana, onde o Homem, o Ambiente e a interacção entre eles é estudada num contexto pluridisciplinar, julgamos poder contribuir com este trabalho para o enriquecimento do corpo de conhecimentos da Enfermagem, na medida em que, como afirma Júlio Roberto (1996), “tudo tem que ver com tudo...e nada está separado de coisa nenhuma”.

CAPITULO I

A ENFERMAGEM E A DEPRESSÃO NO CONTEXTO DA ECOLOGIA HUMANA

1.1 - O UNIVERSO DA ECOLOGIA

Vivemos numa época em que o aparecimento de neologismos é prática corrente, sem que por vezes nos apercebamos do significado etimológico dos termos utilizados. Banalizamos conceitos, descurando o seu verdadeiro conteúdo.

Não sendo um neologismo, dado que a criação do termo data de 1866 segundo refere Lamy (1995), a palavra Ecologia nas últimas décadas, tornou-se parte integrante do vocabulário de qualquer cidadão comum.

A sociedade de consumo apresenta diariamente, produtos de natureza ecológica utilizando técnicas sedutoras de “marketing”. Papel ecológico, detergente ecológico, motor ecológico, gasolina ecológica, e um sem fim de produtos ecológicos.

Nunca, como hoje, se falou tanto de Ecologia e no entanto, o seu significado e o universo que abrange, continuam mesclados numa confusão de conceitos por vezes difíceis de precisar.

Se atendermos ao seu significado etimológico, Ecologia significa a **ciência do habitat**. Termo criado pelo biólogo alemão Ernest Haeckel nos finais do século XIX, as suas raízes derivam do grego, nomeadamente **oikos** que significa **habitar** e **logos** que significa **estudo**.

Segundo Lamy (1995), Ecologia é a ciência que estuda as condições de vida dos seres bióticos e as interações de todo e qualquer tipo que existam entre esses seres e o meio no qual estão inseridos.

Na realidade, desde os primórdios da sua história que o Homem pratica a Ecologia sob o ponto de vista prático. Para sobreviver, o Homem primitivo

necessitava de conhecer o ambiente, do qual fazia parte integrante, de modo a coexistir com as forças vivas da Natureza numa relação de equilíbrio instável.

Apesar de nos tempos actuais o equilíbrio Homem/Natureza ser bem mais periclitante, é necessário, mais do que nunca, que o Homem tenha um conhecimento inteligente do Ambiente tendo como objectivo final a sobrevivência da civilização moderna.

Segundo refere Odum (1988), a documentação histórica oriunda do período grego contém já algum material de natureza ecológica. No entanto, só no início do século XX aparecem os primeiros manuais de carácter científico, o que transforma realmente a Ecologia numa ciência, a qual aparece geralmente associada às ciências biológicas, (Nazareth, 1993).

Segundo refere Lamy (1995), durante o século XVIII e principio do século XIX, ocorreram numerosas expedições das quais faziam parte botânicos e zoólogos. Estes, ao inventariarem os recursos e riquezas da Natureza, cedo constatarem as relações entre clima e vegetação.

Determinadas plantas adaptavam-se a determinados tipos de meio, utilizando mecanismos adaptativos complexos, os quais por sua vez eram condicionados por factores climáticos e geográficos.

Da necessidade de encontrar respostas explicativas surge a Ecologia Vegetal e em 1895 é publicado o primeiro livro sobre esta temática.

A partir desta obra e à medida que os conhecimentos se acumulam, assiste-se ao desenvolvimento da Ecologia Animal e mais tarde ao desenvolvimento da Ecologia Humana.

Para Nazareth (1993), estavam constituídos os três ramos da Ecologia científica, que apesar de momentos distintos de desenvolvimento, apresentavam alguma identidade de pontos de vista. Tal facto, faz emergir uma **Ecologia Geral**, que “tem como objecto o estudo das relações entre todas as formas de vida e destas com o meio”(Nazareth, 1993:880)

Assim, sempre que falamos em Ecologia, referimo-nos habitualmente à Ecologia Geral, dado que é ela que engloba um conjunto de ideias e conceitos fundamentais, tais como ecossistema, biótopo e biocenose.

Os organismos vivos e o meio no qual coexistem, estão inseparavelmente relacionados interagindo de forma dinâmica constituindo um sistema ecológico ou **ecossistema**.

Para Odum (1988), o **ecossistema** é um sistema organizado, uma unidade funcional básica, formada por organismos que constituem as comunidades bióticas, bem como por um ambiente abiótico. Tudo é interdependente, de tal modo que cada um dos elementos influe sobre as propriedades do outro, sendo ambos necessários para a conservação da vida.

Segundo Lamy (1995:20), “o ecossistema é o resultado de interacções energéticas e funcionais entre plantas e animais (biocenose) e o seu meio (biótopo)”.

Deste modo, o conceito de ecossistema é extremamente lato podendo ser concebido e estudado em várias extensões.

O biótopo, que etimologicamente significa **local de vida**, é constituído por factores abióticos, os quais compreendem um conjunto de parâmetros geológicos, geográficos e climáticos, tal como a luz, a água, o solo, o ar, etc. Como afirma Nazareth (1993:880), o biótopo “é o suporte desorganizado do habitat”.

Por vezes, quando se verifica um excesso ou carência de um dos factores abióticos, os seres vivos necessitam de fazer adaptações, como por exemplo acontece com as reacções físicas e comportamentais às variações climáticas.

Relativamente à biocenose, é designada como o **conjunto de seres vivos**, animais, plantas e microrganismos, que **vive em comunidade num determinado biótopo**.

A biocenose é caracterizada por factores ecológicos bióticos, os quais estabelecem relações de dois tipos: - as relações intra-específicas e as inter-específicas.

As relações intra-específicas, como o nome indica, são as que se estabelecem entre os indivíduos pertencentes a uma mesma espécie, os quais constituem uma população. Tal como os organismos vivos, a população nasce, desenvolve-se e morre, tendo assim como que uma vida própria. No seio da população, ocorre a partilha do biótopo e a organização em hierarquia, resultante de relações de competição e cooperação.

As relações inter-específicas, são as que se estabelecem entre espécies diferentes, nomeadamente as relações de comensalismo, parasitismo e predação. Esta última é sem dúvida o tipo de relação mais importante, na medida em que coloca questões de sobrevivência da espécie e conduz à noção de cadeia trófica.

A cadeia trófica por sua vez, veicula e transforma a energia, bem como estabelece a ligação entre as espécies, (Lamy, 1995).

Tendo em conta tudo o que dissemos e de uma forma simplificada, podemos dizer que o “ecossistema é o resultado das interacções entre biótopo e biocenose”, (Lamy, 1995:21).

Fruto do cumular crescente de conhecimentos e da expansão do seu domínio, a Ecologia chamou a si a necessidade de especialização podendo ser abordada de duas perspectivas - **a teórica** ou **geral** e **a aplicada**, (Lamy, 1995).

A Ecologia teórica ou geral, abarca toda e qualquer natureza de interacções que ocorram entre os indivíduos e o seu meio. Assim, falamos de auto-Ecologia quando se estuda a influência dos factores externos sobre um indivíduo ou um conjunto de indivíduos de uma espécie (população).

Falamos de Sinecologia quando estudamos as diversas populações em interacção através da cadeia trófica, ou seja, as cadeias animais e vegetais.

A Ecologia aplicada estuda os ecossistemas e a classificação utilizada privilegia o biótopo ou a biocenose consoante o campo que abrange. Assim, se o elemento de classificação for o biótopo, surgem numerosas nomenclaturas tais como Ecologia marinha, Ecologia dos desertos, das montanhas, dos lagos, etc.

Se for a biocenose, surge a Ecologia das espécies, nomeadamente a vegetal, a animal e a humana.

Considerando tudo o que dissemos anteriormente, a Ecologia é uma ciência que envolve vários ramos do saber, utilizando os seus princípios no estudo e compreensão dos vários ecossistemas.

Ao estudar o ser vivo, a Ecologia não o separa do seu contexto, tendo em conta o meio no qual vive, bem como a população onde habitualmente se insere, e as interacções múltiplas às quais esse mesmo ser vivo está sujeito.

Na realidade, alterar ou modificar um dos elementos intervenientes, pode ter resultados imprevisíveis no equilíbrio de um ecossistema.

A Ecologia tornou-se uma ciência autónoma com o seu objecto de estudo, os seus métodos e inclusivamente os seus conceitos, que actualmente se impõem a outras ciências, nomeadamente à biologia.

Com a crescente acção do Homem sobre a Natureza e as múltiplas violações daí resultantes, a Ecologia torna-se uma ciência da actualidade, dado que as suas aplicações são cada vez mais numerosas e diversificadas, no sentido de encontrar soluções para as múltiplas agressões ambientais.

De uma forma conclusiva, segundo refere Lamy (1995), a Ecologia é assim uma ciência pluridisciplinar que estuda o real, as interacções e assume um carácter autónomo e actual.

O seu universo é infinito, porque em todas as descobertas e avanços científicos há uma raiz ecológica.

Ciência para uns, estado de espírito ou ideologia para outros, a Ecologia está sempre presente, porque como afirma Júlio Roberto (1996), ela é a **Filosofia da Existência**.

1.2 - A PERSPECTIVA DA ECOLOGIA HUMANA

Como falámos anteriormente, uma das ramificações da Ecologia aplicada é precisamente a Ecologia Humana, resultando esta nomenclatura da classificação da área de abrangência segundo a biocenose.

Se pensarmos em termos de Ecologia das espécies, sabemos que o Homem, apogeu do filo evolutivo dos vertebrados, é parte integrante da espécie animal. No entanto, como refere Odum (1988:542) citando Connaut (1952), é essencial efectuar “uma distinção nítida entre o comportamento do animal e a conduta do Homem”.

Como afirma Nazareth (1993:881), “se existe uma Ecologia dos peixes e uma Ecologia das aves, porque não pode existir também uma Ecologia humana?”

A espécie humana não pode ser marginalizada, porque o Homem com a sua cultura, é parte integrante da Natureza, (Lamy, 1995). Ambos devem ser estudados como unidade e não separadamente, porque o Homem não existe sem a Natureza.

No início dos anos 20, o estudo ecológico da sociedade humana, agrupou sociólogos, antropólogos, geógrafos e ecólogos entre outros, de modo a que fosse possível encontrar um campo de contacto e de interdisciplinaridade entre si. Tinha surgido assim a Ecologia Humana, (Odum, 1988).

Inicialmente olhada com indiferença, é a partir dos anos 70, segundo afirma Nazareth (1993), que o Homem começa a ser encarado numa perspectiva globalizante, constituído por um sistema de órgãos e de funções, dotado de inteligência e de instintos, com determinado património genético e cultural, vivendo num meio que é constituído por elementos bióticos, abióticos e sociais, onde as interacções são permanentes.

Este processo exige que o Homem elabore respostas de vária natureza desde a somática à psíquica, através de alterações mais ou menos graves no seu próprio sistema ou elabore respostas de acção através de intervenções directas no meio onde se insere, provocando alterações no sistema ambiente.

Assim, podemos considerar a Ecologia humana como o estudo das interacções entre o Homem e o Ambiente numa abordagem pluri e interdisciplinar onde se efectua “uma reflexão sobre a sociedade, inserida num determinado contexto ambiental”, (Nazareth, 1993:884).

A sociedade humana possui várias características muito importantes que tornam a população humana diferente de todas as outras populações de seres vivos.

A flexibilidade do Homem no seu comportamento, a capacidade de comunicar, a sua grande mobilidade, a aptidão para modificar o ambiente natural e para criar um ambiente artificial e a capacidade de dominância, coloca-o em posição de superioridade relativamente aos outros organismos. No entanto, e apesar de todas as suas aptidões, o Homem não é dono do seu destino, nem “senhor” da Natureza.

Como refere Odum (1988), pode criar ambientes condicionados no interior da sua habitação, mas não consegue manipular o exterior.

Como parte integrante da Natureza, o Homem ocupa um lugar na cadeia trófica estabelecendo relações de interdependência com outros organismos.

Ao entrarmos no século XXI “bombardeados” pela cibernética e informática, é importante que o Homem se reencontre enquanto **Pessoa** e descubra o seu papel na Natureza de parceria com todos os outros seres bióticos e abióticos que constituem o Universo.

Como refere Edgar Morin, citado por Lamy (1995:292), é a criação de um “pensamento ecologizado”, onde seja possível celebrar o contrato do Homem com a Natureza.

Esse Homem que é constituído por um misto de biológico e psíquico e que segundo refere Júlio Roberto (1996), está integrado em dois grandes ecossistemas. Um, constitui o Universo vivo; ou seja, a parte biológica, física, química, etc. Aqui vivem-se os problemas relacionados com a nutrição visando a satisfação das necessidades do indivíduo, e os problemas relacionados com a reprodução visando a continuação da espécie.

O outro ecossistema constitui o universo psíquico, invisível, não palpável e difícil de definir. Aí vivem-se as nossas esperanças, medos, alegrias, raciocínios, etc.

Na realidade, os dois ecossistemas entrelaçam-se, constituindo o “**Eu**” holístico indissociável.

Poderemos dizer que a Ecologia Humana, é uma forma de compreender a globalidade da junção bio-psíquica do Homem, no Universo em que vivemos, tendo em conta por sua vez, a dinâmica das interacções bio-culturais. É assim uma filosofia, uma forma de estar, uma investigação e reflexão permanente do “espectador que somos sobre o actor que também somos”, (Júlio Roberto, 1996:32).

Ela é também a relação dos Homens consigo mesmos e com a Natureza, de forma individual ou colectiva, traduzindo sempre uma abordagem integrada e sistémica.

Numa perspectiva global e interactiva, a Ecologia humana estuda os diferentes climas que agem e interagem sobre o Homem, desde o clima físico, químico ou biológico, até ao clima sociológico, económico, técnico, cultural, espiritual, etc.

Como disciplina científica, a Ecologia humana tem como objecto de estudo o ecossistema humano e uma gama de conhecimentos a conceptualizar, dada a sua recente história nos anais da ciência, (Lamy, 1995).

A abordagem sistémica é a metodologia utilizada, dado que o observador considera um conjunto de elementos, coloca-os em interacção em função da sua subjectividade, e forma uma construção intelectual.

Não nos podemos esquecer que um sistema é qualquer coisa em evolução o que lhe confere uma característica dinâmica. Simultaneamente, um sistema é também algo de global representando um todo, impossível de reduzir à soma das partes que o constituem.

A abordagem sistémica da Ecologia humana, permite ter em conta a totalidade dos elementos do sistema **Homem/Ambiente**, bem como as interacções e as relações de interdependência.

O Homem sobreviverá com algum sofrimento se continuar de costas viradas para a Natureza, cabendo à Ecologia humana o reverter desta situação.

Se todos conseguirmos ter uma atitude mental sensitiva e estética, então a díade sistémica Homem/Natureza, será uma realidade no planeta em que vivemos.

1.3 - DA PSIQUIATRIA À SAÚDE MENTAL - UM PERCURSO EVOLUTIVO

A história da psiquiatria, embora com um percurso ao longo dos séculos irregular e inseguro, iniciou-se ao mesmo tempo que a história da própria medicina. Segundo Fonseca (1985), Hipocrates e Galeno entre outros, dedicaram-se não só às doenças orgânicas, como também procuraram aprofundar o conhecimento das doenças psíquicas.

Do ponto de vista etimológico, a palavra psiquiatria significa a arte de curar a alma.

Sendo uma ciência cujo objecto de estudo se refere essencialmente aos aspectos patológicos do comportamento humano, não podemos descurar a importância de numerosos factores de natureza biológica, psicológica, social e cultural, que estão sempre implícitos na problemática psiquiátrica.

Considerada uma especialidade da medicina geral, a psiquiatria é também um facto histórico, científico e humano.

Segundo refere Pélicier (1992), o seu território é o do sofrimento, expresso directamente no registo das emoções ou disfarçado pelos sintomas. Há uma barreira muito frágil entre a saúde e a doença, dado que são situações diferentes, mas o que essa barreira separa não deixa na realidade de estar muito próximo.

Nas últimas décadas, o campo da psiquiatria extravasou o universo da doença mental e estendeu-se a um sem fim de outras situações humanas, tais como a delinquência, o suicídio, a toxicomania, as manifestações psicossomáticas, as inaptações, etc.

A perspectiva da patologia psiquiátrica, tem que ser enquadrada no plano global do sistema humano, tendo em conta os vários parâmetros biopsicosocioculturais, que permitem efectuar uma abordagem do Homem num contexto holístico.

Assim, para Fonseca (1985:807), a doença mental “é um estado de desequilíbrio dos sistemas do organismo, susceptível de arrastar o indivíduo para situações de desadaptação social”. Trata-se de um conceito de fundo homeostático, visando a tendência geral do organismo para restabelecer o seu próprio equilíbrio, onde são tidos em conta não só os aspectos patológicos, mas também os aspectos normativos definidos pela sociedade.

Para este autor, as doenças mentais expressam-se na maioria das vezes segundo duas dimensões fundamentais, a dimensão clínica e a dimensão social, ou seja, expressam-se através de uma manifestação socioclínica.

Para Pélicier (1992), a doença mental é um processo de ausência de poder do indivíduo sobre si mesmo, que se traduz na redução da sua capacidade de autonomia. Concomitantemente, existe uma perda da capacidade de crítica e um não reconhecimento dos próprios sintomas, o que se traduz na perda da própria liberdade de se conhecer (Fonseca, 1985).

Este facto é constatado por aqueles que o rodeiam, e a pressão social faz-se sentir.

Na realidade, a cultura e a sociedade podem transformar a doença mental, na medida em que o sofrimento causado por esta ou a sintomatologia, dependem do relacionamento com os outros influenciando a forma como o indivíduo é tolerado ou rejeitado.

Não existe uma fórmula simples para julgar a normalidade. O que é considerado “normal”, poderá variar de cultura para cultura, de país para país e até mesmo de localidade para localidade, consoante os costumes, tradições e hábitos definidos pela comunidade em questão.

Por este motivo, Glasser (1970), considera que o conceito de normalidade/anormalidade é sempre relativo e carregado de subjectividade.

Um pouco de história

Lançando um olhar retrospectivo, constatamos que a realidade da psiquiatria nem sempre foi a que hoje vivemos.

Do ponto de vista histórico-cultural, várias tem sido as interpretações e significados atribuídos à doença mental, dado que os valores não são estáveis, mas variam com a evolução do próprio Homem.

Nas civilizações ditas primitivas, a medicina girava em torno das crenças nos fenómenos sobrenaturais, sofrendo a sua influência directa. A doença mental era interpretada à luz do sistema mágico-religioso, onde confluíam influências de espíritos de antepassados, violações de tabus, negligências de processos rituais ou possessões demoníacas.

Desta forma, o tratamento da doença mental implicava o uso de amuletos e talismãs para afastar ou acalmar os espíritos, bem como a intervenção do “xamã”, sendo este uma espécie de médico que servia de intermediário entre os espíritos, o doente e os seus familiares directos (Cordeiro, 1987).

Segundo o mesmo autor, durante todo o período que antecede o nascimento de Cristo, poucos foram os progressos em termos de definição de doença mental.

Os egípcios e gregos atribuíam a doença mental aos espíritos malignos, personificados em alguns dos deuses que adoravam. Não existia qualquer tratamento, dado que só aos deuses cabia a função de curar o que eles próprios tinham atribuído.

Os judeus afastavam-se da sobrenaturalidade, considerando a loucura como uma doença bem definida. O seu tratamento era feito pelo médico, embora utilizasse práticas mágicas de encantamento.

No século IV antes de Cristo, Hipócrates provoca uma mudança radical no conceito de loucura e atribui de facto, uma concepção médica à doença mental, procurando definir a estrutura da personalidade.

Elabora a teoria dos quatro humores corporais, nomeadamente *o sangue, a linfa, a bílis e o fleuma*, descrevendo os temperamentos humanos que correspondem aos respectivos humores. Assim, o indivíduo poderia ter um temperamento *sanguíneo, melancólico, colérico* ou *fleumático*, consoante o humor que lhe estivesse subjacente.

Segundo esta teoria, sempre que surgisse uma perturbação da interacção dos quatro humores corporais, com excesso de “bílis negra”, manifestar-se-ia a perturbação mental. O tratamento era feito com purgantes, vapores, banhos e dieta.

Na Grécia antiga, filósofos como Heráclito, Sócrates, Platão e Aristóteles, desempenharam um papel de destaque na problemática da doença mental, deixando-nos um leque de conhecimentos acerca da natureza dos fenómenos psicológicos, bem como de algumas situações psicopatológicas (Fonseca, 1985).

Por sua vez, os médicos romanos sofreram a influência do pensamento filosófico grego, fazendo a articulação entre este e as observações de doentes com perturbações mentais. Galeno e Celso ocupam um lugar de destaque, tendo proposto tratamentos à base de dietas alimentares, actividades lúdicas com música e permanência em salas amplas com luz e ar (Cordeiro, 1987).

Extinto o período áureo da civilização greco-romana e durante toda a Idade Média, as doenças psíquicas voltam a ser encaradas com mistério e magia, sendo consideradas de origem sobrenatural.

No advento do Renascimento, a partir do século XIV, começaram a aparecer várias instituições para doentes mentais na Europa, com particular

destaque em Espanha devido à presença dos árabes, os quais encaravam a psiquiatria de uma forma mais humana.

É já no Renascimento, período que desenvolveu o espírito crítico do Homem abrindo-lhe as portas para um novo conhecimento científico-filosófico, na viragem do século XV para o século XVI, que surgem várias figuras influentes no campo da psiquiatria, ao explicarem numa base científica, muitos dos sinais considerados sobrenaturais.

Nos finais do século XVII, vivia-se um surto cultural renovador fortemente marcado pela “Era da Razão”, e que abrangia todas as manifestações de índole literária e científica. Como tal, a loucura e as “perturbações do espírito” (Fonseca, 1985:48), começam a suscitar interesse na interpretação científica das suas manifestações, ao mesmo tempo que são abordadas em obras poéticas e literárias, nomeadamente por Erasmo e Cervantes, à semelhança do que Shakespear já tinha feito no século XV.

É também neste período que se destacam Copérnico, Galileu, Descartes, Leibnitz, Pascal e Newton. As suas descobertas tiveram uma influência decisiva na evolução científica da medicina e consequentemente na própria psiquiatria.

Do ponto de vista assistencial, a situação da psiquiatria era degradante. Os hospícios tinham más condições de higiene, os doentes eram vítimas de maus tratos físicos, abundava a sub-nutrição, os quartos eram verdadeiras cárceres e alguns dos indivíduos estavam acorrentados, (Cordeiro, 1987).

Em França os doentes mentais eram admitidos e encerrados juntamente com os marginais.

No final do século XVIII, ocorre a primeira revolução da história da psiquiatria. Philippe Pinel, médico francês, separa os doentes mentais dos presos de delito comum. Afasta-os de um ambiente puramente carcerário, dando-lhes assim o direito de serem tratados em vez de serem punidos, como até aí acontecia.

Esta atitude viria a ter larga repercussão em muitos outros países, estimulando o aparecimento de pioneiros na humanização da psiquiatria.

Fruto desta evolução científica humanizante, criaram-se várias escolas de pensamento psiquiátrico e a partir do século XIX, as correntes diferem em cada país da Europa (Cordeiro, 1987).

De uma forma global, a repressão hospitalar é abolida e são instituídos métodos de actuação onde o respeito pelo doente mental é uma constante.

Na segunda metade do século XIX, desenvolvem-se teorias que abordam a possível relação dos fenómenos psicopatológicos com a criatividade e a cultura, atribuindo assim importância ao meio no qual o indivíduo se insere.

A actualidade da psiquiatria

No início do século XX, surgem os centros de investigação psiquiátrica, bem como um movimento de higiene mental com a sua origem no Estados Unidos.

A psiquiatria contemporânea na segunda metade do século XX, é marcada pela segunda e terceira grande revolução da sua evolução histórica, nomeadamente em 1950 com o aparecimento dos psicofármacos, e em 1960, com a passagem da psiquiatria curativa à psiquiatria preventiva. O centro das atenções e o objecto de preocupação, deixou de ser a doença para passar a ser a saúde.

Toda a preocupação dos técnicos ligados a esta problemática, traduz-se numa atitude de investigação dos factores precipitantes da doença mental e na intervenção precoce nesses mesmos factores, de modo a minorá-los ou neutralizá-los.

A doença mental incorporou-se ao resto das doenças, e a sua representação social mudou, bem como a ideia secular de loucura, unida a ancestrais medos e monstros da irracionalidade, (Muñoz, 1996).

Segundo o mesmo autor, a Organização Mundial de Saúde calcula um aumento considerável das doenças mentais na Europa, devido ao envelhecimento da população, ao estilo de vida e ao número cada vez maior de pessoas que se encontram expostas a situações psicossociais adversas.

Conforme os dados das estatísticas da saúde do Instituto Nacional de Estatística (1996), em 1995 efectuaram-se nos hospitais portugueses, 418.614 consultas de psiquiatria, sendo que 67.624 correspondem a primeiras consultas.

De salientar que das 31 especialidades médicas contempladas nas estatísticas do supracitado Instituto, a psiquiatria ocupa o 5º lugar, sendo só ultrapassada pela ortopedia, oftalmologia, cirurgia geral e medicina interna, referidas por ordem decrescente relativamente ao total de número de consultas.

O desemprego e a instabilidade económica, o enfraquecimento dos laços familiares, a grande mobilidade social e a marginalidade entre outros, aumentam a vulnerabilidade à doença mental.

As grandes cidades de hoje em dia tornam precária a relação inter-pessoal, facilitam o anonimato e suprimem as condições da solidariedade e da reciprocidade, desarmando o indivíduo face às adversidades.

Para Pélicier (1992), o indivíduo é obrigado a estar presente num quotidiano que prima pela ausência. A ausência dos pais, ausência dos pedagogos, ausência do adulto, ausência do outro com quem deveríamos estabelecer relações privilegiadas, ou seja, vivemos no mundo cultural da ausência.

Por tudo isto, o Homem é vítima de si próprio, adoptando padrões de comportamentos lesivos para a saúde, nomeadamente o uso de drogas, a condução perigosa e o gosto pela violência.

Para manter a sua integridade, é necessário mais do que nunca, pensar na mente em termos de saúde, de forma a que possa prevenir aquilo que lhe é nocivo, evitando assim a doença.

De uma forma sintética, podemos dizer que a doença mental constitui uma das epidemias da civilização moderna (Muñoz, 1996). Uma epidemia que visa o futuro e que exige uma resposta urgente da parte de cada um de nós.

a) A saúde mental numa abordagem globalizante

Durante o último século, assistimos a francas mudanças no conceito de saúde.

A sua definição e as classificações internacionais das doenças, passaram a ter um carácter multidimensional, de forma a incluir o nível de funcionamento e de bem estar do indivíduo.

Ao falarmos em saúde, referimo-nos a um conceito extremamente lato que abrange não só a ausência de doença, mas também o bem estar psíquico, social e espiritual do Homem, valorizando o que para o doente é significativo, de modo a que ele sinta que vale a pena viver.

Para Paiva e Silva (1996), a natureza multifacetada do conceito de saúde encerra em si mesma o conceito de qualidade de vida, sendo esta o grau de satisfação do indivíduo na área biológica, psicológica e social.

Como refere Cordeiro (1987), se a doença pode ser considerada um problema essencialmente médico, a saúde é uma questão eminentemente política e social que não pode dissociar-se da filosofia de vida e dos valores que imperam numa cultura.

Implementam-se novas e variadas políticas de saúde, elaboram-se declarações de intenção e direitos das populações, criam-se programas e planos de acção teóricos, quando na prática, é preterida a defesa intransigente, anónima e persistente do valor da vida e da pessoa, de tal modo, que os técnicos de saúde tratam diariamente doenças em vez de pessoas doentes.

Segundo o autor anteriormente referido, a saúde, tal como a doença, devem ser analisadas em duas grandes vertentes, nomeadamente a perspectiva evolutiva do desenvolvimento humano (da gestação à morte), e a perspectiva psicosocial do indivíduo considerado nos seus vários ecossistemas.

A saúde não depende de um único factor de equilíbrio seja ele de carácter biológico, psicológico ou socio-cultural, mas sim da capacidade e adequação de resposta dos mecanismos de defesa pessoais, sociais e culturais.

Para Pélicier (1992), as defesas do indivíduo constituem-se nos sistemas relacionais e de troca, que estabelece com os outros que o rodeiam.

Assim, a capacidade de amar, a capacidade de produzir e a capacidade de superar, contêm em si as soluções para as dificuldades existenciais, constituindo a trama da nossa própria existência, materializada nos mecanismos defensivos.

Falar de *Saúde Mental* é falar da pessoa humana, da sua família, do seu trabalho, dos seus amigos, dos seus lazeres, ou seja, da sua vida, vida pessoal e vida de relação.

Nesse sentido, a pessoa, a família e o ambiente, são verdadeiros sistemas que se inter-relacionam de uma forma dinâmica e constante. Como afirma Ortega e Gasset referenciado por Fonseca (1985), trata-se de “o Homem entre o eu e as circunstâncias”.

Segundo Pélicier (1992), ninguém adoce sozinho, ninguém está só na doença e ninguém se cura na solidão. O indivíduo não existe isolado mas sim em situação, na qual são envolvidas as coisas, os objectos, os outros que para ele são significativos.

Para além do seu corpo e funcionamento fisiológico, todo o Homem vive uma história psicológica com experiências muito variadas, através das quais é inserido nas suas relações com a sociedade, com o mundo social que o ultrapassa através de leis e organizações, com o mundo da cultura e com o ambiente geográfico no qual se situa.

Em todo este processo existem trocas, conflitos e alianças, resultantes da relação do Homem com os outros Homens.

Tendo em consideração estes aspectos, poderemos dizer que o Homem “*só possui boa saúde mental quando o seu organismo se encontra em equilíbrio funcional susceptível de lhe permitir uma boa adaptação social*”, (Fonseca, 1985:277).

O Homem são ou doente, é um ser não esquematizável, fortemente imprevisível, original e historicamente único. Por isso, o Homem doente, como afirma Pélicier (1992), é antes e acima de tudo um *Homem*.

Segundo este autor, o **ser** é superior ao **ter**. Então, o doente não permanece doente 24 horas sobre 24 horas, mas reserva sempre um espaço de liberdade onde ele é mais ele, é mais saudável e por isso mesmo, menos doente. Tal facto acontece, porque a doença não **toca** o **ser**. Ela obscurece-o, esbatendo as suas capacidades mas não o anula.

Assim sendo, as doenças mentais representam a imagem de espaços obscuros onde é difícil reconhecer o caminho, nomeadamente a entrada e a saída, sem ser guiado, respectivamente pelos técnicos ou pela farmacologia.

Nas últimas décadas, um grande número de autores tentou definir o que entende por saúde mental.

Glasser (1970), defende que o ser humano com saúde mental, é aquele que consegue agir de facto, consegue obter algum grau de felicidade e consegue chegar a atingir algo em benefício de si mesmo, dentro das normas da sociedade em que vive.

Morgan e Johnston, referidos por Hood e cols (1995), definem saúde mental como a habilidade de se ajustar a novas situações, reagir a problemas pessoais sem sofrimento marcante e contribuir de maneira produtiva à sociedade.

Para estes autores, o grau de saúde mental de um indivíduo pode flutuar em cada dia e em cada situação, ainda que seja mantida uma consistência global.

Ou seja, a vida psíquica não é estável. Sem mudar a personalidade, o indivíduo pode transformar completamente os seu pontos de vista, facto que se vai reflectir na sua conduta quotidiana.

Tendo em conta o que referimos anteriormente, a unidade do EU, pelo menos relativa, é condição imprescindível para o equilíbrio mental. Isto permite ao indivíduo encarar-se como uma pessoa responsável, assumindo uma certa continuidade, uma certa consistência suficiente nas suas respostas intelectuais e afectivas.

Saúde mental é sem dúvida um conceito subjectivo, vivenciado por cada um, consoante as suas experiências de vida e a forma como elas toldaram a sua personalidade.

É uma forma de estar, de superar as adversidades do quotidiano, sem pôr em risco a integridade total do indivíduo.

Ter saúde mental é acima de tudo, uma forma equilibrada de viver.

1.4 - A SAÚDE MENTAL E A DEPRESSÃO

Por tudo o que dissemos até ao momento, deduzimos não ser possível manter em psiquiatria, uma rigidez de conceitos no que se refere à definição de doença.

Segundo refere Fonseca (1985:323), é designado por doença “*todo o quadro clinico em que se pode definir com certo rigor uma etiologia, uma patogenia e uma evolução*”, sendo quadro clinico um processo, reacção ou desenvolvimento da situação patológica.

A grande maioria das perturbações do foro psíquico, apresentam-se como agrupamentos de sintomas que se observam associados e cuja etiopatogenia é desconhecida ou de natureza múltipla. Por este motivo, não são compreendidas como doenças, mas sim como **síndromes**, designação proposta por Hoche, referenciado por Fonseca (1985).

Na realidade, em psiquiatria uma mesma causa produz efeitos distintos no mesmo indivíduo, ou em indivíduos diferentes, tal como a mesma sintomatologia pode ter causas variadíssimas. Tudo isto depende da intensidade do estímulo etiopatogénico, da idade, estado psicológico e experiências de vida do indivíduo.

Na psiquiatria nada é determinante, tal como não existem relações de causalidade directa..

Para Fonseca (1985), a susceptibilidade do indivíduo e o ambiente, são parâmetros importantes a considerar na patogenia psíquica. Assim, a hereditariedade e a personalidade, bem como um ambiente afectivo-emocional equilibrado, ou não, seriam factores predisponentes ao desencadear de uma perturbação psíquica. Ou seja, verificar-se-ia uma constante dialéctica entre a constituição e o meio.

Ao longo do percurso evolutivo da psiquiatria, vários foram os autores que tentaram encontrar uma sistematização adequada para as diversas manifestações da patologia psiquiátrica, procurando uma base de tipo causal.

Kraepelin, referenciado por Fonseca (1985), definiu dois grandes grupos de causas patológicas em psiquiatria, nomeadamente : *os factores de natureza endógena* e *os factores de natureza exógena*.

Os factores de natureza endógena, correspondem a tudo aquilo que vem de dentro do indivíduo, que faz parte da sua natureza, da sua constituição, da sua estrutura e do seu ser.

Os factores de natureza exógena, correspondem a agentes exteriores ao organismo, cuja acção se mostra capaz de desencadear o aparecimento de síndromes psicopatológicos. Estes síndromes podem ser transitórios ou assumirem características irreversíveis se causarem lesões definitivas.

Esta é sem dúvida, uma das possíveis abordagens da etiopatogenia da doença mental, mas muitas mais há a considerar.

Não é nosso objectivo fazer um estudo exaustivo destas teorias, dado que até hoje não foi possível (provavelmente nunca o será), estabelecer uma dependência uniforme entre causa e efeito.

Na realidade, tudo gira entre os conceitos de biogénese e sociogénese. Qual a predominante? Onde começa uma e termina a outra? Todos são unânimes em afirmar que a doença é sofrimento, mas nem todo o sofrimento é doença.

Factores de risco e teoria da crise em saúde mental

No final dos anos 50, principio dos anos 60, o Congresso dos Estados Unidos da América, criou uma Comissão Conjunta sobre Doença e Saúde Mental, com o objectivo de analisar e avaliar os problemas humanos e

económicos provocados pela doença mental, bem como os recursos da comunidade no diagnóstico, tratamento e reabilitação destes doentes.

As conclusões dos legisladores foram várias, mas todos focaram a necessidade de implementar e desenvolver programas preventivos nesta área, com o objectivo de reduzir o risco de doença mental em toda a população, de tal modo que o seu número seja mínimo (Caplan, 1980).

A conceptualização de um modelo preventivo em Saúde Mental, corresponde a uma atitude de investigação e de intervenção. Segundo refere Cordeiro (1987), é necessário caracterizar profundamente a população cuja saúde mental se pretende estudar, efectuando estudos epidemiológicos da mesma, bem como a sua distribuição por variáveis.

O seu objecto de estudo prende-se fundamentalmente com os factores de equilíbrio que favorecem e protegem o desenvolvimento harmonioso, e as circunstâncias que potenciam a vulnerabilidade da pessoa e populações, como seja os **factores de risco** e a **crise**.

Por factores de risco, e tendo por base o preconizado pela Organização Mundial de Saúde em 1973, consideramos as características e condições de vida do indivíduo, que o tornam susceptível de desenvolver um processo patológico ou de sofrer os seus efeitos nocivos. Desta forma, o ambiente no qual o sujeito se move, desempenha um papel de relevo, condicionando de modo significativo a sua postura e comportamento nas diversas fases de vida (Cordeiro, 1987).

Relativamente à crise enquanto fenómeno, a sua conotação é variada dependendo do contexto em que é utilizada.

Do ponto de vista etimológico, a sua origem deriva do grego “krisis”, que significa **decisão** (Almeida, 1985).

Inicialmente esta palavra foi utilizada no contexto judicial, tendo posteriormente sido levada para o campo da medicina, cabendo esta responsabilidade a Hipócrates. Mais tarde, Galeno retoma o conceito Hipocrático de crise, ainda ligado ao contexto médico, para após o Renascimento, esse

mesmo conceito ser alargado a outras áreas do saber, nomeadamente à política, história, economia, religião, sociologia, etc.

A palavra crise deixou de ser pertença de uma única área e invadiu todos os contextos, perdendo um pouco a sua especificidade e precisão. A reformulação do seu significado surge no início dos anos 50, abarcando as implicações sociais e culturais de doença e de saúde.

No mesmo período, e fruto da política preventiva, surge nos Estados Unidos a teoria da crise em psiquiatria e saúde mental, desenvolvida por Lindemann e formalizada por Caplan. Este último aplicou os contributos de vários autores, dos quais destacamos Lowenstein, Erikson e Rapoport, utilizando assim, os suportes teóricos inerentes à psicologia do ego.

Segundo Caplan (1980), o modelo da teoria da crise baseia-se no pressuposto, de que o indivíduo para não adoecer mentalmente, necessita de “suprimentos” contínuos, compatíveis com o seu estadió de desenvolvimento.

Esses suprimentos traduzem-se em determinadas condições ou instâncias, que ao existirem em escassez quantitativa, ou em excesso, favorecem o aparecimento do distúrbio mental. A sua classificação é feita em três grupos, nomeadamente : - suprimentos físicos, psicossociais e socio-culturais.

Dos suprimentos físicos fazem parte a alimentação, o exercício, a habitação, tudo o que contribui para o crescimento, desenvolvimento e protecção do corpo, bem como para a manutenção da sua saúde.

Dos suprimentos psicossociais, fazem parte a estimulação do desenvolvimento das capacidades afectivas e intelectuais do indivíduo, através da interacção com a família e outras pessoas que para ele sejam significativas. A vida de relação, a vivência dos afectos e emoções, a necessidade de adquirir padrões de afirmação e controlo face à autoridade, assumem aqui a sua expressão máxima, permitindo ao indivíduo a modelação social da sua personalidade.

Finalmente, os suprimentos socio-culturais, incluem as influências que os valores de cada cultura e a forma como a sociedade está estruturada, exercem

sobre o desenvolvimento e funcionamento harmonioso da personalidade do indivíduo.

Caplan (1980) refere ainda que os três tipos de suprimentos estão intimamente relacionados, influenciando-se mutuamente. Por seu lado, o indivíduo não é visto em todo este processo como um mero espectador, mas como um elemento activo que é modificado e tem capacidade para modificar.

Em 1959, Erikson introduz o conceito de **crises de desenvolvimento**. Isto é, a personalidade do indivíduo desenvolve-se numa sucessão de fases diferenciadas, sendo cada uma delas qualitativamente diferente da seguinte.

Entre uma fase de desenvolvimento e a sua predecessora, “há períodos de comportamento indiferenciado, períodos transitórios, que se caracterizam por transtornos cognitivos e afectivos”, (Caplan, 1980:49).

Ao conjunto de todos estes períodos, Erikson chamou **crises de desenvolvimento**, as quais são extremamente importantes para a maturação do indivíduo. Dentro destas, podemos incluir períodos como a puberdade, a adolescência e a velhice.

No entanto, ao longo da vida de todo o ser humano, ocorrem períodos em que existe uma perturbação psicológica e conseqüentemente comportamental, desencadeada por situações de vida que levam à perda súbita de suprimentos básicos. Estes períodos podem ter a duração de dias ou semanas e foram denominados por Erikson como **crises acidentais**. Estas crises são vividas pelo indivíduo, no sentido de desenvolver mecanismos de ajustamento e adaptação, a um problema temporariamente insolúvel.

Habitualmente estes problemas traduzem situações novas nunca antes vividas, que o indivíduo não consegue resolver de imediato, utilizando os seus mecanismos de defesa e de interacção disponíveis. Podemos englobar nestes problemas, situações como a perda de emprego, a morte de alguém significativo, a ameaça à integridade física ou psíquica, um acidente, etc.

As perdas ou privações significativas, podem constituir momentos de reforço. A situação é aproveitada como uma oportunidade de crescimento e maturação da personalidade, através de novos projectos de vida, resultantes de esquemas de adaptação e de superação bem sucedidos da crise, o que permite olhá-la como algo de benéfico.

Contrariamente, o indivíduo pode revelar uma incapacidade para enfrentar e resolver os problemas da vida de um modo ajustado, devido a desgaste emocional, esforços de adaptação frustrados e perturbações do comportamento, o que fará da crise um período prejudicial e negativo (Gameiro, 1989).

De um modo sucinto, **crise** é a mudança intensa no contexto significativo da pessoa, traduzida por alterações a nível biológico, psicológico ou social, que altera a sua auto-imagem, a auto-avaliação e o comportamento, exigindo um esforço para manter o equilíbrio (Cordeiro, 1987); (Gameiro, 1989).

É um momento de risco em que o equilíbrio do indivíduo é posto em causa, pela confrontação da dificuldade do problema, com a importância que o sujeito lhe atribui, tendo em conta os recursos disponíveis no momento da resolução.

O seu processo de resolução varia de indivíduo para indivíduo, consoante a estruturação e maturação da personalidade, bem como das experiências anteriormente vividas. Por este motivo, o mesmo problema é encarado e resolvido de forma diferente por indivíduos diferentes.

Devido ao papel desorganizador e desestruturante da crise, o sujeito fica perturbado, vivendo sentimentos subjectivos de desconforto, traduzidos em angústia, medo, culpa ou vergonha, dependendo isto da natureza da situação. Os recursos pessoais diminuem, e por vezes o nível de stress é demasiadamente alto para as capacidades do indivíduo. Tudo é posto em causa e o nível habitual de eficiência em lidar com situações problemáticas, é mais baixo que o usual, resultando daí uma alteração da homeostasia psíquica.

Assim, a crise é vista como um conjunto de situações que ameaçam a integridade do indivíduo como pessoa, tendo em conta a sua perspectiva holística de ser bio-psico-social.

Segundo Gameiro (1989), as crises de vida (desenvolvimento e acidentais), independentemente da idade do sujeito, são os momentos em que mais se corre o risco de perder a saúde mental.

Estudos epidemiológicos efectuados no final dos anos 70 por Holmes e Rahe, citados por Kaplan (1990), revelam, que se um número crítico de crises de vida acontecesse a uma pessoa durante o período de um ano, ela correria o risco de contrair algum tipo de perturbação mental num futuro próximo.

No entanto, pesquisas recentes indicam que os acontecimentos externos podem por si só não ser suficientes para causar a doença mental. Para que esta ocorra, deverá existir a combinação de factores genéticos e de experiências de vida, dado que cada pessoa tem um limiar próprio de vulnerabilidade e capacidade inata, para vencer a instabilidade resultante de uma crise.

A problemática da depressão

Sempre que falamos em perda ou ausência de saúde mental, está imediatamente implícito um processo patológico, que envolve um distúrbio psíquico, com conseqüente alteração do comportamento do indivíduo.

Segundo Casquinha (1997), por ano em Portugal, cerca de 2 milhões de pessoas têm problemas de saúde mental, o que representa 1/4 da população total.

De todas as perturbações psiquiátricas, a depressão e a ansiedade são as mais frequentes, sendo designadas habitualmente por *perturbações mentais comuns*.

A problemática da depressão não é recente, dado que a sua presença tem sido registada desde a antiguidade, e descrições do que chamamos hoje distúrbios

do humor, podem ser encontrados em muitos documentos antigos, havendo inclusivamente casos descritos à cerca de 3 mil anos (Vaz Serra, 1990).

Nos textos de Hipócrates, é possível encontrar a descrição de situações depressivas típicas, às quais chamou *melancolia*. De facto, só no século passado e graças aos psiquiatras alemães, o termo *depressão* passou a fazer parte da linguagem médica (Schneider, s.d.).

Albuquerque et al (1993), afirma que a depressão é sem dúvida um enorme problema de Saúde Pública. Nos Estados Unidos, o National Institute of Mental Health estima que 30 a 40 milhões de pessoas sofrerão pelo menos de um episódio depressivo ao longo das suas vidas, sendo que 30 a 40% destes, terão pelo menos mais um episódio.

Segundo o mesmo organismo, em qualquer momento, 6% da população estará deprimida do ponto de vista clínico.

Em 1991, no mesmo país, as perturbações depressivas ocasionaram um gasto de 43.000 milhões de dólares, devido não só aos custos da terapêutica, mas também ao elevado absentismo por incapacidade de trabalhar (Muñoz, 1996).

Em Portugal a situação é semelhante, não se afastando das estatísticas existentes noutros países europeus. Estudos recentes apontam para o facto de existirem no nosso país cerca de 500 mil pessoas deprimidas, das quais aproximadamente 10% (50 mil), se encontram em alto risco de suicídio (Saraiva, 1995).

Em termos económicos, segundo um trabalho recente datado de 1992 e tendo em consideração os preços da altura, refere Casquinha (1997) que a depressão “gasta” à sociedade portuguesa 246 milhões de contos, o que representa uma verba superior a 50% do orçamento do Sistema Nacional de Saúde. Este valor inclui custos directos com os processos de diagnóstico e tratamento, e custos indirectos com o absentismo laboral, a redução da produtividade, a diminuição da qualidade de vida e a mortalidade prematura, dado que 50% dos suicídios são devidos a depressão.

Desta forma, a patologia depressiva tem importantes repercussões a nível social e económico, motivo pelo qual representa uma das grandes preocupações dos técnicos de saúde e dos economistas, em virtude dos seus custos directos e indirectos atingirem valores tão elevados (Paiva e Silva, 1996).

Segundo Vaz Serra (1996), a depressão é um fenómeno universal, na medida em que pode afectar indivíduos de ambos os sexos, de qualquer idade, de qualquer classe social, nível de instrução, nível cultural, religião e ideologia.

Ao longo da história, vários foram os indivíduos famosos que sofreram de depressão.

Na poesia portuguesa, a temática depressiva é rica, fazendo parte do trabalho de alguns dos nossos melhores poetas como Luís de Camões, Florbela Espanca e Mário de Sá Carneiro entre outros (Almeida, I. e Almeida, F., 1993).

Vulgarmente designada por doença psíquica ou mental, afirmação não incorrecta porque pertence ao domínio da psiquiatria, a **depressão** é na realidade uma doença global, na medida em que afecta o indivíduo no seu todo, ou seja, corpo e espírito. Esta nomenclatura dicotómica espartilha o Homem, quando na realidade ele é uma entidade única, onde a fronteira entre corpo e espírito não existe, permitindo assim um resultado final harmonioso.

Segundo Schneider (s.d.), a depressão é um estado patológico que se manifesta sozinho, ou associado a outras perturbações de natureza física ou psíquica e que se torna reconhecível por diversas manifestações e sintomas.

Para Fonseca (1985) quando falamos em depressão, pretendemos designar em sentido lato, a inibição ou lentificação de uma ou várias funções psicofisiológicas como seja a função alimentar, a função locomotora e a função sexual, de entre outras. Todo este processo envolve a perda ou a diminuição da iniciativa e da capacidade vital, acompanhada de um certo grau de desespero assente sobre um sentimento de culpa. Isto gera a incapacidade em utilizar a sua liberdade de escolha e conseqüentemente, a perda do prazer de usufruir da própria vida.

De acordo com Albuquerque (1995), a depressão representa um quadro de sofrimento global e totalitário, que vai para além da tristeza, adquirindo características anímicas muitas vezes profundas e suficientemente penosas, para interferir com a vida do indivíduo, no que se refere à sua afectividade, capacidades intelectuais e capacidades físicas.

Isto significa que a depressão como sofrimento, ocupa todo o espaço de vida do sujeito, mandando em todas as suas actividades, de modo a torná-lo limitado.

Poderemos então dizer de forma sucinta, que a depressão se traduz numa entidade clínica, caracterizada por uma modificação prolongada do estado de humor, acompanhada de modificações mais ou menos marcantes das perspectivas e projectos pessoais, bem como de importantes alterações nas funções biológicas do sujeito (Vaz Serra, 1996).

Quando falamos em humor, referimo-nos ao estado emocional interior de um indivíduo, cujo conteúdo é expresso exteriormente através dos afectos (Kaplan, 1990).

A sintomatologia depressiva

Num quadro depressivo, a alteração do estado de humor é a característica mais importante e mais marcante, podendo manter-se durante meses ou até anos.

Manifesta-se por um estado permanente de tristeza, sentimentos de culpa, perda de energia, desinteresse pela vida, bem como pensamentos de morte e suicídio. A pessoa é incapaz de se sentir alegre ou feliz e o desprazer é permanente e contínuo.

Os projectos pessoais e as perspectivas de vida deixam de ter significado e o futuro torna-se mais curto ou simplesmente deixa de existir. Não consegue manter a sua actividade laboral ou preencher os tempos livres como fazia

anteriormente. Torna-se apático e inactivo, de tal modo que quando a situação se agrava, os actos mais elementares do quotidiano como lavar-se , vestir-se, arranjar-se e comer, tornam-se tarefas pesadas e insuperáveis.

O indivíduo filtra selectivamente os estímulos exteriores, enfatizando o que é penoso e negativo e minimizando o que é agradável e positivo. Daí resulta uma atitude depreciativa, evocando constantemente os acontecimentos desagradáveis, o que contribui lentamente para a perda da sua auto-estima, devido a uma visão negativa do mundo e de si mesmo (Kaplan, 1990) e (Vaz Serra, 1996).

Relativamente às convicções e crenças religiosas, estas podem tornar-se exacerbadas ou pelo contrário diminutas.

Quando a ideação suicida está presente de forma vincada, um sentimento religioso forte, pode funcionar como elemento frenador do suicídio. Contrariamente, a ausência desse sentimento, pode tornar-se um factor facilitador (Vaz Serra, 1996).

Nas relações interpessoais, o sujeito deprimido torna-se por vezes incomodativo. Queixa-se com frequência da sua sintomatologia e de como a vida lhe é agreste. Torna-se dependente, manipulador e por vezes hostil, desviando os seus sentimentos e comportamentos agressivos para aqueles que o rodeiam mais de perto. Por este facto, os outros consideram-no um mau companheiro, dispensando a sua presença.

Todos estes aspectos concorrem para que o indivíduo deprimido passe a estar isolado e pouco participativo, acabando por diminuir os contactos sociais, com consequente afastamento do grupo a que pertence (Vaz Serra, 1990).

A sua apresentação clássica, revela uma lentificação psicomotora generalizada, uma postura curvada sem movimentos espontâneos, uma mimica pobre e um olhar abatido e desviado.

A comunicação verbal é diminuta, apresentando uma redução na velocidade e no volume da voz. Responde às perguntas com uma única palavra ou com monossílabos, demorando algum tempo para o fazer.

Do ponto de vista cognitivo, cerca de 10% dos indivíduos deprimidos tem sintomas marcados de uma perturbação do pensamento, normalmente lentificação, bloqueio, pobreza de conteúdo e/ou da linguagem. Referem diminuição da concentração e dificuldade em lembrar acontecimentos já vividos, embora a orientação relativamente ao espaço, tempo e pessoa, seja mantida (Kaplan, 1990).

A indecisão é persistente e faz-se acompanhar por ideias de culpabilidade, considerando o seu desempenho pior do que na realidade é (Vaz Serra, 1990).

Relativamente ao aspecto biológico, há uma série de funções necessárias à sobrevivência do indivíduo e da espécie, que se alteram quando o indivíduo se deprime. Referimo-nos concretamente ao sono, ao apetite, ao peso, à libido e às variações diurnas de humor (Vaz Serra, 1996).

As alterações do sono são extremamente frequentes. A dificuldade em adormecer é a manifestação mais habitual (insónia inicial), sendo acompanhada de preocupações de toda a ordem que povoam os pensamentos do indivíduo. É também frequente adormecer e 2 ou 3 horas depois, acordar sem conseguir conciliar de novo o sono (insónia tardia), acabando por se levantar cansado e abatido.

Existem situações extremas, em que o indivíduo não consegue dormir durante toda a noite (insónia total), o que poderá contribuir para a germinação de ideias suicidas (Fonseca, 1988). Em certos casos ainda, é possível ocorrer uma grande vontade de dormir (hipersónia), que frequentemente se prolonga por todo o dia, impedindo o indivíduo de realizar qualquer actividade.

Em termos genéricos, podemos dizer que o sono do indivíduo deprimido, por excelso ou por defeito, perde sempre qualidade. As suas alterações mantêm-

se de dia para dia e não estão directamente relacionadas com situações geradoras de stress (Vaz Serra, 1996).

O apetite e o peso podem estar aumentados ou diminuídos, sem que nenhuma dieta tenha sido instituída. Estes dois aspectos apresentam uma relação de dependência entre si, de tal modo que o aumento ou diminuição do apetite, traz o aumento ou diminuição do peso.

Do mesmo modo, a libido pode estar aumentada ou diminuída. No entanto, é frequente ocorrerem perturbações de natureza sexual, caracterizadas por diminuição do interesse, da frequência e da capacidade de resposta sexual.

O estado de humor do indivíduo deprimido pode variar ao longo do dia, bem como de dia para dia. Ou seja, pode sentir-se mais bem disposto no início do dia e pior ao fim do mesmo, ou verificar-se exactamente o contrário. Do mesmo modo, pode estar mais animado uns dias do que noutros, sem que exista qualquer razão aparente para tal (Vaz Serra, 1996).

Apesar das inúmeras alterações já mencionadas, habitualmente o sujeito deprimido refere várias queixas somáticas. Cansa-se com facilidade e diz sentir-se fatigado permanentemente. Refere perturbações digestivas como náuseas, vómitos, dificuldade na digestão e obstipação. Pode também referir perturbações cardíacas, renais, respiratórias e inclusivamente da visão. Cefaleias, boca seca, sensação de aperto na garganta, e mãos frias e suadas, são também queixas frequentes. Por vezes, refere ainda fotofobia e incapacidade para ouvir o mais pequeno ruído.

Por tudo o que atrás referimos e em jeito de síntese, podemos afirmar que *“a depressão, uma vez instalada, tira o sabor à vida”* (Vaz Serra, 1990:14). As coisas perdem o “colorido” e o que era importante até então, perde todo o seu significado.

Em algumas situações, o indivíduo não consegue explicar o porquê desta mudança, mas sabe reconhecer que precisa de ajuda.

Aspectos etiológicos da depressão

Como a grande maioria das perturbações do foro psíquico, também a etiologia exacta da depressão permanece obscura. Várias são as teorias aventadas, mas nenhuma detém a verdade absoluta, tão grande é a complexidade deste fenómeno.

No entanto, a maioria dos peritos aborda a multicausalidade na origem da depressão, sem apontar qual o factor predominante.

Para Vaz Serra (1996), a depressão como entidade clínica, surge do cruzamento de factores predisponentes e precipitantes.

Como predisponentes, considera as circunstâncias de natureza genética ou natureza psicológica, propícias a que uma pessoa venha a apresentar uma depressão.

No contexto de determinar a etiologia genética para as perturbações depressivas, segundo refere Fonseca (1988), a partir dos anos 30, vários autores passaram a dedicar-se à investigação hereditária destas perturbações, seguindo o método dos agrupamentos familiares, dos aglomerados populacionais ou ainda o dos gémeos.

Alguns destes estudos, referidos por Tabora & cols.(1996), demonstraram uma vulnerabilidade à doença depressiva, transmissível em famílias, sugerindo assim um papel genético na sua fisiopatologia. Do mesmo modo, o estudo de famílias com este tipo de distúrbio, confirma uma prevalência desta situação 2 a 3 vezes maior nos seus familiares, do que em familiares pertencentes a famílias controle.

Na prática clínica, se por vezes se encontram numerosos casos de depressão entre os elementos de uma mesma família, também é verdade que se encontram indivíduos gravemente deprimidos, em famílias em que mais nenhum outro elemento o é.

Em estudos gêmeares cujos progenitores apresentavam distúrbios depressivos, foram obtidas evidências de que gémeos monozigóticos, seriam muito mais concordantes para esses distúrbios, do que gémeos dizigóticos (Schneider, s.d.).

Segundo os geneticistas, é provável que exista um papel hereditário no aparecimento de certas formas depressivas. No entanto, como afirma Taborda & cols. (1996), a transmissão genética parece ser multifactorial ou assumir uma forma mais complexa, do que uma simples herança ligada a um único gene responsável.

As dúvidas persistentes sobre a etiologia das perturbações depressivas, conduziu a uma intensificação da pesquisa no campo da bioquímica, com a finalidade de tentar encontrar deficiências ou aumentos das substâncias neurotransmissoras (Fonseca, 1988).

O influxo nervoso que é uma onda de despolarização, provoca a libertação de neuro-mediadores ou neuro-hormonas, que têm uma função de transmissores na extremidade dos axónios.

Essas substâncias, nomeadamente a noradrenalina, a serotonina, a dopamina e a acetilcolina, fixam-se nos receptores dos neurónios associados, ou nos próprios receptores do neurónio emissor. De acordo com os vários sistemas implicados e a natureza dos neuro-mediadores, é possível observar este ou aquele efeito de excitação ou de inibição (Thompson, 1984).

Sabe-se que o papel dos neuro-mediadores centrais, importantes na produção de um estado depressivo, se encontra reduzido comparativamente à informação do sistema nervoso periférico (Pélicier, 1992).

Segundo Fonseca (1988), foram encontradas baixas taxas de metabolitos da serotonina na urina e líquido céfalo-raquidiano de alguns doentes deprimidos, bem como no cérebro de alguns suicidas. De igual modo, também a taxa de metabolitos da noradrenalina estava baixa.

Apesar das investigações permanentes, o mundo da ciência continua sem saber de modo absoluto, se as alterações bioquímicas são a causa, ou a consequência das perturbações depressivas (Fonseca, 1988).

Relativamente aos factores precipitantes, referidos por Vaz Serra (1996), consideram-se todas as circunstâncias do ambiente, susceptíveis de potenciarem as vulnerabilidades genéticas ou psicológicas, que o indivíduo apresenta.

Todo o ser humano ao longo da sua vida é sujeito a situações de stress, desencadeadoras de crises, as quais exigem uma resposta por parte do indivíduo, visando o seu equilíbrio psíquico, físico e social. Se a maioria das pessoas resolve as crises de forma saudável sem se deprimir, então a vulnerabilidade à depressão varia de indivíduo para indivíduo (Newton, 1996).

Segundo esta autora, os factores de vulnerabilidade estão intimamente ligados ao tipo de apoio que o indivíduo recebeu no seu passado e o apoio que sente no momento actual, da parte daqueles com quem estabelece relações mais próximas. O apoio recebido durante a infância por parte dos pais ou substitutos, revela-se de uma importância crucial.

Brown et al. (1985), referenciado por Newton (1996), realizaram um trabalho de pesquisa, onde foi possível mostrar que a falta de atenção e cuidados durante a infância, está relacionada com uma maior vulnerabilidade à depressão na idade adulta, dado o tipo de personalidade que se estrutura.

Na realidade, todas as investigações no domínio da hereditariedade das doenças mentais, são extremamente complexas.

Desde o nascimento, o ser humano inicia o processo de socialização, através da modelação efectuada pelo meio onde vive e sobretudo pelas pessoas que dele se ocupam directamente. O inato e o adquirido mesclam-se e torna-se difícil definir com clareza, o que é que o homem possui desde que nasce e o que recebeu do ambiente e das relações com os outros.

Exceptuando algumas perturbações psíquica ou neuropsíquicas em que a hereditariedade é inegável e cuja transmissão se conhece, no domínio psiquiátrico

e segundo refere Schneider (s.d.), situamo-nos em quadros patológicos muito variados em que as influências do ambiente, sejam elas físicas, intelectuais, afectivas ou sociais, interferem sempre com a hereditariedade.

Os acontecimentos traumáticos da vida como problemas familiares, o stress diário, a morte de alguém querido, as doenças somáticas, problemas financeiros, desenraizamento social, e conflitos laborais entre outros, podem funcionar como factores de risco desencadeantes, ou facilitadores de episódios depressivos.

Existem várias correntes teóricas, que defendem as influências psicossociais ou os acontecimentos stressores que referimos anteriormente, como possíveis factores etiológicos dos quadros depressivos.

Destacamos nomeadamente as teorias psicodinâmicas, teorias comportamentais, teorias cognitivas, e teorias interpessoais. Aparentemente diferentes, as diversas teorias apresentam hipóteses etiológicas com pontos concordantes, (cujo conteúdo não explanaremos por não ser esse o nosso objectivo), fazendo parte de um complexo único ainda por esclarecer - *a causa da depressão* (Taborda & cols., 1996).

Factores influentes na manifestação depressiva

Se a etiologia da depressão é multicausal, a sua manifestação, isto é, a incidência e prevalência, é multifactorial. Ou seja, é influenciada por vários factores, tal como a *cultura*, a *idade*, o *sexo*, o *grau de instrução*, o *estatuto social*, o *estado civil*, o *local de residência* e o próprio *clima*.

Segundo Vaz Serra (1996), o *ambiente social e cultural* no qual o indivíduo se insere, pode determinar o significado da depressão, considerando-a uma doença psíquica, ou uma manifestação resultante da intervenção de espíritos, rituais mágicos ou influências astrais.

Para Pélicier (1992), certos tipos de cultura tem tendência a enfatizar ou reduzir a importância da depressão. Quando a cultura valoriza os laços entre indivíduos, substituindo a noção de individualidade à de comunidade, pode constituir um meio reducionista para os estados depressivos.

De acordo com o mesmo autor, a depressão constitui um meio cultural à disposição do indivíduo, com a finalidade de “fugir” a situações, para as quais não encontra solução. É uma forma de protecção e de economia do sofrimento.

A *idade* é outro dos factores que modifica a expressão sintomática da depressão. Consoante a fase da vida em que o indivíduo se encontra relativamente ao seu nível etário, assim é a manifestação depressiva.

Por exemplo, enquanto o adolescente manifesta irritabilidade e/ou agressividade, agitação psicomotora, sentimentos de auto-punição e auto-acusação, entre outros (Canavarro, 1997), o idoso manifesta tendência ao isolamento, pessimismo, bem como a interiorização de sentimentos e emoções (Marques e David, 1997).

Segundo Ramalheira (1996), estudos recentes revelam que a taxa de prevalência da depressão diminui com a idade, contrariando o tradicionalmente aceite. Assim, existe um maior número de depressões entre os jovens adultos, e uma diminuição progressiva da mesma, à medida que a idade avança. Simultaneamente, verifica-se uma diminuição da idade média de início da doença depressiva, actualmente estimada em cerca de 27 anos.

Relativamente ao *sexo*, todos os autores são unânimes em afirmar que a taxa de incidência e prevalência da depressão, é significativamente maior nas mulheres do que nos homens.

Referenciando Gregory (1997), nos Estados Unidos da América, em média, é diagnosticada a depressão em duas mulheres por cada homem. Assim, a prevalência da depressão grave ao longo da vida é de 21,3% nas mulheres comparada com 12,7% nos homens.

Embora nos vários estudos efectuados, as taxas e proporções tenham variado, a preponderância da depressão nas mulheres é consistente, independentemente da cultura onde o estudo foi realizado.

Várias tem sido as hipóteses consideradas, para explicar esta diferença de morbilidade entre os sexos. Diferenças genéticas, factores endocrinológicos bem como o efeito do ciclo menstrual e da menopausa, e os diversos aspectos sociológicos e económicos que condicionam a vida da mulher, provocando diferentes experiências vivenciais entre elas e os homens.

Um grupo de investigadores, revelou que os principais factores de risco de depressão na mulher, são a ausência de um confidente, baixo nível de instrução (inferior ao ensino secundário), exercer unicamente actividade doméstica com filhos pequenos para criar, relação conjugal instável, sentimentos de solidão e falta de ajuda (Gregory, 1997).

Na realidade para Schneider (s.d.), as condições psicossociais da mulher doméstica, desempenham eventualmente um papel importante no sentimento de desvalorização da sua actividade e de frustração das suas necessidades de autonomia.

No decurso deste século, o papel social da mulher sofreu uma profunda transformação. A sua entrada em determinadas áreas do mercado de trabalho exclusivas do homem e o repartir das responsabilidades domésticas e educacionais da prole, permitiram-lhe uma maior autonomia e reforço dos sentimentos de auto-estima e auto-imagem. No entanto, e apesar de tudo isto, as estatísticas continuam a conferir à mulher uma maior taxa de depressão.

Estes resultados tem sido questionados, e a razão de 2 mulheres para 1 homem com patologia depressiva, tem levantado alguma celeuma

De acordo com Endicott, referênciada por Gregory (1997), a depressão nos homens está sub-diagnosticada, dado que estes omitem a sintomatologia, não pedem medicamentos e muitas vezes recusam-se a procurar ajuda clinica. Além

disso, e devido a contextos sociais e culturais, o homem não se sente à vontade para admitir que está triste, deprimido ou angustiado.

Ramalheira (1996) chama a atenção para o facto de muitos dos estudos epidemiológicos, ocorrerem em consultas de psiquiatria ou em outros serviços assistenciais, em virtude de existirem grandes diferenças ligadas ao sexo, na procura de cuidados de saúde. De facto, são as mulheres que mais recorrem aos serviços de saúde, o que poderá distorcer os resultados dos trabalhos de investigação, quando aí realizados.

Segundo o mesmo autor, os estudos de base comunitária efectuados, tem revelado diferenças reais que confirmam a proporção de 2:1, ou seja, as taxas observadas no sexo feminino são 1,5 a 2 vezes maiores do que as correspondentes ao sexo masculino.

Endicott citada por Georgy (1997), afirma não se saber ao certo se as mulheres têm realmente mais sintomas depressivos, se os homens têm sintomas diferentes, ou simplesmente desvalorizam os sintomas que têm.

Conforme um estudo de Vaz Serra et al.(1973), referênciado por Vaz Serra (1996), foi possível comprovar que a sintomatologia das mulheres era diferente da dos homens. Assim, as mulheres evidenciavam mais o choro, o pessimismo, a tristeza e o desejo de auto-punição, enquanto nos homens sobressaía o sentimento de culpabilidade, a insatisfação e os pensamentos e desejos suicidas.

De um modo simplista e genérico, e tendo em linha de conta tudo o que anteriormente dissemos, podemos afirmar que o sexo condiciona a forma como se vive a depressão.

O *grau de instrução* bem como o *estatuto social*, são outros dos factores que se pensa terem algum efeito na sintomatologia depressiva. Vaz Serra e Ponciano (1980) referênciados por Vaz Serra (1996), puderam comprovar que sujeitos com um grau de instrução mais elevado, têm tendência a interiorizar os sintomas e assumir uma postura não demonstrativa. Revelam assim uma

depressão essencialmente cognitiva, na qual o indivíduo está em crise consigo mesmo.

Contrariamente, os indivíduos com um baixo grau de instrução tendem a deprimir-se de uma forma demonstrativa e afectiva. Exteriorizam a sintomatologia, hipervalorizando as suas queixas no relacionamento com os outros.

O *estatuto social*, objecto de estudo de algumas investigações, está de certo modo relacionado com o grau de instrução. Há alguns indícios, não devidamente fundamentados, de que grupos sociais com estatuto elevado, têm tendência a deprimir com mais facilidade, dado o alto teor de stress a que estão sujeitos para desempenharem com eficácia as suas funções sociais (Schneider, s.d.).

Segundo refere Ramalheira (1996), o Epidemiologic Catchment Areas (ECA), estudo em larga escala desenvolvido em cinco áreas específicas dos Estados Unidos da América e patrocinado pelo National Institute of Mental Health (agência do governo americano), revelou a existência de relação entre o *estado civil* e a depressão.

Foi possível estabelecer uma associação consistente entre estes dois aspectos, dado que as taxas mais elevadas de depressão, foram encontradas em indivíduos divorciados. Os não casados situavam-se numa posição intermédia, enquanto os casados seriam os menos atingidos.

De referir que estes estudos são pertinentes no contexto em que são efectuados, mas a transposição dos resultados para outras culturas, poderá não ser de todo aplicável. Além disso, em trabalhos da mesma índole, outros autores obtiveram resultados diferentes.

Em estudos sobre o estado civil da mulher com depressão, Schneider (s.d.) refere que são sobretudo as mulheres casadas as mais afectadas. Afirma ainda que o casamento parece “proteger” o homem, e ser nocivo para a mulher.

Relativamente ao *local de residência* urbano ou rural, parece haver uma relação consistente com a depressão, embora as razões sejam ainda muito incertas. Segundo Ramalheira (1996), é nos meios urbanos que se verifica um aumento da patologia depressiva, bem como nos meios que passam por um processo de transição do rural para o urbano.

O homem rural muitas vezes vive regulado pelas estações do ano, e os seus trabalhos são dirigidos ao mesmo tempo pelo clima e pelos ciclos dia/noite. Sujeito a uma cultura urbana que substitui a cronobiologia natural por uma cronobiologia de carácter social, administrativa ou regulamentar, sentirá provavelmente grandes dificuldades em se adaptar de modo ajustado (Pélicier, 1992).

A massificação humana, a invasão do espaço pessoal, a não identificação com os espaços de origem, a pressão constante de um quotidiano regido pelo tempo e a partilha involuntária de espaços, poderão justificar eventualmente a predominância da depressão nos meios urbanos.

No que se refere à partilha de espaços, Fischer (1994) descreve um sentimento de desconforto mais ou menos pronunciado, provocado por uma situação de densidade (relação simples de um número de indivíduos com um espaço disponível), ao qual chamou *amontoamento*.

O amontoamento é um estado psicológico, uma sensação negativa provocada pelo stress, devido ao facto do sujeito estar num lugar do qual esperava conforto ou satisfação, e onde existem demasiadas pessoas para o seu gosto.

De salientar que o amontoamento não é exclusivo do espaço citadino, mas como refere o mesmo autor, é de facto nas cidades, onde a delimitação geográfica é marcante e a densidade populacional elevada, que se verifica mais este fenómeno.

O *clima* e as suas influências na manifestação da sintomatologia depressiva e de outras perturbações do humor, é algo que tem interessado os

investigadores. A distribuição sazonal destas perturbações, tem sido comprovada por vários estudos em diversos países, como refere Boto et al.(1991).

Em 1985, Pio Abreu e I.C.Pires, referênciados por Boto et al.(1991), comprovaram essa distribuição em Portugal. Realizaram um estudo longitudinal de 34 doentes de ambos os sexos, tendo sido possível verificar, que nos equinócios havia um predomínio de depressões, enquanto que nos solstícios havia um predomínio de outras perturbações do humor.

De salientar, que nem todos os estudos realizados são concordantes com estes resultados, o que origina alguma discussão em torno de erros metodológicos e variáveis não controladas como as alterações climáticas.

Num estudo realizado em Portugal, na zona de Coimbra, por Boto, Craveiro e Pio Abreu publicado em 1991, foi possível identificar algum grau de relação entre depressão e factores climáticos. Deste modo, os períodos de baixa temperatura eram precedidos por uma maior incidência de internamentos por depressão. Tal como no estudo de 1985 referido anteriormente, foi possível encontrar um predomínio de depressões no equinócio da Primavera.

Recentemente, concretamente na última década, a fototerapia passou a ser usada em doentes com depressão sazonal de Inverno. Esta modalidade terapêutica, consiste na sujeição do doente, ao tratamento com luz brilhante de alta intensidade, que mimetiza a luz solar (Taborda & cols., 1996).

Segundo o mesmo autor, a fototerapia mostrou-se eficaz num sub-grupo de doentes com depressões recorrentes, cujas fases depressivas ocorriam durante o Inverno, quando o período de luz do dia é menor. Os últimos estudos, referem uma eficácia terapêutica de 60% a 70%, o que tem sedimentado a teoria acerca da importância da luminosidade nas manifestações depressivas.

A classificação dos quadros depressivos

Ao longo do quotidiano, o homem vive sentimentos de vária ordem que lhe incutem sensações de bem estar e sensações de mau estar. Tristeza, desapontamento e frustração, entre outros, são alguns dos sentimentos que povoam o percurso existencial de todo o ser humano. Todos, em qualquer altura da nossa vida nos sentimos deprimidos, sem que essa alteração de humor traduza um estado patológico.

Segundo Morais (1996), os limites entre o estado de humor depressivo normal e o estado anormal (patológico), não estão totalmente clarificados e a concordância entre clínicos e investigadores não é unânime.

Sem critérios de diagnóstico validados e aceites, a identificação dos casos depressivos é extremamente variável, podendo inclusivamente ser subjectiva. Este facto impede determinar as incidências e prevalências, bem como torna restritos e questionáveis os estudos epidemiológicos, sendo isto um entrave à investigação.

De acordo com Fonseca (1988), a primeira tentativa de ordenar uma classificação dos quadros depressivos, foi efectuada por Kraepelin, um psiquiatra alemão. Este considerou dois tipos de depressão, nomeadamente a endógena e a exógena, também conhecida como reactiva ou psicógena.

A depressão endógena, põe em evidência os factores predisponentes de natureza hereditária.

A depressão exógena, põe em evidência as vulnerabilidades psicológicas do indivíduo, adquiridas ao longo do seu desenvolvimento. Correspondem a reacções do sujeito provocadas por diversos factores do ambiente geradores de stress.

Esta classificação dicotómica, embora com alguma contestação, foi-se mantendo até meados do século XX, altura em que a psicofarmacologia despontou em toda a sua grandiosidade.

Verificou-se que os diversos tipos de antidepressivos desencadeavam distintas reacções terapêuticas, consoante as características apresentadas pelos diversificados quadros depressivos. Isto levou à necessidade de encarar de novo o problema, surgindo então um novo esquema classificativo proposto por Feighner et al. em 1972, respectivamente depressão primária e depressão secundária (Fonseca, 1988).

Depressão primária é aquela em que a perturbação fundamental é a do humor (natureza afectiva), sem antecedentes psiquiátricos de outra natureza, e sem que tenha existido qualquer doença somática como factor precipitante.

Depressão secundária é a que se desenvolve a partir de outro quadro clinico psiquiátrico, ou quadro clinico de natureza orgânica (Morais, 1996).

Podemos dizer que as diversas classificações se baseiam em possíveis etiologias e/ou na forma como se apresentam clinicamente. Regra geral são dicotómicas e na literatura podemos encontrar vários termos e descrições, nomeadamente : depressão *neurótica* versus depressão *psicótica*; depressão *reactiva* ou *exógena* versus depressão *endógena*; depressão *agitada* versus depressão *inibida*; depressão *major* versus depressão *minor*; depressão *atípica* versus depressão *sazonal*; depressão *crónica* versus depressão *recorrente breve* e ainda depressão *do idoso* e depressão *mascarada* entre outras (Taborda, 1996).

Com a finalidade de estabelecer uma maior unanimidade e precisão nos diagnósticos depressivos e psiquiátricos em geral, torna-se imperioso proceder à sistematização nosográfica, sendo utilizado para o efeito, classificações internacionais, as quais são revistas periodicamente.

Como já tivemos oportunidade de referir, as dificuldades em definir concretamente muitas das causas das doenças psíquicas, dado o valor multidimensional da sua etiologia, tornam precárias todas as sistematizações que até à data se efectuaram.

Actualmente, a classificação nosográfica das doenças mentais, é assegurada por vários autores e entidades. No entanto, a classificação mais

utilizada é a preconizada pela Organização Mundial de Saúde conhecida pela abreviatura **CID 10** (Classificação Internacional das Doenças Mentais, 10ª revisão, publicada em 1992), e a preconizada pela Associação Psiquiátrica Americana conhecida pela abreviatura **DSM IV** (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edição, publicada em 1993).

Inicialmente com algumas divergências relativamente à classificação da depressão, a última revisão sofrida pelo CID 10 e pelo DSM IV, veio de certa forma uniformizar este aspecto, agrupando todas as depressões sob o grupo classificativo de **perturbações do humor (afectivas)**.

Este facto veio de certa forma diminuir a confusão terminológica, facilitando a comunicação entre os técnicos de saúde e de saúde mental em particular, independentemente da classificação que utilizem (Morais, 1996).

Em Portugal, a classificação oficial é a CID-10, embora em algumas unidades de internamento de psiquiatria, ainda se utilize a CID-9.

Independentemente do número de edição da CID ou da DSM, para se estabelecer uma classificação do quadro depressivo, é imprescindível que se cumpram os critérios de diagnóstico estabelecidos.

Isto significa, que o indivíduo terá que apresentar determinado tipo e duração de sintomas, para que a sua situação depressiva seja classificada segundo determinado código.

Prognóstico das depressões

Atendendo a que as depressões não são todas iguais, o seu prognóstico é variável e está directamente relacionado com a evolução do quadro clínico.

Um surto depressivo não tratado, evolui por um período médio de seis a doze meses, constituindo graves problemas de saúde e inclusivamente um risco

alto de suicídio (Taborda & cols., 1996). Quando abandonados ao seu curso natural, por vezes recuperam espontaneamente.

Quando tratados, a maioria dos surtos tem uma duração de 3 meses, e as manifestações sintomatológicas são eliminadas (Kaplan, 1990).

De referir, que quando o indivíduo recupera dos seus transtornos, a personalidade mantém-se inalterada.

De acordo com a maioria dos autores, a depressão costuma ter recorrências frequentes. Segundo o autor anteriormente referido, num período médio de 20 anos, o número de vezes que o mesmo indivíduo deprimido procura tratamento, poderá variar entre cinco a seis.

Hammen (1995), referenciado por Vaz Serra (1996), afirma que 25% a 30% dos deprimidos acabam por desenvolver depressões que se tornam crónicas.

Ao constatarmos estas estatísticas, compreendemos os prejuízos importantes que a perturbação depressiva acarreta. As dificuldades no relacionamento interpessoal e no desempenho profissional, originam profundas alterações na vida do indivíduo, com consequentes repercussões sociais.

A depressão não é só uma patologia individual, mas de todo um colectivo, no qual o sujeito deprimido se insere.

1.5 - A ENFERMAGEM COMO PROFISSÃO “CUIDATIVA”

Segundo alguns autores, não é possível determinar com total exactidão, a data que identifica o início da enfermagem como profissão.

Adam (1994), refere que a enfermagem remonta à idade das cavernas, tendo em conta que a mulher já fazia os curativos ao homem, quando este se feria na caça.

Todavia, os historiadores de enfermagem, consideram que a chamada *enfermagem moderna*, teve o seu advento com Florence Nightingale, nos meados do século XIX.

Actualmente, e apesar da sua antiguidade, o valor e função social da enfermagem nem sempre é claro, permitindo uma amalgama de opiniões.

Vista pela grande maioria das pessoas como auxiliar do corpo médico, a enfermagem enquanto profissão, continua a ser considerada sob um prisma caritativo e filantrópico, onde são exaltados os deveres dos seus profissionais, por oposição ao esmagamento de quaisquer direitos que lhe estejam subjacentes.

Nas últimas décadas, a enfermagem entrou em rápida mutação procurando incessantemente uma nova identidade, através da demarcação do ascendente médico, da aquisição de uma formação académica superior e do acesso ao percurso da investigação científica, (Collière, 1989).

Os enfermeiros começam a ter consciência do seu lugar junto daqueles que necessitam ser cuidados. Começam a desafiar e a questionar os valores tradicionais que obrigavam a limitações de ordem burocrática, nomeadamente na dependência das suas aptidões em relação a outros grupos profissionais.

Isto leva obrigatoriamente a uma preparação técnica e científica, visando o ganho de autonomia e liberdade de acção, de forma a descobrir o seu próprio espaço no processo de *cuidados*.

A natureza dos cuidados

Como afirma Collière (1989), a prática de *cuidados* é sem dúvida a mais velha prática da história do mundo, representando a garantia directa da continuidade de vida do Homem.

Quando nasce, o Homem é cuidado; mais tarde cuida de si próprio; numa fase posterior da sua evolução, passa a cuidar, e finalmente, no declínio da sua vida, torna novamente a ser cuidado. Neste sistema harmonioso, cuidar é e será sempre indispensável à vida do Homem, porque faz parte do seu ciclo biológico.

O processo de cuidados, traduzido no acto de tomar conta ou cuidar, representa sempre um acto de vida, na medida em que está presente em todas as etapas do seu ciclo, desde o nascimento até à morte. Este processo permite não só que a própria vida se mantenha, continue e desenvolva, mas também que o indivíduo viva a sua própria morte, com a dignidade peculiar de um processo de vida.

Tendo em conta este contexto e de uma forma parcimoniosa, podemos designar por cuidados de enfermagem, todos aqueles que são prestados por enfermeiros. Designação vaga e desprovida de conteúdo, que não permite conhecer a sua natureza. Para o fazer, é necessário caracterizá-los abordando o fundamento da sua identidade.

A identidade é um processo complexo, que traduz “*uma forma de individualização inserida numa rede de pertença*”, (Collière, 1989:233).

Individualizar algo, é fazer sobressair o que existe de único e específico, mas simultaneamente a forma como esse algo se relaciona em determinado

contexto. Assim, os cuidados de enfermagem têm que encontrar a sua individualidade no universo dos cuidados de saúde, ou tão somente no universo dos *cuidados*.

Por outro lado, a identidade só se pode conceber “*em relação com a alteridade*”, (Collière, 1989:233). Ou seja, a identidade define-se em relação aos outros, face ao que é igual e principalmente face ao que é diferente. Só percebemos a identidade de algo, quando reconhecemos o que ele tem de diferente relativamente aos outros. Isto significa que através da diferença, percebemos a identidade.

Desta forma, os cuidados de enfermagem terão que ser definidos nos seus aspectos particulares ou nas circunstâncias específicas que os rodeiam, relativamente aos cuidados que podem ser prestados por outras pessoas leigas como as mães, os familiares, os amigos, ou técnicos ligados a outros grupos profissionais.

A identidade é ainda uma unidade complexa, formada pela intercessão de múltiplas variáveis comuns a um grande número de indivíduos ou objectos. Estas variáveis organizam-se entre si de uma forma única e singular, constituindo uma unidade no seio de uma rede de pertença.

Os cuidados de enfermagem, são constituídos por um corpus resultante de um feixe de variáveis que se inter-cruzam e organizam de uma forma específica, conferindo-lhe características particulares.

Na génese da identidade, existem dois polos antagónicos mas simultâneamente complementares. De um lado, um polo com carácter de continuidade, de permanência, do outro lado, um polo com carácter de mudança.

Na realidade, é da coesão e junção do que existe e do que vai mudando, que se constroi a identidade.

O facto dos cuidados de enfermagem serem indissociáveis das condições de vida das pessoas, permite atribuir-lhe características permanentes, que se ajustam continuamente a condições mutantes. Com relativa facilidade,

identificaríamos na enfermagem, aspectos mais ou menos estáveis e duradouros e outros em mudança acelerada.

Então, e tendo por base os princípios atrás enunciados, podemos dizer que a identidade dos cuidados de enfermagem, é todo o acto que prestamos aos indivíduos que não têm autonomia ou discernimento, para o fazer a si mesmos.

É um acto de reciprocidade que prestamos a toda a pessoa, que temporária ou definitivamente, precisa de ajuda para concretizar as suas necessidades vitais.

Este acto torna-se necessário sempre que a insuficiência, a diminuição ou a perda da autonomia se alia à idade. Ou seja, em termos proporcionais, a necessidade de cuidados é inversamente proporcional ao grau de independência. Deste modo, o acto de cuidar assume o seu máximo nos extremos da curva de idades, nomeadamente na primeira infância e na velhice.

Mas o acto de reciprocidade dos cuidados de enfermagem não termina aqui. Ele torna-se necessário quando acontecem certas situações na vida do indivíduo, como seja a maternidade, o nascimento, ou quando ocorrem crises ou obstáculos na vida, chegando por vezes à doença ou ao acidente.

Tipos de cuidados

Segundo Collière (1989), os cuidados assumem dois tipos de natureza diferente : - **os cuidados quotidianos e habituais**; e

- **os cuidados de reparação**.

Os cuidados quotidianos e habituais, englobam todas as práticas que têm como objectivo a manutenção e continuidade da vida. Na sua origem estão os hábitos, os costumes, as crenças, tudo o que constitui a cultura de um povo, do qual o indivíduo é membro activo.

A necessidade de alimentos e de água, de calor e de luz, de amor, de carinho, de segurança, e outras, fazem parte do grupo constituído objecto destes

cuidados. Por sua vez, a continuidade da vida é assegurada por um conjunto de actividades, cujo objectivo é a satisfação de todas as necessidades. Comer, beber, evacuar, lavar-se, mover-se, trabalhar, fazem parte destas actividades, tal como tudo o que constitui a nossa vida de relação com os outros, no domínio afectivo e social.

Os cuidados de reparação, estão ligados à necessidade de restaurar o que constitui obstáculo à vida e à sua continuidade. Nestes obstáculos inclui-se a fome, a guerra, o acidente e a doença.

Enquanto o primeiro grupo de cuidados está sempre presente ao longo da vida, quer a pessoa esteja ou não doente, o segundo grupo só está presente quando ocorre algum dos obstáculos, ou situação de crise.

É evidente que esta divisão é meramente didáctica, uma vez que é o Homem e a sua existência que está em causa. Os cuidados são globais e unos, porque a Pessoa aos quais se destinam também o é. Como afirma Gevaert (1991), todo o Homem é Pessoa, uma vez que é um ser singular, inconfundível, insubstituível e único. A tradução desta unicidade e singularidade, torna-se dolorosamente visível, quando morre alguém que nos é querido.

Conhecimentos do processo de cuidados

Todo o ofício ou profissão, oferece aos que o procuram, o objecto de uma produção ou de um serviço. O trabalho realizado é uma operação, um processo que consiste em transformar diferentes elementos com a ajuda de instrumentos, tendo em vista atingir um fim.

Enquanto que a maioria dos ofícios resultam de um encontro entre o homem e a matéria, o processo de cuidados de enfermagem, resulta de um encontro entre dois ou mais seres vivos, onde cada um detêm elementos do processo de cuidados, porque de um acto recíproco se trata.

Na verdade, o homem situado no seu meio ecológico, inserido no universo cósmico, é o fundamento e única razão de ser destes cuidados, (Collière, 1989).

É em torno de um ser biológico, social e cultural, em confronto permanente com a dualidade vida-morte, que toma sentido o conjunto de conhecimentos, sobre os quais se alicerçam os cuidados de enfermagem. Se a vida é o conjunto de funções que nos fazem resistir à morte, então importa considerar as variáveis presentes e imprescindíveis à existência da vida.

A **energia** é a primeira variável a considerar. Não há vida sem energia, seja ela física, psíquica ou afectiva. Tudo o que realizamos, é feito à custa de mais ou menos energia, e a sua perda é permanente. Deste modo, no processo de cuidados, é preciso saber qual a forma que cada pessoa utiliza para se reabastecer do ponto de vista energético, tal como, quais as actividades que lhe exigem um maior dispêndio de energia.

A segunda variável é o **espaço**. Não há vida sem espaço. Aqui é necessário ter em conta noções importantes como território e territorialidade, o espaço dimensional e o espaço relacional com as pessoas e os objectos. A influência da cultura condiciona o simbolismo do espaço e toda a espécie de aspectos daí decorrentes, nomeadamente o esquema corporal, as distâncias, etc. É fundamental que o enfermeiro respeite na íntegra o espaço do sujeito, nas suas mais variadas vertentes.

O **tempo** é a terceira variável. A temporalidade e tudo o que a envolve, é uma característica intrinsecamente humana. Consoante a idade e as diversas fases da vida, assim o indivíduo apreende o tempo, o que condiciona em certa medida os processos de adaptação e de inadaptção perante uma situação de doença. A irreversibilidade do tempo, o tempo instantâneo, duração e ritmo, são vertentes importantes na prestação de cuidados, tendo sempre presente que está em causa a vida humana.

A quarta variável refere-se à noção de **limiar**. A manutenção da vida ocorre entre um limiar mínimo e um limiar máximo, dependentes de um conjunto

de actividades e de estímulos. Os limiares não são estanques, mas variam em função das culturas e das pessoas, nomeadamente dos seus traços de personalidade. Limiar e tempo são noções próximas, que se inter-relacionam nos fenómenos de crise e de stress, quase sempre presentes no processo de doença.

A quinta e última variável, tem a ver com a noção de **informação**. Este conceito deve ser encarado considerando a teoria sistémica, de tal modo que as noções e fenómenos antagónicos, possam ser compreendidos como complementares, tendo em conta o seguinte esquema :



Essencialmente, existem três tipos de informação que é importante considerar no processo de cuidados de enfermagem, nomeadamente :

- a informação biológica de modo especial a herança genética, na medida em que permite a compreensão de determinada carga familiar.

- a informação cultural, com a finalidade de descobrir as noções da realidade antro-po-social, na qual se inscreve todo um património rico de modelos e experiências. Aqui se englobam as crenças, os hábitos de vida e os fenómenos culturais de aculturação, enculturação e transculturação. A noção de ritos de passagem, de rituais e festas. A noção de mito, de símbolo, de significante e de significado. A noção de imagem corporal e das formas de expressão corporal, nomeadamente através do traje.

- a informação institucional onde se inclui a noção de instituição, bem como a variedade e complexidade das diversas formas institucionais como o casamento, a família, as instituições religiosas, educativas e de saúde. A noção de estatuto, função, papel e imagem social. A noção de autoridade e de poder, bem como a noção de meio, de condições de vida e de factores que a influenciam.

Na posse de todos estes elementos, podemos dizer que o acto de ajudar alguém a comer, por exemplo, não se pode reduzir a uma simples tarefa executável por qualquer pessoa, quer tenha ou não preparação especial para o fazer. No contexto atrás exposto, este acto aparentemente simples transforma-se num acto humano, logo complexo, pelo que requer um cuidado também complexo e que atinja uma multiplicidade de objectivos em simultâneo. Relembrando cada uma das variáveis anteriormente referidas, podemos dizer que o acto de comer e concomitantemente de ajudar alguém a comer, é imbuído de energia, espaço, tempo, limiar e informação. Então, o ajudar alguém a comer não é um acto caritativo dependente da bondade do enfermeiro, mas uma actividade terapêutica por excelência.

A tecnologia dos cuidados

Nenhum ofício, nenhuma profissão se pode exercer sem instrumentos, os quais são determinantes da prática profissional, orientando e contribuindo para a identificar. A tecnologia, entendida como uma arte, é o conhecimento dos instrumentos, da sua criação, da justificação da sua utilização apropriada e da maneira de se servir deles. A técnica é unicamente a maneira de nos servirmos de um ou outro instrumento. É um processo que requer aprendizagem e cria um saber fazer.

Enquanto profissão, a enfermagem tem os seus próprios instrumentos e a respectiva tecnologia subjacente.

Inicialmente, o corpo foi considerado o primeiro instrumento dos cuidados de enfermagem. Hoje ele é considerado como principio de instrumentalidade e não como instrumento. Um instrumento é algo material que se usa e adapta para atingir determinados fins, e que podemos deitar fora ou abandonar quando já não necessitamos dele. O corpo não se pode abandonar.

De facto, é através da utilização do corpo que se pode prestar um cuidado a qualquer pessoa, porque ele é uma fonte de intervenção humanizante. É ele que permite a relação, realização e inserção do homem no mundo, comunicando e sendo conhecido pelos outros.

Para Gevaert (1991), o corpo tem um forte significado humano, na medida em que é nele e através dele que o homem vive a sua própria existência, representando uma fonte de cultura. O corpo é assim o próprio homem, significando uma mescla sublime de expressão, presença e linguagem, revelando necessidades, limites e imperfeições.

É frágil e com adaptações limitadas, sofre influências e pressões do meio físico e biológico, pode desequilibrar-se sofrendo perturbações psíquicas e está exposto à necessidade de morrer.

Tendo em conta tudo o que referimos, podemos afirmar que a personalização do corpo, representa o campo de intervenção por excelência, dos cuidados de enfermagem.

Depois do corpo, primeiro veículo dos cuidados, outras tecnologias temos a considerar :

- Tecnologias ligadas aos cuidados quotidianos e habituais de manutenção da vida. Englobam um conjunto de instrumentos e de meios técnicos que têm por finalidade compensar uma lesão funcional e permitir a realização de actividades de vida, dificultadas por essa lesão. Um grande número desses instrumentos compensam limitações da motricidade, garantindo assim , a reconquista de zonas de autonomia, indispensáveis para realizar as obrigações quotidianas de alimentação, higiene, vestir, eliminação, deslocação, etc. Deste modo, os instrumentos contribuem para restituir uma autonomia total ou parcial aos doentes, aliviando as famílias ou o pessoal que lhes presta cuidados.

Também os instrumentos que compensam dificuldades de postura, fazem parte destas tecnologias. Estar a par destes dispositivos de compensação, utilizá-

los, aconselhá-los e ensinar as pessoas a servir-se deles, faz parte integrante do domínio dos cuidados de enfermagem.

- Tecnologias de reparação. Englobam todos os instrumentos, desde os mais simples até às máquinas mais complexas. Normalmente, a utilização destes instrumentos e a execução das técnicas respectivas, estão dependentes da prescrição médica e são executados pelos enfermeiros. A utilização de qualquer utensílio de reparação, exige um conhecimento preciso da disfunção a compensar ou a remediar, a fim de se adequar o instrumento proposto para suprir a deficiência, tendo em atenção os hábitos do sujeito e as actividades de vida.

- Tecnologias de informação. Quando há processos de cuidados, há necessidade de recorrer a instrumentos e técnicas de recolha, de análise e de registo da informação, bem como a instrumentos de transmissão e de coordenação dessa mesma informação. Isto permite a cada pessoa que presta cuidados, compreender e apreender o conjunto de uma situação, de uma pessoa ou de uma família, de modo a garantir uma continuidade dos mesmos, na medida em que a informação é partilhada entre todos de forma homogénea.

Para poder “ajudar a viver” (finalidade dos cuidados de enfermagem), a utilização de instrumentos e de técnicas, exige não ser dissociada do suporte relacional que lhe confere todo o seu significado. Assim, o procedimento tecnológico e o processo de relação inter-pessoal, têm que coexistir simultaneamente e de modo integrado, para que os cuidados de enfermagem atinjam a sua significação plena.

A teorização do cuidar

Frequentemente descrita como “*ciência e arte*”, a profissão de enfermagem está em franca mutação. Nas últimas décadas, várias têm sido as

teóricas que procuram dedicar-se à conceptualização dos princípios científicos da enfermagem, bem como à definição dos seus paradigmas.

O corpus de conhecimentos que lhe é próprio e que anteriormente abordámos, confere-lhe características científicas, que urge ainda desenvolver no sentido de sedimentar o modelo conceptual que timidamente se esboça, (Roy e Roberts, 1991).

Relativamente à *arte* da profissão, ela explica-se por uma série de técnicas terapêuticas ou reconfortantes, executadas de forma independente, bem como pela relação interpessoal, criatividade e intuição daqueles que a exercem, (Adam, 1994).

Ajudar o “outro” nas suas limitações temporárias ou definitivas, utilizando o princípio do **Cuidar**, traduz o ponto nobre da arte de enfermagem.

Etimologicamente, **Cuidar** significa atenção individual para, preocupação com ou responsabilidade por, (Lopes e Nunes, 1995). Tendo por base a sua concepção etimológica, o **Cuidar** profissional de enfermagem tornou-se mais específico, de modo a assumir o papel de pedra angular dos cuidados.

Em 1952, Marta Rogers e Peplau, conceptualizam **Cuidar** como algo que promove a harmonia entre o Homem e o Ambiente, (Marriner, 1989).

Em 1988, Jean Watson define **Cuidar** como o ideal moral de enfermagem, cuja finalidade é a protecção, promoção e preservação da dignidade humana.

Collière, em 1989, preconiza o **Cuidar** como um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas também um acto que prestamos a todos os que precisam de ajuda para realizar as suas actividades. É assegurar a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à sua manutenção, mas que são diversificadas nas suas manifestações. **Cuidar** é mobilizar no indivíduo tudo o que ainda vive, utilizando os seus recursos reais e potenciais.

Cada indivíduo é um ser único, com hábitos próprios, com um modo de estar na vida que também é próprio, com um grupo social e familiar ao qual

pertence e que condiciona a sua experiência de vida, com uma infinidade de características que o tornam único e indivisível, (Carrel, s.d.). Deste modo, as suas necessidades e angústias também são únicas e manifestam-se de forma diversificada face aos seus semelhantes, motivo pelo qual, Kelly (1990) sugere que para cuidar, deve existir um grau de conhecimento acerca do indivíduo, que necessita ser cuidado.

Para Reynolds (1971), **Cuidar** é a razão de ser da enfermagem e consequentemente a sua ética. O suposto da ética é a pessoa, enquanto ser aberto e consciente, em crescimento, que se vai realizando ao passar pelos outros. É a reflexão filosófica sobre o agir humano.

Quando um enfermeiro age junto de um doente, o seu agir reflecte uma dimensão ética, traduzida num conjunto de virtudes e valores, adquiridos e desenvolvidos ao longo da vida, na relação com os seus pares. Para Roach (1993), se o enfermeiro **Cuida** verdadeiramente, tem de examinar os valores pelos quais vive, os valores que o motivam, os valores que providenciam as suas estruturas positivas, económicas e sociais.

Desta forma, podemos dizer que **Cuidar** de uma pessoa, tem cruzamento de implicações éticas, morais e deontológicas, onde cada um dos intervenientes participa na relação de cuidados, através das características que lhe são inerentes, (Lopes e Nunes, 1995).

Se o **Cuidar** compreende um processo de relação, então não pode haver posições passivas, porque cada um dos seres envolvidos, detém elementos do processo de cuidados. Podemos então afirmar que esta relação compreende um processo de participação-acção, que tem como objectivo final a promoção da autonomia do doente e consequentemente o “crescimento” de cada um dos intervenientes no processo. É como se através do **Cuidar**, se libertassem as capacidades que cada um dos intervenientes possui.

Concomitantemente, o acto de **Cuidar** é complexo e dirige-se não só aos doentes, mas também às pessoas saudáveis. A saúde é avaliada, segundo a

aptidão que cada um tem para se adaptar física, psíquica e socialmente às alterações do ambiente. Isto leva à necessidade do indivíduo saber **Cuidar** de si, numa base contínua de relação com esse mesmo ambiente do qual é elemento integrante, de tal modo que consiga conservar a vida, a saúde e a alegria, requisitos essenciais para evitar a doença e retardar a morte.

Se o contexto ambiental é considerado, então **Cuidar**, não é nem pode ser um acto isolado. É antes de mais um acto social, que só atinge a sua plenitude máxima, se tiver em conta um conjunto de dimensões que delimitam o ambiente dentro do qual o indivíduo se movimenta. Na verdade, o acto de **Cuidar** só tem significado e valor, quando tem em conta aquilo que é importante para o indivíduo, na medida em que dá, ou contribui para dar, sentido à vida.

Se a vida é a fonte dos cuidados e estes por seu lado, são os grandes mobilizadores das forças da vida, então o acto de **Cuidar**, é o retardador da morte, porque dá a grande primazia à vida, (Collière, 1989).

Se a morte é uma realidade que acompanha o Homem desde o nascimento, então, tomar conta da vida continua a ser tão importante para os Homens de hoje, como para os Homens de ontem.

1.6 - CONCLUSÃO

Tentando fazer uma abordagem conclusiva e em jeito de reflexão, diremos que não há nada para descobrir, nem nada para inventar. Há sim, cremos nós, novas maneiras de descobrir o que já foi descoberto e de abordar o que já foi abordado.

Trata-se de olhar as coisas de uma forma diferente, assumindo que o Homem e o seu Ambiente constituem um todo coerente, que só poderá ser entendido em termos de globalidade. É essencialmente olhar o Universo adoptando uma filosofia existencial, onde o discurso e o pensamento que lhe está subjacente seja *Ecologizado*.

O Homem, esse ser complexo e vulnerável, antagónico na sua génese de perfeição versus imperfeição, é o núcleo central da *Ecologia Humana*. Esta jovem ciência, como anteriormente referimos, estuda as interacções entre o Homem e o Ambiente.

Mas o próprio Homem é Ambiente e como refere Lamy (1995), ele é constituído por várias camadas ecológicas em permanente interacção, visando o funcionamento harmonioso do Ecosistema - Homem.

Se dissecarmos o seu corpo até à sua estrutura mais elementar, constatamos que é constituído por células, microscópicas unidades responsáveis pela vida. Cada uma destas células, possui um ambiente externo e um ambiente interno, em constante permuta energética.

Generalizando este processo para os tecidos, órgãos, sistemas e corpo humano, tendo em conta o gradiente crescente de complexidade fisiológica, facilmente percebemos que o homem possui um ambiente externo e um ambiente interno, tal como as células que o constituem.

Como ser vulnerável sujeito à morte, ele é passível de adoecer, situação que rompe o equilíbrio instável do seu sistema fisiológico. Independentemente dos factores etiológicos apontados, consideramos que o Ambiente, seja ele externo ou interno, é o grande responsável pelo surgimento dos quadros patológicos.

No caso da patologia depressiva e segundo alguns autores, os factores de ordem genética têm um papel preponderante na sua manifestação. Mas as predisposições genéticas, traduzem um ambiente interno específico de determinado indivíduo. Então, e sem descurar as teorias geneticistas, também neste caso é o “ambiente”, recebido através da hereditariedade, o factor predisponente do distúrbio psíquico.

Segundo os organicistas, a depressão resulta de alterações decorrentes do funcionamento anómalo dos neuro-transmissores, coadjuvados por outros factores de índole diversa. Mas os processos neurológicos também são parte integrante do ambiente interno do indivíduo. Então, também aqui o “ambiente” neurológico e tudo o que ele envolve no seu funcionamento ecossistémico, tem um papel etiológico de relevo.

Finalmente, e tendo em conta os defensores do social na génese da depressão, é o meio socio-cultural no qual o sujeito se insere e onde faz a sua aprendizagem de vida e constituição da personalidade, o factor predisponente para o desenvolvimento desta patologia. O ambiente externo ao corpo do indivíduo, aquele que o envolve, e do qual é simultaneamente parte integrante, é segundo estes teóricos, o principal factor etiológico do distúrbio depressivo.

Independentemente das correntes etiológicas, é sempre o *Ambiente* que está em causa. Na verdade, nada funciona isoladamente e uma perturbação originária no ambiente interno do sujeito, tem sempre repercussões no seu ambiente externo. O comportamento social e cultural altera-se e a vida de relação fica comprometida, sendo visíveis as manifestações da patologia depressiva. Por seu lado, quando a perturbação é originária no ambiente externo, também

ocorrem alterações no ambiente interno, traduzidas por manifestações somáticas e psíquicas típicas dos quadros depressivos.

Recordando a sintomatologia da depressão, referida em capítulo anterior, sabemos que as suas manifestações ocorrem no campo social, físico e psicológico. Ou seja, ocorrem no sujeito total e uno. Há assim uma inter-influência e interdependência entre o ambiente interno e externo, resultando daí uma perturbação sinérgica do Ambiente.

Tendo em conta esta abordagem, poderemos dizer que a patologia depressiva é uma perturbação contextualizada no campo da Ecologia Humana, na medida em que traduz uma relação, embora perturbada, entre o Homem e o Ambiente.

No universo das ciências humanas onde a especificidade é cada vez maior, vários são os ramos do saber à procura de uma identidade. A enfermagem, prática secular, vive momentos de afirmação, procurando bases científicas para os seus alicerces profissionais.

Os cuidados, centrados no acto de *cuidar*, traduzem a essência da enfermagem científica, onde o objectivo é ajudar o “outro” a viver.

Todo o indivíduo doente vê diminuídas as suas capacidades, necessitando de ajuda para viver a sua existência de forma menos dolorosa. Na depressão, os cuidados quotidianos que cada pessoa presta a si própria, estão alterados ou diminuídos. O indivíduo não consegue preservar o seu ambiente externo e interno, perdendo a capacidade para cuidar de si mesmo, de tal forma, que chega a pôr termo à vida.

No processo de cuidados, o enfermeiro é o técnico mais próximo do doente, na medida em que partilha com ele as 24 horas do dia. Através das tecnologias de informação, recolhe os elementos necessários à sua prática, tendo em consideração o contexto ambiental de onde o indivíduo provém. O objectivo último do acto de cuidar, é facilitar e promover a autonomia do sujeito, de modo a recuperar o seu equilíbrio ambiental.

Tendo em conta o que atrás referimos, atrevemo-nos a dizer que o **Cuidar** é em si mesmo um acto **ecológico na vertente humana**, na medida em que se destina ao Homem, não o separa do seu contexto tendo em conta o meio no qual vive, as relações que estabelece com os seus pares e as condicionantes múltiplas que daí advém e às quais por sua vez está sujeito.

Assim, a tríade **Ecologia Humana, Enfermagem e Depressão**, constituem uma relação triangular onde cada um dos conceitos ocupa um vértice, pressupondo um envolvimento e interdependência de saberes, de modo a que, tendo o Homem como núcleo da relação, as várias áreas científicas se possam intercruzar numa esfera ambiental comum.(figura 1)

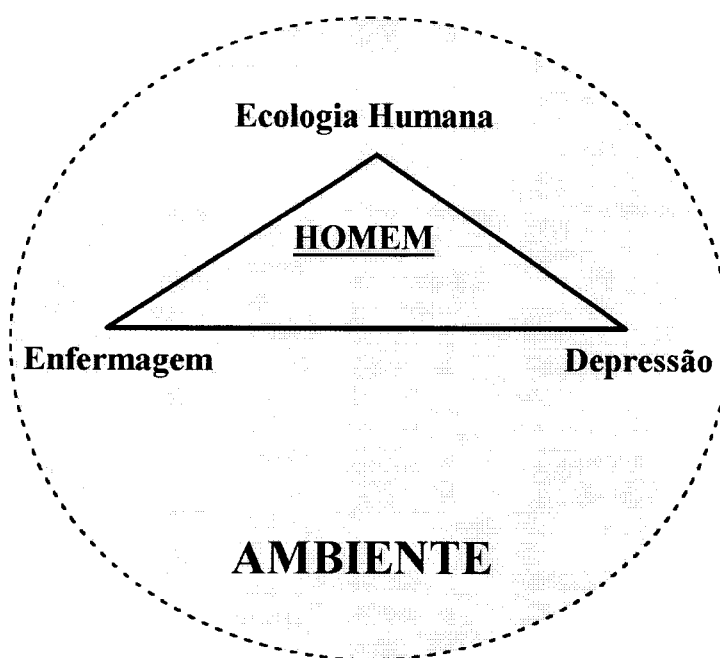


Figura 1 - A esfera ambiental

Se o Homem é um ser completo, tem que ser obrigatoriamente abordado numa perspectiva holística como um ser biológico, psicológico, espiritual e cultural. Isto exige um envolvimento pluridisciplinar centrado no binómio **Homem/Ambiente**, onde é possível encontrar uma **raiz ecológica** comum a todos os ramos do saber.

CAPITULO II

A COMPONENTE AMBIENTAL E A DEPRESSÃO NA REGIÃO DE ÉVORA

2 - INTRODUÇÃO

Todo o conhecimento científico tem um carácter de universalidade, independentemente da ciência em causa e do ponto do globo onde nos situemos. Dentro de cada ramo específico, os pressupostos teóricos são alicerce incontestável, o que permite uma uniformidade de conhecimentos, linguagem e actuações, por parte dos seus representantes.

No entanto, e tendo em conta as considerações teóricas referidas no capítulo anterior, o *Ambiente* como artífice lapidário, condiciona o comportamento biológico, psicológico e social do *Homem*.

A realidade alentejana e o quotidiano que a caracteriza, é diferente da realidade algarvia, ou minhota, tal como a realidade portuguesa, é diferente da africana ou mesmo, da de outros países europeus.

Pretendemos dizer que ao exercer enfermagem, e porque é essa a nossa área de actuação, é necessário ter em conta o contexto ambiental onde o fazemos. Conhecer o homem alentejano, os seus valores e crenças, as condicionantes geográficas e climáticas que parametrizam a sua actividade laborar e que de forma inocente moldam a sua forma de estar.

Se **Cuidar** é o âmago da enfermagem, então necessitamos conhecer o objecto dos nossos cuidados, dado que ninguém pode cuidar o que não conhece.

Conhecer a depressão, as suas manifestações, incidências e consequências, foi um dos aspectos que abordámos no capítulo anterior, de forma a compreendermos a patologia, com a qual lidamos no presente estudo.

Conhecer o homem alentejano, tendo como pressupostos a filosofia da Ecologia Humana, é o que nos propomos fazer no presente capítulo. Sementar

as diferentes variáveis que dão corpo à esfera ambiental (figura 1), conhecer a sua frequência e possíveis relações entre elas, de modo a que seja exequível lidar com o homem alentejano deprimido, numa perspectiva “*cuidativa*” de enfermagem.

Quando pensamos na medicina tradicional, ocorre-nos de imediato o aspecto farmacológico, intimamente ligado a esta prática. Em áreas paralelas, a enfermagem no processo de cuidados, está estreitamente ligada ao aspecto relacional sem carácter caritativo, mas com carácter terapêutico.

Tendo em conta este princípio, pretendemos encontrar elementos que nos permitam uma actuação reformulada no campo relacional, onde o sujeito são ou doente, possa tirar dividendos da inter-penetração de conhecimentos, resultantes da tríade **Enfermagem, Ecologia Humana e Depressão**.

Todo o trabalho desenvolvido no capítulo I visa o sedimentar de aspectos teóricos distintos, profundamente ligados a áreas específicas do saber, mas que partilham entre si o *Homem*, enquanto elemento fulcral no universo da ciência.

As considerações tecidas parametrizam o suporte teórico necessário, para o empreendimento da investigação que nos propomos fazer.

O presente capítulo (capítulo II) encerra em si mesmo todo o trabalho de pesquisa propriamente dito. Assim, caracterizamos sumariamente, do ponto de vista geográfico, a zona onde decorre a investigação, bem como a população alentejana de uma forma global, dado que sobre ela recai a nossa apreciação.

Definimos os aspectos preliminares que norteiam todo o estudo e concomitantemente a metodologia utilizada na sua concretização.

Finalmente faremos a caracterização da população que integra a amostra, utilizando os dados obtidos na aplicação do questionário. Estes serão objecto de análise e interpretação tendo como alicerce os fundamentos teóricos referidos no capítulo I, indispensáveis para a compreensão do fenómeno depressivo e sua relação com o ambiente.

2.1 - DESCRIÇÃO GEOGRÁFICA DA ZONA EM ESTUDO

“*Alentejo*, terras largas, serenamente belas e ecológicamente preservadas. Horizontes puros e intensamente azuis. Grandes planícies onde cantam em uníssonos searas ondulantes de verde e ouro, ramalhudos sobreiros, olivais, vinhedos, vistosos campos de girassol e de quando em quando, pequenas casas branqueadas pela cal e de chaminé altiva.”

Região de Turismo de Évora, 1991

O nome Alentejo deriva de “Além-Tejo”, expressão que de um modo geral designava as terras que ficavam para além do Tejo, para quem se encontrava na margem direita do rio.

a) Localização

O Alentejo situa-se no sul de Portugal, sendo limitado a norte pelo rio Tejo, a sul pela serra Algarvia, a oeste pelo oceano Atlântico e a leste pela Espanha e pelo rio Guadiana. Desta forma, encontra-se condicionado pela sua configuração geográfica, geológica e climática.

Esta região tem a área total de 26.926 Km², ocupando cerca de 1/3 da superfície total do país (91.921 Km²). De referir que por área total, consideramos a superfície total do território em questão, medida em Km².

A região engloba os distritos de Évora, Beja e Portalegre, tal como 4 concelhos do distrito de Setúbal ao sul do rio Sado, nomeadamente Alcácer do

Sal, Grândola, Sines e Santiago do Cacém, o que perfaz uma abrangência total de 46 concelhos.

Administrativamente está dividida em 4 NUTS (Nomenclatura de Unidades Territoriais Para Fins Estatísticos), respectivamente Alentejo Litoral, Alto Alentejo, Alentejo Central e Baixo Alentejo.

As Unidades Territoriais não são uniformes, apresentando discretas variações entre si, relativamente aos concelhos que as constituem e à área que esses mesmos concelhos ocupam.

Assim, o Alentejo Litoral tem uma área de 5.261 Km² e é constituído por 5 concelhos; o Alto Alentejo tem uma área de 5.933 Km² e é constituído por 14 concelhos; o Alentejo Central tem uma área de 7.227 Km² e é constituído por 14 concelhos; por último, o Baixo Alentejo tem uma área de 8.505 Km² e é constituído por 13 concelhos, (Anuário Estatístico da Região Alentejo-1995, 1996).

De referir que apesar das divisões administrativas, o Alentejo distingue-se por uma simplicidade fisionómica, que se destaca no território nacional com um quadro geográfico inconfundível (Guia de Portugal, 1991).

Por este motivo, o Alentejo Central, zona onde o presente estudo decorre, em nada se distancia do Alentejo global, assumindo para si as mesmas características.

b) Paisagem e clima

O Alentejo é uma região caracterizada pela grande uniformidade de planuras extensas ou peneplanícies, apresentando por vezes uma paisagem monótona, ligeiramente ondulada, onde a altitude média ronda os 200 m, ultrapassando raramente os 300 m.

A sua rede hidrográfica, é formada por quatro bacias, nomeadamente a do Tejo ao norte, a do Guadiana a este, a do Sado a oeste e a do Mira a sudoeste.

Os rios têm em geral um fraco caudal devido à pouca pluviosidade que se faz sentir e muitos deles estão praticamente secos durante os meses de Verão.

Pela sua localização meridional, o Alentejo goza de um clima de feição mediterrânea e continental, caracterizando-se por um Verão quente e seco e um Inverno frio e chuvoso.

As temperaturas médias durante os meses de Verão variam entre 21°C e 25°C, podendo no entanto as temperaturas máximas, ultrapassar os 40°C nos meses de Julho e Agosto. Graças às suas condições climáticas, a Região apresenta elevados valores de insolação, com uma média superior a 3000 horas de sol por ano.

O período de seca é em regra de 3 a 4 meses (Junho, Julho, Agosto e Setembro), podendo atingir os 5 meses no Baixo Alentejo, situação que leva a um défice de água no solo. Esporadicamente, a região Alentejo é atingida por crises de seca que comprometem o bem estar das populações locais, tendo ocorrido a última no período compreendido entre 1991 e 1993, (Ramalho, 1993).

As temperaturas médias nos meses de Inverno são baixas, variando entre os 8°C e os 12°C, atingindo as temperaturas máximas, por vezes, valores negativos. As amplitudes térmicas são elevadas e aumentam com a continentalidade.

As chuvas ocorrem sobretudo e de modo geral, nos meses de Novembro, Dezembro e Janeiro, observando-se pontualmente, um máximo secundário em Março. O total da precipitação ao longo do ano é fraco, variando entre os 400 e os 600 mm. No entanto, o relevo e a proximidade do mar permitem a ocorrência de valores de precipitação superior àquela média, nomeadamente no Alentejo Litoral e Baixo Alentejo, criando assim zonas de micro clima, (Alentejo Análise Regional, 1992).

Para Nunes (s.d.), o céu do Alentejo é em regra límpido e as estrelas têm um brilho especial e próprio dos climas secos. A bruma é pobre durante a maior parte do ano e quando ocorre é açoutada pelos ventos predominantes do oeste, dispersando-se sem se condensar.

Contrariamente ao que habitualmente se supõe, o Alentejo possui uma beleza própria, embora só uma longa intimidade com a sua paisagem a permita apreender, (Guia de Portugal, 1991).

O revestimento vegetal desta Região, é diverso das zonas localizadas a norte do rio Tejo. Os caracteres do solo e do clima, permitem ao Alentejo aptidões nacionais verdadeiramente excepcionais para a cultura do trigo. Apesar disso, notam-se ainda muitos terrenos nus ou cobertos só de esteva.

A cor verde-baço das flores dos sobreiros, das azinheiras e das oliveiras, a raridade dos arbustos que se lhe associam, bem como a amarelidão dos restolhos, formam em geral quadros vegetais de fraco colorido onde os contrastes não abundam, mas onde é observável uma energia rude, resultante da força de trabalho das gentes alentejanas, (Alentejo, tesouro escondido de Portugal, 1990).

Ao percorrer o Alentejo de norte a sul e de oeste a leste, podemos verificar que as particularidades do relevo, as condições topográficas e a maior ou menor proximidade do mar, provocam aspectos regionais diferentes, apesar de ser notória uma base paisagística comum.

A zona mais arborizada está voltada para o ocidente, para o mar, e é completamente diversa da faixa oriental exposta às terras de Espanha, (Alentejo Portugal, un investissement d'avenir, 1992).

Por vezes encontramos fragmentos consideráveis de paisagem, sem uma única habitação, o que poderá significar escassez de água..

Região essencialmente agrícola, possui ainda um subsolo de fortes recursos minerais e rochosos, nomeadamente mármore, granitos e xistos, abundantes no Alentejo Central, e que constituem grande fonte de riqueza.

Na calma infinita da tarde que morre, e olhando ao longe, é possível ver a pradaria seca ou o mar de espigas loiras, a charneca, o olival, o sobreiral, o azinhal ou os eucaliptos mais ou menos fortes em planícies uniformes.

Sempre que formos confrontados com um quadro desta índole, criado pela Mãe Natureza com uma pincelada do Homem, estamos perante a paisagem do *Tesouro Alentejano*.

2.2 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ALENTEJANA

“ Face torrada pelo sol, de olhar vivo, gesto livre, porte nobre e seguro, folgazão, hospitaleiro e comunicativo, o Alentejano exprime no seu todo, a grandeza um tanto austera do chão sobre que vive...”

Oliveira Martins

a) Aspectos demográficos e densidade populacional

Desde sempre, a região Alentejo caracteriza-se pela sua actividade essencialmente rural e pelo escasso povoamento.

Em 1991, data do último recenseamento da população e segundo os dados obtidos no Anuário Estatístico da Região Alentejo-1995 (1996), a população residente em Portugal era de 9.862.540, sendo 4.754.632 do sexo masculino e 5.107.908 do sexo feminino, com uma densidade populacional de 107,3 habitantes por Km².

No mesmo ano, a população residente no Alentejo era de 543.442, sendo 265.836 do sexo masculino e 277.606 do sexo feminino.

O total de habitantes da região, correspondia apenas a 6% da população residente no País e a uma densidade populacional de 20,2 habitantes por Km², (Alentejo Análise Regional, 1992). Lembramos que a densidade populacional, é o número de habitantes residentes numa determinada área, por Km².

Em 1994 e segundo as estimativas da população residente, Portugal tinha 9.912.140 habitantes, sendo 4.773.650 do sexo masculino e 5.138.490 do sexo feminino, com uma densidade populacional de 107,8 habitantes por Km².

Segundo as mesmas estimativas, em 1994, o Alentejo tinha 528.720 habitantes, sendo 257.630 do sexo masculino e 271.090 do sexo feminino, com uma densidade populacional de 19,6 habitantes por Km².

Perante os resultados estatísticos, podemos afirmar que no período compreendido entre 1991 e 1994, a população de Portugal teve um aumento de 49.600 habitantes, o que corresponde a um crescimento positivo de 0,5‰, bem como um aumento da densidade populacional de 0,5 habitantes por Km².

Contrariamente e tendo em conta o mesmo período, a população alentejana teve uma diminuição de 14.722 habitantes, o que corresponde a um crescimento negativo de -2,7‰. Consequentemente, a densidade populacional sofreu uma diminuição de 0,6 habitantes por Km².

No caso do Alentejo Central, zona que particularmente nos interessa, e tendo em conta o mesmo período de tempo (1991 a 1994), a população residente teve uma diminuição de 2.946 habitantes (de 173.216 para 170.270), o que corresponde a um crescimento negativo de -1,7‰. Relativamente à densidade populacional, sofreu uma diminuição de 0,4 habitantes por Km², (de 24,0 para 23,6).

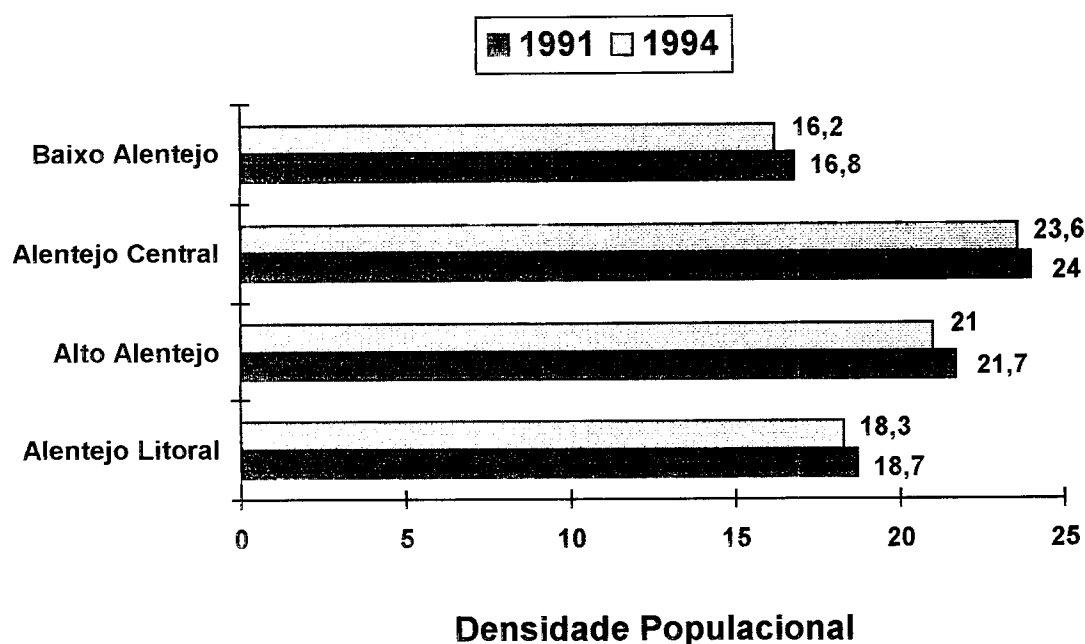
Apesar destes resultados pouco animadores e tendo em linha de conta a Nomenclatura de Unidades Territoriais para fins Estatísticos que divide a Região Alentejo em quatro divisões territoriais (NUTS III), verificamos que em todas as zonas houve uma diminuição da população, e que o Alentejo Central apresenta o maior índice de densidade populacional, contrastando por oposição com o Baixo Alentejo, cujo índice de densidade populacional é o menor das quatro NUTS III Alentejanas, (figura 2).

É evidente que ao efectuar uma leitura dos dados estatísticos relativamente à densidade populacional de uma região, é necessário ter em conta a área de

território que essa mesma região abarca. Desta forma, não podemos omitir o facto de que o Baixo Alentejo, é a região com maior área, nomeadamente 8.505 Km², (Estatísticas Demográficas-1994, 1995).

Realçamos ainda a diminuição da população residente no Alto Alentejo, onde a densidade populacional atingiu o maior crescimento negativo de toda a Região Alentejo, nomeadamente, -0,7 habitantes por Km².

Figura 2 - Densidade populacional da NUTS III do Alentejo, no período compreendido entre 1991 1994



Fonte Instituto Nacional de Estatística

O desenvolvimento de qualquer região é condicionado pela sua estrutura demográfica, constituindo a população o seu mais valioso recurso. Região plena de potencialidades ainda por descobrir, o Alentejo assiste passivamente à diminuição de seu potencial humano, a qual ocorre de forma lenta mas persistente ao longo das últimas décadas.

Os movimentos migratórios dos últimos anos, devido à evolução da economia mundial e ao crescimento industrial, atraíram a população para regiões mais desenvolvidas, concretamente para o grande espaço metropolitano de Lisboa, com a finalidade de alcançar uma melhor qualidade de vida.

A recente adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia, provocou uma revolução no campo da agricultura, dando origem a dúvidas e incertezas geradoras de desmotivação, no seio daqueles que diariamente trabalham a terra.

Detentores de uma agricultura atrasada e mal estruturada (Almeida et.al., 1995), incapazes de competir com as tecnologias europeias e sujeitos irremediavelmente às condições climáticas por vezes adversas, os “homens do campo” vivem momentos difíceis.

Devido às grandes transformações políticas, sociais e económicas, ocorreu uma forte desertificação humana em muitas regiões do País, entre as quais a do Alentejo, verificando-se a saída permanente da população pertencente às zonas de características marcadamente rurais.

Segundo o Anuário Estatístico da Região Alentejo-1995 (1996), as estimativas da população residente por grandes grupos etários em 1994, revelam um agravamento do fenómeno de envelhecimento no Alentejo, manifestado pela redução do número de indivíduos jovens e pelo aumento de indivíduos idosos nos escalões etários mais avançados, de tal modo que a população residente com mais de 25 anos, corresponde a 70,2‰ do total da população Alentejana.

De salientar ainda que a população com mais de 65 anos, representa uma permilagem de 20,6‰, aproximando-se perigosamente da permilagem total da população com menos de 25 anos, a qual é de 29,8‰.

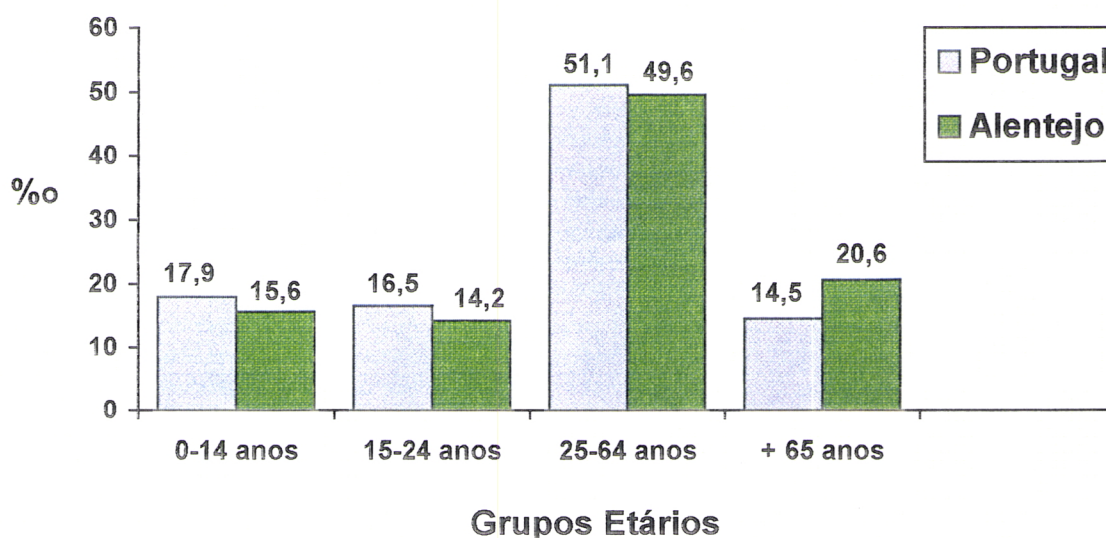
Estamos assim perante um maior peso de idosos e uma menor proporção de jovens, o que torna a estrutura etária mais envelhecida.

Confrontando estes valores com as estimativas da população residente em Portugal, verificamos que a situação etária da população Alentejana, se afasta

das estimativas nacionais. Na realidade, o grupo etário com mais de 65 anos corresponde unicamente a 14,5‰ do total da população, enquanto que o grupo etário com menos de 25anos corresponde a 34,4‰.

Este facto leva-nos a concluir que a população de Portugal no seu conjunto, apresenta uma maior proporção de jovens e conseqüentemente uma estrutura etária menos envelhecida, (figura 3).

Figura 3 - Estimativas da população residente em Portugal e no Alentejo por grupos etários, em 1994



Fonte : Instituto Nacional de Estatística

Por nos parecer pertinente para o estudo, faremos uma abordagem da estimativa da população residente no Alentejo Central, segundo o sexo e grupo etário, no ano de 1994, conforme o Anuário Estatístico da Região Alentejo-1995 (1996).

Pela análise dos dados, verificamos a existência de um maior número de população feminina a partir dos 25 anos, sendo esse aumento mais notório na estrutura etária mais envelhecida, nomeadamente a partir dos 65 anos.

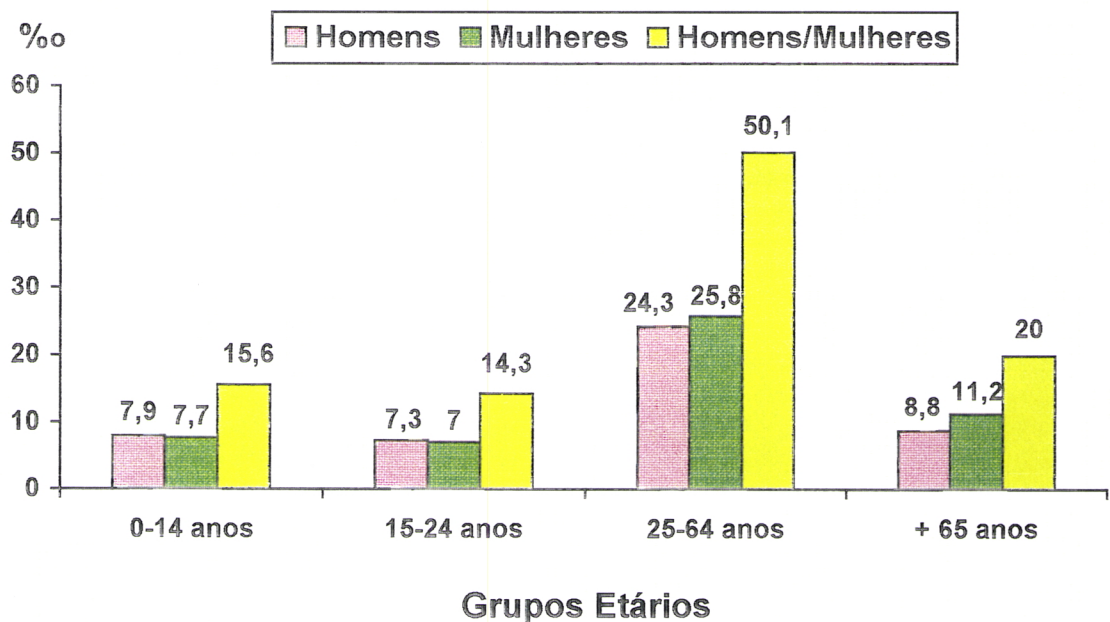
Estamos assim perante um envelhecimento na base e no topo da estrutura etária feminina (duplo envelhecimento), e perante uma maior concentração de adultos em idade activa, também na população feminina (figura 4), o que poderá ser justificado com a migração dos homens em busca de emprego.

Podemos ainda constatar a maior permilagem de jovens na população masculina, apesar de as diferenças não serem muito marcantes.

De forma algo empírica, diremos que estamos perante uma maior longevidade da população feminina, ficando esta sujeita a uma velhice na solidão, suportando toda a problemática que lhe está subjacente a qual por vezes desencadeia processos patológicos.

Pela análise dos elementos estatísticos, é possível constatar que os resultados obtidos no Alentejo Central não se afastam das estimativas nacionais, quando os dados são extrapolados para a população Portuguesa.

Figura 4 - Estimativas da população residente no Alentejo Central, segundo o sexo e o grupo etário, no ano de 1994



Fonte : Instituto Nacional de Estatística

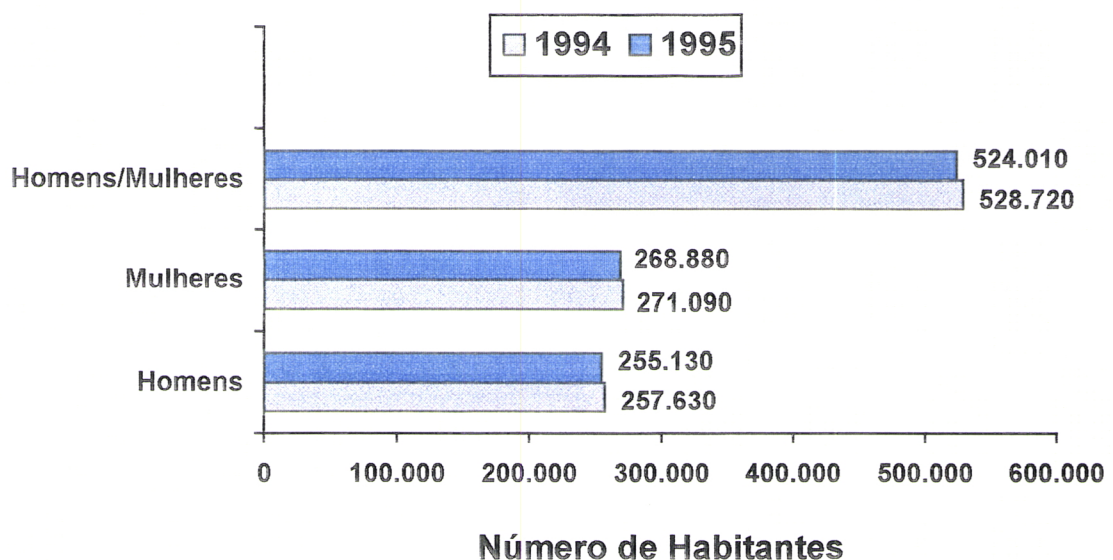
Segundo as Estatísticas Demográficas de 1995 (1996), nos finais de Dezembro do referido ano, a população residente em Portugal era estimada em 9.920.760 indivíduos, sendo 4.777.480 do sexo masculino e 5.143.280 do sexo feminino.

Assim, entre 1994 e 1995 a população sofreu um aumento de 8.600 indivíduos, representando uma taxa de crescimento efectivo de 0,9‰.

Mas este comportamento não foi idêntico em todas as regiões do País, tendo surgido variações mais ou menos significativas. O Alentejo foi a região que apresentou um resultado mais dispare relativamente à média nacional, tendo tido um crescimento negativo de -8,9‰.

Segundo as Estatísticas anteriormente referidas, a população Alentejana era de 524.010 habitantes, sendo 255.130 do sexo masculino e 268.880 do sexo feminino, (figura 5). Comparando com os dados de 1994, e em valores absolutos, ocorreu uma diminuição de 4.710 indivíduos, sendo 2.500 do sexo masculino e 2.210 do sexo feminino.

Figura 5 - Dados comparativos da população residente Alentejana, relativamente ao ano de 1994 e 1995



Fonte :Instituto Nacional de Estatística

Em termos de população residente na região Alentejo, mantêm-se um predomínio da população feminina, tendência já notória em 1991, quando da realização do último recenseamento geral da população.

Ao nível das regiões, e conforme as Estatísticas Demográficas-1995 (1996), apenas a Região do Alentejo apresenta saldo migratório negativo, nomeadamente -3.0‰, o que torna consistente a teoria do êxodo rural.

Relativamente à taxa de natalidade, é no Alentejo que se verifica o valor mais baixo, registando-se em média, 8,2 nascimentos por mil habitantes.

Em relação aos óbitos, também os valores mais elevados aparecem nas regiões do Alentejo, sendo a sua taxa de 14,1‰.

Tendo como suporte estes indicadores demográficos, e em termos tendênciais de evolução da população, é possível perspectivar uma progressiva degradação da situação demográfica do Alentejo, cujos efeitos de algum modo previsíveis, se manifestarão a médio/curto prazo.

Assim, é passível de ocorrer um agravamento do fenómeno de duplo envelhecimento, indiciado pela redução dos efectivos mais jovens e pela concentração de idosos nos escalões etários mais avançados. Concomitantemente, ocorrerá a redução do efectivo global da população, acentuando-se a dinâmica negativa do crescimento populacional já verificada.

Subsidiariamente, agravar-se-ão os indicadores de dependência sócio-económica, comprometendo-se a contribuição da vertente demográfica para o processo de regeneração e equilíbrio da estrutura produtiva e do desenvolvimento regional.

b) Aspectos psicobiológicos

Várias vezes ao longo do trabalho, tivemos oportunidade de expressar a nossa opinião, acerca da interdependência e influência, entre o Homem e o

Ambiente. Fenómeno pouco estudado, mas não omitido pelos “homens da ciência”, é com frequência abordada a diferença de comportamento e postura, entre os habitantes das diversas regiões que dão corpo ao nosso País.

Do ponto de vista científico, pouco se tem escrito acerca da constituição psicobiológica das gentes alentejanas. Por vezes encontramos referências à sua “forma de ser”, baseadas em observações e experiências vivenciais empíricas, não sendo por esse facto menos credíveis.

Segundo Nunes (s.d.), os alentejanos, predominantemente marcados pela etnia árabe, caracterizam-se por uma forte e singular personalidade, retraída ao primeiro contacto mas comunicativa e simples quando adquirida confiança.

Possuem um carácter afável e acolhedor, contrastando com uma altivez que lhe é peculiar, fruto de uma herança cultural orgulhosamente mantida.

Amável e sincero, o povo alentejano é profundamente honesto nas relações com os seus semelhantes, sabendo acolher com cordialidade reservada, aqueles que vindo de outras regiões, se radicam no Alentejo.

Caracteriza-os ainda o seu espírito de trabalho e o seu asseio, bem presente na limpeza e brancura inconfundível das casas, alinhadas nas ruas igualmente limpas dos seus povoados, montes ou herdades, (Guia de Portugal, 1991).

De estatura baixa, estômagos dilatados pelas “sopas de pão”, pele rude e escura queimada pelo sol, os alentejanos típicos distinguem-se pela fala arrastada, monótona e pastosa. Indolentes e calmos, de semblante pensativo e sugestivo de tristeza, vivem com resignação as dificuldades do dia a dia, utilizando um espírito de sacrifício na gestão dos recursos, fortemente condicionados pela Natureza.

Vivendo serenamente o quotidiano, o alentejano constitui a sua personalidade em unísono com a paisagem que o rodeia, ao ritmo do ciclo biológico da terra que semeia.

c) Religiosidade e valores

Povoada desde os tempos mais remotos por povos autóctones, a Região Alentejo conheceu várias civilizações, que de forma mais ou menos vincada foram deixando marcas de diversa índole. Por aqui passaram Cartagineses, Fenícios, Gregos, Romanos, Visigodos e Árabes, entre outros, (Nova Enciclopédia Portuguesa, 1991).

Ocupado pelos romanos cerca de 8 séculos, encontramos no Alentejo sinais importantes dessa época, que contribuem para enriquecer a sua história. Também a ocupação árabe no século VII deixou marcas profundas na agricultura, vocabulário, cantares, usos, costumes e saberes, (Antunes, 1995).

Segundo Coelho (1973), os processos de romanização e de islamização mais acentuados no sul do País, constituem sem dúvida, factores de identificação regional, o que permite a consciencialização das diferenças nas diversas regiões.

Terra de cultura antiga, feita de muitas culturas que em diferentes épocas, diferentes povos vivificaram, o Alentejo é detentor de um património histórico-cultural rico e diversificado, porque nele se acumulam as experiências de sucessivas gerações, expressando de forma natural as suas vivências, (Alentejo, Tesouro escondido de Portugal, 1990).

O património entendido de forma global, é o suporte da vida e memória colectiva das populações, representando o símbolo de identidade física e cultural, que possibilita a sua existência em termos futuros como comunidade, (Nunes e Leitão, 1985).

Apesar das pequenas e naturais diferenças sub-regionais, há uma mesma unidade que abraça o Homem alentejano, levando-o a partilhar as mesmas tradições, os mesmos saberes, as mesmas lutas e os mesmos sonhos, geradoras por sua vez, de uma solidariedade e coesão social, alicerce de uma cultura comum alentejana, (Mendes, 1995).

Religiosidade

A organização religiosa cristã tem raízes muito antigas no Alentejo, dado que no final do século III, já existiam duas dioceses no País, uma das quais sediada em Évora, (Costa, 1985).

Ocupando um lugar proeminente e central, relativamente à vida da povoação, podemos encontrar uma igreja ou capela, em cada uma das localidades que integra o Alentejo.

A linguagem popular, mostra de forma evidente a importância ampla e tradicional da Igreja Católica Romana. Quando se faz referência a uma data, é frequente substituir os termos laicos por terminologia religiosa. Assim, quando se menciona determinado acontecimento, diz-se que ele ocorreu no mês dos Santos (Novembro), no mês do São João (Junho), ou no mês de Natal (Dezembro).

Do mesmo modo, “*Até amanhã se Deus quiser*”, continua a ser a forma quase universal que as pessoas empregam para se despedir, quando não se voltam a ver no mesmo dia. As manifestações de mágoa, surpresa ou irritação são frequentemente marcadas por ditos religiosos, como é o caso de “*Valha-me Deus*”, “*Deus me acuda*” ou “*Deus me livre*”. O termo “*Deus*” é substituído amiúde pelo nome de um Santo, da Virgem Maria ou de Jesus Cristo. Quando se mencionam os nomes de parentes já falecidos, as pessoas acrescentam lhe “*que Deus tem*”, (Cutileiro, 1977).

As práticas religiosas Dominicais regra geral, são deixadas ao cuidado das mulheres, guardando os homens a sua participação para o Natal na missa do Galo e para a Páscoa na missa de Aleluias. Nestas duas épocas, tanto as cerimónias religiosas como as tradicionais refeições festivas que as assinalam, constituem expressões de vida religiosa.

Nos períodos de grande seca ou de maus anos agrícolas consecutivos, é frequente realizarem-se procissões em honra de determinados Santos, com a finalidade de obter graças que permitam inverter a situação climática. De igual

modo, perante uma doença grave ou dificuldade súbita e difícil de resolver, fazem-se promessas aos padroeiros da localidade estabelecendo uma permuta de favores que se converte numa espécie de cumplicidade. Há como que o estabelecer de um contrato entre os fiéis e os seus Santos implicando expectativas demasiadamente terrenas, o que impede que a fé se converta em experiência mística, (Cutileiro, 1977).

Independentemente de praticar ou não os rituais da Igreja Católica Romana, o alentejano considera-se um Homem de Fé e temente a Deus. Descurando muitas das práticas que a Igreja Católica preconiza, o alentejano acredita num Ser Superior cujo poder é infinito e revestido de misericórdia.

Nos últimos anos, outras religiões procuraram sedimentar as suas práticas e crenças na região Alentejana. No entanto e fruto talvez de toda uma herança cultural, a adesão por parte das populações tem sido diminuta.

Património cultural

Como referimos anteriormente, o Alentejo é sede de um património cultural vastíssimo que para além de outros aspectos, engloba a gastronomia, o vestuário, a casa e os cantares.

As tradicionais sopas de pão, o borrego e o porco, o uso de ervas aromáticas e os doces conventuais, constituem o *ex libris* da gastronomia alentejana. Segundo Coelho (1973), também nesta área se faz sentir a influência islâmica, concretamente no **Gaspacho** e na **Açorda**, cujas origens a essa cultura se devem.

Relativamente ao traje alentejano, representa um valor cultural, uma tradição que não podemos correr o risco de esquecer. Caindo em desuso devido às exigências dos tempos actuais e ao modo de vida da população, podemos encontrar este vestuário unicamente nas exposições, festas populares com cortejo

etnográfico e nas actuações dos ranchos folclóricos. As camisas de quadrados, as saias calças, as saias rodadas, as meias de linha às riscas, os colotes, os lenços ramados, os pelicos, os safões, as samarras, as botas caneleiras e os chapéus de aba direita, marcam toda uma época sazonal relacionada com a vindima a ceifa ou a apanha da azeitona.

A casa alentejana, marca igualmente a tradição e cultura deste povo. De taipa e aproveitando os rochedos do terreno nos seus primórdios, evoluiu para a alvenaria, acompanhando a evolução da construção civil. Paredes grossas e baixas, caiada de branco com roda pé e alisares azuis ou amarelos, janelas pequenas para defesa do calor, telhado de duas águas com telha clara, chaminé grande, é ainda hoje possível encontrar habitações com estas características típicas nas aldeias alentejanas.

Segundo Gaspar (1972), o vestuário e casas tradicionais, que tantas vezes têm sido assimilados às características climáticas do Alentejo, parecem ser sobretudo fenómenos de natureza cultural, embora adaptados às condições climáticas alentejanas.

Para terminar esta breve explanação acerca dos valores culturais alentejanos, não podíamos omitir os cantares populares, os quais evidenciam a forte componente árabe nas raízes da sua população. Sobre as origens e as influências que o cante alentejano sofreu ao longo dos séculos, parece não haver ainda total consenso. De todo o modo, é indiscutível que os cantares do sul estão impregnados de uma fortíssima carga religiosa e telúrica, (Pinheiro, 1996).

Segundo o Padre Marvão (1970), a canção popular é anónima, no sentido de que se lhe não conhece o autor nem a data. No entanto, não pode ser atribuída à geração espontânea. Ela teve origem, nasceu e desenvolveu-se, como tudo o que tem vida. Dado que apresenta as características dos velhos modos gregorianos, conclui-se que o cante alentejano é muito antigo.

Este cante tradicional é composto de modas, podendo dividir-se em três tipos de música: as modas lentas, as modas coreográficas e os cantes religiosos.

Estes últimos ligados a uma religião talvez sem Deus visível, mas unida à terra e à enorme espiritualidade que marca o quotidiano dos homens da planície, (Pinheiro, 1996).

O cante alentejano é cantado pelos cantadores, geralmente homens do campo, que cantam em grupo caminhando com passo cadenciado e vagaroso. O coro é lento, grave e profundo, cujo sentimento religioso e nostálgico é por assim dizer, a expressão melódica da paisagem.

As modas cantam o Alentejo com todas as suas belezas e a vida dos alentejanos, existindo modas próprias e adequadas, a cada época do ano. A forma de cantar é triste e monótona e para o Padre Marvão (1970), a música exerce no coração e no temperamento profunda e decisiva influência.

Segundo o mesmo autor (1985), o cante alentejano tem o sentido do amor, da saudade e da tristeza, embora também associado a outros motivos. Das 206 modas que compõem o Cancioneiro Alentejano, 114 falam de amor, 69 da saudade, 17 da tristeza e 6 cantam a morte.

O cante alentejano representa a cultura popular tradicional, traduzindo a perfeita imagem do povo alentejano, a sua personalidade, a sua razão de ser e de viver. Como afirma o Padre Marvão (1985), o Alentejo será sempre reconhecível através das suas velhinhas, nostálgicas e encantadoras modas, de cantadores bem unidos nas vozes, nos corpos, nos sentimentos e na vida.

O Alentejo não é fatalidade, é sonho e esperança que emanam da força de uma terra, que faz juntar vozes e enlaçar homens numa dignidade que perdura através dos tempos, inculcando no seu povo, o orgulho de ser alentejano.

2.3 - ASPECTOS PRELIMINARES

a) Esquema orientador da investigação

A finalidade de todo o trabalho de investigação, é compreender melhor os significados de um acontecimento ou de uma conduta, descobrindo caminhos de pesquisa ou respostas para problemas, mediante o emprego de procedimentos científicos, (Quivy e Campenhoudt, 1992; Gil, 1989).

A necessidade de compreender algo, surge em consequência de uma inquietação para a qual não temos uma resposta concreta e satisfatória.

É frequente sermos confrontados, através da comunicação social, com o elevado número de casos de depressão no Alentejo. Inúmeros factores justificativos são referidos, sem que existam bases científicas pré-investigadas para tais afirmações.

Atendendo à nossa área de formação profissional e à experiência de trabalho quotidiano, envolvendo indivíduos com afecções do foro psíquico, é possível constatar que na realidade, a depressão é das patologias mais frequentes.

São inúmeros os casos de indivíduos deprimidos, que mensalmente recorrem aos serviços do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora, local onde exercemos funções na área de actuação da gestão, como Enfermeira Chefe.

É nas consultas externas deste Departamento, que nos propomos realizar o nosso trabalho de investigação

Assim, na fase inicial do estudo e como ponto de partida para a investigação, formulámos uma questão central, que, segundo Quivy e

Campenhoudt (1992), não é mais do que uma tentativa de expressar com a maior exatidão possível o que procuramos saber e/ou compreender.

Qual a importância dos factores ambientais na depressão ?

Por necessidade de definir a terminologia utilizada, considerámos como factores ambientais os aspectos **sociais, económicos, familiares, profissionais, culturais, geográficos, climáticos**, na tentativa de efectuar uma abordagem da depressão numa perspectiva de Ecologia Humana.

Tendo por base a pergunta de partida, delineámos o tema central da nossa investigação procurando uma harmonia entre conceitos ecológicos e psiquiátricos: - “*A componente ambiental e a depressão na região de Évora*”.

A questão de partida para o trabalho de investigação, levou-nos a definir objectivos de modo a que fosse possível nortear a pesquisa, no sentido de encontrar respostas para a pergunta inicial.

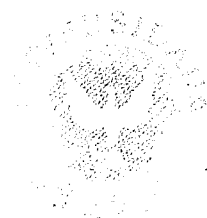
Segundo Mager (1983), um dos primeiros passos em qualquer trabalho de pesquisa, é escrever os objectivos e certificarmo-nos de que eles dizem alguma coisa sobre os resultados pretendidos e não sobre os meios para a sua consecução.

Assim, definimos um objectivo geral, pilar de toda a investigação. No sentido de tornar a pesquisa mais minuciosa, sentimos a necessidade de espalhar esse objectivo em objectivos específicos e mais limitados.

Objectivo geral : - Verificar, se na região de Évora, existe relação entre a depressão e os factores ambientais.

Objectivos específicos :- Identificar os factores ambientais mais frequentes na depressão.

- Verificar se existe relação entre o sexo e a maior incidência de depressão
- Verificar se existe relação entre a época do ano e a maior incidência de sintomatologia depressiva.
- Verificar se os indivíduos deprimidos identificam a causa da sua depressão.



b) Metodologia de trabalho

A ciência tem como objectivo primordial alcançar a veracidade dos factos, de modo a que seja possível formular um conhecimento válido e científico. Para que tal seja possível é necessário identificar procedimentos ordenados, racionais e técnicos, ou seja, determinar o método que possibilite atingir o conhecimento, (Gil, 1989).

Enquanto o método é a prática crítica da investigação, a metodologia é a organização crítica dessa mesma prática, (Almeida e Pinto, 1990).

Um estudo de investigação requer sempre uma metodologia muito própria, definida pelo sujeito que lidera o estudo e que comporta uma série de etapas e de meios para a percorrer, que possibilitem obter resultados satisfatórios na resolução do problema inicialmente definido.

Dada a escassa existência de fontes documentais sobre a temática escolhida, optámos por um **estudo exploratório**, na medida em que poderemos desenvolver, esclarecer e até modificar ideias e conceitos, que de acordo com Gil (1989), permitirão formular problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

Segundo o mesmo autor, a pesquisa exploratória é uma investigação aberta, desenvolvida com o objectivo de proporcionar uma visão geral de determinado facto.

Para Polit e Hungler (1993), esta pesquisa procura explorar as dimensões do fenómeno em causa, a forma como ele se manifesta e os factores que com ele se relacionam.

Segundo estas definições e na nossa perspectiva, o determinar da importância dos factores ambientais na depressão, considerando como limite geográfico a região de Évora, enquadra-se de modo ajustado, na filosofia da pesquisa exploratória.

Hipóteses de trabalho

A organização de uma investigação em torno de hipóteses de trabalho, constitui a melhor forma de a conduzir com rigor e ordem, sem abolir o espírito de descoberta e curiosidade.

A hipótese fornece à investigação uma linha orientadora particularmente eficaz, permitindo uma antecipação da relação entre os conceitos ou fenómenos estudados.

Permite ainda seleccionar de uma forma criteriosa, os dados considerados pertinentes, de entre uma infinidade de dados que o investigador pode recolher sobre o assunto que está a investigar, (Quivy e Campenhoudt, 1992).

No estudo que pretendemos fazer, como o tema é pouco explorado, torna-se difícil formular sobre ele, hipóteses precisas e operacionalizáveis, (Gil, 1989).

Por este motivo, limitamo-nos a formular hipóteses **interrogativas** de natureza **casuística**, as quais permitirão desbravar o campo de investigação, de modo a que possamos adquirir conhecimentos mais sólidos.

Hipótese central :

- *Será que existe relação entre a depressão e os factores ambientais aos quais o indivíduo está sujeito ?*

Dada a densidade da hipótese central, surgiu a necessidade de formular novas hipóteses a ela subordinadas :

Hipótese 1:

- Será a depressão uma doença essencialmente feminina ?

Hipótese 2:

- Será que a depressão é mais frequente nos indivíduos sem ocupação ?

Hipótese 3:

- Será a depressão mais frequente nos indivíduos que vivem sozinhos?

Hipótese 4:

- Será que a depressão é mais frequente nos indivíduos que vivem em zonas rurais?

Hipótese 5:

- Será que a depressão é mais frequente em determinadas estações do ano?

Variáveis em estudo

Elaboradas as hipóteses, torna-se necessário analisar as diversas variáveis que as compõem.

Por variável, termo frequentemente usado em todos os tipos de pesquisa, entende-se “todo o atributo, dimensão ou conceito susceptível de assumir várias modalidades”,(Quivy e Campenhoudt, 1992:219). Ou seja, é um conceito passível de operacionalizar, que contém mais de um atributo ou valor, (Ferrari, 1983), que intervêm num estudo como elementos a explicar ou como elementos que fornecem uma explicação.

As variáveis podem ser classificadas segundo vários critérios. Relativamente à suposta relação existente entre elas, e tendo em conta a sua função analítica, podem ser classificadas como variáveis dependentes e variáveis independentes.

Segundo Gil (1989), a variável dependente é aquela que é influenciada pela variável independente.

Para que uma variável se torne operacionalizável é preciso defini-la teoricamente, enumerar as suas dimensões se necessário (variáveis complexas), e

defini-la empiricamente, ou seja, definir os seus indicadores, referindo os elementos que indicam o seu valor de forma prática, Gil (1989).

No estudo que nos propomos fazer foram consideradas as seguintes variáveis:

Variável dependente :

- Depressão

Indicadores da variável :

- Diagnóstico feito pelo médico aquando da consulta e registado na ficha clinica do doente.

Variáveis independentes :

1 - Factores ambientais

Dimensões da variável:

⇒ Situação profissional e/ou ocupacional

⇒ Situação familiar

⇒ Situação social

⇒ Situação de saúde

2 - Sexo

Indicadores das variáveis :

As variáveis independentes são medidas através do preenchimento do questionário, aplicado a todos os elementos da amostra.

Delimitação do estudo

Por imperativos metodológicos, efectuámos a delimitação do tema a investigar, de modo a evitar dispersão de meios e de raciocínios, em função de limitações temporais e disponibilidades materiais e humanas.

Do ponto de vista cronológico, o estudo tem a duração de **3 meses**, nomeadamente Agosto, Setembro e Outubro, período durante o qual investigamos o tema nas consultas externas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental, do Hospital do Espírito Santo de Évora.

A delimitação geográfica do estudo abrange todo o **Distrito de Évora**, dado que esta é a área coberta pelo Departamento anteriormente citado.

Como referi no primeiro capítulo do trabalho, o sistema de classificação de doenças actualmente oficializado em Portugal, é a C.I.D.10 (Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, 10ª revisão), publicada em 1992. No entanto, e por razões às quais somos alheios, o sistema de classificação utilizado no Departamento é ainda a C.I.D.9, datada de 1978.

Assim sendo, do ponto de vista tipológico, e consoante a I.C.D.9, constituem unidades de observação no universo populacional, todos os indivíduos com o código de diagnóstico, **-300.4** (Depressão neurótica); **-309.0** (Reacção depressiva transitória); **-309.1** (Reacção depressiva prolongada), sem outras patologias do foro psíquico associadas, que frequentem as consultas externas durante o período de tempo considerado.

No sentido de clarificar o leque nosográfico de cada um dos diagnósticos acima descritos e tendo por base o descrito na C.I.D.9, descreveremos sucintamente cada uma das nomenclaturas.

- **300.4, Depressão neurótica** ⇒ perturbação neurótica caracterizada por depressão desproporcionada, habitualmente consecutiva a uma vivência penosa. Não aparecem ideias delirantes nem alucinações, mas o doente centra as suas preocupações no traumatismo psíquico, que antecedeu a depressão.

Por sua vez, as perturbações neuróticas são afecções mentais sem base orgânica demonstrável, perante as quais o doente se pode manter perfeitamente lúcido. O comportamento pode estar muito perturbado, embora quase sempre se mantenha dentro dos limites socialmente aceites, dado que a personalidade não se desorganiza.

- **309.0**, Reacção depressiva transitória ⇒ faz parte das perturbações da adaptação. São quadros depressivos quase sempre de carácter transitório, cujos sintomas quer pelo conteúdo, quer cronologicamente, se relacionam estreitamente com determinada ocorrência traumatizante.

- **309.1**, Reacção depressiva prolongada ⇒ também faz parte das perturbações da adaptação. São estados de depressão em geral demorados e que se desenvolvem habitualmente, relacionados com uma situação traumatizante também demorada.

Dado que em termos classificativos, as determinações etiológicas são semelhantes em qualquer um dos códigos de diagnóstico referidos, considerámos que todos os indivíduos seleccionados para o estudo, constituiriam um grupo único com o diagnóstico de **depressão**, independentemente do código ser 300.4, 309.0 ou 309.1. Por este motivo, os indivíduos não serão classificados nem quantificados no estudo, segundo o código de diagnóstico.

Esta decisão tem subjacente a recente classificação da C.I.D.10, a qual agrupa todas as depressões, independentemente da presença ou ausência de delírios ou alucinações (sintomas psicóticos), bem como da existência de factores de stress precipitantes.

Este sistema classificativo vem de certa forma diminuir a confusão terminológica, facilitando a compreensão do fenómeno depressivo e a uniformização de linguagem técnica, entre os profissionais de saúde, (Morais, 1996).

Relativamente à amostragem, queremos salientar que utilizámos a **amostragem não probabilística por acessibilidade**, seleccionando todos os indivíduos a que tivemos acesso, de acordo com a delimitação anteriormente referida. Desta forma, a amostra não está quantificada, prática usual nas pesquisas de tipo exploratório, como a que nos propomos fazer.

Tendo em conta este critério de investigação, o número de elementos estudados fez um total de **65** indivíduos.

Recolha de informação

Através das agendas de marcação de consultas, era nos possível saber com antecedência quais os doentes que seriam consultados, nos dias que estipulámos para recolher os dados informativos.

Para que isto fosse possível, faseámos o estudo em dois tempos diferentes.

A primeira fase inclui o estudo da ficha de consulta de cada utente, com a finalidade de recolher exclusivamente a informação relativa ao diagnóstico médico, efectuado pelos psiquiatras que trabalham no Departamento.

Dada a pobreza de informação contida em algumas fichas individuais, optámos por não recolher qualquer outro dado, tendo em vista a uniformização de critérios e de procedimentos.

Na segunda fase do estudo, aplicámos um **inquérito por questionário**, elaborado para o efeito, a todos os utentes que reuniam as condições de pertença anteriormente definidas.

Para o testar, aplicámos um pré-teste a 10 indivíduos, que reuniam as condições de admissão ao estudo. Salientamos que não foi necessário proceder a alterações na composição do questionário inicial, dado que no final do pré-teste, todos os inquiridos foram unânimes em afirmar não ter encontrado dificuldades no seu preenchimento.

Atendendo ao universo populacional, e fruto da nossa observação na fase preparatória do estudo, optámos pelo questionário de **administração indirecta**, de modo a que não fossem excluídos os indivíduos analfabetos.

Por factores de natureza cronológica, os questionários, como referi anteriormente, foram aplicados durante os meses de Agosto, Setembro e Outubro, visando apanhar uma época sazonal de transição, nomeadamente entre o Verão e o Outono.

A psiquiatria de sector, é a metodologia utilizada pelos psiquiatras do Departamento de Psiquiatria onde efectuámos o estudo, para dar cobertura

assistencial a todos os habitantes do Distrito de Évora. Isto significa que os 14 Concelhos que constituem o Distrito, estão distribuídos equitativamente pelos respectivos psiquiatras, bem como as freguesias que compõem a cidade de Évora.

De igual modo, também os dias úteis da semana estão distribuídos pelos psiquiatras, para que estes possam realizar as suas consultas.

Assim, para que todos os doentes tivessem a mesma possibilidade de pertencer ao estudo, efectuámos os questionários à Terça-Feira na segunda e quarta semana de cada um dos meses do estudo, e à Quinta-Feira na primeira e terceira semana desses mesmos meses. Pretendemos desta forma uniformizar o nosso procedimento, de modo a abrangermos pelo menos, um dia de consulta de cada um dos psiquiatras, em cada semana do estudo.

Isto significa que no dia em que o doente vinha à consulta e enquanto esperava pela sua vez, era-lhe aplicado o questionário. Para o efeito, utilizámos uma sala de apoio existente no serviço, de modo a que a individualidade do doente fosse respeitada, e o ambiente circundante não constitui-se factor inibitório na veracidade das respostas.

Antes de aplicar o questionário, o doente era sujeito a uma fase preparatória de introdução ao mesmo. Começávamos por dizer quem éramos, o que pretendíamos fazer e porquê, solicitando autorização da pessoa para aplicar o questionário. Salientamos que todos os doentes abordados colaboraram no estudo, sem qualquer tipo de reservas.

Durante a fase de delineamento da metodologia para recolha de dados, verificámos que no período delimitado para o estudo, era possível o mesmo utente, ser observado em consulta mais do que uma só vez. Assim, para proceder à correcta aplicação do questionário e garantir que cada utente faria parte do estudo uma única vez, foi necessário definir alguns procedimentos.

Registámos todas as datas em que foram aplicados os questionários.

Sempre que um utente reunia as condições para ser parte integrante da amostra, verificámos a data da última consulta registada na sua ficha, e

confrontámos com as datas de aplicação do questionário, de modo a que fosse possível saber se o utente já tinha sido inquirido ou não.

O questionário aplicado era anónimo e constituído por cinco partes. A primeira visa a caracterização da população, e as restantes quatro englobam um total de questões respeitantes às variáveis em estudo, agrupadas consoante se refiram à situação profissional, familiar, social, ou de saúde.

No que se refere à forma das questões, o questionário é constituído por questões fechadas de resposta dicotómica ou de múltipla escolha, e por questões abertas sem qualquer tipo de restrição, as quais cumprem um papel importante nos estudos exploratórios, (Gil, 1989).

O questionário é constituído na totalidade por 38 questões, sendo que, 6 das 7 questões dicotómicas são duplamente exclusivas para a questão ou questões, imediatamente a seguir, (Anexo 1).

Tratamento dos dados

Enquanto procedíamos à recolha de informação, planeámos a análise e interpretação dos dados obtidos. Estes dois processos, apesar de significarem conceitos diferentes, aparecem intimamente relacionados.

Enquanto a análise tem como finalidade organizar os dados de tal forma, que seja possível fornecer respostas ao problema de investigação proposto, a interpretação tem como finalidade a procura do significado mais amplo das respostas, através da sua ligação com conhecimentos teóricos, anteriormente obtidos, (Gil, 1989).

Para tornar viável estes processos, procedemos à codificação das perguntas fechadas posteriormente à colheita de informação, de modo a que os dados brutos fossem transformados em símbolos possíveis de tabular.

Relativamente às perguntas abertas, foram categorizadas também posteriormente, de modo a que fosse possível o agrupamento do maior número de respostas a determinado item, no mais pequeno número de categorias possível.

De salientar, que cada sujeito foi colocado uma única vez na categoria correspondente, e que estas são mutuamente exclusivas, de modo a que não ocorra sobreposição, (Levin, 1987)

Depois de recolhida a informação e para que a fase de análise e interpretação dos resultados fosse viável, adoptámos alguns procedimentos.

Para tratamento dos dados, e uma vez que aplicámos inquéritos por questionário, utilizámos métodos de análise e procedimento quantitativo, de modo a comparar as categorias de respostas e estudar as suas possíveis correlações, (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Para a categorização das perguntas abertas, efectuámos análise temática do conteúdo das várias respostas, recorrendo à análise categorial (procedimento essencialmente quantitativo), de modo a que fosse possível agrupar as características frequentemente citadas, em categorias significativas, (Idem).

A análise estatística teve por base o **SPSS** (Statistical Package for the Social Sciences), programa informático de gestão e de análise de dados de inquéritos, amplamente utilizado em Ciências Sociais, dado que representa a primeira grande tentativa de desenvolver *software* nesta área, (Bryman e Cramer, 1993). Concomitantemente e de forma pontual, utilizámos também o programa informático, Microsoft Excel versão 5.0.

Assim, o tratamento estatístico dos dados recolhidos, engloba meramente a **estatística descritiva**, dado que a amostra populacional é de reduzidas dimensões.

Para a análise estatística descritiva, e tendo em conta as variáveis ordinais e contínuas, utilizámos as **medidas de tendência central** - média, mediana e moda, dado que permitem caracterizar o que é típico no grupo, e a **medida de dispersão** - desvio padrão, dado que permite conhecer a extensão da distribuição

e a maneira como os resultados se agrupam em torno do seu centro, ou seja, a quantidade de desvio em relação à média.

Ao longo da análise e discussão dos resultados, elaborámos vários gráficos de barras, histogramas, gráficos circulares e distribuição de frequências absolutas e relativas (percentagens), com o objectivo de avaliar e visualizar mais facilmente, a dispersão de algumas variáveis nominais e ordinais.

2.4 - CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO EM ESTUDO

Segundo referimos anteriormente e tendo em conta as fontes citadas, em 1994, o Alentejo Central tinha uma população residente de 170.270 habitantes.

Perante estes valores populacionais e apesar da tendência decrescente dos mesmos, verificada na última década, o universo populacional da nossa amostra é francamente insignificante.

Assim, e atendendo às limitações e condicionantes metodológicas do nosso estudo, não podemos fazer qualquer tipo de inferência para a população total do Distrito de Évora, dado que somente 65 indivíduos são objecto da nossa investigação exploratória. Concomitantemente, relembramos a isenção de representatividade, inerente aos estudos exploratórios.

De todo o modo, realçamos o facto de o total da população residente no Distrito de Évora, não ser de forma alguma o total da população deprimida nesse mesmo Distrito. Salientamos que os estudos elaborados na área da depressão, são unânimes em referir uma percentagem de cerca de 6% de indivíduos deprimidos, face à população total.

No entanto, e tendo em linha de conta essas percentagens, a nossa amostra continua a não ter representatividade em termos de extrapolação, para a população distrital.

Tal facto leva-nos a afirmar que os dados apresentados neste capítulo, são verdadeiros e representativos unicamente para a população dos 65 indivíduos, que constituem a nossa amostra populacional.

Por este motivo, o presente item do estudo exploratório, pretende caracterizar a população da amostra, tendo em conta as variáveis independentes

pré-definidas por nós, como elementos fundamentais na perspectiva filosófica da Ecologia Humana.

a) Aspectos demográficos

Ao efectuármos a análise demográfica da população e de acordo com Nazareth (1988), estamos a fazer a sua divisão em grupos homogéneos, tendo como base um conjunto de determinadas características. Este processo dá origem a diversos tipos de estruturas, consoante o que pretendemos analisar.

Apesar de somente o sexo e a idade, segundo o autor supracitado, constituírem verdadeira fonte de interesse para a análise demográfica, consideraremos também o estado civil e os níveis de instrução, quer na sua estrutura global, quer em função do sexo e idade.

O sexo

No quadro 1 está expressa a caracterização da população relativamente ao sexo, tendo em conta as frequências absolutas representadas por **N** e as frequências relativas representadas por **%** (percentagem).

Quadro 1 - Caracterização da população por sexos

Sexo	N	%
Feminino	52	80
Masculino	13	20
Total	65	100

Da análise do quadro 1, resulta óbvia a supremacia do sexo feminino com 53 indivíduos, relativamente ao sexo masculino com apenas 12. Em termos percentuais, a diferença entre os dois sexos é da ordem dos 60%, o que representa um total de mais 39 indivíduos do sexo feminino, se tivermos em conta as frequências absolutas.

Perante estes resultados, podemos responder afirmativamente à interrogação levantada pela **hipótese 1**, aquando da definição da metodologia de trabalho. Isto significa que para a população do nosso estudo, a depressão é uma doença essencialmente feminina, correspondendo a 80% dos casos inquiridos.

Segundo os autores citados em tempo oportuno, a proporção encontrada nos vários estudos independentemente da cultura onde são realizados, é de 2 mulheres para 1 homem com patologia depressiva.

Os valores obtidos no nosso estudo são bastante mais incisivos, dado que encontramos uma razão de 4 mulheres para 1 homem.

Apesar destes resultados serem compatíveis com a fundamentação teórica por nós referida, não podemos ignorar o facto citado em vários estudos, de que os homens só recorrem aos serviços de saúde, em situações quase extremas de doença.

Logo, os valores por nós encontrados representam uma interrogação, na medida em que é possível que muitos homens vivam a sua depressão no silêncio, confrontados com o estigma das doenças psíquicas, que acreditam ser próprias dos frágeis.

Socialmente ainda considerado por alguns como elemento pertencente ao sexo forte, o homem esconde a sua depressão de modo a manter íntegra, o que considera a sua masculinidade.

Salientamos que a interpretação por nós referida, é absolutamente empírica e carregada de subjectividade, resultando da nossa experiência pessoal e profissional.

Sexo e idade

O quadro 2 resulta do agrupamento da idade por grupos decimais, com o sexo dos inquiridos apresentado de forma separada.

São consideradas as frequências absolutas e as frequências relativas de forma total e parcial, relativamente à distribuição dos indivíduos por grupos etários e por sexos.

Os parâmetros estipulados para o início e términos dos grupos etários decimais, prendem-se com o facto do elemento mais novo da amostra ter 24 anos e o mais velho ter 84 anos.

Quadro 2- Caracterização da população por grupos etários e sexo

Grupos etários	H		M		Total	
	N	%	N	%	N	%
20 - 29	1	1,5	3	4,6	4	6,2
30 - 39	2	3,1	4	6,2	6	9,2
40 - 49	-	-	4	6,2	4	6,2
50 - 59	3	4,6	16	24,6	19	29,2
60 - 69	4	6,2	20	30,7	24	36,9
70 - 79	2	3,1	3	4,6	5	7,7
80 - 89	1	1,5	2	3,1	3	4,6
Total	13	20	52	80	65	100

Dada a dimensão reduzida da amostra, encontramos grupos etários sem representatividade ou com frequências absolutas muito baixas, situação mais notória no sexo masculino devido ao pequeno número de indivíduos.

Verificamos que o leque de idades ao longo do qual se distribui a

população da amostra é bastante vasto, existindo uma diferença de 60 anos entre os indivíduos que ocupam os grupos etários decimais extremistas.

Apesar da amostra populacional feminina ser francamente superior à masculina, não existem diferenças significativas entre os grupos etários mais representados.

É entre os 60 e os 69 anos que se situam as maiores frequências absolutas em ambos os sexos, acumulando para si **36,9%** das frequências relativas totais., sobressaindo assim em relação aos restantes grupos etários.

Na realidade, estes resultados contrariam os dados de estudos recentes, segundo os quais a depressão é actualmente um fenómeno vivido pelos jovens adultos e cuja prevalência diminui com a idade.

No entanto, verificamos a existência de uma frequência relativa total de 15,4%, no somatório dos grupos etários 20-29 e 30-39 anos, os quais são considerados jovens adultos.

Do ponto de vista estatístico, a **média de idades** é de aproximadamente **45 anos** para os indivíduos do sexo masculino e **57 anos** para os do sexo feminino, o que poderá ser explicado pelo maior número de mulheres nos grupos etários mais elevados.

Considerando as idades da população da amostra, independentemente do sexo, a **média** é de aproximadamente **57 anos** e a **mediana** de **59 anos**.

Apesar da média de idade para a depressão, referida por Ramalheira (1996), se reportar ao início da doença, ela está estimada em 27 anos, valor bastante mais baixo do que o obtido por nós

Relativamente à **moda**, a distribuição é **amodal**, dado que assume vários valores simultâneamente. O **desvio padrão** é de **13,9 anos**, pelo que a média de idades é consideravelmente representativa da distribuição.

Sexo e estado civil

Do agrupamento do estado civil com o sexo dos indivíduos de forma separada, obtivemos um conjunto de valores, cuja representação deu origem ao quadro 3.

Esses valores são apresentados tendo em conta as frequências absolutas e relativas, bem como os seus totais globais e parciais.

Quadro 3 - Caracterização da população por estado civil e sexo

Estado civil	H		M		Total	
	N	%	N	%	N	%
Casado	8	12,3	30	46,2	38	58,5
Solteiro	3	4,6	4	6,2	7	10,8
Viúvo	2	3,1	10	15,4	12	18,5
Divorciado	-	-	8	12,2	8	12,2
Total	13	20	52	80	65	100

Da análise do quadro 3, evidenciamos a percentagem maioritária de indivíduos casados (58,5%), representando mais de metade da população. Esta proporção verifica-se igualmente nos dois sexos quando analisados de forma separada, nomeadamente, 12,3% nos homens e 46,2% nas mulheres.

Relativamente aos 46,2% nas mulheres, estes dados parecem estar de acordo com os estudos, segundo os quais são as mulheres casadas as mais afectadas pela patologia depressiva.

Em termos de população global e população feminina, são os viúvos que representam o segundo grupo mais significativo, respectivamente 18,5% e 15,4%.

No entanto, e para a população masculina, é o grupo dos solteiros que

representa o segundo grupo mais significativo, reportando os viúvos para o terceiro lugar.

Estes resultados não nos surpreendem, na medida em que as estatísticas dos óbitos, revelam uma maior percentagem de mortes no sexo masculino, o que justifica o elevado número de viúvas. Para a nossa população, e tendo em conta os dados do quadro 3, verificamos que para cada 5 mulheres viúvas deprimidas, existe 1 homem viúvo também deprimido.

Verificamos ainda que os solteiros representam uma percentagem bastante baixa e praticamente idêntica em ambos os sexos, enquanto o estado de divorciado só tem representatividade no sexo feminino. Salientamos o facto da percentagem de mulheres divorciadas ser superior ao somatório da percentagem de solteiros de ambos os sexos.

Não podemos deixar de referir um dado curioso, adquirido ao longo da aplicação dos questionários. Apesar de não ser explorado este aspecto, todas as mulheres divorciadas referiram voluntária e espontaneamente, que os maridos tinham abandonado a casa para viver com outra mulher, sendo esta a justificação para o seu estado depressivo.

Segundo alguns estudos realizados nos Estados Unidos, a maior taxa de depressão foi encontrada em indivíduos divorciados, seguidos dos solteiros e por último dos casados, resultados não concordantes com os obtidos no nosso estudo.

Habilitações literárias

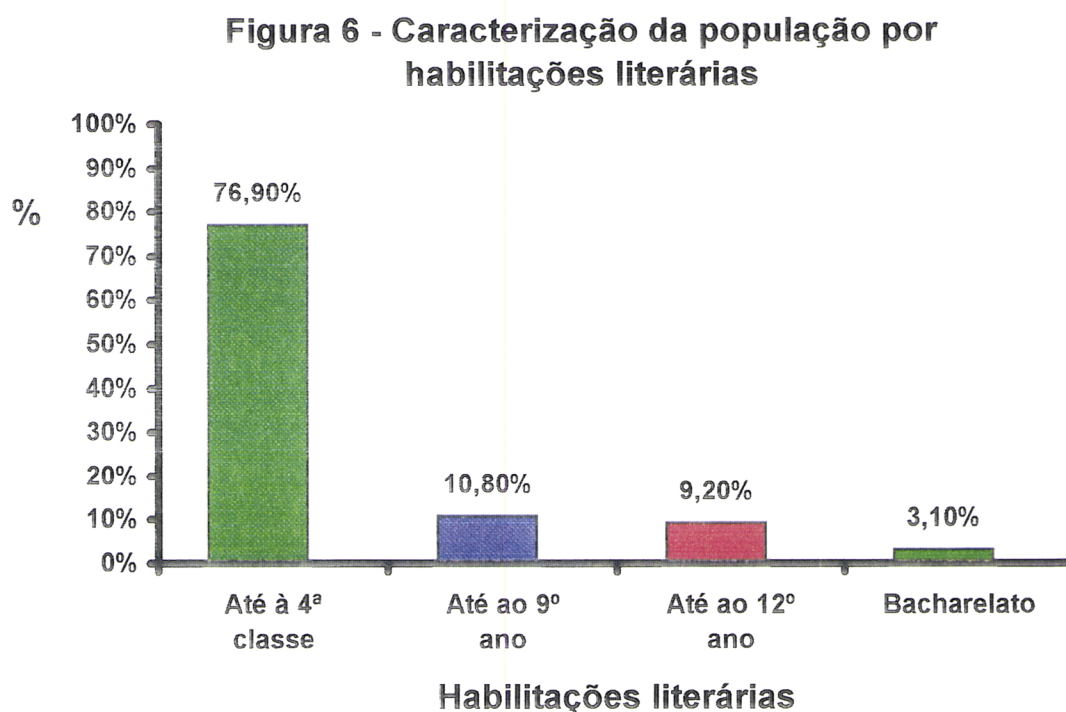
Na fase preparatória do estudo como já referimos, pudemos constatar que de modo geral, o nível de instrução dos indivíduos que recorriam às consultas do departamento, era relativamente baixo. Por este motivo, as classes literárias consideradas no questionário, são pouco abrangentes não indo para além do bacharelato.

Durante a aplicação dos questionários, confrontámo-nos com uma lacuna respeitante a este item, a qual não foi detectada no pré-teste e só se revelou importante no tratamento dos dados.

Os indivíduos analfabetos, erradamente, não são considerados de forma isolada, mas de forma conjunta com todos os outros que fizeram a escolaridade até à 4^o classe, dado que esta é a classe literária mais baixa, tida em conta no questionário.

Não nos foi possível contornar este aspecto, uma vez que a lacuna referida foi detectada numa fase já adiantada do estudo, o que impossibilitou a reformulação do item.

Tendo em conta os resultados obtidos, elaborámos a figura 6, que representa graficamente a forma como a população se distribui, pelas diversas categorias consideradas.



Como podemos constatar pela figura 6, a maioria da população possui um nível de escolaridade bastante baixo, representando 76,9% do total da amostra, o que corresponde em valores absolutos, a 50 indivíduos.

A percentagem de indivíduos com habilitações até ao 9º ano e até ao 12º ano é praticamente semelhante, existindo uma diferença percentual de 1,6%, a favor dos sujeitos que englobam o primeiro grupo.

Significativamente mais baixa é a percentagem dos indivíduos com formação académica superior, representando unicamente 3,1%.

Estes valores não nos surpreendem e correspondem às nossas expectativas, uma vez que a média de idades dos utilizadores das consultas é relativamente alta e coincidente com épocas sociais e educativas, em que a escolaridade não era obrigatória.

Simultaneamente e de acordo com alguns estudos, os indivíduos com baixo grau de instrução, tendem a deprimir-se de forma demonstrativa exteriorizando os sintomas. Contrariamente, os detentores de um grau de instrução mais elevado, tendem a interiorizar esses mesmos sintomas, assumindo uma postura não demonstrativa. Isto impede-os de procurar ajuda técnica e de reconhecer que estão deprimidos.

Concomitantemente, e tendo por base a nossa experiência profissional, cremos que os sujeitos mais diferenciados em termos de habilitações literárias, optam pela psiquiatria privada em detrimento dos serviços estatais.

Tal facto deve-se ao estigma da doença mental, tão vincado na nossa sociedade, e ao “rotulo” que é colocado aos indivíduos que precisam de apoio psiquiátrico.

b) Situação profissional

Se tivermos em conta as actividades de vida diária de qualquer indivíduo, verificamos que a actividade laboral, remunerada ou não, está sempre presente no seu quotidiano.

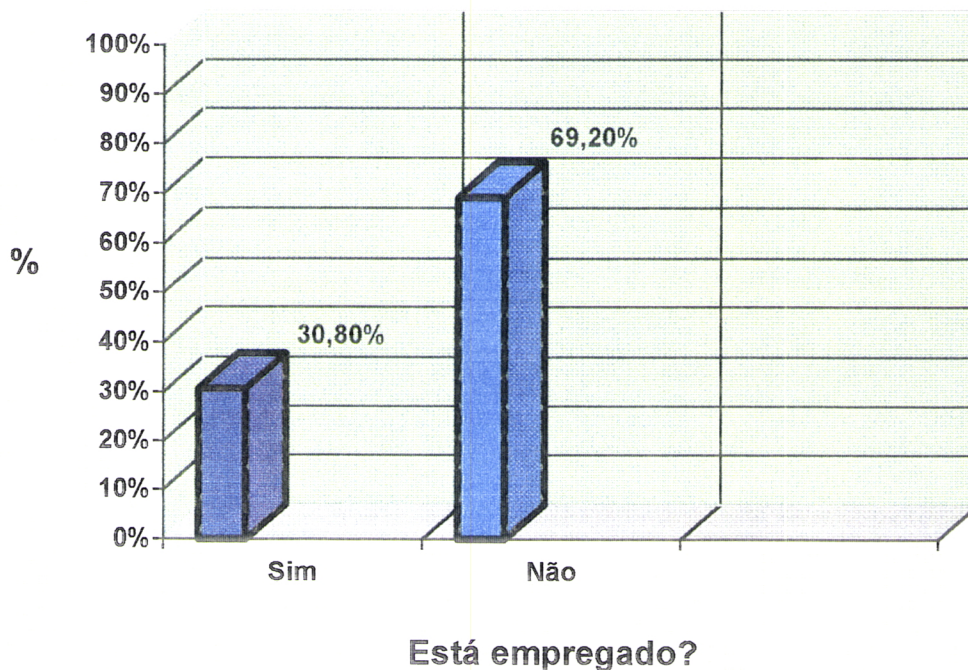
Perante situações de doença, esta é uma das primeiras actividades

afectadas, uma vez que o sujeito perde a capacidade, vontade e estímulo, para efectuar o seu trabalho diário.

Este facto assume particular importância na patologia depressiva, onde a diminuição da concentração e a incapacidade de estabelecer relação com os outros, leva o indivíduo a suspender a sua actividade laboral durante períodos, por vezes, bastante longos.

A figura 7 representa a situação da nossa população relativamente à sua actividade laboral, sendo unicamente analisado o facto de estar ou não empregado.

Figura 7 - Situação laboral da população



Verificamos que apenas 30,8% da população da amostra está empregada, o que representa um total de 20 indivíduos.

As profissões por eles desempenhadas são pouco diferenciadas e foram agrupadas consoante a sua posição face à entidade patronal, de acordo com o quadro 4.

Quadro 4 - População empregada consoante a entidade patronal

Actividade laboral	%
Trabalhador por conta de outrem	55
Trabalhador por conta própria	25
Funcionário público - administrativo	20
Total	100

As percentagens não são muito significativas, sendo os trabalhadores por conta de outrem que detêm 55% das frequências relativas. O horário de trabalho referido é o praticado pelo comércio tradicional, com o descanso semanal ao Domingo.

Os trabalhadores por conta própria representam 25% da distribuição e referem não ter horário fixo de trabalho, nem dias de descanso pré-determinados, dado que estes parâmetros são definidos em função do volume de trabalho que têm a seu cargo.

Os restantes 20% dos indivíduos empregados, desempenham funções administrativas em organismos oficiais e fazem o horário estipulado para estes serviços (9h-12.30h e 14h-17.30h).

Do total da população empregada, 85% desempenha a sua actividade profissional à mais de dois anos, e 15% à menos de um ano, o que nos leva a crer que pelo menos para a maioria dos sujeitos, o período de integração e adaptação à actividade laboral, está ultrapassado.

No entanto, nem só este factor é importante e o nível de satisfação com que cada indivíduo realiza a sua actividade profissional, deve ser tido em conta.

No quadro 5, apresentamos a forma como a população empregada se situa em termos de satisfação, relativamente à actividade que desempenha, independentemente do tempo de exercício.

Quadro 5 - Distribuição da população segundo a satisfação no desempenho da actividade profissional

Desempenho da actividade	%
Com satisfação e agrado	65
Com insatisfação e desagrado	20
Por necessidade monetária	15
Total	100

Constatamos que 65% dos indivíduos empregados desempenham a sua actividade profissional com satisfação e agrado, o que poderá funcionar como factor coadjuvante na resolução da problemática depressiva, que actualmente vivem.

Por oposição, 20% dos sujeitos não gostam do que fazem, referindo insatisfação e desagrado no desempenho da sua actividade. Este facto é extremamente importante, na medida em que poderá actuar como agente nocivo no processo depressivo e concomitantemente contribuir para o aumento do absentismo laboral.

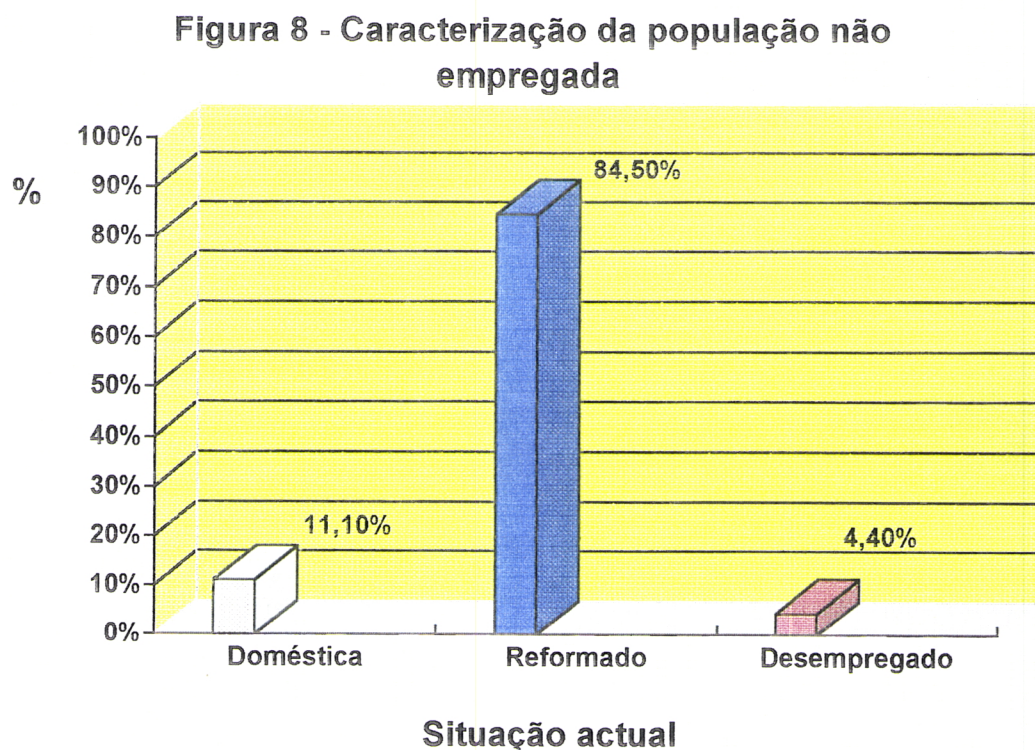
Por fim, 15% dos indivíduos vivem a sua actividade como uma obrigação que é preciso cumprir, considerando-a unicamente como um meio de subsistência. Tal facto leva-nos a pensar que perante uma condição económica mais favorável, eventualmente estes indivíduos abandonariam o seu trabalho.

O sentimento de obrigatoriedade, aliado à incapacidade de resposta laboral do indivíduo deprimido, gera conflitos internos potencializadores da sintomatologia depressiva, o que poderá contribuir também para o absentismo.

Tendo em conta o que referimos anteriormente, podemos afirmar que 35% da população empregada, não sente satisfação plena no desempenho da sua actividade laboral diária.

Após a análise da população empregada, e reportando-nos ao representado na figura 7, verificamos que 69,2% da amostra não está empregada, o que corresponde a 45 indivíduos em termos de frequência absoluta.

Dentro deste grupo definimos várias categorias, tendo em conta a situação laboral dos não empregados, cujo resultado é apresentado na figura 8.



Através da análise da figura 8, é possível constatar que a grande maioria da população não empregada está reformada, o que corresponde a 84,5%. Este resultado é de algum modo esperado, atendendo à idade da população mais representativa em termos de frequência absoluta, nos grupos etários mais elevados, (quadro 2).

Por outro lado, e segundo verbalizaram à margem do questionário, a incapacidade limitante provocada pela sintomatologia depressiva, originou algumas reformas precoces por doença, entre os elementos da amostra ainda em idade activa.

11,1% da população assumiu-se como doméstica, não exercendo nem tendo exercido, qualquer actividade fora do lar. Segundo os teóricos considerados no nosso estudo, o trabalho doméstico isolado, favorece o sentimento de frustração face às necessidades de autonomia da mulher, podendo eventualmente potenciar o quadro depressivo.

Apenas 4,4% dos indivíduos referiu estar desempregado, o que ocorreu na sequência do término de contratos trienais. 50% dos sujeitos nesta situação, não tem trabalho à menos de um ano, recebendo actualmente subsidio de desemprego.

50% não tem trabalho há mais de dois anos e por este motivo não recebe subsidio de desemprego. A última actividade que desenvolveram, foi respectivamente como empregado de comércio e funcionário administrativo no sector privado.

Atendendo à grave crise laboral que a sociedade atravessa, manifestada pela crescente taxa de desemprego, esperavamos encontrar uma percentagem mais significativa de sujeitos nestas condições.

Recordamos o facto do desemprego ser considerado uma crise de vida accidental, que segundo os teóricos, desempenha um papel importante na génese da depressão.

Considerando a interrogação que formulámos em termos da **hipótese 2**, aquando do delineamento do estudo e perante os resultados obtidos, diremos que a nossa resposta é afirmativa.

Isto significa que para a população em estudo, a depressão é de facto mais frequente nos indivíduos que não têm ocupação, representando como mencionámos anteriormente, uma frequência relativa de 69,2%.

Dada a natureza do estudo não estabelecemos qualquer tipo de relação entre as variáveis, limitando-nos a constatar a realidade apresentada pelos resultados.

c) Estruturas familiares

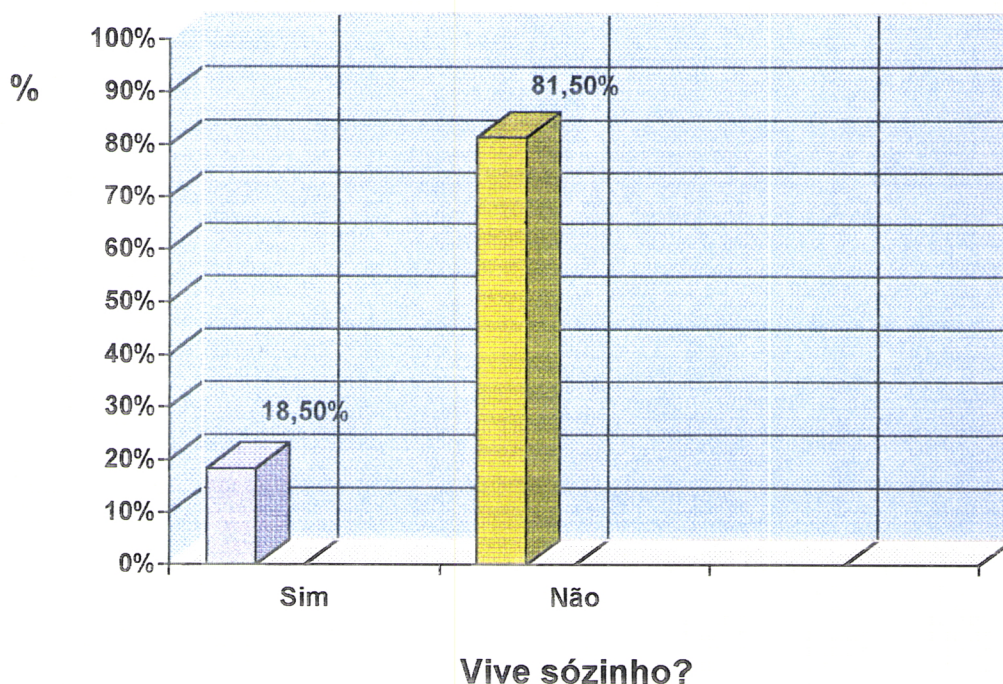
Como é do conhecimento geral, o suporte familiar é das estruturas mais importantes na vida do indivíduo. Considerada como micro-sociedade, a família tem o seu ritmo próprio, os seus valores, os seus princípios, a sua forma de subsistência interna, constituindo o alicerce da sociedade global.

Destinado a viver em sociedade, o Homem aprende e apreende as primeiras regras de convivência, inserido no meio familiar.

Quando vive situações de crise, sejam elas acidentais ou de desenvolvimento, é no seio deste grupo que o indivíduo se refugia, sem esquecermos no entanto, a influência nociva que por vezes exerce sobre o sujeito.

Dada a importância que atribuímos ao contexto familiar, quisemos saber se a população do nosso estudo vivia sozinha ou em família, sendo a figura 9 representativa do resultado obtido.

Figura 9 - Caracterização da população segundo a situação familiar



De acordo com a figura 9, 18,5% da população da amostra vive sozinha, o que corresponde a 12 indivíduos em termos de frequências absolutas.

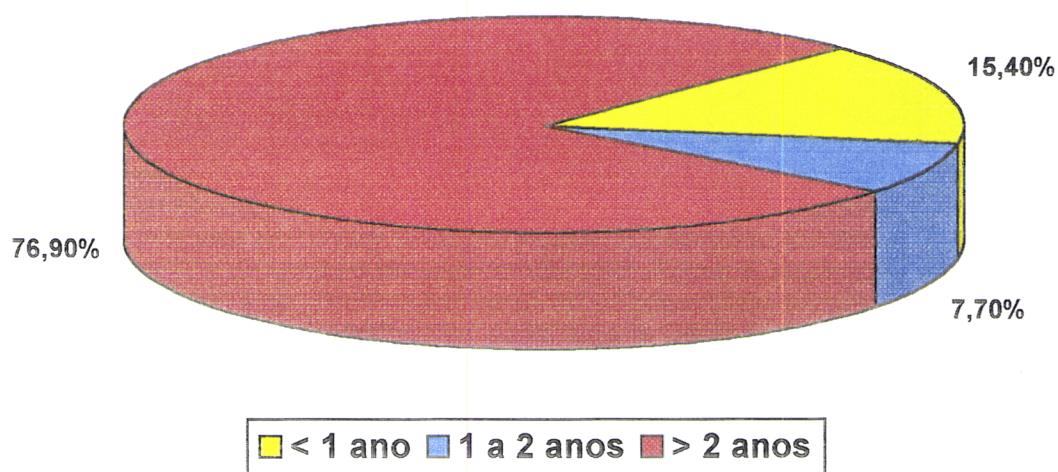
Consideramos que esta percentagem não é muito significativa em termos globais. No entanto quando analisada separadamente, encontramos algumas diferenças relativamente ao tempo, durante o qual os indivíduos vivem a sua solidão.

Considerado por alguns como um *Ser* de hábitos, o Homem apesar de social, segundo os que assim pensam, deverá habituar-se à solidão. Deste modo, seria previsível que a maioria dos sujeitos deprimidos que vivem sozinhos, estivessem nesta situação de solidão há pouco tempo, sofrendo ainda o impacto de uma mudança recente na sua vida familiar.

Claro que isto não é tão linear e outros factores existem na problemática depressiva, para além da solidão.

Os valores por nós encontrados são expressos na figura 10 e diferem substancialmente das expectativas por nós formuladas.

Figura 10 - Distribuição da população segundo o período em que começou a viver só



15,4% da população vive só há menos de um ano, representando uma percentagem relativamente baixa face ao total da amostra, não nos permitindo

assim retirar qualquer relação deste valor.

Percentagem por nós considerada insignificante, é a que se verifica no período compreendido entre um e dois anos de vigência a só.

Maioritariamente representativa, é a percentagem de 76,9% de indivíduos que vivem sós há mais de dois anos. Numa primeira análise rudimentar, e à margem de outros factores, diríamos que a habituação à solidão é inversamente proporcional ao tempo, podendo desencadear uma crise depressiva.

Uma possível explicação deste fenómeno, reside nas adversidades a que o indivíduo é sujeito ao longo do tempo e para as quais não estava preparado. O facto de repartir com alguém as dificuldades quotidianas, permite que se utilizem mecanismos de resolução de problemas, que se revelam totalmente ineficazes quando esse alguém deixa de estar presente. Então, ao utilizar os mecanismos habituais, o indivíduo é confrontado com o insucesso das suas soluções e como afirma Caplan (1980), é obrigado a reformular as suas estratégias de intervenção.

Segundo o autor anteriormente mencionado, o acumular de situações de vida, não resolvidas por incapacidade ou inoperância do sujeito, poderá desencadear crises depressivas que se tornarão mais evidentes com o passar do tempo.

Considerando a figura 9, verificamos que 81,5% da população total da nossa amostra, não vive só. Tal facto leva-nos a inferir que o viver ou não sozinho, não terá muita repercussão na problemática depressiva.

O estabelecimento de relações entre os indivíduos que habitam um mesmo local, depende do grau de parentesco e afinidade entre eles. O papel que cada um dos intervenientes desempenha no processo relacional, é condicionado pelo seu estatuto e função, no seio da família.

Os conflitos de gerações, partilhadas de poder e território, no meio familiar, poderão originar degradação do relacionamento entre os elementos, que habitam um mesmo habitat.

No quadro 6, apresentamos as frequências relativas que traduzem o grau

de parentesco, entre o inquirido e os familiares que com ele vivem e compõem o agregado familiar.

Quadro 6 - Caracterização da população segundo o agregado familiar

Grau de parentesco	%
Esposa	5,7
Filhos	7,5
Esposa e filhos	7,5
Filha, genro e netos	5,7
Irmãos	5,7
Marido	30,2
Marido e filhos	24,5
Outros	13,2
Total	100

Através da análise do quadro 6, é possível constatar uma percentagem bastante significativa de sujeitos, que vivem acompanhados unicamente pelo marido. Estamos perante indivíduos do sexo feminino e segundo alguns autores, estes resultados devem-se à saída dos filhos do meio familiar e ao regresso à família dicotómica. A falta de diálogo e de atenção por parte do cônjuge, bem como a sensação do dever cumprido em relação à educação e independência dos filhos, funcionarão eventualmente como agentes precipitantes da patologia depressiva.

24,5% da população refere-se também ao sexo feminino e abarca os sujeitos que vivem com o marido e filhos, independentemente do seu número.

Sempre que analisamos fenómenos sociais, as relações de causalidade são difíceis ou mesmo impossíveis de estabelecer. Nesta situação concreta e à margem de outros factores, alguns autores defendem que as situações depressivas, estarão hipoteticamente relacionadas com uma relação conjugal deficiente e insatisfatória, bem como com a problemática educacional da prole.

O facto de ser a mulher o elemento mais directamente relacionado com a educação dos filhos e assumir em muitos casos o papel de sua confidente, justificará porventura as duas frequências relativas acima citadas.

No primeiro caso (30,2%), por inibição do seu papel e no segundo caso (24,5%), por um assumir exagerado desse mesmo papel.

Consideramos que as restantes percentagens são pouco significativas e a sua distribuição entre as categorias é praticamente homogénea, não nos permitindo retirar elações.

Referimos unicamente que a percentagem representativa dos indivíduos do sexo masculino que vivem só com a esposa, ou com os filhos e a esposa, é praticamente semelhante entre si, existindo um aumento de 1,8% nestes últimos.

Em termos hipotéticos e de forma empírica, poderíamos dizer que o facto de existirem filhos, predispõe à manifestação do quadro depressivo.

Finalizando a análise do quadro 6, salientamos a existência de uma categoria residual considerada como “outros”, onde são incluídas todas as frequências relativas referentes a frequências absolutas unitárias e por isso isentas de expressão.

Tendo em consideração a **hipótese 3** formulada no estudo, respondemos negativamente à interrogação por ela levantada.

Isto significa que para a nossa amostra populacional, a depressão é menos frequente nos indivíduos que vivem sozinhos e por exclusão, mais frequente nos que vivem acompanhados por alguém.

Reflectindo sobre estes dados, e tendo somente em conta o facto de viver ou não sozinho, poderíamos dizer que os conflitos e problemas resultantes de toda uma dinâmica familiar, são mais susceptíveis de facilitar o quadro depressivo, do que o peso da solidão e a ausência de alguém, para repartir as vivências diárias.

d) Estruturas e suportes sociais

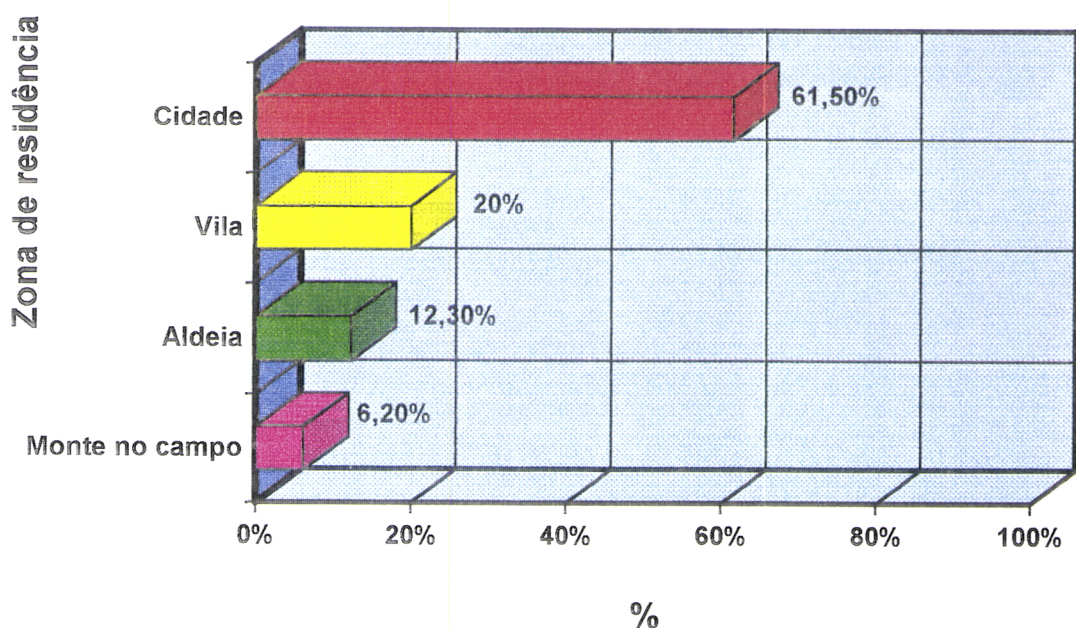
Para além do suporte familiar que anteriormente abordámos, o indivíduo vive inserido num meio social, do qual é parte integrante e com o qual estabelece inter-relações permanentes e constantes. Desta permuta energética resulta um rol de influências bi-unívocas, que torna difícil a distinção do que é biológico e do que é social.

Por sua vez, o meio geográfico onde o sujeito se insere, a adaptação e a identificação ou não com esse mesmo meio, condiciona o comportamento e as atitudes de vida quotidiana do indivíduo.

Atendendo a que a população do nosso estudo provinha de sítios diversos, consideramos importante determinar o local de residência, de forma a constituirmos categorias de nomenclatura administrativa, para que a linguagem e os seus significados fosse uniforme.

A figura 11 representa a distribuição da população tendo em conta os locais de residência.

Figura 11 - Caracterização da população segundo o local de residência



De acordo com os resultados expressos na figura 11, podemos verificar que 6,2% da população vive em montes situados no campo e por isso mais expostos ao isolamento social.

12,3% dos inquiridos residem em aldeias do Distrito de Évora com fraca densidade populacional.

20% residem em vilas, representando cerca de 1/4 da distribuição populacional da amostra e 61,5% residem em cidades do Distrito supracitado, representando mais de metade da distribuição.

Numa primeira análise, parece-nos que estes resultados estão de algum modo directamente relacionados, com a densidade populacional das respectivas áreas residenciais, o que corresponde às nossas expectativas.

De todo o modo, e atendendo à vida calma e ritmada pela cronobiologia natural, que impera nos montes e aldeias alentejanas, parece-nos que a frequência relativa de patologia depressiva nos seus habitantes, é um dado a não desprezar, já que o seu somatório atinge os 18,5%.

Relativamente às vilas alentejanas, muitas estão a passar por um processo de transição da ruralidade para a vivência semi-urbana, sofrendo todas as consequências daí inerentes, nomeadamente alterações dos hábitos e costumes, até à degradação das relações inter-pessoais.

De acordo com os autores por nós considerados, a elevada percentagem de indivíduos citadinos com patologia depressiva, está consonante com os estudos efectuados. Na realidade, é nos meios urbanos que se verifica um aumento considerável desta perturbação afectiva, apesar de as razões não serem de todo conhecidas.

É frequente encontrarmos escritos mediáticos onde o Alentejo, devido à sua monotonia paisagística e isolamento social, é considerado um meio propício ao desenvolvimento da depressão.

Tendo isto como base, elaborámos a **hipótese 4** do nosso estudo, questionando a frequência desta patologia nas populações rurais.

Considerando os resultados da figura 11, e tomando como zona rural os montes, aldeias e vilas, podemos afirmar que a depressão é menos frequente nos sujeitos que habitam estas zonas e mais frequente nos citadinos, o que nos permite responder negativamente à hipótese 4 por nós formulada.

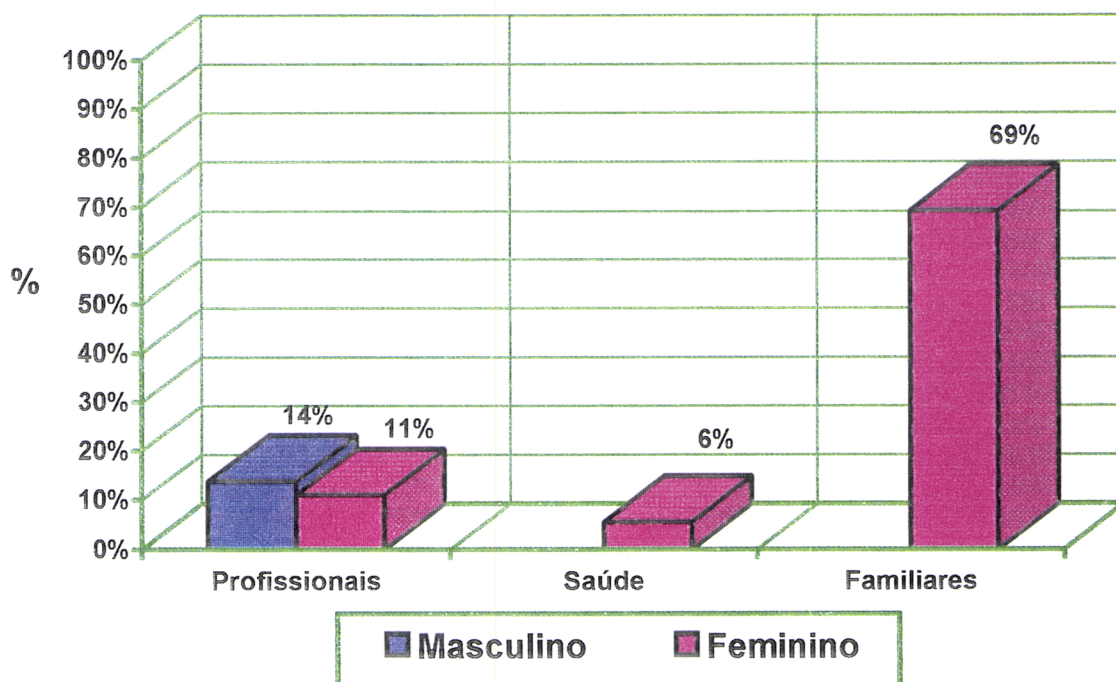
Salientamos o facto de existirem mais 23% de indivíduos deprimidos nas zonas urbanas, do que nas zonas rurais, o que consideramos significativo.

Como referimos anteriormente, a identificação ou não do indivíduo com o local onde reside, constitui factor importante na problemática depressiva.

Constatámos que 44,6% da nossa amostra é natural do local onde reside e nunca habitou noutra localidade.

Pelo contrário, 55,4% dos sujeitos reside numa localidade distinta da localidade de onde é originário, e esta mudança não foi inocente. Verificou-se em todos os casos uma razão plausível para que tal acontecesse, como podemos verificar através dos dados apresentados na figura 12, tendo em conta o sexo dos inquiridos.

Figura 12 - Motivos inerentes à procura de uma nova localidade de residência, segundo o sexo da população



A mudança de localidade de residência para estes indivíduos não foi aleatória, tendo subjacente uma razão que lhe confere um ar de obrigatoriedade.

Para os indivíduos do sexo feminino, os motivos familiares são os mais frequentes, representando 69% da distribuição, e parecendo-nos implicitamente expressa, a importância atribuída à união e coesão familiar, predominando sobre os aspectos profissionais e de saúde.

Interpretando este facto, diríamos que as mulheres toleram melhor a adaptação a um novo meio sociogeográfico, do que a separação física da sua família.

25% da totalidade dos indivíduos que mudaram de terra, alegaram motivos profissionais para o fazer.

O Homem é um ser que procura a felicidade através da realização dos seus projectos pessoais. Nesta linha de pensamento, a satisfação obtida pela actividade profissional assume uma importância considerável, na medida em que permite ao indivíduo estabelecer projectos de vida e alcançá-los através da actividade laboral. Salientamos aqui a predominância do sexo masculino (14%), sobre o sexo feminino (11%), o que demonstra a importância da profissão para os primeiros.

A saúde é o motivo menos representativo, sendo apenas referido por 6% dos indivíduos do sexo feminino, o que em nosso entender, demonstra uma importância diminuta atribuída a este aspecto. Cremos contudo que este resultado sedimenta o que referimos em capítulos anteriores, quando afirmávamos que seriam as mulheres que mais se preocupavam com a sua saúde, procurando estratégias para a preservar.

Em nossa opinião, os dados representados na figura 12 traduzem um conteúdo cultural, segundo o qual a mulher é de facto o pilar estruturante da família em termos afectivos, enquanto ao homem cabe a função de suporte e sustento material, dessa mesma família.

É verdade que estes princípios estão em mutação e cada vez mais a mulher

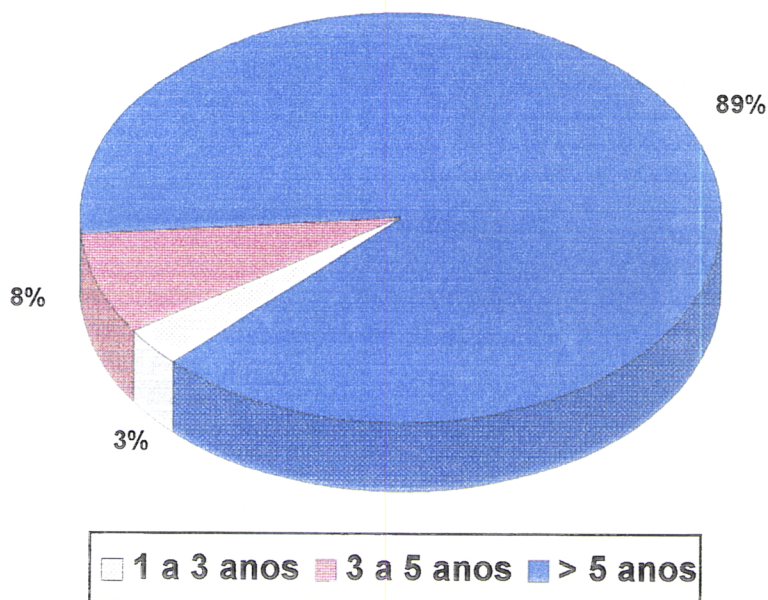
atribui uma importância quase vital à sua actividade profissional, no entanto e atendendo à faixa etária da nossa população, parece-nos que os princípios culturais de tradição estão muito presentes.

Sempre que se opera uma mudança, seja ela de que natureza for, existe um período de adaptação durante o qual o indivíduo está mais susceptível de entrar em crise. O gasto de energia psíquica é maior visando a manutenção do equilíbrio individual, enquanto o sujeito procura encontrar o seu próprio espaço num ambiente que lhe é desconhecido.

A mudança de uma localidade para outra, implica essa mesma adaptação e o reestruturar da forma de vida, não sendo indiferente o tempo de permanência no novo ambiente.

Na figura 13, representamos a forma como a população se distribui relativamente ao tempo de permanência na localidade para onde se mudou e onde reside actualmente.

Figura 13 - Tempo de residência na localidade actual



Verificamos que o tempo de residência na localidade actual, é directamente proporcional à frequência relativa de indivíduos deprimidos.

Todos os sujeitos residem na localidade actual há mais de um ano, tempo considerado por nós como período de integração ao novo ambiente.

A percentagem mais insignificante (3%), refere-se aos indivíduos que se situam entre 1 e 3 anos de residência numa nova localidade. 8% residem há mais de 3 e menos de 5 anos, e 89% há mais de 5 anos.

Perante estes resultados, somos levados a pensar que a mudança e adaptação a uma nova terra, não deverá estar relacionada com a patologia depressiva. E se eventualmente o estiver, será na razão directa, o que significa que quanto maior for a adaptação a um novo ambiente, maior será o risco de fazer uma crise depressiva, hipoteticamente por não identificação com o novo espaço.

Apesar de ser pouco provável o que anteriormente dissemos, é importante não esquecermos que o indivíduo só poderá desencadear processos de rejeição, face ao que para ele é conhecido.

Independentemente dos motivos geradores de mudança e do tempo de residência na nova localidade, tendo por base os dados referidos em página anterior, constatamos que apesar da diferença percentual ser somente de 10,8%, a percentagem de indivíduos deprimidos é mais significativa entre os sujeitos, cujo local de residência é diferente do local de naturalidade.

Isto leva-nos a supor que poderá existir uma maior predisposição para desenvolver patologia depressiva, entre os indivíduos que passam por um processo de adaptação a um novo meio social, cultural e geográfico.

O ambiente individual da habitação

Ao longo do nosso estudo várias vezes abordámos a questão ambiental, fazendo referência às várias vertentes que a compõem, sem esquecer que **tudo**, inclusivamente o próprio Homem, é *Ambiente*.

No seu quotidiano, o indivíduo refere-se muitas vezes ao seu ambiente de trabalho, de estudo, de lazer e de privacidade. A casa onde habita, independentemente das condições que possa ter, constitui o seu ambiente íntimo e individual, o seu espaço de pertença e o local com o qual se identifica.

Constitui o ambiente passível de ser manuseado pelo utilizador, de acordo com as suas preferências e necessidades, de modo a respeitar na íntegra o equilíbrio harmonioso, resultante da sua intervenção subjectiva.

Esta interacção Homem/Habitação, traduz um ecossistema quase perfeito, constituído por elementos bióticos e abióticos.

Pelas razões referidas, quisemos conhecer o ambiente individual das habitações da nossa população, com o objectivo de identificar pontos comuns entre os indivíduos com o diagnóstico de depressão.

O quadro 7 representa as frequências relativas da distribuição da população, segundo a condição de pertença da casa onde habitam.

Quadro 7 - Caracterização da população segundo a posse da sua habitação

A casa onde mora actualmente é	%
Própria	55,4
Alugada	32,3
Emprestada	12,3
Total	100

Verificamos que 55,4% da população possui habitação própria, o que poderá contribuir para um aumento do sentimento de pertença e uma maior identificação com o local onde habitam.

32,3% habita em casas alugadas e uma pequena percentagem (12,3%) em casas emprestadas, o que lhe confere um carácter de isenção relativamente a qualquer compromisso monetário.

Constatamos que a relação entre a manifestação depressiva e o índice de posse de habitação, é directamente proporcional. Isto significa que entre os indivíduos deprimidos, o grupo mais representativo é o que tem habitação própria.

Hipoteticamente poderão existir dois tipos de razões para tal resultado. Os encargos financeiros resultantes de compromissos bancários assumidos na compra da habitação, ou por oposição, o sentimento de vazio resultante da concretização de um objectivo de vida, a sensação de ter alcançado tudo aquilo a que se tinha proposto.

Qualquer destas situações poderá funcionar como agente potencial, num indivíduo predisposto à patologia depressiva.

Intra-habitação, o espaço que o sujeito tem para se movimentar e as características que lhe estão inerentes, condicionam de algum modo, a forma como cada um gere esse próprio espaço.

A distribuição da população consoante as divisões que caracterizam a habitação está representada no quadro 8, não sendo considerado o número dessas divisões mas somente o tipo, ou seja, a finalidade a que se destinam.

Quadro 8 - Caracterização da população segundo o tipo de divisões que compõem a habitação

Divisões	%
Quarto-Casa banho-Sala-Cozinha-Quintal	67,7
Quarto-Casa banho-Sala-Cozinha	18,5
Quarto-Sala-Cozinha-Quintal	6,1
Quarto-Casa banho-Cozinha-Quintal	4,6
Outras divisões	3,1
Total	100

Analisando o quadro 8, verificamos que existem divisões comuns a todas as habitações, nomeadamente o quarto e a cozinha. A importância atribuída ao dormir e ao comer enquanto actividades de vida diária, justifica este facto, tornando a presença daquelas divisões imprescindível.

Fazendo o somatório das frequências relativas por divisão, verificamos que a sala, divisão de carácter essencialmente social, aparece em 92,3% das habitações dos inquiridos.

A casa de banho, actualmente obrigatória do ponto de vista legal dada a sua importância em termos de saúde pública, aparece em 90,8% das moradias.

Salientamos o facto da frequência relativa das habitações com sala, ser 1,5% superior à das habitações com casa de banho, o que de algum modo demonstra a importância atribuída ao factor social.

O quintal, área privilegiada de lazer e contacto com o exterior, existe em 78,4% das moradias dos inquiridos.

Em nosso entender, os resultados obtidos estão relacionados com a idade da população da amostra e com o local de residência.

Algumas habitações mais antigas independentemente do local onde se situem, bem como alguns montes e casas de aldeias, não possuem as infra-estruturas das moradias actuais. Dado que a média de idade da nossa população é elevada, é de admitir que essas pessoas habitem casas mais antigas que não satisfazem as exigências actuais.

Tal facto justifica de alguma forma os resultados que obtivemos, quando quisemos saber se as habitações tinham divisões interiores (sem janela), as quais não são permitidas actualmente.

No entanto, 26% dos indivíduos vivem em habitações com esta característica, enquanto 74% vivem em casas onde todas as divisões têm janela.

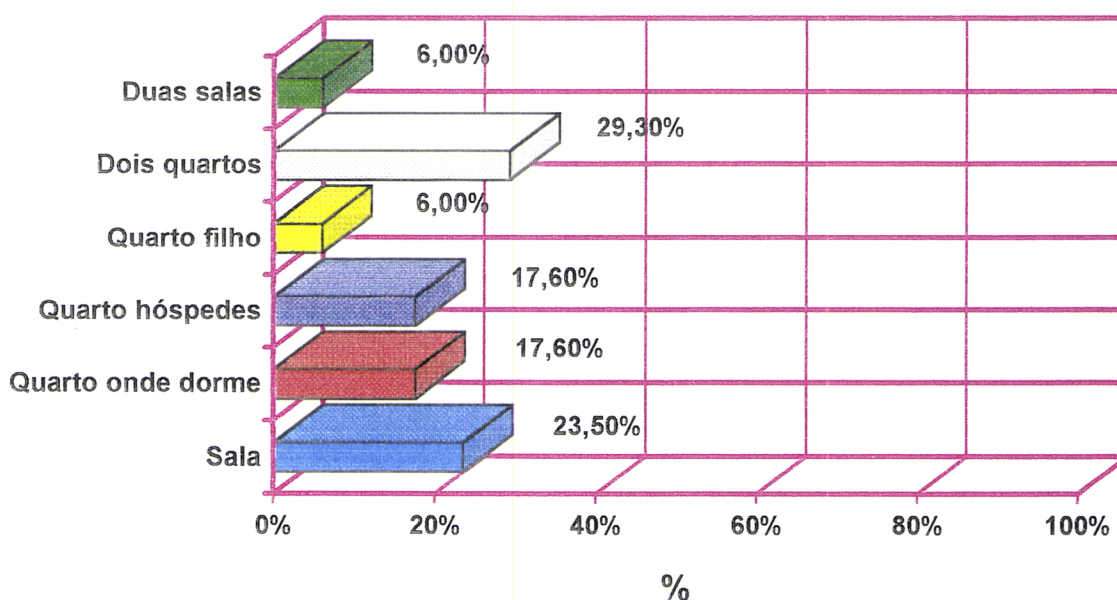
Salientamos que as casas de banho sem janela, não foram consideradas por nós como divisões interiores.

Tendo em conta unicamente os indivíduos da amostra que vivem em

habitações com divisões sem janela, constatámos que 64,7% têm uma divisão nessas condições, enquanto 35,3% têm duas divisões.

A forma utilitária que deram a esses compartimentos é expressa na figura 14, e não apresenta grandes variações entre si.

Figura 14- Caracterização da população segundo a utilização funcional das divisões interiores



Da análise da figura 14, verificamos que da população cuja moradia possui duas divisões interiores, 29,3% utiliza essas mesmas divisões como quartos, e só 6% como salas. Parece-nos ser uma solução perfeitamente ajustada, na medida em que o quarto devido à sua função, usufrui da obscuridade como factor adjuvante no sono e repouso do indivíduo.

Entre as habitações com uma divisão interior, a sala é a divisão escolhida por 23,5% dos sujeitos, para dar utilidade a um compartimento sem janela. Acerca deste facto e porque não explorámos o índice de utilização das divisões interiores, arriscamo-nos a elaborar algumas suposições.

Assim, diremos que estes indivíduos utilizam a sala preferencialmente de

noite, motivo pelo qual a iluminação natural não é muito valorizada, não utilizam esta divisão fazendo-o muito raramente em determinadas ocasiões, ou e porque são indivíduos deprimidos, escolheram um espaço obscurecido para os seus momentos de lazer.

17,6% faz do compartimento interior o seu próprio quarto de dormir, enquanto 23,6% utiliza esse espaço como quarto para os outros dormirem, nomeadamente, 17,6% para visitas e 6% para os filhos, o que demonstra uma preferência franca pelas divisões com luminosidade natural.

De forma global e independentemente do número de divisões interiores, podemos afirmar que a maioria da população, nomeadamente 70,5%, prefere utilizar esses compartimentos como quartos e somente 29,5% os utiliza como salas, o que reforça as nossas considerações anteriores.

Para além da luminosidade e arejamento natural, consideramos também importante, a cor das paredes dos compartimentos mais utilizados pelos inquiridos, independentemente de terem ou não janela.

Alguns estudos na área da psicologia comportamental, referem a influência das cores no comportamento e estado de humor dos indivíduos. Tranquilidade, calma, nostalgia, insegurança, inquietação e desconforto, são alguns dos sentimentos sugeridos pelo jogo espectral das cores.

Por este motivo, não é arbitrária nem casual a escolha de cores do mobiliário, paredes, portas e janelas das instituições de utilidade pública, sejam elas privadas ou oficiais.

Em termos de habitação individual, estes factores são relegados para segundo plano, predominando a preferência e o gosto de cada um dos utilizadores, o que confere um carácter único a cada espaço habitacional.

Na génese da escolha do sujeito, em nossa opinião, está implícita toda uma componente social, bem como razões inconscientes, que determinam a preferência de uma cor em detrimento de outra, tendo em consideração o compartimento que está em causa quando do processo decorativo.

No quadro 9, são representadas as frequências relativas das cores utilizadas pela população da amostra, relativamente ao quarto onde dormem, à cozinha e à sala que mais utilizam no seu quotidiano.

Quadro 9 - Caracterização da população segundo as cores das divisões mais utilizadas

Divisões	Quarto	Cozinha	Sala
Cores	%	%	%
Branco	83,1	83,1	76,9
Creme	9,2	12,3	10,8
Outras	7,7	4,6	12,3
Total	100	100	100

É notória a supremacia do branco relativamente às outras cores, independentemente da divisão em causa. O creme é a segunda cor mais representada, com excepção da sala, onde outras cores assumem uma representatividade maior quando consideradas em conjunto, mas sem significado percentual quando consideradas individualmente.

Sendo o branco tal como o creme, uma cor suave e não agressiva que inspira luminosidade, esperávamos encontrar uma representatividade bastante mais significativa de outras cores menos sugestivas de luminosidade, tendo em consideração que toda a nossa população é deprimida.

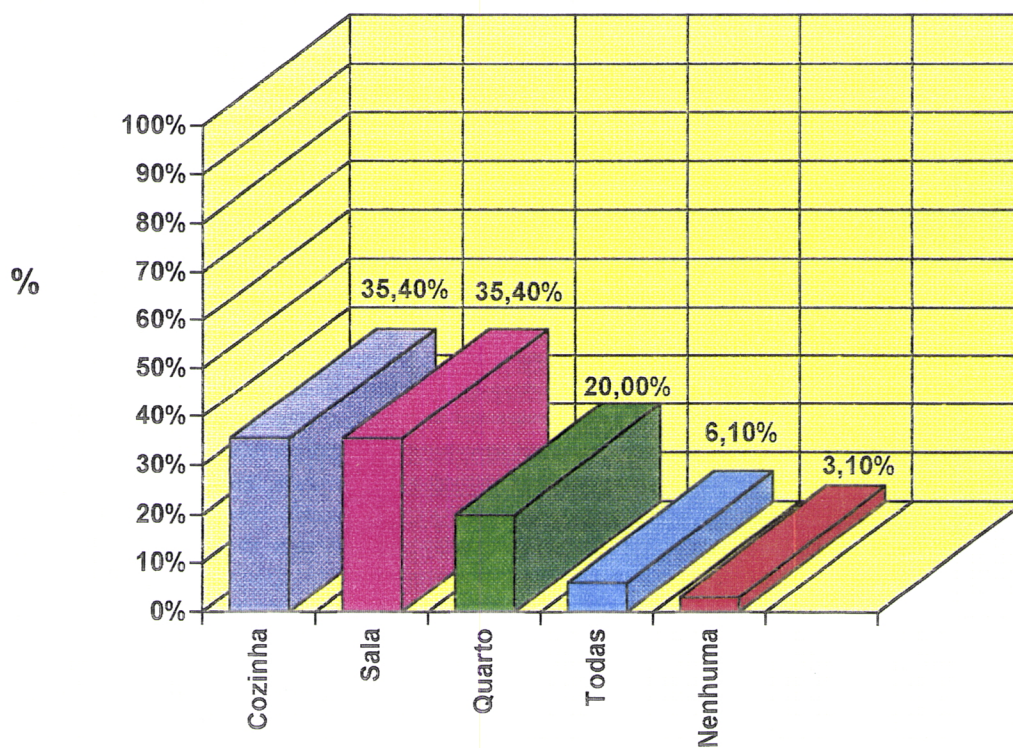
Não podemos no entanto ignorar o aspecto cultural, segundo o qual o branco é uma cor predominante no Alentejo. Além disso, e tendo em consideração a moda arquitectónica, verifica-se actualmente uma predominância do branco, não só nas paredes internas das habitações, mas também nas externas.

Como dizíamos algumas páginas atrás, a casa onde cada um habita constitui o seu pequeno mundo privado, repleto de desejos e segredos, esconderijo fiel de um quotidiano doloroso.

O “lar doce lar” que rodopia na gíria, tem sítios especiais onde cada um se sente mais em comunhão consigo próprio, vivenciando uma sensação plena de bem estar.

Também a população da nossa amostra tem as suas preferências, relativamente ao compartimento da casa onde mais gostam de estar. Na figura 15 são expressas essas preferências, tendo por base as respostas obtidas nos questionários.

Figura 15 - Caracterização da população segundo a divisão da casa onde mais gosta de estar



Divisões onde mais gosta de estar

Analisando a figura 15, é possível verificar que a cozinha e a sala são as divisões da casa onde os inquiridos mais gostam de estar, representando cada uma 35,4% do total da amostra, o que equivale a 70,8% da população se fizermos o seu somatório.

Em segundo lugar no rol das preferências, surge o quarto com 20%, valor por nós considerado de destaque, atendendo às características depressivas da nossa população. Sendo esta uma patologia que prima pelo isolamento social e familiar do indivíduo, a percentagem obtida não só é significativa como também é previsível, uma vez que o quarto representa o local mais íntimo e privado da habitação.

6,1% dos inquiridos dizem gostar de estar em todas as divisões de forma indiferenciada, enquanto 3,1% por oposição, dizem não gostar de estar em nenhuma das divisões, por se sentirem mal na sua própria casa. Este último valor, apesar da sua fraca representatividade, revela de algum modo o mau estar e insatisfação característico dos deprimidos.

Os motivos referidos pelos indivíduos para justificar a sua opção, são extremamente variados e estão relacionados com a divisão que escolheram.

Sedimentando a nossa afirmação elaborámos o quadro 10, tendo como suporte as justificações dadas pela população, ao escolher a cozinha, como a divisão da casa onde mais gosta de estar.

Quadro 10 - Caracterização da população segundo os motivos que estão na origem da sua preferência pela cozinha

Porque mais gosta da cozinha	%
Tem mais luz	30,5
É onde faz a lide	8,7
É a maior	8,7
Sente-se bem	8,7
Por hábito	8,7
É onde vê televisão	8,7
É onde come	8,7
Gosta de cozinhar	8,7
Não sabe	4,3
Vê a rua	4,3
Total	100

Olhando para o quadro 10 podemos constatar a existência de algumas contradições, relativamente ao que seria previsível do ponto de vista teórico.

Sendo o deprimido um indivíduo triste e melancólico em consequência da sua patologia, esperávamos que ele evitasse a luminosidade, considerando esta um sinónimo de alegria e de vida, segundo a nossa interpretação. No entanto, verificamos que 30,5% da população deprimida, escolhe a cozinha precisamente porque é a divisão com mais luminosidade.

Englobado na mesma interpretação contraditória, incluímos a percentagem de 8,7% relativamente aos que escolhem a cozinha por ser a divisão maior e os 4,3% que a escolhem por poderem daí ver a rua.

O isolamento a que habitualmente estão votados, deveria levar os sujeitos deprimidos a procurar compartimentos pequenos, obscurecidos e afastados do convívio social, como se de um casulo se tratasse.

De facto, para 43,5% da população, a justificação da sua escolha é precisamente ao contrário. Hipoteticamente, estes indivíduos sentem o peso da sua depressão e procuram utilizar mecanismos de *coping*, de forma a reverter uma situação que lhe é penosa. De acordo com Caplan (1980), e perante uma situação de crise, o sujeito utiliza estratégias que lhe permitam resolver de forma harmoniosa, o seu desequilíbrio temporário.

As restantes justificações obtidas são essencialmente de carácter funcional e estão relacionadas com as tarefas caseiras (8,7%), com aspectos lúdicos (8,7%), com os hábitos adquiridos (8,7%), com o local onde toma as refeições (8,7%), e com o prazer em confeccionar a culinária (8,7%).

Apenas 4,3% da amostra, que escolheu a cozinha como o local onde gosta mais de estar, diz desconhecer a razão subjacente a essa escolha. Apesar de ser uma percentagem pouco significativa, relembramos a indefinição de atitudes e a dificuldade em efectuar escolhas, por parte dos indivíduos com depressão.

Como referimos anteriormente (figura 15), a sala tal como a cozinha, foi escolhida por 35,4% da população, como a divisão onde preferem estar.

No quadro 11 são apresentadas as justificações obtidas para essa escolha, tendo em conta os dados recolhidos dos questionários.

Quadro 11 - Caracterização da população segundo os motivos que estão na origem da sua preferência pela sala

Porque mais gosta da sala	%
É onde está o sofá	26,1
É onde vê televisão	21,7
Tem mais luz	17,4
É a mais confortável	13,1
É onde está o sofá e a televisão	8,7
É a mais fresca	8,7
É a mais escura	4,3
Total	100

Os motivos referidos para a escolha da sala como divisão preferida, estão sem dúvida relacionados com aspectos lúdicos e de conforto.

A maioria da população (26,1%) escolheu a sala porque tem ali o sofá, 21,7% é onde vê televisão, e 13,1% escolheram-na por ser mais confortável, não referindo no entanto o seu conceito de conforto.

8,7% justifica a sua escolha por ter conjuntamente o sofá e a televisão na sala, enquanto igual percentagem, refere ser esta a divisão mais fresca, o que de algum modo também está relacionado com o facto do indivíduo se sentir mais ou menos confortável. Consideramos que este último dado não é totalmente isento, dado que o questionário foi aplicado à população no período de Verão/Outono, o que em nosso entender, condicionou algumas respostas entrando em linha de conta com factores de natureza climática.

De todo o modo, e fazendo o somatório das frequências relativas acima descritas, diremos que 78,3% da população da amostra, apontou razões que visam o bem estar de qualquer indivíduo, independentemente de ser ou não deprimido.

A luminosidade aparece com uma frequência de 17,4%, enquanto a ausência dessa mesma luminosidade, é referida como motivo de escolha da sala por 4,3% dos inquiridos. Apesar de pouco significativa, esta percentagem traduz o comportamento esperado na fase aguda do síndrome depressivo.

De modo global, podemos dizer que a sala foi escolhida pela população fundamentalmente, tendo em conta a sua função social. É esta a divisão definida socialmente como espaço de lazer, motivo pelo qual é habitualmente decorada com sofás, televisão ou outro tipo de aparelhagem destinada a facilitar o preenchimento dos espaços ociosos.

Considerando novamente a figura 15, constatamos que o quarto foi a divisão escolhida por 20% da população. Os motivos que originaram essa escolha são expressos no quadro 12, tendo como fonte originária os dados dos questionários.

Quadro 12 - Caracterização da população segundo os motivos que estão na origem da sua preferência pelo quarto

Porque mais gosta do quarto	%
É onde está só	38,5
Sente-se bem deitado	30,8
É onde vê televisão	23
É a mais escura	7,7
Total	100

Se na habitação existe um local onde a privacidade do indivíduo é respeitada quase na íntegra, esse local é sem dúvida o quarto.

Espaço íntimo por excelência, é escolhido por 38,5% da população, como o sítio onde é possível estar só. 30,8% prefere o quarto por se sentir bem deitada, enquanto 23% o escolhe, por ser o local onde vê televisão.

Em qualquer das situações que acabámos de descrever, e cujo somatório é de 92,3%, a escolha da solidão está sempre presente, seja de forma explícita como no primeiro caso, ou de forma implícita como nos dois seguintes. Se o indivíduo escolhe o quarto para ver televisão, sendo esta um fenómeno social e cultural, é porque quer estar sozinho, afastado dos que com ele vivem.

À semelhança dos resultados apresentados nos quadros 10 e 11, também na escolha do quarto como divisão preferencial, aparece a luminosidade, sendo a sua diminuição o motivo de escolha, referido por 7,7% dos indivíduos.

Analisando o quadro 12 e tendo como batuta o referencial teórico, diremos que os resultados obtidos são concordantes com as manifestações comportamentais dos indivíduos deprimidos, na medida em que existe uma primazia da solidão e da inactividade.

Como seria previsível, a justificação dada pelos inquiridos para fundamentar a sua escolha, está directamente relacionada com a divisão em causa e com a função socialmente esperada dessa mesma divisão.

Para além disso, não podemos esquecer a infinidade de factores parasitas não contabilizados na escolha do compartimento onde gostam mais de estar, os quais condicionam as preferências da população, como seja a idade, o estado civil, a situação laboral e muitas outras.

Com a finalidade de obtermos uma visão global das justificações dadas, elaboramos o quadro 13, no qual são consideradas todas as respostas independentemente da sua representatividade. Os resultados têm em conta o sexo dos inquiridos, com o objectivo de verificar a possível existência de diferenças significativas, relativamente às justificações apresentadas por cada um deles.

Quadro 13 - Caracterização da população, segundo os motivos que estão na origem da escolha da divisão onde gostam mais de estar, tendo em conta o sexo dos inquiridos

Sexo Motivos para a escolha da divisão	Masculino	Feminino	Total
	%	%	%
Tem mais luz	-	17	17
É onde vê televisão	3,1	12,3	15,4
É onde está o sofá	3,1	6,1	9,2
É onde está só	1,5	6,2	7,7
Sente-se bem deitada	-	6,2	6,2
Não tem preferência	-	6,2	6,2
É a mais confortável	1,5	3,1	4,6
É a maior	1,5	1,5	3,1
Por hábito	1,5	1,5	3,1
Gosta de cozinhar	1,5	1,5	3,1
É onde come	3,1	-	3,1
Sente-se bem	-	3,1	3,1
É onde faz a lide caseira	-	3,1	3,1
É onde está o sofá e a televisão	-	3,1	3,1
É a mais escura	1,5	1,5	3,1
É a mais fresca	-	3,1	3,1
Não gosta de nenhuma	1,5	1,5	3,1
Não sabe	-	1,5	1,5
Vê a rua	-	1,5	1,5
Total	20	80	100

Dado que as respectivas justificações já foram comentadas separadamente nos quadros 10, 11 e 12, limitar-nos-emos a tecer algumas considerações globais.

Assim, constatamos que a maior luminosidade das divisões, é preferida unicamente pelos indivíduos do sexo feminino, representando 17% da distribuição e sendo esta a frequência relativa de maior realce. Por oposição, a ausência de luminosidade é preferida com igual percentagem por ambos os sexos.

Relativamente ao sexo masculino, verificamos que as suas escolhas se prendem maioritariamente com factores de natureza funcional e de conforto, situação que também se verifica no sexo feminino.

A preferência pela solidão é referida essencialmente pelas mulheres, sendo também as únicas a justificar a sua escolha, pelo facto de se sentirem bem deitadas.

Realçamos ainda que são as mulheres, as que dizem sentir-se bem em todas as divisões, não manifestando qualquer tipo de preferência, o que evidencia de algum modo, a postura conformista por vezes tão frequente na sua forma de estar.

As restantes justificações são pouco significativas, dado que a sua representatividade percentual é baixa, razão pela qual nos escusamos a comentá-las.

Se pensarmos no quotidiano de qualquer ser vivo, verificamos que é feito de contradições e vontades por realizar. O que o indivíduo faz diariamente, nem sempre é concordante com o que mais gosta de fazer, e a forma como vive o espaço no qual se insere e ao qual pertence, é condicionada por esta vivência.

Porque julgamos este principio verdadeiro, quisemos saber quais as divisões mais utilizadas no quotidiano da nossa população, independentemente das suas preferências em termos de espaço.

Não pretendemos fazer qualquer tipo de comparação entre as divisões escolhidas pelos indivíduos, dado que são realidades distintas e por isso dificilmente comparáveis.

Quando falamos em “mais gosta de”, estamos no campo dos afectos e da emoção, quando falamos em “mais utiliza”, e tendo em conta o significado semântico, estamos no campo funcional, utilitário e de algum modo mais racional.

Em nosso entender, não é possível separar a emoção da razão, nem tão pouco estabelecer fronteiras entre elas, tão forte é a sua interdependência e complementaridade. No entanto, há situações onde a manifestação de uma destas vertentes é dominante em relação à outra, não descurando em circunstância alguma a importância da vertente dominada.

Tendo em conta o aspecto utilitário, analisámos quais as divisões mais utilizadas pela população da amostra, considerando o sexo dos indivíduos inquiridos, conforme consta no quadro 14.

Quadro 14- Caracterização da população segundo a divisão mais utilizada, tendo em conta o sexo dos indivíduos

Divisão que mais utiliza	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
	%	%	%
Cozinha	10,7	61,5	72,2
Sala	6,2	15,4	21,6
Quarto	3,1	3,1	6,2
Total	20	80	100

A análise do quadro 14 revela que a cozinha é sem dúvida a divisão mais utilizada com 72,2%, verificando-se esta tendência em ambos os sexos.

De facto, enquanto no sexo masculino cerca de 54% da amostra utiliza mais a cozinha, no sexo feminino, essa percentagem é de aproximadamente 77%.

Estes valores não nos surpreendem, uma vez que as tarefas domésticas são

maioritariamente assumidas pelas mulheres, o que confirma estes resultados. No entanto, parece-nos que a percentagem referente aos homens é bastante significativa, o que demonstra uma mudança de mentalidade e envolvimento no desempenho das actividades domésticas.

Apesar do nível etário da população ser elevado, o que poderia constituir obstáculo à actual reformulação do papel masculino, recordamos os dados apresentados no quadro 3 referentes ao estado civil da população, onde surgem elementos do sexo masculino no estado de solteiro e viúvo. Pensamos que tal facto poderá de algum modo, justificar a maior utilização da cozinha por parte dos homens.

A sala é a divisão referida em segundo lugar por ambos os sexos relativamente à frequência de utilização, enquanto o quarto tem uma expressão idêntica na população masculina e feminina, com uma percentagem pouco significativa de 3,1%.

Pelo facto da população da amostra ter em comum uma patologia depressiva, parece-nos que os resultados expressos no quadro 14, em nada diferem dos resultados que hipoteticamente obteríamos, ao inquirir indivíduos sem esta patologia.

Na realidade, após os trabalhos domésticos é a sala que se utiliza para os momentos de lazer, enquanto o quarto se destina unicamente para dormir durante a noite.

Desta forma, e um pouco empiricamente, diremos que os resultados obtidos poderão traduzir o quotidiano de qualquer indivíduo, relativamente ao índice de utilização das divisões da casa onde habita.

Os motivos referidos para justificar as respostas de escolha são variados, embora apresentem um menor leque de alternativas, relativamente aos referidos para as divisões onde mais gostam de estar.

Este facto não constitui surpresa, se tivermos em consideração que o tipo de utilização dos compartimentos feito por cada um dos indivíduos, é

basicamente semelhante, tal como as razões inerentes a essa mesma utilização.

No quadro 15 são expressos os motivos referidos pelos inquiridos, ao justificarem qual a divisão da casa que mais utilizam.

Salientamos o facto de serem apresentadas conjuntamente todas as divisões referidas, bem como a criação de uma categoria residual, onde são incluídas as frequências relativas com expressão estatística pouco significativa e sem pertinência para o estudo.

Quadro 15 - Caracterização da população segundo as divisões mais utilizadas, tendo em conta os respectivos motivos que lhe são inerentes

Divisão que mais utiliza	Cozinha	Sala	Quarto	Total
Motivos para a utilização	%	%	%	%
É onde faz a comida	57			57
É onde tem a televisão		10,8		10,8
Onde toma as refeições	9,2	1,5		10,7
É a que tem mais luz	3,1	3,1		6,2
Outros	3,1	1,5	1,5	6,1
É onde está o sofá		4,6		4,6
Sente-se bem deitado			4,6	4,6
Total	72,4	21,5	6,1	100

Os motivos expressos no quadro 15, são perfeitamente coerentes com a função social de cada uma das divisões referidas, o que à partida mascara qualquer eventual relação entre eles e o síndrome depressivo que caracteriza a população.

Verifica-se uma percentagem maioritária de razões de ordem funcional,

visando a satisfação das necessidades humanas básicas, essenciais à manutenção da vida.

A confecção das refeições e o espaço destinado à toma das mesmas, representa uma frequência relativa somada de 67,7% (57%+10,7%), o que é bastante significativo.

Pensamos que este facto se prende não só com a obrigatoriedade de realizar determinadas tarefas, mas também revela uma preocupação dos indivíduos consigo mesmos, não descurando a sua alimentação.

A presença da televisão na sala, representa a justificação para que esta seja a divisão mais utilizada, em 10,8% da população. Eventualmente para alguns dos inquiridos, este meio de comunicação social é o elo de ligação entre eles e o ambiente exterior à habitação.

Mais uma vez a questão da luminosidade é referida pela população, sendo a sua presença responsável pela utilização da cozinha e da sala, para 6,2% dos inquiridos, distribuídos de forma igualitária pelas duas divisões.

4,6% escolhem a sala devido à existência de sofá, enquanto igual percentagem escolhe o quarto, por se sentir bem deitado. Consideramos que estes resultados estão relacionados com questões de conforto, expressando a necessidade de obter momentos repousantes.

Para finalizar, 6,1% dos sujeitos refere motivos únicos e distintos uns dos outros distribuídos pelas três divisões, o que não permite o seu agrupamento e tem em nosso entender, pouco interesse e representatividade.

Face aos resultados obtidos, relativamente às divisões mais utilizadas e às divisões onde os inquiridos gostam mais de estar, verificámos que ocorriam algumas diferenças.

Embora os compartimentos referidas em ambos os casos sejam os mesmos, existem duas categorizações nas divisões que os indivíduos mais gostam, que não figuram nas divisões que mais utilizam.

Do mesmo modo, e sem entrar em linha de conta com os motivos subjacentes às escolhas efectuadas, verificámos que as frequências relativas expressas, revelam algumas diferenças entre si.

Com a finalidade de sedimentar o que acabámos de dizer, elaborámos o quadro 16, onde é expresso o cruzamento das divisões onde os indivíduos gostam mais de estar, com as divisões que referiram utilizar mais.

Quadro 16 - Caracterização da população tendo em conta as divisões que mais gostam e as que mais utilizam

Divisão que mais gosta	Divisão mais utilizada			
	Cozinha %	Sala %	Quarto %	Total %
Cozinha	30,7	1,5	3,1	35,3
Sala	21,5	13,9		35,3
Quarto	12,3	4,6	3,1	20
Todas	6,2			6,2
Nenhuma	1,5	1,5		3,1
Total	72,2	21,5	6,2	100

Ao analisar o quadro 16, verificamos que os resultados apresentados, merecem da nossa parte algum comentário.

Constatamos a existência de diferenças significativas entre as preferências da população e o seu quotidiano, em termos de utilização dos diversos compartimentos que compõem a sua habitação.

A cozinha é a divisão mais utilizada para 72,2% dos indivíduos, enquanto de facto, ela só é preferida por 35,3%. Desta percentagem, 30,7% conseguem satisfazer a sua preferência, o que significa que apenas 4,6% ficam de fora.

Assim, podemos dizer que de todos os sujeitos que nomeiam a cozinha como a divisão mais utilizada, 41,5% fá-lo por imperativo das actividades domésticas e não por prazer ou por escolha própria.

35,3% da amostra escolhe a sala como a divisão que mais gosta, e somente 13,9% dos pertencentes a este grupo, a utiliza prioritariamente. Assim sendo, ficam de fora 21,4% os quais utilizam com mais frequência uma outra divisão, que não a sua preferida.

Tendo em conta que na totalidade, a sala é a divisão mais utilizada para 21,5% da amostra, concluímos e tendo em consideração as percentagens anteriores, que 7,6% a utiliza por outros motivos, que não a sua escolha.

Relativamente ao quarto, é preferido por 20% dos sujeitos e somente 3,1% satisfazem a sua preferência, o que deixa de fora, 16,9% da população.

Sendo esta a divisão mais utilizada por 6,2% dos inquiridos, então, há uma percentagem de 3,1% tal como nos casos anteriores, que a utiliza mais sem ser essa a sua divisão preferida.

Os indivíduos que não têm preferência manifesta por nenhuma das divisões, e que representam 6,2% da população, nomeiam a cozinha como o compartimento mais utilizado.

Os que não se sentem bem em casa e que perfazem um total de 3,1% da amostra, repartem-se de forma idêntica pela cozinha e pela sala com uma percentagem de 1,5% em cada uma das divisões.

Face aos resultados analisados, e fazendo o somatório das percentagens referentes aos indivíduos que não utilizam a maior parte do tempo, a divisão onde mais gostam de estar, obtemos um valor de 42,9% o qual em nosso entender é bastante significativo.

Se relativamente à cozinha, a diferença entre os sujeitos que a preferem e os que mais a utilizam é pequena, o mesmo não se verifica com a sala e o quarto, o que de algum modo, poderá funcionar como agente potencializador da sintomatologia depressiva.

Em termos de síntese, podemos dizer que as divisões da casa onde a população da amostra mais gosta de estar, não são coincidentes com as que mais usam no seu quotidiano.

Tentando perceber a forma como os sujeitos vivem todo o seu espaço habitacional, quisemos saber qual a divisão da casa que menos utilizam.

Assim, elaborámos o quadro 17 com a finalidade de apresentar os resultados obtidos, fazendo-o de acordo com o sexo dos indivíduos.

Quadro 17 - Caracterização da população segundo as divisões menos utilizadas, tendo em conta o sexo dos inquiridos

Divisões que menos utiliza	Sexo		
	Masculino %	Feminino %	Total %
Quarto onde dorme	6,2	43,1	49,3
Sala	7,7	12,3	20
Quarto dos filhos	1,5	10,8	12,3
Quarto de visitas		9,2	9,2
Casa de banho	4,6	4,6	9,2
Total	20	80	100

Aproximadamente 50% da distribuição, refere que o quarto onde dorme é a divisão da casa que menos utiliza diariamente, sendo este valor obtido essencialmente à custa da população feminina.

As tarefas domésticas permanentes com todas as implicações que acarretam para as mulheres, poderão estar eventualmente na origem destes resultados.

A sala representada com 20%, é a segunda divisão menos utilizada em termos de percentagem global e para os indivíduos do sexo feminino. No entanto, para os indivíduos do sexo masculino é de todas as divisões referidas, a menos utilizada.

O quarto dos filhos surge em terceiro lugar com 12,3%, sendo este valor conseguido também à custa do sexo feminino.

Com 9,2% surge o quarto de hóspedes, não tendo esta divisão qualquer representatividade para os indivíduos do sexo masculino.

A casa de banho é referida como a divisão menos utilizada para 4,6% dos homens e 4,6% das mulheres, o que perfaz uma representatividade total de 9,2%.

Salientamos o facto curioso de que o quarto, independentemente de ser utilizado pelo próprio, pelos filhos ou pelas visitas, é maioritariamente a divisão menos utilizada pela população da amostra, somando uma percentagem global de 70,8%.

Tal como referimos em pontos anteriores, pensamos que os resultados obtidos e expressos do quadro 17, em nada diferem, dos que eventualmente obteríamos junto de uma população não deprimida.

Nesta situação, tal como nas anteriormente descritas, a não utilização de determinada divisão não é gratuita. Existe um motivo para tal facto e os indivíduos pertencentes à amostra conseguiram referi-lo.

Temos a plena convicção de que, mais ou menos consciente por parte do sujeito, existe sempre uma razão subjacente a qualquer atitude, por mais insignificante que esta seja.

Com os dados recolhidos acerca dos motivos evocados pela população, para justificar a menor utilização do compartimento que referiram, elaborámos o quadro 18 que em seguida apresentamos.

Salientamos que as várias divisões nomeadas pelos indivíduos, são apresentadas de forma conjunta no quadro anteriormente citado.

Quadro 18 - Caracterização da população tendo em conta as divisões menos utilizadas e os motivos que lhe estão subjacentes

Divisão menos utilizada Porque menos utiliza	Quarto onde dorme %	Quarto de visitas %	Quarto dos filhos %	Sala %	Casa de banho %	Total %
Só para dormir	49,3					49,3
Só para limpeza			7,7	3,1		10,8
Só para higiene					9,2	9,2
Ninguém lá dorme		4,6	3,1			7,7
Não se sente bem				6,1		6,1
É arrecadação		4,6				4,6
Está só				4,6		4,6
Não está mobilada				3,1		3,1
É só para comer				3,1		3,1
Respeita a privacidade			1,5			1,5
Total	49,3	9,2	12,3	20	9,2	100

Sendo o quarto a divisão menos utilizada, como anteriormente constatámos, era de alguma forma previsível que o motivo com maior representatividade, se relaciona-se com o acto de dormir, tal como está expresso no quadro acima.

10,8% da população, o que traduz a segunda percentagem mais significativa, diz utilizar o quarto dos filhos e a sala, unicamente para proceder à sua limpeza.

9,2% diz utilizar a casa de banho unicamente para fazer a sua higiene ou satisfazer necessidades fisiológicas, motivo pelo qual consideram que é esta a divisão menos utilizada.

7,7% dos sujeitos, justifica a não utilização do quarto de visitas e do quarto dos filhos, porque ninguém lá dorme.

6,1% dos indivíduos não se sentem bem na sala, enquanto 4,6% dizem não a utilizar, unicamente porque estão sós.

4,6% não utiliza o quarto de visitas, porque o transformou em arrecadação.

Ainda em relação à sala, 3,1% não a utiliza porque não está mobilada, enquanto igual percentagem aí toma as suas refeições, o que em seu entender, faz desta divisão a menos utilizada.

Uma percentagem praticamente insignificante de 1,5%, diz não utilizar o quarto dos filhos porque respeita a sua privacidade.

Relativamente a esta divisão, existe uma preocupação implícita de respeitar a individualidade dos filhos, invadindo o menos possível o seu espaço, o que só é feito por motivos de higiene e limpeza, como anteriormente referimos.

De uma forma global, parece-nos que os resultados obtidos não estão relacionados com a problemática depressiva da população do estudo, dado que os motivos inerentes à não utilização das divisões, se prende essencialmente com factores de natureza funcional.

Diríamos no entanto, que a solidão vivida por alguns indivíduos da amostra, condiciona como seria previsível, a maior ou menor utilização que cada um faz, das diversas divisões que compõem a sua habitação.

A forma como o espaço habitacional é vivido no quotidiano, depende de factores intrínsecos e extrínsecos ao próprio sujeito.

O ambiente social que ladeia o sistema familiar, constituído em cada uma das habitações, condiciona de forma mais ou menos notória, o comportamento do indivíduo no seu relacionamento com os outros.

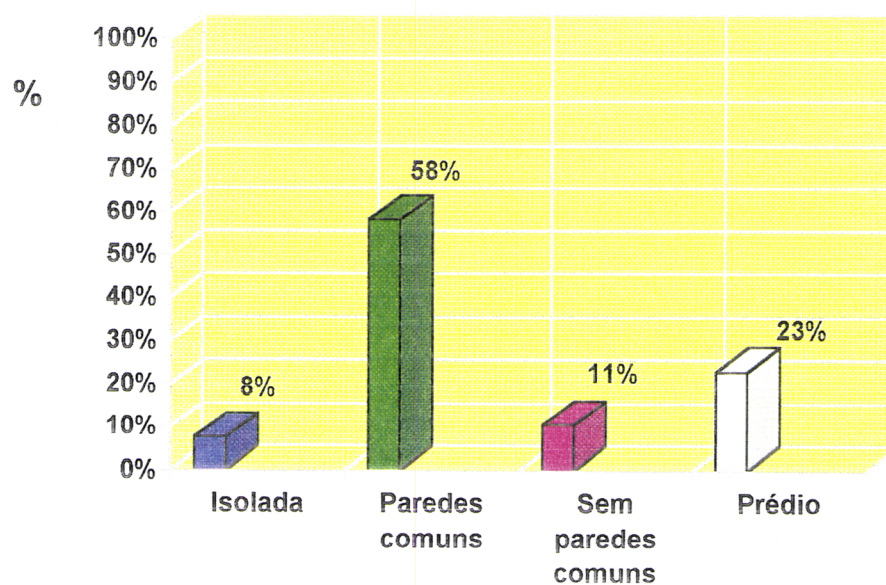
Isto significa que não é igual residir num prédio de vários andares, numa vivenda geminada, ou ainda numa vivenda isolada a um extremo da povoação.

As relações de vizinhança, por vezes tão contestadas, desempenham um

papel importante na génese do comportamento social e individual, ajudando o indivíduo a respeitar o outro, na partilha de um espaço que é comum.

Tendo por base o que acabámos de dizer, inventariámos quatro situações dentro das quais foi possível distribuir a população, sendo os respectivos resultados expressos na figura 16. Procurámos assim saber, qual a localização da casa onde cada um dos inquiridos habita, relativamente à sua proximidade física com outras habitações.

Figura 16 - Caracterização da população segundo a localização física, da casa onde reside



Como é a casa onde habita?

A grande maioria da população reside em habitações, onde as paredes exteriores são comuns a habitações contíguas. Esta situação é traduzida por uma frequência relativa de 58%, o que implica da parte dos indivíduos o estabelecer de uma relação de vizinhança não muito próxima, dado que as moradias são independentes.

23% reside em prédios com um ou mais moradores, o que exige um maior contacto entre os indivíduos, uma vez que o acesso à habitação individual de cada um, é comum.

Apesar de este facto não implicar necessariamente convívio social, o sujeito deprimido poderá encarar a partilha de espaço como um obstáculo ao seu bem estar, dado que o contacto com os outros lhe é penoso.

Em momentos de crise depressiva mais intensa, o facto de viver num prédio, poderá limitar consideravelmente as saídas do indivíduo, da intimidade da sua habitação, devido ao receio manifesto de encontrar algum vizinho.

Esta situação hipotética é francamente minorada nas grandes cidades, onde o anonimato é a cultura predominante, em detrimento das relações de proximidade ainda existentes, na região geográfica onde o estudo decorre.

A viver em moradias unifamiliares ladeadas de jardim e por isso sem paredes comuns com outras habitações, obtivemos 11% da população da amostra, enquanto 8%, vive em moradias completamente isoladas sem ter vizinhos nas imediações.

Se em qualquer dos casos acima descritos, o indivíduo está “dispensado” de contactos mais frequentes com os possíveis vizinhos, também é verdade que está sujeito a um maior isolamento social, que em nada beneficia o seu comportamento solitário, resultante da sintomatologia depressiva.

Poderíamos dizer que a nossa análise resultante da figura 16, apresenta discurso contraditório e alguma incoerência interna. No entanto, e quando se trata de interpretar formas de estar ou comportamentos depressivos, quase tudo parece ilógico. Se existem vizinhos, o indivíduo evita-os, pela sua incapacidade em estabelecer relações sociais e de convivência. Se eles não existem, o indivíduo sente-se abandonado e votado à sua solidão.

Pelos dados obtidos e sem estabelecer qualquer tipo de relação, poderemos dizer que 81% da nossa população (58%+23%), está sujeito a relações de vizinhança, devido à proximidade física da habitação onde reside.

Utilização dos tempos livres

O dia a dia de qualquer indivíduo por mais intenso que seja, tem sempre pequenos períodos de ociosidade, que dão colorido à actividade laboral do quotidiano.

O tempo ocioso ao dispor do seu utilizador, está perfeitamente isento de rotinas ou compromissos, o que lhe confere um carácter especial.

Vulgarmente designado por tempo livre, é gerido de forma perfeitamente subjectiva, sendo unicamente condicionado pela apetência de quem o utiliza.

Se para o indivíduo saudável o tempo livre é algo de benéfico e gratificante, para o sujeito deprimido ele constitui uma ameaça, na medida em que a sua criatividade é posta em causa.

A lentificação de pensamento, a apatia, o desinteresse e a tristeza que o dominam, impedem-no não só de desempenhar a sua actividade laboral, mas também de usufruir de qualquer tempo de lazer.

Quando este tempo existe, o indivíduo utiliza-o de forma perfeitamente trivial, sem lhe atribuir importância ou qualquer carácter de excepção.

A sua tendência para enfatizar tudo o que é penoso e negativo, faz com que o tempo livre seja considerado um fardo difícil de suportar, não conseguindo daí extrair qualquer benefício.

Se tivermos em conta a média de idades da nossa população e os dados anteriormente referidos acerca da sua situação laboral (figura 7), facilmente compreendemos que predominam os momentos livres, isentos de qualquer horário ou actividade coordenada.

A incapacidade do indivíduo deprimido para gerir este tempo, aumenta a sua sensação de inutilidade, bem como a degradação progressiva da sua auto-
-imagem e auto-estima, devido à visão negativa que tem de si mesmo.

A forma como a população da amostra utiliza habitualmente os seus tempos livres, é expressa no quadro 19, tendo por base os dados recolhidos na aplicação do questionário.

Quadro 19 - Caracterização da população, segundo a utilização dos seus tempos livres

Como ocupa os tempos livres	%
Faz pequenas tarefas em casa	35,4
Fica em casa sem fazer nada	26,1
Vê televisão	9,2
Sai com amigos	7,7
Lê qualquer coisa	7,7
Passeia sozinho	6,2
Sai para fazer compras	4,6
Outros	3,1
Total	100

Em nosso entender, os resultados expressos no quadro 19, confirmam de algum modo o que anteriormente dissemos. Verificamos que 35,4% habitualmente ocupa os seus tempos livres em casa, desempenhando pequenas tarefas.

Não emitiremos qualquer juízo de valor, acerca da forma como os indivíduos fazem o aproveitamento do seu tempo de lazer, dado que este é um processo perfeitamente subjectivo.

No entanto, não podemos deixar de constatar o facto de que, 69,2% da população não exerce qualquer actividade laboral, o que pressupõe uma maior permanência em casa, no desempenho das actividades domésticas. Se conforme referem, ficam em casa fazendo pequenas tarefas, então hipoteticamente, não

existirá para estes indivíduos uma diferença marcada entre tempo ocioso e não ocioso.

Igualmente significativa é a percentagem de 26,1%, referente aos sujeitos que ficam em casa sem desempenhar qualquer tipo de actividade, esperando que o tempo de lazer passe calmamente. Esta atitude poderá eventualmente traduzir a incapacidade para gerir a sua própria liberdade, potenciando o sentimento de vazio e inutilidade, tão característico dos deprimidos.

9,2% dão primazia à televisão, enquanto 7,7% saem com amigos. Em qualquer destas situações verificamos uma preocupação com a vertente social, buscando de formas distintas, o contacto com o mundo exterior.

Os indivíduos que procuram a companhia dos amigos, lutam desta forma contra a solidão, na tentativa de encontrar um lenitivo para a sua angustia e ansiedade.

A leitura é motivo de ocupação para 7,7% da população e 6,2% preenche o seu tempo passeando sozinho. Contrariamente às duas situações acima descritas, estes indivíduos preferem a solidão, uma vez que os actos que realizam são puramente individuais.

O facto de alguém passear sozinho, pode traduzir a dificuldade que os deprimidos têm, em estabelecer relações privilegiadas com os outros.

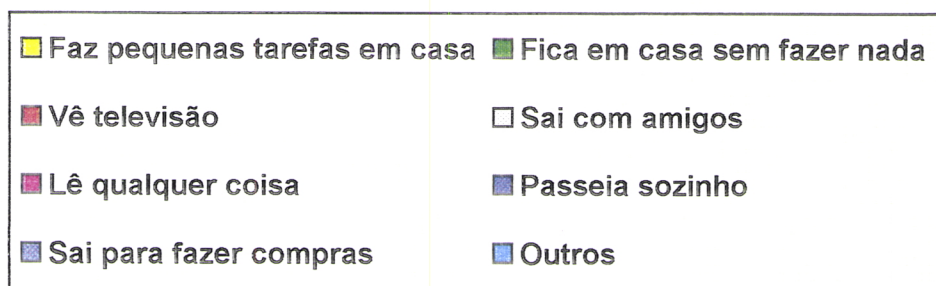
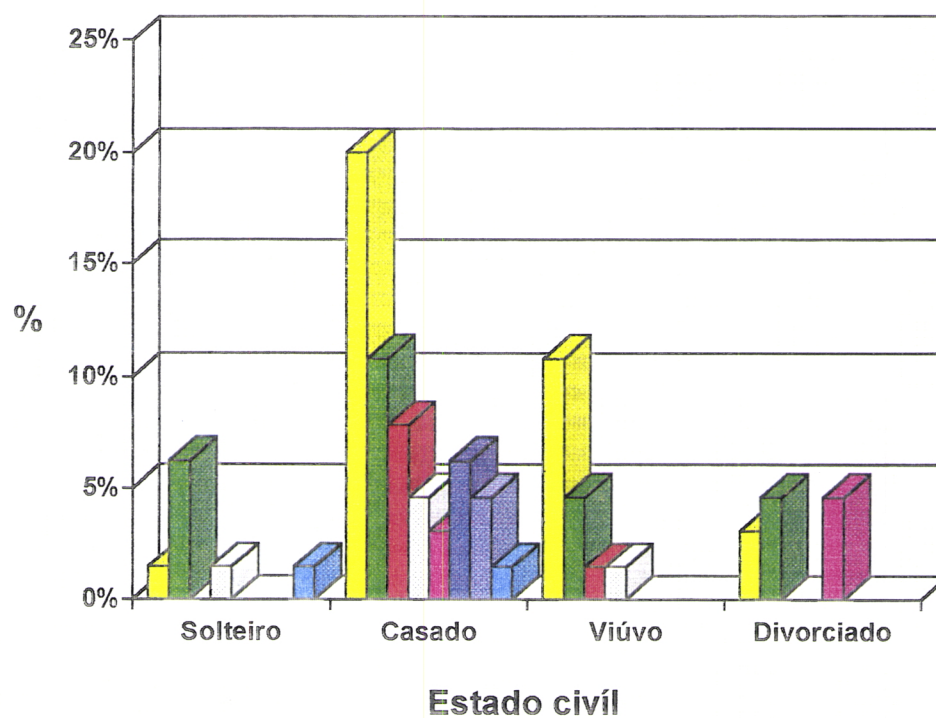
É frequente encontrarmos pessoas que em momentos de depressão, sentem um forte impulso para efectuar compras da mais variada natureza, independentemente dos produtos que adquirem serem ou não necessários. Na nossa população, uma pequena percentagem de 4,6%, refere este acto como forma preferida para ocupar o seu tempo livre.

Se considerarmos “fazer compras” um acto social, então, este é o meio escolhido por um pequeno grupo para sair da sua casa e estabelecer contactos com os seus pares.

Para finalizar, 3,1% dos indivíduos refere outros tipos de ocupação, que pela sua fraca representatividade, são agrupadas numa categoria única que designamos por outros.

Numa tentativa de perceber se o estado civil interfere com a forma como os elementos da amostra ocupam o seu tempo livre, efectuámos o cruzamento destas duas variáveis, cujo resultado é expresso na figura 17.

Figura 17 - Caracterização da população segundo a ocupação dos tempos livres, tendo em conta o seu estado civil



Analisando a figura 17 constatamos que os casados, são os únicos a ter representação em todas as categorias consideradas. A maioria destes indivíduos (20%) ocupa o seu tempo de lazer em casa, fazendo pequenas tarefas, o que é compatível com o esperado socialmente dos sujeitos pertencentes a este estado civil. Cerca de 10% fica em casa, optando simplesmente por nada fazer.

A televisão surge também como uma opção para ocupar este tempo, bem como os passeios a sós, sem qualquer companhia.

A saída para estar com os amigos ou para fazer compras, tem uma representatividade de aproximadamente 5%, igual em ambas as categorias, o que denota a pouca importância atribuída ao relacionamento social, comparativamente com as opções categorizadas no início desta análise.

A leitura é escolhida por cerca de 3%, não sendo aqui considerado o tipo de literatura que lhe está subjacente.

Para os solteiros, ficar em casa continua a ser a melhor forma de ocupar os tempos livres, embora se verifique uma inversão do modo de estar na sua habitação, relativamente aos casados. Assim, cerca de 6% desta população fica em casa sem fazer nada, enquanto 1,5% realiza pequenas tarefas.

Igual percentagem de 1,5%, ocupa o seu tempo saindo com os amigos.

Relativamente aos viúvos, a ocupação do tempo de lazer mantém valores praticamente proporcionais aos apresentados para os casados, no que se refere à permanência em casa, tendo em conta o desempenho ou não de pequenas tarefas.

Hipoteticamente, esta situação poderá traduzir a manutenção de determinados hábitos adquiridos numa vida a dois, visando o perpetuar de rotinas em memória de alguém que “partiu” e que lhes era querido.

Não podemos também esquecer o factor sociocultural, que de algum modo condiciona o comportamento dos que vivem o estado de viuvez, principalmente para os indivíduos do sexo feminino.

Ver televisão e sair com os amigos é referido por uma pequena percentagem de 1,5%, o que demonstra pouco interesse pelos contactos sociais.

Os divorciados apresentam escolhas, que revelam a primazia pela solidão.

Ficar em casa a desempenhar ou não pequenas tarefas e ler, são as únicas opções referidas para ocupar os tempos livres, verificando-se assim uma ausência voluntária de todo e qualquer contacto social durante o seu tempo livre.

Contrariamente ao que poderíamos esperar e comparativamente com os restantes estados civis, os indivíduos divorciados são os únicos que não saem com amigos.

Supondo que o divórcio constituiu um processo de ruptura não amigável entre o casal e que os amigos seriam comuns, é de alguma forma compreensível a existência deste processo solitário.

Perante os resultados obtidos e de modo global, podemos dizer que relativamente às frequências absolutas com mais expressão, o estado civil parece não interferir. No entanto, tendo em consideração as frequências menos significativas em termos de representatividade, parece-nos que existe alguma interferência, uma vez que o tempo livre é ocupado de determinada forma, consoante o estado civil dos sujeitos.

Em todo este processo de ocupação lúdica, mesclam-se um sem número de variáveis culturais, sociais, biológicas e psicológicas. A personalidade e a experiência de vida do sujeito, condicionam toda a sua postura e forma de estar no mundo.

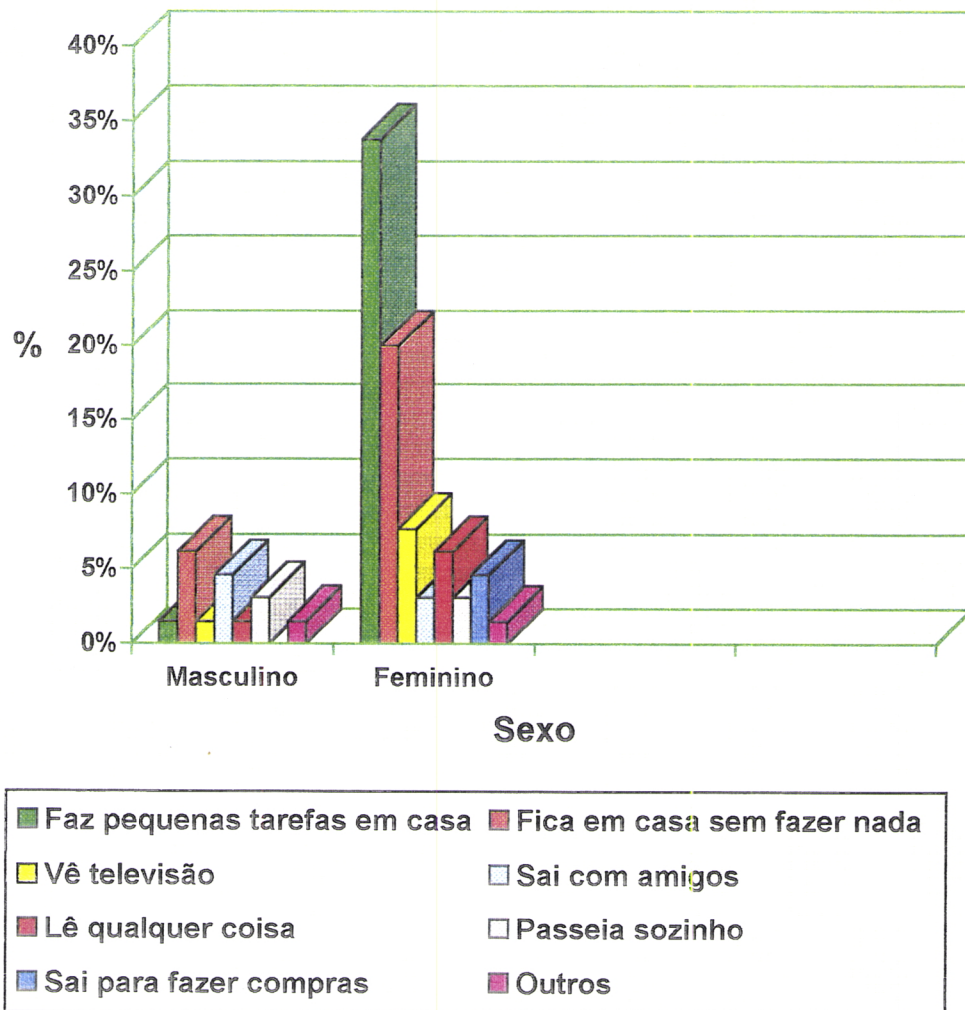
O sexo como componente biológica inata, determina juntamente com tudo o que é adquirido ao longo da socialização do indivíduo, a forma como cada um se assume no seu quotidiano.

O sujeito interioriza as regras, transforma-as dando-lhes o seu cunho pessoal, e representa o papel que a sociedade espera dele, assumindo-se como verdadeiro autor em toda a sua plenitude.

Por este motivo, e tendo em conta o que anteriormente dissemos, a forma como as mulheres ocupam o seu tempo livre, difere substancialmente da dos

homens, como podemos constatar através dos resultados apresentados na figura 18.

Figura 18 - Caracterização da população segundo a ocupação dos tempos livres, tendo em conta o sexo



Em nosso entender, os resultados acima expressos sedimentam as considerações que anteriormente efectuámos.

Verificamos que existem algumas diferenças acentuadas entre os dois sexos. São as mulheres com cerca de 34% que ocupam os tempos livres fazendo pequenas tarefas em casa, enquanto só cerca de 2% dos homens o fazem.

Constatamos ainda que a percentagem mais representativa no sexo masculino, é referente aos indivíduos que permanecem em casa sem fazer nada.

Relativamente à leitura e à televisão, são as mulheres as que mais escolhem estas actividades, bem como, são elas as únicas a ocupar o seu tempo livre fazendo compras.

Quanto ao sair com amigos, são os homens que detêm a frequência relativa com maior representatividade, não existindo diferenças significativas relativamente às restantes categorias expressas na figura 18.

De forma sintética, diremos que os resultados obtidos correspondem na íntegra aos papéis sociais esperados, da parte de cada um dos sexos.

Pensamos ainda que encontraríamos valores semelhantes numa população não deprimida, o que nos leva a inferir a ausência de interferência da patologia depressiva, no desempenho dos papéis sociais.

Actividades sociais e religiosas

Nas últimas décadas o ritmo de vida das pessoas alterou-se significativamente, e o tempo enquanto unidade espacial, adquiriu uma importância vital no quotidiano do indivíduo, exigindo formas de gestão cada vez mais complexas e perfeitas.

A ambição permanente por melhores condições de vida, origina uma intensificação da actividade laboral na procura de compensações monetárias, que preencham o vazio deixado pela degradação das relações sociais.

O carácter filantrópico e comunitário das sociedades rurais alentejanas, sucumbiu à pressão da modernidade e revela-se hoje já com uma postura misantrópica e individualista. A vida porque curta, vive-se apressadamente não sobrando tempo para as actividades de cariz social.

Nunca como hoje se apelou tanto à solidariedade; diariamente os “mass média” revelam a criação de organizações e campanhas, visando a protecção dos mais desfavorecidos, e apelam ao envolvimento voluntário dos que estão numa situação mais favorável.

Se tivermos em conta as características comportamentais depressivas da nossa população, facilmente compreendemos que a sua apatia, inactividade e tendência para o isolamento, a impedem de tomar parte activa nas actividades de carácter social, sejam elas quais forem.

De facto os resultados objecto da nossa investigação, expressos no quadro 20, confirmam na integra o que acabámos de dizer.

Quadro 20 - Caracterização da população segundo a sua participação em grupos, associações ou organismos de carácter social

Participação em actividades sociais	%
Não	98,5
Sim	1,5
Total	100

Pela análise do quadro 20 verificamos que apenas 1,5% da população toma parte activa em actividades de índole social, o que revela uma representatividade quase sem expressão estatística. Contrariamente no pólo oposto, 98,5% assume uma posição de não participação nessas mesmas actividades.

Em nosso entender este resultado é perfeitamente previsível; se o indivíduo deprimido não está bem consigo mesmo e vive lutas internas, como poderia ele desempenhar qualquer actividade direccionada para os outros, de forma a sentir-se gratificado?

A sua incapacidade para estar com os que o rodeiam, mesmo com os que lhe são mais próximos, bloqueia toda a sua vida social e de relação.

Relativamente à actividade desempenhada, esta inseria-se numa organização socio-lúdica denominada Comissão Nacional da Juventude, onde exercia o cargo de secretário do núcleo da cidade de Évora, sob a forma de voluntariado.

Salientamos o facto de que no momento da aplicação do questionário, o sujeito em causa tinha pedido a suspensão temporária do seu cargo, segundo referiu, por dificuldade em o desempenhar.

Como já referimos várias vezes ao longo do trabalho de forma mais ou menos explícita, o Homem é uma mescla de biológico, psicológico, social e espiritual; estas quatro vertentes coexistem em cada momento e não é possível afirmar com certeza plena, qual a que predomina em determinado acto que se realiza.

Para além da actividade laboral, lúdica e socio-cultural, o Homem de forma consciente ou inconsciente, realiza actividades de natureza espiritual.

O meio cultural e social no qual o indivíduo cresceu e a educação que parametrizou o seu desenvolvimento religioso, influenciam de algum modo as suas crenças dogmáticas e as práticas a elas associadas.

Contestado por alguns mas firmemente confirmado por outros, Portugal é considerado um país de tradição católica; como tal, as suas gentes são imbuídas de um espírito crente em algo de Superior e Divino, que sustenta o respeito pelo sagrado.

Os sacramentos inerentes ao catolicismo são comumente instituídos por hábito ou tradição, mas o seu verdadeiro significado e compromisso perante a Igreja católica, é muitas vezes desconhecido.

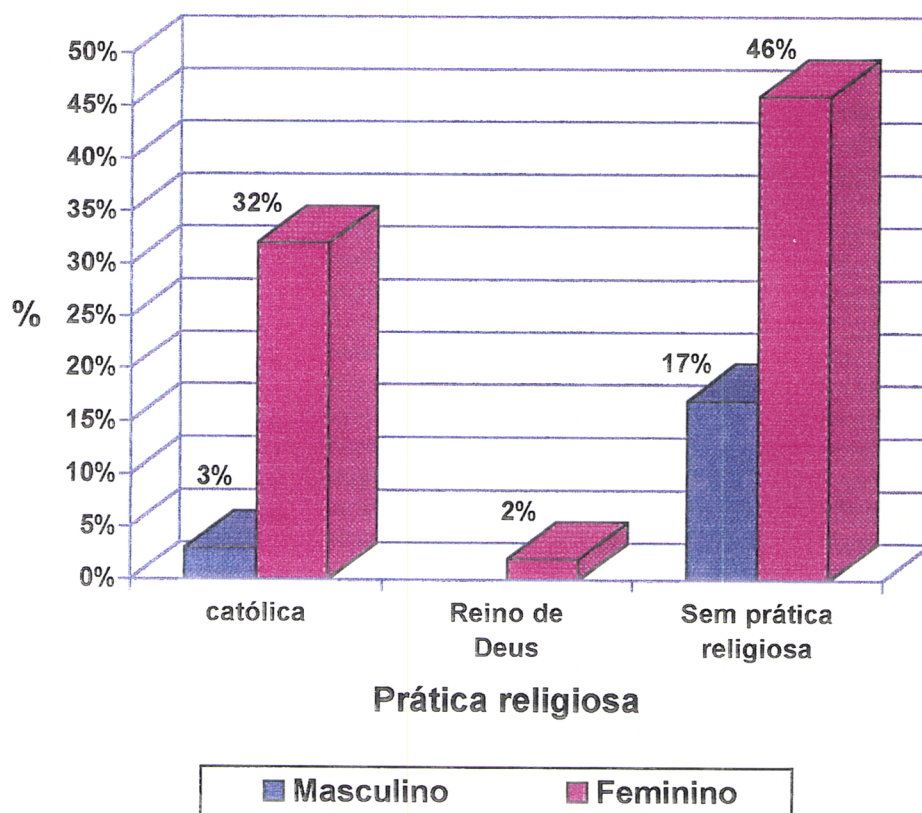
O vulgarmente designado católico não praticante, traduz precisamente um pouco do que dissemos, na medida em que significa um sujeito que acredita no catolicismo mas não o assume, porque não o pratica.

Nas últimas décadas várias doutrinas têm surgido em Portugal, e é possível encontrar documentos que testemunham o número crescente de seguidores, em detrimento dos católicos.

Correntemente associada aos mais frágeis, a religião é considerada por muitos como uma prática essencialmente feminina.

Com a finalidade de conhecer a nossa população relativamente a este aspecto, as suas práticas religiosas são representadas na figura 19, tendo em consideração o sexo dos inquiridos.

Figura 19 - Caracterização da população segundo as práticas religiosas e o sexo dos inquiridos



Verificamos que o catolicismo é a religião maioritariamente predominante, representando 35% do total da amostra, enquanto o reino de Deus tem uma frequência relativa de 2%.

A percentagem de sujeitos sem qualquer prática religiosa é bastante elevada representando mais de metade da distribuição, nomeadamente 63%.

Pensamos que este resultado traduz a religiosidade muito peculiar das gentes do Sul, caracterizada por uma Fé num Deus à margem das práticas e rituais da Igreja católica, mas muito presente no quotidiano do Homem alentejano.

São as mulheres as que revelam maior prática religiosa, o que confirma de algum modo o empirismo popular que anteriormente referimos.

Se considerarmos unicamente a população masculina, verificamos que 85% dos homens não tem qualquer prática religiosa. Em termos de população da amostra, esta percentagem corresponde aos 17% representado na figura 19.

De igual modo, se considerarmos unicamente a população feminina, 57,5% das mulheres não pratica, o que corresponde aos 46% representados na figura 19, tendo em conta a população total da amostra.

A convicção religiosa como refere Vaz Serra (1996), poderá funcionar como elemento adjuvante na debelação do quadro depressivo, na medida em que o indivíduo encontra aí um apoio paliativo, para a sua situação de doença.

A crença em *Algo superior* poderá ajudar o deprimido na construção de perspectivas de vida, e no sedimentar de uma esperança para um amanhã que será melhor.

e) O invólucro da depressão

Cada situação que ocorre no quotidiano é envolta por micro-situações desencadeantes, de etiologia simples ou complexa e das quais o indivíduo pode ter consciência imediata, ou adquiri-la após o acontecimento.

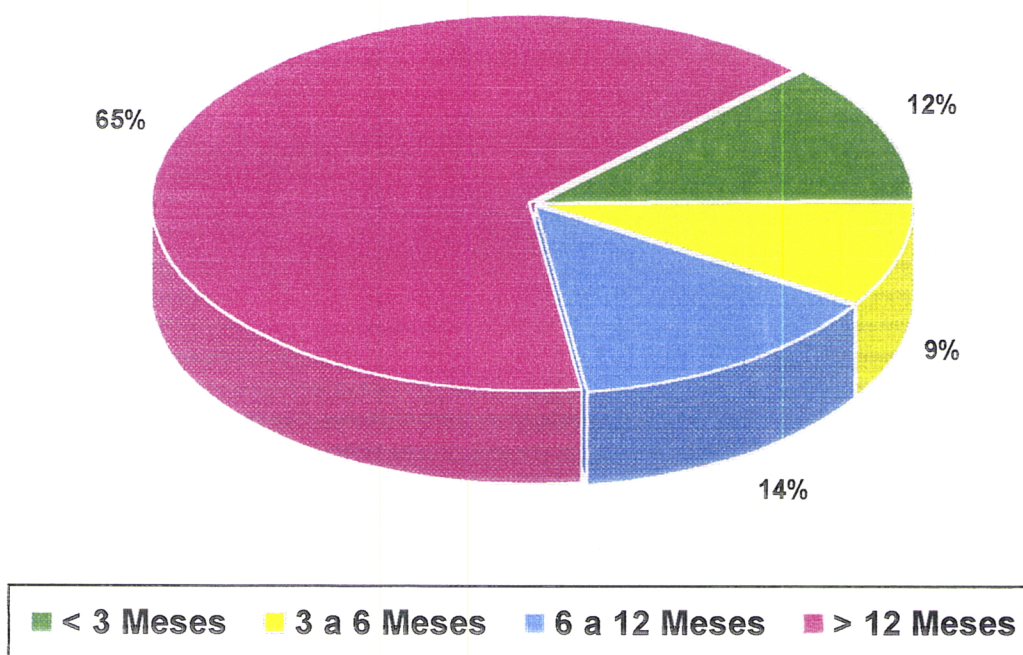
Neste último caso, a tomada de consciência dos factores desencadeantes é fruto de uma análise reflexiva, onde o sujeito procura uma justificação racional para o que lhe aconteceu.

Quando se sente incapaz de lidar com a organização caótica do seu ambiente interno, resultante da situação de stress que viveu, o indivíduo de forma voluntária ou compulsiva, procura ajuda técnica no sentido de reencontrar o seu equilíbrio psíquico e restabelecer a sua homeostasia.

No caso da crise depressiva essa ajuda poderá ter a duração de alguns meses até vários anos, dependendo isto da capacidade do sujeito em encontrar mecanismos, que lhe permitam lidar com a situação de forma equilibrada e harmoniosa.

Na figura 20 é expressa a categorização da nossa população relativamente ao tempo de frequência das consultas de psiquiatria, no Departamento da mesma especialidade, no Hospital do Espírito Santo em Évora.

Figura 20 - Caracterização da população de acordo com o tempo ao longo do qual frequenta as consultas de psiquiatria



Recordando que a maioria dos surtos depressivos sob tratamento tem a duração de 3 meses (Kaplan, 1990), e de acordo com a figura 20, verificamos que apenas 12% da população se insere neste parâmetro teórico.

9% frequenta as consultas de psiquiatria à mais de 3 meses e menos de 6, enquanto 14% as frequenta à mais de 6 meses e menos de 12.

Contrariando o construto teórico que acima referimos, constatamos que 65% da população frequenta as consultas de psiquiatria à mais de 12 meses, o que pressupõe a existência de um quadro depressivo já com alguma evolução e eventualmente algum cariz de cronicidade.

Este facto leva-nos a inferir a existência de uma não cedência farmacológica, acompanhada da incapacidade do indivíduo em encontrar mecanismos de resolução da crise depressiva, hipoteticamente porque a componente ambiental lhe é adversa.

Como referimos anteriormente, a procura de ajuda técnica que levou os indivíduos a frequentar as consultas de psiquiatria, não é ocasional nem aleatória.

Na génese desta procura existe um somatório de sinais e sintomas, identificados pelos outros e sentidos pelo próprio, os quais levam o indivíduo a reconhecer uma situação de desequilíbrio biopsíquico.

Como se de uma prenda se tratasse, este conjunto de manifestações forma um invólucro descolorido, que envolve de forma assimétrica o síndrome complexo que constitui a depressão.

Esta assimetria varia de sujeito para sujeito na medida em que depende da personalidade, da história de vida e de muitos outros factores que condicionam a existência e intensidade dos sinais e sintomas.

No entanto e apesar da subjectividade que lhe está inerente, a depressão como todas as outras patologias, possui um conjunto patognomónico de manifestações que a distinguem das outras perturbações e a permitem identificar como depressão.

12% (6%+6%) refere dois motivos, enquanto 18% (6%+12%) dos inquiridos refere três motivos.

Maioritariamente significativa é a percentagem de 51%, referente aos sujeitos que apontam o conjunto de todos os motivos nomeados para a procura de ajuda.

Estamos assim perante um síndrome que abarca a vida do indivíduo em todas as suas vertentes, de tal modo que a vida perde o seu significado por mais infimo que seja.

A existência de um maior conjunto de sinais e sintomas leva à sua potenciação, originando um desequilíbrio em crescendo, resultante do encadeamento sistemático das actividades de vida do sujeito.

Se considerarmos a sintomatologia referida na figura 21 como um ciclo, facilmente percebemos como ocorre esse desequilíbrio e a presença de uma intervenção especializada.

O desinteresse pela vida origina uma tristeza permanente pela ausência de objectivos e projectos de vida. Surge a dificuldade em dormir e a sensação de fadiga constante, o que provoca a incapacidade de realizar qualquer trabalho.

Isto gera um sentimento de impotência e inutilidade. O indivíduo diminui a auto-estima e auto-imagem, sente-se derrotado e incapaz de viver o quotidiano.

Consequentemente o seu desinteresse pela vida aumenta, e todo o ciclo recomeça num estadio depressivo mais elevado, pelo reforço dos sentimentos e comportamentos anteriormente vividos.

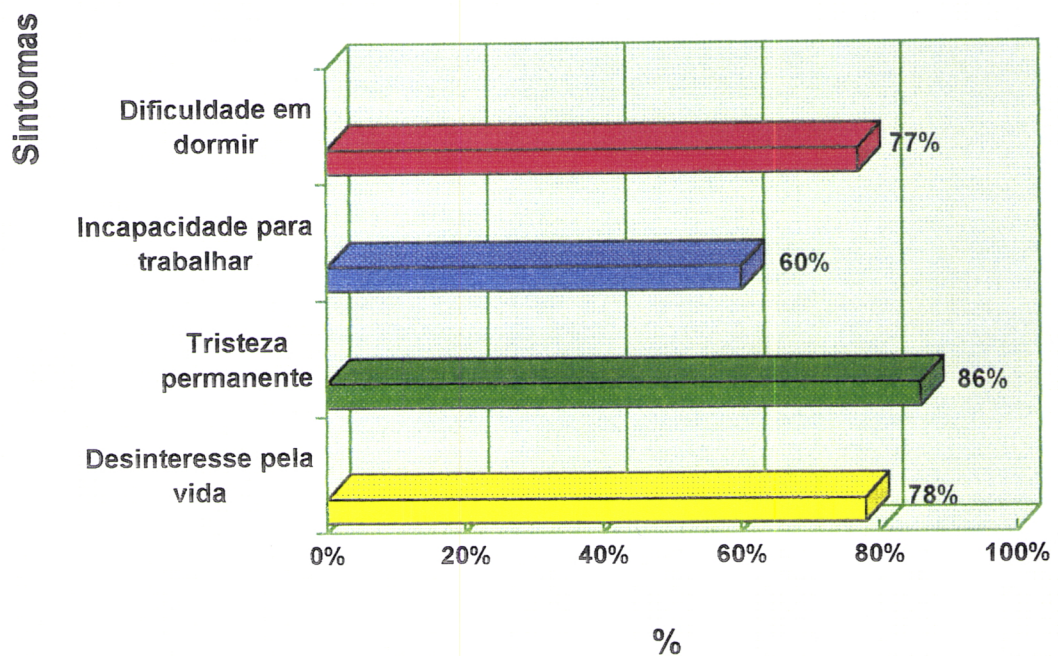
Hipoteticamente poderemos dizer que os 51% da população da amostra representados na figura 21, vivem crises depressivas de alguma gravidade, que põem em causa não só a integridade psíquica do indivíduo mas também a sua integridade física, pelo risco de suicídio tão frequente neste tipo de doentes.

Durante o processo da análise de dados, constatámos que os sintomas referidos pelos sujeitos para justificar a procura de ajuda de um psiquiatra,

apresentavam algumas diferenças percentuais entre si, embora não muito exacerbadas.

Na figura 22 são representadas essas percentagens, com a finalidade de compreendermos quais os sintomas que os inquiridos mais valorizam, uma vez que são eles a causa da procura de ajuda.

Figura 22 - Caracterização da população segundo a sintomatologia referida



A tristeza permanente com uma frequência relativa de 86%, é o sintoma mais frequente na população da nossa amostra. É também sem dúvida um dos sinais mais fáceis de detectar quando se convive de perto com um deprimido, uma vez que a sua expressão facial e a linguagem gestual é pobre, o rosto está tenso, triste e os olhos sem brilho.

O desinteresse pela vida é referido por 78% da população, sendo o segundo sintoma mais frequente. O indivíduo não consegue explicar nem especificar o que sente, sabendo unicamente que a vida lhe é penosa e como tal não faz sentido vivê-la.

Não há objectivos nem projectos de vida. Tudo é vazio e amorfo, porque a vida não tem vida. Fruto deste pensamento que se torna constante, é frequente surgirem as tentativas de suicídio, como solução para um sofrimento que se apresenta insolúvel.

Com uma representatividade praticamente semelhante de 77%, surge a dificuldade em dormir. As noites tornam-se longas e difíceis de suportar, porque os períodos de sono são curtos. Instalam-se as insónias iniciais, intermédias ou tardias, durante as quais o indivíduo focaliza todos os seus pensamentos na sua sintomatologia, hipervalorizando tudo o que sente.

Considerada na gíria como inimiga do doente, a noite assusta o deprimido: quando este se levanta de manhã, habitualmente sente-se cansado física e psicologicamente, o que o torna incapaz de empreender qualquer actividade.

O sintoma menos frequente referido pela nossa população é a incapacidade para trabalhar, com uma representatividade de 60%.

Comparativamente com os outros resultados, podemos dizer que este sintoma é o que menos preocupa os inquiridos, na medida em que 40% da população não o inclui no grupo dos motivos subjacentes, à procura de ajuda especializada. Uma outra explicação poderá estar relacionada com a sua inexistência, o que nos leva a concluir que 40% dos inquiridos é capaz de desempenhar o seu trabalho com alguma capacidade.

Recordamos ainda o facto de que a grande maioria da população está reformada, motivo pelo qual em nosso entender, a incapacidade para trabalhar não assume valores mais significativos.

Quando alguém toma a decisão de procurar ajuda especializada no âmbito da problemática psiquiátrica, estamos sem dúvida perante uma situação de sofrimento psíquico com todas as suas implicações ambientais.

Recorrer a cuidados médicos quando se está doente, é prática corrente, sinónimo de bom senso e louvável do ponto de vista social. Recorrer a cuidados

psiquiátricos pelos mesmos motivos, é adquirir um rotulo de “maluco” e um olhar desconfiado da parte dos que rodeiam o indivíduo necessitado de ajuda.

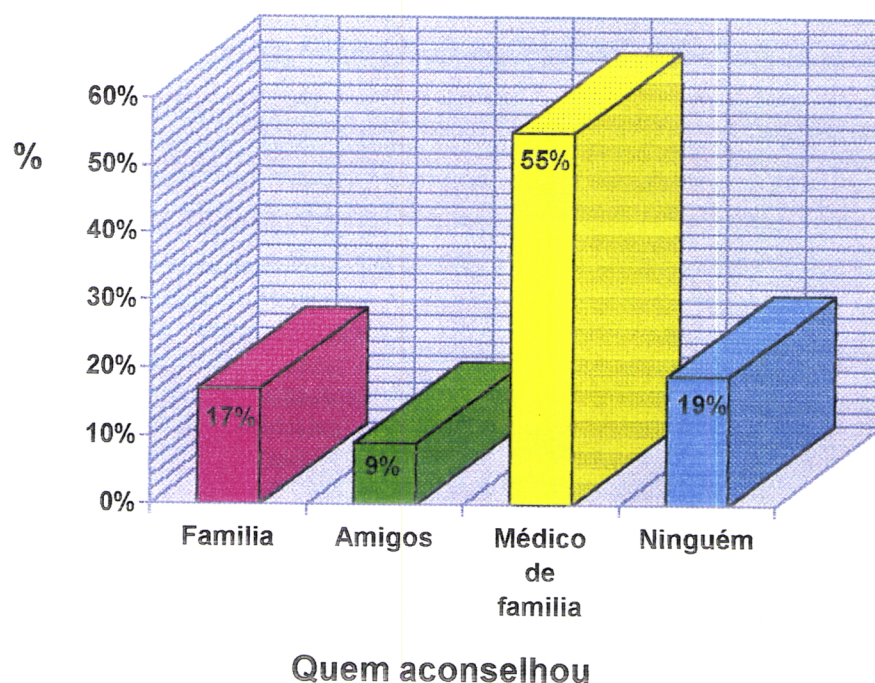
O estigma da doença mental tão presente na nossa sociedade, leva ainda hoje à marginalização de tal modo, que alguns sujeitos frequentam as consultas de psiquiatria de forma sigilosa, com receio do julgamento social.

Por este motivo, alguns doentes depressivos preferem substituir a palavra *depressão* por *esgotamento cerebral*, designando assim a sua patologia como um estado transitório, isento de qualquer conotação psiquiátrica.

Tendo em conta o que dissemos, recorrer ao psiquiatra constitui para alguns indivíduos imbuídos destes preconceitos, um acto verdadeiramente heróico e corajoso, que só é possível assumir porque existem apoios que o sustentam.

Esta realidade verifica-se na nossa população de forma notória, conforme podemos constatar pelos resultados expressos na figura 23.

Figura 23 - Caracterização da população de acordo com as pessoas que aconselharam a procura de um psiquiatra



Consolidando o que anteriormente afirmámos, verificamos que apenas 19% da população não precisou de conselho para procurar ajuda especializada, assumindo a sua atitude de forma consciente e autónoma.

Apesar de representar uma percentagem relativamente baixa, consideramos este facto extremamente importante, na medida em que representa por parte do sujeito, uma desmistificação das sua própria doença psíquica, traduzida no reconhecimento e aceitação de que precisa de ajuda.

Para os restantes 81% da amostra, o reconhecimento de toda a problemática é feito pelos que constituem o seu ambiente relacional, e pela influência que exercem sobre o indivíduo.

Perante a análise da figura 23 consideramos três tipos de ambientes relacionais, consoante o tipo e natureza da relação, que se estabelece entre o sujeito e os que o rodeiam.

Assim, enquanto 9% da população foi aconselhada por amigos, 17% foi aconselhada por familiares. Em nosso entender, estes valores demonstram a supremacia do ambiente familiar e a sua influência no comportamento do indivíduo, sobre a influência do ambiente social, no qual se situam os amigos.

Comparativamente e tendo em linha de conta que estamos perante uma situação patológica é o ambiente técnico no qual se situam os médicos de família, o que exerce maior pressão sobre o indivíduo. 55% da população do estudo, foi aconselhada por estes a procurar a ajuda de um psiquiatra.

Face a estes resultados é necessário considerar a importância que o indivíduo atribui a determinado ambiente e às suas influências, de acordo com o contexto situacional no qual se insere.

Numa situação de doença é compreensível que o sujeito privilegie as relações que estabelece no ambiente técnico e seja mais sensível à sua influência, em detrimento das relações estabelecidas no ambiente familiar e/ou social.

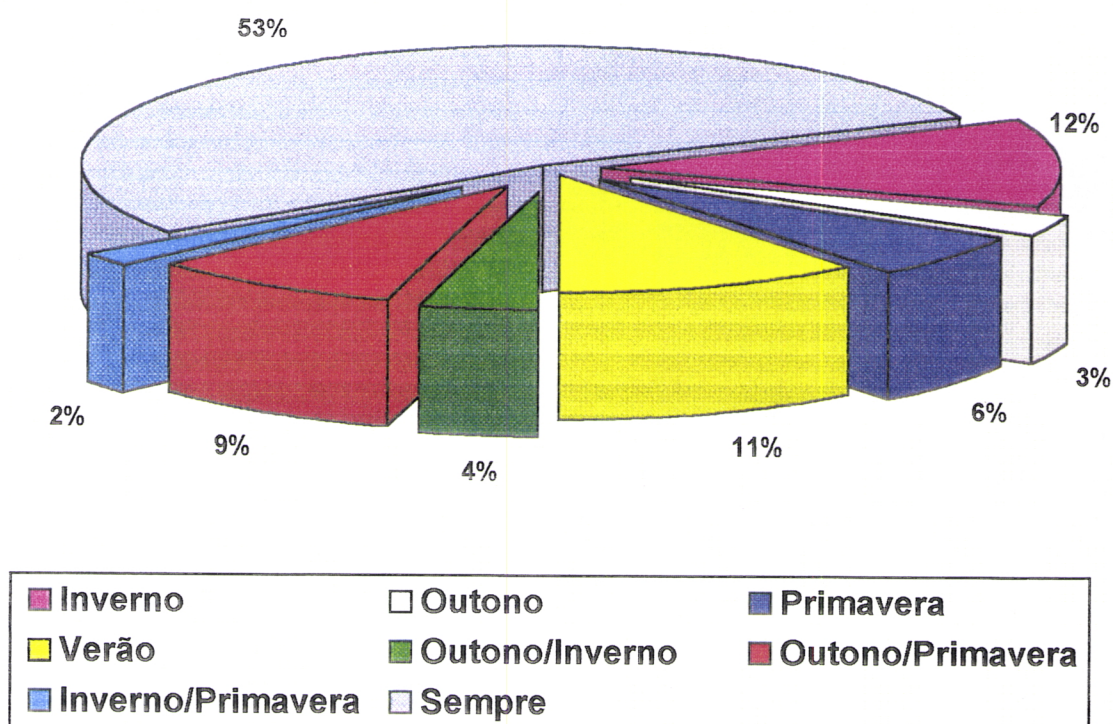
Se o ambiente relacional no qual o indivíduo se movimenta, tem um papel coadjuvante na tomada de consciência da patologia depressiva, outros ambientes existem, que potenciam ou minimizam essa mesma patologia.

É frequente encontrarmos pessoas nos dias cinzentos e sombrios, que descrevem o seu estado de humor e de força anímica, como um resultado do ambiente climático.

A vulgar expressão “*estou como o dia*”, revela uma consonância perfeita com a Mãe Natureza, como se o ambiente psíquico do indivíduo fosse um espelho do ambiente climático, reflectindo toda a nostalgia de um dia sem sol.

Com a finalidade de conhecer a importância deste ambiente na sintomatologia depressiva da população da nossa amostra, elaborámos a figura 24 tendo por base os resultados obtidos na aplicação do questionário.

Figura 24 - Caracterização da população, de acordo com a estação do ano em que se sente mais deprimida



Ao analisar a figura 24, verificamos que aproximadamente metade da distribuição da população (53%) apresenta características homogéneas relativamente à resposta dada, enquanto a outra metade (47%), é perfeitamente heterogénea.

Para a segunda metade dos 47%, podemos considerar duas situações distintas: 32% da população refere estar mais deprimida numa única estação do ano citando-a de forma isolada, e 15% refere a associação de duas estações.

Para os indivíduos que se situam nos 32%, constatamos que as frequências relativas de maior representatividade ocupam os polos opostos, sendo isto concordante com as estações climáticas mais antagónicas.

Assim, 12% dos sujeitos dizem sentir-se mais deprimidos no Inverno, enquanto 11% dizem o mesmo em relação ao Verão, sendo a diferença de 1% entre as duas estações, praticamente insignificante.

Recordando as considerações teóricas acerca dos factores influentes na manifestação depressiva, que em tempo oportuno fizemos, verificamos que a ausência de luminosidade natural proveniente da luz solar, é considerada por alguns peritos como um factor desencadeante dos quadros depressivos sazonais.

À luz destas afirmações, 12% da população enquadra-se nos resultados teóricos esperados, contrariamente aos 11% que os contradizem em absoluto.

Na verdade, este grupo de indivíduos referiu de forma unânime em considerações tecidas à margem das questões contempladas no questionário, que a luminosidade solarenga dos dias de Verão alentejano, lhes transmitia uma alegria que entrava em conflito directo com a sua tristeza interna, o que os tornava ainda mais tristes e por isso mais deprimidos.

Deste modo, sentiam-se melhor nos dias em que o teor de luminosidade era menos intenso, o que tornava os dias mais tristes e por isso mais concordantes com o seu estado de humor

As estações do ano amenas, referentes às fases de transição climática, como seja o Outono e a Primavera, têm uma representatividade de 3% e 6% respectivamente.

Salientamos o facto de ser a Primavera, estação do ano mais luminosa e por isso mais alegre em relação ao Outono, a que apresenta maior frequência relativa comparativamente com esta última.

Contrariando o que referimos no Capítulo I relativamente a estudos efectuados, e só para os sujeitos que apontam uma única estação do ano para o aumento da sua depressão, verificamos que é nos solstícios que esta sintomatologia se torna mais intensa, em detrimento dos equinócios.

Para os 15% da população que nomeiam duas estações do ano durante as quais estão mais deprimidos, constatamos que são as estações de transição climática, nomeadamente o Outono/Primavera, as que detêm maior representatividade com 9% dos inquiridos.

A passagem da estação quente (Verão) para o Outono e da estação fria (Inverno) para a Primavera, poderá hipoteticamente provocar alterações nos ritmos biológicos dos indivíduos mais susceptíveis, exigindo uma adaptação às variações do ambiente climático em termos de temperatura e luminosidade, capaz de desencadear uma modificação na homeostasia interna dos sujeitos, responsável pelo aumento da depressão.

Como referimos anteriormente, no Capítulo I fazemos alusão aos trabalhos de alguns investigadores, que verificaram um predomínio da patologia depressiva nos equinócios, o que é concordante com os valores por nós obtidos, quando duas estações do ano estão envolvidas.

4% dos inquiridos nomeiam o Outono/Inverno como o período durante o qual a sua depressão é mais intensa. Poderíamos dizer que para estes indivíduos a luminosidade representa um factor importante, na medida em que a sua diminuição, eventualmente contribuirá para o aumento da sintomatologia.

O Inverno/Primavera é referido por 2% da população, sendo a sua representatividade praticamente nula.

Considerando estes dois últimos dados, diremos que 6% dos inquiridos (2%+4%) fazem períodos ininterruptos de agudização do síndrome depressivo, durante aproximadamente 6 meses, precedidos de períodos de remissão durante igual período.

Maioritariamente significativa é a percentagem de indivíduos que refere estar deprimido com igual intensidade em todas as estações do ano, representando uma frequência relativa de 53%.

Para este sub-grupo populacional a influência climática não se faz sentir, ou os sujeitos não a identificam como agente potencializador da sua sintomatologia depressiva.

Perante estes resultados temos alguma dificuldade em responder à interrogação colocada pela **hipótese 5**, na medida em que a frequência relativa referente à população que não se sente afectada pelas estações do ano, é muito próxima daquela que é referente à população que se sente mais deprimida em determinada época, sendo a diferença percentual de apenas 6%.

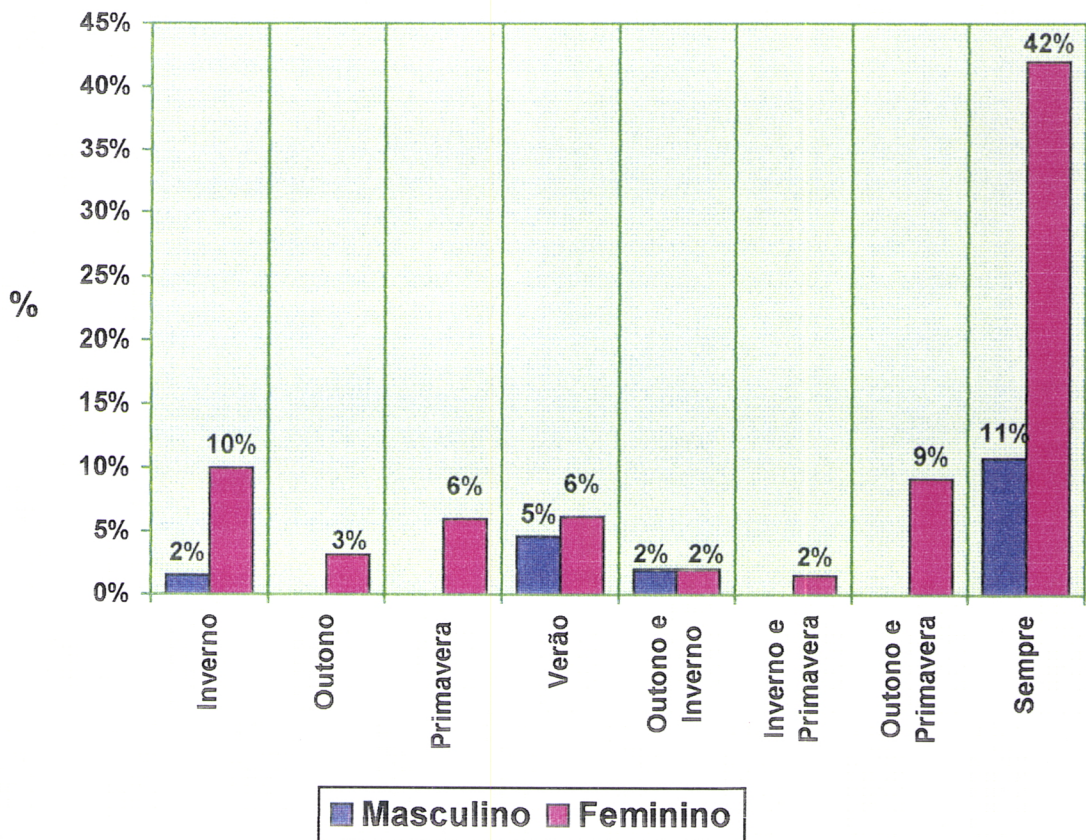
Tendo como ponto de referência a percentagem mais significativa, respondemos negativamente à interrogação da **hipótese 5**, expressa no esquema orientador da investigação, dado que para 53% dos inquiridos a depressão não é mais frequente em determinadas estações do ano, mas assume sempre igual representatividade independentemente do factor sazonal.

Ficámos surpreendidos com os resultados obtidos, uma vez que esperávamos encontrar um predomínio maioritário da patologia depressiva em determinadas épocas, facto que não foi possível confirmar.

Confrontados com estes dados algumas questões se nos colocaram e a forma como os indivíduos dos diferentes sexos se comportavam face às estações do ano, tornou-se motivo de pesquisa.

Deste modo, tendo em conta os valores representados na figura 24, foi feito o cruzamento das diversas variáveis com o sexo dos indivíduos, cujo resultado é expresso na figura 25.

Figura 25 - Caracterização da população de acordo com a estação do ano em que se sente mais deprimida, tendo em conta o sexo dos inquiridos



Em nosso entender os resultados apresentados na figura acima, merecem da nossa parte algum comentário.

Enquanto a população feminina se distribui por todas as categorias consideradas, a população masculina tem representatividade apenas em algumas.

As estações do ano de transição climática referidas de forma isolada ou em conjunto, não têm qualquer interferência na sintomatologia depressiva dos homens, dado que o Outono e a Primavera não são nomeados.

Por oposição são as estações do ano mais extremistas em termos climáticos, nomeadamente o Inverno e o Verão, as que têm representatividade para este sexo.

11% dos indivíduos, os quais correspondem em termos absolutos a 55% do total da população masculina, referem estar sempre deprimidos independentemente das estações do ano.

Situação idêntica se passa com os indivíduos do sexo feminino, em que 42% dos sujeitos da amostra, correspondendo a cerca de 53% do total da população feminina, não estabelecem qualquer relação entre a sua depressão e os factores climáticos inerentes às estações do ano.

Considerando a população masculina e a feminina em termos isolados, verificamos que a primeira tem maior representatividade na categoria dos indivíduos que estão sempre deprimidos.

Salientamos ainda a igualdade de frequências relativas para ambos os sexos na categoria Outono/Inverno e a diferença entre eles de 1% no Verão.

Tendo em conta os resultados da figura 25, diremos que as mulheres da nossa amostra populacional, são de algum modo mais susceptíveis do que os homens, às influências e variações climáticas das diferentes estações do ano.

Para além dos factores climáticos, um número infinito de outros factores influenciam o indivíduo, tornando-o susceptível de desenvolver um quadro depressivo.

Esta fragilidade iminente é na maioria das vezes inconsciente, o que representa uma protecção para o sujeito, visando a manutenção do seu equilíbrio psíquico.

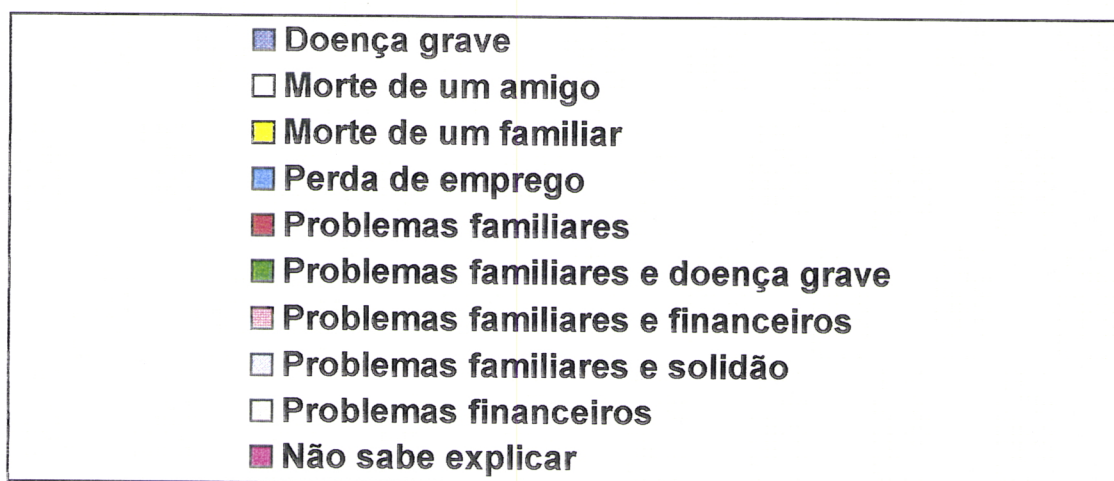
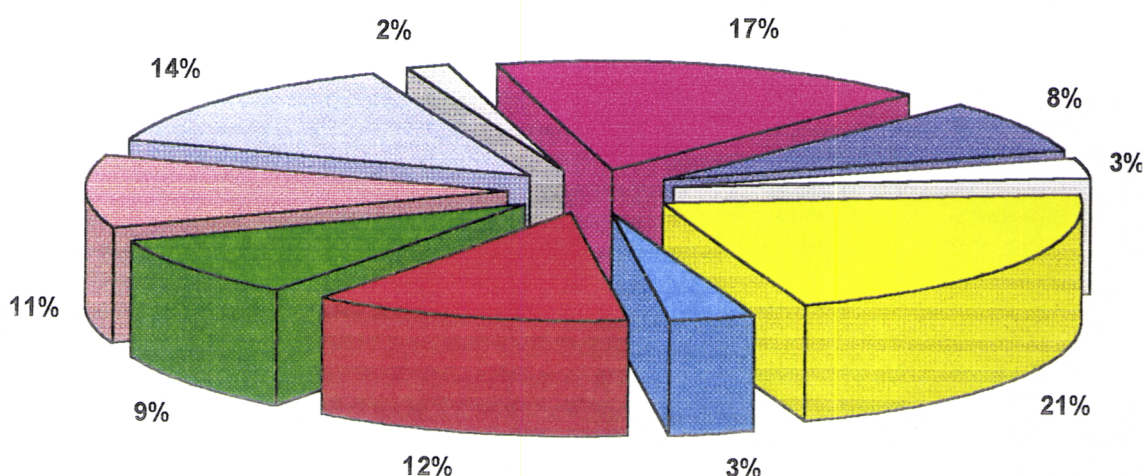
De algum modo, este processo permite que o indivíduo viva a permanente ilusão, de que as depressões tal como outras patologias, só acontecem aos outros que o rodeiam.

O limiar *saúde/doença* é extremamente ténue e facilmente violável. Quando isto acontece o sujeito fica frágil e o sistema que é ele mesmo, perde temporariamente a sua capacidade de equilíbrio.

A tentativa de racionalizar o processo depressivo, leva o indivíduo a procurar uma explicação plausível para o que lhe aconteceu, com a finalidade de encontrar uma causa que mascare a sua vulnerabilidade e proteja a sua integridade psíquica.

Na figura 26 é expressa a opinião da nossa população, face aos motivos que originaram a sua patologia depressiva.

Figura 26 - Caracterização da população segundo as causas que originaram a sua depressão



De acordo com a figura 26 verificamos que a grande maioria da população, nomeadamente 83%, refere um ou dois motivos como sendo os causadores da sua depressão.

Como ser privilegiado que é, o Homem utiliza a sua capacidade de ser pensante, na procura contínua de uma explicação racional para tudo o que lhe acontece no dia a dia.

Para 17% dos inquiridos esta procura não encontrou objecto, razão pela qual não sabem explicar o porquê da sua depressão, dado que não encontram motivos objectivos.

8% dos sujeitos atribui a sua depressão à existência de uma doença grave, a qual em seu entender lhes limita o tempo de vida. Referimo-nos a processos neoplásicos nomeados pelos indivíduos à margem do questionário, e do qual todos tinham conhecimento suficiente, de modo a terem consciência da gravidade da situação.

Para 24% da população da amostra, a morte de alguém muito próximo é a causa da sua depressão. 3% invocam a morte de um amigo, enquanto 21% evocam a morte de um familiar, sendo este o valor absoluto de maior representatividade em toda a distribuição.

A perda de emprego é referida por apenas 3% dos indivíduos, percentagem algo insignificante, atendendo à crise laboral que actualmente vivemos. Não podemos contudo esquecer o nível etário da população da amostra e conseqüentemente a sua situação socio-laboral de aposentados, na qual o desemprego não tem qualquer expressão.

Se efectuarmos o somatório das quatro categorias representadas na figura 26 onde constam os problemas familiares, e considerarmos uma única categoria, verificamos que a sua representatividade é de 46%, sendo esta a frequência relativa com maior significado, embora não expressa na figura.

Isto significa que para 46% da população os problemas familiares estão sempre presentes, variando unicamente os restantes factores envolvidos.

Analisando separadamente a variável “problemas familiares,” de acordo com as quatro categorias elaboradas a partir das respostas dos inquiridos, verificamos que 12% dos mesmos consideram-na de forma isolada, como a causadora da sua depressão.

Para 34% dos sujeitos (46%-12%) os problemas familiares estão na origem do quadro depressivo, mas em associação com outros factores, resultando a depressão de um par que se potencia.

Desta forma, 9% da população refere os problemas familiares e uma doença grave, enquanto 11% refere os problemas familiares e os problemas financeiros.

Os problemas familiares e a solidão são mencionados por 14% dos inquiridos, sendo este o valor com maior expressão no subgrupo dos indivíduos, que referem a problemática familiar na génese do quadro depressivo.

A percentagem menos significativa de toda a distribuição, é referente aos sujeitos que consideram os problemas financeiros como os grandes causadores da sua situação patológica, expressando uma frequência relativa de 2%.

Analisando a figura 26 de forma global, constatamos a existência de grandes factores desencadeantes, segundo a opinião expressa pelos inquiridos, os quais em nosso entender assumem uma natureza exógena e endógena.

Considerando primeiramente os factores de natureza exógena, diremos que o confronto com a problemática da doença e da morte, presente desde o nascimento, e o sentimento de impotência que lhe está aliado, tornam o indivíduo vulnerável pelo reconhecimento da sua fragilidade de ser vivo.

Poderemos dizer que deprimir nestas circunstâncias, é como que desenvolver mecanismos de defesa para uma situação que se afigura demasiado dolorosa, parecendo quase insuportável.

Também de cariz exógeno são os problemas familiares, os problemas financeiros e a solidão que rodeia alguns dos sujeitos.

Como já tivemos oportunidade de referir em tempo oportuno, a família é a microsociedade que permite o crescimento e desenvolvimento de todo o Homem.

Se a sua dinâmica é disfuncional e perturbada, o indivíduo perde os seus pontos de referência, tornando-se ele próprio instável, reflexo de um ambiente que lhe é nocivo.

É habitualmente na família que o sujeito procura satisfazer as suas necessidades humanas básicas de segurança, protecção e amor. Quando surgem problemas no seu seio que inviabilizam a satisfação destas necessidades, o indivíduo fica perturbado e carente tornando-se susceptível às afecções psíquicas.

Recordamos que na última revisão da classificação nosográfica das doenças mentais, como anteriormente referimos, a depressão foi considerada uma perturbação do humor (afectiva).

Assim sendo, em nossa opinião, a família e a sua forma de funcionamento, tem um papel extremamente importante na génese do síndrome depressivo, como aliás é afirmado por 46% da população da amostra.

Relativamente aos problemas financeiros estes não podem ser abordados à margem da família.

Na realidade, o dinheiro permite a satisfação de algumas necessidades de natureza material e física, importantes para o bem estar do indivíduo.

A necessidade de ter um local para habitar com dignidade, a necessidade de alimento e de vestuário entre outras, permitem que o sujeito desfrute o quotidiano com alguma qualidade, ocupando um lugar na sociedade onde seja aceite pelos demais.

Quando isto não se verifica e as dificuldades financeiras se instalam, o equilíbrio familiar fica instável e os atritos entre os seus membros tornam-se frequentes, desencadeando por acréscimo os problemas familiares.

Relativamente à solidão, se verificarmos a figura 26, constatamos que ela surge aliada aos problemas familiares com uma percentagem de 14%.

Pela experiência empírica do quotidiano, sabemos que na maioria das vezes são os problemas de natureza familiar os grandes geradores de solidão.

De facto, o indivíduo pode estar só porque a família se afastou, ou pode viver no seio da família mas sentir-se só. Em qualquer destas situações apesar de distintas, o sujeito sofre uma alteração das suas necessidades de afecto, o que o torna vulnerável à depressão.

Considerando os factores de natureza endógena, hipoteticamente estes estarão mais evidentes nos 17% da população, que não encontra razão objectiva para a sua depressão. Disposições genéticas e hereditárias, alterações dos neurotransmissores ou factores da personalidade, poderão estar presentes neste grupo de indivíduos da amostra.

De todo o modo, não é possível dizer com exactidão onde começa e acaba o que é intrínseco ou extrínseco ao indivíduo, o que nos leva a supor que em qualquer das situações existe um pouco dos dois, numa mescla que se organiza internamente tornando o sujeito deprimido.

Para 83% da população da amostra, como já tivemos oportunidade de referir, o quadro depressivo que actualmente vivem é originário nos factores ambientais aos quais cada um dos sujeitos está exposto.

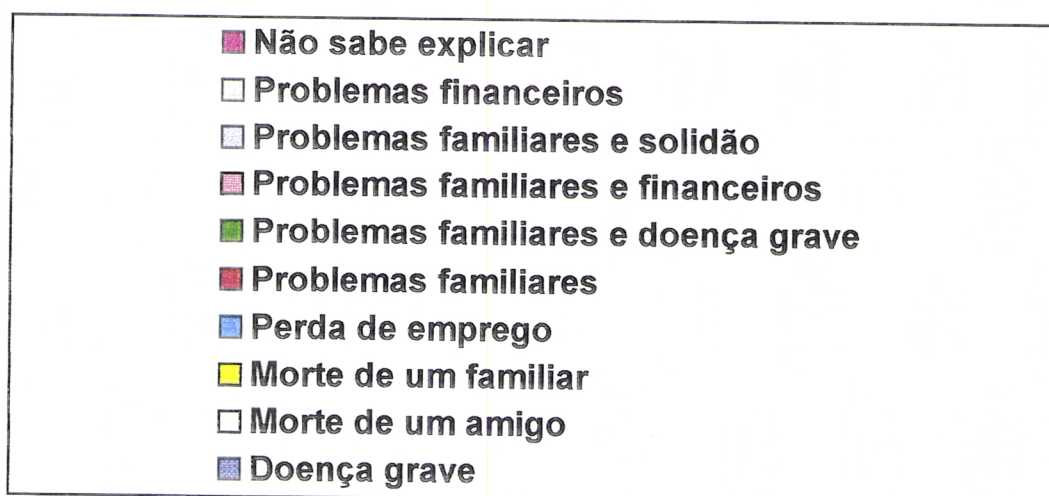
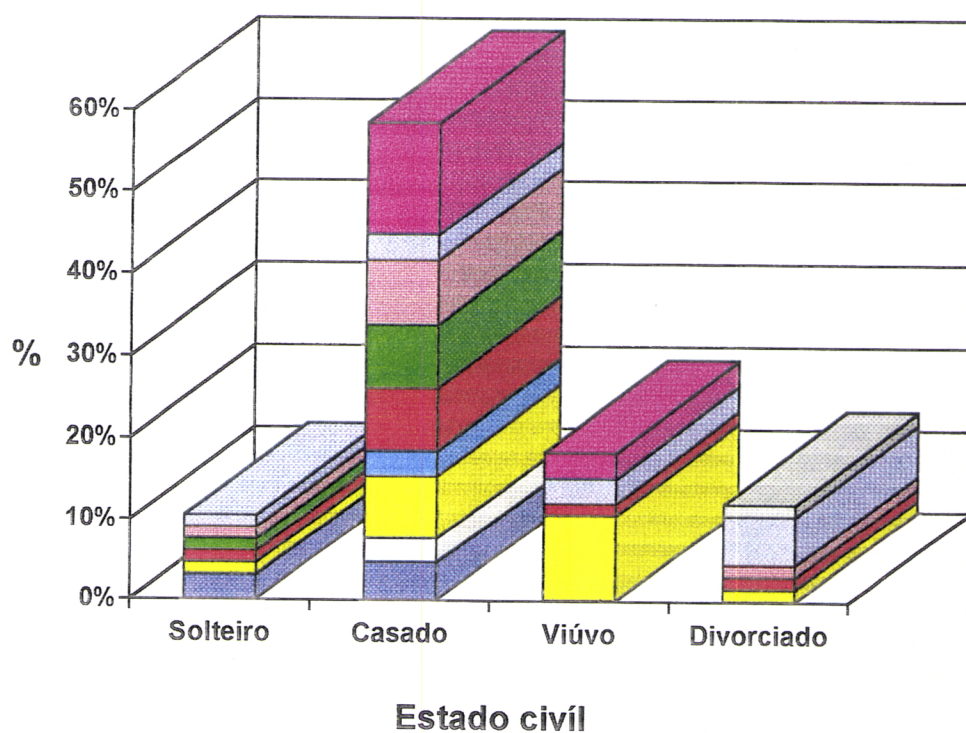
Em nosso entender estes factores não são só por si determinantes na génese da patologia depressiva, mas são coadjuvados pelos factores endógenos inerentes a cada indivíduo, os quais constituem o seu ambiente interno.

Esta linha de pensamento permite-nos compreender o motivo pelo qual, indivíduos sujeitos a factores ambientais traumatizantes e geradores de sofrimento, resistem heroicamente não exibindo qualquer sintomatologia depressiva.

Se cada Homem é único, então as formas de reagir perante a vida também são únicas e específicas, carregadas de uma subjectividade nascida da harmonia entre o ambiente externo e interno que compõe o indivíduo.

Considerando o que dissemos, entendemos que as experiências de vida têm um papel importante na problemática depressiva. Por este motivo fizemos o cruzamento entre o estado civil da população da amostra e as causas referidas como origem da depressão, sendo os resultados expressos na figura 27.

Figura 27 - Caracterização da população segundo as causas que originaram a sua depressão, tendo em conta o estado civil



Para além de outras variáveis identificadas na caracterização da população da amostra, com repercussão nas experiências de vida, consideramos o estado civil como elemento condicionante do percurso existencial seguido por cada sujeito.

Os projectos de vida e os meios empreendidos para a sua consecução diferem de indivíduo para indivíduo, consoante as características pessoais, o estatuto e o papel social que desempenham.

Neste âmbito o estado civil determina a postura do sujeito, na medida em que a sociedade lhe atribui determinados papéis, esperando um comportamento de acordo com os mesmos.

Por este facto as experiências de vida são diferentes, e a forma como a génese da patologia depressiva é vista depende dessas vivências, tal como podemos confirmar na figura 27.

Para os solteiros, a doença grave foi apontada como a causa mais frequente da sua depressão. Com igual representatividade são nomeados os problemas familiares isolados, ou associados à solidão, aos problemas financeiros ou à doença grave. A morte de um familiar é referida também com uma representatividade idêntica aos problemas familiares.

Os indivíduos casados são os únicos a referir a morte de um amigo e a perda de emprego, como factor desencadeante da sua depressão. A importância atribuída a um elemento exterior ao ambiente familiar, com quem se possa partilhar os problemas que aí se geram, e o peso que advém da responsabilidade de sustentar uma família, poderão justificar a intervenção destes factores no quadro depressivo.

Apesar de todas as categorias consideradas na figura 27, à excepção dos problemas financeiros, terem representatividade em termos de frequência relativa no grupo dos casados, são estes que detêm a maior percentagem de indivíduos que não sabe explicar a causa da sua patologia.

Salientamos a fraca expressão estatística dos problemas familiares associados à solidão, comparativamente aos restantes problemas familiares isolados e associados a outros factores, bem como à doença grave.

Os indivíduos em estado de viuvez, apresentam uma distribuição algo distinta. A morte de um familiar muito próximo, constitui a causa mais representativa para a sua depressão, o que hipoteticamente estará relacionado com a perda do cônjuge.

Interligado com este aspecto, surgem os problemas familiares associados à solidão e os problemas familiares isolados, estes últimos com pouca expressão.

Uma percentagem de sujeitos pertencentes a este grupo, tal como acontece com os casados, refere não saber explicar a causa da sua depressão.

Para os indivíduos divorciados, os problemas familiares associados à solidão, são a causa mais significativa para o quadro depressivo que actualmente vivem.

Com igual frequência relativa surge a morte de um familiar, os problemas familiares isolados e associados aos problemas financeiros, e os problemas financeiros considerados isoladamente. Destacamos o facto de estes últimos só terem representatividade, no grupo dos sujeitos divorciados.

Em nosso entender, as opiniões expressas pelos inquiridos sobre as causas originárias da sua depressão, representadas na figura 27, estão intimamente ligadas às crises de vida com que estes se defrontam.

Por sua vez, as crises assumem diferentes formas de acordo com o estado civil, uma vez que as expectativas e os papeis sociais são distintos, o que condiciona a percepção subjectiva que cada sujeito tem, acerca do motivo que desencadeou a sua patologia.

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

Apresentados os resultados referentes à análise e interpretação dos dados, julgamos ser oportuno tecer algumas considerações sintéticas, de modo a elaborar um conjunto de conclusões finais.

Antes porém, gostaríamos de falar das dificuldades, limitações e expectativas que estiveram sempre presentes, ou surgiram no decurso da investigação.

As variáveis *tempo* e *espaço* sempre associadas e patentes em cada momento, constituíram a maior dificuldade com que nos deparámos durante a pesquisa. O *tempo* revelou-se escasso na aplicação dos questionários, na procura e selecção de suportes teóricos junto de centros documentais, e nas respectivas leituras que obrigatoriamente tivemos que fazer para sedimentar conhecimentos.

O *espaço* adoptou diversas formas e em todas elas funcionou como elemento condicionador. Falamos do espaço físico pela dificuldade de nos isolarmos dos que nos rodeiam; do espaço psíquico e intelectual pela dificuldade em arranjar motivação, quando tudo parece correr mal, ou quando o raciocínio fica obnubilado e confuso; do espaço profissional que mantinha a sua exigência e do espaço social e familiar, profundamente alterado, pela parca atenção que lhe podíamos dispensar.

A tentativa de identificar pontos de convergência entre a Enfermagem e a Ecologia Humana tornou-se uma dificuldade, dada a inexistência de suporte teórico específico e dirigido para esta área.

Quando elaborámos o projecto do estudo exploratório, era bem claro para nós o que queríamos pesquisar, como, quando, e quem seriam os indivíduos a incluir na amostra. Depois de termos efectuado todo o trabalho de campo na

recolha de dados, e iniciado o seu tratamento e análise, deparámo-nos com uma pequena limitação metodológica, consequência das condições de pertença por nós estabelecidas.

Todos os indivíduos que integravam a amostra tinham o diagnóstico de depressão, o que se mostrou limitante quando procuramos fazer o cruzamento entre esta e os factores ambientais, considerados como variáveis independentes.

Como não tínhamos aplicado uma escala que nos permitisse avaliar o grau de depressão de cada um dos inquiridos, o cruzamento referido acima tornou-se completamente inviável, porque a característica depressiva não apresentava variações, sendo igual em todos os sujeitos.

Confrontados com a questão central por nós elaborada, expressa no esquema orientador da investigação, modificámos as nossas expectativas tornando-as menos ambiciosas, fruto da limitação metodológica descrita anteriormente.

Unicamente podíamos constatar e referir a presença dos factores ambientais na depressão, fazendo alusão à sua frequência relativa, em detrimento da determinação do grau de importância desses mesmos factores, na maior ou menor manifestação da sintomatologia depressiva de cada um dos inquiridos, princípio que esteve sempre presente no nosso esquema mental não traduzido para o papel.

Fazendo neste momento uma auto-análise, consideramo-nos “vítimas” do nosso psiquismo, na medida em que a clarividência do que pretendíamos armadilhou o nosso raciocínio prático, vedando a transposição para o texto, do que nos ia em mente.

De todo o modo e apesar de nos considerarmos lesados nas nossas expectativas, não podemos deixar de nos congratular com os resultados obtidos no decurso do trabalho, na medida em que consideramos ter atingido na integra os objectivos por nós determinados, como teremos oportunidade de constatar de seguida.

A atitude sempre disponível dos enfermeiros, psiquiatras e administrativos das consultas externas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora, permitiu-nos ter acesso a uma amostra de 65 indivíduos de ambos os sexos, constituída por 13 homens e 52 mulheres.

Verificámos a existência de relação entre o sexo e a maior incidência de patologia depressiva, com uma supremacia marcante dos indivíduos do sexo feminino, resultados inteiramente compatíveis com os vários estudos publicados, independentemente da cultura em causa.

Hipoteticamente estarão em jogo factores de índole constitucional, social e cultural, que actuando de forma conjunta restringem o comportamento dos indivíduos do sexo masculino, impedindo-os de manifestar livremente a sua sintomatologia depressiva.

A média de idades da população sobre a qual recai o estudo é de 57 anos, sendo este um valor bastante elevado relativamente aos 27 anos de média, referidos por alguns autores. Segundo estes, a depressão atinge actualmente com maior frequência os indivíduos mais jovens, o que é contrariado pelos valores etários por nós obtidos.

O estigma ainda presente nas afecções do foro psíquico, poderá de alguma forma explicar o nível etário da população da amostra. Dado que o estudo decorre num organismo público vocacionado unicamente para esta área, onde o número de funcionários é elevado, o “medo de ser visto e reconhecido por alguém” que delate a sua situação de doença e conduza à imposição de um “rótulo”, pode levar o jovem deprimido a procurar consultas particulares de psiquiatria, de modo a obviar a possibilidade de ser identificado.

Mais de metade da população deprimida é casada, o que nos leva a inferir a importância da problemática conjugal e do equilíbrio familiar na génese desta patologia, reportando os estados de solteiro, viúvo ou divorciado, para segundo plano.



O nível de escolaridade é extremamente baixo, o que numa leitura linear poderia levar à elação de que só os menos cultos deprimem. De facto esta afirmação é totalmente errada, dado que segundo os documentos históricos, grandes Homens do mundo da ciência, da arte e da cultura, deprimiram em alguma fase das suas vidas.

Tal como no caso dos jovens deprimidos, em nossa opinião os indivíduos mais diferenciados, procuram pelos mesmos motivos, ajuda especializada em consultas particulares. Concomitantemente, a hipotética estabilidade financeira destes indivíduos, constitui elemento coadjuvante na possibilidade de acesso à clínica privada, em detrimento dos cuidados oficiais.

Resultado da diminuta formação académica associada ao elevado nível etário, encontramos uma população cuja situação laboral é maioritariamente de inactividade não tendo qualquer ocupação. Dos que se situam neste grupo, a classe mais representativa é a dos reformados.

Para os que trabalham, a profissão que exercem apesar de pouco diferenciada, não parece contribuir para a sua situação depressiva, uma vez que referem satisfação e agrado no seu desempenho. Tendo em conta o tipo de entidade patronal ao qual estão sujeitos, verificamos que a maior frequência relativa de sujeitos deprimidos, é trabalhador por conta de outrem, o que pressupõe um maior controle da actividade desempenhada, podendo o indivíduo sentir-se sobre pressão.

Pressão de natureza semelhante poderá estar presente no meio familiar, já que cerca de 82% dos sujeitos vive acompanhado, o que está em perfeita consonância com o maior número de deprimidos, entre os indivíduos casados. O repartir de um quotidiano, a moldagem de personalidades e a aferição comportamental para uma vivência harmoniosa, poderá estar na raiz deste resultado. De facto, o viver em grupo desencadeia conflitos por vezes difíceis de superar, levando o sujeito a entrar em crise.

A estrutura familiar é diversificada relativamente ao grau de parentesco entre os indivíduos que compõem o agregado familiar, sendo notória a predominância da família nuclear.

Para os indivíduos que vivem sozinhos, a problemática depressiva assume valores mais representativos, quando o tempo de solidão é superior a dois anos. Contrariamente ao que esperávamos, o amadurecimento e adaptação a um estado desta natureza imposto pelas circunstâncias de vida, aumenta a vulnerabilidade dos sujeitos através do tempo, tornando-os mais susceptíveis a uma situação de crise depressiva.

Para além da situação familiar, também a situação social da nossa população, constituiu motivo de pesquisa. Relativamente ao local de residência, são as cidades alentejanas que alojam a grande maioria dos indivíduos deprimidos, o que é compatível com os resultados obtidos em estudos efectuados nos grandes aglomerados urbanos.

Frequentemente considerada como região onde predomina a ruralidade, o Alentejo e mais concretamente o Distrito de Évora, apresenta sinais de urbanismo, no que concerne à manifestação depressiva. No entanto uma dúvida nos assola; sugerindo que as zonas urbanas deste Distrito, possuem características de ruralidade face ao resto do País.

Estamos sem dúvida perante um problema de análise social que ultrapassa o domínio da nossa pesquisa, e para a qual não temos qualquer resposta.

Fenómeno social é também a mobilidade crescente das populações que abandonam a terra de origem, procurando criar raízes noutras localidades, ajudadas pela melhoria significativa das redes viárias. A maioria da nossa população usufruiu desta mobilidade, estando os motivos de ordem familiar na base de tal mudança.

Contrariamente ao que seria esperado, cerca de 90% dos indivíduos deprimidos residem na nova localidade há mais de cinco anos, o que nos leva a deduzir a existência de um processo adaptativo deficitário.

Se por vezes a identificação do sujeito com o espaço social é diminuta, é importante que o não seja, no que toca à habitação individual. Mais de metade dos inquiridos possui casa própria, o que em nosso entender constitui factor coadjuvante na identificação do espaço individual, mas que se revela nocivo no que respeita à manifestação depressiva.

Todas as habitações possuem condições de saneamento básico, à excepção de uma pequena percentagem que não tem casa de banho. O quintal enquanto espaço privilegiado de contacto com o exterior, está também presente na grande maioria das habitações dos indivíduos deprimidos, enquanto 26% dos sujeitos vivem em moradias com uma, ou duas divisões sem janela, utilizando-as essencialmente como quartos, ou menos frequentemente como salas.

A cor predominante nas paredes interiores da habitação é o branco, o que permite uma maior luminosidade e uma sensação subjectiva de amplitude, proporcionando uma tranquilidade visual, isenta de agressões coloridas.

A forma como cada um dos inquiridos vive o seu espaço habitacional é pessoal, prendendo-se fundamentalmente com factores utilitários, em detrimento dos factores preferenciais. Isto significa que as divisões da casa onde os indivíduos mais gostam de estar não são as que mais utilizam, dado que a primazia é atribuída às tarefas domésticas e ao local onde elas se realizam. Por este motivo, na maior parte do tempo em que estão em casa, os sujeitos privam-se voluntariamente do prazer de usufruir do bem estar, que a sua divisão preferida lhes proporciona.

A cozinha, a sala e o quarto, são as divisões referidas pelos inquiridos em qualquer das situações, mas as frequências relativas que lhes dizem respeito, apresentam diferenças significativas consoante se trate da divisão mais utilizada, ou da divisão que mais se gosta. A cozinha é a divisão mais utilizada pela população da amostra devido aos trabalhos domésticos e principalmente à confecção das refeições, entre outros motivos, enquanto a cozinha e a sala são as predilectas, apresentando estas igual valor percentual.

Pelo facto da cozinha ser considerada nas duas situações, há cerca de 31% de inquiridos, que gozam a possibilidade de utilizar maioritariamente no seu quotidiano, a divisão que mais gostam e onde se sentem melhor, juntando assim o factor utilitário ao prazer.

Os motivos subjacentes à escolha da divisão predilecta são de diversa ordem, mas a razão mais representativa está intimamente ligada ao factor luminosidade. O facto de determinado compartimento ter muita luz natural, constitui o argumento principal para a sua escolha, justificando assim a sensação de bem estar referida pelos inquiridos.

De acordo com estudos recentes como referimos nos factores influentes na manifestação depressiva, a luz solar ou uma radiação que a mimetize, tem um papel importante na debelação desta sintomatologia, o que consolida do ponto de vista teórico a escolha da nossa população.

Por oposição às divisões anteriormente referidas, o quarto do próprio é o compartimento menos utilizado, desempenhando unicamente a função de dormitório.

As divisões mencionadas pelos inquiridos como as menos utilizadas, e os motivos que lhe estão inerentes, revelaram-se de diminuta importância para o estudo dado a natureza funcional dos mesmos e a ausência de factores preferenciais, o que não nos permitiu tirar qualquer relação acerca da influência ambiental destas divisões, na problemática depressiva.

Devido à localização física das moradias onde habitam os inquiridos, 81% dos sujeitos mantêm relações de proximidade física com a vizinhança, não tendo isto qualquer influência na sua vida de relação.

Deste modo, a maioria dos deprimidos da nossa amostra ocupa o seu tempo livre em casa desempenhando pequenas tarefas, não participando em grupos, associações ou organismos de índole social, o que revela um desinteresse peculiar pelo que os rodeia. O sexo e o estado civil condicionam de alguma forma, o uso que é feito na utilização dos tempos livres.

A ausência de prática religiosa entre os deprimidos é notória, cerca de 63%, e quando existe é condicionada pelo sexo. São as mulheres as que mais praticam, dando franca primazia ao catolicismo em detrimento de outras religiões. Não podemos contudo fazer referência a uma ausência de religiosidade, dado que ela existe latente numa prática “*sui generis*”, própria do povo alentejano.

A situação de saúde mental da maioria da população é preocupante, verificando-se uma frequência ininterrupta das consultas de psiquiatria por um período superior a 12 meses, o que ultrapassa os 3 meses aceites teoricamente, para tratamento de um surto depressivo. Assim, e tendo este princípio como suporte, consideramos que a nossa população em geral apresenta um quadro depressivo de longa duração, com algum carácter de cronicidade.

A procura de ajuda técnica na área da psiquiatria, por parte de cada um dos inquiridos, foi desencadeada por um ou mais sintomas que os impediam de realizar normalmente as suas actividades de vida diária. Sendo a depressão considerada como um síndrome, aproximadamente metade da população do estudo, referiu um conjunto de quatro sintomas predominantes, onde a tristeza permanente se assumiu como o mais representativo.

O desinteresse pela vida, a dificuldade em dormir e a incapacidade para trabalhar foram igualmente referidos, sendo a sua importância expressa por ordem decrescente, relativamente à frequência relativa.

Para 81% da população, a procura de ajuda técnica junto do psiquiatra, não constituiu uma iniciativa própria, tendo sido pressionada sobre a forma de aconselhamento vindo do grupo de pessoas que constituem a sua esfera relacional, desempenhando o médico de família um papel preponderante.

Ao verificar a existência de relação entre a época do ano e a maior incidência de sintomatologia depressiva, como era nosso objectivo, constatámos que para a maioria da população, nomeadamente 53%, essa relação era

inexistente, sentindo-se estes indivíduos igualmente deprimidos, independentemente do factor sazonal.

O sexo dos inquiridos revelou-se um elemento importante na procura de relação da sintomatologia depressiva com as épocas do ano, na medida em que foi possível apurar uma maior susceptibilidade às variações e influências climáticas entre as mulheres, do que entre os homens.

Concretizando outro dos objectivos formulados, foi possível aferir que a maioria significativa da população inquirida, identifica perfeitamente uma causa plausível para a sua situação depressiva. Esta tomada de consciência dos factores coadjuvantes e/ou desencadeantes, por parte dos sujeitos, não favorece contudo a resolução dessa crise, o que assume um aspecto algo paradoxal. Se um indivíduo reconhece a causa do seu problema, então esse conhecimento deveria ser utilizado para minimizar ou ultrapassar os obstáculos, que impedem a manutenção da sua saúde mental.

A complexidade desta problemática alheia de toda a linearidade, faz com que para o deprimido todos os problemas pareçam intransponíveis e insolúveis, faltando-lhe a força anímica para suplantar a crise.

Do grupo de causas identificadas pelos inquiridos como originárias da sua depressão, os problemas familiares isolados ou associados a outros factores, são sem dúvida as principais fontes geradores de desequilíbrio.

No processo subjectivo de reconhecimento das causas, o estado civil dos indivíduos revelou-se importante. A história e as experiências de vida diferentes condicionam a susceptibilidade e vulnerabilidade individuais, tornando assim dependentes deste factor, a menção de determinadas causas e a respectiva frequência relativa que lhe está associada.

Tendo em consideração a síntese conclusiva de todos os resultados referidos, pensamos ter identificado os factores ambientais mais frequentes na depressão, tal como era nosso objectivo específico, tendo sempre presente que estes resultados são válidos unicamente, para o universo populacional em causa.

Atingidos os objectivos específicos determinados na fase preliminar da pesquisa, consideramos ter alcançado o objectivo geral que os continha, na medida em que foi possível verificar na região de Évora, a relação entre a patologia depressiva e os factores ambientais considerados.

Falamos de uma relação não de causalidade, mas de uma relação peculiar que traduz a presença maioritária de determinados factores ambientais, aos quais a população deprimida está sujeita, o que nos permite responder afirmativamente à questão colocada pela hipótese central do estudo, considerando esta na sua globalidade.

As restantes hipóteses secundárias a ela subordinadas, tendo em apreço os resultados alcançados, levam-nos a concluir o seguinte :

⇒ *A Depressão*

- é uma doença essencialmente feminina ;
- é mais frequente nos indivíduos sem ocupação ;
- é menos frequente nos indivíduos que vivem sozinhos ;
- é menos frequente nos indivíduos que vivem em zonas rurais ;
- e a sua frequência é igual em todas as estações do ano, não variando com o factor sazonal.

Considerada como a doença da modernidade, se bem que relatada através dos anais da história, a depressão continua a ser desconhecida do ponto de vista etiológico, chamando a si teorias científicas de vária ordem. Por este motivo, apesar de termos considerado unicamente factores de índole sócio-ambiental na sua etiologia, não podemos olvidar os factores biológicos, genéticos e psicológicos, sempre latentes na existência do indivíduo e de cuja interacção resulta o *Homem* como ser único.

A filosofia da Ecologia Humana considera o sujeito no seu todo em permuta constante consigo mesmo, com os outros e com o ambiente que o rodeia, o que faz da componente ambiental qualquer que ela seja, um pilar fundamental no percurso de vida do indivíduo.

A permuta ambiental não é insonte e exerce efeitos sobre o sujeito, com repercussões por vezes nocivas na sua vulnerabilidade mental, o que o torna sensível à patologia depressiva.

A mutabilidade do ambiente e a sua manipulação pelo Homem, permite criar condições de vida onde as adversidades sejam diminutas e o indivíduo possa reencontrar o seu equilíbrio, preservando a sua saúde física e mental. Com este objectivo, a área das ciências humanas desenvolveu um campo científico lato, no âmbito das profissões de ajuda, onde orgulhosamente se inclui a Enfermagem.

Profissão de ajuda onde o *Cuidar* assume toda a plenitude, tem como objecto de intervenção o Homem, no seu contexto ambiental de relação. Sendo a depressão uma crise acidental como afirma Caplan (1980), a enfermagem procura encontrar no ambiente interno do sujeito, núcleos energéticos preservados com capacidade para gerar mecanismos de “*coping*”, que lhe permitam resolver a crise de forma harmoniosa.

Desta forma, a enfermagem presta cuidados de reparação, com o intuito de ajudar o indivíduo a encontrar em si mesmo, a solução para ultrapassar os factores desencadeadores da crise depressiva, estimulando a sua auto-estima e auto-imagem.

Dada a complexidade da patologia depressiva, a juventude da Ecologia Humana e a procura de identidade da Enfermagem, temos consciência de que muito ficou por esclarecer e pesquisar. No entanto, perante a natureza exploratória da investigação, pensamos ter conseguido desbravar factores ambientais, existentes na depressão de alguns sujeitos residentes no Distrito de Évora, de modo a podermos orientar a prática cuidativa, da profissão que exercemos.

Porque o Homem não pode ser espartilhado, salientamos a importância do envolvimento pluridisciplinar, onde os saberes dos técnicos das várias áreas científicas se possam intercruzar, visando uma abordagem holística na filosofia da Ecologia Humana.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

ADAM, E. (1994) - **Ser enfermeira**. Lisboa: Instituto Piaget.

ALBUQUERQUE, A. J. (1995) - **Depressão etiopatogenia, diagnóstico e clínica**. Encontro Regional da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica, Porto: Tempo Medicina.

ALMEIDA, A. et al. (1995) - **Prosseguir Alqueva**. Lisboa: Editorial Caminho.

ALMEIDA, J. F.; PINTO, J. M. (1990) - **A investigação nas ciências sociais**. 4^a ed. Lisboa: Editorial Presença.

ALMEIDA, J. M. C. (1985) - **A adaptação do insuficiente renal crónico à hemodiálise: estudo da influência da personalidade e das matrizes familiares, sócio-cultural e terapêutica**. Lisboa: Delagrangue.

ALMEIDA, I.; ALMEIDA, F. (1993) - **A temática depressiva na poesia portuguesa**. *Psiquiatria Clínica*: Coimbra, 14:1, 65-71.

ANTUNES, L. H. (1995) - Contributo da poesia árabe para a identidade cultural alentejana. in: **VII Congresso sobre o Alentejo: Semeando novos Rumos - 1º Vol.**, Évora, 67-72

BOTO, I.; CRAVEIRO, A.; ABREU, J. L. P. (1991) - **Manias e depressão: distribuição sazonal e relação com factores climáticos**. *Psiquiatria Clínica*: Coimbra, 12:3, 171-174.

BRYMAN, A.; CRAMER, D. (1993) - **Análise de dados em ciências sociais**. 2ª ed., Oeiras: Celta Editora.

CANAVARRO, L. (1997) - **Depressão juvenil**. *Pathos Monografia de Patologia Geral - A Depressão - Tomo II, XIII:2*.

CAPLAN, G. (1980) - **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

CARREL, A. (s.d.) - **O Homem esse desconhecido**. Porto: Editora Educação Nacional.

CASQUINHA, P. C. (1997) - **A depressão na interface clínica geral/psiquiatria**. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*: Lisboa, X:1, 29-31.

CAZENEUVE, J. et al. (1982) - **Dicionário de Sociologia**. (Versão Portuguesa de Germiniano Cascais Franco), Lisboa: Verbo.

COELHO, A. B. (1973) - **Comunas ou concelhos**. Lisboa: Prelo Editora.

COLLIÈRE, M. F. (1989) - **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DA REGIÃO ALENTEJO (1992) - **Dossier PDR**. Boletim da Comissão de Coordenação da Região Alentejo nº 7 (Dezembro).

CORDEIRO, J. D. (1987) - **A saúde mental e a vida**. 2ª ed. Lisboa: Edições Salamandra.

COSTA, M. R. A. (1985) - Novo Alentejo, in: **Congresso sobre o Alentejo: Semeando Novos Rumos** - 2º Vol., Évora, 915-929.

CUTILEIRO, J. (1977) - **Ricos e pobres no Alentejo**. Lisboa: Sá da Costa Editora.

FEIO, M.; MARTINS, A. (1993) - **O relevo do Alto Alentejo**. Lisboa: Finisterra, XXXVIII:55, 149-198.

FERRARI, A. T. (1983) - **Fundamentos de sociologia**. São Paulo: MacGraw-Hill.

FISCHER, G. N. (1994) - **Psicologia social do ambiente**. Lisboa: Instituto Piaget.

FONSECA, A. F. (1985) - **Psiquiatria e psicopatologia**. I Vol. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

FONSECA, A. F. (1988) - **Psiquiatria e psicopatologia**. II Vol. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN (1991) - **Guia de Portugal, Vol. II - Estremadura, Alentejo e Algarve**. 2ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

GAMEIRO, A. (1989) - **Manual de saúde mental e psicopatologia**. 4ª ed. Porto: Edições Salesianas.

GASPAR, J. (1972) - **A área de influência de Évora**. Centro de Estudos Geográficos.

GEVAERT, J. (1991) - **El problema del hombre**. 8ª ed. Salamanca: Ediciones Sigueme.

GLASSER, W. (1970) - **Mental health or illness psychiatry for practical action**. New York: Harper & Row, Publishers Inc.

GIL, A. C. (1989) - **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2ª ed. São Paulo: Editora Atlas.

GREGORY, T. (1997) - **O que diferencia a depressão nas mulheres?** Patient Care, Vol. 2, 44-55.

HOOD, G. H.; DINCHER, J. R. (1995) - **Fundamentos e prática de enfermagem, atendimento completo ao paciente**. 8ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

INSTITUTO DE APOIO ÀS PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS E
COMISSÃO DE COORDENAÇÃO DA REGIÃO ALENTEJO (1992) -
Alentejo Portugal un investissement d'avenir.

JENKINS, R.; NEWTON, J.; YOUNG, R. (1996) - **A percepção da
depressão e da ansiedade.** Lisboa: Climepsi Editores.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (1990) - **Compêndio de psiquiatria.** 2ª ed.
Porto Alegre: Artes Médicas.

KELLY, B. (1990) - **Respect and caring: ethics and essence of nursing,
ethical and moral dimensions of care.** Detroit: Wayne State of University Press.

LAMY, M. (1995) - **As camadas ecológicas do Homem.** Lisboa: Instituto
Piaget.

LEVIN, J. (1987) - **Estatística aplicada a ciências humanas.** 2ª ed., São Paulo:
Editora Harbra.

LOPES, A.; NUNES, L. (1995) - **Acerca da trilogia: competências
profissionais, qualidade dos cuidados e ética.** Nursing: Lisboa,
8:90/91(Jul.Ag.), 10-13.

MAGER, R. F. (1983) - **Análise de objectivos.** 2ª ed., Porto Alegre: Editora
Globo.

MARQUES, A. R.; DAVID, C. (1997) - **Envelhecimento e a depressão.**
Pathos Monografia de Patologia Geral - A Depressão - Tomo II, XIII:2

MARVÃO, Pe. A. (1970) - **Fisionomia do cante alentejano**. Braga: Editorial Franciscana.

MARVÃO, Pe. A. (1985) - O cante Alentejano. in: **Congresso Sobre o Alentejo: Semeando novos rumos**. I Vol. Évora, 104-107.

MARRINER, A. (1989) - **Modelos e teorias de enfermagem**. Barcelona: Ediciones Rol.

MENDES, L. (1995) - O Alentejo: Uma cultura, uma identidade. in: **VII Congresso Sobre o Alentejo: Semeando Novos Rumos** - 1º Vol. Évora, 65-66.

MORAIS, I. (1996) - **A depressão**. Pathos - Monografia de Patologia Geral. Classificação da Depressão. XII:5, 62-68.

MUNÕZ, M. D. (1996) - **Crise mundial da saúde mental**. Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos: Lisboa, IX:3, 153-155.

NAZARETH, J. M. (1988) - **Princípios e métodos de análise da demografia portuguesa**. Lisboa: Editora Presença.

NAZARETH, J. M. (1993) - Demografia e Ecologia humana. in: **Análise Social**. XXVIII:123, Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 879-885.

NOVA ENCICLOPÉDIA PORTUGUESA (1991) - Vol. I, Lisboa: Ediclube.

NUNES, J. C. (s.d.) - **Palestra sobre o Alentejo**. Lisboa: Edição da casa do Alentejo.

ODUM, E. P. (1988) - **Fundamentos de Ecologia**. 4ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

PAIVA, F. M.; SILVA, A. (1996) - **Qualidade de vida, custos e benefícios da terapêutica da depressão**. Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos: Lisboa, IX:3, 164-171.

PÉLICIER, Y. (1992) - **Os caminhos da psiquiatria**. Paris: Editions Érès e Escher.

PINHEIRO, J.M.M. (1996) - **A um Deus Alentejano**. Imenso Sul: Évora, nº 5.

POLIT, D.; ANGLER, B. (1993) - **Investigacion científica en ciencias de la salud**. 4ª ed. México: Interamericana.

PORTUGAL - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1995) - **Estatísticas demográficas - 1994**.

PORTUGAL - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1996) - **Estatísticas da saúde - 1995**. Lisboa.

PORTUGAL - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, DIRECÇÃO REGIONAL DO ALENTEJO (1996) - **Anuário Estatístico da Região Alentejo -1995**. Évora.

PORTUGAL - INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1996) - **Estatísticas demográficas - 1995**. Lisboa.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. (1992) - **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva - Publicações Lda.

RAMALHO, A. J. (1993) - **Desertificação no Alentejo** - Condições naturais mais actividade humana. Dossier Alqueva, nº 8.

RAMALHEIRA, A. C. P. (1996) - **A depressão**. Pathos Monografia de Patologia Geral - Epidemiologia das perturbações depressivas. XII:5, 21-25.

REGIÃO DE TURISMO DE ÉVORA (1990) - **Alentejo, tesouro escondido de Portugal**.

REGIÃO DE TURISMO DE ÉVORA (1991) - **Edição da Região de Turismo de Évora**. 3ª ed.

REYNOLDS, P. D. (1971) - **A primer in theory construction**. Nova Iorque: MacMillan.

ROACH, S. (1993) - **The human act of caring**. Ottawa: Canadian Hospital Association Press.

ROBERTO, J. (1996) - **Ecologia humana**. Lisboa: Editora Itau.

ROY, C.; ROBERTS, S. L. (1981) - **Theory construction in nursing: an adaptation model**. New Jersey: Englewood-Cliffs Prentice-Hall.

SARAIVA, C. B. (1995) - **O risco de suicídio no deprimido**. Encontro Regional da Federação Mundial das Sociedades de Psiquiatria Biológica. Porto: Tempo Medicina.

SERRA, A. V. (1990) - **A depressão na prática clínica**. Porto: Marca - Artes Gráficas.

SERRA, A.V. (1996) - **A depressão**. Pathos - Monografia de Patologia Geral - A Depressão, XII:5, 17-20.

SCHNEIDER, P. (s.d.) - **A depressão**. Mem Martins: Publicações Europa-América.

TABORDA, J. G. V.; LIMA, P. P.; D'ARRIGO, E. B. e colabs.(1996) - **Rotinas em psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas.

THOMPSON, R. F. (1984) - **Introdução à psicopatologia**. Lisboa: Livros Técnicos e Científicos, Lda.

WATSON, J. (1988) - *Nursing: Human science and human care*. New York: National League for Nursing.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978) - **The I.C.D. - 9 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines**. Geneve, World Health Organization.

**WORLD HEALTH ORGANIZATION (1992) - The I.C.D. - 10
Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and
diagnostic guidelines. Geneve, World Health Organization**

ANEXOS

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO DE ECOLOGIA HUMANA

QUESTIONÁRIO

MARIA DE FÁTIMA MARQUES

**ÉVORA
1997**

O presente questionário insere-se num trabalho de investigação para a dissertação do Curso de Mestrado em Ecologia Humana, que estou a frequentar na Universidade de Évora, e tem como objectivo a recolha de informação que permita avaliar a importância dos factores ambientais no estudo da depressão.

Este estudo é dirigido a todas as pessoas, que por motivos de depressão, frequentam as consultas externas do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora.

Pretende-se assim, contribuir para o vasto leque de conhecimentos técnicos e científicos que rodeiam esta patologia, utilizando para tal uma perspectiva Ecológica.

A sua colaboração no preenchimento do questionário, reveste-se da maior importância, uma vez que só assim o estudo se torna possível.

Todas as informações contidas neste questionário são estritamente confidenciais.

Obrigado pela sua colaboração.

Maria de Fátima Marques

Instruções de Preenchimento

Por favor leia atentamente todas as perguntas e coloque uma cruz (x) no quadrado que considera corresponder à sua situação/opinião, ou responda por extenso ao solicitado.

IDENTIFICAÇÃO**1 - Sexo :**Masculino----- Feminino----- **2 - Idade : _____****3 - Estado Civil :**Solteiro----- Casado/Vive maritalmente----- Viuvo----- Divorciado/Separado----- **4 - Habilitações Literárias :**Até à 4ª classe----- Até ao 9º ano ou equivalente----- Até ao 12º ano----- Bacharelato----- Licenciatura-----

SITUAÇÃO PROFISSIONAL**1 - Está empregado?**1.1 - Sim----- 1.2 - Não----- Se respondeu **sim** :**1.1.1 - Que actividade desempenha?** _____
_____**1.1.2 - Há quanto tempo?**Menos de 1 ano----- De 1 a 2 anos----- Mais de 2 anos----- **1.1.3 - Horário habitual de trabalho?** _____**1.1.4 - Em relação à actividade que desempenha, você trabalha :**Com agrado e satisfação (gosta do que faz)----- Com indiferença (é igual fazer este ou aquele trabalho)----- Por necessidade (é a única forma de ter dinheiro)----- Com insatisfação e desagrado (não gosta do que faz)-----

Se respondeu **não** :

1.2.1 - Qual é a sua situação no momento?

1.2.1.1 - Estudante-----

1.2.1.2 - Doméstica-----

1.2.1.3 - Reformado-----

1.2.1.4 - Desempregado-----

Se está **desempregado** :

1.2.1.4.1 - Há quanto tempo não trabalha?

Há menos de 1 ano-----

De 1 a 2 anos-----

Há mais de 2 anos-----

1.2.1.4.2 - Qual a última ocupação que teve? _____

1.2.1.4.3 - Recebe subsídio de desemprego?

Sim-----

Não-----

SITUAÇÃO FAMILIAR

1 - Vive sózinho?1.1 - Sim-----1.2 - Não-----Se respondeu **sim** :**1.1.1 - Há quanto tempo vive só?**Menos de 1 ano-----De 1 a 2 anos-----Mais de 2 anos-----Se respondeu **não**:**1.2.1 - Quem vive consigo? Identifique todas as pessoas do agregado familiar :**Marido----- Esposa-----Pai----- Mãe-----Filhos-----1 -----2 -----3 -----+de 3 Avô----- Avó-----Irmãos-----1 -----2 -----3 -----+de 3 Sogro----- Sogra-----Genro----- Nora-----Netos-----1 -----2 -----3 -----+de 3

Outras pessoas (diga quais)_____

SITUAÇÃO SOCIAL

1 - Qual o nome da localidade onde mora? _____

2 - Desde que nasceu que mora na mesma terra?

2.1 - Sim-----

2.2 - Não-----

Se respondeu **não**:

2.2.1 - Que motivos o levaram a escolher uma nova terra para morar?

Motivos profissionais-----

Motivos de saúde-----

Motivos familiares-----

Sem motivo , quis apenas mudar de terra-----

2.2.2 - Há quanto tempo mora nessa localidade?

Menos de 1 ano-----

De 1 a 3 anos-----

Mais de 3 e até 5 anos-----

Mais de 5 anos-----

3 - A casa onde mora actualmente é :

Alugada-----

Própria-----

Emprestada-----

4 - A casa onde mora é constituída por :

(indique o número de compartimentos, marcando uma cruz no quadrado correspondente)

Quartos-----	1	<input type="checkbox"/>	-----	2	<input type="checkbox"/>	-----	3	<input type="checkbox"/>	-----	4	<input type="checkbox"/>
Casa de banho-----	1	<input type="checkbox"/>	-----	2	<input type="checkbox"/>	-----	3	<input type="checkbox"/>			
Salas -----	1	<input type="checkbox"/>	-----	2	<input type="checkbox"/>	-----	3	<input type="checkbox"/>			
Cozinha-----	1	<input type="checkbox"/>	-----	2	<input type="checkbox"/>						
Quintal-----	1	<input type="checkbox"/>									

5 - Tem divisões interiores? (sem janela)

5.1 -Sim-----	<input type="checkbox"/>
5.2 -Não-----	<input type="checkbox"/>

Se respondeu sim :

5.1.1 - Quais são as divisões? _____

6 - Dentro de casa, qual a cor das paredes :

Do quarto onde dorme _____

Da cozinha que mais utiliza _____

Da sala que mais utiliza _____

7 - Qual a divisão da casa onde mais gosta de estar? _____

Porquê? _____

8 - Qual a divisão da casa que mais utiliza diáriamente? _____

Porquê? _____

9 - Qual a divisão da casa que menos utiliza diáriamente? _____

Porquê? _____

10 - A casa onde habita é :

Isolada, sem vizinhos próximos-----

Ladeada de outras casas, tendo paredes comuns-----

Ladeada de outras casas, sem paredes comuns-----

Prédio com um ou vários moradores-----

11 - Nos seus tempos livres habitualmente :

Sai para fazer compras-----

Passeia sózinho-----

Sai com amigos-----

Vai ao cinema-----

Pratica desporto-----

Ouve música-----

Lê qualquer coisa-----

Vê televisão-----

Fica em casa a desempenhar pequenas tarefas-----

Fica em casa sem fazer nada-----

12 - Pertence a alguma organização, grupo ou associação de carácter social?

12.1 - Sim-----

12.2 - Não-----

Se respondeu sim :

12.1.1 - Que actividades desempenha? _____

13 - Pratica algum tipo de religião?

13.1 - Sim-----

13.2 - Não-----

Se respondeu sim :

13.1.1 - Qual? _____

SITUAÇÃO DE SAÚDE

1 - Há quanto tempo frequenta as consultas do Departamento?

Menos de 3 meses-----

De 3 a 6 meses-----

De 6 meses a 1 ano-----

Mais de 1 ano-----

2 - Porque motivo ou motivos, procurou a ajuda de um Psiquiatra?

- Desinteresse pela vida-----
- Incapacidade para trabalhar-----
- Tristeza permanente-----
- Dificuldade de dormir-----
- Todas as respostas anteriores-----

3 - Quem o aconselhou a procurar um Psiquiatra?

- Familiares-----
- Amigos-----
- Médico de família-----
- Foi por iniciativa própria, ninguém o aconselhou-----

4 - Qual a época do ano em que se sente mais deprimido?

- Verão----- Inverno-----
- Outono----- Primavera-----
- Sempre (em todas as épocas)-----

5 - Na sua opinião, o que originou a sua depressão foi :

- Morte de um familiar muito próximo-----
- Morte de um amigo muito próximo-----
- Problemas familiares difíceis de resolver-----
- Perda de emprego-----
- Doença grave-----
- Solidão-----
- Problemas financeiros-----
- Não encontra motivo, não sabe explicar-----

QUADROS

INDÍCE DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização da população por sexos	114
Quadro 2 - Caracterização da população por grupos etários e sexo	116
Quadro 3 - Caracterização da população por estado civil e sexo	118
Quadro 4 - População empregada consoante a entidade patronal	123
Quadro 5 - Distribuição da população segundo a satisfação no desempenho da actividade profissional	124
Quadro 6 - Caracterização da população segundo o agregado familiar	130
Quadro 7 - Caracterização da população segundo a posse da sua habitação ...	138
Quadro 8 - Caracterização da população segundo o tipo de divisões que compõem a habitação	139
Quadro 9 - Caracterização da população segundo as cores das divisões mais utilizadas	143
Quadro 10 - Caracterização da população segundo os motivos que estão na origem da sua preferência pela cozinha	145
Quadro 11 - Caracterização da população segundo os motivos que estão na origem da sua preferência pela sala	147
Quadro 12 - Caracterização da população segundo os motivos que estão na origem da sua preferência pelo quarto	148
Quadro 13 - Caracterização da população, segundo os motivos que estão na origem da escolha da divisão onde mais gostam de estar, tendo em conta o sexo dos inquiridos	150
Quadro 14 - Caracterização da população, segundo a divisão mais utilizada, tendo em conta o sexo dos indivíduos	152

Quadro 15 - Caracterização da população segundo as divisões mais utilizadas, tendo em conta os respectivos motivos que lhe são inerentes	154
Quadro 16 - Caracterização da população tendo em conta as divisões que mais gostam e as que mais utilizam	156
Quadro 17 - Caracterização da população segundo as divisões menos utilizadas, tendo em conta o sexo dos inquiridos	158
Quadro 18 - Caracterização da população tendo em conta as divisões menos utilizadas e os motivos que lhe estão subjacentes	160
Quadro 19 - Caracterização da população, segundo a utilização dos seus tempos livres	165
Quadro 20 - Caracterização da população segundo a sua participação em grupos, associações ou organismos de carácter social	172

FIGURAS

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1 - A esfera ambiental	77
Figura 2 - Densidade populacional da NUTS III do Alentejo, no período compreendido entre 1991, 1994	88
Figura 3 - Estimativas da população residente em Portugal e no Alentejo por grupos etários, em 1994	90
Figura 4 - Estimativas da população residente no Alentejo Central, segundo o sexo e o grupo etário, no ano de 1994	91
Figura 5 - Dados comparativos da população residente Alentejana, relativamente ao ano de 1994 e 1995	92
Figura 6 - Caracterização da população por habilitações literárias	120
Figura 7 - Situação laboral da população	122
Figura 8 - Caracterização da população não empregada	125
Figura 9 - Caracterização da população segundo a situação familiar	127
Figura 10 - Distribuição da população segundo o período em que começou a viver só	128
Figura 11 - Caracterização da população segundo o local de residência	132
Figura 12 - Motivos inerentes à procura de uma nova localidade de residência, segundo o sexo da população	134
Figura 13 - Tempo de residência na localidade actual	136
Figura 14 - Caracterização da população segundo a utilização funcional das divisões interiores	141
Figura 15 - Caracterização da população segundo a divisão da casa onde mais gosta de estar	144

Figura 16 - Caracterização da população segundo a localização física, da casa onde reside	162
Figura 17 - Caracterização da população segundo a ocupação dos tempos livres, tendo em conta o seu estado cívil	167
Figura 18 - Caracterização da população segundo a ocupação dos tempos livres, tendo em conta o sexo	170
Figura 19 - Caracterização da população segundo as práticas religiosas e o sexo dos inquiridos	174
Figura 20 - Caracterização da população de acordo com o tempo ao longo do qual frequenta as consultas de psiquiatria	176
Figura 21 - Caracterização da população segundo os motivos subjacentes à procura de ajuda de um psiquiatra	178
Figura 22 - Caracterização da população segundo a sintomatologia referida ..	180
Figura 23 - Caracterização da população de acordo com as pessoas que aconselharam a procura de um psiquiatra	182
Figura 24 - Caracterização da população, de acordo com a estação do ano em que se sente mais deprimida	184
Figura 25 - Caracterização da população, de acordo com a estação do ano em que se sente mais deprimida, tendo em conta o sexo dos inquiridos	188
Figura 26 - Caracterização da população segundo as causas que originaram a sua depressão	190
Figura 27 - Caracterização da população segundo as causas que originaram a sua depressão, tendo em conta o estado cívil	195

