

O CONFORTO PELAS IMAGENS MENTAIS NA

# DEPRESSÃO ANSIEDADE E STRESSE

JOÃO LUÍS ALVES APÓSTOLO



(Página deixada propositadamente em branco)

O CONFORTO PELAS IMAGENS MENTAIS NA

# DEPRESSÃO ANSIEDADE E STRESSE

JOÃO LUÍS ALVES APÓSTOLO

EDIÇÃO

Imprensa da Universidade de Coimbra  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COORDENAÇÃO EDITORIAL

Imprensa da Universidade de Coimbra

CONCEPÇÃO GRÁFICA

António Barros

INFOGRAFIA

Carlos Costa

Imprensa da Universidade de Coimbra

CAPA

António Dantas. *Sem título*, 2002.

EXECUÇÃO GRÁFICA

[www.artipol.net](http://www.artipol.net)

ISBN

978-989-26-0036-9

DEPÓSITO LEGAL

314749/10

OBRA PUBLICADA COM O APOIO DE:

**FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR Portugal

© 2010

IMPRESA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA  
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

*À Mónica, à Joana e ao Diogo*

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACTH** – Adrenocorticotrofina  
**ADT** – Anti-depressivos tricíclicos  
**AGFI** – Adjusted goodness of fit index  
**AN** – Afecto negativo  
**AP** – Afecto positivo  
**AVP** – Arginina vasopressina  
**BAI** – Beck anxiety inventory  
**BDI** – Beck depression inventory  
**B-on** – Biblioteca do conhecimento on-line  
**C.D.** – Compact Disk  
**C.S.** – Comprehensive study  
**CFI** – Comparative fit index  
**CID-10** – Classificação internacional de doenças-10  
**CRF** – Corticotropin-releasing factor  
**DA** – Dopamina  
**DASS** – Depression, anxiety, stress scales  
**DSM-IV-TR** – Diagnostic and statistical manual (of mental disorders)-IV-text revision  
**E.C.** – Estudo compreensivo  
**ECIP** – Escala de avaliação do conforto em doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica  
**EEC** – Estímulo emocionalmente competente  
**ESEnFC** – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
**E.T.** – Estrutura taxonómica  
**fMRI** – Functional magnetic resonance imaging  
**GABA** – Ácido gama-aminobutírico  
**G.I.** – Guided imagery  
**GIDT** – Guided imagery discharge teaching  
**HAD** – Hospital anxiety depression  
**HF** – Hiperestimulação fisiológica  
**HHA** – Eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal  
**HSB** – Health seeking behaviors  
**HVA** – Ácido homovanílico  
**I.C.** – Imaginário conduzido  
**IESSD** – Inventário de experiências subjectivas de sofrimento na doença  
**IMAO** – Inibidores da monoaminoxidase  
**ISRS** – Inibidores selectivos de recaptção da serotonina  
**LISREL** – Linear structural relations  
**NA** – Noroadrenalina  
**NUD\*IST-N5** – Non-numerical unstructured data  
\* Indexing searching and theorizing-N5  
**OMS** – Organização mundial da saúde  
**PANAS** – Positive and negative affect schedule  
**PET** – Positron emission tomography  
**pH** – Potencial de hidrogénio  
**PICS** – Psychiatric inpatients comfort scale  
**PREDICT** – Prediction of depression in European general practice attendees  
**RMSEA** – Root mean square error of approximation  
**rTMS** – Repetitive transcranial magnetic stimulation  
**SNC** – Sistema nervoso central  
**SPSS** – Statistical package for the social sciences  
**SPWB** – Scales of psychological well-being  
**STAI-Y** – State-trait anxiety inventory-Forma Y  
**5-HT** – 5-Hidroxitriptamina  
**5-HIAA** – 5-hydroxyindoleacetic acid

# O CONFORTO PELAS IMAGENS MENTAIS NA DEPRESSÃO, ANSIEDADE E STRESSE

<b>Prefácio</b>	7
<b>Introdução</b>	9
<b>Parte I – Fundamentação Teórica</b>	11
<b>Capítulo I – Conforto</b>	13
<b>1</b> O conforto nas teorias de enfermagem	15
<b>2</b> O desenvolvimento conceptual e operacional do conforto de Kolcaba	21
<b>Capítulo II – Depressão Ansiedade e Stresse</b>	31
<b>1</b> Dados históricos e epidemiológicos da depressão	34
<b>2</b> Depressão como compromisso cognitivo	40
<b>3</b> Características clínicas da depressão	46
<b>4</b> Stresse, Ansiedade e Depressão	52
<b>5</b> Modelo tripartido da depressão e da ansiedade - Um suporte operacional	62
<b>Capítulo III – O imaginário conduzido (Guided Imagery)</b>	67
<b>1</b> Imaginário, imagery, imagens mentais e percepção	69
<b>2</b> História da utilização da <i>imagery</i>	74
<b>3</b> O imaginário conduzido (I.C.)	77
<b>Parte II – Investigação empírica</b>	93
<b>Capítulo I – Problema e objectivos do estudo</b>	95
<b>1</b> Desconforto dos doentes internados em Serviços de Clínica Psiquiátrica com perturbações depressivas - Intervenção com I.C.	97
<b>Capítulo II – Estudos preparatórios</b>	101
<b>1 Estudo 1</b> – Vivências do “conforto-desconforto” nos doentes internados em Serviços de Clínica Psiquiátrica	103
<b>2 Estudo 2</b> – Adaptação da Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)	113
<b>3 Estudo 3</b> – Construção e validação da escala do conforto em doentes internados em Serviços de Clínica Psiquiátrica	127
<b>4 Estudo 4</b> – Construção do guião de I.C. e gravação do C.D. Áudio	139

<b>Capítulo III</b> – O efeito do imaginário conduzido no conforto de doentes com perturbações depressivas internados em Serviços de Clínica Psiquiátrica	143
<b>1</b> Metodologia	145
<b>2</b> Apresentação e análise dos dados	154
<b>3</b> Discussão dos resultados	157
<b>Conclusão</b>	171
<b>Bibliografia</b>	179



## PREFÁCIO

O livro do Doutor João Apóstolo, que nos honramos de prefaciá-lo, constitui obra de invulgar mérito no panorama científico e dos cuidados de saúde mental. Tendo como pano de fundo o conforto, como estado resultante das intervenções de enfermagem, e como suporte uma inovadora e rigorosa investigação sobre o efeito das imagens mentais no aumento do conforto e na diminuição dos níveis da ansiedade, depressão e stresse de doentes com patologia depressiva em contexto psiquiátrico, o estudo levanta questões cruciais sobre as respostas cognitivas e neurofisiológicas mostrando, com os resultados obtidos, a importância da utilização do imaginário conduzido, enquanto intervenção autónoma de enfermagem, no alívio do desconforto originado pelos sintomas depressivos e pela hospitalização.

O estudo passa por uma exímia fundamentação teórica, onde com grande originalidade, se explanam o conforto, a depressão, ansiedade e stresse e o imaginário conduzido, onde os saberes aceites na literatura científica são apresentados de forma rigorosa, cuidada e questionada, quando oportuno, o que abona a favor da qualidade do trabalho e da sua grande importância para o enquadramento de futuras investigações.

A ênfase dada à descrição da metodologia utilizada permite comprovar, com grande clareza, o rigor tido na selecção da amostra (grupo experimental e de controlo), dos instrumentos, das intervenções efectuadas (audição do C.D. pelo grupo experimental) e na colheita dos dados, o que comprova um vasto domínio do assunto em análise e uma sólida experiência em metodologias de investigação.

Dos resultados obtidos, apesar da complexidade dos diversos estudos efectuados, o autor consegue chegar a um todo coerente e lógico, entrecruzando os resultados com a teoria do conforto de Kolcaba e outros estudos descritos na literatura científica, dando ao leitor uma visão clara, objectiva e sustentada da importância desta intervenção de enfermagem no aumento dos níveis de conforto dos doentes em contexto psiquiátrico.

Para além de mais, o estudo contribui para a abertura de novas pistas de investigação em Portugal, dado até à data não existirem estudos nesta área, podendo ser considerado como um novo paradigma de investigação e das intervenções em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e num futuro próximo originar trabalhos com intervenção em outras áreas da saúde e sociais, como por exemplo na geriatria.

Estamos cientes de que os leitores vão encontrar nesta obra, não só material que lhes permite compreender melhor a problemática do conforto, como ainda uma referência profícua para o seu trabalho, quer como profissionais, quer como estudantes da área da saúde. Porque reflexões e subsídios como os que este livro permite, constituem um excelente caminho para uma prática permanentemente questionada.

A todos aqueles que navegam por águas onde o conforto e a saúde mental se entrecruzam, aconselhamos vivamente a leitura deste livro e no decorrer da viagem, mesmo antes de alcançar a última página, decerto muito encontrarão para reflectir.

Maria Teresa Calvário Antunes  
Aida Maria de Oliveira Cruz Mendes  
Zaida Aguiar Azeredo

(Página deixada propositadamente em branco)

## INTRODUÇÃO

Os doentes mentais, em contexto hospitalar, experienciam a sua condição num contexto existencial complexo relacionado com os sintomas que resultam da situação de doença e do internamento em si mesmo.

A doença mental compromete, entre outras, a autonomia, a competência, a auto-realização, a auto-actualização e o potencial intelectual e emocional. Aprisiona e limita o desenvolvimento do projecto pessoal fazendo perder o sentido de vida, sendo, por isso, responsável pelo elevado sofrimento e desconforto sentidos pelo doente mental.

Apesar de diferentes modelos de cuidados comunitários se terem desenvolvido, devido à gravidade da doença e dos seus sintomas, é necessária, muitas vezes, intervenção especializada ao nível hospitalar, levando o doente e a família a suportar e a escolher esta opção como uma oportunidade para a reconstrução pessoal. O internamento, apesar de ser necessário para o restabelecimento da saúde, providenciando suporte técnico, ambiente controlado e seguro, pode também ser responsável pela separação da pessoa do seu contexto e das suas circunstâncias gerando, a par com a doença, sofrimento e desconforto.

No contexto psiquiátrico em Portugal, embora as intervenções nas últimas décadas se tenham centrado numa abordagem biológica da doença têm vindo a ser desenvolvidas outras em complementaridade com a terapia farmacológica das quais se destaca o Imaginário conduzido (I.C.)<sup>1</sup>.

A literatura realça diversos estudos a propósito do efeito do I.C. e das imagens mentais positivas na diminuição dos níveis de ansiedade, stresse e depressão (Jarvinen & Gold, 1981; Sapp 1994; McKinney *et al.*, 1997a; Suk & Yoon, 2001; Sloman, 2002; Campbell-Gillies, 2004).

Achterberg, Dossey & Kolkmeier (1994) e Rossman (2000) referem que este tipo de intervenção tem efeitos confortantes nos indivíduos com aquele tipo de perturbações, sem contudo revelarem resultados de estudos que o evidenciem.

Por seu lado, Kolcaba (1997) avaliou os resultados da implementação de um programa de I.C. em doentes com cancro da mama, mas em relação ao contexto psiquiátrico não há qualquer estudo desenvolvido sobre o efeito desta intervenção.

Assim, porque não há estudos desenvolvidos sobre este tipo de intervenção em contexto psiquiátrico, bem como instrumentos que permitam avaliar os resultados das intervenções de enfermagem, decidimos estudar “O Imaginário Conduzido no Conforto de Doentes em Contexto Psiquiátrico” a fim de avaliar o efeito de um programa de I.C. no conforto destes doentes, tendo como base teórica, entre outros, o modelo do conforto de Kolcaba.

A metodologia seguida para concretizar este estudo teve subjacente uma pesquisa sobre o conforto, I.C., depressão, ansiedade e stresse, em bases de dados e índices bibliográficos, nacionais e internacionais, da área da saúde e das ciências sociais e humanas.

---

<sup>1</sup> No decorrer deste trabalho, iremos utilizar a expressão Imaginário conduzido (I.C.) com o mesmo sentido da expressão inglesa “*Guided imagery*”. No entanto, utilizaremos quando necessário o termo em Inglês “*Imagery*”, de forma a não desvirtuar o sentido atribuído pelos vários autores. (Os argumentos que sustentam esta opção serão descritos mais adiante na Parte I, Capítulo III desta obra).

Desenvolvemos quatro estudos de investigação preparatórios: Vivências do “conforto-desconforto” nos doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica; construção e validação da *Escala de Avaliação do Conforto em Doentes Internados em Serviços de Clínica Psiquiátrica* (ECIP), adaptação da *Depression Anxiety and Stress Scale* (DASS-21), construção do guião de I.C. e gravação de um C.D. áudio que foi utilizado como elemento de intervenção e, finalmente, um estudo do tipo *quasi*-experimental sobre o efeito do I.C. no conforto de doentes com perturbações depressivas internados em serviços de clínica psiquiátrica.

Optámos por intervir apenas em doentes com perturbações depressivas com base nos seguintes argumentos: as intervenções que utilizam imagens mentais são particularmente desaconselhadas em indivíduos que sofrem de alucinações ou outros sintomas psicóticos ou distúrbios dissociativos e, no caso de serem usadas, deve haver adequado controlo clínico; o estudo foi desenvolvido com doentes internados em três Hospitais Psiquiátricos pelo que, no caso de serem incluídos doentes com perturbações psicóticas, este controlo clínico se tornava inexequível por parte do investigador; os estudos epidemiológicos referem um aumento das taxas de prevalência e de recorrência da depressão, pelo que a OMS recomenda que se desenvolvam programas de intervenção nesta área.

A apresentação deste trabalho está organizada em duas partes fundamentais.

Na primeira parte, dividida em três capítulos, apresentaremos o enquadramento teórico que sustenta o desenvolvimento do estudo: no primeiro faremos uma síntese das principais teorias do conforto, desenvolvidas na enfermagem, e apresentaremos a concepção da teoria do conforto de Kolcaba que foi adoptada para suportar o estudo do conforto; no segundo capítulo, será exposta uma perspectiva histórica e epidemiológica da depressão, a que se segue uma abordagem que coloca a tónica no compromisso cognitivo das perturbações depressivas e na relação entre o stresse, a ansiedade e a depressão; no terceiro serão abordados o I.C., nomeadamente, os conceitos de imaginário, *imagery*, imaginação, imagens mentais e percepção, a utilização ao longo da história da humanidade de imagens mentais como intervenção terapêutica, o conceito de imaginário conduzido, definições, funcionamento e aplicação da técnica.

A segunda parte, dedicada à investigação empírica, está igualmente organizada em três capítulos: o primeiro é dedicado à construção do problema e à apresentação dos objectivos da investigação; o segundo expõe os estudos preparatórios já referidos e o terceiro capítulo descreve, de forma pormenorizada, as concepções e as opções metodológicas relativas ao estudo sobre o *efeito do I.C. no conforto de doentes com perturbações depressivas internados em serviços de clínica psiquiátrica*, a que se segue a análise dos dados obtidos e a discussão dos resultados relativos a este estudo.

Finalmente, sistematizaremos os resultados mais relevantes incluindo as principais conclusões, limitações dos estudos realizados e implicações que os seus resultados têm na prática, bem como sugestões para a continuidade da investigação nesta área.

# Fundamentação Teórica

Parte I



# Conforto

## Capítulo I

(Página deixada propositadamente em branco)



( ) *Conforto é tudo o que Eu percebo que é,  
Algo necessário que só eu sei definir.*

SD Lawrence

(estudante de enfermagem) referido por Kolcaba (2003)

*O conforto é algo a que os seres humanos querem aceder desde que nascem.  
É por isso que uma criança pára de chorar quando um joelho ferido é beijado, ou  
um doente idoso se acalma quando é tocado na mão ou ouve palavras delicadas.*

Malinowski & Stamler (2002)

## 1. O CONFORTO NAS TEORIAS DE ENFERMAGEM

O termo conforto é, diariamente, empregue nos diferentes contextos da prática de enfermagem e faz parte da linguagem usual dos enfermeiros que correntemente utilizam frases como – *prestados cuidados de higiene e conforto; o doente está confortável, foi confortado ou está confortavelmente instalado*. O conceito é muitas vezes relacionado com a dimensão física da pessoa, mas, como veremos de seguida, assume, dentro da literatura de enfermagem, um contorno mais alargado.

A literatura deixa transparecer que o conforto é um conceito que tem sido identificado como um elemento dos cuidados de enfermagem; está vinculado com a sua origem e tem vindo a assumir, ao longo da história, diferentes significados que se prendem com a evolução histórica, política, social e religiosa da humanidade e com a evolução tecno-científica, sobretudo das ciências da saúde e da enfermagem em particular. De facto, a prática de enfermagem esteve, desde os tempos mais antigos, ligada à noção de conforto. Ao analisarmos a origem etimológica de conforto e de enfermeiro verificamos que são conceitos intimamente relacionados. Enfermeiro é composto pelo termo enfermo + suf. eiro. Enfermo tem a sua origem no termo latino *infirmus* que é referente àquele que não está forte ou que está fraco. Por sua vez, a origem etimológica de conforto deriva do latim *confortare*<sup>2</sup> que significa fortalecer (Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa, 2001). Assim, o enfermeiro é, neste sentido, aquele que promove o fortalecimento e o conforto daquele que está enfermo. Esta relação parece também estar presente na língua

---

2 No dicionário da língua portuguesa contemporânea, Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa (2001, p. 918) refere-se que o termo conforto é *um derivado regressivo de confortar, que significa auxílio, apoio numa aflição, numa situação de dor, de infelicidade; acto ou efeito de confortar; ajuda, consolação, consolo*. Confortar, do latim *confortare*, significa restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar.

O termo em inglês *comfort* tem a mesma etimologia que o termo em português. Segundo o Oxford English Dictionary (1989) referenciado por Kolcaba (1991) a etimologia da palavra *comfort* é também a palavra latina *confortare*, cujo significado é dar forças, dar alento de forma nobre ou grandiosa. *Com* é originado de *cum*, que significa em conjunto, e *fortis*, que significa forte. Neste sentido, conforto significa forte em conjunto.

inglesa. *Nurse* tem uma origem etimológica diferente do termo em português – enfermeiro – porque deriva do termo latino *nutrire*, que quer dizer nutrir. Da mesma forma, aquele que nutre, que cuida, promove o fortalecimento da pessoa aumentando o seu conforto (Bottorff, 1991).

As alusões mais concisas ao conforto surgiram com Florence Nightingale. Em *Notas Sobre Enfermagem* Nightingale (1860; 2005) faz várias referências a este conceito, como é ilustrado pela seguinte citação: “O alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia” (2005, p.132). Mencionou a observação como um instrumento importante na promoção do conforto e da saúde nos pacientes bem como o efeito confortante dos cuidados de enfermagem ao nível físico, psicológico e social.

Nas referências feitas na literatura no início do século xx, o conforto foi assumido como o principal objectivo da enfermagem. Devido ao reduzido efeito curativo da medicina, o conforto era valorizado e relacionado com o resultado das boas práticas das enfermeiras (Kolcaba, 2003). Em 1935, num capítulo do livro *Technic of Nursing*, Goodnow cit. in Kolcaba (2003) argumenta que as enfermeiras eram julgadas pela sua habilidade em manter os seus doentes confortáveis, tendo o conforto componentes físicos e mentais.

McIlveen & Morse (1995), num estudo em que analisaram 638 documentos escritos por enfermeiros entre 1900 e 1980, apontam a evolução do papel deste conceito na enfermagem descrevendo três categorias cronológicas: de 1900 até 1929 o conforto foi considerado como um foco central e um imperativo da enfermagem. Nas décadas de 30, 40 e 50, o conforto foi reconhecido como uma estratégia para alcançar os aspectos fundamentais dos cuidados de enfermagem. Contudo, nas décadas de 60, 70 e 80 o conforto tornou-se um objectivo menor dos cuidados de enfermagem em detrimento do foco nos cuidados físicos, não obstante a atenção sobre os cuidados a nível emocional ser dada em casos em que não era possível o tratamento médico, ou seja, em cuidados paliativos. Os avanços da técnica que permitiram melhorar a capacidade da medicina, sobretudo no sentido da cura, terão sido responsáveis pela menor importância dada ao conforto durante este período.

As autoras reconhecem ainda que as mudanças no papel do conforto, ao longo da história, podem estar relacionadas com as linhas orientadoras da educação em enfermagem e em medicina, com a evolução tecnológica e ainda com o desenvolvimento e implementação de modelos conceptuais em enfermagem.

Embora, na segunda metade do século xx, os enfermeiros tenham tido alguma relutância em associar este conceito à sua prática, por parecer estar relacionado a noções de feminilidade e de fragilidade, em oposição à ideia de cura associada à medicina, é importante que reconheçam o valor e a relevância que o acto de confortar tem na profissão de enfermagem e na prática dos cuidados (McIlveen & Morse, 1995; Malinowski & Stamler, 2002).

O foco no desconforto para compreender o conforto e as medidas implementadas pelos enfermeiros para aliviar o distresse dos pacientes é consistente com a missão central da enfermagem. Neste sentido, o conforto pode ser considerado um último estado de saúde e assim ser reconhecido como um objectivo da enfermagem (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995).

De facto, a partir da segunda metade do século xx, a literatura de enfermagem referencia um número substancial de autoras, entre outras, Ida Orlando, Callista Roy, Hildegard Peplau, Jean Watson, Madeleine Leininger, Josephine Paterson, Loretta Zderad, Joan Hamilton, Janice Morse e Katharine Kolcaba, que contribuíram para o desenvolvimento teórico desta disciplina e para a percepção do conforto como um conceito nobre e um dos seus principais objectivos.

Orlando<sup>3</sup> descreveu o conforto como um aspecto central para satisfazer as necessidades humanas argumentando que o papel da enfermagem se deve focar em tudo o que possa interferir com o conforto físico e mental dos doentes. Por sua vez, Peplau<sup>4</sup> considerou-o como uma necessidade básica relacionada com as necessidades de alimentação, repouso, sono e comunicação e Roy<sup>5</sup> na sua teoria da adaptação, estudou o conforto psicológico e as respectivas medidas para o aumentar (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Quer a teoria dos Cuidados Transculturais, Leininger (1995), quer a teoria Humana do Cuidar, Watson (1992; 2002), contêm a essência do que é a enfermagem e incorporam a noção de conforto.

O propósito central da teoria de Leininger é descobrir e explicar os diversos factores dos cuidados que influenciam a saúde, o bem-estar, a doença, ou a morte de indivíduos ou de grupos. O cuidar é a essência da enfermagem e é um foco distinto, dominante, central, e unificante; os cuidados, culturalmente congruentes, são essenciais para o bem-estar, saúde, crescimento, sobrevivência e enfrentamento das dificuldades ou da morte. O conforto, na perspectiva da autora, é uma parte do cuidar (Leininger, 1988; 1995).

Leininger, em 1981, identificou o conforto como um construto major da taxonomia do cuidar, sendo da maior importância que este seja avaliado no respectivo contexto cultural para que se possam prestar cuidados de qualidade, holísticos. De forma a poder avaliar e intervir de acordo com as necessidades de conforto, o enfermeiro deve ter em conta qual o significado que cada pessoa, família ou grupo cultural lhes atribui (Leininger, 1995; Malinowski & Stamler, 2002).

A teoria de Watson tem uma orientação fenomenológica existencial e espiritual. Watson (2002) propôs dez factores do cuidar que têm subjacente a satisfação das necessidades e o conforto do doente.

A autora reconhece que o objectivo da enfermagem é ajudar as pessoas a obter um grau de harmonia ao nível da “mente-corpo-espírito” que gera auto-conhecimento, auto-respeito, auto-cura, transcendência

---

3 Orlando considerou que uma pessoa se transforma num doente que requer cuidados de enfermagem quando tem necessidades não satisfeitas, que não podem satisfazer-se de forma independente, porque tem limitações físicas, uma reacção negativa ao ambiente ou algum impedimento para comunicar as suas necessidades. A função profissional da enfermagem tem como objectivo a satisfação das necessidades imediatas do doente para que o seu bem-estar físico e mental fique assegurado.

4 Na obra *Interpersonal Relations in Nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing* - 1952, Hildegard Peplau introduziu um novo paradigma na enfermagem centrado nas relações interpessoais processadas entre a enfermeira e o paciente. Descreveu o processo de relação interpessoal da enfermagem em quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. Usou o termo cuidados psicodinâmicos, para descrever o relacionamento dinâmico entre uma enfermeira e um paciente (Howk, 2004).

5 No modelo de Roy, a adaptação refere-se ao processo e ao resultado através do qual as pessoas pensantes e sensíveis, enquanto indivíduos e inseridos em grupos, utilizam a consciência e a escolha para criar a integração humana. O objectivo da enfermagem é a promoção da adaptação dos indivíduos, contribuindo assim para a saúde, a qualidade de vida e para uma morte com dignidade (Phillips, 2004).

e processos de auto-cuidado. Os cuidados de enfermagem devem ir no sentido de ajudar a pessoa a encontrar significado para a sua existência, através da avaliação de qual o significado da sua falta de harmonia e de sofrimento, promovendo no doente, autocontrolo, auto-estima e autodeterminação em relação à saúde, doença, tratamento e decisões terapêuticas (Watson, 1992; 2002).

Na teoria do cuidar de Watson o conforto é designado como uma condição que interfere no desenvolvimento interno e externo da pessoa. O conforto é uma variável externa que o enfermeiro pode controlar. O conforto promovido pelo enfermeiro deverá ajudar a pessoa a funcionar de uma forma eficaz (Watson, 1988). Considera que as actividades de conforto podem ser de suporte, de protecção ou de correcção do desenvolvimento pessoal. Identificou medidas de conforto socioculturais que estão relacionadas com os hábitos, comportamentos e valores da cultura do paciente, da sua vida familiar e classe social, reconhecendo que o conhecimento e o respeito pelo significado espiritual que cada pessoa atribui à vida pode ser extremamente confortante para ela. O cuidar transpessoal permite que a humanidade se mova colectivamente em direcção a uma maior harmonia com a mente, corpo, espírito, consigo, com as outras pessoas e com a natureza (Watson, 1992; 2002).

No contexto do modelo de enfermagem psiquiátrica humanista, Paterson & Zderad, 1988, também influenciadas pela filosofia existencialista, referem-se ao conforto como um fim global, considerando-o como o estado no qual o doente é livre para ser e para se transformar, controlando e planeando o seu próprio destino, de acordo com o seu potencial, num determinado espaço temporal e numa determinada situação. Para aquelas autoras, o conforto alberga conceitos como: saúde, crescimento, abertura e liberdade. Assumem a existência de um *continuum* "conforto-desconforto" sugerindo quatro critérios para identificar o estado da pessoa ao longo desse *continuum*: a sua relação com os outros; adaptação emocional ao ambiente; a compreensão do presente em relação ao passado e o reconhecimento da sua capacidade em relação ao futuro. Neste sentido o conforto incorpora crescimento e desenvolvimento e supera experiências passadas relativas à vida dos indivíduos (O'Connor, 1993).

Pelo facto de Paterson & Zderad serem enfermeiras de psiquiatria, o seu modelo denota uma falta de abordagem acerca das necessidades físicas dos doentes, focalizando-se nos aspectos psicoterapêuticos e na capacidade dos enfermeiros para promoverem o conforto. No entanto, consideraram que os desconfortos mentais podem levar a desconfortos físicos (Tutton & Seers, 2003; Kolcaba & Kolcaba, 1991).

A perspectiva de Paterson & Zderad é consonante com a de Cameron (1993) que define o conforto numa óptica de autodeterminação do doente e um importante movimento em direcção à saúde, enquanto os enfermeiros são elementos facilitadores do processo. Este movimento é visto ao longo do *continuum* "desconforto-conforto".

Hamilton (1989), considerando que o termo conforto é usado pelos enfermeiros na sua prática diária para descrever uma medida de enfermagem, um resultado e um objectivo, mas com um significado vago para os doentes, desenvolveu um estudo qualitativo numa amostra de 30 sujeitos residentes num hospital geriátrico com base nas seguintes questões: *Qual a sua definição de conforto? O que contribui para o seu conforto? O que diminui o seu conforto? Como pode ficar mais confortável?*

Deste trabalho emergiram os seguintes cinco temas do conforto: 1) O conforto relacionado com o *processo de doença*, em que a dor era o aspecto que mais punha em causa o conforto; 2) *A auto-estima* que agrupa aspectos como a fé em Deus, independência, medo, informação sobre o estado de saúde, estado de relaxamento, utilidade, ajustamento à mudança e contribuir para as decisões 3) *O posicionamento*, que agrupa aspectos como ajustamento e posicionamento na cama ou cadeira e independência nos movimentos; 4) *A abordagem e atitudes da equipa de saúde*, que agrupa aspectos como a qualidade dos cuidadores, sobretudo dos enfermeiros, no que concerne aos aspectos relacionais, acessibilidade e profissionalismo; 5) *A vida hospitalar* que agrupa aspectos como a atmosfera e o ambiente hospitalar circundante, alimentação, contacto com a família, terapia ocupacional e privacidade (Hamilton, 1989, p. 28).

Numa meta-análise sobre o conforto desenvolvida por Siefert (2002) este conceito é considerado como uma dimensão ou uma componente de processos, de experiências e de conceitos dinâmicos tais como: qualidade de vida, esperança, controlo, tomada de decisão e reconciliação. O controlo e a ausência de dor são muitas vezes considerados como sinónimos de conforto, enquanto a presença e sensação de dor, descrevem, várias vezes, o sentido da palavra desconforto. Este é, tipicamente, relatado como a não satisfação de algumas necessidades que, quando satisfeitas, resultam na experiência de conforto.

Mas dentro do grupo de teóricas de enfermagem que estudaram o conforto, duas destacam-se pela profundidade do seu trabalho. A primeira é Janice Morse que, a partir dos anos de 1980, iniciou um conjunto de estudos que deram visibilidade ao conceito de conforto no contexto da enfermagem contemporânea e a segunda é Katharine Kolcaba que, a partir dos anos de 1990, se dedicou à sua conceptualização e operacionalização.

Morse, com formação em antropologia, baseou os seus trabalhos em metodologia qualitativa, debruçando-se sobre as acções de confortar dos enfermeiros. Numa análise etnográfica do conforto concluiu que tocar e falar são dois componentes major e ouvir é um componente minor do processo do conforto (Morse, 1983).

Outro relevante estudo desenvolvido por Morse, Bottorff & Hutchinson (1994; 1995), numa amostra de 36 pacientes com diagnósticos diversificados, com o objectivo de compreender qual o significado atribuído ao conforto, revelou nove temas, que reflectem o conceito fenomenológico da corporeidade: o corpo intransigente, o corpo desobediente, o corpo vulnerável, o corpo violado, o corpo resignado, o corpo tolerante (que suporta), o corpo traído e a mente (neurótica) traída.

Aquelas autoras consideram que, para alcançar o conforto, a pessoa não pode ser dominada pelo corpo e que o objectivo dos cuidados de enfermagem é o de aumentar o conforto no sentido de tranquilizar e aliviar o distresse. Contudo, argumentam que atingir o conforto é, para o paciente, um paradoxo, no sentido em que o termo paciente deriva do termo latino *pati* que significa sofrer, sendo assim, incongruente falar do conforto do paciente. O conforto, paradoxalmente, aparece como um estado de encorporamento para além da consciência, reconhecido somente quando o paciente já viveu um estado de desconforto e constitui uma experiência pré-reflexiva, por isso difícil de descrever, sendo mais fácil descrever aquilo que constitui o, ou os desconfortos. O conforto poderá permanecer na sombra do desconforto e, sendo inacessível na totalidade, faz mais sentido falar de desconforto (Bottorff, 1991; Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995).

No artigo sobre o conforto e o confortar, Morse (2000) refere que confortar é um acto complexo, que não se resume a manter os doentes na cama bem posicionados e quentes. É, para além disso, o estar atento às manifestações de distresse e providenciar medidas para aliviar o sofrimento. Para a enfermagem, o objectivo do conforto, a curto prazo, é o de aliviar o desconforto dos pacientes e assisti-los a suportar a sua dor. Outro importante objectivo é o de ajudar o indivíduo a manter-se com saúde, ainda que para tal tenha que suportar pequenos desconfortos. Assim, os enfermeiros providenciam cuidados em resposta às necessidades dos doentes, no sentido de os ajudar a suportar o desconforto, aplicando as suas competências profissionais na planificação e desenvolvimento de estratégias até que o paciente se sinta confortado.

Em resumo, Morse considera o conforto como a denominação para estado final das acções terapêuticas de enfermagem, definindo-o como o estado de bem-estar que pode ocorrer durante qualquer estágio do *continuum* “saúde-doença” (Morse, 1992). O foco no desconforto para perceber o conforto é consistente com a missão central da enfermagem providenciando o tratamento e oportunidades para o normal funcionamento da pessoa. A enfermagem tem um papel central no conforto dos doentes podendo ser considerado como um estado último de saúde e portanto uma meta ou objectivo do cuidar (Morse, Bottorff e Hutchinson, 1995; Morse, 2000).

Por seu lado, como veremos no próximo ponto deste capítulo, Kolcaba (1992a, 2001; 2003) preocupada com esta avaliação, considerou o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o distresse e criou uma estrutura taxonómica que permite operacionalizar os resultados das intervenções dos enfermeiros.

Mas apesar de Kolcaba ter centrado a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo doente após a intervenção de enfermagem reconhece que a arte de enfermagem é, no sentido estético, a aplicação feita pelos enfermeiros, com criatividade, dos princípios científicos e humanísticos dos cuidados, dentro dos contextos específicos do cuidar. Uma forma de arte de enfermagem é chamada de cuidados de conforto que requerem um processo de acções confortantes, bem como o produto de conforto ganho pelos pacientes. O cuidado de conforto requer, quer um processo de acções confortantes, quer o resultado dessas acções (Kolcaba, 1995). O processo é um método (a intervenção de enfermagem) e o produto é o resultado desse processo. O aumento do conforto é o resultado desejado que decorre do processo de conforto. O processo não ocorre como uma entidade separada do produto. O processo fica completo até que o produto, conforto aumentado, ocorra. O produto pode ser alojado dentro de um processo contínuo.

Apesar de ser consensual que o conforto é central à enfermagem e à acção dos enfermeiros, da descrição apresentada transparecem diferentes perspectivas dentro das várias teorias de enfermagem, sobretudo na concepção de Watson, de Leininger, de Morse e de Kolcaba.

Na teoria de Watson e Leininger o cuidar assume uma importância central e o conforto é um componente do cuidar. Leininger e Watson consideram o conforto como um componente do cuidar, enquanto Morse considera o cuidar como um construto do conforto. Morse e Kolcaba concordam que a intervenção de enfermagem é a acção de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção. Morse centrou o seu trabalho no processo de conforto, ou seja, nas acções dos enfermeiros, mas não se refere à avaliação do resultado dessas acções. Por seu lado, Kolcaba considera que estudar o processo do conforto sem a ava-

liação dos resultados, o aumento no conforto, é um exercício incompleto devendo, por isso, ter subjacente um processo de conceptualização e de operacionalização (Kolcaba, 1992a; Kolcaba, 2003). É sobre este processo que vamos dirigir a nossa atenção, já em seguida.

## **2. O DESENVOLVIMENTO CONCEPTUAL E OPERACIONAL DO CONFORTO DE KOLCABA**

O termo conforto é frequentemente usado no contexto dos cuidados e, como descrevemos, tem sido desenvolvido em inúmeros estudos e obras na área da enfermagem.

No entanto, apesar de ser alvo de interesse por parte de um conjunto de autores que reconhecem o conforto como central para a enfermagem, até 1991 a sua operacionalização não tinha ainda sido desenvolvida<sup>6</sup>. Assim, Kolcaba apresentou, pela primeira vez, a estrutura taxonómica do conforto<sup>7</sup> definindo-o teoricamente como “a experiência de ter alcançado as necessidades humanas básicas de tranquilidade, alívio e transcendência” (1991, p.240) e, mais tarde, como “a satisfação (activa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stresse, em cuidados de saúde nos contextos físico, “psicoespiritual”, sociocultural e ambiental” (Kolcaba, 1994, p. 1178).

### **PRESSUPOSTOS PARA O CONFORTO**

A teoria de Kolcaba (2001) sustenta que em situações de cuidados de saúde stressantes, as necessidades de conforto são satisfeitas pelos enfermeiros.

Os pressupostos básicos que suportam a teoria do conforto são apontados nos seguintes termos: os seres humanos têm respostas holísticas perante um estímulo complexo; o conforto é um resultado desejável, holístico, que está associado à disciplina de enfermagem e os seres humanos empenham-se, activamente, para satisfazer, ou terem as suas necessidades básicas de conforto satisfeitas.

Assim, os enfermeiros que são julgados pela sua capacidade para manter os seus doentes confortáveis, identificam as necessidades de conforto dos indivíduos que ainda não tenham sido satisfeitas por outros sistemas de suporte existentes e planeiam intervenções para satisfazerem essas necessidades; as variáveis

---

<sup>6</sup> A avaliação da resposta total da pessoa é difícil de operacionalizar, pelo que Kolcaba (1991; 1992 a; 1994) sentiu necessidade de desenvolver este processo. A estrutura conceptual do conforto foi, inicialmente, alvo de fortes reacções, devido ao seu nível de complexidade (Kolcaba, 2001; 2003).

<sup>7</sup> A teoria do conforto de Kolcaba é de médio alcance. Quer as grandes teorias, quer as teorias de médio alcance organizam o pensamento de uma disciplina e influenciam a prática e a pesquisa. Por definição, as grandes teorias são abstractas, complicadas e distanciadas da prática. As teorias de médio alcance, comparadas com as grandes teorias, abarcam menor número de conceitos e relações, são adaptáveis a um amplo espectro da prática e da experiência, podem ser construídas a partir de variadas fontes e são suficientemente concretas para serem testadas. São operacionalizáveis e neste sentido podem funcionar na prática como suporte, quer para a avaliação das necessidades dos doentes e implementação dos cuidados, quer para a avaliação dos resultados que decorrem dessas intervenções (Kolcaba, 2001).

intervenientes são tidas em conta no planeamento das intervenções, no sentido de imediatamente aumentar o conforto. Se o conforto pretendido é atingido, os indivíduos são incentivados a adoptar estilos de vida saudáveis; se adoptarem estilos de vida saudáveis em consequência do seu fortalecimento e devido às acções implementadas, tanto os doentes como os enfermeiros estarão mais satisfeitos com os cuidados de saúde; se os indivíduos estão satisfeitos com os cuidados de saúde, numa determinada instituição, esta conservará o seu bom funcionamento e as suas boas normas e práticas (Kolcaba, 2003).

O conforto é um resultado holístico porque designa um estado das pessoas multifacetado e dinâmico (Kolcaba, 1994). Quando o conforto é alcançado, os doentes sentem-se fortalecidos e portanto empenhados nos comportamentos de saúde. Os pacientes que se sentem confortáveis curam-se mais depressa, superam melhor os obstáculos, adaptam-se melhor às limitações, reabilitam-se de forma mais completa e têm uma morte mais serena do que aqueles que estão desconfortáveis (Kolcaba & Wykle, 1997; Kolcaba, 2003).

O conforto é considerado positivo e holístico, teoricamente definível e operacionalizável. Nesta teoria o conforto está, estruturalmente, organizado numa grelha bidimensional. A primeira dimensão desta grelha representa a intensidade da satisfação, ou não, das necessidades de conforto (*alívio, tranquilidade e transcendência*). A segunda dimensão é relativa aos contextos em que o conforto é experimentado (*físico, "psicoespiritual", ambiental e sociocultural*) (Kolcaba, 1991). Ambas as dimensões são baseadas nas necessidades dos doentes, sendo o conforto atingido quando estas estão satisfeitas. Mais adiante teremos oportunidade de explicar de forma mais clara a organização desta estrutura taxonómica.

O modelo conceptual de Kolcaba assenta em necessidades que emergem de situações ou estímulos, causando tensões negativas no indivíduo. As necessidades de conforto devem ser identificadas e as intervenções de enfermagem têm como objectivo deslocar as tensões para o sentido positivo, através de forças facilitadoras ou estratégias. Um aumento do conforto indica que as tensões negativas diminuíram, conduzindo a uma mudança de atitude através das intervenções de enfermagem. Os profissionais devem avaliar se o conforto (resultado) foi atingido, contribuindo assim para uma boa percepção física, ambiental, "psicoespiritual" e sociocultural do conforto por parte do doente (Kolcaba, 1994, 2003).

#### O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA ESTRUTURA CONCEPTUAL

Uma estrutura conceptual diz respeito a um grupo de conceitos que estão relacionados. A autora elaborou a teoria do conforto através de dois tipos de raciocínio lógico: a indução e a dedução (Kolcaba, 1991; 2001; 2003).

#### O PROCESSO INDUTIVO

Conforme refere Kolcaba (1991; 2001; 2003), a fase indutiva do desenvolvimento do conceito foi inicialmente sustentada nas observações feitas pela autora enquanto enfermeira numa unidade de cuidados a doentes com Alzheimer. Através da observação, a autora estabeleceu um primeiro diagrama do conforto organizado em incapacidades físicas e psicológicas; considerou que um ambiente facilitador, proporcionado pelos cuidadores, previne estas incapacidades levando a um estado de conforto.



Posteriormente, desenvolveu uma extensa revisão da literatura relativa à enfermagem, medicina, psicologia, teologia, psiquiatria e ergonomia. Esta revisão incidiu ainda nos sentidos arcaico e contemporâneo do termo em inglês (*comfort*). A revisão da literatura de enfermagem incidiu essencialmente em Orlando (1961) Henderson (1966); Hamilton (1989) e Paterson & Zderad (1988).

Como referimos, a estrutura do conforto de Kolcaba é composta por duas dimensões, os *três estados* e os *quatro contextos da experiência*.

Os *três estados de conforto*: Durante a fase inicial da pesquisa emergiu um importante componente do conforto (fortalecimento) a partir de três fontes: a primeira fonte foi a partir do termo latino *confortare*; a segunda foi a partir dos trabalhos de Paterson & Zderad (1988) que considerou, como já referenciámos, que o conforto liberta os doentes para que possam ser o que quiserem ser, parecendo estar aqui subjacente o potencial para alcançar os seus objectivos de vida; a terceira fonte foi a partir da ergonomia e da psicologia, relativamente aos conceitos de produtividade, eficiência ou *performance*, perante determinadas tarefas que a pessoa é solicitada a desenvolver.

O termo Latino *confortare* significa fortalecer de forma intensa, restituir as forças físicas, o vigor e a energia; tornar forte, fortalecer, revigorar. Baseado na etimologia, conforto é o acto ou efeito de confortar; de fortalecer ou revigorar; de dar auxílio ou consolo nas aflições; de proporcionar comodidade e bem-estar.

Mas, à luz destes significados, o conceito poderia ser mal interpretado e considerado demasiado vago. Com efeito, conforto, terá um significado muito mais complexo e diferenciado do que aquilo que, apenas, depreendemos da etimologia.

Uma análise semântica do conceito levou a autora a considerar e analisar seis significados do conforto:

No *primeiro* significado, o conforto é considerado como uma causa de *alívio* do desconforto, ou seja, como uma causa do estado de conforto (intervenção de enfermagem). Este significado é sinónimo de uma acção confortante. Na prática de enfermagem, as acções de conforto são encetadas para responder a necessidades específicas da pessoa.

No *segundo* significado, o conforto é considerado como um estado de *tranquilidade ou satisfação e pacífico contentamento*.

O conforto como uma causa – primeiro significado – produz supostamente o conforto como um efeito – segundo significado. A causa do conforto (acção de confortar) consiste em agentes (cuidadores) que providenciam, por exemplo, encorajamento ou ajuda. O estado de conforto implica a ausência de condições que o põem em causa como a preocupação, dor, angústia, sofrimento, etc. Pelo contrário, a presença destas condições implicam um estado de desconforto (Kolcaba, 1991; Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Agentes, tais como os enfermeiros, habitualmente identificam e eliminam as fontes de desconforto antes que elas atinjam o doente. Assim, o estado de conforto pode existir sem que antes tenha existido desconforto, correspondendo assim a um estado de tranquilidade – segundo significado. Contudo, quando o desconforto não pode ser evitado, é comum atenuá-lo com confortos adicionais, ou seja, aliviando o desconforto – primeiro significado.

O terceiro significado diz respeito ao conforto como *alívio do desconforto*. Pode ser explicado através dos dois significados anteriores: a causa de alívio é explicada pelo primeiro (acção confortante), enquanto o estado de conforto é especificado pelo segundo (tranquilidade). O alívio em si mesmo é conforto, mas não é necessariamente equivalente a um estado de conforto porque pode ser incompleto, parcial ou temporário. Assim, o conforto como alívio pode ser incompleto porque pode constituir o alívio de apenas um de muitos desconfortos, pode ser parcial porque a pessoa atingiu apenas um grau de alívio temporário que pode perdurar apenas até o desconforto surgir novamente e neste sentido é temporário. O desconforto é um pré requisito para o alívio. Pelo contrário, o estado de conforto referido pelo segundo significado (tranquilidade) pressupõe a ausência de desconfortos severos, completo alívio dos desconfortos e durabilidade. Contudo, a pessoa pode sentir algum desconforto e, no entanto, sentir-se tranquila. Isto é possível porque a sensibilidade ao desconforto é relativa para a pessoa (Kolcaba & Kolcaba, 1991).

O quarto significado deriva do primeiro, onde cada factor contribui para uma vida fácil e agradável. Estes factores podem também ser “confortos” sem produzir um estado de conforto a que se refere o segundo significado. Não requerem assim um estado de desconforto prévio ou de intervenção no alívio. Este significado refere-se à função de maximizar o prazer, sentido hedónico e, por esta razão, é estranho à ciência da enfermagem (Kolcaba, 1991; Kolcaba & Kolcaba 1991).

A autora refere ainda um quinto e sexto significados do conforto que emergem a partir da etimologia da palavra latina *confortare* que significa “fortalecer grandemente”. O quinto significado pode significar força, encorajamento, incitação, ajuda, socorro, suporte e contentamento. O conforto pode ainda significar (sexto significado) refrescamento físico. Estes significados referem-se a causas (acções) de renovação, amplificações de poder, estados de espírito positivos e preparação para a acção. Neste sentido, estarão na origem do conforto, as coisas que fortalecem e encorajam, suportam e/ou refrescam ou vigorizam fisicamente uma pessoa (Kolcaba, 1991; Kolcaba & Kolcaba, 1991).

A partir destes significados a autora identificou três classes de necessidades de conforto que são relevantes para a enfermagem, sendo que cada uma delas está associada a um sentido específico para o conforto. Cada um destes sentidos constitui também um sentido técnico prospectivo para a enfermagem. Assim, as três categorias de sentidos de conforto que emergiram foram o estado de *tranquilidade*, o estado de *alívio* e o estado de *transcendência*: a *tranquilidade* considerada como – um estado de calma e ou de contentamento; o *alívio* como – a condição de uma pessoa que viu satisfeita uma necessidade específica; a *transcendência* como – a condição na qual o indivíduo supera os seus problemas ou sofrimento (Kolcaba, 1991; Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Estes significados do conforto, à excepção do quarto (função de maximizar o prazer), podem ser encontrados na literatura de enfermagem, a partir da qual a autora reforçou a sustentação teórica para os três estados de conforto.

O alívio foi alicerçado nas teorias de enfermagem acerca da satisfação das necessidades, nomeadamente a partir da teoria de Ida Orlando 1961 e de Virginia Henderson 1966. Orlando referiu que os enfermeiros devem analisar quais as necessidades dos doentes e quais as acções de enfermagem que devem ser consi-

deradas para satisfazer as suas necessidades físicas e mentais. Henderson considerou catorze necessidades fundamentais<sup>8</sup> que devem ser satisfeitas para que os pacientes possam recuperar ou ter uma morte pacífica. Para a enfermagem, este estado é considerado alívio porque é o único que pressupõe a existência de desconfortos prévios, dos quais o paciente é aliviado através das acções de enfermagem. O paciente só pode atingir a homeostase após ter aliviado o desconforto.

O estado de *alívio* é também congruente com o significado de conforto referido por Bottorff (1991) e por Morse, Bottorff e Hutchinson (1994; 1995). Como referimos, estas autoras reconhecem que o conforto só é atingido quando o paciente já viveu um estado de desconforto. De facto, a dor e o sofrimento parecem estar, de alguma forma, ligados ao conforto. O corpo saudável não questiona esta experiência, é usado para andar, descansar e desenvolver as actividades pretendidas. A condição humana é de vulnerabilidade e o conforto talvez nunca seja atingido na globalidade. O sentido do conforto pode ser apreendido não só quando é afastado o desconforto, como por exemplo a dor, mas também quando algo é ganho ou restabelecido. Talvez a nossa compreensão de necessidades de conforto seja a de atingir mais do que o alívio da dor ou do sofrimento<sup>9</sup>; além disso, pode ser a possibilidade de nos sentirmos mais fortes (Bottorff, 1991). Parece ser esta a percepção de Schopenhauer (n. d.) e de Frankl (2004) quando reconhecem que conforto não tem sentido sem o desconforto.

O estado de *tranquilidade* foi alicerçado na ergonomia. O interesse da ergonomia aponta no sentido do aumento da *performance* no trabalho através da manipulação do ambiente; os trabalhadores demonstram maior produtividade se estiverem num estado de conforto. Para a ergonomia, o conforto é definido teoricamente como o estado de tranquilidade e contentamento que facilita a *performance* nas rotinas. Os aspectos da ergonomia que a autora considerou importantes para a enfermagem são os seguintes. O sentido do conforto é: um estado duradouro; um estado positivo que é mais do que a ausência do desconforto; não implica um desconforto prévio a partir do qual o alívio é obtido; importante como um meio para alcançar a *performance* durante uma tarefa; uma reflexão sobre o ajustamento da pessoa ao ambiente e pode ser avaliada através da correlação com as características do ambiente (Kolcaba, 1991; Kolcaba & Kolcaba, 1991).

Em situação de saúde, o corpo sente-se tranquilo, estado que se modifica com a doença (Bottorff, 1991). A doença "*dis-ease*" afasta a tranquilidade "*ease*" e é através da intranquilidade que começamos a tomar

---

<sup>8</sup> Os 14 componentes dos cuidados de enfermagem englobam todas as possíveis funções da enfermagem. "A função própria da enfermeira é ajudar o indivíduo, doente ou saudável, na realização daquelas actividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para morte serena), que a pessoa realizaria sem ajuda se tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessários. E fazê-lo de tal forma que ajude os indivíduos a tornarem-se independentes tão breve quanto possível" (Henderson, 2007, p. 3; Tomey, 2004).

<sup>9</sup> O sofrimento é uma experiência universal e fundamental da condição humana. Frankl (2004) considera o sofrimento como uma experiência única e inevitável do ser humano, Cassell (1991, p.24) como um estado de desconforto severo, "provocado por uma ameaça actual ou percebida como iminente à integridade ou à continuidade da existência da pessoa como um todo" e Travelbee (1971), cit. In Béfékadu (1993, p. 9) como "um sentimento de desprazer variando de um simples e transitório desconforto mental, físico e espiritual até uma extrema angústia que pode evoluir para uma fase de desespero maligno, caracterizada pelo sentimento de abandono e expressa através de uma conduta de negligência de si mesmo, podendo chegar a um estado terminal de indiferença apática".

consciência do conforto<sup>10</sup>. Não é um estado de mero prazer que experimentamos tal como quando descansamos após um dia desgastante, mas um sentido de crescimento, de ganho de capacidades e de esperança, uma nova forma de tranquilidade, quando tudo parecia perdido (Bottorff, 1991).

O estado de *transcendência* foi sustentado nos trabalhos de Paterson & Zderad (1988). Estes autores consideraram que os doentes poderiam suprir as suas necessidades, com a ajuda dos enfermeiros, e o conforto como o estado no qual o paciente é livre para planear e controlar o seu destino. Parece incorporar também o sentido atribuído por Watson (2002) quando esta se refere à necessidade de intervenção dos enfermeiros para elevar o autoconhecimento, a autodeterminação, o autocontrolo e a disponibilidade dos indivíduos para a “auto-cura” e para encontrar sentido para a sua existência, desarmonia e sofrimento, providenciando assim o fortalecimento da pessoa.

O que diferencia este estado (*transcendência*) dos outros dois sentidos teóricos do conforto (*alívio* e *tranquilidade*) é que especifica o potencial do paciente como uma *performance* extraordinária em vez de uma *performance* ordinária que caracteriza o estado final relativo à *tranquilidade* e ao *alívio*. A *performance* extraordinária requer esforços harmonizados e, ao mesmo tempo, um desprendimento da preocupação com a dor, incapacidade ou qualquer outra dificuldade. Este sentido pode também ser considerado inspiração ou alento.

Por sua vez, o *alívio* é o imediato levantamento de um desconforto agudo existente enquanto que a *tranquilidade* é uma condição mais longa, duradoura e positiva, conotada com contentamento, paz e descanso. Tem assim uma natureza pacífica (Kolcaba & Kolcaba, 2001).

Os estados de conforto são frequentemente contínuos e interdependentes (Kolcaba, 1994). Uma vez que estes três sentidos imprimem relações positivas no desempenho e realização pessoal, pressupõem a existência de um componente fortalecedor. Nesta teoria, o conforto é encarado como um resultado desejável para os cuidados de enfermagem porque facilita ganhos no desempenho físico e/ou psicológico. O conforto é também essencial para uma morte serena, uma vez que um doente terminal necessita de força psicológica para aceitar a morte.

Os quatro *contextos da experiência em que o conforto é experimentado*: os quatro contextos do conforto (*físico*, “*psicoespiritual*”, *sociocultural* e *ambiental*) que emergiram a partir de uma revisão da literatura sobre o holísmo em enfermagem deram corpo à segunda dimensão da estrutura conceptual (Kolcaba, 1991; 2003).

Os resultados do estudo qualitativo de Hamilton (1989) suportaram a existência destes quatro contextos da experiência. Como referenciámos, estes resultados sugerem que as necessidades de conforto têm subjacentes as sensações físicas, as interacções sociais, a vida espiritual, os factores e as actividades ambientais.

Os argumentos apontados por Kolcaba (1991; 1992a), para fundamentar os contextos da experiência do conforto, referenciam ainda Guzzetta que, em 1988, considerou a avaliação holística ao nível das respostas

---

10 Esta posição parece estar em conformidade com Schopenhauer (n. d.) que considera o sofrimento intrínseco à existência humana. A condição humana é continuamente a mesma. Qualquer que seja a época, a humanidade está por natureza votada ao sofrimento. Os esforços para afastar o sofrimento só lhe mudam o aspecto. O sofrimento é por natureza positivo, é uma experiência fundamental e fundadora; o prazer é algo secundário, derivando do primeiro.

físicas, psicológicas, espirituais e sociais; Levine que em 1967 propôs um modelo baseado nas interações dos indivíduos com o ambiente; Fuller, pois em 1978 referiu que os seres humanos têm dimensões biológicas, psicológicas e sociológicas e assim o foco da enfermagem deve ser a pessoa no seu todo em interação com o ambiente; Cary & Posavac que em 1979 descreveram os cuidados holísticos como uma abordagem integrada no sentido de suprir as necessidades físicas, emocionais e espirituais dos pacientes; Howarth que em 1982 apontou, dentro da estrutura holística, os aspectos físicos, intelectuais e espirituais (estes últimos não relacionados com a religiosidade).

A dimensão espiritual, ignorada na abordagem “biopsicosocial”, é considerada como um aspecto importante para o cuidar da pessoa como um todo.

Kolcaba (1991; 2003) refere que a revisão sobre o holísmo não suporta a diferenciação entre a experiência da mente e do espírito encontrando alguma sobreposição entre as definições de espiritualidade e de mente. Assume que os atributos do conforto psicológico e espiritual estão sobrepostos, sendo difícil separá-los, pelo que considerou o contexto “psicoespiritual”.

Por seu lado, o conforto ambiental é a chave para a promoção do conforto físico e das funções cognitivas e pode ser manipulado pelos enfermeiros para aumentar o conforto dos pacientes, ao nível da cor, ruído, temperatura, ambiente, elementos identificadores do tempo e do espaço, etc. (Kolcaba, 2003).

Os contextos em que a pessoa experiencia o conforto podem também ser encontrados na teoria de Watson (2002) que considera como objectivo da enfermagem o reforçar do auto-conceito e da auto-estima mediante uma atenção holística aos aspectos físico, mental, sociocultural e espiritual.

Em resumo, esta dimensão do conforto (*contextos da experiência*) foi sintetizada por Kolcaba (1992b; 2003) a partir dos conceitos referenciados na literatura de que resultaram os quatro contextos da experiência do conforto com a seguinte significação:

1 - O contexto *físico*, diz respeito às sensações corporais. A dimensão fisiológica abarca aspectos que afectam o estado físico do paciente tais como o descanso e relaxamento, tratamento de aspectos e condições médicas, níveis de eliminação e hidratação, equilíbrio hídrico, oxigenação celular e outros indicadores metabólicos e ainda a dor e o posicionamento.

2 - O contexto “*psicoespiritual*” abrange a consciência interna de si próprio, incluindo a auto-estima, o auto-conceito, a sexualidade e o significado da vida. Abrange ainda a relação com uma ordem ou um ser mais elevado.

3 - O contexto *sociocultural* diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais. Inclui ainda aspectos financeiros e aspectos informacionais da vida social.

4 - O contexto *ambiental* engloba as condições do meio, como a luz, barulho, equipamento (mobiliário), cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio.

## O PROCESSO DEDUTIVO

Pelo facto de não existir uma teoria de enfermagem de grande alcance que pudesse suportar e fundamentar a concepção teórica relativa aos três estados, *alívio*, *tranquilidade* e *transcendência*, a autora,

necessitou de uma estrutura conceptual mais abstracta que pudesse albergar a sua teoria de médio alcance. Assim, fundamentou-se na *teoria da personalidade da pressão humana* de Murray, que em 1933 sintetizou uma teoria de grande alcance para a psicologia acerca das necessidades humanas.

O processo dedutivo para a construção da teoria do conforto consistiu em decompor os conceitos abstractos em conceitos mais específicos. Os conceitos de Murray podem ser encontrados nas linhas 1, 2 e 3 do esquema apresentado na figura 1. A linha um representa conceitos mais abstractos e difíceis de definir; a linha dois representa conceitos que são menos abstractos e podem ser subdivididos para mais facilmente serem definidos; os conceitos da linha três são mais concretos do que os da linha dois, mas ainda assim podem ser generalizados a qualquer disciplina ou contexto. Os conceitos da linha quatro são específicos dos cuidados de saúde e da enfermagem, em termos de contexto clínico, e representam a teoria de médio alcance do conforto de Kolcaba (1994; 2003).

Esta teoria pode ser aplicada a pacientes que experienciam múltiplos stressores em situações de cuidados de saúde. No modelo da pressão humana, uma situação estimulante é a parte do ambiente em relação à qual a pessoa presencia e reage durante um episódio de vida. As necessidades surgem a partir da situação estimulante e causam uma tensão negativa. A tensão negativa representa um desequilíbrio quando as forças obstrutivas excedem as forças facilitadoras a que a pessoa pode aceder, ou seja os seus recursos para fazer face à situação estimulante.

A teoria de Murray sustenta que o desenvolvimento humano, quer seja positivo ou negativo é determinado pelas impressões acumuladas acerca do sucesso ou da falha que a pessoa experienciou perante a situação. Em situações de cuidados de saúde a pressão alfa ( $\alpha$ ) é a soma das forças negativas ou obstrutivas, das forças positivas ou facilitadoras e das forças de interacção. A pressão beta ( $\beta$ ) é a percepção que a pessoa tem de como as intervenções de enfermagem (forças facilitadoras) suprimam as necessidades de conforto que provinham da situação de cuidados de saúde (forças obstrutivas), na qual os pacientes requerem assistência para que essas necessidades possam ser satisfeitas.

As forças obstrutivas correspondem às necessidades de cuidados de saúde, as forças facilitadoras às intervenções ou medidas de conforto implementadas pela enfermagem e as forças interactivas são as variáveis intervenientes, ou covariáveis que interferem com o processo de saúde e de cuidados (Kolcaba, 1994; 2001; 2003).

O sentido que Kolcaba (2001; 2003) atribui às diversas forças (facilitadoras, de obstrução e de interacção), presentes na teoria do conforto, linha 4, sugere que qualquer situação que possa requerer cuidados de saúde é um estímulo para o indivíduo. Este estímulo é constituído por pressões  $\alpha$  e  $\beta$ .

As necessidades de conforto são identificadas e as intervenções são dirigidas para suprir essas necessidades específicas movendo a tensão numa direcção positiva. Os pacientes percebem se a tensão se modificou com a intervenção e os enfermeiros julgam em que medida os resultados desejáveis de conforto foram atingidos quer subjectivamente, quer objectivamente, por exemplo através dos questionários de conforto.

Para a enfermagem as forças facilitadoras são as intervenções que visam satisfazer as necessidades que permanecem insatisfeitas, após os recursos do indivíduo se esgotarem devido às forças obstrutivas. Estas

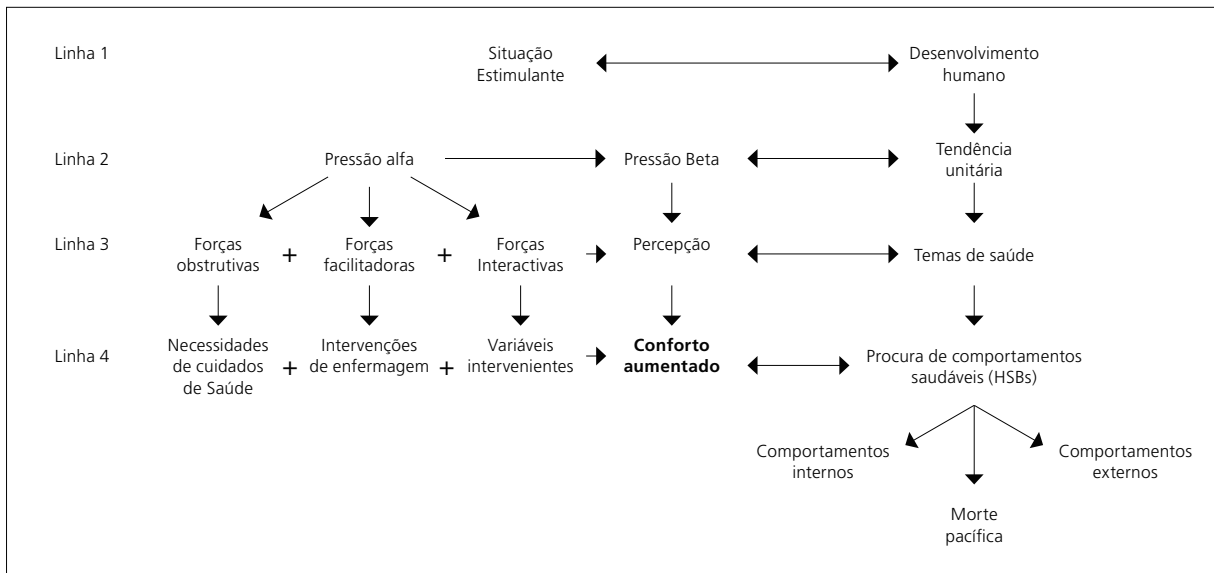
são constituídas pelos estímulos negativos de cada situação de cuidados de saúde, incluindo os efeitos secundários da doença e dos tratamentos, experiências sociais e ambientais ameaçadoras ou sensações como o medo, ansiedade, impotência e solidão. As forças interactivas consistem nas experiências passadas do indivíduo, características como a idade, a atitude face à saúde *versus* doença, estado emocional, os sistemas de apoio ou outros elementos presentes na situação actual (Kolcaba, 2001).

Um aumento no conforto indica que as tensões negativas foram reduzidas e que as tensões positivas foram adicionadas. As tensões positivas levam a uma tendência unitária de comportamentos construtivos de saúde por parte do paciente que são originados directamente do tema de saúde (definido como a orientação geral do paciente para a procura de comportamentos de saúde).

A consequência do aumento do conforto é o comprometimento do paciente na procura de comportamentos saudáveis (*Health Seeking Behaviors - HSB*), internos e externos. Os indivíduos que se sentem confortados têm maior probabilidade na procura de HSB o que determina em larga escala o seu nível de bem-estar ou o alcançar de uma morte pacífica. Mas a procura de HSB pode também aumentar o conforto e neste sentido há uma relação recíproca entre estes dois conceitos (Kolcaba 1994; 2003).

Os HSB podem reflectir-se ao nível interno ou externo. Ao nível interno, celular ou orgânico, podem ser avaliados através de indicadores das análises laboratoriais, como por exemplo os parâmetros imunológicos, bioquímicos, mecanismos homeostáticos como a saturação de oxigénio, pressão sanguínea, etc. A nível externo podem ser avaliados comportamentos como a mobilidade, funcionamento físico, sucesso do desempenho psicossocial, adesão ao tratamento, etc. A morte pacífica ocorre quando os conflitos são resolvidos, os sintomas negativos são bem geridos e o processo é aceite pacificamente pelo paciente e pela família.

Figura 1 - Teoria do conforto de Kolcaba estruturada a partir da teoria da pressão humana de Murray.



Em resumo, Kolcaba (1991; 2003) considera o conforto como um estado em que estão satisfeitas as necessidades humanas básicas relativamente ao alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos da experiência: físico, “psicoespiritual”, sociocultural e ambiental. O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade corresponde a um estado de calma ou de satisfação e é necessário para um desempenho eficiente; a transcendência é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Este tipo de conforto é também chamado de renovação. O doente sente-se revigorado, para agir de forma óptima, potencializando as suas capacidades para viver.

Estes três estados de conforto desenvolvem-se nos contextos físico, “psicoespiritual”, sociocultural, e ambiental. O contexto físico diz respeito às sensações corporais; o contexto “psicoespiritual” diz respeito à consciência de si, incluindo a auto-estima e o auto-conceito, sexualidade e sentido de vida, podendo também envolver uma relação com uma ordem ou ser superior; o contexto sociocultural diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto ambiental envolve aspectos como a luz, barulho, equipamento (mobiliário), cor, temperatura, e elementos naturais ou artificiais do meio.

Os aspectos em que se baseia o conforto holístico foram cruzados numa tabela de duas dimensões; uma delas é constituída pelos estados de satisfação das necessidades (alívio, tranquilidade e transcendência), e a outra pelos contextos nos quais o conforto ocorre (físico, “psicoespiritual”, sociocultural e ambiental); constituindo-se assim a estrutura taxonómica do conforto composta por doze facetas, como se pode verificar na figura 2 e que permite organizar e facilmente interpretar os vários componentes do conforto para cada indivíduo, bem como o grau de “satisfação-insatisfação” dessa necessidade.

Figura 2 - Estrutura taxonómica do conforto

Contextos em que o conforto ocorre	Tipo de conforto (Estados)		
	Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Físico	Alívio físico	Tranquilidade física	Transcendência física
“Psicoespiritual”	Alívio “psicoespiritual”	Tranquilidade “psicoespiritual”	Transcendência “psicoespiritual”
Sociocultural	Alívio sociocultural	Tranquilidade sociocultural	Transcendência sociocultural
Ambiental	Alívio ambiental	Tranquilidade ambiental	Transcendência ambiental

Adaptado de (Kolcaba, 1991).

O conjunto das doze células representam a forma total do conforto holístico e cada célula reflecte a síntese dos significados das duas dimensões (estados e contextos) representando uma faceta diferente do conforto. Todos os aspectos são interdependentes, ou seja, uma mudança num deles provoca uma mudança nos outros (Kolcaba, 1992a).



# **Depressão, Ansiedade e Stresse**

## **Capítulo II**

(Página deixada propositadamente em branco)

Os investigadores têm sugerido que a depressão unipolar não é uma perturbação simples, mas um grupo de perturbações heterogêneas relativamente aos sintomas, causa, curso, terapia e prevenção. As teorias cognitivistas sustentam que durante os episódios depressivos os esquemas negativos dominam o processamento da informação e o sentido que o indivíduo atribui aos acontecimentos (Beck, 1970; Beck *et al.* 1987; Abramson, Metalsky, & Alloy, 1989).

É também reconhecido que os acontecimentos de vida stressantes, sobretudo a forma como o indivíduo lida com esses acontecimentos, poderão estar na base do desenvolvimento da depressão. O conhecimento neurofisiológico e estrutural do funcionamento cerebral, para o qual as técnicas de processamento de imagens digitais têm sido decisivas, tem dado um grande contributo para o esclarecimento das perturbações “afectivo-emocionais”.<sup>11</sup>

As classificações nosológicas, tendo ancorado a intervenção clínica nestas áreas, mostram-se rígidas. Muitas perturbações do humor co-ocorrem com outros distúrbios forçando o traçar de fronteiras que na maioria das vezes não são bem definidas (Praag, Kloet & Os, 2004). Apoiando este argumento Bebbington (2004) refere que na DSM-IV há potencialmente 14 categorias nas quais o humor depressivo pode ser alocado e na CID-10 há 22, considerando haver grande vantagem na limitação das categorias primárias às seguintes três: distúrbio bipolar, depressão unipolar não psicótica e depressão unipolar psicótica.

Superando esta rigidez, o modelo tripartido da ansiedade e da depressão tem vindo a demonstrar argumentos que permitem sustentar, do ponto de vista conceptual e operacional, a abordagem dos estados “afectivo-emocionais”.

Este modelo proposto por Clark & Watson (1991), aponta os seguintes três factores: afectividade negativa, que agrupa características pertencentes à ansiedade e à depressão; reduzido afecto positivo, comum à depressão; hiperestimulação fisiológica, comum à ansiedade. O modelo explica as características que se sobrepõem e as que distinguem a ansiedade e a depressão tendo-se constituído como uma base conceptual para a operacionalização e desenvolvimento de instrumentos que avaliam estas perturbações.

Assim, neste capítulo será inicialmente feita uma descrição de dados epidemiológicos da depressão seguindo-se a explanação de um conjunto de argumentos provenientes de resultados de estudos nas áreas psicológica e neurofisiológica que sustentam o edifício teórico que propomos na compreensão da depressão, ansiedade e stresse<sup>12,13</sup>.

11 Como veremos, nas perturbações depressivas, de ansiedade e de stresse, há uma consistência entre o afecto, a emoção e a cognição, pelo que terá sentido fazer-lhes referência como perturbações “afectivo-emocionais” ou “cognitivo-afectivo-emocionais”.

12 No dicionário do Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa (2001) é considerado o seguinte:  
- Depressão (do latim *depressio*, -*ōnis* abaixamento). (...) 8. Estado de abatimento físico ou moral. (...) 9. Estado mental caracterizado por ansiedade, fadiga, inércia, grande tristeza e falta de energia ou vontade de agir, de viver (p.1114);

- Ansiedade (do latim *anxietas*, *ātis*) 1. Sensação de grande mal-estar físico e psicológico, geralmente acompanhada de falta de ar. ≈ aflição, agonia, ânsia. Ânasia (do latim *anxia* feminino de *anxius* angustiado) 1. Estado de perturbação psicofisiológica, causada por grande fadiga (...) (p. 256, 257);

- Stresse (do inglês *stress*) 1. Conjunto de perturbações psíquicas e fisiológicas provocadas por factores agressivos externos e por emoções, que exigem uma adaptação do organismo (...) 2. Pressão exercida nas pessoas por esses factores (p. 3462).

13 O termo ansiedade deriva provavelmente do termo *angh* de raiz Indo-germânico que quer dizer estreitar, constringir, ou

## 1. DADOS HISTÓRICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA DEPRESSÃO

O termo depressão entrou gradualmente em uso durante o séc. XVIII.

Durante mais de 2500 anos não foi feita a distinção entre ansiedade e depressão. As duas síndromas eram colocadas debaixo do conceito de melancolia. Também não se distinguiram as condições clínicas que actualmente são classificadas como distúrbio afectivo ou distúrbio de ansiedade, dos sentimentos quotidianos como medo, inquietude, e desespero, mas as descrições de casos do passado têm notáveis semelhanças com as que hoje encontramos na clínica em indivíduos deprimidos ou ansiosos. Os gregos descreveram a ocorrência de episódios depressivos no Outono e a predisposição de certas pessoas para o desenvolvimento da melancolia (Glas, 2003).

A primeira descrição clínica de melancolia foi feita por Hipócrates no século IV AC. Aretaeus, um médico do século II, descreveu os pacientes com melancolia como tristes, desanimados e com falta de sono, emagrecimento devido a agitação e falta de sono repousante e num estado mais avançado reclamam de um conjunto de futilidades e desejam a morte. No caso, Aretaeus estaria a referir-se ao ciclo maniaco-depressivo. Plutarco, filósofo grego do séc. II, relatou aspectos detalhados da melancolia e Pinel, 1745-1826, médico, descreveu os melancólicos como tendo sintomas taciturnos, pensamento meditativo, sombrios e sós (Beck, 1970).

Durante a Idade Média, o conhecimento sobre a depressão não teve grande evolução, mantendo-se o conhecimento criado pela escola Hipocrático-Galénica. O Renascimento foi uma época de desenvolvimento de um sentimento humanístico e literário mas também da química, o que levou a que a doença fosse interpretada em termos de mudanças a este nível. Durante os séculos XVII, XVIII e XIX vários filósofos e médicos como Descartes (1596-1650) Esquirol (1772-1840) Kraepelin (1856-1926) Freud (1856-1939) Scheler (1874-1928) estudaram e relataram a questão das emoções (Glas, 2003).

Beck (1970) refere que os sinais e sintomas encontrados nas descrições antigas, tais como: distúrbio de humor (tristeza, desânimo e futilidade); auto-punição; comportamentos de auto-humilhação; desejo de morte; sintomas físicos e vegetativos (agitação, perda de apetite e de peso, ausência de sono) e ilusão de ter cometido pecados imperdoáveis são actualmente utilizados para o diagnóstico de depressão.

Mas apesar dos avanços terapêuticos, a depressão tem vindo a tornar-se um sério problema de saúde mental, com consequências significativas no sofrimento humano, na perda de vidas e na produtividade (Wells & Sherbourne, 1999; Wulsin, Vaillant, & Wells, 1999).

---

estrangular. Esta raiz reaparece na palavra grega *anchein* que quer dizer estrangular para sufocar. O termo *angh* também sobreviveu no latim, por exemplo, em *angor* (sufocação) e em *anxietas* (encolher medrosamente; ou estando por demais preocupado) (Glas, 2003).

Ansiedade para Freud reflectia a noção desta emoção sem um objecto identificável. Este recorreu ao termo medo quando a ansiedade tinha um objecto definido e Rollo May em 1979 considerou a ansiedade como a apreensão relativa à ameaça a algum tipo de valor que o indivíduo considera essencial para a sua existência ou personalidade. A ameaça pode ser em relação à vida física ou à existência psicológica, ou ainda de qualquer outro valor, que a pessoa identifica com a sua existência (Barlow, 2002).

## DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DEPRESSÃO

No relatório sobre a Saúde no Mundo OMS (2001) é referido que a depressão grave é actualmente a principal causa de incapacitação situando-se em quarto lugar entre as dez principais causas da carga patológica mundial podendo tornar-se, até 2020, na primeira causa de morbilidade nos países desenvolvidos. Mas a preocupação parece ser maior em relação aos países pobres pelo facto de disporem de menos recursos para investir em saúde mental. O stresse, a ansiedade, a depressão, a falta de auto-estima e o suicídio estão entre os efeitos da pobreza e da saúde debilitada comumente identificados na literatura.

Considerando apenas o componente incapacidade da carga da doença, as estimativas mostram que as afecções mentais e neurológicas respondem por 30,8% de todos os anos vividos com incapacidade (AVI). Mas a depressão causa a maior proporção de incapacidade, representando quase 12% do total. Os transtornos depressivos unipolares são um pesado encargo para a sociedade, situando-se em quarto lugar entre as principais causas de ónus, entre todas as doenças. São responsáveis por 4,4% do total de anos de vida ajustados para incapacidade (AVAI) e a principal causa de AVI, representando 11,9%. Na faixa etária dos 15 aos 44 anos são a segunda mais onerosa, sendo responsáveis por 8,6% de AVAI perdidos. Não obstante, estima-se que até 2020, a carga da depressão possa subir para 5,7% da carga total de doenças, tornando-se a segunda maior causa de AVAI perdidos, somente suplantada pela doença isquémica cardíaca (Lopez & Murray, 1996, cit. in OMS, 2001).

No que respeita a Portugal, a proporção entre os custos indirectos e directos da depressão era em 2004 de 83/17 sendo a meta para 2010 de 60/40 o que indicia algum investimento na prevenção (Ministério da Saúde, 2004a).

Apesar de não existir uma sistematização dos estudos desenvolvidos nos vários países para que se possa constituir um perfil de saúde das populações relativamente à depressão, os dados apontam que o seu início é cada vez mais precoce, e que as taxas de recorrência e de prevalência são cada vez mais elevadas.

No que respeita ao início, os dados revelam que a perturbação depressiva major pode ocorrer em qualquer idade, situando-se a média a meio da década dos 20 anos, mas os dados epidemiológicos sugerem que a idade de início está a diminuir para aqueles que nasceram mais recentemente (APA, 2002).

Na Europa, os dados indicam um aumento da depressão estando a afectar crescentemente os adolescentes. Numa recente investigação europeia, 8% das raparigas e 2% dos rapazes com 16 anos apresentavam depressão severa. 14% das raparigas e cerca de 5% dos rapazes apresentavam depressão moderada (OMS, 2003).

Um estudo feito numa amostra de dinamarqueses aponta para uma prevalência pontual de depressão major de 3.3% em termos da classificação DSM-IV e 4,1 % em termos da classificação CID-10 (Olsen, Mortensen & Bech, 2004).

Na América do Norte um estudo desenvolvido por Kessler *et al.* (2003) numa amostra de 9090 indivíduos sugere que a prevalência ao longo da vida para desenvolver um episódio depressivo major é de cerca de 16 %. A média da duração dos episódios é de cerca de 16 semanas.

Gusmão *et al.* (2005) considera que em Portugal não estão ainda disponíveis quaisquer dados fiáveis de prevalência da depressão. Contudo refere-se ao estudo multicêntrico que está em curso na área dos cuidados

de saúde primários, o PREDICT que abrange Portugal, a Estónia, a Holanda, a Espanha, a Eslovénia e o Reino Unido, com o objectivo de calcular um indicador multifactorial predictivo de episódios depressivos nos cuidados primários.

Os dados disponíveis apontam para que um milhão de pessoas sofra de depressão (Ministério da Saúde, 2004b). No 3º Censo Psiquiátrico feito em Portugal em 66 instituições de saúde, realizado de 12 a 18 de Novembro de 2001 (o censo do internamento foi efectuado em 14 de Novembro de 2001) contabilizaram-se, no conjunto dos serviços de internamento, consulta externa e urgências, 2525 indivíduos com perturbações depressivas (14,9%).

Os dados relativos ao internamento não revelam as frequências absolutas e percentuais das perturbações depressivas sendo incluídos no grupo de outras com 1200 casos (18,1%) (Bento, Carreira & Heitor, 2001).

Relativamente às consultas externas e aos serviços de urgência a procura de cuidados de saúde por pessoas com perturbações depressivas foi de 1905 (21,5%) e 298 (20,0%), respectivamente.

Estes dados podem não corresponder à realidade. Por exemplo no mesmo relatório são referidos no internamento 462 (7,0%) e na urgência 315 (21,2%) casos com alterações associadas ao consumo de álcool. Considerando que as perturbações ligadas ao álcool têm, por vezes, patologia depressiva subjacente podemos inferir que a procura de cuidados de saúde por depressão pode ser mais elevada do que o revelado.

A evolução da recorrência desta perturbação é variável. Em alguns casos, os episódios podem ser separados por muitos anos sem qualquer sintoma, mas noutros os episódios ocorrem cada vez com mais frequência (APA, 2002) reconhecendo-se a tendência para a cronicidade.

De facto, a recorrência e a tendência para a cronicidade ao longo da vida é um dos maiores problemas desta perturbação, que não parece ter mudado nos últimos 20 anos (Monroe & Harkness, 2005; Bos *et al.*, 2005; Kennedy, Abbott & Paykel, 2003). A cronicidade tende a ocorrer em 20% dos casos, sobretudo quando não tratada adequadamente (Thornicroft & Sartorius, 1993).

Coppen (1994) refere que a depressão crónica é recorrente em 70 % dos casos de doentes com múltiplos episódios e necessita de tratamento prolongado em 60 % dos casos. Outros estudos apontam que a taxa de recorrência, para os que recuperam do primeiro episódio dentro de 2 anos, ronda 35% e dentro de 12 anos cerca de 60%. A taxa de recorrência é mais alta naqueles que têm idade superior a 45 anos (OMS, 2001).

As estimativas actuais sugerem que pelo menos 60% dos indivíduos em que ocorreu um episódio depressivo terão um segundo, 70% dos indivíduos em que ocorreram dois episódios depressivos terão um terceiro e 90% dos indivíduos em que ocorreram três episódios terão um quarto episódio (Solomon *et al.*, 2000, cit. in. Monroe & Harkness, 2005; APA, 2002). O estudo de Spijker *et al.* (2002) desenvolvido na Holanda, sobre o curso natural de episódios depressivos na população geral, evidencia que, apesar de metade ter recuperado dentro de 3 meses, quase 20% dos participantes com depressão não tinha recuperado passados 24 meses.

Outro dos resultados particularmente trágicos das perturbações depressivas é o suicídio, parassuicídio ou tentativas de infringir o dano em si mesmo, que está relacionado com uma falha de pensamento positivo em relação ao futuro e com a desesperança (MacLeod, 2004).

No relatório da OMS (2001), o suicídio é descrito como uma das principais causas de morte de adultos jovens, sendo das três maiores causas de morte na população entre os 15 e os 34 anos, o que, do ponto de vista social e económico, representa elevadas perdas. Os dados disponíveis sobre tentativas de suicídio em alguns países indicam que o número pode ser até 20 vezes maior do que o de suicídios consumados. No mesmo relatório são referidos os resultados de Goodwin & Jamison (1990) apontando que cerca de 15 a 20% dos pacientes deprimidos põem termo à vida cometendo suicídio. Dados semelhantes são também mencionados na DSM-IV-TR (APA, 2002) sendo referido que a taxa de suicídio em sujeitos com perturbação depressiva major grave pode ir até 15%.

Apesar de reconhecer que o suicídio está na maioria das vezes associado com a depressão, Barlow (2002) refere-se a estudos em que a frequência de suicídio em doentes com depressão é semelhante à de doentes que sofrem de ansiedade.

O parassuicídio é mais comum que o suicídio, mas os dados tendem a ser menos fidedignos devido ao processo de recolha de dados e às diferentes definições do conceito. As taxas variam tendo em conta os vários países da Europa sendo descritos estudos que apontam para valores que oscilam entre 69 e 462/100 000 (MacLeod, 2004).

No que respeita a Portugal, o – Plano Nacional de Saúde 2004-2010 – aponta a taxa de Mortalidade /100 000 indivíduos relativamente ao suicídio e ferimentos auto-infligidos. Para os grupo etários dos 15-19, 20-24, 25-44, 45-64 e 65 e mais anos é de respectivamente de 2,3; 4,4; 6,8; 8,0 e 17,7 % sendo substancialmente mais elevada nos homens do que nas mulheres. Contudo, não é feita qualquer referência à relação destes valores com perturbações depressivas (Ministério da Saúde, 2004a).

#### DIFERENÇAS DE GÉNERO

São encontrados variados estudos sobre a prevalência da depressão desde a adolescência até à idade adulta que focam a diferença de género. Um amplo corpo de resultados evidencia maior susceptibilidade da mulher, relativamente ao homem, para desenvolver o distúrbio afectivo de depressão unipolar.

Em amostras comunitárias, o risco ao longo da vida para desenvolver perturbação depressiva major tem variado de 10% a 25% nas mulheres e de 5% a 12% nos homens. A prevalência pontual tem variado entre 5% a 9% nas mulheres e entre 2% a 3% nos homens (APA, 2002).

No relatório da OMS (2001) é referido que a prevalência dos episódios depressivos unipolares é de 1,9 % no sexo masculino e 3,2 % no sexo feminino e que 5,8% dos homens e 9,5% das mulheres terão elevadas probabilidades de passar por um episódio depressivo num período de 12 meses (OMS, 2001). Por seu lado Dew, Lynn & Hall (2003) apontam que as mulheres têm de 1,5 a 3 vezes mais probabilidade de experimentar depressão do que os homens.

Os resultados de Kornstein, *et al.* (2000), numa amostra de 635 indivíduos, sugerem que a cronicidade da depressão parece afectar mais as mulheres do que os homens. As mulheres têm uma idade mais precoce de início, maior história familiar de perturbações afectivas, relatam os sintomas de forma mais intensa e têm um ajuste social e qualidade de vida mais pobre.

Jacques & Mash (2004), numa amostra de 472 estudantes, verificaram que as raparigas apresentam níveis mais elevados de depressão, de ansiedade, de afectividade negativa e de hiperestimulação fisiológica e níveis mais baixos de afectividade positiva do que os rapazes.

No relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) é citado o já referido PREDICT, cujos resultados preliminares apontam para uma prevalência de depressão de 18% no sexo feminino e 7% no sexo masculino.

No estudo realizado por Apóstolo, Rodrigues & Olvera (2007), com uma amostra de 229 estudantes do ensino superior, a diferença de género relativamente à depressão não é significativa. No mesmo estudo, as raparigas apresentam níveis médios mais elevados de ansiedade, de stresse e de afectividade negativa, factores que, como veremos adiante, podem potenciar a ocorrência da depressão. No entanto, no estudo desenvolvido por Apóstolo, Ventura, Caetano & Costa (2007) as mulheres apresentam níveis médios mais elevados de depressão relativamente aos homens.

Seligman (2006), referindo-se aos estudos realizados durante o século xx, refere que a depressão afectou a mulher mais frequentemente do que o homem, num rácio de 2 para 1. Reconhece que estes dados não terão sido apurados pelo facto das mulheres procurarem mais os cuidados de saúde, ou por pronunciarem mais os seus problemas, o que poderia ter enviesado as estatísticas. Reconhece também que não será um tipo de diferença biológica ou genética que está na base desta discrepância. Os estudos apontam para este rácio de dois para um, independentemente das variáveis referidas.

Apesar de ser assumido o peso da contribuição genética na depressão, não há evidência, conforme revelam os resultados do estudo de Merikangas, Weissman & Pauls (1985) que esta variável contribua para as diferenças de género referidas.

Várias explicações têm sido apontadas e discutidas incluindo variáveis sociais e da personalidade relativamente à vulnerabilidade da mulher, mas nenhuma parece explicar completamente esta diferença (Seligman, 2006; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999).

O *papel social da mulher*, o *desamparo aprendido* e a *ruminação* são três hipóteses discutidas por Seligman (2006), para justificar estas diferenças.

Para o autor, o *papel social da mulher* pode ser um solo fértil para a depressão. A mulher está mais apta para investir em relações afectivas e sociais enquanto o homem está mais habilitado para investir na realização pessoal. Acontecimentos negativos ao nível social ou afectivo ferem mais a mulher do que o homem. No entanto estes dados não explicam o facto da mulher ser duas vezes mais deprimida que o homem. No que respeita ao papel sexual parecem existir mais conflitos na mulher do que no homem na vida moderna. A mulher mantém o papel tradicional de mãe e de mulher tendo também assumido, nos últimos tempos, um papel profissional mais activo. Esta sobrecarga pode produzir mais stresse e por conseguinte mais depressão. No entanto este, parecendo ser um bom argumento, não é explicativo, porque as mulheres que trabalham são em média menos deprimidas do que as que não trabalham.

Uma segunda hipótese apontada por Seligman (2006) relaciona-se com o *desamparo aprendido*. Na nossa sociedade é assumido que a mulher, ao longo da vida, vivencia muitas experiências de desamparo. Enquanto



que os rapazes são treinados para serem resilientes e activos, as raparigas são treinadas para adoptar uma atitude mais passiva. Este é um argumento também defendido por Gilbert (2004) considerando que a mulher terá sido mais orientada para a passividade e para ser mais competitiva nos domínios afectivo e de suporte social.

A mulher encontra-se numa cultura que subvaloriza o seu papel de esposa e de mãe, assim como a sua realização profissional. A ascensão a posições de poder não é habitualmente apreciada. Neste sentido está sempre a aprender e a funcionar num estilo de desamparo. Se a mulher tende a ter um estilo explicativo mais pessimista que o homem, qualquer experiência de desamparo tende a produzir nela mais depressão do que no homem (Seligman, 2006).

Para o autor, esta teoria é plausível, mas contudo tem as suas fragilidades. Os estudos referenciados foram feitos com pré-adolescentes e os resultados até apontam no sentido contrário. Aquando duma situação de divórcio dos pais, os rapazes ficam mais deprimidos do que as raparigas. Mas esta tendência pode mudar durante a adolescência sugerindo que o rácio 2 para 1 começa a partir desta idade.

Parece então que algo se passa a partir da puberdade que leva a que as mulheres sejam mais depressivas. Hankin *et al.* (1998), numa abordagem longitudinal ao longo de 10 anos para examinar a emergência e o desenvolvimento de diferenças de depressão entre género, numa amostra de 653 neozelandeses, concluiu que a diferença emerge entre os 13 e os 15 anos, mas a maior diferença ocorre entre os 15 e os 18 anos o que sugere que este período pode ser crítico relativamente ao desenvolvimento futuro da depressão nas mulheres.

Como terceira hipótese Seligman (2006) aponta a *ruminação* como apoio explicativo destas diferenças. Perante um problema a mulher pensa e o homem age. Quando um homem tem um problema, embriaga-se, adopta atitudes agressivas, tentando esquecer-se do problema, em lugar de ruminar sobre ele. Se a depressão é um distúrbio relacionado com o pensamento, a ruminação e o pessimismo potenciam-na, mas a tendência do homem para agir quebra esta possibilidade. A tendência da mulher para ruminar tentando analisar o seu humor, conjugado com o desamparo aprendido de que foi ou é sujeita, é terreno fértil para o desenvolvimento da depressão.

Nolen-Hoeksema (1987; 1991) e Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson (1999) apontam também neste sentido argumentando que a falta de poder social da mulher contribui para que a ruminação seja mais intensa nesta do que no homem. A ruminação envolve passividade e repetitividade focando-se nos sintomas de distresse, nos seus significados e conseqüências. Menos mestria e ruminação são mais comuns na mulher do que no homem e os sintomas depressivos contribuem, também, ao longo do tempo, para maior ruminação e menos mestria. As mulheres têm mais probabilidade de adoptarem um estilo ruminativo do que os homens. A sua maior tendência para se focalizarem nas emoções pode prejudicar as estratégias emocionais anti-ruminação (Thayer *et al.*, 2003).

No entanto os dados do estudo de Nolen-Hoeksema & Jackson (2001) não evidenciam que essa diferença esteja relacionada com angústia, expressividade emocional, e tendência para dar respostas socialmente desejáveis.

A pesquisa tem apontado para a relação entre as respostas ao stresse e a vulnerabilidade que as mulheres apresentam para a depressão (Nolen-Hoeksema, 2001).

Em dois estudos feitos em 6 países europeus, respectivamente, com amostras de 78.458 e de 1.884 indivíduos em tratamento por depressão, Angst *et al.* (2002), verificaram que a diferença entre géneros está presente em todas as classes etárias. Os homens referem menos sintomas do que as mulheres. As estratégias de *coping* dos homens passam por aumentar a actividade desportiva e o consumo de álcool e as das mulheres por libertação emocional e espiritual. As mulheres sentem os efeitos da depressão na qualidade do sono e na saúde geral enquanto que os homens sentem mais afectada a sua capacidade de trabalho.

Temos vindo a apresentar dados que apontam para a maior vulnerabilidade da mulher face ao homem para desenvolver depressão. Do ponto de vista genético, os estudos não suportam esta diferença apontando para variáveis de cariz psicossocial.

De facto a mulher, nos últimos anos, tem mantido o seu papel conjugal e maternal, mas o seu sucesso ao nível académico e laboral é um dado claro, começando a aceder aos lugares de topo. Esta hiperestimulação e a vulnerabilidade das mulheres na resposta aos agentes stressores parece ser um factor a explorar.

Outros argumentos começam a apontar as diferenças endócrinas. Um estudo de Sun & Alkon (2006) assinala que os ratos de sexo feminino são mais vulneráveis à indução da depressão do que os do sexo masculino. As hormonas do sexo masculino reduzem a vulnerabilidade nas fêmeas, enquanto que as hormonas femininas aumentam a vulnerabilidade nos ratos do sexo masculino. Com base nestes dados estes autores apontam para a possibilidade do desenvolvimento de antidepressivos específicos para a mulher.

## 2. DEPRESSÃO COMO COMPROMISSO COGNITIVO

Um conjunto de teóricos tem vindo a assumir que a depressão está relacionada com compromissos cognitivos considerando a criação de pensamentos negativos e atitudes disfuncionais como um risco de vulnerabilidade para o desenvolvimento e manutenção dos estados depressivos (Beck, 1970; Beck *et al.* 1987; Beck, 1991; Seligman *et al.*, 1988; Seligman, 2006; Abramson, Metalsky & Alloy, 1989).

As teorias cognitivistas sugerem que o processamento da informação é crucial para a sobrevivência dos organismos. Tendo em conta os inúmeros estímulos a que o indivíduo está sujeito, este tem que ter a capacidade para os filtrar seleccionando somente a informação mais relevante. Mas, na psicopatologia da depressão, a teoria sugere que esses filtros são rígidos, absolutos e automáticos, como resultado da aprendizagem. Durante um episódio depressivo, os esquemas negativos dominam o sentido que o doente atribui aos acontecimentos sendo menos pronunciados nos períodos inter-episódios (Bieling & Segal, 2004).

A teoria reformulada da desesperança de Abramson, Metalsky & Alloy (1989), baseada na teoria do desamparo aprendido de Abramson Seligman & Teasdale (1978) e a teoria de Beck (Beck, 1970; Beck, *et al.*, 1987; Beck, 1991)<sup>14</sup> aparecem como as duas mais importantes teorias que suportam esta abordagem.

---

14 A teoria de Beck continua a ter impacto na comunidade científica tendo recentemente servido de base a vários estudos, dos quais referimos o de Abela & D'Alessandro (2002).

A teoria de Abramson, Metalsky & Alloy (1989) é uma teoria cognitivista propondo que causas contributivas e suficientes que interagem entre si conduzem a um subtipo específico de depressão: *hopelessness depression* – depressão de desesperança. Inclui a hipótese que estilos cognitivos negativos aumentam a probabilidade dos indivíduos para desenvolverem episódios de depressão, particularmente um subtipo de depressão mediado pela cognição, quando se deparam com acontecimentos negativos. Ou seja, modos habituais de perceber as causas e os significados dos acontecimentos, estilos inferenciais, predispõem os indivíduos para a depressão de desesperança, quando se defrontam com acontecimentos negativos.

A conjugação de acontecimentos negativos objectivos (o stresse) e um estilo explicativo pessimista (a diátese – predisposição do organismo para certas doenças) é necessária para que os pensamentos negativos aconteçam.

De acordo com esta teoria, indivíduos diferentes têm modos habituais de explicar as causas dos maus acontecimentos e possuem estilos atribucionais diferentes. Os indivíduos que tendem a ver as causas dos eventos negativos como internas, globais, e estáveis, têm um estilo atribucional pessimista. Ao invés, os que tendem a ver as causas de eventos negativos como externas, específicas, e instáveis, têm um estilo atribucional optimista.

Abramson, Metalsky & Alloy (1989) evidenciam que o processamento da informação e a personalidade estão associados a estilos cognitivos negativos, com a possibilidade de serem antecedentes do desenvolvimento desses estilos. Propõem três estilos cognitivos inferenciais que têm um papel na etiologia da depressão: estilos inferenciais acerca do *self*, *consequências*, e *causas*.

O estilo inferencial acerca do *self* indica a tendência para tirar conclusões negativas sobre o ego, como o valor da pessoa, desejo, habilidades, na sequência de um acontecimento negativo.

O estilo inferencial acerca das *consequências* refere-se à tendência para perceber as consequências dos acontecimentos negativos como catastróficas, sem probabilidade de serem alteradas, afectando muitas áreas da vida da pessoa.

O estilo inferencial acerca das *causas* refere-se à tendência para atribuir os acontecimentos negativos a causas globais e estáveis.

Cada um destes estilos predispõe as pessoas para a depressão sendo mais provável que façam inferências depressiogénicas na sequência de eventos negativos. Essas inferências aumentam a probabilidade da desesperança e tornam inevitável o agravamento da depressão.

Ao fazer inferências depressiogénicas, a probabilidade da desesperança aumenta e uma vez que a desesperança aumenta, a *hopelessness depression* é inevitável, dado que a desesperança é considerada por esta teoria como uma causa suficiente de depressão.

A principal característica da depressão é a atenção selectiva, as memórias e acontecimentos negativos<sup>15</sup>. Abramson, Metalsky & Alloy (1989) sugerem que as pessoas que atribuem os acontecimentos negativos

---

15 Praag; Kloet & Os (2004) reconhecem como acontecimentos de vida que estão na base da depressão, perdas materiais, de influência, da auto-estima, de pessoas queridas, separação ou ameaças de separação na esfera social ou amorosa. As perdas nos doentes depressivos têm efeitos mais perniciosos do que nos doentes com outras entidades psiquiátricas. Mas o conceito “acontecimentos de vida”, sem especificação adicional, é muito global para ser informativo. Requer especificação sobre a esfera de vida que

da vida a causas globais ou estáveis esperam consequências negativas desse acontecimento e estão em risco de depressão. Assim, a tendência para construir explicações internas, globais e estáveis para maus acontecimentos é um factor de risco para desenvolver este distúrbio. Embora este estilo atribucional possa ser o resultado de um erro associativo é tipicamente avaliado com um relatório do ego que provavelmente mede o processo reflexivo<sup>16</sup>. As pessoas com este estilo atribucional estão em maior risco de depressão que as que não têm esse estilo (Alloy *et al.*, 1999; Seligman *et al.*, 1988).

Seligman *et al.* (1988) administraram o *Attributional Style Questionnaire* a 39 doentes unipolares no início e no fim da terapia cognitiva, depois de um ano de seguimento, e a 12 doentes bipolares durante o episódio depressivo sendo reveladores de resultados que apoiam esta perspectiva. Foi verificada uma correlação entre o estilo explicativo pessimista para maus acontecimentos e a severidade da depressão, de 0,56, nos doentes unipolares em terapia cognitiva e de 0,63 nos doentes bipolares em fase depressiva. Nos doentes unipolares, as melhorias no estilo explicativo apresentaram uma correlação de 0,65 com a melhoria dos sintomas depressivos, ao fim de um ano de psicoterapia cognitiva. Tanto os doentes deprimidos unipolares como os bipolares apresentam um estilo explicativo mais pessimista que os não deprimidos.

Os autores apontam ainda que os doentes unipolares ansiosos apresentam um estilo mais pessimista e sintomas depressivos mais severos. A diferença no estilo explicativo pode contudo reflectir mais uma depressão severa do que um efeito da ansiedade.

---

foi afectada, a natureza do evento, controlabilidade, contexto no qual aconteceu; se é um evento independente ou dependente, se a natureza do evento é externa ou interna, e até que ponto as características de personalidade ampliaram os efeitos emocionais.

16 Um modelo dual de vulnerabilidade cognitiva para depressão: Beevers (2005) propõe uma teoria de processamento dual para a vulnerabilidade cognitiva à depressão. Este modelo incorpora as associações recíprocas entre o processo associativo, reflexivo, e o humor disfórico. O processo associativo envolve o processamento rápido da informação e é automático, enquanto que o reflexivo envolve um processamento da informação relativamente lento e que envolve esforço.

O processo associativo ocorre a um nível pré-consciente ou intuitivo. A rede de memória, da qual este processo bebe a informação, desenvolve-se durante um período longo de tempo ajudando o processo associativo a manter a estabilidade.

O processo reflexivo segue regras simbólicas que são transmitidas socialmente ou aprendidas pela experiência. A recuperação do conhecimento acontece a um nível consciente, e a pessoa está normalmente atenta para responder adequadamente.

Considerando que o modo associativo acontece automaticamente, a vulnerabilidade cognitiva para a depressão ocorre quando o processo associativo, negativamente influenciado, não é corrigido através do processo reflexivo. Porém, este preconceito pode ser corrigido através de processo reflexivo se os recursos cognitivos e a motivação estiverem disponíveis. A vulnerabilidade cognitiva para a depressão tem mais probabilidade de ocorrer quando o processo reflexivo é, de alguma forma, impossibilitado por tarefas competitivas ou o stresse diário. Os recursos cognitivos para suprimir os pensamentos negativos ficam menos eficazes, à medida que são esvaziados por situações de stresse. Assim, o stresse parece esvaziar recursos cognitivos necessários para corrigir as distorções do processo associativo, mas não parece romper com ele. Parece que quando o processo reflexivo do pensamento é prejudicado pela vida stressante, os indivíduos são incapazes de suprimir o erro cognitivo. O stresse, controlando os esforços para a supressão do pensamento, é, ironicamente, um combustível para a ruminação depressiva. Isto resulta em pensamento negativo aumentando a ruminação e simultaneamente o humor deprimido (Beevers & Meyer, 2004; Wenzlaff & Luxton, 2003).

Como é sugerido por Forgas & Ciarrochi (2002), cit. in Beevers (2005), o processo reflexivo é crítico para regular o humor disfórico. Na ausência de tal processo, um humor disfórico passageiro pode tornar-se mais persistente e esvazia os recursos cognitivos reforçando negativamente o processo associativo, podendo desenvolver-se um processo de retro-alimentação entre o processo associativo e humor disfórico. A interligação entre a disforia e a influência negativa do processo associativo podem conduzir então a maiores formas de angústia, culminando eventualmente num episódio depressivo.

Os estilos cognitivos negativos predizem um trajecto negativo para a depressão assim como uma propensão para que as pessoas iniciem estados depressivos (Iacoviello *et al.*, 2006; Haffel *et al.*, 2005).

Os resultados de Abela & D'Alessandro (2002) apontam para a probabilidade de um aumento do humor depressivo nos indivíduos com atitudes disfuncionais. A relação entre a atitude disfuncional e o aumento no humor deprimido, que se segue à ocorrência de eventos negativos, é mediada por visões negativas do futuro.

As distorções cognitivas são caracterizadas pela negatividade, presença de pensamento negativo auto-referente, ausência de pensamento positivo e processamento enviesado da informação auto-referente que provém do ambiente (Bieling & Segal, 2004).

Beck (1970) considera que uma característica crucial das cognições dos doentes deprimidos é que representam variados graus de distorções da realidade. Apesar de existir algum grau de imprecisão e de inconsistência, que é esperada nas cognições de qualquer indivíduo, o que distingue as cognições de um indivíduo deprimido é que mostram um erro sistemático de enviesamento contra eles mesmos.

As cognições típicas da depressão podem ser categorizadas de acordo com a forma em que se desviam do pensamento lógico e realista.

Do ponto de vista formal, estas cognições depressivas, parecem ser automáticas e com uma qualidade involuntária. Os doentes reportam que estes pensamentos ocorrem, mesmo quando resolvem não os ter, ou os tentam evitar. Esta característica involuntária é claramente exemplificada pelo pensamento repetitivo na ideiação suicida<sup>17</sup>.

Outra característica dos pensamentos depressivos é a sua plausibilidade para os doentes que tendem a aceitar acriticamente a validade das suas cognições.

A característica final das cognições depressivas é a sua perseverança. O doente depressivo, dependendo da multiplicidade e complexidade das situações de vida, tem propensão para ter o mesmo tipo de cognição extraída a partir das mais diversas experiências. Estas cognições idiossincráticas tendem a ocorrer repetidamente nas rumações e no decorrer das associações (Beck, 1970).

Mas, apesar da depressão ser essencialmente constituída pela visão negativa que a pessoa tem de si mesma, do futuro e do mundo, não é a depressão que gera na pessoa esta convicção. A causa dos sintomas depressivos está relacionada com os pensamentos negativos, automáticos, repetitivos e idiossincráticos, gerados por convicções disfuncionais (Beck, 1970; Beck, *et al.*, 1987; Beck, 1991).

O modelo cognitivo da depressão de Beck sugere que as convicções disfuncionais são criadas por experiências precoces. Os acontecimentos críticos activam estas convicções que criam pensamentos automáticos negativos sobre si mesmo. Estes pensamentos conduzem então a sintomas de depressão que reforçam os pensamentos automáticos negativos.

---

<sup>17</sup> Beck (1970) referiu que estes pensamentos diferem do clássico pensamento obsessivo no sentido em que o conteúdo específico varia de acordo com cada situação estimulante. Os pensamentos obsessivos tendem a ter o mesmo teor em cada repetição e os pacientes tendem a vê-los como estranhos e não associados com qualquer sentimento.

Este processo parece ser um ciclo vicioso na medida em que, em resultado do modelo de pensamento negativo, o paciente interpreta a disforia, sentimento de perda e sintomas físicos de uma forma negativa e esta interpretação reforça o pensamento mediante a sua percebida incapacidade para fazer face à situação debilitante.

A vulnerabilidade à depressão está relacionada com a vulnerabilidade perante os acontecimentos da vida. Será conferida quando os esquemas contêm temas de perda e de inutilidade. O stress activa atitudes disfuncionais subjacentes que, por seu lado, conferem vulnerabilidade ao indivíduo (Beck, 1970; Beck, *et al.*, 1987; Beck, 1991).

Beck (1970) considerou que os padrões de comportamento, atitudes idiossincráticas, representam padrões cognitivos persistentes que designa por esquemas. O esquema é uma estrutura cognitiva para filtrar, codificar e avaliar o estímulo que se encontra com o organismo. Baseando-se na matriz dos esquemas, o indivíduo é capaz de se orientar no tempo e no espaço e caracterizar com sentido as suas experiências.

De acordo com este autor, quando um estímulo atinge o organismo, um esquema relevante desse estímulo é activado, condensando e moldando os dados brutos em cognições. Uma cognição, no presente uso, refere-se a qualquer actividade mental que tenha um conteúdo verbal e por isso inclui não só ideias e julgamentos, como auto-instruções, autocríticas e desejos verbalmente articulados. Na formação de uma cognição, o esquema providencia um mapa conceptual e os detalhes particulares são arquivados em função do estímulo.

Os esquemas incluem, não só um esqueleto taxonómico complexo para a classificação dos estímulos, mas também elementos logicamente estruturados, que consistem em premissas, assunções e estão mesmo repletas de silogismos desenvolvidos.

Se um indivíduo tem a noção de que todas as pessoas o odeiam, tende a interpretar as reacções dos outros com base nessa premissa. Esquemas desta natureza podem levar a imprecisões, interpretações erradas e distorções associadas com todo o tipo de patologia.

Para além desta descrição, os esquemas, uma vez que são estruturais, têm também outras propriedades como a flexibilidade vs inflexibilidade, abertura vs fechamento, permeabilidade vs impermeabilidade. Podem estar inactivos durante um determinado processo do pensamento, e serem activados noutros, em função do tipo de estímulo ou *input* do ambiente.

A característica mais notável do esquema é o seu conteúdo que se apresenta usualmente em forma de generalização que corresponde às atitudes, objectivos, valores e concepções individuais. Assim, o conteúdo dos esquemas idiossincráticos, característicos dos deprimidos, é o reflexo de concepções erradas, atitudes distorcidas, premissas inválidas e objectivos e expectativas irrealistas. Cada construção depende do esquema que é seleccionado para suportar a sua conceptualização.

Este conteúdo pode ser inferido a partir da análise das características individuais, formas de estruturação de determinadas experiências, dos temas recorrentes, das associações, ruminações e sonhos, do questionamento directo das atitudes, superstições, danos, e expectativas e ainda das respostas a testes psicológicos para avaliar as concepções estereotipadas de si mesmo e do mundo.

A ideação de uma pessoa deprimida é tingida com esquemas depressivos típicos. A interpretação das suas experiências, explanação da ocorrência dos episódios e a forma como se vê no mundo mostram, res-

pectivamente, esquemas de insuficiência pessoal, auto-culpa e expectativas negativas. Estes temas idiossincráticos penetram não só a interpretação das situações ambientais imediatas, mas também as associações livres, rumações e reflexões de cada indivíduo.

À medida que a depressão se instala, o conteúdo do pensamento fica saturado com ideias depressivas. Qualquer estímulo exterior é capaz de evocar um pensamento depressivo, não existindo ligação lógica entre a interpretação que o doente dá e a situação de facto. Na depressão, os esquemas idiossincráticos relativamente inactivos durante o período não depressivo, assumem um papel dominante na formação do processo do pensamento sendo a sua influência reflectida nas características do distúrbio.

Os esquemas idiossincráticos na depressão consistem em concepções erradas e negativas do valor da pessoa, das suas características, *performance* e saúde. Quando estes esquemas são evocados moldam o conteúdo do pensamento o que provoca os sentimentos típicos da depressão: tristeza, culpa, solidão e pessimismo.

Estes esquemas descritos por Beck (1970) têm características de preservação e de perda de objectividade.

Assim, os deprimidos, moderados ou severos, têm tendência para ruminar a partir de ideias de falha ou de incapacidade. Os esquemas idiossincráticos sobrepõem-se às cognições não depressivas. À medida que o processo depressivo se desenvolve, a pessoa perde a capacidade para controlar o processo de pensamento, sendo que as cognições depressivas mantêm a posição central neste processo e o doente fica incapacitado de activar outras formas de pensamento.

Se, nas formas de depressão menos graves, o doente é capaz de olhar os seus pensamentos negativos com objectividade, nas formas mais graves, tem dificuldade em considerar a possibilidade de que os seus pensamentos possam estar errados, achando difícil ou impossível encontrar explicações alternativas. Esta perda de objectividade decorre da hiperactividade dos esquemas depressivos. A energia a eles ligada é substancialmente superior à processada por outras estruturas na organização cognitiva.

A teoria cognitiva de Beck coloca diferente ênfase na diferenciação entre a ansiedade e a depressão que podem ser distinguidas pela forma e contexto dos pensamentos disfuncionais, crenças e cognições. Na depressão, as cognições depressivas são predominantes, tomando a forma de manifestações universais e absolutas acerca da perda e falha pessoal passada, enquanto que as cognições na ansiedade reflectem um dano ou perigo possível de uma forma mais situacional e probabilística. Em regra os sintomas de depressão focam-se no passado, enquanto que os sintomas ansiosos, particularmente na ansiedade generalizada, gravitam ao redor da antecipação de dano futuro (Beck, 1970; Clark, Steer & Beck, 1994).

### O PROCESSO RUMINATIVO

A rumação, como veremos a seguir, é assumida como uma estratégia que os resultados da pesquisa têm associado à vulnerabilidade para a depressão.

Uma resposta ruminativa é definida pela focalização repetitiva no significado, causas, e consequências do humor da pessoa (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993; Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994).

O estilo de resposta ruminativo é preditor de estados depressivos e também é preditor de sintomas de ansiedade e pode ser particularmente característico das pessoas com sintomas depressivos e ansiosos associados. Os estudos longitudinais revelam que as pessoas que respondem a acontecimentos negativos ou traumáticos com um estilo mais ruminativo acabam por referir períodos mais alongados e mais severos de humor deprimido do que aquelas que utilizam mecanismos de distração para lidar com os estados de humor negativo. As respostas ruminativas à disforia são um tipo de pensamento mal-adaptativo. Os estudos apontam que, em lugar de servir de antídoto para a depressão, focar e meditar sobre o problema exacerba e prolonga o humor depressivo. Contrariamente, a utilização de distrações agradáveis e neutras para elevar o humor e aliviar os sintomas da depressão pode ser considerada uma alternativa instrumental e adaptativa. Assim a relação entre a ruminação, humor e memória é perigosa e preditora de depressão (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolan, Roberts & Gotlib 1998; Nolen-Hoeksema, 2000).

Os ruminadores expressam menos satisfação e confiança relativamente à auto-planificação que os não ruminadores, suspeitando-se que a incerteza possa estar ligada a esta dificuldade. Apesar da ruminação estar associada a estados de humor e a pensamentos negativos bem como à baixa capacidade de resolução de problemas, os indivíduos mantêm esta forma de pensamento por acreditarem que aumentam o seu *insight* para com os problemas. Este sentido de *insight* pode motivá-los a continuar a ruminar (Ward *et al.*, 2003).

Outra explicação aponta no sentido de que os ruminadores se sentem menos motivados para gerar soluções para os seus problemas. A focalização dos ruminadores nos sintomas depressivos pode conduzi-los a acreditar que têm baixa auto-eficácia para participar em actividades agradáveis, apesar de reconhecerem os seus benefícios (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1993). Os ruminadores disfóricos geram espontaneamente memórias autobiográficas mais negativas do que os outros grupos (Lyubomirsky, Caldwell & Nolen-Hoeksema, 1998).

### 3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DA DEPRESSÃO

As duas classificações diagnósticas utilizadas na prática clínica, CID-10 e DSM-IV-TR, revelam um conjunto de características da perturbação depressiva unipolar que é concordante nos aspectos essenciais.

Na classificação da CID-10, tendo em conta a gravidade dos sintomas, a depressão pode ser considerada leve, moderada ou grave verificando-se no doente uma depleção do humor, capacidade alterada de experimentar prazer, redução da energia, da actividade e perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração e fadiga, mesmo após um esforço mínimo. Está quase sempre presente uma diminuição da auto-estima e da auto-confiança, assim como ideias de culpabilização e/ou de indignidade, pessimismo em relação ao futuro, de provocar dano pessoal ou suicídio, perturbações do sono e diminuição do apetite. No episódio depressivo leve estão geralmente presentes pelo menos dois ou três dos sintomas anteriores. O paciente habitualmente sofre com a presença desta sintomatologia mas poderá ser capaz de desempenhar a maior parte das suas actividades (OMS, 1992).



Por sua vez, na classificação da DSM-IV-TR, é considerado que a característica essencial de um Episódio Depressivo Major é um período de pelo menos 2 semanas, durante as quais há um humor deprimido ou perda de interesse ou prazer por quase todas as actividades. O indivíduo deve experimentar pelo menos 4 sintomas adicionais da seguinte lista: alterações no apetite ou peso, sono e actividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades no pensamento, concentração ou na tomada de decisões; pensamentos recorrentes a propósito de morte, planos ou tentativas suicidas (APA, 2002).

Para além da caracterização clínica da depressão desenvolvida na CID-10 e DSM-IV-TR, que apresentámos resumidamente, a literatura revela outras abordagens, sendo destacados Aaron T. Beck e Martin Seligman, que apresentam uma sistematização formalmente diferente mas substancialmente semelhante.

Beck (1970) descreve os sintomas da depressão sob quatro ângulos: *emocional*, *cognitivo*, *motivacional*, e *físico* e *vegetativo*. Reconhece que, apesar de algumas destas divisões poderem parecer arbitrárias, porque podem ser simplesmente facetas do mesmo fenómeno, é preferível despistar alguma sobreposição que possa existir.

As manifestações *emocionais* referem-se a mudanças nos sentimentos ou a mudanças no comportamento público do doente, directamente atribuídas ao estado dos seus sentimentos. Podem ir de um desapontamento consigo mesmos até sentimentos em que se consideram como uma pessoa terrível, ou que não merece viver.

Um dos critérios de avaliação do grau da depressão pode ser aferido pelo tipo de adjectivos escolhidos pelo doente para se auto-avaliar, como, miserável, sem esperança, triste ou melancólico, só, infeliz, desanimado, humilhado, envergonhado, preocupado, inútil ou culpado.

Nos deprimidos, a redução da gratificação é um processo de tal forma penetrante que muitos colocam este aspecto como um assunto central na sua doença.

A insatisfação inicial, relacionada com responsabilidades ou obrigações sociais laborais ou familiares, pode ser colmatada pelo aumento das actividades recreativas, onde essa satisfação seja mais fácil de obter, mas, em processos de doença mais exacerbados, mesmo estas actividades tendem a não trazer satisfação aos doentes.

A perda de vínculos emocionais é manifestada por um declínio do interesse nas actividades ou no relacionamento com outras pessoas, nomeadamente com elementos da família.

O aumento do choro é observado mais frequentemente nas mulheres. Nos casos mais leves os indivíduos podem ter uma tendência para se lamentar ou apresentar choro fácil, quando evocam qualquer situação que consideram problemática. Nas situações de depressão grave podem apresentar incapacidade para chorar, mesmo que queiram.

A perda de sentido de humor é outro dos sintomas emocionais da depressão. Apesar de continuar a perceber o sentido das piadas e anedotas, o indivíduo não responde aos estímulos da mesma maneira por não sentir qualquer satisfação.

Do ponto de vista das manifestações *cognitivas* e *motivacionais*, Beck (1970) aponta a baixa auto-avaliação, expectativas negativas, auto-culpabilização, incapacidade de decisão, distorção da auto-imagem, perda de motivação e desejos suicidários.

A baixa auto-avaliação forma uma parte predominante da ideação dos doentes deprimidos, consistindo numa auto-depreciação em áreas importantes para a pessoa. A auto-avaliação negativa é relativa a atributos pessoais, força, saúde, amor, amizade, ou ainda relativa a aspectos da *performance* pessoal. Nesta auto-avaliação, o doente é ainda propenso para ampliar as suas falhas ou defeitos e a ignorar quaisquer características pessoais favoráveis.

Outro aspecto relativo à auto-avaliação dos doentes deprimidos diz respeito à comparação com outras pessoas, particularmente àquelas com uma condição social ou ocupacional idêntica, sentindo-se inferiores a nível da inteligência, atractividade, produtividade, segurança financeira e sucesso no papel familiar ou social.

No que respeita à distorção da imagem corporal, esta pode ser, nas formas mais leves, manifestada por preocupações com a sua aparência física. Nas formas mais severas, a ideia de falta de atractividade fica mais intensa podendo pensar que tem um aspecto horrível. Esta distorção é mais prevalente nas mulheres.

Associadas às ideias de auto-avaliação negativa, estão ideias de privação e carência apresentadas por alguns doentes deprimidos, que são aludidas nos seus pensamentos de solidão e de desamor, mesmo em face de demonstrações de amizade e afecto. Acrescem ainda os pensamentos de carência material.

Muitas vezes os sentimentos de insuficiência pessoal são expressos por verbalizações de inferioridade, inadequação ou expectativas negativas.

A visão de pessimismo está intimamente relacionada com os sentimentos de desespero. O padrão do doente vai no sentido de esperar o pior, rejeitando a possibilidade de melhoria, colocando obstáculos na adesão a intervenções terapêuticas, psicológicas ou medicamentosas, por pensar que não o vão ajudar a melhorar. A sua perspectiva negativa é muitas vezes fonte de frustração e sofrimento para os entes queridos.

Estas alterações podem ir, nas formas mais leves, de dúvidas quanto às melhorias do seu estado de saúde ou problemas económicos até, nas formas mais severas, a uma perspectiva negra e desesperada do futuro.

Outro tema proeminente no relato dos doentes deprimidos é relativo à autocrítica<sup>18</sup> e autoculpabilização que parece estar relacionado com a sua noção egocêntrica de causalidade.

Esta deve ser diferenciada da deficitária auto-avaliação descrita anteriormente (Beck, 1970). Enquanto que naquela a referência é feita apenas a si mesmo, comparando com o padrão de outras pessoas ou o padrão pessoal, nesta as alusões de autocrítica são auto-reprovações no que respeita a faltas pessoais cometidas. No entanto Beck refere que nem todos os doentes com baixa auto-avaliação apresentam este nível de autocrítica. Estes pensamentos podem ser, nas formas mais leves, de intolerância aos erros que relacionam com alguma incapacidade pessoal, até estados graves, em que pensam que são os responsáveis pelos males do mundo.

---

18 A propósito desta questão da auto-avaliação e autocrítica, Beck (1970) faz um comentário interessante exemplificando com o caso de uma mulher deprimida que se condenava pelo facto de não ter sido capaz de desenvolver capazmente o seu papel social ou familiar, como o de ter a refeição para o marido preparada a horas. Contudo relatou um *affair* com um colega de trabalho sem sentimento de culpa ou arrependimento.

As dificuldades para tomar decisões, a vacilação entre diferentes alternativas ou a mudança de decisão, são características depressivas que usualmente atormentam não só o doente mas também a sua família e amigos. Esta indecisão tem pelos menos duas facetas: a da esfera *cognitiva*, na qual a pessoa quando faz uma opção tem tendência a considerá-la como errada e a rejeitá-la e a da esfera *motivacional* que está ligada à paralisação da vontade<sup>19</sup>, tendências evitativas e a um aumento da dependência. O doente tem uma falta de motivação para desenvolver as operações mentais necessárias para chegar a uma conclusão. A ideia de decidir representa para ele uma carga, pelo que deseja abster-se de decidir, pedindo ajuda para tal.

A exacerbação dos problemas e dificuldades ou responsabilidades, apontadas pelos doentes deprimidos, são aspectos que desvalorizam quando não estão deprimidos.

As cognições auto-coercivas parecem ocorrer numa elevada proporção. O dever e o ter são muitas vezes aplicados a um conjunto de actividades, a maior parte das quais mutuamente exclusivas. Ocorrem na cognição dos doentes deprimidos, pensamentos relativos à obrigação de desenvolver um conjunto de acções simultâneas que são incompatíveis.

As manifestações *motivacionais* incluem também esforços, desejos e impulsos conscientemente experimentados que são proeminentes na depressão. Uma característica notável das motivações dos doentes deprimidos é a sua natureza regressiva. O doente foge de actividades que estão especificamente associadas ao papel de adulto e busca actividades mais infantis.

Quando confrontado com uma escolha, prefere a passividade à actividade e a dependência à independência ou autonomia, evitando responsabilidades e escapando aos problemas, em lugar de os tentar resolver. Procura gratificações imediatas, mas transitivas, em vez de adiadas e prolongadas.

A paralisação da vontade e da motivação positiva pode manifestar-se ainda por incapacidade no desenvolvimento das actividades de vida diária ou na satisfação das necessidades mais simples, como comer, eliminar, tomar a medicação, por não sentir qualquer estímulo.

Esta paralisação da vontade pode assumir, nas formas mais leves, a escassez de desejos espontâneos, nomeadamente aqueles que não trazem gratificação simultânea, fazendo as actividades mecanicamente. Nas formas mais graves há paralisação completa da vontade, que pode passar pela ausência de comunicação bloqueada pela inércia do doente.

Os desejos de evitar e de escapar aos problemas da vida infernizam frequentemente estes doentes levando à conseqüente vontade de abandonar os seus afazeres laborais ou domésticos, podendo ainda ser expressos através do seu desejo de se afastar da vida através do suicídio.

Beck (1970, p. 233) salienta que alguns doentes descrevem “sonhar acordados” ou “vagabundear” num paraíso tropical. Não é contudo usual que a evasão das tarefas seja um factor de alívio.

---

<sup>19</sup> Para Schopenhauer (n. d.) a coisa em si, a essência do mundo e a vida, não são mais que o espelho da vontade. Onde houver vontade haverá também vida. A vontade opõe-se à negação da vontade de viver e o suicídio relaciona-se com a sua negação.

O desejo de escapar parece estar relacionado com uma visão pessoal de um impasse. Não só se consideram incapazes, incompetentes e desamparados, como avaliam as suas tarefas como pesadas e extraordinárias. As suas respostas constituem um desejo de se retirar, escapar e alhear dos problemas insolúveis, encarando os seus deveres como enfadonhos, sem sentido ou penosos, querendo escapar para uma actividade mais relaxante ou que forneça um refúgio.

Nas formas mais leves, olham sem interesse para as actividades, afastando-se de detalhes que não consideram importantes. Em situações mais graves, passam muito tempo na cama referindo uma excepcional vontade de dormir.

O proveito que os doentes tiram do suicídio pode ter as mais variadas formas podendo ser experimentado como um desejo passivo de ter morrido, como um desejo activo de morte, ou ainda como um pensamento repetitivo e obsessivo, sem qualquer qualidade volicional, mas como um sonho acordado ou como um plano de suicídio meticulosamente concebido. As preocupações suicidárias parecem estar relacionadas com situações de desespero insustentável, porque acreditam não existir outra solução para o seu problema, não conseguindo continuar a suportar o sofrimento. Os doentes com ideação suicida apontam o suicídio como a única solução para o seu problema.

Nas formas mais leves, acontece uma indiferença pela vida ou uma ambivalência em relação ao suicídio. Nas formas moderadas, os desejos suicidas são mais intensos e há maior probabilidade de passar ao acto. Correm riscos conduzindo perigosamente à espera que algo aconteça. Nas formas mais severas, apesar dos desejos suicidas serem mais intensos, há incapacidade para passar ao acto.

No que respeita às manifestações *físicas e vegetativas*, Beck (1970) considera que a perda de apetite é o primeiro sinal que denuncia uma depressão e o inverso um sinal de melhoria. Nos casos leves, a pessoa pode considerar que já não aprecia as refeições como costumava e o desejo por alimentos é menor, podendo, em casos moderados, perder uma refeição sem se dar conta, até, em situação de depressão grave, ter que se esforçar ou ser forçado a tomar as refeições, com a consequente perda de peso inerente ao *deficit* alimentar.

O distúrbio de sono é um aspecto notável da depressão. Nos casos leves pode ser verificada insónia inicial e insónia terminal. A pessoa pode também ter a sensação de que dorme mais do que o habitual. Nos casos moderados a insónia é mais severa e os doentes referem que o sono não é repousante, podendo dar-se o caso de hipersónia em alguns indivíduos. Nos casos de depressão grave acordam passadas 4 ou 5 horas de sono, não conseguindo voltar a dormir ou podem ter insónia total.

Os estudos mostram ainda que estes doentes têm um elevado grau de inquietude de movimentos.

A perda da libido pode variar, nas formas mais leves, de uma diminuição da espontaneidade em relação ao desejo sexual, necessitando, nas formas moderadas de grande estimulação até à perda completa de qualquer resposta ao estímulo, podendo mesmo ter aversão ao sexo nas formas mais graves.

Verifica-se uma elevada co-morbilidade entre a disfunção eréctil no homem e a doença depressiva, mas a relação causal não é conhecida havendo probabilidade de haver covariabilidade (Seidman & Roose, 2000). Este é de resto um aspecto que pode estar relacionado com os efeitos secundários da medicação antidepressiva.

A fadigabilidade é experimentada pelos doentes deprimidos podendo referir o corpo pesado, com falta de vigor ou energia. Pode ser difícil distinguir a fadigabilidade da falta de motivação e dos desejos evitantes.

A depressão tem sido considerada como uma *síndrome de depleção* por causa da proeminência da fadigabilidade sendo reconhecido que o doente gastou toda a sua energia disponível antes do início da depressão e este estado representa um tipo de hibernação para o indivíduo repor as suas energias. A fadigabilidade pode ser, em situações leves, revelada por um sentimento de maior cansaço que o habitual e, nas situações mais graves, por um cansaço total para qualquer actividade, até mesmo para tarefas simples da vida diária (Beck, 1970).

O autor refere ainda a possibilidade de ocorrência de ilusões e delírios, como delírio de inutilidade, de punição, niilista (o mundo vai acabar), somáticos e de pobreza, bem como a alucinações visuais e auditivas.

Por seu lado, Seligman (2006) reconhece que a doença depressiva envolve quatro tipos de mudanças negativas: *no pensamento, no humor, no comportamento e nas respostas físicas*. Para que o indivíduo seja considerado depressivo, estes quatro sintomas não têm que estar todos presentes.

O autor reconhece que um dos quatro critérios para a depressão é uma *mudança negativa no pensamento* concordando com a perspectiva apresentada por Beck de que pessoa deprimida tem uma imagem negativa de si mesmo, do futuro e do mundo (Seligman, 2006).

A segunda forma de reconhecer a depressão é uma *mudança negativa no humor*. As pessoas deprimidas sentem-se tristes, desencorajadas, atoladas no desespero. Perdem o prazer pelas actividades que desenvolviam, assim como o sentido de humor.

O terceiro sintoma da depressão está relacionado com o *comportamento*. Os doentes deprimidos mostram três sintomas comportamentais: passividade, indecisão, e tendência para actos suicidários. Também não têm capacidade para iniciar actividades que vão para além da rotina, desistindo facilmente. Apresentam ainda dificuldades de decisão perante diferentes alternativas.

O quarto sintoma da depressão está relacionado com *aspectos físicos*. A depressão é acompanhada por sintomas físicos, que se complicam com o agravamento da depressão. Verifica-se perda de apetite, da libido, fadiga, lentificação e distúrbio do sono.

Em resumo, temos vindo a referir um conjunto de características clínicas presentes nos doentes deprimidos. As diferentes posições referidas, quer as duas classificações habitualmente utilizadas na prática clínica, CID 10 e DSM-IV-TR, quer a posição dos dois autores referidos, Beck e Seligman, revelam consensualidade quanto aos aspectos principais.

Assim, as principais características da depressão podem ser resumidas nos termos dos seguintes atributos: alteração específica no humor, tristeza, solidão e apatia; auto-conceito negativo, auto-reprovação e culpa; desejos regressivos e auto-punitivos, desejos de fuga da situação e do mundo, ocultamento de si; alterações vegetativas, anorexia, insónia e perda da libido e mudanças no nível de actividade, manifestado por lentificação ou agitação.

## 4. STRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO

O termo *stresse* foi importado da engenharia que, desde o século XVII, utilizava esta palavra para definir a deformação a que um objecto estava sujeito sob uma determinada carga (Hinkle 1973 cit. in Mendes, 2002).

Mas este conceito tem vindo a tornar-se cada vez mais complexo. Lovallo (1997) e Lovallo & Thomas (2000) reconhecem que o *stresse* é uma tensão mental ou corporal que resulta de factores que tendem a alterar um equilíbrio existente. A resposta ao *stresse* é uma reacção compensatória do corpo ao distúrbio causado pelo *stressor*.

Porque alguns estímulos podem ter uma capacidade directa para provocar dano tecidual são considerados *stressores físicos*. Esses *stressores* podem operar mesmo que a pessoa não tenha consciência desse facto. Alguns *stressores* mudam o equilíbrio pessoal pelo potencial para o dano percebido e são considerados como *stressores psicossociais* (Lazarus & Folkman, 1984).

### MECANISMOS PSICO-NEURO-FISIOLOGICOS DO STRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO

O *stresse* é classicamente definido como uma ameaça à homeostase em relação à qual o organismo, para sobreviver, retribui com um conjunto de respostas adaptativas (Ströhle & Holsboer, 2003).

A literatura é uniforme ao apontar Claude Bernard, Walter Cannon e Hans Selye como os grandes cientistas que inicialmente se debruçaram sobre a temática do *stresse* e cuja obra foi significativa para o desenvolvimento do conhecimento sobre este conceito (Lovallo, 1997; Berntson & Cacioppo, 2000; Lovallo & Thomas, 2000; McEwen, 2002; Mendes, 2002; Ströhle & Holsboer, 2003; Praag, Kloet & Os, 2004).

Claude Bernard enfatizou a necessidade dos seres vivos manterem um estado constante do ambiente interno (*milieu intérieur*) e o conseqüente reconhecimento da existência de um mecanismo hierárquico de controlo para compensar alterações nesse equilíbrio.

Walter Cannon ampliou esta perspectiva propondo o conceito de homeostase para designar os processos coordenadores fisiológicos do organismo e começou a referir-se ao *stresse* com o sentido em que ele é hoje usado, acreditando que a perda de saúde pode resultar da desregulação do sistema ao nível do funcionamento psicossocial e sociocultural. Propõe que o *stresse crítico* se pode sobrepor aos mecanismos homeostáticos do organismo. O conceito de Cannon deu forma à visão de regulação e controlo autonómico. Hans Selye, em 1936, utilizou o termo *stresse* como sendo uma resposta não específica do organismo, resposta de *stresse*, a qualquer alteração do seu equilíbrio, da homeostase, induzida por uma agressão<sup>20</sup>.

---

20 Conforme refere Mendes (2002), a Síndrome Geral de Adaptação, proposta por Selye, é produzida por diversos agentes nocivos. O termo reacção de alarme é sugerido para a resposta inicial representando a expressão somática da chamada de todas as forças defensivas do organismo. O organismo, não podendo manter este padrão de resposta por um período longo de tempo, desenvolve um estado de adaptação ou de resistência, no qual as manifestações são diferentes e podem até ser opostas às da reacção de alarme. Se a exposição ao agente nocivo se mantém há uma depleção de energia adaptativa – fase de exaustão.

A fase de alarme é comparável ao estado de fuga ou luta, previamente descrito por Cannon e consiste num conjunto de modificações endócrinas e cardiovasculares que têm a finalidade de preparar a pessoa para uma actividade vigorosa ou mesmo violenta, que pode ser a de lutar pela preservação da vida podendo ser considerada como uma herança que dotou o *Homo Sapiens* de com-

Neste sentido considerou os stressores como os agentes que causam stress (Lovallo, 1997; Lovallo & Thomas, 2000; McEwen, 2002; Praag, Kloet & Os, 2004; Mendes, 2002).

Como referimos, um stressor, como um estímulo no ser humano, pode ser de natureza biológica ou psicológica e é avaliado pelo indivíduo a ele exposto, como rotineiro ou desafiador, gratificante ou não, como benigno ou prejudicial. No caso da avaliação ser negativa, o indivíduo pode ainda reconhecer a sua capacidade de *coping* ou interpretar o estímulo como ameaçador à sua integridade (Lazarus & Folkman, 1984; Praag, Kloet & Os, 2004).

Estes autores referem que as emoções resultantes da avaliação que a pessoa faz do estímulo podem variar de alegria a desespero, de tranquilidade a ansiedade, de suavidade a enfurecimento, de paz interior a culpa, de generosidade a inveja, de auto-confiança a vergonha, de satisfação a amargura, podendo ocorrer vários tipos de combinações. As emoções desagradáveis levam a um estado de tensão quando o estímulo é avaliado como perturbador. Do ponto de vista do comportamento evidente, as pessoas podem ficar irritáveis, tensas, agressivas, distraídas, desinteressadas, resignadas, ansiosas ou agitadas. Pode ainda ocorrer perturbação do sono, do apetite e diminuição do desejo sexual.

Neste sentido, o stress não é uma síndrome uniforme, sendo fortemente influenciado pelas capacidades de *coping*, pelas características da personalidade, pelas condições de vida, pela severidade, duração e número dos stressores. O estado de hiperestimulação é chamado stress, ou o componente psíquico da síndrome de stress.

Para muitas pessoas, o stress refere-se a um estado de completa sobrecarga. Os acontecimentos externos, em conjunto com o desconforto da resposta ao stress, conjugam-se para esvaziar a capacidade para lidar com os estímulos, ou seja para subjugar as estratégias de *coping* do indivíduo, tendo como consequência o estado de doença, com manifestações de cansaço, irritação e energia reduzida. A incapacidade para lidar com a situação e com o mundo provoca no indivíduo uma sobrecarga e um sentido de insuficiência, de desamparo e de depressão (McEwen, 2002).

Mas o stress pode ajudar as pessoas a lidar com a emergência e a lidar com as mudanças. Para conseguir estes feitos, os sistemas principais do corpo trabalham para prover a resposta de stress, também conhecida como a resposta de luta ou fuga. Contudo, para ter este efeito têm que ser colocados em jogo: cérebro, mús-

---

petências adaptativas. Neste tipo de reacção, tendo em conta as condições de vida actuais, a resposta de fuga ou luta pode estar desajustada. É um tipo de resposta crónica que mantém o indivíduo em condição de alerta por períodos prolongados de tempo e que pode ser responsável pelas doenças de adaptação (Walis, 1983 cit. in Mendes, 2002).

Do ponto de vista das reacções orgânicas e comportamentais, Kaplan *et al.* (1993) cit. in Mendes (2002) na fase de alarme o organismo apresenta respostas fisiológicas, com ingurgitamento do córtex supra-renal e do sistema linfático, aumento dos níveis hormonais como a adrenalina, o que conduz a um aumento da estimulação fisiológica. Do ponto de vista comportamental pode apresentar aumento da sensibilidade às modificações de intensidade de stressor e aumento da susceptibilidade à doença.

Na fase de resistência as respostas fisiológicas passam pela retracção do córtex supra-renal, normalização do tamanho dos nódulos linfáticos e continuação dos elevados níveis hormonais. A via parassimpática do sistema nervoso autónomo tenta contrariar a alta estimulação. Do ponto de vista comportamental, a resposta ao stress está aumentada. O indivíduo tenta suportar o stressor e resiste aos seus efeitos mais debilitantes.

No estado de exaustão as estruturas linfáticas tornam-se ingurgitadas e/ou disfuncionais, os níveis hormonais estão ainda mais elevados havendo depleção das hormonas adaptativas. Do ponto de vista comportamental, a resistência ao stress está diminuída, o indivíduo está frequentemente deprimido, podendo ficar doente ou morrer, caso a exposição ao stress severo continue (Mendes, 2002).

culos, glândulas, hormonas, sistema imunitário, coração, sangue e pulmões. Os sistemas principais do corpo trabalham para prover ao indivíduo uma ferramenta a ser utilizada na necessidade de luta que provê energia, oxigénio, força muscular, resistência à dor, acuidade sensorial e uma defesa temporária contra a infecção. A função principal da resposta de luta ou fuga tem a função de assegurar a segurança e a sobrevivência. É um sistema poderoso, uma resiliência dinâmica que aguça a atenção e mobiliza o corpo para lidar com situações ameaçadoras voltando, após a situação stressante, à estabilidade sem efeitos adversos. Só quando este sistema é subjugado ou é corrompido é que a resposta ao stress causa doença. Seguramente que a última coisa que as pessoas necessitam em situações adversas é de desenvolver doenças a nível físico ou mental. A resposta de stress não é a de causar doença (McEwen, 2002) e para o ser humano a ameaça existe somente quando o ambiente começa a mudar para além da sua capacidade de adaptação (Lovallo, 1997).

Além dos fenómenos psíquicos, a síndrome de stress tem um componente somático, induzido pela produção aumentada de corticotrofina, activação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarenal (HHA), e mudanças no sistema monoaminérgico central, no sistema nervoso autónomo e no sistema imunológico (Praag, Kloet & Os, 2004).

O hipotálamo recebe as informações acerca do estado do organismo, tais como, estado da oxigenação, pH, níveis de glicemia e temperatura e mantém a homeostase<sup>21</sup> através do sistema nervoso autónomo (simpático e parassimpático) e endócrino (Lovallo, 1997; McEwen, 2002; Berntson & Cacioppo, 2000).

Os sistemas alostáticos ajudam a manter o corpo estável sendo eles próprios capazes de mudar. A aloestase é produzida por um rápido, intrincado e organizado sistema de comunicação entre o cérebro que percebe a situação ameaçadora, o sistema endócrino e o sistema imune para defesa interna. A aloestase é reconhecida como a resposta de luta ou fuga porque, levada ao extremo, prepara o organismo para essas duas eventualidades. O objectivo principal é adquirir o máximo de energia nas partes necessárias do corpo para responder à ameaça. A aloestase não tem só como função manter a estabilidade do organismo em situações de ameaça, mas também noutras situações em que é necessária uma resposta, como levantar-se de manhã. A mente humana é de tal forma poderosa e as relações entre a percepção da ameaça e as respostas fisiológicas tão fortes que o indivíduo pode desenvolver uma resposta de luta ou fuga, só pelo facto de se imaginar perante uma situação ameaçadora (McEwen, 2000; McEwen, 2002).

É reconhecido que factores psicológicos, como agentes stressores, são capazes de induzir alterações comportamentais e fisiológicas significativas<sup>22</sup>. A libertação de glicocorticoides pelas glândulas supra-renais,

---

21 A homeostase é frequentemente descrita como a necessidade de um organismo para se manter internamente estável. Tem origem no grego *homeo*, que quer dizer o mesmo, e *stasis*, que significa estável, ou ficando estável. Alostase vem do grego *allo* que quer dizer variável mais *stasis*. O termo alostase ou "estabilidade para a mudança" que é uma componente essencial para a manutenção da homeostasia foi referido por Sterling e Eyer nos anos de 1980 para explicar os métodos rápidos e eficientes do corpo para lidar com perigo. O conceito de homeostase teve particular proeminência na psicopatologia e na medicina comportamental relativamente ao reputado papel do processo homeostático na regulação dos sistemas autónomo e neuroendócrino (Berntson & Cacioppo, 2000; McEwen, 2002).

22 Mendes (2002) referindo-se a Labrador (1995) aponta que o stress corresponde a respostas físicas ou quimicamente mensuráveis, produzidas pela activação de três eixos. O eixo neuronal que é o primeiro a ser estimulado perante uma situação de stress sendo uma resposta imediata e curta que provoca alteração do sistema nervoso simpático e tem por finalidade preparar o organismo



como consequência da activação do eixo HHA para preparar o organismo para desafios fisiológicos ou ambientais tem um importante papel na resposta ao stress e na manutenção da homeostase durante esta resposta (McEwen, 2000).

O eixo HHA é central na resposta ao stress (Lovallo & Thomas, 2000) e responsável pela fase de ajustamento da resposta alostática. É activado quando o hipotálamo segrega a corticotrofina estimulando a hipófise a produzir a adrenocorticotrofina (ACTH) que por sua vez vai estimular as glândulas adrenais a produzir a segunda das hormonas principais do stress, o cortisol. Esta activação rápida do eixo HHA tem o efeito de elevar os níveis de glicose do sangue e um efeito de manutenção dos sistemas vitais (McEwen, 2002; Ströhle & Holsboer, 2003; Gutman, Musselman, Nemeroff, 2003).<sup>23</sup>

Mas a persistência e a intensidade exagerada do stress, podem tornar o eixo HHA hiper-reactivo, com prejuízos potenciais para o organismo. Em pacientes deprimidos, o controle inibitório da actividade do eixo HHA parece estar comprometido. A falha ou incapacidade no controlo dos mecanismos alostáticos pode ser o resultado da estimulação frequente dos sistemas alostáticos e é considerado como o preço da adaptação (Barlow, 2002; McEwen, 2002; Praag, Kloet & Os, 2004; Gilbert, 2004). Voltaremos a esta questão mais adiante.

#### O MODELO DE LAZARUS E FOLKMAN

Lazarus & Folkman (1984) desenvolveram um modelo que caracterizam como sendo *relacional*, *motivacional* e *cognitivo* concebendo o stress como parte de um tópico mais amplo: o estudo das emoções humanas. Lazarus (1999) enfatiza que quando há stress há também emoções, e neste âmbito, estas devem constituir o âmago dos estudos. Assim, este modelo define-se como *relacional*, uma vez que se aceita que

---

para um maior gasto de energia, necessária para uma acção imediata e intensa, através do aumento da tensão arterial, da respiração, do ritmo cardíaco e da libertação de glicose.

O eixo neuro-endócrino, que é activado quando o eixo neuronal fica impossibilitado de continuar a dar resposta em condições de stress mais prolongadas, é mais lento e inicia-se com a activação da medula das glândulas supra-renais com a consequente libertação de adrenalina e noradrenalina. Os efeitos da activação deste eixo são semelhantes aos do primeiro, mas podem prolongar-se durante mais tempo. A sua activação é importante para o tipo de resposta de luta ou fuga descrita por Cannon. Perante uma situação de stress o organismo prepara-se do ponto de vista motor para defrontar a ameaça ou para escapar.

O prolongamento da situação de stress activa o eixo endócrino, que pode subdividir-se em 4 sub-eixos: O primeiro, eixo HHA com a libertação de glicocorticoides que reforçam as acções do sistema nervoso simpático sobre o sistema circulatório mantendo os níveis de glicose no sangue. São ainda libertados mineralocorticoides que facilitam a retenção de sal e líquidos e o aumento de depósitos de glicogénio no fígado e andrógenos. Os outros três sub-eixos implicam a secreção da hormona do crescimento, o aumento da secreção das hormonas tiroideias, que aumentam o metabolismo, e a secreção de vasopressina, que aumenta a retenção de líquidos.

<sup>23</sup> O eixo HHA corresponde a um sistema regulador que integra funções endócrinas e neurológicas. Barlow (2002) refere-se a um conjunto de estudos que suportam que o sistema CRF (*corticotrophin releasing factor* - factor libertador de corticotrofina) tem um papel central na neurofisiologia do stress, da ansiedade e da depressão. Vários estímulos ameaçadores podem activar *inputs* a partir de várias regiões do cérebro, *locus cerúleos*, sistema límbico, particularmente o hipocampo e a amígdala, e o córtex pré-frontal. Estes *inputs* activam as células neuro-secretoras do núcleo paraventricular do hipotálamo (estes neurónios são também encontrados no núcleo central da amígdala) segregando o CRF. O sistema CRF actua em sinergia com a arginina vasopressina (AVP). O CRF e a AVP estimulam na hipófise anterior, a libertação da hormona adrenocorticotrófica (ACTH). Esta promove, no córtex supra-renal, a libertação de cortisol. O cortisol é o produto final da activação do eixo HHA. O cortisol combinado com as catecolaminas libertadas na medula adrenal e com os nervos terminais nervosos simpáticos aumentam os níveis de glicose circulante, a frequência cardíaca e a tensão arterial. Este sistema é controlado e regulado por um sistema de *feedback* negativo mediado pelos glicocorticoides e localizado primeiramente no hipocampo e septo, mas também por receptores encontrados noutras partes do cérebro.

as emoções são sempre acerca das relações da pessoa com o meio e *motivacional*, uma vez que se considera que há uma hierarquização dos objectivos daquilo que a pessoa faz em qualquer circunstância, com activação numa dada situação particular, transformando-os em comportamentos e gerando novos objectivos. O princípio motivacional indica que as emoções são reacções avaliativas dos objectivos a toda a hora, em todos os aspectos da vida. Por último, é *cognitivo* quando se refere ao conhecimento e à avaliação do que está a acontecer num meio em adaptação. Este conhecimento que consiste num leque de crenças, tanto situacionais como gerais, explica como o mundo funciona. A avaliação respeita ao significado do que está a acontecer ao bem-estar pessoal. Esta avaliação é essencial na produção de emoções porque relaciona aquilo que é próprio de cada indivíduo com um meio em mudança.

Tendo em conta este modelo, a ansiedade, uma das emoções existenciais, é uma reacção a ameaças à identidade da pessoa no contexto social em que vive. Diz respeito ao ser, ao querer e às crenças pessoais.

A ansiedade surge num tema relacional em que o indivíduo se confronta com a incerteza e/ou com uma ameaça existencial. Apesar da ameaça básica que está subjacente a toda a ansiedade ser de ordem existencial – e, conseqüentemente, simbólica e vaga – a pessoa pode experimentar ansiedade quando tem que enfrentar perigos reais. Estes perigos tornam-se, então, na materialização das ameaças existenciais.

No modelo de Lazarus & Folkman (1984) o stresse é um estado emocional que é gerado quando o indivíduo avalia as exigências (internas ou externas) como sendo causadoras de dano, ameaça ou desafio e como não tendo os recursos necessários para lhes fazer frente.

Assim, as emoções são desencadeadas tanto na avaliação primária (avaliação da exigência) como na secundária (avaliação de *coping*), constituindo os três conceitos – stresse, emoção e *coping* – uma unidade conceptual, na qual as emoções são o conceito supra organizador, pois inclui o stresse e o *coping*.

O fenómeno do stresse ocorre se a avaliação tem um resultado negativo e a situação é percebida como potencialmente prejudicial e difícil de lidar. O conceito de *coping* envolve uma variedade de comportamentos, cognições e percepções que oferecem alguma protecção ao stresse e estão relacionados com o bem-estar individual. A reacção pessoal aos acontecimentos depende de como cada pessoa percebe a situação, ameaçadora ou não. Neste sentido, não é a situação em si mesma, mas a forma como o indivíduo a avalia que determina a resposta emocional conseqüente. Na teoria de Lazarus, a avaliação cognitiva e o *coping* são os mediadores fundamentais das relações de stresse “pessoa-ambiente”. A reacção de stresse a um acontecimento não é uma simples propriedade do estímulo, mas o resultado das reacções emocionais e cognitivas do organismo. Apesar de se considerar que os estilos de *coping* são relativamente estáveis, estes são contextuais, podendo ser modificados de acordo com as situações. Assim, o conceito de *coping* deve ser entendido como um processo porque as circunstâncias pessoais e a maneira como elas são avaliadas são modificadas pela pessoa, no sentido de as tornar mais favoráveis (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 1993; Lazarus, 1999; Lovallo, 1997; Lovallo & Thomas, 2000).

Para Lazarus & Folkman (1984) uma avaliação consiste potencialmente em seis factores decisoriais. Três primários: relevância do objectivo, congruência do objectivo e tipo de envolvimento do eu. Três secundários: culpa e crédito, potencialidades de *coping* e expectativas futuras.

A avaliação primária ocorre quando o indivíduo se expõe a uma situação potencialmente geradora de stresse, tomando uma decisão quanto às possíveis consequências dessas exposições. Os componentes da avaliação secundária estão relacionados com as opções de *coping* e com as expectativas do que irá acontecer.

A opinião dos vários autores acerca do *coping* converge nos seguintes pontos: o *coping* tem múltiplas funções, incluindo a regulação do distresse e gestão de problemas que o causam; é influenciado pela avaliação das características do contexto stressante, incluindo a sua controlabilidade pelas disposições da personalidade incluindo o optimismo, o neuroticismo e ainda pelos recursos sociais (Folkman & Moskowitz, 2000).

#### RELAÇÃO ENTRE STRESSE, ANSIEDADE E DEPRESSÃO – MECANISMOS NEUROFISIOLÓGICOS

Do ponto de vista neurofisiológico a relação entre ansiedade, stresse e depressão pode ser ligada com a resposta atenuada de secreção de ACTH que, por sua vez, está presumivelmente ligada a uma hiper-secreção crónica de corticotrofina (Gutman, Musselman & Nemeroff, 2003).

Coloca-se a questão de como pode o stresse crónico provocar alterações no sistema mono-aminérgico e causar certas formas de depressão.

Como veremos, a resposta a esta questão não é simples e envolve um conjunto de estruturas neuro-endócrinas.

Muito do conhecimento dos fenómenos cognitivo-afectivos e do neuro-circuito acerca das perturbações afectivas está baseado em estudos com animais. Não obstante, o conhecimento vai no sentido de um envolvimento das estruturas límbicas (amígdala, hipocampo e hipotálamo). Os estudos, quer em animais, quer clínicos, indicam que a amígdala e a estrutura para-límbica têm um papel importante no medo condicionado e nas perturbações de ansiedade. As lesões da amígdala são, classicamente, associadas a uma resposta diminuída ao medo e, reciprocamente, à hiperactivação do sistema límbico que é característico de várias perturbações de ansiedade diferentes (Stein, 2002). O sistema límbico está intimamente relacionado com os aspectos emocionais da vida. Cada sistema sensorial do neocórtex envia projecções para o hipocampo e para a amígdala e este *input* é distribuído através do sistema límbico. Há inúmeros *outputs* a partir do sistema límbico para as regiões de controlo autónomo que incluem vias para o hipotálamo. Os *inputs* do sistema das regiões límbicas para o hipotálamo permitem influenciar a actividade do sistema nervoso autónomo (McNeal, 1999).

O envolvimento do eixo HHA na neurobiologia da depressão é apoiado por estudos em animais, mas também pela evidência de que os indivíduos com síndrome de Cushing (caracterizada por hipercortisolemia) apresentam *deficits* cognitivos e alterações na estrutura e função hipocampais semelhantes às encontradas em pacientes deprimidos. Os resultados da pesquisa têm apoiado a hipótese de que a exposição prolongada a stressores tem um papel importante no desenvolvimento de transtornos depressivos evidenciando que o stresse pode causar alterações plásticas no hipocampo (Starkman *et al.* (1992) cit. in Joca, Padovan & Guimarães, 2003; Lovallo & Thomas, 2000; McEwen, 2000).

Uma extensa gama de funções “cognitivo-afectivas” pode ser pertinente para compreender a depressão e pode sugerir uma aproximação inicial correspondendo aos neurocircuitos da depressão (Stein, 2003). O stresse activa a libertação de corticotrofina e activação do eixo HHA e do sistema noro-adrenérgico.

A modulação de comportamento emocional, por exemplo dos esquemas depressivos, é mediada pelo córtex frontal. O baixo afecto positivo (AP), que é um dos aspectos característicos da depressão, foi associado com a hipoactivação do córtex frontal esquerdo (Mineka *et al.*, 1998, cit. in Stein, 2003).

Da mesma forma, os sistemas da memória relevantes para a depressão sugerem o envolvimento da amígdala e do hipocampo. Os indivíduos deprimidos mostram um preconceito para recordar informação negativa, particularmente quando esta é auto-referente (Stein, 2003). Os neurónios na amígdala estão activos durante as interacções sociais. A amígdala parece ter importância no processamento da informação que tem significado emocional. A amígdala serve de mediador entre a avaliação da experiência dos acontecimentos emocionais e a sua aquisição e consolidação em memória de longo prazo (Tranel & Damásio, 2000). Os estudos de Damásio em doentes com lesão dos circuitos que ligam o córtex pré-frontal à amígdala apontam para que, aqueles que sofrem deste tipo de lesão apresentam um elevado compromisso da capacidade de decisão, sem que, no entanto, apresentem diminuição do pensamento racional. Damásio sublinha também o importante papel das emoções<sup>24</sup> no pensamento humano e na construção do juízo moral.

A amígdala tem um papel principal na avaliação de uma variedade de estímulos emocionais. A excitação eléctrica da amígdala resulta num aumento das concentrações de cortisol. Os estudos em humanos ilustram que a percepção de estímulos afectivos negativos pode resultar em níveis de cortisol elevados. Tanto os baixos como os altos níveis de glicocorticoides estão associados com *deficits* no desempenho de memória (Damásio, 1996; Erickson, Drevets & Schulkin, 2003).

Como referimos, o cortisol, hormona glicocorticoide, é essencial para muitas formas de regulação fisiológica, como as respostas ao medo, de ansiedade e para a avaliação cognitiva. O cortisol, enquanto associado ao medo e a respostas de stresse, também é a hormona de metabolismo da energia e coordena a adaptação do comportamento a condições ambientais e internas pelo regulamento de muitos neurotransmissores e circuitos neurais. Afecta numerosos domínios cognitivos, inclusive a atenção, percepção, memória e o processo emocional. Níveis constantemente elevados de glicocorticoides podem conduzir a consequências adversas fisiológicas e cognitivas. A exposição prolongada a concentrações de cortisol elevadas pode resultar em fadiga, depressão, apatia, e dificuldade de concentração. No contexto do stresse crónico, as consequências a longo prazo desta exposição incluem atrofia neuronal no hipocampo e no córtex pré-frontal mediano, diminuições na densidade mineral óssea e compromisso da função de sistema imune (Erickson, Drevets & Schulkin, 2003).

Muitos indivíduos que sofrem de depressão apresentam irregularidade na secreção de cortisol, quando estimulados. Os doentes deprimidos revelam *deficits* na memória autobiográfica, as recordações positivas são menos acessíveis e tendem a expressar emoções mais negativas do que os não deprimidos. Estudos

---

24 Apesar de na literatura os conceitos de sentimento e emoções serem indistintamente utilizados, Damásio (1996; 2000) diferencia-os. Considera que o sentir das reacções emocionais quer dizer ter consciência das emoções. "É através dos sentimentos, que são dirigidos para o interior e são privados, que as emoções, que são dirigidas para o exterior e são públicas, iniciam o seu impacto na mente." (Damásio, 2000, p. 56) "A emoção bem dirigida parece ser o sistema de apoio sem o qual o edifício da razão não pode funcionar" (Damásio, 2000, p.62). À parte pública do processo chama emoção e à parte privada sentimento (Damásio, 2004).

imagiológicos revelam que várias regiões do cérebro, implicadas nestes processos emocionais, têm um anormal metabolismo de glicose e, em alguns casos, significativas relações entre a secreção de cortisol e a actividade metabólica durante a depressão. Também têm sido descritas anormalidades estruturais no hipocampo de doentes com distúrbio do humor, o que pode ser potencialmente atribuído à hipersecreção de cortisol<sup>25</sup>. A anormal expressão dos receptores de serotonina verificada nos doentes deprimidos pode também estar relacionada com a regulação anormal do cortisol (Erickson, Drevets & Schulkin, 2003).

Os *deficits* de neurotransmissores podem ser o resultado da desinibição do eixo HHA, resultante de uma perturbação do equilíbrio na neurotransmissão límbico-diencefálica, conduzindo à depressão. Nesta avaliação, está a superprodução de esteróides. A evidência inclui o aumento do CRF (factor libertador de corticotrofina), libertação de corticotrofina no fluido cerebrospinal dos pacientes deprimidos o que também é evidente nos ratos e primatas precocemente expostos a stresse. Estes aumentos do CRF são, provavelmente, devidos a hiperactividade do eixo de HHA a qual normaliza com tratamento antidepressivo (Mischoulon, Dougherty & Fava, 2004).

O CRF medeia não só as respostas endócrinas ao stresse, mas também um amplo conjunto de respostas cerebrais e comportamentais, incluindo o sistema nervoso autónomo e as respostas imunológicas. Um conjunto de neurotransmissores clássicos que estão implicados na depressão e ansiedade como o GABA (ácido gama-aminobutírico) e as monoaminas, tais como a serotonina e a noroadrenalina, estimulam a libertação de CRF. Os estudos em animais têm revelado que as infusões de CRF no núcleo central da amígdala produzem comportamentos do tipo ansiedade e depressão apontando para a possibilidade dos neurónios CRF na amígdala regular a transmissão serotoninérgica (Barlow, 2002).

Os resultados mais consistentes das neuroimagens em deprimidos indicam uma diminuição na taxa metabólica e do fluxo sanguíneo cerebral no córtex pré-frontal dorsolateral e nos gânglios da base e um aumento destes no córtex pré-frontal ventromedial e na amígdala. Revelam ainda uma diminuição do volume do córtex frontal, hipocampo, amígdala, e gânglios basais e quer aumentos quer diminuições em diferentes regiões do córtex cingulado (Mischoulon, Dougherty & Fava, 2004).

Para estes autores, a diminuição na taxa metabólica e no fluxo sanguíneo cerebral no córtex pré-frontal dorso lateral dos deprimidos pode estar associada com os distúrbios cognitivos durante os episódios depressivos major. O córtex pré-frontal ventromedial e a amígdala têm papéis vitais na resposta autonómica e emocional aos estímulos. Assim, o aumento na taxa metabólica e no fluxo sanguíneo cerebral nestas regiões do cérebro pode ser associado com muitos dos sintomas neurovegetativos que ocorrem durante os episódios depressivos major.

---

<sup>25</sup> Aproximadamente 50 a 60% dos doentes com depressão major apresentam alterações na secreção de ACTH e de cortisol (Ströhle & Holsboer, 2003). A  $\beta$ -endorfina é também um dos produtos deste processo (Gutman, Musselman & Nemeroff, 2003).

Num estudo com 217 doentes com distúrbios depressivos ocorrido após uma perda significativa, revelaram alterações psicobiológicas nos sistemas neuroendócrino e imunológico: alteração do eixo HHA, aumento da concentração no plasma de  $\beta$ -endorfinas, redução da secreção da tiróide e níveis significativamente aumentados da hormona tirotrófica, diminuição dos níveis de insulina e um desequilíbrio da imunidade celular e humoral (Kornetov, 2002).

É, no entanto, provável que haja uma interacção entre factores genéticos e ambientais que alteram a estrutura e o funcionamento do cérebro, contribuindo assim para os estados depressivos, mas, apesar da múltipla evidência que apoia a base biológica da depressão, estes mecanismos não estão ainda bem estudados (Mischoulon, Dougherty & Fava, 2004).

### TEORIA DAS AMINAS BIOGÉNICAS

Como referimos, são vários os factores que contribuem para a compreensão do stresse, ansiedade e depressão; entre eles, destaca-se cada vez mais a importância da bioquímica cerebral.

O conhecimento das últimas décadas encaminha-se para as interacções complexas dos neurotransmissores como a noradrenalina (NA), dopamina (DA) e serotonina (5-hidroxitriptamina ou 5-HT)<sup>26</sup>. Pensa-se

---

<sup>26</sup> Classicamente, o tratamento farmacológico da depressão consiste em agentes que afectam os neurotransmissores, que envolve três monoaminas: A serotonina, a noradrenalina, e/ou a dopamina. Dos anos cinquenta aos anos oitenta, duas classes de agentes, os inibidores da monoaminoxidase (IMAO) e os anti-depressivos tricíclicos (ADT), dominaram o tratamento de depressão. Os IMAO aumentam os níveis de 5-HT, de NA e DA bloqueando o seu metabolismo através da monoaminoxidase. Assim, estes são não selectivos. Os ADT funcionam por bloqueio de noradrenalina e/ou da recaptação da serotonina (Stahl, Grady & Niculescu, 2003).

Estas duas classes de agentes foram claramente efectivas na redução dos sintomas depressivos, mas incluem sérios e potenciais efeitos letais no sistema cardiovascular e também efeitos colaterais como sedação, boca seca e aumento de peso.

Nos anos oitenta, foi reconhecido que os inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ISRS) actuam no sistema da serotonina, aumentando os seus níveis com pouco efeito directo nos outros sistemas de neurotransmissores. Estes agentes parecem ser tão eficazes quanto os anteriores, e com menores efeitos colaterais, apresentando no entanto alguns efeitos como agitação, acatísia, ansiedade, ataques de pânico, insónia, deficiência orgânica sexual, efeitos gastrointestinais e dores de cabeça podendo conduzir a não adesão terapêutica (Stahl, Grady & Niculescu, 2003).

O papel da DA na fisiopatologia dos distúrbios depressivos é mal compreendido. É importante referir o papel que a dopamina tem na anedonia (McTavish *et al.*, 2005).

Os resultados de alguns estudos como os de Bowden *et al.* (1997) não são conclusivos. Os níveis do metabólito da dopamina, HVA, estão diminuídos no fluido cerebrospinal dos doentes deprimidos. Alguns estudos com imagens cerebrais demonstram aumentos no receptor postsináptico da dopamina (Verhoeff, 1999, cit. in McTavish *et al.*, 2005).

Um aumento da neurotransmissão dopaminérgica tem sido implicado na fisiopatologia do distúrbio bipolar, continuando contudo obscuro se esta anormalidade é devida a um aumento da dopamina libertada ou a um aumento da sensibilidade do receptor pós-sináptico (Anand *et al.*, 2000). Estes autores desenvolveram um estudo num grupo de doentes eutímicos diagnosticados com distúrbio bipolar, não encontrando evidência para um aumento da dopamina estriada libertada. Ao invés, estes dados são consistentes com um aumento da dopamina pós-sináptica.

Na depressão, os níveis de dopamina podem estar reduzidos. No entanto, os estudos acerca dos receptores da dopamina são controversos e nenhuma evidência conclusiva existe relativa à alteração do seu funcionamento na depressão.

Várias linhas de evidência sugerem a ocorrência de perturbações no metabolismo da 5-HT na depressão. As perturbações na 5-HT precedem a depressão e têm significado patogénico em lugar de serem consequências desta. No entanto deve ser enfatizado que as perturbações da 5-HT mencionadas não são características da depressão como tal, mas de um subgrupo de depressões. Praag (1996) considera que os pacientes com o sub-tipo de depressão – *stressor-precipitated, cortisol-induced, serotonin-related, anxiety/aggression-driven depression (SeCA depression)* são biologicamente caracterizados por síntese deficitária da 5-HT e pela sensibilidade reduzida do receptor 5-HT<sub>1A</sub>. Se, em condições normais, estas funções funcionam marginalmente, em situações de stresse falham com grande facilidade devido a superprodução contínua de cortisol (Praag, Kloet & Os, 2004).

Há muitas inconsistências na hipótese das aminas biogénicas. Por exemplo, o atraso de tempo do efeito antidepressivo (normalmente 3-6 semanas) sugere que o mecanismo antidepressivo não é puramente dependente dos desequilíbrios dos neurotransmissores, porque estes desequilíbrios são corrigidos geralmente dentro de horas após a administração da primeira dose de antidepressivo. Recentemente, a teoria das monoaminas foi colocada em causa baseado no conhecimento dos mecanismos de alguns dos agentes antidepressivos mais recentes. Exemplos de tais medicamentos incluem antagonistas da substância P. Os antagonistas sintéticos da substância P podem possuir efeitos antidepressivos e acredita-se que são activos nas áreas do cérebro que envolvem as emoções (Mischoulon, Dougherty & Fava, 2004).

que o efeito anti-depressivo se dê à custa de um aumento da disponibilidade destes neurotransmissores no SNC. Este aumento de neurotransmissores, na fenda sináptica, dá-se através do bloqueio da recaptação da NA e da 5-HT no neurónio pré-sináptico ou ainda, através da inibição da monoaminoxidase, que é a enzima responsável pela inactivação destes neurotransmissores. Este aumento da disponibilidade dos neurotransmissores na fenda sináptica é conseguido através da inibição na recaptação destas aminas pelos receptores pré-sinápticos (Gutman, Musselman & Nemeroff, 2003).

Alguns estudos revelam características bioquímicas comuns a muitos pacientes deprimidos. Estas incluem níveis diminuídos de 5-HIAA (5-hydroxyindoleacetic acid), um metabólito da serotonina, no fluido cerebrospinal de doentes não medicados e níveis diminuídos de serotonina e de 5-HIAA no tecido cerebral e ainda, níveis diminuídos de triptofano no plasma. Muitos pacientes deprimidos apresentam também diminuição do ácido homovanílico (HVA), um metabólito da dopamina, no fluido cerebrospinal (embora este achado não seja consistente) e ainda, variações na urina, no fluido cerebrospinal e no plasma dos níveis de cortisol e de noradrenalina (Mischoulon, Dougherty & Fava, 2004).

Não obstante, há boa razão para particularizar a atenção na serotonina, dada a importância dos agentes serotoninérgicos no tratamento destas condições. Realmente, a eficácia dos inibidores selectivos de recaptação da serotonina (ISRS) na depressão e na ansiedade levanta a questão de como diferentes perturbações podem responder à mesma classe de medicamentos. Tem sido também encontrada evidência da relação entre a função serotoninérgica diminuída e a impulsividade. A perspectiva da neurociência enfatiza que o humor é naturalmente mediado através de circuitos neurais específicos que estão disfuncionais em indivíduos deprimidos e que o sistema serotoninérgico e os receptores selectivos da serotonina agem para normalizar este neuro-circuito. Este modelo suporta um conjunto de resultados no sentido de como os stressores precoces têm um impacto negativo no humor (Stein & Hollander, 2001; Stein, 2003; Gutman, Musselman & Nemeroff, 2003).

Os factores que envolvem a plasticidade neuronal no hipocampo parecem estar envolvidos na mediação das consequências comportamentais do stress. Um grande número de resultados obtidos em estudos farmacológicos, morfológicos, electrofisiológicos e moleculares mostram que o hipocampo é alterado pela exposição a stressores significativos. Esta estrutura parece ter um papel importante na mediação dos efeitos terapêuticos dos tratamentos antidepressivos actuando possivelmente de forma sinérgica com os glicocorticoides (Joca, Padovan & Guimarães, 2003).

Parece que o stress pode causar perturbações das estruturas cerebrais e estar na base de algumas formas de depressão ou de componentes particulares de síndromas depressivos devido a mudanças na 5-HT e nos sistemas hormonais do stress (Praag, 2005). Assim, as mudanças na 5-HT e no sistema das hormonas do stress, produzidas por situações de stress continuado, levam a uma ampliação substancial dos distúrbios nesses sistemas que podem ser observados na depressão.

Parece assim ter fundamento o facto da depressão poder ser induzida pelo stress. O tipo de depressão em causa, chamada de *"anxiety/aggression-driven"* é caracterizada relativamente às alterações ao nível psicopatológico, biológico e psicológico, devendo ser enfatizadas as sequelas neurobiológicas do stress.

Os dados relativos às perturbações estudadas no funcionamento mono-aminérgico nas perturbações do humor apontam para *deficits* funcionais relativos ao 5-HT e à DA, enquanto que, relativamente ao sistema noradrenérgico, alguns resultados sustentam um extenuamento, enquanto outros são sugestivos de hipocatividade daquele sistema.

Mas, as perturbações no sistema mono-aminérgico não são um fenómeno universal na depressão. Acontece somente em alguns subgrupos. A evidência indica que as perturbações do sistema mono-aminérgico são funcionalmente específicas, enquanto associadas com particulares alterações psíquicas (Praag, Kloet & Os, 2004).

## **5. MODELO TRIPARTIDO DA DEPRESSÃO E DA ANSIEDADE – UM SUPORTE OPERACIONAL**

Como temos vindo a argumentar, a relação entre estados “afectivo-emocionais” negativos tem sido alvo de atenção do ponto de vista clínico, conceptual e operacional, pelo que os investigadores têm vindo a desenvolver modelos que explicam a diferenciação e a sobreposição entre a depressão e a ansiedade.

Apesar da ansiedade e da depressão serem habitualmente consideradas como distintas, as duas perturbações apresentam características que se sobrepõem. Como veremos a seguir, esta sobreposição levou a que fossem desenvolvidos modelos que explicam as características comuns e aquelas que distinguem estes dois conceitos.

De facto, a discussão sobre a relação entre a ansiedade e depressão tem vindo a ser alvo de vários estudos e é tão antiga como o estudo destas síndromas, tendo sido interpretada como: a) diferentes pontos do mesmo contínuo; b) manifestações alternativas de uma diátese, doença subjacente da mesma natureza; c) síndromas heterogéneas que estão associadas porque compartilham alguns subtipos de sintomas; d) fenómenos separados em que, com o tempo, cada um pode desenvolver o outro; e) fenómeno distintos, do ponto de vista conceptual e empírico.

Os estudos que focaram um factor partilhado de distresse geral inclinaram-se para considerar a ansiedade e a depressão como pontos de um mesmo contínuo ou como uma diátese comum (a e b), enquanto que aqueles que se focalizaram em factores específicos apontam para fenómenos distintos (d e e). No entanto, uma completa caracterização da ansiedade e da depressão deve ter em conta cada um dos pontos de vista assinalados (Clark & Watson, 1991).

O modelo tripartido da ansiedade e da depressão proposto por estes autores explica as características que se sobrepõem e as que distinguem a ansiedade e a depressão. Este modelo aponta os três factores seguintes: afecto negativo (AN) que agrupa características pertencentes à ansiedade e à depressão; reduzido afecto positivo (AP), comum à depressão, e hiperestimulação fisiológica (HF), comum à ansiedade.

A afectividade negativa (AN) agrupa sintomas não específicos experimentados por pessoas ansiosas e deprimidas que são responsáveis pela associação entre os dois construtos e constituem um factor não específico que foi nomeado por Watson & Clark (1984) como distresse geral, já anteriormente descrito por



Eysenck & Eysenck (1975) como neuroticismo. É uma dimensão disposicional do humor, uma sensibilidade temperamental a estímulos negativos que, para além dos sintomas da ansiedade e da depressão, inclui ainda outros, como insónia, inquietude, irritabilidade e dificuldade de concentração. Os indivíduos com alta AN tendem a sofrer de distresse, são medrosos, hostis, agitados, nervosos e depreciativos e têm uma visão negativa de si, enquanto que os que têm baixa AN são calmos, relaxados, plácidos, seguros e satisfeitos consigo. Contrariamente, AP representa o quanto uma pessoa sente interesse pela vida e é mais claramente definida por expressões de energia e comprometimento agradável, e termos, como, vigor, encantamento, interesse, entusiasmo e orgulho. Indivíduos com alto AP são excitados, activos, entusiastas, vigorosos e fortes e o inverso é bem apreendido por termos como fadiga e languidez, lentidão, inércia e preguiça. Então, reduzido AP inclui manifestações de anedonia e ausência de experiências emocionais positivas que caracterizam a depressão, tais como sentimentos de desinteresse pelas coisas, falta de energia, sentimentos de que nada é agradável e falta de prazer na vida (Watson & Clark 1984; Watson & Tellegen, 1985; Clark & Watson, 1991; Meyer & Shack, 1989; Clark, Watson, & Mineka, 1994).

O estilo atribucional negativo, pensamentos negativos auto-referenciados e crenças disfuncionais não são somente específicos da depressão, mas representam o aspecto cognitivo do afecto negativo.

É, no entanto, proposto que a ansiedade possa ser distinguida da depressão pela presença de sintomas de hiperestimulação fisiológica e que a depressão possa ser diferenciada da ansiedade, através dos sintomas indicativos de baixo afecto positivo. Assim, para que os instrumentos de avaliação possam discriminar entre ansiedade e depressão devem incluir um número substancial de itens que avaliem o baixo afecto positivo e a estimulação fisiológica (Clark & Watson, 1991).

A HF inclui manifestações de tensão somática e hiperactividade, sintomas característicos da ansiedade, como aumento da frequência cardíaca, respiração breve e superficial, enjoo ou tonturas, boca seca e tremores. Esta dimensão está especificamente relacionada com perturbações de ansiedade e é de uma importância central nas perturbações de pânico. Pode ser a combinação entre a afectividade negativa e a estimulação ansiosa que pode levar ao distúrbio de pânico. A justificação para tal é a de que a perturbação de pânico se desenvolve quando uma pessoa que já experimentou reacções de alarme fica, ansiosamente, apreensiva em relação a ataques subsequentes, e, por sua vez, serem os indivíduos com elevado afecto negativo os mais propensos a desenvolverem níveis de apreensão ansiosa (Clark & Watson, 1991; Clark, Watson, & Mineka, 1994).

A ansiedade é a instável e tensa antecipação a um acontecimento ameaçador mas vago e um sentimento de expectativa intranquila. É um afecto negativo tão proximamente relacionado com o medo que, em muitas circunstâncias, as duas condições são usadas arbitrariamente; tal como a ansiedade, o medo também é uma combinação de stresse e antecipação desagradável. Mas podem ser feitas distinções entre as causas, duração e manutenção do medo e da ansiedade (Rachman, 2004).

Apesar da distinção entre ansiedade e depressão poder ser feita pela relativa ausência de humor positivo e de experiências prazerosas, termos que reflectem humor deprimido, como tristeza ou melancolia, ou desprendimento interpessoal, como sós ou solitários, representam uma mistura de afecto negativo relativamente alto e afecto positivo moderadamente baixo, o que sugere que enquanto o humor ansioso é, essen-

cialmente, um estado de elevado afecto negativo, o humor depressivo é um estado afectivo mais complexo que inclui um significativo componente secundário de baixo afecto positivo (Watson & Clark 1984; Watson & Tellegen, 1985; Clark & Watson, 1991).

Estados de humor negativos, experienciados por pessoas com alto afecto negativo, incluem sentimentos subjectivos de nervosismo, tensão e preocupação, características que ainda assim não são suficientes para rotular o construto, dado que AN representa uma condição negativa mais geral, incluindo também estados afectivos como raiva, desprezo, revulsão (reação ou mudança repentina, exagerada), culpa, insatisfação pessoal, sentido de rejeição e, até certo ponto, tristeza. Noutro sentido, um nível de elevado afecto negativo não implica necessariamente uma falta de alegria, excitação ou entusiasmo (Watson & Clark, 1984).

Esta visão tripartida implica que, para uma completa descrição do humor, é necessário avaliar relativamente às duas síndromas os sintomas comuns que são o distresse geral e ainda os vários sintomas particulares da ansiedade e da depressão (Clark & Watson, 1991).

Este modelo é empiricamente suportado, de forma total ou parcial, por um conjunto de estudos subsequentes, nomeadamente os de Clark, Steer & Beck (1994); Steer, Clark & Ranieri (1994); Watson *et al.* (1995a; 1995b); Steer, Clark, Beck, & Ranieri (1995); Joiner (1996); Joiner, Catanzaro & Laurent (1996) e Brown, Chorpita, Korótitsch & Barlow (1997).

O conceito de stresse coloca questões adicionais relativamente ao estudo de estados ou condições afectivas negativas, sendo este considerado por Lovibond & Lovibond (1995a; 1995b), como um padrão ou estado de reacção afectiva que tem claras afinidades com a ansiedade.

Noutro sentido, a abordagem de Lazarus & Folkman (1984), a que nos referimos anteriormente, aponta para um modelo cognitivo, relacional e motivacional.

Não obstante as posições referidas, nem todos os individuos com ansiedade apresentam características de perturbações depressivas. Alguns com perturbações de ansiedade estão clinicamente livres de depressão significativa e outros com perturbações depressivas não experimentam níveis significativos de ansiedade. Porém, a frequente co-ocorrência de sintomas de ansiedade e de depressão, num subconjunto significativo de pacientes, indica que a sua identificação é um importante passo para descobrir uma etiologia comum (Gutman, Musselman & Nemeroff, 2003).

Os estudos evidenciam a existência de co-morbilidade entre a depressão, a ansiedade e o stresse. A prevalência do distúrbio de ansiedade em doentes com depressão foi calculada em 57%, embora a ansiedade pura, sem depressão, seja mais comum que a depressão pura, sem ansiedade (Stein & Hollander, 2001).

Em três estudos que desenvolvemos em Portugal os dados indiciam a co-ocorrência destas duas perturbações evidenciando uma forte associação entre a depressão, a ansiedade e o stresse<sup>27</sup>.

---

27 Estes estudos estão publicados em três artigos, respectivamente Apóstolo, Mendes & Azeredo (2006); Apóstolo, Mendes & Rodrigues (2007) e Apóstolo, Ventura, Caetano & Costa (2007) em que referenciamos e discutimos um amplo corpo de resultados, nacionais e internacionais, que evidenciam a comorbilidade entre a depressão, a ansiedade e o stresse. Contudo, na parte II deste relatório, nos estudos preparatórios, respeitante à adaptação para português da Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) referiremos alguns destes resultados e discutiremos esta questão de forma mais aprofundada.

Em resumo, neste capítulo apresentámos argumentos que sustentam várias teses explicativas das perturbações depressivas. Os argumentos das teorias cognitivistas sugerem que os esquemas negativos do pensamento dominam o sentido que o indivíduo atribui aos acontecimentos levando a uma construção negativa de si mesmo, do futuro e do mundo. A perspectiva neurofisiológica sugere a desregulação do sistema CRF e do eixo HHA relacionado com o stress contínuo e a exposição elevada e prolongada ao cortisol, com inerente lesão das estruturas límbicas.

Não obstante, a depressão não pode ser reduzida simplesmente a qualquer fórmula cognitiva, ou a qualquer deficiência orgânica. Ao mesmo tempo é improvável que a depressão possa ser entendida simplesmente em termos de uma resposta significativa a um ambiente adverso.

O conceito de deficiência neuro-química provê uma base explicativa para examinar as distorções *emocionais, cognitivas, motivacionais e físicas* que caracterizam a depressão. Porém, e para além destes argumentos, uma compreensão das perdas sociais, dos stressores da vida diária, ou do apoio social são cruciais para explicar a ocorrência e o desenvolvimento da depressão.

Parece assim, ser importante adoptar uma abordagem multi-dimensional da depressão, focalizada não só nos aspectos psicopatológicos e nos mecanismos neuroquímicos, mas também na capacidade de resiliência do ser humano (Stein, 2002).

Finalmente o modelo tripartido de Clark & Watson (1991) sustentando três factores (AN, que agrupa características pertencentes à ansiedade e à depressão; reduzido AP, comum à depressão, e HF, comum à ansiedade) é um modelo que tem revelado bons argumentos para suportar a operacionalização da depressão, ansiedade e stress.



# **O imaginário conduzido (guided imagery)**

**Capítulo III**

(Página deixada propositadamente em branco)

“Houve um dia, que eu entrei num ambiente como se estivesse noutra mundo. É das terapias com que me sinto melhor, ou porque nós tenhamos que flutuar naquilo que ela manda, mas esta terapia é a melhor”.

(Doente internado num serviço de clínica psiquiátrica)

## 1. IMAGINÁRIO, IMAGERY, IMAGINAÇÃO, IMAGENS MENTAIS E PERCEPÇÃO

A *imagery* é um processo de pensamento que evoca e usa os sentidos: visão, audição, olfacto, paladar e tacto e ainda os sentidos do movimento, posição e toque para produzir mudanças regeneradoras no corpo (Achterberg, 1985; Seaward, 2002). É “um fluxo de pensamentos que se podem ver, ouvir, sentir, cheirar, ou degustar. (...) é a “moeda corrente” dos sonhos e do sonhar acordado (*day-dreams*), das memórias e reminiscências, dos planos, projecções e possibilidades. É a linguagem das artes, das emoções e mais importante, do eu interior” (Rossman, 2000, p.13).

De facto, quando os olhos das pessoas estão abertos são visualizadas cenas e objectos exteriores ao corpo, que são apreendidos e percebidos como sendo uma realidade separada do *Si*. Mas quando a pessoa fecha os olhos, no silêncio, as imagens e os pensamentos surgem como se estivessem no interior da mente. No *olho da mente*, o indivíduo pode visualizar memórias ou acontecimentos passados, imaginar situações futuras, sonhar acordado sobre o que aconteceu, pode vir a acontecer, ou sobre acontecimentos para lá do espaço e do tempo. Uma imagem que acontece na mente, seja ou não induzida por estímulos exteriores, é uma experiência directa no mundo interior. No mundo interior, qualquer imagem é real, não no sentido em que pode ser diferenciada do mundo exterior, mas no sentido duma experiência interna. Se a pessoa está envolvida numa fantasia, por exemplo sexual, a sua experiência é real, uma vez que a imagem é experienciada no mundo interno. Enquanto uma pessoa sonha acordada, o mundo externo pode retroceder e desaparecer. O corpo da pessoa que é a ligação entre o mundo interno e o mundo externo, pode ser estimulado e responder fisiologicamente à imagem interior (Samuels & Samuels, 1975). A *imagery*<sup>28</sup>, conceito utilizado na língua inglesa, não tem uma tradução directa para português sendo, nos vários dicionários consultados, traduzida por “imagens”.

---

28 Rossman considera que a *imagery* “é uma janela para o mundo interno, uma forma de observar as nossas ideias, sentimentos, e interpretações. Para além de ser um meio de observação do mundo interno, é um meio de transformação e de libertação das distorções inconscientes que podem influenciar a vida e dar forma à saúde. A imaginação (*imagination*), neste sentido, não é suficientemente valorizada na cultura actual. O imaginário (*imaginary*) é comparado com o fantástico, irreal e o não prático. A sociedade valoriza o prático, o utilitário, o real. No entanto sem imaginação a humanidade já teria sido extinta há muito tempo. Uma imagem (*image*) é uma representação mental interna da nossa experiência ou das nossas fantasias, um modo que a mente tem para codificar, armazenar e expressar informação” (2000, p. 13).

Como podemos verificar o autor utiliza os termos em inglês, *image*, *imagination* e *imaginary*, que traduzimos por imagem, imaginação e imaginário, o que aumenta a dificuldade na tradução do termo *imagery* para a língua portuguesa.

No Dicionário da Academia das Ciências de Lisboa, imagem, (do latim *imago*) significa: “1. Representação gráfica, plástica ou fotografia de uma pessoa ou coisa. (...) 7. Representação mental de uma impressão ou percepção, na ausência de um objecto que a provoca. (...) 11. Produto da imaginação”.

Imaginar (do latim *imaginare*) significa: “1. Formar na mente, no pensamento, uma ideia, uma imagem, uma representação;

É um fenómeno indicado por uma vasta gama de expressões (como ter uma fotografia na cabeça, visualização, imagem ou fotografia mental, vendo no olho da mente, imaginar que se está a ver ou a tactear algo, visualização, visualização mental, sonho acordado<sup>29</sup>, *imagery* mental ou criação de imagens mentais, entre outras). Pelo facto das imagens mentais serem imagens de algo ou de alguém podem ainda ser consideradas como representações mentais (Thomas, 1997b).

A *Imagery* é considerada um produto da imaginação. A opção mais plausível é a de que a activação da imaginação leva (não exclusivamente) à produção de *imagery* (Thomas 1997a; 1999a).

A imaginação é uma das características que tornam o homem único e que deram vantagem evolucionária ao *Homo Sapiens* sobre o *Homo Neanderthalis* (Thomas, 2003). Como habilidade cognitiva é um dos primeiros passos no processo criativo. Quando Einstein considerou a imaginação mais poderosa que o pensamento, quis dizer que a riqueza do pensamento é baseada na estrutura e na profundidade da imaginação humana (Achterberg, 1985; Rossman, 2000; Seaward, 2002).

A imaginação é o que dá significado à experiência sensorial. É o que torna a percepção mais que a mera excitação física dos órgãos dos sentidos. É graças a ela que a pessoa pode desenvolver a *imagery*, possibilitando-lhe ir para além dos limites da realidade perceptual presente, considerar recordações do passado e possibilidades para o futuro (Thomas, 1997b).

Apesar da *imagery* ser diferente da percepção, porque esta requer a presença do objecto, enquanto aquela não, a pessoa pode imaginar o objecto na sua ausência. Os diversos autores consideram que as imagens activadas pela imaginação têm efeitos semelhantes às captadas pela percepção de objectos reais. A *imagery* ou o recheio da imaginação, afecta o corpo aos vários níveis, superficial ou profundo, como teremos a oportunidade de descrever.

No entanto, convém discutir importantes diferenças experienciais entre a *imagery* e a percepção. Sem que essas diferenças sejam feitas, a *imagery* pode ser considerada como uma alucinação. Considerando que as imagens mentais acontecem em estados conscientes que são geralmente distintos dos estados perceptuais, a sua descrição ontológica depende de como é entendida a consciência e os seus objectos não-perceptuais. Estes objectos mentais não têm existência anterior fora de consciência e não compartilham muitas

---

conceber na imaginação. Conceber, visualizar”.

Imaginação (do latim *imaginatio*) significa: “1. Acção de imaginar. 2. Faculdade que o espírito tem de representar conceitos ou imagens mentais de algo não presente nos sentidos. 3. Faculdade de inventar, de criar representações de objectos ainda não percebidos ou de fazer novas combinações de imagens. 4. Faculdade de evocar objectos não presentes mas já percebidos. (...) 6. Coisa imaginária. Objecto imaginário. 7. Processo de criação de acontecimentos ou objectos sem o auxílio da informação sensorial. (...) 9. Capacidade de reprodução de imagens armazenadas na memória através da sugestão de imagens associadas ou de reformulação de experiências passadas, criando novas imagens com um objectivo definido ou como auxílio na resolução de problemas”.

Imaginário (do latim *imaginarius*) significa o “que existe apenas na fantasia, na imaginação; mundo criado pela imaginação ≈ Fantástico, fictício, irreal ≠ Efectivo, real, verdadeiro” (Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p. 2028 e 2029).

<sup>29</sup> O sonho acordado e a fantasia são considerados por Samuels & Samuels (1975) como um tipo de *imagery* desenvolvido com a combinação de imagens da imaginação e imagens da memória. As pessoas visualizam cenas, objectos e outras pessoas em movimento. Os objectos e as pessoas podem ser conhecidos ou desconhecidos e a situação pode ou não ter ocorrido, podendo ter uma orientação futura. O sonho acordado introduz o tempo e o espaço na imagem interior.



das propriedades dos objectos ordinários. As imagens mentais são criações momentâneas da consciência, embora algumas sejam induzidas através de condições sensoriais (Birch, 2003).

Todo o pensamento humano surge inicialmente como imagem. O conhecimento factual necessário para o raciocínio chega à mente sob a forma de imagens. A contemplação de uma paisagem, a leitura, a audição de música formam imagens perceptivas, mas o pensamento sobre essa paisagem ou sobre a mesma música é também constituído por imagens evocadas. A utilização de imagens evocadas pode servir para recuperar um determinado tipo de acontecimento do passado, ou sobre o planeamento de algo que ainda não ocorreu ou pode nunca vir a ser concretizado. A natureza destas imagens, tenham ou não acontecido, é idêntica. As imagens que nunca aconteceram ou que podem nunca vir a acontecer constituem a memória de um futuro possível (Damásio, 1996).

Este autor considera que as imagens perceptivas evocadas a partir do passado ou a partir de planos para o futuro são reais para a pessoa. São construções do cérebro, a partir de uma maquinaria neural complexa de percepção, memória e raciocínio. Sejam elas reposições de um acontecimento real ou fruto da imaginação, a sua construção é regulada pelo mundo exterior ao cérebro ou inteiramente dirigida pelo seu interior, “pelo doce e silencioso processo do pensamento, de cima para baixo” como é o caso da evocação de uma melodia favorita ou da recordação de cenas visuais (1996, p. 113).

As imagens mentais, na perspectiva de Thomas (1997b; 1999a) são potenciais conteúdos da consciência. A *imagery* é produto da memória e da imaginação e tendo influência na estimulação do sistema nervoso é, de certo modo, semelhante a uma situação de estimulação factual, “objectal” ou de um acontecimento. No entanto, a pessoa sabe que a imagem criada pelo estímulo não é real e não há nenhuma possibilidade de criar, durante o processo imaginativo, algo que não seja produto da própria imaginação.

Clarificando alguma discussão acerca da natureza da *imagery*, Thomas (1997a; 1997b; 1999a) refere-se a este conceito para designar o que se supõe serem experiências perceptuais, mas que acontecem na ausência do objecto que parece estar a ser percebido. Neste sentido, a *imagery* é uma experiência quase perceptual. É também reconhecida por Kosslyn (1983), cit. in (Thomas 1997b) como um tipo particular de processo cognitivo.

Ahsen (1993) coloca a questão relativa ao estatuto virtual ou ilusório da *imagery*. É criado algo realmente novo ou é essencialmente uma ilusão? “Jogar” com a imaginação poderá ser considerado ilusório, no sentido em que “joga” com alguma coisa que ainda não aconteceu, ou seja, “joga” com o que não é, com efeito, uma existência objectiva. A questão coloca-se no sentido de como se passa através da ilusão do ainda-não, para a realidade de isto-é. Num sentido, ainda não é realmente, porque na realidade só é no sentido futurístico. A solução parece estar em considerar que é a realidade a tornar-se sentido. A realidade imaginativa é, ao mesmo tempo, totalmente mental e totalmente objectiva, no sentido meta-psicológico, uma é inseparável da outra.

A *imagery*, por definição, é um evento mental. Ocorre quando a informação perceptual é acedida pela memória, dando origem à experiência de *ver com o olho da mente*, *ouvir com o ouvido da mente*, etc. Contrariamente, a percepção acontece quando a informação é directamente registada a partir dos sentidos (Kosslyn, Ganis & Thompson, 2001; Kosslyn & Thompson, 2003).

As experiências de *imagery* podem ser consideradas como ecos ou reconstruções da actual percepção sobre as experiências ocorridas no passado ou a antecipação possível de experiências futuras frequentemente desejadas ou temidas. Assim, as várias teorias reconhecem que a *imagery* tem um papel importante na memória, na motivação, no raciocínio óculo-espacial e no pensamento criativo, bem como em todos os processos de pensamento (Thomas, 1997b).

Como referenciámos, várias teorias têm sido apontadas para esclarecer esta relação entre a percepção e a *imagery*<sup>30</sup>, mas Stephen Kosslyn é reconhecidamente um autor que tem dedicado parte da sua investigação a esta área. Assume que as “*quasi-pictures*” ou “representações superficiais” são construídas com base na informação das representações profundas. Quando a representação superficial é estabelecida, fica disponível à consciência como uma imagem. A informação que estava meramente implícita na representação profunda pode ser extraída por aquilo que se reconhece ser “a função de olho de mente”. A formação de uma imagem mental envolve a activação temporária de unidades representacionais recuperadas a partir da memória de longa duração e colocadas num processador que Stephen Kosslyn apelidou de “*visual buffer*” que traduzimos por transdutor visual. As representações, transitivamente activadas no transdutor visual, são experienciadas pelos sujeitos como sendo estruturalmente análogas aos acontecimentos perceptuais e são acessíveis à inspecção consciente como os acontecimentos perceptuais o são (Thomas, 1999a; Cocude, Charlot & Denis, 1997).

A imagem fica entre a memória e a imaginação, mas está mais próxima da imaginação do que da memória porque podemos recordar sem imagem mas não podemos imaginar sem imagem (Ahsen 1993). A organização da memória de longa duração é importante para o processo de geração das imagens mentais automáticas e controladas (Pearson, Beni & Cornoldi, 2000).

No que à memória diz respeito, os resultados de Kealy & Arbuthnott (2003) evidenciam que as características fenoménicas quer do I.C. quer da *imagery* natural são no global semelhantes às dos eventos lembrados. No entanto, os detalhes contextuais e temporais, contexto familiar e lembrança de eventos circunvizinhos são menos vividos relativamente ao I.C. do que os relativos aos acontecimentos percebidos.

As imagens mentais não resultam simplesmente da reevocação de objectos percebidos ou de acontecimentos, podendo também ser criadas combinando e modificando informação armazenada proveniente de narração prévia (Kosslyn, Ganis & Thompson, 2001). No sentido exacto não há percepção por um lado e imagem mental por outro. A actividade de perceber ou de imaginar é que toma formas diferentes tendo em conta se a realidade é percebida ou imaginada (Thomas, 1999a). Durante a *imagery*, o cérebro recorre a uma estrutura de dados que funciona para orientar a exploração perceptual do mundo e que está activa da mesma forma que está durante a percepção (Thomas, 2006).

---

30 Sobre a relação entre a percepção e *imagery* são essencialmente consideradas três tipos de teorias: as teorias estruturais sustentando que as imagens mentais têm as mesmas propriedades espaciais e pictóricas que os objectos físicos reais; as teorias funcionais defendendo que a formação e a transformação das imagens contribui para a comparação e o reconhecimento do objecto e as teorias interactivas que propõem que a *imagery* contribui directamente no desenvolvimento do processo perceptual. Uma revisão mais aprofundada é feita por Finke (1985) e por Cornoldi *et al.* (1996).

Como temos vindo a referir, as imagens activadas pela imaginação têm efeitos semelhantes às captadas pela percepção dos objectos reais. A adicionar aos argumentos já expostos está o facto da percepção e da *imagery* partilharem estruturas cerebrais. São referidos vários estudos que têm demonstrado esta partilha, como os estudos desenvolvidos acerca do fenómeno de Perky<sup>31</sup> (Singer, 1974; Bartolomeo, 2002) ou os que descrevem a perda da capacidade para formar imagens mentais visuais após cegueira por lesão cerebral (Kosslyn, Ganis & Thompson, 2001).

Mas, os argumentos que nos parecem mais consistentes são os fundamentados na observação de neuroimagens com recurso a tecnologia digital de imagens cerebrais<sup>32</sup>, como a PET a rTMS e a fMRI, a partir das quais os investigadores têm identificado as estruturas cerebrais envolvidas durante diferentes formas de induzir a *imagery*.

Kosslyn e colaboradores têm apontado argumentos que suportam a hipótese da *imagery* e da visão partilharem estruturas anatómicas e fisiológicas a nível cerebral e que a *imagery* envolve mecanismos semelhantes aos que controlam determinados processos fisiológicos, como a frequência cardíaca e a respiração, tendo efeitos semelhantes ao que acontece com os estímulos perceptuais correspondentes. Quer os estudos onde se comparam as estruturas cerebrais que são activadas na visualização *versus* a imaginação dos mesmos objectos (*imagery* visual), quer os que compararam a audição de música *versus* a imaginação da mesma música (*imagery* auditiva), quer ainda os que compararam a manipulação de objectos *versus* a imaginação dessa manipulação (*imagery* motora) apontam para aquela partilha, defendendo mesmo a possibilidade desta ser feita em dois terços das estruturas cerebrais activadas em cada caso (Kosslyn, Ganis & Thompson, 2001).

Os resultados dos estudos desenvolvidos com recurso à fMRI, para avaliar o grau de processamento neuronal na *imagery* e na percepção visual, apontam que estas duas formas para estimular imagens mentais partilham substancialmente, mas não totalmente, as mesmas estruturas neurais (Ganis, Thompson & Kosslyn, 2004; Klein *et al.*, 2004). Também a observação dos resultados da PET, em doentes hipnotizados, revelou mudanças na função cerebral semelhantes às que ocorreram na percepção (Kosslyn *et al.*, 2000).

---

31 Em 1910 Perky solicitou a um grupo de indivíduos para imaginarem várias figuras, por exemplo uma banana, enquanto se fixavam num ponto no centro de uma tela. De seguida era projectada na mesma tela uma imagem, quase imperceptível, desse objecto. As pessoas consideraram o objecto imaginado tão claro como se estivesse presente (Ahsen, 1993). Os resultados indiciam que a visão e a *imagery* podem ser indistinguíveis concluindo-se que os resultados de Perky demonstram a não existência de diferença entre as experiências subjectivas da percepção e da *imagery*. Embora a percepção seja normalmente mais vívida que a imagem mental, a experiência parece mostrar que é uma mera diferença de gradação. Uma importante conclusão deste estudo é que a imagem mental é, ao nível mais primário, uma sensação virtual (Thomas, 1997b; Pylyshyn, 2003; 2007).

32 A *Positron Emission Tomography* (PET) ou Tomografia de Emissão de Positrões é um exame imagiológico da medicina nuclear que utiliza radionuclídeos que emitem um positrão aquando da sua desintegração, o qual é detectado para formar as imagens. É um método de obter imagens que informam acerca do estado funcional dos órgãos e não tanto do seu estado morfológico; a *Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation* (rTMS) é uma técnica usada para induzir uma interrupção passageira da actividade normal numa área restringida do cérebro, baseada na geração de um campo magnético perto da área de interesse para estimular os neurónios; a *Functional Magnetic Resonance Imaging* (fMRI) é o uso da Ressonância Magnética para medir a resposta hemodinâmica relacionada com a actividade neural no cérebro ou espinha dorsal. É baseada no aumento em fluxo de sangue nos vasos sanguíneos locais que acompanha a actividade neural no cérebro.

## 2. HISTÓRIA DA UTILIZAÇÃO DA IMAGERY

Os registos sobre a utilização da *imagery* ao longo da história do Ocidente sugerem três grandes períodos: um período pré Descartes, invariavelmente holístico, no qual as imagens eram consideradas como uma entidade fisiológica como qualquer outra função do corpo aceitando-se assim a inseparabilidade do corpo, da mente e do espírito consonante com a visão do mundo existente; um período pós Descartes, dualista, no qual as funções do corpo eram, e continuam de alguma forma a ser, encaradas como distintas das funções da mente, pelo que a abordagem holística ficou obviamente ameaçada; a partir da segunda metade do século xx, a literatura regista um terceiro período iniciado com os trabalhos de Carl Simonton sobre o efeito da *imagery* em doentes oncológicos que influenciaram o desenvolvimento dos trabalhos posteriores em várias áreas clínicas (Achterberg, 1985; Rossman, 2000; Lovallo, 1997).

Todos os rituais cuidadosos envolvem a *imagery*, directa ou indirectamente. Esta pode ser considerada a mais antiga e mais omnipresente forma de medicina uma vez que os rituais regenerativos "*healing*"<sup>33</sup> das várias culturas tinham um certo nível de eficácia e mesmo que os seus efeitos terapêuticos pudessem ser atribuídos ao efeito placebo, eles são efeitos efectivos, observáveis e têm implicações importantes na compreensão deste processo terapêutico (Rossman, 2000).

Muitos dos exemplos da utilização do imaginário no processo cuidadoso advêm das culturas xamânicas, tal como a dos aborígenes e a dos índios americanos, sendo ainda hoje práticas utilizadas em várias culturas indígenas. Os curandeiros xamânicos, em estado de transe, "viajam" até ao reino dos espíritos ou deuses para com eles contactar directamente interferindo na saúde ou na doença a nível individual ou grupal. Estas "viagens" são induzidas por uma variedade de rituais como a dança, o canto, o toque de tambores ou a ingestão de plantas alucinogénicas. Nestes rituais podem ainda ser envolvidos outros factores, como as crenças, mas antevê-se a implicação do imaginário na eficácia dos resultados (Rossman, 2000; Seaward, 2002; Samuels & Samuels, 1975; Samuels, 2003).

Embora os princípios básicos estejam relacionados com os recursos locais, as descrições dos métodos xamânicos nas várias culturas são semelhantes, considerando inexistente a diferença entre a mente, o corpo e o espírito. Corpo é mente e mente é espírito. Os rituais xamânicos têm um efeito terapêutico directo no paciente criando imagens vividas e induzindo estados de consciência alterados que conduzem à auto-regeneração (Achterberg, 1985).

---

33 O termo regeneração é aqui utilizado com o mesmo sentido do termo inglês "*healing*", cuja raiz é "*Hale*" ou "*to make whole*" que querem dizer são, robusto, e abranger por inteiro ou como um todo. Pode ou não ser aplicado ao que é considerado saúde física. Em certas culturas a pessoa que morreu pacificamente pode ser considerada "*healed*". É também considerado que o propósito de "*healing*" não é somente que o corpo ou a mente retorne ao que a sociedade considera normal, mas que melhore ou fique mais forte. *Healing* facilita o movimento em direcção à totalidade, sugerindo a impossibilidade de separar o físico do mental e dos aspectos que aparentam ter uma natureza espiritual (Achterberg, Dossey & Kolkmeier, 1994).

Os antigos hindus acreditavam que os Deuses enviavam mensagens às pessoas através de imagens tendo desenvolvido uma gama extensiva de técnicas de *imagery* específicas como parte integrante de prática do *yoga*, termo que quer dizer união do corpo, mente e espírito (Rossman, 2000).

A medicina tradicional chinesa também empregou a *imagery* e a visualização como elementos essenciais das práticas curativas “mente-corpo”. As práticas, como o *tai chi* e os seus derivados, utilizam a *imagery* imitando os movimentos de animais ou pássaros estimulando o fluxo de energia vital no corpo. No entanto, talvez tenha sido a cultura tibetana a desenvolver mais profundamente a *imagery* como uma arte “curativa-regenerativa”. A concentração focalizada em cores específicas, em sons, em divindades e em imagens mentais tem sido prescrita para condições específicas e percebida como tendo grande poder regenerador (Rossman, 2000). No *Budismo tântrico* o estudante é ensinado a ligar-se a uma deidade chamada *Yidam*, que é para os budistas o encorporamento de uma realidade presente nos níveis profundos da mente (Samuels, 2003).

Durante o desenvolvimento de cultura ocidental os rituais, como a oração, continuaram como uma parte essencial dos processos “curativos-regeneradores”. Os ensinamentos esotéricos do Judaísmo encorajaram a prática de *kavanah*, um estado de concentração e de consciência tranquila (Rossman, 2000).

Na cultura ocidental o conceito e a utilização da imaginação parece ter sido primeiramente introduzido na filosofia grega<sup>34</sup> por Aristóteles referindo a imaginação, *phantasia* (aparte do sentido metafórico da palavra) como um processo pelo qual uma imagem, *phantasma*, é apresentada (De Anima, 428a 1-4, cit. in Thomas, 1999b). Aristóteles considerava que o sistema emocional não funcionava na ausência de imagens as quais eram formadas pelas sensações tomadas e trabalhadas no *sensus communis* ou sentido colectivo causando mudanças nas funções corporais afectando a cura ou a produção de doença (Thomas, 1999b; Achterberg, 1985).

No tempo de Hipócrates, os modelos dominantes atribuíam grande importância à imaginação e ao seu poder “curativo-regenerativo”. Acreditava-se que os sentidos apreendiam a realidade, subtraíam-lhe a matéria e levavam o restante para a *psique* (alma) onde eram formadas as imagens. Algumas destas imagens estimulavam reacções emocionais que actuavam sobre os quatro *humores* que mediavam o equilíbrio e a saúde no corpo. Neste sentido, fazendo uma analogia entre os referidos *humores* e os neuro-peptídeos, encontramos nos gregos um modelo actual da neuro-química cerebral e do conhecimento que se tem hoje da psiconeuroimunologia (Rossman, 2000).

Galeno, que teve uma influência dominante na medicina ocidental durante mil anos foi o primeiro a registar o efeito da imaginação na saúde (Achterberg, 1985). Paracelso, conhecido como o pai da medicina química, considerava a imaginação como um elemento crítico da patogénese e da regeneração (Samuels & Samuels, 1975; Achterberg, 1985; Rossman, 2000).

A cultura ocidental foi marcada pela filosofia cartesiana. O dualismo cartesiano sedimentou os avanços do conhecimento científico ao nível da fisiologia e da fisiopatologia pela acção libertadora das limitações

---

<sup>34</sup> Os gregos viam a realidade como tendo dois aspectos fundamentais. O mundo físico percebido através dos sentidos e o inteligível mundo das ideias. Platão considerava que o mundo tinha propriedades físicas, mas por detrás dessas estavam as propriedades não físicas (Lovallo, 1997).

impostas pelo dogma religioso na exploração do mundo natural. Mas, no meio destes avanços científicos, o papel da mente foi relegado para segundo plano. A filosofia cartesiana<sup>35</sup>, influenciando a separação do estudo da mente e do corpo, contribuiu para o declínio do entendimento da realidade “corpo-mente” como uma entidade (Seaward, 2002; Lovallo, 1997; Rossman, 2000).

Ao longo de quase dois milênios e meio de disputar filosófico, de Aristóteles a Hume e Kant, as imagens mentais, por vezes debaixo do pseudônimo de “ideias” foram na maioria das vezes consideradas como o conteúdo principal da consciência e os veículos da cognição. Hume usou frequentemente o termo imaginação como um sinónimo virtual de mente. Kant, em *Crítica da Razão Pura*, assumiu que a síntese imaginativa deve ser governada pelas regras *a priori*, reconhecendo contudo que a forma como esta opera é uma arte escondida nas profundidades da alma humana (Thomas, 1999b).

Em França, o neurologista Jean Charcot utilizou esta abordagem como um tratamento para sintomas conversivos. Influenciou Freud, seu aluno, no desenvolvimento dos seus trabalhos sobre o inconsciente. Na mesma linha também Carl Jung, psiquiatra suíço, acreditou que a *imagery* era a forma de chegar o mais próximo possível do inconsciente. Através da *imaginação activa*, método de assimilação de conteúdos do inconsciente desenvolvido por Jung, o paciente em estado de relaxamento focaliza a atenção nos seus sintomas, descreve as imagens que lhe vêm à mente (Rossman, 2000; Samuels & Samuels, 1975; Samuels, 2003).

Em Itália, Roberto Assagioli, psiquiatra contemporâneo de Freud e Jung, utilizou a *imagery* e a meditação desenvolvendo a *psicossíntese* como psicologia espiritual. Reconheceu que o inconsciente era a fonte de criatividade, altruísmo, empatia, inspiração e de outros valores humanos (Samuels & Samuels, 1975; Rossman, 2000; Seaward, 2002).

A filosofia e a psicologia do início do século xx foram peculiarmente opostas às imagens mentais. Com efeito, a revolução behaviorista declarou a ilegitimidade científica de qualquer tentativa para estudar a consciência, e a concomitante não existência da *imagery* (Thomas, 1989b).

A partir da década de 1960, a *imagery* voltou a ter impacto com os trabalhos de Carl Simonton e seus resultados com doentes oncológicos, como consequência da estimulação imunológica através desta técnica (Rossman, 2000; Samuels & Samuels, 1975). Terapeutas e psicólogos começaram a explorar as variações do pensamento meditativo. Os estudos de psicólogos como Akhter Ahsen (fundador do *Journal of Mental Imagery*), Allan Paivio, Roger Shepard e Stephen Kosslyn deram um contributo importante ao desenvolvimento desta área a partir das décadas de 60 e 70 do século xx. Por sua vez os psicólogos Jeanne Achterberg e

---

35 Damásio (1996) considera que pode ter sido a ideia cartesiana de uma mente separada do corpo que esteve na origem, pelo meio do século xx, da metáfora da mente como programa de software. Se a mente pudesse ser separada do corpo talvez fosse possível compreendê-la sem necessidade de saber anatomia, neurofisiologia ou neuroquímica. A divisão cartesiana domina tanto a investigação como a prática. Descartes contribuiu para o abandono da abordagem orgânica do “corpo-mente” que predominou desde Hipócrates até ao Renascimento. “Foi este o erro de Descartes: a separação abissal entre o corpo e a mente, entre a substância corporal, infinitamente divisível, com volume, com dimensões e com funcionamento mecânico, por um lado, e a substância mental, indivisível, sem volume, sem dimensões e inatingível; a sugestão de que o raciocínio, o juízo moral e o sofrimento adveniente da dor física ou agitação emocional poderiam existir independentemente do corpo. Em concreto: a separação das operações mentais mais refinadas da mente, para um lado, e da estrutura e funcionamento do organismo biológico, para o outro” (Damásio, 1996, p. 255).

Frank Lawlis, seguidores dos trabalhos de Simonton, desenvolveram escalas de avaliação dos resultados das intervenções com I.C. em áreas como a dor crónica, diabetes, lesões da coluna vertebral e oncologia (Rossman, 2000). Dois outros pioneiros no campo do I.C. são os médicos Martin Rossman, e David Bresler, que fundaram a *Academy for Guided Imagery* onde são treinados clínicos para intervenção nesta área.

Os resultados dos estudos desenvolvidos na área da neurobiologia da mente que foram propiciados por investigadores como Kosslyn a partir da década de 1980 e Damásio a partir da década de 1990 vieram dar um novo impulso a esta área do conhecimento propiciando argumentos ao nível psiconeurofisiológico sobre o funcionamento das imagens mentais.

### 3. O IMAGINÁRIO CONDUZIDO (I.C.)

A *guided imagery*, *imagery* conduzida ou imaginário conduzido<sup>36</sup> que designamos somente por I.C. é um processo de uso intencional de imagens mentais para conseguir um desejado objectivo terapêutico, um tipo de sonho acordado dirigido, uma forma específica e deliberada de usar a imaginação para auxiliar a regeneração do corpo e da mente (Naparstek, 1994), uma forma de contar uma história ao corpo e à mente, para ajudar a encontrar sentido e atenuar a dor emocional (Achterberg, 1985), a encontrar força, esperança, sentir coragem, paciência e perseverança para confrontar ou transcender o que parece ser uma situação de desesperança (Rossman, 2000).

O I.C. é um termo utilizado para descrever um conjunto de técnicas desde a visualização simples ou passiva, visualização conduzida até à metáfora e narração. É usado para ajudar o relaxamento psicofisiológico, para aliviar sintomas físicos e psicológicos, estimular respostas regenerativas do organismo e ajudar as pessoas a mais facilmente tolerar procedimentos e tratamentos clínicos.

Pode ser usado para evocar o diálogo imaginário onde o inconsciente é convidado a contar a sua própria história, fornecendo um modo de utilização dos recursos internos para apoiar a regeneração, fazer adaptações apropriadas às mudanças em saúde e encontrar soluções criativas a desafios aparentemente insolúveis (Bresler & Rossman, 2006b). O I.C. pode auxiliar a pessoa a descentrar-se do desenvolvimento dos sintomas, levando a mudanças de atitude e de comportamento que favorecem a recuperação (Rossman, 2000; Samuels, 2003).

O I.C., também chamado sonho acordado dirigido "*directed waking dream*" está associado com o nome de Robert Desoille e envolvido de uma forma menos expressa com a imaginação activa de Jung (1928). Ope-

---

36 Os diferentes termos e expressões, com equivalentes significados, tornam difícil a escolha de um termo em português que represente o conceito de *guided imagery*.

Numa pesquisa feita no motor de busca "GOOGLE" o termo aparece descrito em português como imaginação guiada. No entanto, a *imagery* é considerada como um produto da imaginação, não nos parecendo, neste sentido, correcta a tradução para português como imaginação guiada.

Na tradução da obra de Payne (2003) feita por Sofia Bastos é feita referência ao conceito de "ideação orientada" com o objectivo restrito da promoção de relaxamento em que o indivíduo evoca um cenário natural, uma floresta ou um prado, movendo-se nele reparando, particularmente no seu conteúdo sensorial.

ra no campo prático entre a noção de orientação proposta por Desoile e a tradicional noção de orientação utilizada na área educacional. O termo orientação parte da noção de Desoile “guia que ajuda uma fantasia a evoluir” (*guide helping a fantasy to evolve*) que quer dizer “ajudar a pessoa a encontrar ou a seleccionar as oportunidades e actividades que lhe trarão a melhor satisfação ou proveito numa dada área” (Ahsen, 1989; Sapp, 1994; Singer, 1974).

O terapeuta, ou guia (como Desoille preferia chamar-lhe) dirige o paciente, inicialmente nos exercícios corporais que conduzem ao relaxamento e posteriormente encoraja-o a aceder a imagens mentais<sup>37</sup> (Singer, 1974; Ahsen, 1989).

Directamente, ou por meio de gravação, o paciente é dirigido<sup>38</sup> a focalizar-se em imagens mentais, que, dependendo do tipo de *imagery*, podem ser prazerosas, positivas, pacíficas e indutoras de calma, relativas ao funcionamento da psicofisiologia corporal no combate da doença, ou ainda relativamente a uma *performance* desejada.

Em resumo, consideramos o I.C. como a criação de uma experiência mental através de imagens não substanciais que são produto da imaginação. É conduzido porque a voz do terapeuta, presencial ou áudio-gravada, dirige a atenção e a imaginação da pessoa, para a criação de imagens mentais, através da indução de um conjunto organizado de estímulos exteriores, como: objectos, cenários, emoções, relações pessoais, cores, cheiros, sons, texturas, sabores, etc.

#### DIFERENTES CLASSIFICAÇÕES E TIPOS DE IMAGERY

Na literatura surgem, descritos por um conjunto de autores, vários tipos de *imagery*, muitas vezes sob classificações diferentes, dependendo da escola adoptada por cada um. No entanto e embora diferentes nomenclaturas sejam referidas verifica-se a sobreposição relativamente ao conteúdo de alguns dos diferentes tipos de *imagery*.

Por exemplo, Naparstek (1994) considera: A *imagery* física, relativa ao que acontece microscopicamente ao nível celular; a *imagery* metafórica, que opera ao nível simbólico relativamente ao funcionamento dos acontecimentos físicos e psicológicos; a *imagery* psicológica, que é referente à auto-avaliação pessoal; a *imagery* espiritual, que evidencia aspectos da realidade espiritual ou religiosa; a *imagery* do estado final, *final-state imagery* que sublinha os objectivos concretos em que a pessoa se focaliza e que gostava de atingir, como por exemplo, o estado de saúde ou *performance* desejável; a *imagery* energética centrada na energia electromagnética e ainda a *imagery* emocional ou dos sentidos, *feeling-state imagery*, focalizada nas mudanças emocionais ou nos estados de humor.

---

<sup>37</sup> Neste processo, Desoile considerava dois tipos de movimentos, um ascendente em que o paciente era orientado no sentido de formar imagens associadas com afecto positivo, alegria, etc. e um descendente em que o paciente era orientado a evocar imagens negativas (Singer, 1974). No contexto deste trabalho foi exclusivamente utilizado o sentido ascendente, ou seja a indução de imagens pacíficas e prazerosas.

<sup>38</sup> Na *imagery* natural o sonho acordado ou a fantasia ocorre espontaneamente (Kealy & Arbuthnott, 2003) sem necessidade da orientação do terapeuta. As imagens mentais, tendo um foco nítido, surgem sem esforço (Damásio, 2004).



Outra classificação é a apresentada por Kuiken (2004) com base numa meta-análise sobre os estudos que abordaram os efeitos da prática do I.C. entre 1996 e 2002. Esta autora defrontou-se com referências a quatro tipos de *imagery*, a que nos referimos em inglês: *pleasant imagery*, também referida como *positive imagery* na qual o indivíduo imagina um local calmo e confortável; a *physiologically focused imagery* que é centrada na fisiologia, conduzindo o indivíduo a imaginar as suas funções fisiológicas. Esta pode incluir imagens de linfócitos e fagócitos a combater a infecção, das células cancerígenas ou os tecidos a serem irrigados com sangue; a *mental rehearsal or reframing imagery* que é o processo de imaginar o desempenho de uma tarefa específica antes da sua execução podendo ser aplicada, por exemplo, aos atletas relativamente ao desenvolvimento de uma tarefa física. Pode também ser relativa a uma imagem de reestruturação afectiva envolvendo a imaginação e a reinterpretção de um evento e das emoções com ele relacionadas; finalmente a *receptive imagery* que envolve uma auto-avaliação, com objectivos diagnósticos, e por esta razão a autora não a considerou como intervenção.

No entanto, as possibilidades dos tipos de *imagery* são os limites da imaginação e nenhuma destas categorias é absolutamente distinta das outras, podendo existir um cruzamento entre as diferentes classificações (Naparstek, 1994). Este cruzamento é, de facto, o que é observado nos diversos guiões publicados sobre esta intervenção.

Nas classificações anteriores, apresentadas por Naparstek (1994) e Kuiken (2004), verificamos existir sobreposição do conteúdo das imagens mentais relativamente a alguns tipos de *imagery* como por exemplo entre a *imagery* física e a *physiologically focused imagery*, entre a *final-state imagery* e a *mental rehearsal or reframing imagery*.

No entanto, no contexto deste trabalho, interessa mais pormenorizadamente a *pleasant*, ou *positive imagery* que se justapõe, de alguma forma, à *feeling-state imagery*. Naparstek (1994) exemplifica que este tipo de *imagery* pode incluir imagens mentais do lugar pessoal favorito, real ou imaginário, ou de um encontro com uma pessoa especial. Um guião de I.C. para estados de depressão e ansiedade pode, na perspectiva da autora, referir-se a lugares favoritos para criar um estado alterado relaxado no qual a *imagery* possa ser experienciada. No mesmo sentido Kuiken (2004) refere que a *imagery* positiva pode incluir imagens mentais de montanhas, oceanos, de recordações passadas ou de bem-estar geral gerando estados de calma.

Neste tipo de visualização, os indivíduos, em estado de relaxamento, são convidados a seguir uma série de cenas utilizando as suas capacidades imaginativas e cognitivas. Através de um processo criativo os indivíduos colocam-se mentalmente em cenas pacíficas e relaxantes (Seaward, 2002; Lusk, 1992).

No contexto do I.C. a literatura refere ainda o guia interno<sup>39</sup> "*inner guide*" (Rossman, 2000; Samuels, 2003; Payne, 2003) que é considerado como uma elaboração mental que liga o indivíduo ao seu eu interno. Este guia é capaz de orientar a informação vinda do inconsciente, podendo ser visto como a personificação

---

<sup>39</sup> O guia interno (eu interno) advém das noções de inconsciente referidas por Jung e Freud que, independentemente das suas posições teóricas, concordam que o inconsciente opera, não através da linguagem lógica, mas através de figuras, emoções sentidos, símbolos e imagens visuais (Payne, 2003). No entanto Samuels (2003) afirma que o eu interno tem sido trabalhado por filósofos ao longo dos tempos. Os gregos chamavam-lhe *daimon*, os egípcios *ba-sol* e os romanos *genius*.

do eu intuitivo e evolui durante uma sessão de relaxamento profundo, utilizando cenários imaginados, sobretudo naturais, ricos em sensações, repletos de paz e beleza.

É evocada uma figura de referência (familiar, amigo, técnico de saúde) que o indivíduo “visualiza” e acolhe, relatando as suas necessidades, a que se segue um diálogo de aconselhamento (Payne, 2003; Samuels, 2003).

Butcher & Parker (1988) apontam para o consenso existente na literatura relativo à experiência dos participantes que desenvolvem *imagery* positiva relatando sensações de visualização de cenas como se elas fossem reais, perda da noção do tempo e do peso corporal, sentimentos de flutuação, de expansão, de “planação sem fronteiras” e aumento da criatividade e da imaginação.

#### FUNIONAMENTO E EFEITO DO I.C.

As imagens mentais são formadas muito tempo antes da compreensão e da utilização da linguagem e estão na matriz dos pensamentos e das crenças acerca do mundo, acerca de si e dos seus desejos, influenciando fortemente as convicções e as atitudes pessoais acerca do processo de “saúde-doença” e acerca da efectividade das intervenções (Rossman, 2000). São reais quando a pessoa escapa durante algum tempo do mundo exterior e vive, em sentido real, através delas. O envolvimento da pessoa com as imagens mentais<sup>40</sup> é de tal forma intensa, que estas passam a fazer parte do seu mundo, criando uma nova realidade, apesar de saber que não saiu do mesmo lugar onde está a desenvolver os exercícios de *imagery* e, sempre que desejar, poder voltar ao mundo real (Samuels & Samuels, 1975; Samuels, 2003; Ahsen, 1993).

O I.C. tem consequências psicofisiológicas profundas. É essencialmente um modo de pensar e de sentir que usa atributos sensoriais, produto da imaginação e da memória, aos quais, como já referimos, o organismo tende a responder como se respondesse a uma experiência externa genuína. O exemplo mais comum e familiar deste fenómeno é a fantasia sexual e a sua resposta fisiológica. Como referimos, várias teorias e argumentos (ao nível psicofisiológico, psicológico, e neuro-fisio-anatómico) têm sido desenvolvidos no sentido de fornecer bases que sustentem o funcionamento da *imagery*.

Os estudos electromiográficos de Jacobson (1938) demonstram que as imagens mentais positivas fazem baixar os níveis de tensão muscular e que as imagens mentais negativas as aumentam. Os estudos de Haas & Axen (1991) cit. in Payne (2003) revelam que as imagens mentais relaxantes alteram o comportamento das ondas alfa, proporcionando sustentação fisiológica relativamente aos seus efeitos positivos da sua utilização.

Nas últimas duas décadas, tem sido reconhecido que a *imagery* é a linguagem natural de uma parte substancial do sistema nervoso. Os dois lados do cérebro humano funcionam de formas diferentes e são simultaneamente capazes de desenvolver pensamento independente<sup>41</sup> (Rossman, 2000).

---

40 Samuels (2003) aponta uma parábola indiana em que uma pessoa ao caminhar tem a percepção de uma cobra enrolada na estrada. Perante esta percepção o organismo activa uma resposta de luta ou fuga. Mas, ao perceber que afinal era somente um objecto inanimado enrolado, de imediato a frequência cardíaca e respiratória retomaram a normalidade.

41 Os dados relativos ao controlo neurofisiológico das emoções humanas sugerem que o hemisfério direito medeia a expressão e a compreensão emocional; alberga as representações léxico-semânticas da comunicação não verbal e tem um papel importante na produção e compreensão da emoção verbal; predomina no controlo da estimulação fisiológica; os lobos frontais, incluindo o sistema límbico, estão particularmente envolvidos no controlo do comportamento emocional e os dois hemisférios podem contribuir

Através da *imagery* podem ser estimuladas mudanças em muitas funções fisiológicas, usualmente consideradas como inacessíveis à influência da consciência (Rossman, 2000; Rossman, 2006; Achterberg, 1985; Achterberg, Dossey & Kolkmeier, 1994).

---

diferenciadamente para o estado emocional ou para o estado de humor (Blonder, 1999).

O hemisfério esquerdo funciona em termos verbais, lógicos e analíticos ajudando a controlar as reacções humanas ao mundo exterior, pensamento, linguagem, movimentos e reacções corporais conscientes. O hemisfério direito, comunica com o mundo interno sendo responsável pelo armazenamento e recuperação de imagens e do pensamento não verbal. Tem uma ligação íntima com a imagem corporal, processando a informação emocional. Está mais relacionado com o mundo interno da percepção, fisiologia, forma e relações de espaço e ricamente ligado com o sistema límbico que medeia as emoções (respostas normais a certos eventos da vida), sendo por isso activado em situações de stress. Estas implicações do cérebro direito nas emoções justificam a sua relação com o sistema nervoso autónomo. Mas antes que a *imagery*, função característica do hemisfério direito, possa ser processada e lhe ser atribuído sentido lógico, tem que ser acedida e traduzida pelo hemisfério esquerdo (Achterberg, 1985; Rossman, 2000; Naparstek, 1994; Samuels, 2003).

No entanto os dois cérebros devem ter a oportunidade para se expressar, falando a mesma linguagem. A maioria das pessoas utiliza habitualmente a linguagem do cérebro esquerdo, o pensamento lógico que permite a familiaridade com as necessidades e desejos conscientes. A *imagery* concede ao cérebro direito, silencioso, que utiliza linguagem simbólica, a possibilidade de revelar as suas necessidades e de contribuir com as suas qualidades para o processo de regeneração dos estados de doença (Rossman, 2000). Mas a diferença essencial entre os dois cérebros está na forma como cada um processa a informação. O esquerdo considera as partes e o direito, todo o contexto da acção da pessoa no mundo. Esta capacidade do hemisfério direito para contextualizar os acontecimentos é uma das suas funções especializadas, importantes no processo regenerativo da doença. A *imagery* sustenta uma mudança de perspectiva que pode permitir à pessoa organizar um novo pensamento produzindo novas soluções para velhos problemas encontrando a oportunidade escondida, naquilo que parecia ser um problema (Rossman, 2000).

As imagens relacionadas com os processos neurofisiológicos da saúde e da doença são pré-verbais ou sem uma linguagem de base, à excepção do que é avaliado pelas ligações com o cérebro esquerdo. Neste sentido, se o cérebro esquerdo for afectado ou estiver inacessível, as imagens, não traduzidas, continuarão a afectar as emoções e a afectar a fisiologia, mas desta feita sem interpretação intelectual. O hemisfério esquerdo, devido à linguagem, pode ser conceptualizado como a interface entre o meio externo e as reacções neuro-músculo-esqueléticas. A *imagery* desenvolvida no hemisfério direito é o meio de comunicação entre a consciência e o ambiente interno do organismo. Têm os dois, no entanto, interesse integral na saúde e bem-estar das pessoas (Achterberg, 1985).

Nos vários estudos referidos por Izard (1991) é reconhecido que, enquanto a função cognitiva e a actividade verbal são predominantemente desenvolvidas no hemisfério esquerdo, os processos emocionais, criativos e “visuo-espaciais” estão predominantemente ligados com o hemisfério direito. Mas a questão relativa às diferenças entre o hemisfério esquerdo e o direito será certamente discutida num futuro próximo, tendo em conta os estudos com recurso a neuro-imagens que irão revelar mais claramente quais as áreas cerebrais envolvidas nos diferentes processos da imaginação e do pensamento.

Como temos vindo a apresentar, esta perspectiva tradicional considera a separação funcional dos dois cérebros. No entanto Rossman (2000) reconhece que esta assunção, pensamento lógico e verbal por um lado e pensamento simbólico por outro, é uma forma simplista de abordar a questão, mas útil para discutir o processo de funcionamento do I.C. enquanto linguagem pessoal, rica e simbólica que permite à pessoa comunicar com a parte silenciosa da mente na sua linguagem natural.

As emoções e a reacção aos estímulos são um produto da razão no sentido em que fluem a partir da avaliação que a pessoa faz dos acontecimentos (Lazarus, 1999) que é o que significa falar em mediação cognitiva. A dicotomia “*ethos/eidos*”, ou seja “afectivo-emocional/cognitivo” reflecte o olhar ocidental sobre a emoção e a racionalidade como mutuamente exclusivos (Worthman, 1999).

Lazarus (1999) assume a existência de uma só mente que contém o pensamento e os sentimentos. A paixão e a razão combinam-se na mente divergindo somente quando a pessoa está em conflito consigo mesma. São as duas, parte de um todo, cada subsistema embutido num sistema integrado mais amplo. O Homem é provavelmente a mais emocional criatura da terra como resultado da complexidade e subtilidade do pensamento, do papel da mente e corpo, no processo de adaptação e da dependência de outras pessoas que são relevantes para a sobrevivência e progressão como indivíduos e como espécie. Não há nada mais humano do que a razão e as emoções.

Por seu lado, Damásio (1996; 2004) refere que as funções mentais complexas resultam da contribuição sintonizada de muitas regiões cerebrais em vários níveis do sistema nervoso central, em vez de ser o resultado do trabalho de uma única região cerebral. O disparo de padrões específicos de activação neuronal em diversos sítios cerebrais como a amígdala, o córtex pré-frontal ventromedial, o hipotálamo, a ínsula, etc., dá lugar a emoções, sentimentos e pensamentos igualmente específicos. A actividade neural, que está mais intimamente relacionada com a formação das imagens, ocorre nos córtices sensoriais iniciais. Assim, quando todos ou a maioria dos córtices sensoriais iniciais são destruídos, a capacidade para formar imagens nessa modalidade desaparece. As imagens mentais explícitas evocadas surgem da activação sincrónica e transitória do disparo neural que ocorre nos córtices iniciais.

Desencadear um movimento, como levar a mão ao nariz, é feito voluntariamente, podendo ser explicadas qual, ou quais as estruturas cerebrais, musculares ou nervosas, que foram envolvidas nesse movimento. No entanto, salivar não é conseguido voluntariamente, porque não está sob o controlo consciente (Naparstek, 1994; Rossman, 2000).

Enquanto que o sistema nervoso central regula os movimentos voluntários, o sistema nervoso autónomo regula a salivação bem como outras funções que operam sem o controlo consciente. O sistema nervoso autónomo não responde prontamente a pensamentos comuns como a salivação, mas responde à *imagery* (Rossman, 2000).

De facto, se imaginarmos que estamos a agarrar um limão, a sentir a sua textura e peso, a cortá-lo ao meio, a espremer uma das partes para um copo, a tocar com o copo nos lábios e a beber o respectivo sumo iremos com certeza salivar (Rossman, 2000). Se salivarmos é porque o sistema nervoso autónomo respondeu à *imagery*. Da mesma forma ao olharmos para o menu de uma refeição, a mente cria imagens de como o prato poderá ser, relativo ao cheiro, paladar, textura, etc. (Naparstek, 1994).

#### OS PRINCÍPIOS OPERATIVOS DA IMAGERY DE NAPARSTEK

De acordo com Naparstek (1994), o I.C. funciona graças a três princípios operativos: a *conexão do corpo e do espírito*; o *poder do estado modificado*; e a importância de *sentir a mudança* operada pelo I.C.

A *conexão do corpo e do espírito*: as imagens sensoriais são a linguagem verdadeira do corpo que este compreende imediatamente e sem questionar. Estas imagens são, para o corpo, quase tão reais quanto os acontecimentos factuais, porque o organismo não discrimina entre as imagens mentais sensoriais e aquilo a que chamamos realidade. No entanto, as imagens, não tendo um impacto tão intenso quanto o têm os acontecimentos reais, imprimem no corpo a mesma qualidade experiencial, podendo ser comparadas, relativamente aos acontecimentos reais, como os ecos o são relativamente aos sons que os originaram. O corpo interpreta as imagens criadas no pensamento, como se se tratasse de acontecimentos factuais e reais e é desta forma que toma a imagem mental como uma realidade (Naparstek, 1994; Thomas, 1997b). De facto, os estudos que têm sido desenvolvidos, e que serão referidos de seguida, sustentam empiricamente a reacção do organismo à *imagery*.

O *estado modificado*: Naparstek (1994) refere-se ao estado modificado como um estado relaxado, calmo, mas agilmente enérgico, uma forma de sonho focalizado mas funcional, em que a actividade cerebral, o humor e o conhecimento se modificam<sup>42</sup>.

A atenção é concentrada sobre um só aspecto, ou sobre um número muito restrito de aspectos. A pessoa percebe que tem uma sensibilidade mais viva sobre o objecto da sua atenção e uma diminuição da tomada de consciência sobre outras coisas que passam ao seu redor e que habitualmente valoriza. Fica de tal forma absorvida e concentrada na actividade que perde a noção do tempo.

---

<sup>42</sup> Naparstek (1994) exemplifica o estado modificado com uma experiência pela qual muitos já passaram como a de estar num elevador repleto de pessoas desconhecidas sentindo o espaço íntimo invadido. Neste contexto, a nossa defesa é a de nos "ausentarmos" momentaneamente concentrados num ponto, bloqueando a percepção dessa invasão.

Num estado modificado a pessoa é mais criativa e intuitiva. Pode melhorar, transformar-se e aprender a ser mais eficaz de forma mais rápida e intensa. O estado modificado representa a essência do poder do I.C..

*Sentir a mudança*: o sentido da mudança e do controlo sobre os acontecimentos originam mais optimismo, mais auto-estima e uma grande capacidade de tolerar a dor, a ambiguidade e o stress. A pessoa tem tendência a melhorar e sente-se mais ajustada se estiver na posse do controlo sobre o meio e inversamente, a falta de controlo sobre o meio diminui a auto-estima e a capacidade para fazer face aos acontecimentos. Tendo em conta que o I.C. é uma actividade orientada a partir do interior e que quem a pratica pode decidir, quando ou como uma situação se aplica, esta técnica ajuda o indivíduo a sentir um certo controlo.

Resumindo, Naparstek (1994) refere que o I.C. é uma técnica que ajuda a construir um estado modificado, no qual o pensamento é dirigido através das imagens multi-sensoriais que o corpo percebe como sendo verdadeiras e assumindo o comando do seu estado de saúde.

#### A CODIFICAÇÃO DUAL DE PAIVIO E A CODIFICAÇÃO TRIPLA DE AHSEN

A teoria da Codificação Dual, proposta por Paivio (1991), é um modelo que está baseado na teoria do processamento de informação cognitiva. O pressuposto básico deste modelo é que a informação é processada e armazenada na memória por dois sistemas separados mas interrelacionados: um visual, o outro verbal. Este modelo reivindica que as imagens são mais rapidamente recordadas desde que sejam codificadas nos dois sistemas.

Algumas críticas são feitas a Paivio pelo facto de se ter focalizado na *imagery* visual pressupondo-se a existência de um código para cada um dos sentidos. No entanto Thomas (1997b) esclarece que Paivio em 1986 reconheceu na *imagery* um sistema integrado dos cinco sentidos.

Por sua vez Ahsen (1984) propõe um modelo triplo. A teoria do "triplo código" reconhece a importância dos parâmetros psicofisiológicos no processo da *imagery*, mas também o papel fundamental, muitas vezes ignorado, relativamente à significação que a *imagery* tem para o sujeito.

O modelo teórico de Ahsen (1984) é composto por três elementos (I, S, M), que são aspectos essenciais ou partes da *imagery*: a *Imagem* (I), a resposta *Somática* (S) e o *Significado* (*meaning*) da imagem (M).

O código da *Imagem* refere-se às qualidades sensoriais da cena imaginada. As imagens representam o mundo externo e os seus objectos, com um grau de realismo sensorial que permite à pessoa interagir com elas como se estivesse interagindo com mundo o real (Ahsen, 1984).

A imagem tem todos os atributos duma sensação, mas é ao mesmo tempo interna e viva. Representa o mundo externo através de referentes sensoriais habilitando a pessoa com a representação, como se ela fosse real, sendo o mundo reconstruído através dela. Quanto mais forte for a qualidade da sensação melhores serão os resultados.

A resposta *Somática* (S): a acção da produção da imagem resulta em mudanças psicofisiológicas ocorridas no corpo. Dado que a imagem é experienciada como real, a mudança neurofisiológica envolve o esqueleto e os sistemas proprioceptivo e sensorial. A resposta a um objecto ou experiência pouco familiar

é incorporada numa representação, programando a resposta futura. A resposta somática representa o conjunto das manifestações psicofisiológicas que se seguem à simulação mental de um acto.

Os efeitos da *imagery* podem ser devidos ao facto da pessoa se descentrar dos aspectos onde habitualmente se centra.

O *Significado* (M) é pessoal e depende da história individual. A imagem concede uma significação definida, ou significado individual. Em terapia, o sentido pode referir-se às expectativas e aos comportamentos que o doente pode experienciar na situação imaginada.

O mesmo cenário de instruções da *imagery* nunca produzirá a mesma experiência em duas pessoas diferentes. A significação que a imagem tem para o indivíduo (meaning) é pessoal e depende da sua história individual (Ahsen, 1984).

### RELAXAMENTO E I.C.

Embora na área do relaxamento, a literatura refira duas figuras de renome, Johannes Schultz, psiquiatra alemão que elaborou um método de relaxamento denominado por “treino autógeno”, em que se utilizam técnicas sugestivas e interpretações psicanalíticas e Edmund Jacobson, neurofisiologista americano que desenvolveu o método de relaxamento progressivo, é sobre este último que incide a abordagem de relaxamento feita neste trabalho.

Através da electromiografia, Jacobson (1938) concluiu que os níveis de tensão muscular podiam ser alterados quando as pessoas se imaginavam a desenvolver determinadas acções e em determinadas situações. Descobriu também que, contraindo e relaxando sistematicamente vários grupos musculares e aprendendo a discriminar as sensações resultantes deste processo, o indivíduo podia eliminar a tensão e experimentar uma profunda sensação de relaxamento.

Desde Jacobson aos mais recentes investigadores, é consensual, na comunidade científica, que a utilização terapêutica do I.C. deve ser precedida por alguma forma de relaxamento, como o relaxamento progressivo ou passivo (Jacobson, 1938; Achterberg, Dossey & Kolkmeier, 1994; Rossman, 2000; Samuels, 2003; Singer, 1974; 2006). De facto, como se depreende pela abordagem feita anteriormente, o I.C. é, em si mesmo, uma técnica de relaxamento (Seaward, 2002).

Jacobson (1938) depreendeu que, em estado de relaxamento total, não há imagens na mente. Esta torna-se clara, vazia, ficando assim disponível para ser estimulada. O relaxamento tem por objectivo deixar que a mente se abra e se expanda numa variedade de dimensões, constituindo o primeiro passo para melhorar a capacidade para “visualizar” e para o sucesso do I.C.. O relaxamento consciente afasta estímulos estranhos permitindo que a pessoa se concentre de forma mais intensa no seu estado interior (Samuels & Samuels, 1975). Em estado de relaxamento, a imagem mental é mais fácil de gerar e os seus efeitos são mais eficazes (Rossman, 2000; Achterberg, Dossey & Kolkmeier, 1994).

Por sua vez, Singer (1974; 2006) reconhece que um estado de relativo relaxamento parece aumentar os efeitos das técnicas de *imagery* devido às interferências directas no sistema nervoso autónomo, reduzindo o estado de alerta, mas também pela concentração e redução dos estímulos externos. As modificações

operadas são um terreno fértil para o desenvolvimento da *imagery*, na sua indução e progressão, ajudando também o paciente a desenvolver um sentimento de controlo sobre o processo. De facto, as pessoas raramente sonham acordadas em situações de stresse (Seaward, 2002).

O relaxamento, seja geral ou local, é definido por Jacobson (1938, p. 34) como “completo se ocorrer o ponto zero de tónus relativamente à parte ou partes envolvidas e incompleto se ficar perto deste ponto”. Para Rouet (1975, p. 70) é “um estado particularmente próximo da inconsciência durante o qual a actividade das grandes funções fica afrouxada e os músculos relaxados, enquanto que a actividade cerebral fica extremamente reduzida, sem, apesar disso, escapar ao controlo voluntário. Neste estado, o campo da consciência estando reduzido ao mínimo, o corpo, inerte, parece ficar estranho a si mesmo.” Para Ryman (1995) cit. in Payne (2003, p. 3) o relaxamento é “um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio da tensão, ansiedade e medo”.

As definições incluem aspectos físicos do relaxamento relativos ao alongamento das fibras e alívio da tensão muscular, em oposição à tensão que acompanha a sua contracção, mas também outra dimensão do relaxamento, a psicológica, que inclui as sensações agradáveis e a ausência de pensamentos perturbadores ou geradores de stresse. Assim, o termo “relaxado” é usado para referir o relaxamento muscular e pensamentos de tranquilidade (Payne, 2003).

De facto, embora Jacobson (1938) tenha desenvolvido um extenso trabalho na avaliação electrofisiológica do relaxamento e a referência a esta técnica seja feita em termos fisiológicos, ausência de tensão muscular, o relaxamento constitui um processo psicofisiológico, no qual o fisiológico e o psicológico interagem como partes integrantes do processo, como causa e como produto. Propôs a diminuição progressiva da actividade muscular com o objectivo de obter uma redução da tensão psíquica e deu importância aos aspectos psicofisiológicos ao escrever sobre a influência do relaxamento no elemento neuromuscular e nas actividades mentais.

Para o autor, a excitação e o relaxamento são fenómenos fisiologicamente opostos, não podem ocorrer ao mesmo tempo, e ao relaxamento muscular corresponde a calma psíquica. Para relaxar o corpo, de um estado de elevada estimulação fisiológica para um estado de homeostase, a acção deve ser tomada para alterar a qualidade e a quantidade dos estímulos apreendidos pelos cinco sentidos, ou seja para levar o corpo a um estado de calma, os cinco sentidos devem ser desactivados ou reprogramados.

O objectivo das técnicas de relaxamento é desactivar o sistema sensorial do corpo, reduzir os estímulos e as percepções a eles associadas e substituí-las por sensações não ameaçadoras levando a uma resposta de relaxamento.

A opinião de vários autores referenciados por Payne (2003) aponta que o relaxamento pode ter objectivos: preventivos – na protecção do desgaste dos órgãos corporais, particularmente os envolvidos em doenças relacionadas com o stresse; de tratamento – para ajudar a aliviar o stresse em condições relacionadas com outras doenças; e como competência – para lidar com o stresse acalmando a mente e permitindo que o pensamento se torne mais claro, acedendo mais facilmente à informação positiva armazenada na memória.

Nas técnicas de relaxamento a proposta vai no sentido de interromper a resposta ao stresse, especificamente ao nível neurológico e hormonal e levar o corpo a retomar um estado de homeostase. O relaxamento

leva a uma diminuição da frequência cardíaca, do consumo de oxigénio. Concomitantemente há um estado de satisfação, de calma, tranquilidade, paz e sensação de harmonia (Samuels & Samuels, 1975; Rossman, 2000).

Dos cinco sentidos, dois (visão e audição) são de elevada importância na aquisição e processamento da informação sensorial. Estes dois sentidos são alvo de desactivação durante o relaxamento, através de técnicas como a mental *imagery* e a musicoterapia (Seaward, 2002).

Jacobson (1938) considera que o relaxamento geral é progressivo em três aspectos: o paciente relaxa um determinado grupo muscular a cada minuto; aprende consecutivamente a relaxar os principais grupos musculares do seu corpo; com cada novo grupo relaxa simultaneamente as partes que anteriormente tinha relaxado; praticando diariamente progride em direcção a um hábito de repouso tendendo para um estado em que a quietude é mantida automaticamente. O paciente deverá aprender a reconhecer a tensão muscular e a libertar-se dessa tensão.

Este é um tipo de relaxamento activo, conseguido através da contracção e relaxamento dos grupos musculares. O relaxamento pode, no entanto, ser passivo, não utilizando exercícios de contracção, mas somente o relaxamento passivo dos vários grupos musculares. Este é utilizado em situações em que pode estar contra-indicada ou ser impossível a contracção muscular (Payne, 2003).

#### IMAGERY, RELAXAMENTO, ENDORFINAS E HUMOR

Pensa-se que as endorfinas possam estar envolvidas no controlo do humor. As endorfinas são encontradas em elevadas concentrações no sistema límbico e noutras áreas envolvidas na transmissão da dor e processamento das emoções. São produzidas em estados prazerosos e durante o exercício. É também referido que as imagens mentais positivas parecem estimular o sistema límbico para a produção de endorfinas. Este é um aspecto que não está ainda bem compreendido, mas é consensual que o organismo reage ao que a mente pensa que é a realidade (Samuels, 2003).

O relaxamento tem um efeito analgésico natural no corpo através das endorfinas. As endorfinas são neuro-hormonas que estão relacionadas com as sensações prazerosas. Quando são libertadas pelo cérebro aumentam o limiar da dor e activam o sistema nervoso parassimpático no sentido do relaxamento do corpo, diminuição da tensão arterial e da frequência respiratória (McCance & Huether, 1998, cit. in. Louie, 2004).

A libertação de endorfinas está associada ao exercício. As endorfinas, péptidos opióides endógenos, são substâncias envolvidas na regulação de vários processos fisiológicos do sistema nervoso central, actuando como neuro-hormonas e neurotransmissores. A  $\beta$ -endorfina é libertada pela hipófise anterior, juntamente com a ACTH. Os estudos mostram que a  $\beta$ -endorfina e a ACTH são libertadas em quantidades similares após o exercício. As endorfinas possuem efeitos analgésicos e eufóricos, tendo implicações em diferentes sistemas e fenómenos do organismo (Werneck, Bara-Filho & Ribeiro, 2005). Estes autores procederam a uma revisão da literatura sobre os Mecanismos que suportam a melhoria do humor após o exercício. Os vários estudos revelam divergência nos resultados no que respeita à relação entre o estado de humor e o nível de endorfinas. De dezanove estudos analisados, somente sete mostraram uma relação positiva entre o nível de endorfinas e a melhoria do humor, não sendo encontradas evidências que forneçam consistência



científica à hipótese das endorfinas. Consideram que a hipótese tem sido perpetuada mais pelo carácter especulativo do que pelas evidências científicas disponíveis.

### RESULTADOS DE ESTUDOS UTILIZANDO O I.C. COMO INTERVENÇÃO

Tem sido evidenciado o potencial custo-benefício do imaginário conduzido. Apesar de, no contexto psiquiátrico, não existirem registos sobre esta redução de custos ou diminuição do tempo de internamento, estes benefícios têm sido revelados noutras áreas. Os estudos apontam sobretudo para a redução da procura de cuidados de saúde, diminuição dos gastos em recursos humanos e materiais e inerente redução dos custos, bem como a efectividade da intervenção no estado de saúde das pessoas em aspectos como a redução da dor, do consumo de analgésicos pós cirurgia, das complicações das cirurgias, do tempo de internamento, dos efeitos adversos da medicação, melhoria da função imunitária e do funcionamento psicológico, do stresse, da ansiedade e da depressão, com inerente aumento do conforto e da qualidade de vida dos doentes (Davenport, 1996; Rossman, 2000; Halpin *et al.*, 2002, cit. in Kuiken, 2004).

O I.C. tem sido utilizado para ajudar ao relaxamento psicofisiológico, aliviar sintomas de doenças físicas e psíquicas, estimular respostas corporais regenerativas, e para ajudar as pessoas a tolerar mais facilmente procedimentos e tratamentos invasivos ou dolorosos ou indutores de desconforto. Possibilita às pessoas um modo de utilização dos próprios recursos internos para sustentar as mudanças em saúde e encontrar soluções criativas em relação a processos que pensavam ser insolúveis, como é o caso dos processos depressivos (Rossman, 2000).

Rossman (2000) reconhece que o I.C. pode ser uma parte efectiva do tratamento num conjunto largo de doenças, mas faz mais sentido falar dela como uma parte efectiva de tratar pessoas do que tratar doenças.

Os estudos apontam que o I.C. pode interferir com quase todos os principais sistemas de controlo fisiológicos do corpo, inclusive a respiração, frequência cardíaca, tensão arterial, metabolismo celular, motilidade e secreção gastrointestinal, função sexual e resposta imune. Apontam ainda para efeitos na mudança de estilos de vida e comportamentos de saúde, transformação de atitudes negativas face à doença, a si mesmo e à vida, acreditando-se que uma postura optimista é fundamental para superar a doença (Rossman, 2000; Samuels & Samuels, 1975).

Os registos bibliográficos, sobretudo na área da enfermagem, mencionam a área oncológica como a área onde o I.C. tem sido mais intensamente utilizado com resultados positivos. Nesta área os estudos indicam a indução de imagens do sistema imunitário (*physiological imagery*) a combater as células cancerígenas e ainda outras doenças físicas como, activação das células imunitárias, fortalecimento do sistema imune e melhoria do bem-estar (Gruzelier *et al.*, 2001); redução da ansiedade, preocupação e frustração nos cuidadores de doentes psiquiátricos (Yip, 2003); na redução da dor em doentes que sofrem de dor crónica (Lewandowski, 2004); na redução dos níveis de ansiedade e do eritema em doentes submetidos a colecistectomia após a cirurgia (Holden-Lund, 1988); na melhoria do sono de adultos com doença crítica (Richardson, 2003).

Rossman (2000) considera algumas situações clínicas para as quais o I.C. é mais eficaz, como por exemplo as condições que são causadas ou agravadas pelo stresse ou que provocam ou agravam situações de stresse, ansiedade e depressão.

São vários os trabalhos publicados revelando os efeitos positivos de programas de I.C. nestes estados “afectivo-emocionais”.

Os resultados de Sapp (1994) mostraram que o I.C. é efectivo na redução da preocupação e dos componentes emocionais da ansiedade; os de Suk & Yoon (2001) na diminuição dos níveis de stresse; os de McKinney *et al.* (1997a) na redução na depressão, fadiga e dos níveis de cortisol; os de Watanabe *et al.* (2006) na redução dos níveis de cortisol, aumento do humor positivo e diminuição do humor negativo; os de Rees (1995) na redução ansiedade, da depressão e aumento da auto-estima; os de Campbell-Gillies (2004) na diminuição da depressão e da ansiedade; os de Jarvinen & Gold (1981); Gold, Jarvinen & Teague (1982), Leja (1989) e de Sloman (2002), na diminuição na depressão.

Em relação a estudos sobre o efeito do I.C. no aumento do conforto são referidos na literatura os trabalhos de Kolcaba (1997) e de Kolcaba & Fox (1999), com resultados no aumento do nível de conforto em mulheres com cancro da mama.

#### UTILIZAÇÃO DO I.C. COMO INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Como temos vindo a referir, o I.C. tem revelado efeitos positivos nos estados emocionais negativos como a ansiedade, stresse e depressão e no aumento do conforto dos indivíduos.

O uso repetido de *imagery* áudio gravada<sup>43</sup> parece intensificar e aumentar o trabalho da terapia, oferecendo conforto, consolo e esperança (Naparstek, 1994). De facto, os registos dos vários autores são consensuais relatando o prazer reconfortante que a utilização desta técnica provê aos seus utilizadores.

A técnica dever ser utilizada entre cinco a vinte minutos, dependendo da capacidade da pessoa para manter a concentração, uma ou duas vezes por dia, como parte da rotina diária. Pode ser feito ao acordar ou ao deitar (Naparstek, 1994). A imagem será tanto mais nítida quanto mais tempo a pessoa se dedicar a trabalhá-la (Samuels 2003).

As maiores dificuldades para realizar esta técnica poderão ser a falta de concentração, o que pode ser ultrapassado com a prática (Naparstek, 1994) e ainda com a escolha de um local calmo e confortável adoptando uma atitude passiva, ou seja não se concentrar no objectivo; a dificuldade em relaxar (Samuels & Samuels 1975; Achterberg, Dossey & Kolkmeier, 1994).

A pessoa deverá permanecer confortavelmente deitada de costas ou sentada, com os braços esticados ao lado do tronco e as pernas descruzadas (Jacobson, 1938; Payne, 2003).

A técnica de I.C. inicia-se com um processo de relaxamento, convidando a pessoa a deixar que os seus olhos se vão fechando focalizando-se na respiração. A respiração que deve ser calma, profunda, regular e abdominal<sup>44</sup>, expirando todo o ar sem esforço, relaxando a cada respiração (Achterberg, Dossey & Kolkmeier, 1994; Payne, 2003).

---

<sup>43</sup> Payne (2003) refere que o procedimento de relaxamento pode ser ao vivo ou gravado. Argumenta que a investigação tem apontado para a maior eficácia das intervenções ao vivo mas aponta outras mais recentes que referem eficácia semelhante, com a vantagem de standartizar o procedimento promovendo a sua fiabilidade.

<sup>44</sup> A respiração é um componente fundamental, o primeiro e o mais fácil caminho para o relaxamento estando indicados

A pessoa deve focar a atenção para dentro de si, libertando-se de perturbações exteriores, com o objectivo de entrar num estado passivo de “abandono” do corpo e do espírito (Achterberg, Dossey & Kolkmeier, 1994; Payne, 2003).

Aos exercícios respiratórios deve seguir-se a contracção e o relaxamento muscular, que podem envolver dezasseis grupos musculares com combinações mais simples ou mais complexas<sup>45</sup>.

Como referimos anteriormente, a literatura considera que, no desenvolvimento da *imagery* positiva, deverão ser seleccionados lugares favoritos, ambientes naturais, cenas pacíficas e relaxantes, para criar um estado alterado, no qual a *imagery* possa ser experienciada. Assim, e após os exercícios de relaxamento, as pessoas deverão ser, suavemente, induzidas a criar imagens mentais. No caso da *imagery* positiva, abordagem subjacente à intervenção que desenvolvemos, devem ser levadas a pensar-se num lugar imaginário onde sintam segurança, calma e protecção. Deve ser encorajada a focalização dos detalhes vívidos da paisagem, sons, e cheiros, e um sentimento global de estar num lugar calmo, especial que induz serenidade e paz. É ainda referida a possibilidade de cenas alusivas a um encontro com uma pessoa especial que providencie apoio, confiança e possa servir de confidente (Seaward, 2002; Lusk, 1992; Naparstek, 1994).

#### DURAÇÃO DA TERAPIA

Kuiken (2004) averiguou a relação entre a duração de cada intervenção e o tamanho do efeito resultante. Dos dez estudos referidos, oito foram desenvolvidos com suporte de cassetes áudio-gravadas. Seis utilizaram *physiologically focused imagery*, três *imagery* positiva e um *reframing imagery*. Dos três estudos referidos que utilizaram a *imagery* positiva, a mesma que utilizamos neste estudo, o de Lang *et al.* (2000) não tem referência ao número de semanas (presumindo-se que tenham sido alguns dias), o de Fors, Sexton & Götestam (2002) quatro semanas e o de Page *et al.* (2001) sete semanas. A autora conclui que os estudos

---

exercícios respiratórios para iniciar o processo. Referindo-se a Sudsuang *et al.* (1991), Payne (2003) aponta que a respiração está directamente relacionada com o sistema nervoso autónomo. O tipo de respiração que acompanha a vigília simpática tende a ser acelerado enquanto o que acompanha a vigília parassimpática tende a ser mais lento e suave. Ao diminuir o ritmo respiratório é possível promover a actividade parassimpática. O que diferencia a respiração normal da respiração diagramática é a ênfase na extensão do tórax. De facto a respiração torácica envolve mais energia e conseqüentemente menos relaxamento e não permite a expansão dos lobos basais tão eficazmente como a abdominal e assim a capacidade pulmonar é mais reduzida (Seaward, 2002).

<sup>45</sup> Jacobson (1938) aponta uma sequência complexa de grupos musculares que resumidamente referimos: mãos, antebraços e braços; cabeça; rosto; pescoço; tronco (músculos torácicos, abdominais e dorsais); cintura escapular; coxas, pernas, nádegas e pés. Contudo reconhece que o método por si proposto pode ser simplificado e o treino ser limitado a determinado grupo de músculos ou à contracção simultânea dos grupos de músculos, direito e esquerdo, notando a tensão, relaxando de seguida os grupos musculares em causa.

De facto, autores como Bernstein & Borkovec simplificaram a técnica, no que respeita à duração, mas também em relação à intensidade da contracção. Enquanto que na abordagem de Jacobson a intensidade da contracção não é especificada, considerando mesmo a utilidade da contracção muscular pouco intensa, Bernstein & Borkovec e Wolpe & Lazarus advogam a contracção muscular intensa. Estes autores defendem ainda que o paciente deve ser aconselhado a deixar que a sensação de relaxamento percorra as partes do corpo (Payne, 2003).

Payne (2003) refere que a técnica de relaxamento envolve dezasseis grupos musculares mas podem ser feitas combinações mais simples: combinações dos itens do braço direito, do braço esquerdo, movimentos da cara e da cabeça em conjunto; combinação entre o pescoço e a cintura escapular; combinação entre os itens do tronco; entre os itens da perna direita e da perna esquerda. De forma ainda mais resumida, a técnica aponta um processo de quatro itens: ambos os braços em conjunto; itens da cara e da cabeça em conjunto; combinação entre tronco e movimentos do pescoço; combinação entre ambas as pernas.

mostram um aumento do tamanho do efeito por volta das cinco/sete semanas diminuindo às dezoito. No estudo de Kolcaba & Fox (1999), a que já anteriormente nos referimos, onde é utilizada *physiologically focused imagery* e *positive imagery* é revelado um tamanho do efeito maior às três semanas.

Outros estudos têm utilizado intervenções com diferentes tempos de decurso das intervenções: o estudo de Lewandowski (2004), sobre os efeitos do I.C. na dor, teve uma duração de quatro dias; os estudos de Jarvinen & Gold (1981) e de Gold, Jarvinen & Teague (1982) utilizando *imagery* positiva e neutra tiveram a duração de três semanas.

Tendo em conta os dados referidos, torna-se difícil determinar um tempo mínimo de utilização do I.C. de forma a obter resultados significativos. A evidência apoia resultados de moderados a fortes às quatro semanas. Porém, os resultados imediatos descritos no estudo de Lang *et al.* (2000) indicaram que poderia não ser necessário este tempo. O tempo necessário para que o I.C. tenha resultados efectivos é desconhecido (Kuiken, 2004). Estará relacionado com o tipo de intervenção, a amostra, os resultados esperados e a possibilidade de intervenção.

Um dos efeitos adversos das intervenções prolongadas com I.C. é a saturação dos indivíduos podendo pôr em causa a adesão terapêutica. Para minimizar este efeito, alguns autores advogam diferentes tipos de gravação utilizados alternadamente.

#### RISCOS, SEGURANÇA E CONTRA-INDICAÇÕES

O I.C. é uma das intervenções complementares ou alternativas mais seguras, se for utilizado em complementaridade, ou seja para além e não em substituição das outras terapias, nomeadamente as medicamentosas. O perigo está em utilizar esta técnica em substituição de outras terapias mais adequadas e indicadas pelo diagnóstico dos profissionais de saúde (Bresler & Rossman, 2006b; Payne, 2003).

Em pessoas que não têm interesse pela *imagery*, ou que têm dificuldade em criar imagens mentais é preferível somente uma abordagem muscular (Payne, 2003).

No que respeita ao relaxamento muscular, apesar de Jacobson (1938) não referir contra-indicações e parecendo ser improvável que produza efeitos negativos é necessário ter especial atenção aos doentes que sofrem doenças cardiovasculares, podendo correr algum risco. Os exercícios que se baseiam na tensão muscular podem potenciar alterações da tensão arterial (elevação quando os membros estão em tensão e redução quando em relaxamento) e arritmias, pelo que são desadequados nestas situações. Assim, deve ser feita uma avaliação criteriosa e, se necessário, diminuir o tempo de contracção muscular ou propor apenas relaxamento passivo (a pessoa identifica situações de tensão muscular libertando-a de seguida). O levante deve ser progressivo para evitar hipotensão ortostática (Payne, 2003; Palmer & Dryden, 1995).

A autora refere, que em situações de humor depressivo, o indivíduo, por não querer a mudança, pode colocar obstáculos à intervenção. Nos casos de *deficit* de auto-estima, os objectivos das intervenções não deverão ser demasiado ambiciosos por poderem ser fonte adicional de stresse. O recurso a imagens mentais pode colocar a pessoa em contacto com as partes mais íntimas de si, pelo que é possível suceder em fortes

reações emocionais, como raiva, ressentimento, culpa e frustração agravando a depressão, pelo que deverá existir uma supervisão adequada.

Relativamente a doentes psicóticos ou que têm distúrbios dissociativos ou da personalidade, Bresler & Rossman (2006b) referem que não existem contra-indicações absolutas na utilização do I.C., mas reconhecem que a técnica tem que ser desenvolvida sob adequado controlo clínico e por técnicos de saúde bem treinados e com competências específicas nestas áreas. Por seu lado, Payne (2003) reconhece que as imagens mentais são particularmente desaconselhadas em indivíduos que têm dificuldade em distinguir a realidade da fantasia e nos que sofrem de alucinações ou outros sintomas psicóticos, mas refere alguns estudos que revelam benefícios da tensão *versus* distensão muscular e do exercício físico, durante o período activo de doenças psicóticas. Não sendo provável que, durante a utilização de imagens mentais, aconteça um estado hipnótico, devem ser evitadas sugestões que o possam induzir. É ainda referido pela autora que se deve ter especial atenção a este procedimento em situações de gravidez, pela contracção uterina que pode provocar, devendo ser evitada a tensão exagerada.

É também possível a ocorrência esporádica de ansiedade, transpiração excessiva e raiva por incapacidade na execução da técnica.

Seaward (2002) chama ainda a atenção para os possíveis efeitos adversos que algumas imagens podem provocar nalgumas pessoas. Por exemplo, a alguém que desenvolva ansiedade a alturas ou a espaços fechados, pode ser contraproducente induzir imagens de uma montanha ou de um caminho.



# Investigação Empírica

Parte II





# **Problema e objectivos do estudo**

**Capítulo I**

(Página deixada propositadamente em branco)

## 1. DESCONFORTO DOS DOENTES INTERNADOS EM SERVIÇOS DE CLÍNICA PSQUIÁTRICA COM PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS – INTERVENÇÃO COM I.C.

Apesar da evolução na terapêutica antidepressiva, os diversos estudos epidemiológicos que referimos sugerem, relativamente às perturbações depressivas, elevadas taxas de prevalência e de recorrência, bem como a parcialidade da recuperação entre episódios, tendendo para a cronicidade. Limitam o bem-estar físico e o desempenho de papéis da pessoa tendo consequências significativas em termos de sofrimento humano, custos pessoais, familiares, sociais e económicos podendo tornar-se, a médio prazo, a primeira causa de morbilidade nos países desenvolvidos (Coppen, 1994; OMS, 2001; 2006).

Apresentamos também argumentos, sobretudo psicológicos e neuro-fisiológicos que explicam o desenvolvimento das perturbações depressivas bem como a relação entre a depressão, a ansiedade e o stresse.

Na perspectiva cognitivista é assumido que, durante os episódios depressivos, os esquemas negativos dominam o processamento da informação e o sentido que o indivíduo atribui aos acontecimentos. As cognições dos indivíduos deprimidos são automáticas, involuntárias e perseverantes levando a uma visão negativa de si mesmo, do futuro e do mundo. Apresentam um estilo cognitivo negativo e percepção distorcida das causas e dos significados dos acontecimentos que os predispõe para a depressão quando se defrontam com acontecimentos de vida negativos. As situações de stresse esvaziam os recursos cognitivos, que poderiam atenuar ou anular os pensamentos negativos, conferindo ainda mais vulnerabilidade ao indivíduo (Beck, 1970; Beck, *et al.*, 1987; Beck, 1991; Abramson, Metalsky & Alloy, 1989; Seligman, 2006). A relação entre estes estados “afectivo-emocionais” é também explicada pelo modelo tripartido de Clark & Watson (1991) sendo considerada a afectividade negativa que agrupa as características comuns à ansiedade e à depressão; reduzido afecto positivo, comum à depressão, e hiperestimulação fisiológica, comum à ansiedade.

Do ponto de vista neurofisiológico, a relação entre ansiedade, stresse e depressão, parece estar relacionada com o sistema CRF e com a desregulação do eixo HHA. A persistência e a intensidade exagerada do stresse, podem tornar o eixo HHA hiper-reactivo verificando-se que muitos indivíduos com depressão apresentam irregularidade na secreção de cortisol quando estimulados, assim como alterações das estruturas límbicas (Lovallo & Thomas, 2000; McEwen, 2000; Barlow, 2002; McEwen, 2002; Mischoulon, Dougherty & Fava, 2004). Um conjunto de neurotransmissores implicados na depressão é responsável pela libertação de CRF. Os *deficits* de neurotransmissores podem ser o resultado da desinibição do eixo HHA resultante de uma perturbação do equilíbrio na neurotransmissão límbico-diencefálica, conduzindo à depressão (Barlow, 2002).

### NECESSIDADES DE CONFORTO NÃO SATISFEITAS DE DOENTES INTERNADOS EM SERVIÇOS DE CLÍNICA PSQUIÁTRICA COM PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS

Como referimos, o conforto tem sido historicamente relacionado com a disciplina de enfermagem e é um resultado desejável, positivo, holístico, teoricamente definível e operacionalizável; foi definido por Kolcaba como “a satisfação (activa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tran-

quilidade e transcendência, que emergem de situações causadoras de stresse, em cuidados de saúde nos contextos físico, “psicoespiritual”, sociocultural e ambiental” (1994, p. 1178). Assenta nos pressupostos de que os seres humanos se empenham, activamente, por satisfazer ou terem satisfeitas as suas necessidades básicas de conforto.

Quando o conforto é alcançado, os doentes sentem-se fortalecidos e portanto empenhados em comportamentos de saúde saudáveis (HSB) (Kolcaba, 2003).

Os sintomas clínicos da depressão podem ser apreciados sob o ângulo *emocional, cognitivo, motivacional, físico e vegetativo* (Beck, 1970), sendo conjuntamente com a hospitalização responsáveis por desconfortos variados vivenciados pelos doentes. Examinados à luz da teoria do conforto de Kolcaba, são responsáveis pela não satisfação de necessidades de conforto, nos três estados (alívio, tranquilidade e transcendência) e experimentados nos quatro contextos da experiência. Assim, os doentes com perturbações depressivas, internados em serviços de clínica apresentam necessidades de conforto não satisfeitas nas doze facetas da estrutura taxonómica do conforto, tal como sintetizamos esquematicamente na figura 3.

#### I.C. E CONFORTO NOS DOENTES INTERNADOS EM SERVIÇOS DE CLÍNICA COM PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA

No contexto deste estudo assume-se que, na complexa relação “corpo-mente”, perante a percepção do mundo interno ou externo, são formadas imagens mentais que estimulam o sistema límbico e de seguida o eixo HHA. O tipo de imagem, pacífica ou hostil, activa o sistema nervoso autónomo, parassimpático ou simpático tendo efeitos regeneradores ou nocivos (Achterberg, 1985).

Assume-se também que o I.C., enquanto abordagem terapêutica, permite um estado relaxado da mente e a focalização em imagens que permitem reorganizar as forças internas e a regeneração do estado de saúde ao nível emocional, afectivo e cognitivo (Bresler & Rossman, 2006a; 2006b).

De facto, os estudos indicam que a focalização da imaginação no sentido positivo pode resultar num estado de tranquilidade, encorajamento, regulação do humor, alívio da dor permitindo restabelecer o estado de saúde física e mental (Rossman, 2000). Referimos alguns estudos que evidenciam os efeitos positivos do I.C. em doentes deprimidos, entre outros, os de Jarvinen & Gold (1981), McKinney *et al.* (1997a), Campbell-Gillies, (2004), Sloman, (2002). Mas apesar da literatura evidenciar os benefícios positivos do I.C. nos doentes com perturbações depressivas, não são conhecidos estudos desenvolvidos em contexto de clínica psiquiátrica sobre o seu efeito na diminuição dos sintomas depressivos e aumento do conforto destes doentes.

Os estudos de Kolcaba (1997) e de Kolcaba & Fox (1999) acerca do efeito do I.C. revelaram resultados positivos nos vários estados e contextos do conforto, mas foram desenvolvidos em mulheres com cancro da mama submetidas a radioterapia.

Por esta razão, torna-se relevante desenvolver um programa de I.C. ajustado às necessidades de conforto dos doentes hospitalizados com perturbações depressivas e avaliar qual o efeito no seu conforto.

Figura 3 - Necessidades de conforto não satisfeitas de doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica com perturbações depressivas.

	<b>Necessidades de Alívio</b>	<b>Necessidades de Tranquilidade</b>	<b>Necessidades de Transcendência</b>
<b>Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redução da energia, fadiga, prisão de movimentos;</li> <li>- Lentificação ou agitação motora;</li> <li>- Diminuição da actividade;</li> <li>- Perturbação do apetite;</li> <li>- Tremores no corpo;</li> <li>- Dores no corpo;</li> <li>- Náuseas;</li> <li>- Boca seca;</li> <li>- Perturbação do sono</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agitação motora;</li> <li>- Tensão muscular, dificuldade em relaxar;</li> <li>- Sentimento de falta de atractividade física, distorção da imagem corporal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de força física;</li> <li>- Expectativas negativas face à capacidade física e energia para trabalhar.</li> </ul>
<b>"Psicoespiritual"</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agitação, incapacidade para ficar sentado quieto, ou lentificação psíquica;</li> <li>- Auto-avaliação negativa;</li> <li>- Diminuição da libido;</li> <li>- Dificuldades para pensar e concentrar-se (fadiga mental);</li> <li>- Humor depressivo, perda de prazer, tristeza;</li> <li>- Desânimo, preocupação, culpa, infelicidade, pessimismo, auto-culpabilização (sente-se responsável pelos males do mundo e por estar doente);</li> <li>- Ideias de provocar dano pessoal ou suicídio;</li> <li>- Procura de gratificações imediatas, mas transitivas em vez de adiadas e prolongadas;</li> <li>- Incapacidade para chorar;</li> <li>- Falta de controlo;</li> <li>- Dificuldade em suportar e lidar com a hospitalização;</li> <li>- Medo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimentos de desespero;</li> <li>- Irritabilidade;</li> <li>- Aumento do choro;</li> <li>- Obrigação de desenvolver um conjunto de acções simultâneas, que são incompatíveis;</li> <li>- Atitude escapista evitando responsabilidades;</li> <li>- Inquietude;</li> <li>- Ideias de culpabilização, indignidade;</li> <li>- Capacidade para experimentar prazer alterada;</li> <li>- Perda de interesse, diminuição da auto-estima e da auto-confiança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desespero e encarceramento na doença;</li> <li>- Falta de sentido da vida;</li> <li>- Incapacidade para se sentir satisfeito com as relações íntimas;</li> <li>- Expectativas económicas negativas;</li> <li>- Falta de confiança em si;</li> <li>- Falta de esperança;</li> <li>- Incapacidade para orientar a vida;</li> <li>- Perspectivas negativas do futuro, esperando o pior e rejeitando a possibilidade de melhoria;</li> <li>- Sentimentos de desvalorização pessoal e de inutilidade;</li> <li>- Paralisação da vontade e da motivação positiva (dificuldade para tomar decisões, incapacidade para iniciar actividades, passividade);</li> <li>- Culpa excessiva e desvalorização pessoal;</li> <li>- Paradoxal aprisionamento no contexto terapêutico (conflito entre necessidade de estar internado e o desconforto provocado pelo internamento).</li> </ul>
<b>Sociocultural</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfação relacionada com responsabilidades ou obrigações sociais, laborais ou familiares;</li> <li>- Insatisfação profissional levando por vezes à perda do emprego;</li> <li>- Pensamentos e sentimentos de solidão e de desamor;</li> <li>- Sentimentos de rejeição e falta de apoio familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auto-recriminação por estar doente e por não conseguir cumprir com as responsabilidades profissionais ou interpessoais;</li> <li>- Auto-reprovação em relação a faltas pessoais cometidas;</li> <li>- Insucesso no papel familiar ou social;</li> <li>- Insatisfação com as relações pessoais e sociais;</li> <li>- Necessidade de apoio familiar e profissional e de mediação nas relações familiares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de perspectivas face à sua capacidade para desenvolver relações íntimas, funcionamento social, familiar e profissional podendo levar a conflitos sociais, perda de emprego e divórcio;</li> <li>- Incapacidade de restabelecer relações interpessoais;</li> <li>- Incapacidade para pedir ajuda;</li> <li>- Sentimento de inferioridade na capacidade produtiva, insegurança financeira;</li> <li>- Projecto de vida ameaçado.</li> </ul>
<b>Ambiental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agitação e ruído do ambiente terapêutico (serviço de internamento)</li> <li>- Dificuldade no acesso aos haveres pessoais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de privacidade no contexto hospitalar;</li> <li>- Conflitos com os outros doentes;</li> <li>- Necessidade de ambiente protegido, agradável e calmo;</li> <li>- Autonomia ambiental posta em causa;</li> <li>- Difícil comunicação com o exterior;</li> <li>- Regras do funcionamento hospitalar - que limitam a liberdade de circulação dentro do ambiente terapêutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incapacidade para controlar pessoalmente os elementos naturais e artificiais do ambiente terapêutico (luz, temperatura ...).</li> </ul>

Com base na teoria de Kolcaba, consideramos que a definição técnica do conforto, nos doentes deprimidos em contexto clínico, é um efeito desejado e conseguido quando as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência são satisfeitas ao nível dos contextos físicos, “psicoespiritual”, sociocultural e ambiental.

O aumento dos níveis de conforto poderá ser conseguido, para além de todos os cuidados de saúde providenciados pela equipa de saúde, através da intervenção com I.C..

Neste contexto o I.C. tem por objectivo ajudar a pessoa a encontrar ou a seleccionar as oportunidades e as actividades que lhe trarão a melhor satisfação ou proveito numa dada área (Ahsen, 1989), ou seja, neste caso em particular, ajudar o doente deprimido a diminuir estados “cognitivo-afectivo-emocionais” negativos e aumentar o nível de conforto através do relaxamento e de imagens positivas.

Enquanto técnica de intervenção, o I.C. é definido como um programa de instruções destinadas a ajudar as pessoas a adquirir um estado de relaxamento psicológico e fisiológico, através da relaxação muscular e de imagens mentais positivas, “securizantes”, geradoras de um estado de calma e revigorante, aliviando o desconforto provocado pelos sintomas depressivos. Mediante um processo criativo, utilizando as suas capacidades imaginativas, afectivas e cognitivas, os indivíduos em estado de relaxamento são convidados a seguir uma série de cenas relativas a situações naturais, relaxantes, tranquilizadoras e “securizantes”, como paisagens, fragrâncias e sons naturais, estimulando os sentidos. São também convidados a imaginar um encontro com alguém, com quem possam partilhar a sua situação de vida e ainda a criar imagens positivas, reconfortantes e “securizantes” do contexto terapêutico em que se encontram. Pretende-se que o doente deprimido idealize um espaço onde se sinta calmo, seguro, refugiado, construindo imagens positivas, libertando-se de pensamentos perturbadores.

Assim, tendo como objectivo avaliar o efeito do I.C. no aumento do conforto e na redução da depressão, ansiedade e stresse dos doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica, propomos o desenvolvimento do seguinte protocolo: um grupo *experimental* de doentes com perturbações depressivas será submetido a intervenção com um programa de I.C. e um grupo de controlo, com as mesmas características, não será submetido ao referido programa, avaliando-se a diferença de resultados, ou seja, se os indivíduos do grupo que recebe uma intervenção, o I.C., apresentam níveis de conforto mais elevados do que os que não recebem essa intervenção.

# Estudos Preparatórios

## Capítulo II

(Página deixada propositadamente em branco)



Antes do desenvolvimento do estudo, o efeito do I.C. em contexto psiquiátrico, considerou-se indispensável operar um conjunto de estudos preliminares e preparatórios a fim de o suportar, do ponto de vista operacional.

De facto, na literatura não existiam estudos sobre o “conforto-desconforto” vivido por estes doentes, nem instrumentos disponíveis que pudessem ser utilizados para fazer o diagnóstico das necessidades de conforto, bem como para avaliar a efectividade das intervenções de enfermagem, especificamente a avaliação do efeito do I.C. no conforto destes doentes. Não existia também, qualquer guião de I.C. ajustado às necessidades de conforto dos doentes internados em serviços de psiquiatria clínica.

Desenvolvemos assim, quatro estudos preparatórios: o primeiro com o objectivo de compreender a vivência do conforto dos doentes internados em serviços de psiquiatria clínica; o segundo com o objectivo de adaptar para português a *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS-21); o terceiro com o objectivo de construir e validar a *Escala de Avaliação do Conforto em Doentes Internados em Serviços de Clínica Psiquiátrica* (ECIP) e o quarto com o objectivo de desenvolver um guião de I.C. e respectiva gravação em formato digital em *Compact Disk* (C.D.) para ser utilizado como instrumento de intervenção.

## **ESTUDO 1: VIVÊNCIAS DO “CONFORTO-DESCONFORTO” NOS DOENTES INTERNADOS EM SERVIÇOS DE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA**

Aqui liberto-me um bocado do mundo exterior e começo a comer (...) Portanto sinto-me completo, sinto-me à vontade. Conforto para mim é sentir-me livre daquelas coisas que vêm à cabeça.

(Doente internado num serviço de clínica psiquiátrica)

A pessoa mentalmente doente, em contexto hospitalar, reflecte e vivencia uma experiência subjectiva inerente à doença e ao processo de internamento. A investigação compreensiva dessa vivência é essencial para o entendimento do processo, favorecendo uma actuação mais efectiva e ajustada. Porém, na literatura, não é feita referência a estudos desta natureza.

Partindo do pressuposto de que os doentes mentais internados, em serviços de clínica psiquiátrica, experienciam a sua condição num contexto existencial complexo relacionado com a carga sintomática resultante da situação de doença e do internamento em si, tornou-se relevante a realização de um estudo com o objectivo de compreender as vivências de “conforto-desconforto” destes doentes. Desenvolvemos, assim, um estudo interpretativo, de cariz fenomenológico.

### **ENQUADRAMENTO ONTO-EPISTEMOLÓGICO**

A fenomenologia é uma consciência filosófica que surgiu como alternativa metodológica à perspectiva epistemológica empírica-analítica.

Significa o estudo dos fenómenos, ou seja, daquilo que é dado à consciência. A consciência é intencional porque é consciência de alguma coisa, dirige-se, pois, para um objecto. A fenomenologia procura descrever a experiência tal como ela é vivida. É o estudo das essências, a procura da coisa em si, utilizando uma forma de reflexão que permita olhar as coisas como elas se manifestam (Merleau-Ponty, 1999; Lyotard, 1999).

A fenomenologia pode, assim, caracterizar-se como um método, ou seja, como um modo de tornar a filosofia numa ciência de rigor, face ao relativismo e ao subjectivismo psicológico. É uma ciência descritiva, não dedutiva. A fenomenologia não procura explicar ou analisar, antes descrever, não existindo, inerente à utilização desta metodologia, a intenção de encontrar relações causais, mas sim, de desvelar a essência do fenómeno. Para que se possa compreender as afirmações da atitude natural é necessário colocá-la em “suspensão” (Cordón & Martinez, 1998; Lyotard, 1999; Loureiro, 2002).

## METODOLOGIA

Questão de Investigação: Que “conforto-desconforto” é vivenciado pelos doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica?

## AMOSTRA E CONTEXTO

O estudo foi feito com uma amostra de 18 doentes internados em Serviços de Clínica do Hospital Psiquiátrico Sobral Cid e do Hospital Psiquiátrico do Lorvão. A amostragem fez-se por selecção racional, no sentido de incluir os participantes que apresentassem uma condição clínica estável e capacidade para descrever a experiência vivida. Foram seleccionados os indivíduos que, aquando da presença do investigador no respectivo serviço, fossem capazes de descrever esta vivência até a saturação da informação ter sido conseguida, entre 21-04 e 01-07-2004.

## CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

Como se pode observar no quadro 1, os 18 doentes entrevistados são de ambos os sexos, com os diagnósticos mais usuais nos serviços, mas maioritariamente com perturbações depressivas, diversificadas experiências de internamentos anteriores e com formação e actividade profissional também variada.

Quadro 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n = 18)

Variáveis		Amostra (n = 18)	
		nº	%
Homens		9	50,00
Mulheres		9	50,00
Casados		10	55,56
Solteiros		3	16,67
Divorciados		3	16,67
Viúvos		2	11,11
Escolaridade	4 anos	6	33,33
	5-9 anos	6	33,33
	10-12 anos	2	11,11
	Superior	4	22,22
Idade		Min: 20; Max: 59; Média:42,83; DP: 11,18	
Dias de internamento		Min: 8; Max: 45; Média:20,50; DP: 12,57	
Internamentos anteriores		Min: 0; Max: 4; Média:1,67; DP: 1,61	
Diagnóstico	Perturbações do humor	11	61,11
	Perturbações neuróticas, perturbações relacionadas com o stresse e perturbações somatoformes	4	22,22
	Esquizofrenia; Perturbações esquizotípicas e delirantes	3	16,67

### RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Para a recolha de informação, além de dados relativos a variáveis sociodemográficas e clínicas dos indivíduos, foi utilizada a entrevista tendo por base um guião, pouco estruturado, com as seguintes questões:

*Recorde uma situação aqui vivida que considere confortável ou imagine-se a viver uma situação confortável. Descreva-me essa situação.*

*Recorde uma situação aqui vivida que considere desconfortável ou imagine uma situação desconfortável. Descreva-me essa situação.*

*Aqui, o que é para si o conforto?*

As entrevistas foram realizadas nas unidades de clínica psiquiátrica, masculina e feminina, dos dois hospitais referidos, num gabinete de consulta e audio-gravadas. Cada entrevista terminara quando os informantes acreditavam que haviam esgotado a sua descrição. A duração das várias entrevistas variou entre quarenta e sessenta minutos.

### ANÁLISE DA INFORMAÇÃO

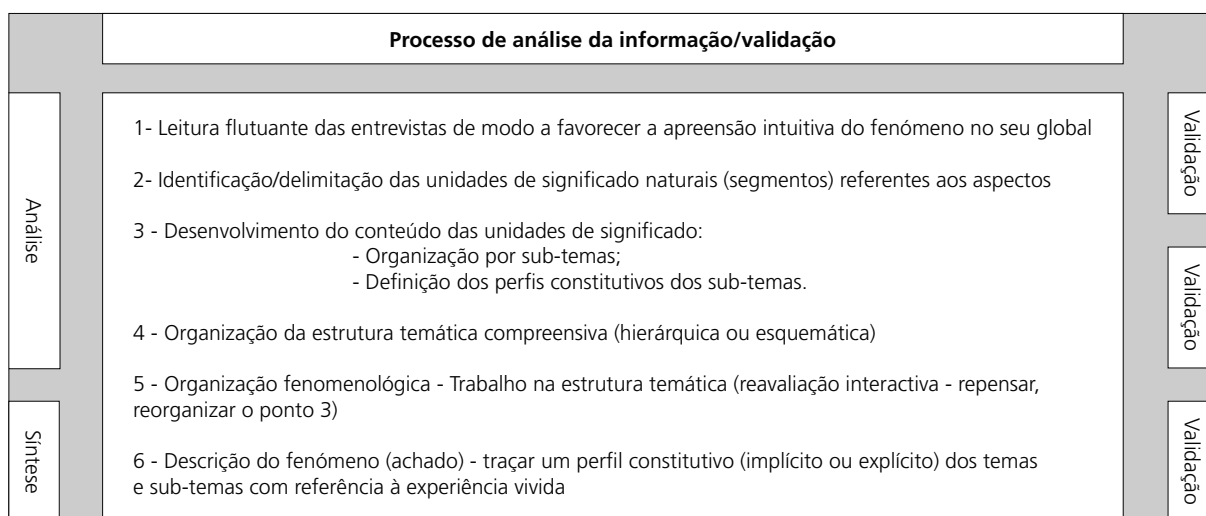
O conteúdo da gravação foi transcrito para uma folha de processamento de texto tendo, de seguida, sido importado para o programa "Non-numerical Unstructured Data \* Indexing Searching and Theorizing" (NUD\*IST - N5).

O processo de análise da informação (figura 4) teve início com uma leitura flutuante das entrevistas de modo a favorecer a apreensão intuitiva do fenómeno na sua globalidade. No seguimento, foram, por via intuitiva, identificadas e delimitadas as unidades naturais de significado referentes aos aspectos individuais da

experiência e organizadas em códigos, utilizando neste processo, sempre que possível, a linguagem utilizada pelos informantes. Estas unidades de significado foram organizadas por abdução, numa primeira fase, em sub-temas e depois numa estrutura temática compreensiva. Por último, foi descrito o fenómeno, definindo-se o perfil constitutivo dos temas constituintes da sua estrutura, com referência à experiência vivida.

A validade do estudo foi acautelada, ao longo de todo o trabalho, por um processo interactivo de análise e síntese entre o investigador e os peritos colaboradores. O estudo foi sendo orientado pelos pressupostos metodológicos inerentes à fenomenologia, o que é, assumidamente, um aspecto relevante da validade. Entrevistas posteriores com sujeitos a vivenciar, no mesmo contexto, um processo de doença idêntico corroboram os achados deste estudo.

Figura 4 - Processo de análise e validação da informação relativa ao “conforto-desconforto” vivido pelos doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica.



### PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Antes do início da recolha de dados, o projecto de pesquisa foi aprovado pelas Comissões de Ética dos dois hospitais psiquiátricos referidos. Aos indivíduos que aceitaram participar na pesquisa solicitou-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, após terem sido apreciados os aspectos éticos inerentes ao processo. Foi dado a conhecer a natureza e os objectivos do estudo, bem como outra informação que lhes permitisse decidir acerca da sua participação.

### RESULTADOS

A análise dos achados permitiu aceder a um esquema compreensivo (figura 5) organizado numa estrutura interactiva com cinco temas: a *avaliação de si como ser em potencialidade*; o *encarceramento na doença*; a *liberdade para decidir* em relação ao seu projecto de vida e ao processo de internamento; o *internamento*

*sofrido* em oposição ao *internamento necessário* para escapar ao aprisionamento da doença. O desconforto parece ter subjacente a incapacidade percebida para “*vir-a-ser*”, e a liberdade perdida pelo processo de doença e pelo incómodo provocado pelo internamento.

Assim, a pessoa reconhece-se como um *ser em potencialidade* que quer “*vir-a-ser*”, que quer realizar projectos, que tem necessidade de produzir trabalho, ter uma família e de ser autónoma para satisfazer os seus compromissos sociais, laborais e financeiros, pertencer a um espaço sociocultural onde se sinta compreendido e parte integrante, sendo capaz de lançar-se para a vida.

E8: *Um emprego fixo. Não peço um bom emprego. Um emprego que me desse para comprar uma casa daqui a uns tempos. Uma família também.*

E5: *O futuro é que está a mexer... o presente, este ambiente, tenho levado com calma; o passado é para esquecer, já não existe; agora o futuro é que estou a encarar as coisas.*

E7: *Ter uma vida ... como os outros têm ...que não tenho possibilidades de ter, querer ser uma pessoa realizada na vida, não tenho essa possibilidade (...). Tenho que lançar-me para a vida e seja o que Deus quiser.*

E11: *Só tenho para dizer que estou aqui, há muito tempo, e eu não posso sustentar a família e estou a ver a minha vida a andar para trás, e a minha mãe é que tem que pagar tudo porque a minha mulher pediu (...).*

No seu projecto de vida a pessoa perspectiva um ambiente saudável, protector, seguro, onde não sofra o estigma de ser um doente mental, onde seja compreendido. O estigma ligado à doença mental é sentido como um obstáculo principal para a melhoria da qualidade de vida e para a inserção social e laboral.

E11: *Queria ir para outro ambiente – quando tiver alta, queria recomeçar noutra local onde não estivesse rotulado.*

E5: *Penso. Quando me for embora, penso. Queria ir para outro, outro ambiente, onde ninguém (...). Fazer a minha vida particular do princípio, sem ter que dar confiança a ninguém, sem ter que pedir a a,b,c para me indicar o que é que eu devo fazer, que eu graças (...).*

Mas sente-se *encarcerado na doença*, percebendo as suas dificuldades e constrangimentos limitadores do desenvolvimento do projecto de vida e, para tal, é necessário melhorar a condição de saúde que lhe possibilite desenvolver esses projectos e lançar-se para a vida.

E5: *Aquilo para mim não é ambiente, por isso é que eu farto-me de pensar como é que vai ser a minha saída daqui. Eu até, se quisesse ter pedido à Doutora, já me tinha ido embora, mas eu ainda não estou preparado para enfrentar ... essa situação.*

E7: (...) *Só sei que vou para casa e depois se vê, da minha vida ...o que for...*

E3: (...) *não tenho força, parece que estou a quebrar.*

O discurso destes doentes notifica um sentimento de solidão e abandono a que são, por vezes, lançados pelos entes queridos, reforçando este sentimento de aprisionamento e de incapacidade para se transcender.

E5: *Tenho uma filha com 20 anos. Não tenho ninguém, estou separado, não vejo a minha filha há dois anos e tal. Penso que não tenho ninguém, tenho que começar a minha vida de novo.*

E7: (...) *a minha filha virou-me as costas. É triste viver assim, nesta solidão, mas Deus é grande.*

Este constrangimento e incapacidade para se transcender é, por vezes, equacionado numa única saída, o suicídio. O discurso de alguns doentes aponta-o como a única saída do aprisionamento sentido.

E12: *Tentei-me suicidar e graças a Deus que não me aleijei. Tentei a 2ª vez, mas estava com a fotografia da minha filha na mão. Acabar com a minha vida só vai dar problemas e, um dia, ela perguntava pelo pai e diziam-lhe: o teu pai matou-se. E tive que pedir ajuda.*

Mas, apesar desta percepção do Si doente e do sentimento de constrangimento, de impotência, de desconforto, sentem necessidade de se (re)construir para continuar a viver. Esta (re)construção tem inerente a assumpção de uma nova imagem de Si. O estado de conforto será atingido quando existir um equilíbrio entre a imagem de Si e um projecto de vida adequado a essa imagem.

O processo de transição, no sentido desse equilíbrio, pode ser facilitado com o internamento em serviços de clínica psiquiátrica. O internamento é, assim, percebido como uma *necessidade*, como um espaço de refúgio tranquilo e de libertação, onde são desenvolvidos afectos positivos com os pares, profissionais de saúde e família, fundamentais à recuperação. Os doentes valorizam a competência técnica e humana dos profissionais de saúde, sobressaindo a capacidade de escuta e de aconselhamento como aspecto essencial à recuperação do estado de saúde.

E1: *Depois também a pessoa sente-se confortável porque está dentro de um sítio que está mais ou menos protegida, porque tem sempre alguém que se acontecer alguma coisa pode dar algum auxílio e pronto, é isso.*

E5: *Este ambiente é confortável para mim (...).*

E16: (...) *nós, com a medicação, para tomarmos os comprimidos baralhamos as horas, não sabemos se é de tarde ou de manhã e há um cuidado muito especial da parte dos enfermeiros para dar os comprimidos a horas.*

E7: *Relativamente a lá fora encontrei um canto onde é um refúgio para mim, onde eu vivi um mês e meio com comer, com uma família, aqui nós todos. Lá fora, não tenho certas condições, principalmente nós estamos aqui para tratar-se.*

E8: (...) *acho que nunca vamos chegar ao bem-estar como conseguimos aqui, conseguem-no com medicamentos, com medicação. (...) fico mais tranquilo, mais calmo, mais confortável comigo.*

E8: *Aqui não tenho medo, mas em casa, agora há um fantasma que me diz: mete a corda ao pescoço. Mas é fraco, não é capaz de mostrar a cara.*

E18: (...) *uma pessoa sente-se confortável com a ajuda que os médicos nos prestam, sente-se confortável com a actuação que eles dispensam e ajudam a minorar o sofrimento e sente-se confortável também com o auxílio dado pelo pessoal de enfermagem e sente-se confortável com a solidariedade dos colegas que estão aqui internados.*

Valorizam ainda as condições hoteleiras das instituições, reconhecendo-lhes esta qualidade.

E11: *Conforto, isto é bom, a comida é boa, as pessoas são sociáveis. (...) Confortável, a comida é boa, toma-se o banhinho a horas, parece um hotel.*

A difícil remissão da doença reforça a percepção de aprisionamento na doença e a perda do sentido da vida.

E7: *Sinto-me ninguém. Sinto-me uma pessoa traída, sem vida, alegria para (...) por mais que eu tente, não tem sentido. Perdi o sentido de viver.*

Cada re-internamento reforça também a percepção da necessidade do internamento e do espaço de refúgio que este proporciona.

E13: *Estava no 8, estava a recuperar, mas indo para casa parecia que voltavam os sintomas, só por eu ter mudado de lugar. No 8 sentia-me normal, mas indo para casa sentia um comportamento estranho (...).*

Mas, apesar do internamento ser percebido como um espaço de libertação e refúgio, como um bom invólucro afectivo onde recebem os cuidados essenciais, é, no entanto, um espaço onde experienciam desconforto e sofrimento, um lugar onde a liberdade é coarctada. Esta limitação prende-se com o cumprimento de regras instituídas, com a restrição da circulação no espaço físico dos serviços e com o transtorno inerente ao processo de internamento. No entanto, o discurso dos doentes orienta-se para a compreensão da existência destas regras, dada a necessidade de organização do tempo e do espaço dentro dos serviços.

E1: (...) *nada. Quando temos acesso à cama, não temos acesso à sala, quando temos acesso à sala, não temos acesso à cama, e tirando algumas excepções muito raras, em que eles com facilidade desautorizam as duas coisas mas isso é mais à base de excepções. Ora, o que para doentes de psiquiatria é angustiante.*

E10: *No primeiro dia não foi nada confortável. Sou a favor da liberdade e nesse dia senti-me presa, sufocada aqui dentro. Se abriam uma porta aqui fechavam outra ali.*

O desconforto está também relacionado com a necessária convivência diária com outros doentes mentais que é geradora de alguma desordem e agitação, dentro dos serviços, bem como com conflitos interpessoais e ainda, com a impossibilidade de contactar com o exterior e com os familiares. Aguardam, de forma angustiante, um telefonema que, muitas vezes, tarda em chegar.

E6: *As outras pessoas, é..., acho que há algumas, pronto, uma pessoa vê alguém a bater umas às outras e não gosta nem descansa um bocado mais a cabeça, mas tenho passado um tormento com ela, que eu sei lá...*

E2: *Depois ela bate nas pessoas e depois aos pontapés, antes de ontem dei-lhe uma bofetada porque ela pôs-se a arrepear-me os cabelos e a bater-me na cara (...)*

E1: *Aqui nem acesso ao telefone nós temos, se eu quiser telefonar (...)*

Não obstante reconhecerem que o programa terapêutico é parte essencial do processo de tratamento e os liberta do aprisionamento da doença, o discurso aponta também para o desconforto que advém dos seus efeitos secundários.

A questão da liberdade emerge também no que respeita ao processo de decisão relativo ao estar internado. Se as palavras de alguns doentes apontam no sentido de que a decisão do internamento foi livre e com o objectivo de melhorar o estado de saúde, apesar de todos os aspectos negativos inerentes ao processo, as de outros traduzem uma incapacidade ou incerteza na decisão de ser ou estar internado. Nestes casos, sentem-se incapazes de decidir sobre a própria vida porque foi um familiar próximo que decidiu, unilateralmente, o internamento hospitalar.

E8: (...) *senti-me enganado. Deram-me um comprimido e mandaram-me para aqui. Uma má situação foi quando no primeiro internamento que eu vim para aqui injectaram-me não sei o que era, não sei o nome*

*do medicamento, fiquei parado, depois tentei fugir, depois apanharam-me e injectaram-me não sei o quê e eu fiquei a babar-me todo e não me consegui mexer.*

*E1: Eu, por exemplo, uma coisa que me surpreendeu é que parece que ninguém assinou para eu ser internado, senão o médico. Para ser internado, alguém por mim, ou eu, tem de assinar o internamento. A minha esposa diz que não assinou nada, acho esquisito (...) o médico ter autoridade suficiente para me internar.*

## DISCUSSÃO

A tensão entre a *avaliação de si e das potencialidades* enquanto *ser-em-projecto*, entre o *constrangimento* a que está sujeito e a *liberdade para decidir*, são aspectos fundamentais da vivência do doente internado em psiquiatria. Para lidar com este conflito, estes doentes têm que se consciencializar da doença, dar sentido ao internamento e ter acesso a recursos (o contexto terapêutico, os técnicos, os outros doentes, a família, os afectos e a sua competência percebida).

A escolha parece ser um tema inerente a todo o processo. Para "*vir-a-ser*" é necessário escolher estar internado, pondo em causa a liberdade, experienciando o desconforto provocado pelo internamento.

De facto, o homem está condenado a ser livre. Lança-se, enquanto *projecto*, em direcção ao futuro e, portanto, a consciência vive o seu *projecto* e procura incessantemente realizá-lo. É o *projectar-se* a si próprio e perder-se para lá de si próprio que faz o homem existir. Assim, o homem supera-se e é o centro dessa transcendência (Sartre, 1978; 2001).

A existência é um acto de escolher ir na direcção de ser, na direcção daquilo que a pessoa elegeu como sendo o seu objectivo, o seu *projecto*. Existir é ir em direcção às escolhas individuais; é sair da prisão, da doença, e partir em direcção à autoconstrução da vida individual. Se a decisão de estar internado implica escolher, não estar internado é também uma escolha. A pessoa está condenada a ser livre e ser livre é ter a possibilidade de escolher (Sartre, 2001).

Esta escolha é limitada porque o homem encontra-se sempre numa situação e só pode escolher dentro dela. A pessoa saudável pode escolher permanecer no seu contexto sociocultural, desenvolver as suas actividades laborais, movimentar-se no seio da sua rede social e familiar, mas quando afectado pela doença mental, em situação de crise, a decisão que lhe cabe pode ser escolher ser internada, mesmo que isso a prive da liberdade. Não pode escolher não ser internada porque não está na posse de recursos que lhe permitam a recuperação sem ajuda. É de facto essa ajuda, esses recursos, que reconhece estar ao seu alcance nos serviços de internamento psiquiátrico.

As pessoas querem determinar as suas próprias metas, envolver-se na sua própria vida, acreditar na capacidade própria para crescer e ter esperança. Estes são os ingredientes de natureza humana. Não nos devemos espantar, então, que as pessoas com doença mental queiram as mesmas coisas que a maioria das pessoas, tais como aceder a um trabalho significativo, um lugar decente para viver e a amizade dos outros (Anthony, 2004). De facto, a necessidade de realizar as próprias potencialidades é considerada por Jahoda (1958) como um critério de saúde mental.



A incapacidade para sair do aprisionamento provocado pela doença pode levar os doentes a perspectivarem o suicídio como uma possibilidade de escolha. Os desejos suicidas podem ser encarados como uma expressão extrema do desejo de escapar, uma vez que o doente vê o seu futuro negativamente, não conseguindo visualizar uma forma de melhorar a sua situação, pelo que o suicídio, perante estas condições, parece ser uma solução razoável, prometadora de um fim para o seu sofrimento e o alívio da carga familiar. Quanto mais forte for o sofrimento, mais desesperado o doente se sentir, mais sem sentido a vida se torna, maior será o desejo de escapar desta vida, de escapar da sua existência e maior será a atracção pelo suicídio, uma vez que este parece ser uma alternativa (Beck, 1970).

Schopenhauer (n. d.) reconhece que o suicídio não tem a ver com negação da vontade de viver, ao invés, ele confirma-a. A morte representa o verdadeiro objectivo da vida humana. O suicida deixa de existir porque não pode deixar de desejar, sendo incapaz de atingir o quietismo. Para que possa deixar de desejar e evitar sofrer, obriga-se a deixar de viver e, neste sentido, o suicídio não é a negação da vontade mas, pelo contrário uma forte confirmação da vontade.

A doença aprisiona e é fonte das limitações existenciais, da limitação dos projectos futuros de desconforto e de sofrimento. A pessoa sofre quando um obstáculo se opõe ao objectivo momentâneo da vontade, e, pelo contrário, o sucesso da vontade é aquilo que Schopenhauer (n. d.) reconhece como satisfação, bem-estar e felicidade.

Este aprisionamento parece ser a principal fonte do desconforto vivenciado. A avaliação de si, enquanto ser em projecto, a necessidade sentida de se reconstruir, de lançar-se para a vida, de sair do aprisionamento são consonantes com a noção de conforto de Paterson e Zderad (1988) cit. in O'Connor (1993), e significam a capacidade e a liberdade de escolha para "*vir-a-ser*" (*more-being* ou *become more*) relacionada com o potencial de cada pessoa. É também consonante com uma dimensão do conforto de Kolcaba (1991; 2003), a transcendência, considerada como o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas.

O reconhecimento, por parte dos doentes, da necessidade de internamento, pelos cuidados a que podem aceder do ponto de vista técnico, mas sobretudo afectivo parece ser um factor de conforto social. A capacidade dos enfermeiros para comunicar (falar e escutar) é reconhecida por estes doentes como um factor de conforto. Morse (1983) considerou que o falar é um componente major e ouvir é um componente minor do processo do conforto e Paterson e Zderad (1988) cit. in O'Connor (1993) consideraram a capacidade de escuta como uma competência para a promoção do conforto.

Os resultados deste estudo são ainda consonantes com os de Hamilton (1989), anteriormente referidos na parte I, onde os doentes reconhecem os aspectos relacionais e os cuidados providenciados pelos elementos da equipa de saúde como fundamentais para alcançar o conforto.

No estudo que desenvolvemos, o abandono e a solidão são referenciados como um factor de desconforto social. Nos serviços de psiquiatria, em situações em que os doentes têm uma rede social de suporte pobre (Wells & Sherbourne, 1999), os enfermeiros podem ser a sua maior fonte de conforto social. Os enfermeiros e outros elementos da equipa podem aumentar o conforto social, promovendo e gerindo um ambiente

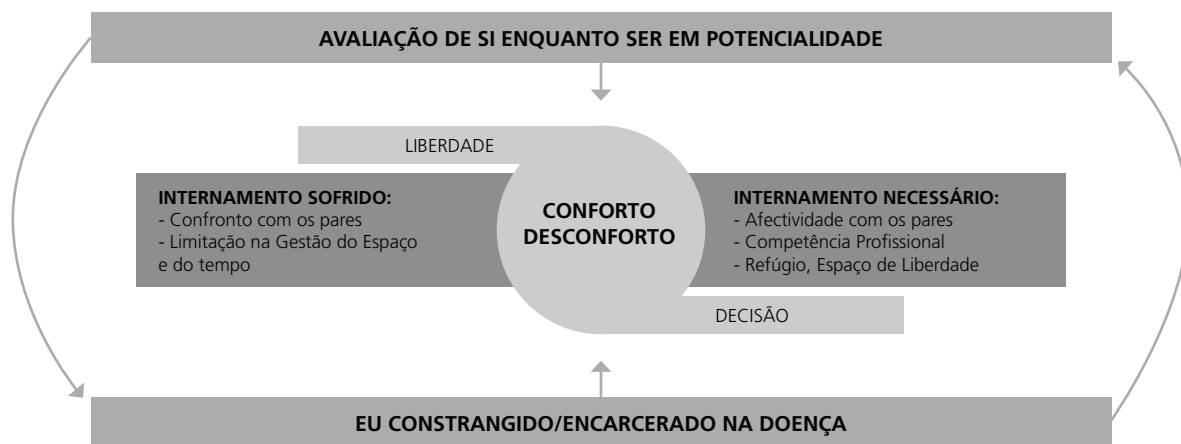
acolhedor e o contacto com o exterior e interior do serviço de internamento. Este é um aspecto delicado no contexto de clínica psiquiátrica, uma vez que os elementos da família podem ser um factor de stress que deve ser gerido pela equipa de saúde.

No entanto, o estudo desenvolvido por Boydell, Gladston & Crawford (2002), onde foram entrevistados vinte e um doentes psiquiátricos, focando o sentido e a importância das relações interpessoais, revelou resultados paradoxais relativamente à necessidade de desenvolvimento de relações com os outros. Enquanto uns apontavam o esforço para se relacionarem afectivamente, outros referiam a necessidade de estar sós.

A estigmatização parece ser um factor de desconforto social vivenciado por estes doentes. As raízes de estigmatização da pessoa com doença mental são complexas e embutidas em cada cultura. As pessoas estigmatizam os doentes mentais porque os consideram perigosos. Os raros, mas amplamente publicitados incidentes violentos associados com pacientes mentalmente doentes, fundamentam esse medo. Dificuldades de comunicação assumidas e a não produtividade social reforçam a tendência para discriminar o doente mental (James, 1998; Crisp, *et al.* 2000; Rüsçh, Angermeyer & Corrigan, 2005). O sentimento de discriminação parece provocar nas pessoas com doença mental vulnerabilidade, baixa auto-estima e diminuição do *empowerment*, ou seja, auto-estigma (Rüsçh *et al.*, 2006).

Em síntese, a realidade dos pacientes com doença mental é uma questão ontológica no sentido mais profundo. Os doentes mentais internados sentem-se constrangidos, impotentes, desconfortáveis, aprisionados na doença, necessitando de se reconstruir para continuar a viver percebendo que esta reconstrução pode ser feita através da hospitalização. O hospital é percebido como um refúgio e um espaço de liberdade, mas também é um lugar onde sentem que a liberdade está limitada, pelo sofrimento, pelo mal-estar e desconforto inerentes à hospitalização. O desconforto é também vivido pela perda da capacidade de decisão e de sentido, ou seja, relaciona-se com alterações da identidade pessoal, no sentido de controlo de si, das limitações existenciais e dos projectos futuros, mas é, essencialmente, provocado pelo aprisionamento na doença.

Figura 5 - Esquema compreensivo do “conforto-desconforto” vivido pelos doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica.



Sentir-se confortável é sentir-se parte do mundo, capaz de fazer face às exigências da vida, de superar as fragilidades e incapacidades. Viver confortável é uma forma de existir, uma maneira de ser e de se encontrar na relação com os outros, consigo e com mundo. É viver ligado ao mundo.

Estar internado num serviço de clínica psiquiátrica pode ser vivido como uma experiência positiva onde o contexto terapêutico é encarado como um ambiente protector e renovador dos afectos e da condição física ou, pelo contrário, como uma perda de autonomia e da decisão para gerir a própria vida.

O doente psiquiátrico sente-se confortável quando não percepção que o seu projecto de vida está posto em causa, quando deixa de se sentir constrangido, impotente, aprisionado na doença e é capaz de aliviar o seu sofrimento.

## **ESTUDO 2: ADAPTAÇÃO DA DEPRESSION ANXIETY STRESS SCALES (DASS-21)**

A estatística tem, além do mais, a função de nos ajudar a pensar, não sendo, contudo, a determinante do nosso pensamento.

A Escala de Depressão Ansiedade e Stresse (DASS-21) foi desenvolvida por Lovibond & Lovibond (1995a). Apresenta qualidades específicas pelo facto de ser uma versão curta de fácil aplicação em ambiente clínico e não clínico e por poder ser utilizada na avaliação simultânea da depressão, da ansiedade e do stresse em adolescentes e adultos.

As três sub-escalas da DASS-21 podem ser consideradas consistentes com o modelo tripartido de Clark & Watson (1991), uma vez que: a depressão é caracterizada por baixo afecto positivo, reduzida auto-estima, reduzido incentivo e desesperança; ansiedade por hiperestimulação fisiológica; stresse por tensão persistente, irritabilidade e baixo limiar para ficar perturbado ou frustrado.

A DASS-21 tem vindo a ser traduzida para várias línguas sendo conhecidos vários estudos desenvolvidos com este instrumento, em amostras clínicas, dois com uma versão em língua inglesa, Antony *et al.* (1998), Clara, Cox & Enns (2001), um com uma versão em língua espanhola, Daza *et al.* (2002).

Estão ainda publicados oito estudos com a versão de 42 itens, em amostras clínicas e não clínicas, dois dos quais em português, com amostras não clínicas, respectivamente o de Alves, Carvalho & Baptista (1999) e o de Ribeiro, Honrado & Leal (2004).

Contudo, não sendo conhecidos estudos da adaptação para português da versão de 21 itens, temos por objectivo apresentar os resultados dos estudos que desenvolvemos, em duas amostras, uma clínica e outra não clínica.

### **METODOLOGIA**

Para a adaptação transcultural da DASS-21 adoptou-se uma metodologia visando testar as suas propriedades de medida e equivalência no novo contexto cultural.

A tradução da DASS-21 para português foi feita, inicialmente, por um especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e por um professor de inglês, nativo, bilingue obtendo-se a versão 1. As duas versões, original e 1, foram avaliadas por uma portuguesa bilingue, residente num país de língua inglesa, obtendo-se assim a versão 2 da DASS-21.

Foi realizada a retrotradução, ou método inverso (Fortin, 1999) da versão 2 para inglês por outro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, bilingue. A versão retraduzida foi enviada ao autor original que sugeriu alterações nos itens 4 e 10. Estas sugestões foram aceites obtendo-se a versão 3.

Foi feita validação consensual (Fortin, 1999) por quatro especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, fluentes na língua inglesa, que avaliaram e compararam as diversas versões, quanto à equivalência semântica, idiomática e conceptual do conteúdo dos itens. Nos casos onde não houve consenso optou-se pelo maior número de acordos entre aqueles especialistas. Obteve-se, assim, a versão definitiva.

Foi feito um pré-teste a uma amostra de 5 indivíduos em consulta psiquiátrica que revelaram fácil compreensão do conteúdo dos enunciados, demorando cerca de oito minutos a completar o seu preenchimento.

Seguidamente, foi avaliada a confiabilidade, a validade de critério e a validade de construto em duas amostras, uma clínica e outra não clínica.

Assim, analisou-se a consistência interna<sup>46</sup> através da correlação do item com o total da escala a que, teoricamente, pertence e o valor do alfa de *Cronbach* para cada sub-escala e total da escala.

A validade de critério foi efectuada avaliando a correlação da DASS-21 com outras duas medidas equivalentes. No estudo com a amostra clínica foi utilizada a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD) e, no estudo com a amostra não clínica, foi usada a *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS).

A validade de construto foi averiguada através de análise factorial exploratória de componentes principais com rotação ortogonal *varimax*<sup>47</sup> e ainda de análise factorial confirmatória (AFC) (Streiner & Norman, 2003).

---

<sup>46</sup> Foi avaliada a correlação corrigida do item com o total da escala e o alfa de *Cronbach* de cada sub-escala e total.

<sup>47</sup> A análise factorial exploratória é uma técnica de gerar hipóteses, análise de construto, quando não sabemos que relações existem entre as variáveis. A análise factorial confirmatória serve para testar hipóteses quando temos uma ideia de que itens pertencem a cada factor (Streiner & Norman, 2003)

A análise em componentes principais das correlações entre variáveis, seguido de rotação *varimax* é um dos métodos exploratórios de extracção de factores que procura fornecer uma explicação para a variância dos resultados observados com o auxílio de componentes independentes a partir da transformação de variáveis originais sendo escolhidas de forma a que cada componente explique a maior parte da variância possível. Através desta análise um conjunto de variáveis é transformado num conjunto de variáveis não correlacionadas: os componentes. O método de rotação *varimax* é o mais comumente usado para obter uma estrutura mais simples e mais facilmente interpretável. Cada factor tende a saturar mais fortemente num número reduzido de variáveis de uma forma menos significativa nas restantes variáveis (Simões, 2000).

A rotação leva a uma distribuição mais uniforme dos itens relativamente aos factores retidos. Para que estes carreguem num e só num factor e todas as cargas significativas num factor tenham o mesmo sinal, os factores devem ser rodados. As cargas no primeiro factor explicam a máxima soma da variância entre os scores de todos os sujeitos. O segundo factor é derivado tal que: a) explica a máxima soma de variabilidade que resta não contada aquando da extracção do primeiro factor; b) é não relacionado com (em termos técnicos é ortogonal para) o primeiro factor. Os restantes factores são derivadas tendo por base estas duas regras (Streiner & Norman, 2003).

## INSTRUMENTOS

- A DASS-21 é um conjunto de três sub-escalas, do tipo *likert*, de quatro pontos. Cada sub-escala é composta por sete itens, destinados a avaliar a perturbação de depressão, de ansiedade e de stresse (Lovibond & Lovibond, 1995).

Pede-se ao indivíduo que indique o quanto cada enunciado se aplicou a si, durante a última semana, sendo dadas quatro possibilidades de resposta, oscilando desde *não se aplicou a mim* até *aplicou-se muito a mim*, ou *a maior parte do tempo*, organizadas numa escala de 0 a 3 pontos. O resultado é obtido pelo *score* das pontuações obtido em cada grupo de sete itens que compõem cada uma das três sub-escalas e pelo total dos vinte e um itens.

A sub-escala de depressão avalia *inércia; anedonia; disforia; falta de "interesse-envolvimento"; auto-depreciação; desvalorização da vida e desânimo*. A de ansiedade avalia *excitação do sistema nervoso autónomo; efeitos musculo-esqueléticos; ansiedade situacional; experiências subjectivas de ansiedade*. A de stresse avalia *dificuldade em relaxar; excitação nervosa; fácil "perturbação-agitação"; "irritabilidade-reação exagerada" e impaciência*.

- A PANAS de Watson, Clark & Tellegen (1988), na versão adaptada para português por Simões (1993), é uma escala do tipo *likert* de cinco pontos (1-5), constituída por vinte itens, dez que se destinam a medir a componente de afectividade positiva «até que ponto as pessoas se sentem entusiásticas, activas, vigilantes» e outros tantos que se destinam a medir a componente de afectividade negativa, sensação de «mal-estar subjectivo, e de experiência de vida desagradável», traduzida por irritação, medo e nervosismo.

Pede-se ao indivíduo que indique o quanto experienciou cada emoção, dentro de um período específico de tempo, em termos de *muito pouco ou nada; um pouco; assim, assim; muito e muitíssimo*. As referências temporais podem ser variadas, mas no caso, pediu-se aos respondentes para se reportarem aos últimos dias. O resultado é obtido pelo *score* das pontuações obtido em cada grupo de dez itens que avaliam cada estado afectivo.

Simões (1993) avaliou a fidelidade e a validade de critério da PANAS tendo sido evidenciadas aceitáveis propriedades psicométricas.

- A HAD foi desenvolvida por Zigmond & Snaith (1983). É uma escala do tipo *likert* de quatro pontos, composta por catorze itens, dos quais sete avaliam a ansiedade e outros tantos a depressão. A resposta a cada enunciado é dada, sublinhando como a pessoa se sentiu durante a última semana. As respostas são cotadas numa escala de 0 a 3 pontos e o resultado em cada uma das dimensões é obtido pelo somatório das respostas aos itens que compõem cada sub-escala (Zigmond & Snaith, 1983).

São conhecidos vários estudos com a utilização de versões deste instrumento em português, nomeadamente o de Botega *et al.* (1995) e o de Mendes *et al.* (2003), nos quais a escala revelou aceitáveis propriedades psicométricas.

Foram ainda colhidos dados relativamente a variáveis sociodemográficas e clínicas dos indivíduos.

### PROCEDIMENTOS RELATIVOS AO ESTUDO DESENVOLVIDO COM A AMOSTRA CLÍNICA

Antes do início da recolha de dados, o projecto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Psiquiátrico do Lorrvão.

A DASS-21 e a HAD foram aplicadas a uma amostra de 101 indivíduos que frequentavam a consulta externa do referido Hospital Psiquiátrico, entre 02 de Abril e 22 de Junho de 2004.

Aos indivíduos que aceitaram participar na pesquisa solicitou-se a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram proporcionadas as condições para que cada elemento respondesse com a ajuda necessária do investigador ou de um enfermeiro responsável pelo serviço, com o objectivo de esclarecer quaisquer dúvidas que pudessem ocorrer.

Pediou-se aos indivíduos para indicarem o quanto cada enunciado se aplicou a si durante os últimos dias.

Critérios de selecção: indivíduos seguidos em consulta de psiquiatria, às terças-feiras, no período da manhã, que demonstravam capacidade na compreensão escrita ou oral dos enunciados do instrumento, até perfazer uma amostra de 100. Assumiu-se ainda, como critério, que os enunciados deveriam estar respondidos na totalidade. Dado que nove questionários não cumpriam este critério foram eliminados, pelo que foi necessário incluir mais dez participantes.

### PROCEDIMENTOS RELATIVOS AO ESTUDO DESENVOLVIDO COM A AMOSTRA NÃO CLÍNICA

Antes da recolha de dados foram cumpridos todos os procedimentos formais e éticos tendo o projecto de pesquisa sido aprovado pelo Conselho Directivo da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca.

Neste estudo a DASS e a PANAS foram administradas a uma amostra de 403 estudantes de enfermagem que frequentavam o Curso de Licenciatura em Enfermagem, da então Escola Superior de Enfermagem Ângelo da Fonseca, nos meses de Junho de 2005 e de Janeiro de 2006 e que aceitaram participar livre e esclarecidamente na pesquisa. Foram proporcionadas as condições para que cada elemento pudesse esclarecer quaisquer dúvidas que pudessem ocorrer.

Pediou-se aos indivíduos para indicarem o quanto cada enunciado se aplicou a si durante os últimos dias.

Critérios de selecção: dentro de cada curso, as turmas foram escolhidas, acidentalmente, tendo respondido todos os elementos que se encontravam em sala, na altura da recolha de dados.

### CARACTERÍSTICAS DAS DUAS AMOSTRAS

Os 101 indivíduos que constituíram a amostra clínica são jovens, adultos e idosos, sendo a idade mínima de 17 e a máxima de 80 anos, com média de 45,41 anos e desvio padrão de 12,57 anos. É maioritariamente, 63,37%, constituída por elementos do sexo feminino. Quanto ao estado civil, 69,31% eram casados, 21,78% solteiros, 6,93% divorciados e 1,98% viúvos. Relativamente à escolaridade, 52,48% tinham 4 anos, 18,81% entre 5 e 9 anos, 16,83% entre 10 e 12 anos e 11,88% formação superior.

A amostra não clínica incluiu jovens adultos (n = 403) com uma média de idades de 20,56 anos, e desvio padrão 1,82. Quanto ao género, 314 (77,92%) eram do sexo feminino, e 89 (22,08%) do sexo masculino.

Dos 403 estudantes, 3 (0,74%) eram casados e 400 (99,26%) solteiros. Na distribuição pelos diversos anos de curso verificou-se que 122 (30,27%) eram do 1º ano, 134 (33,25%) do 2º ano, 76 (18,86%) do 3º ano e 71 (17,62%) do 4º ano.

## RESULTADOS

### ESTUDO DESENVOLVIDO NA AMOSTRA CLÍNICA.

#### ESTUDO DA CONFIABILIDADE

A DASS-21 revelou forte consistência interna, sem itens problemáticos e com valores de correlação, corrigidos, de cada item com o score da sub-escala a que pertence teoricamente, entre 0,31, e 0,78, e de cada item com score dos vinte e um itens entre 0,42 e 0,83. Os valores do alfa de *Cronbach* foram, respectivamente, de 0,90 para a depressão, 0,86 para a ansiedade, 0,88 para o stresse e 0,95 para o total da escala<sup>48</sup>.

#### VALIDADE DE CONSTRUTO

A análise factorial de componentes principais com rotação *varimax* não evidenciou claramente a solução de três factores como propõe o autor original. Embora, utilizando o critério para a retenção dos factores com valores próprios superiores a 1, os itens tenham distribuído as respectivas cargas factoriais por três factores, em nenhum deles se verificou uma identidade conceptual correspondente à classificação original. Relativamente à sub-escala de stresse, os itens 8, 11, 12, 14 e 18 saturava entre 0,59 e 0,80 no factor 1, mas o item 6 satura no factor 2 (0,50) e o item 1 no factor 3 (0,69). Os itens 7, 15, 19 e 20 da sub-escala de ansiedade saturavam entre 0,57 e 0,73 no factor 1, mas os restantes três itens distribuíam as respectivas cargas factoriais pelos outros dois factores. Por fim, na sub-escala de depressão, cinco itens apresentavam a sua maior carga factorial, entre 0,48 e 0,73, no factor 2. No entanto o item 5 saturava no factor 3 (0,60) e o 13 no factor 1 (0,66).

Dado que estes resultados põem em causa uma estrutura tridimensional e, pelo facto de nove itens das sub-escalas de ansiedade e stresse saturarem no mesmo factor, optou-se por uma solução ortogonal forçada para dois factores, suprimindo as cargas factoriais inferiores a 0,30 que explicam respectivamente 29,51 e 29,04%, ou seja, 58,55% da variância total, como pode ser observado no quadro 2.

---

48 Como referem Streiner & Norman (2003) a correlação item-total da escala deve ser entre 0,20 e 0,80 e o valor do coeficiente alfa de *Cronbach* deve ser entre 0,70 e 0,90. Referem ainda que os itens devem ser excluídos da análise quando apresentam correlações inferiores a 0,20. Pestana & Gageiro (2005) referem que os itens que concorrem para a diminuição do coeficiente alfa de *Cronbach* poderão ser retirados da análise, uma vez que são responsáveis pela diminuição da consistência interna.

Quadro 2 - Matriz de componentes principais após rotação *varimax*, forçado para dois factores (F1 e F2) e matriz da correlação (corrigida) dos itens da DASS-21 com o total das dimensões considerando duas dimensões, ansiedade/stresse e depressão (n = 101).

Itens da DASS-21	F 1	F2	Ansiedade/ Stresse	Depressão
D 3: sentimento positivo		(0,71)	0,61	0,73
D 5: tomar iniciativa	(0,44)	(0,44)	0,58	0,67
D 10 nada que me fizesse andar para a frente	(0,32)	(0,80)	0,71	0,85
D 13: triste e deprimido	(0,59)	(0,51)	0,73	0,75
D 16. não me consegui entusiasmar		(0,78)	0,65	0,81
D 17: não valia muito como pessoa	(0,36)	(0,73)	0,67	0,85
D 21 sentido de vida	(0,36)	(0,74)	0,70	0,83
A 2: boca seca	(0,50)	(0,32)	0,54	0,50
A 4: dificuldade em respirar	(0,45)	(0,47)	0,61	0,57
A 7: tremores	(0,79)	(0,30)	0,76	0,64
A 9: situações em que poderia vir a sentir pânico		(0,73)	0,63	0,69
A15: perto de entrar em pânico	(0,66)	(0,45)	0,75	0,70
A 19: bater do coração	(0,83)		0,66	0,47
A 20: medo sem razão para isso	(0,55)	(0,47)	0,68	0,61
S 1: dificuldade acalmar/descomprimir.	(0,43)		0,41	0,39
S 6: reagir exageradamente ....	(0,37)	(0,57)	0,60	0,61
S 8: nervoso	(0,61)	(0,56)	0,78	0,75
S 11: agitado	(0,69)	(0,44)	0,78	0,68
S 12: dificuldade em relaxar	(0,74)	(0,43)	0,80	0,71
S 14: intolerante quando qualquer coisa me impedia ...	(0,62)	(0,31)	0,64	0,53
S 18: andar irritável	(0,70)	(0,52)	0,83	0,75
% variância explicada cumulativa	<b>29,51</b>	<b>58,54</b>		
<b>Kaiser-Meyer-Olkin: 0,92; Teste de esfericidade de Bartlett – Qui-quadrado aproximado: 1493,43; p: 0,00.</b>				

Esta solução ortogonal evidencia que o 1º factor (F1) agrupa os itens indicados como pertencentes às dimensões ansiedade e stresse da versão original. São excluídos deste grupo os itens 6 da sub-escala de stresse e 9 da sub-escala de ansiedade que avaliam, respectivamente, *reação exagerada* e *ansiedade situacional* por apresentarem os seus pesos principais, respectivamente 0,57 e 0,73 no 2º factor (F2). São ainda problemáticos os itens 4 e 20 da sub-escala de ansiedade que avaliam *excitação do sistema nervoso autónomo* e *experiências subjectivas de ansiedade* e os itens 8 e 18 da sub-escala de stresse que avaliam *excitação nervosa* e *irritabilidade*. Apesar destes itens apresentarem o seu peso factorial principal no factor 1 que agrupa os itens que, teoricamente, avaliam ansiedade e stresse, saturam com valores superiores a 0,30, no factor 2 (F2) sendo as diferenças das cargas, em cada um dos factores, inferiores a 0,20 o que põe em causa a discriminação destes itens no factor que avalia aqueles construtos.



O 2º factor (F2) agrupa os itens pertencentes à sub-escala de depressão com pesos factoriais entre 0,51 e 0,80. No entanto, o item 5 que avalia *inércia* apresenta cargas factoriais idênticas nos dois factores (0,44) e o item 13 que avalia *disforia*, apesar de saturar no factor que agrupa os itens da depressão (0,51), apresenta a sua carga factorial principal (0,59) no factor que agrupa os itens teoricamente pertencentes à ansiedade e stresse. Os restantes itens deste grupo apresentam uma diferença entre as cargas em cada factor superior a 0,20 o que abona a favor da sua discriminação no factor depressão.

Considerando os dois grupos, depressão e “ansiedade-stresse”, calculou-se a correlação dos itens com o score de cada um. Como pode ser observado no quadro 2, com excepção dos itens 6 e 9, que apresentam correlação semelhante com os dois scores, a dos dezanove itens restantes é mais elevada com os scores de cada grupo considerado. Esta oscila entre 0,67 e 0,85 para a depressão e entre 0,41 e 0,83 para “ansiedade-stresse”. No entanto, essas diferenças sendo todas inferiores a 0,20, não evidenciam a discriminação dos itens nos factores propostos pelo autor original.

#### VALIDAÇÃO DE CRITÉRIO

Como critério de validação concorrente, utilizou-se a HAD, que revelou boa consistência interna com correlações do item com o score total da sub-escala corrigido entre 0,35 e 0,66 para a depressão e entre 0,31 e 0,63 para a ansiedade e valores do alfa de *Cronbach*, respectivamente, de 0,82 para a depressão, 0,80 para a ansiedade e 0,89 para o total da escala.

Como se pode observar pelos dados apresentados no quadro 3, verificam-se valores de correlação moderados e fortes entre os dois conceitos em análise. Esta é maior entre os scores totais (0,74), mas observam-se também valores elevados entre os vários scores das sub-escalas. Relativamente a estes, é de notar, que a HAD ansiedade está mais fortemente correlacionada com a DASS-21 ansiedade e stresse do que com a DASS-21 depressão. Verifica-se ainda que a HAD depressão está mais fortemente correlacionada com a DASS-21 depressão do que com a DASS-21 stresse. Estes resultados evidenciam algum grau de “convergência-divergência” entre conceitos teoricamente “equivalentes-divergentes”.

No entanto a correlação entre a HAD depressão e a DASS-21 depressão é ligeiramente inferior à verificada entre aquela e a DASS-21 ansiedade, não evidenciando a esperada divergência entre os conceitos teoricamente diferentes.

As intercorrelações entre as dimensões da DASS-21 revelam valores elevados e positivos que oscilam entre a 0,81 e 0,85. É de notar que os valores são ainda mais elevados, iguais ou superiores a 0,94, entre as três sub-escalas da DASS-21 e o score dos 21 itens. A correlação entre a ansiedade e o stresse é mais elevada do que entre a ansiedade e a depressão, mas essa diferença é pouco significativa.

Quadro 3 - Matriz de correlações entre os scores de cada uma das sub-escalas da DASS-21 e da HAD (n = 101).

Variáveis	DASS Depressão		DASS Ansiedade		DASS Stresse		DASS Ansiedade/ Stresse		DASS Total	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
HAD - Depressão	0,61	0,00	0,63	0,00	0,54	0,00	0,61	0,00	0,63	0,00
HAD - Ansiedade	0,66	0,00	0,72	0,00	0,70	0,00	0,75	0,00	0,74	0,00
HAD - Total	0,69	0,00	0,73	0,00	0,67	0,00	0,73	0,00	0,74	0,00
DASS - Depressão	-		0,81	0,00	0,82	0,00	0,85	0,00	0,94	0,00
DASS - Ansiedade	-		-		0,85	0,00	0,96	0,00	0,94	0,00
DASS - Stresse	-		-		-		0,96	0,00	0,95	0,00

#### ESTUDO DESENVOLVIDO COM A AMOSTRA NÃO CLÍNICA

Tendo em conta os anteriores resultados que evidenciam alguma fragilidade relativamente à capacidade das três sub-escalas para discriminarem os três construtos em avaliação, decidimos desenvolver um segundo estudo numa amostra não clínica.

#### ESTUDO DA CONFIABILIDADE

A DASS-21 revelou forte consistência interna, sem itens problemáticos e com valores de correlação, corrigidos, de cada item com o score da sub-escala a que pertence teoricamente, entre 0,41 e 0,73, e de cada item com score dos vinte e um itens entre 0,41 e 0,74. Os valores do alfa de *Cronbach* foram, respectivamente, de 0,87 para a depressão, 0,79 para a ansiedade, 0,90 para o stresse e 0,93 para o total das três sub-escalas.

#### VALIDADE DE CONSTRUTO

A análise factorial de componentes principais com rotação *varimax* utilizando o critério para a retenção dos factores, valores próprios superiores a um, evidenciou uma solução de três factores que explicam 56,41% da variância, respectivamente 23,96; 20,18 e 12,27 (Quadro 4).

Os itens distribuíram as respectivas cargas factoriais por três factores, verificando-se, na globalidade, uma identidade conceptual correspondente à classificação original. Os sete itens da sub-escala de stresse agruparam-se no factor um, com cargas que oscilam entre 0,54 e 0,80. Os sete itens da sub-escala de depressão agrupam-se no factor dois, com cargas factoriais que oscilam entre 0,46 e 0,80. Cinco dos sete itens da sub-escala de ansiedade saturam no factor três, com cargas factoriais que oscilam entre 0,39 e 0,80.

É de considerar o facto de os itens 9 e 15 da sub-escala de ansiedade que avaliam *ansiedade situacional* e *experiência subjectiva de efeito ansioso*, saturarem, 0,56 e 0,48, no factor que agrupa os itens da escala de stresse. O item 15 satura ainda, 0,39, no factor que agrupa os itens da sub-escala de depressão. Estes são, do ponto de vista estrutural, os aspectos mais limitativos.

São ainda de apreciar o item 20 da sub-escala de ansiedade que avalia *experiência subjectiva de ansiedade* que, apesar de saturar (0,39) no factor a que pertence, satura também (0,43) no factor que agrupa os itens que avaliam depressão; o item 13 da sub-escala de depressão que avalia *disforia*, apesar de apresentar a sua maior carga factorial no factor a que pertence (0,58), apresenta uma carga factorial substancial (0,52) no factor de stresse; o item 14 da sub-escala de stresse que avalia *impaciência*, apresenta a maior carga factorial (0,54) no factor a que pertence, saturando também (0,39) no factor de depressão; o item 7 da sub-escala de ansiedade, que avalia *efeitos músculo-esqueléticos*, apresenta a maior carga factorial (0,58) no factor a que pertence, saturando também (0,41) no factor de stresse; o item 18 da sub-escala de stresse, que avalia *irritabilidade*, apresenta a maior carga factorial (0,63) no factor a que pertence, saturando também (0,43) no factor de depressão; o item 10 da sub-escala de depressão, que avalia *desânimo*, apesar de apresentar a sua maior carga factorial no factor a que pertence (0,64), apresenta uma carga factorial substancial (0,45) no factor de stresse.

Foi realizado um estudo de AFC na amostra não clínica (n = 405) utilizando o LISREL 7.1. Os resultados obtidos apenas evidenciaram ajustamento do modelo na escala da depressão com índices de ajustamento adequados (RMSEA = 0,062; CFI = 0,99 e AGFI = 0,85)<sup>49</sup>. A escala de ansiedade e a escala stresse não apresentaram valores adequados nos índices de bondade de ajustamento, respectivamente (RMSEA = 0,11; CFI = 0,96 e AGFI = 0,75) para a escala de ansiedade e (RMSEA = 0,14; CFI = 0,97 e AGFI = 0,65) para a escala de stresse. Os refinamentos efectuados indiciam a necessidade de não contemplar o item 15 "*Estive perto de entrar em pânico*" para a escala de ansiedade devendo seguir-se o mesmo procedimento para a escala de stresse não contemplando os itens 6 "*Tive tendência para reagir exageradamente em certas situações*" e o item 14 "*Fui intolerante quando qualquer coisa me impedia de realizar o que estava a fazer*" melhorando a estrutura dos construtos visados, emergindo índices de ajustamento mais adequados.

---

<sup>49</sup> Os valores do Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) deverão ser cerca de 0,05; os do Comparative Fit Index (CFI) deverão ser iguais ou superiores a 0,95; e os valores do Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) deverão ser iguais ou superiores a 0,80.

Quadro 4 - Matriz de componentes principais após rotação *varimax*, dos 21 itens da DASS-21 (n = 403).

Itens da DASS-21	Componentes		
	(F1) Stresse	(F2) Depressão	(F3) Ansiedade
S 12: dificuldade em relaxar	0,80		
S 11: agitado	0,78		
S 1: dificuldade acalmar/descomprimir	0,75		
S 8: nervoso	0,72		
S 18: andar irritável	0,63	0,43	
S 6: reagir exageradamente	0,57		
A 9: situações em que poderia vir a sentir pânico	0,56		
S 14: intolerante quando impedido de realizar	0,54	0,39	
A 15: perto de entrar em pânico	0,48	0,39	
D 21: sentido de vida		0,80	
D 17: valer como pessoa		0,77	
D 16: conseguir entusiasmar-se		0,71	
D 10: nada que faça andar para a frente	0,45	0,64	
D 3: nenhum sentimento positivo		0,63	
D 13: triste e deprimido	0,52	0,58	
D 5: iniciativa para fazer coisas		0,46	
A 20: medo sem razão para isso		0,43	0,39
A 4: dificuldade em respirar			0,80
A 19: bater do coração			0,75
A 2: boca seca			0,60
A 7: tremores	0,41		0,58
% Variância Explicada (Cumulativa)	<b>23, 96</b>	<b>44, 14</b>	<b>56, 41</b>
<b>Kaiser-Meyer-Olkin: 0,94; Teste de esfericidade de Bartlett – Qui-quadrado aproximado: 4362,79; p: 0,00.</b>			

#### VALIDADE DE CRITÉRIO

Como critério de validação concorrente utilizou-se a PANAS que revelou boa consistência interna com valores de correlação corrigidos do item com o *score* total de cada sub-escala entre 0,26 e 0,76 e valores do alfa de *Cronbach*, respectivamente, de 0,89 para o afecto positivo e 0,87 para o afecto negativo.

Como se pode observar, no quadro 5 verificam-se valores de correlação moderados e fortes entre os dois conceitos em análise. As sub-escalas da DASS-21 correlacionam-se negativamente com o afecto positivo e positivamente com o afecto negativo. A correlação é mais forte com o afecto negativo variando entre 0,61 e 0,78, do que com o afecto negativo variando entre -0,29 e -0,47. De notar que as duas dimensões da PANAS se correlacionam mais fortemente com o stresse do que com as outras duas dimensões da DASS-21, sendo mais evidente entre o afecto negativo e o stresse (0,78).

As intercorrelações entre as dimensões da DASS-21 revelam valores elevados e positivos. A correlação entre a depressão e o stresse é mais elevada (0,72) do que entre a depressão e a ansiedade (0,62). É de notar que os valores são ainda mais elevados entre as três sub-escalas da DASS-21 e o score total dos vinte e um itens, variando entre 0,86 e 0,92. Deve ainda ser considerado o facto do stresse estar mais fortemente correlacionado com a depressão (0,72) do que com a ansiedade (0,69), apesar dessa diferença ser mínima.

Quadro 5 - Matriz de correlações entre os scores de cada uma das escalas da DASS-21 e da PANAS (n = 403).

Variáveis	DASS Depressão		DASS Ansiedade		DASS Stresse		DASS Total	
	r	p	r	p	r	r	r	p
Afecto positivo	-0,45	0,00	-0,29	0,00	-0,47	0,00	-0,46	0,00
Afecto negativo	0,61	0,00	0,64	0,00	0,78	0,00	0,78	0,00
DASS - Depressão	-		0,62	0,00	0,72	0,00	0,88	0,00
DASS - Ansiedade	-		-		0,69	0,00	0,86	0,00
<b>DASS - Stresse</b>	-		-		-		0,92	0,00

## DISCUSSÃO

Ao nível da consistência interna, os valores da correlação dos itens com a sub-escala a que teoricamente pertencem e do alfa de *Cronbach* evidenciados asseguram a confiabilidade da DASS-21, sendo comparados com outros resultados, nomeadamente Antony *et al.* (1998); Clara, Cox & Enns (2001) e Daza *et al.* (2002).

Do ponto de vista da validade de construto, os dois estudos com diferentes amostras revelam estruturas factoriais diferentes.

No estudo com a amostra clínica, a solução de dois factores revela uma melhor organização dos dados, embora um dos sete itens da sub-escala de depressão e dois dos catorze itens das sub-escalas de “ansiedade-stresse” apresentem o seu peso principal fora da dimensão que agrupa os respectivos itens. São ainda problemáticos um dos sete itens da sub-escala de depressão e quatro da sub-escala de “ansiedade-stresse”, dado que saturam em ambos os factores.

No estudo com amostra não clínica, a solução de três factores é equivalente à versão original, embora três itens da sub-escala de ansiedade apresentem o seu peso principal fora da dimensão que agrupa os respectivos itens.

Estes resultados são diferentes dos encontrados nos estudos com versões da DASS-21 na língua inglesa, Antony *et al.* (1998) e Clara, Cox & Enns (2001), e em língua espanhola Daza *et al.* (2002) em que o modelo de três factores revela um melhor ajuste do que o de dois factores, não sendo feita referência a este tipo de discrepâncias.

Contudo, nos estudos feitos com a versão na língua inglesa da DASS-42, Antony *et al.* 1998, Brown *et al.* (1997), Crawford & Henry (2003) referem algumas discrepâncias dos itens, das sub-escalas de ansiedade

e de stresse que saturaram simultaneamente nos dois factores; o mesmo aconteceu num estudo com uma versão em língua holandesa desenvolvido por Nieuwenhuijsen *et al.* (2003).

Em dois estudos com versões em português da DASS-42 também se verifica incapacidade de alguns itens para discriminar o factor que teoricamente avaliam. No primeiro, Alves, Carvalho & Baptista (1999) eliminaram inicialmente os itens 23, 30, 40 e 41, dado que apresentavam os seus pesos factoriais principais fora das dimensões a que pertenciam teoricamente. Ainda assim, na solução apresentada pelos autores, os itens 7, 20, 28 e 36 e 9 da sub-escala ansiedade saturam fora do factor. Os primeiros quatro saturam no factor depressão e o item 9 satura no de stresse. No segundo, de Ribeiro, Honrado & Leal (2004), cerca de metade dos itens de cada um dos factores saturam também noutra dos factores, principalmente no factor stresse; cinco itens da sub-escala de depressão e quatro da sub-escala de ansiedade exibem uma carga factorial acima de 0,40 no factor stresse, sendo que, em dois destes quatro, a carga factorial é maior fora do respectivo factor. Relativamente à sub-escala de stresse, quatro itens saturam também noutros dois factores com valores acima de 0,40; dois deles saturam no factor depressão e outros dois no factor ansiedade, sendo que a carga de um deles é maior no factor ansiedade.

O estudo do autor original, Lovibond & Lovibond (1995) revelou três factores explicando 41,3% da variância, inferior ao verificado nos estudos que desenvolvemos, sendo evidenciado que todos os itens saturavam no factor a que teoricamente pertenciam, à excepção do item 30 que avalia ansiedade cuja carga factorial foi mais elevada no factor de stresse. Os resultados da AFC na mesma amostra demonstram que o modelo de três factores revela um melhor ajuste do que o de dois factores. No entanto, no modelo de dois factores, as sub-escalas de ansiedade e de stresse organizaram-se num só factor, o que é compatível com os nossos resultados.

Nos dois estudos que desenvolvemos, as intercorrelações entre as dimensões da DASS-21 revelam valores elevados e positivos, evidenciando uma associação muito forte entre os *scores* das três sub-escalas deste instrumento. No estudo com a amostra não clínica oscilam entre 0,62 e 0,72, estando a depressão mais fortemente correlacionada com o stresse do que com a ansiedade. Estes valores são inferiores aos revelados no estudo com uma amostra clínica, que variam entre 0,81 e 0,85, sendo também revelado que a depressão está mais correlacionada com o stresse do que com a ansiedade, evidenciando a presença concomitante de sintomatologia depressiva, ansiosa e de stresse, aspecto que pode justificar a menor clareza relativamente à discriminação dos itens no factor a que teoricamente pertencem.

Comparando com outros resultados de Lovibond & Lovibond (1995), Antony *et al.* (1998), Daza *et al.* (2002) e de Alves, Carvalho & Baptista (1999) as intercorrelações factoriais foram respectivamente: depressão-ansiedade (0,54; 0,46; 0,71; 0,58); ansiedade-stresse (0,65; 0,72; 0,73; 0,66) e depressão stresse (0,56; 0,57; 0,79; 0,60). Na generalidade, a ansiedade correlaciona-se de forma mais elevada com o stresse do que com a depressão, mas a magnitude dessa diferença é pequena. Nestes estudos as intercorrelações entre as sub-escalas da DASS-21 são elevadas, mas são as de Daza *et al.* (2002) que mais se aproximam dos nossos resultados.

Do ponto de vista da validade concorrente, os valores e o sentido da correlação revelados entre construtos teoricamente semelhantes e diferentes atestam a favor da validade concorrente da escala.

No estudo com a amostra não clínica, a moderada correlação negativa entre o afecto positivo e a depressão bem como a forte correlação positiva entre a afectividade positiva e o stresse são argumentos de peso que sustentam a validade concorrente da DASS-21. Estes resultados são consonantes com os encontrados por Brown *et al.* (1997) e Crawford & Henry (2003) onde foram utilizados estes dois instrumentos.

De facto, reduzida afectividade positiva inclui manifestações de anedonia e ausência de experiências emocionais positivas que caracterizam a depressão. É importante lembrar a sobreposição existente entre a concepção de stresse de Lovibond & Lovibond (1995) e o construto de afectividade negativa de Clark & Watson (1991).

Também no estudo com a amostra clínica, a forte correlação positiva entre a DASS-21 e a HAD confirma a hipótese relativa à validade concorrente, mas a correlação entre HAD depressão e a DASS-21 ansiedade (0,63) é mais elevada entre aquela e a DASS-21 depressão (0,61), facto que pode evidenciar que estamos perante diferentes pontos do mesmo contínuo ou características comuns das duas.

No estudo com a versão espanhola, de Daza *et al.* (2002), a sub-escala de ansiedade da DASS-21 apresentou uma correlação mais forte com o *Beck Anxiety Inventory* (BAI) do que com o *Beck Depression Inventory* (BDI), acontecendo o inverso com a sub-escala de depressão. Apesar da correlação ser mais elevada entre os construtos teoricamente equivalentes é, ainda assim, bastante significativa entre construtos teoricamente distintos, sempre superior a 0,62. De notar que a sub-escala de stresse apresentou uma correlação mais elevada com o BDI (0,74) do que com a BAI (0,62). Relativamente ao estudo desenvolvido por Antony *et al.* (1988) utilizando o BAI, o BDI e o *State-Trait Anxiety Inventory-T* (STAI-T) foram verificadas correlações mais elevadas entre conceitos teoricamente semelhantes do que entre os que são teoricamente diferentes. No entanto, o STAI-T apresentou uma correlação mais elevada com a depressão do que com a ansiedade ou o stresse, pelo que os autores apontam que o STAI-T poderá conter itens que avaliam a depressão em conjunto com a ansiedade.

A validade concorrente das escalas é, geralmente, avaliada examinando a magnitude das correlações dos instrumentos em análise com medidas que avaliam construtos teoricamente equivalentes. Também a discriminação dos itens nos factores a que teoricamente pertencem é sinal de que avaliam conceitos diferentes.

Os resultados dos estudos que desenvolvemos, bem como o de outros que referimos com as medidas em análise, põem em causa o distanciamento entre os três conceitos, evidenciam mesmo que a ansiedade e o stresse podem ser agrupados no mesmo construto. Os resultados suportam a convicção de que os conceitos em análise possam ser diferentes pontos do mesmo contínuo, manifestações alternativas de uma diátese ou ainda síndromas heterogéneas que estão associadas porque compartilham alguns subtipos de sintomas.

De facto, o modelo tripartido de Clark & Watson (1991) alvitra que as pessoas ansiosas e deprimidas partilham uma estrutura básica, o afecto negativo ou *general distress*, que é responsável pela forte associação das medidas de ansiedade e depressão, a partir do qual Lovibond & Lovibond (1995) criaram a sub-escala de stresse, o que poderá levar a crer que esta avalia um factor de *distresse geral*.

Esta evidência é empiricamente suportada de forma total ou parcial, por um conjunto de estudos subsequentes, nomeadamente os de Clark, Steer, & Beck (1994); Steer Clark & Ranieri (1994); Watson *et al.*

(1995a; 1995b); Steer, Clark Beck, & Ranieri (1995); Joiner (1996); Joiner Catanzaro, & Laurent (1996); Brown *et al.* (1997).

A sobreposição entre estas síndromas e a forma como estão combinadas levanta questões. Serão a ansiedade e a depressão entidades fortemente correlacionadas por causa dos sintomas comuns? No entanto, os sintomas particulares diferenciam-nas de forma a serem definidas como síndromas específicas.

Terão falhado as tentativas para diferenciar a ansiedade e a depressão porque há grupos consideráveis de pacientes que não podem ser simplesmente categorizados como ansiosos ou depressivos, porque exibem uma larga variedade dos dois tipos específicos de sintomas ou mostram sintomas não específicos?

Clark & Watson (1991) reconhecem que os resultados mostram que estas duas considerações têm fundamento e parecem também ser abonados pelos resultados dos dois estudos que desenvolvemos, sobretudo os revelados com a amostra clínica.

A compreensão de como a ansiedade e a depressão se podem relacionar com o stresse encontra, para além do modelo tripartido, fundamento noutras perspectivas teóricas que anteriormente explorámos.

O modelo enunciado por Lazarus (1993; 1999), simultaneamente cognitivo, motivacional e relacional, concebe o stresse como parte de um tópico mais amplo, o estudo das emoções humanas. O stresse é um estado emocional que é gerado quando um indivíduo avalia as exigências (internas ou externas) como sendo causadoras de dano, ameaça ou de desafio e como não tendo os recursos necessários para lhes fazer frente; a ansiedade é uma reacção a ameaças à identidade da pessoa no seu contexto social; por sua vez, a depressão é, frequentemente, teorizada como sendo o resultado de um sentimento de desesperança numa vida gratificante após uma perda significativa. Apesar da sua característica emocional, a depressão não é uma emoção simples, mas antes um complexo estado emocional no qual se podem misturar diversas emoções que flutuam ao longo do tempo na dependência do processo de luto e do contexto em que ocorreu a perda. Nesta medida, a depressão pode manifestar-se com emoções de ansiedade, ira, culpa e vergonha. A tristeza é uma emoção cujo tema relacional central é a experienciação de uma perda irreparável. Por sua vez, a ansiedade da depressão ocorre porque a perda ameaça a manutenção da nossa identidade e torna incerto como nos projectamos no futuro.

Outra perspectiva defende que as situações de stresse esvaziam os recursos cognitivos que poderiam atenuar ou anular os pensamentos negativos (Beck, 1970; Beck, *et al.*, 1987; Beck, 1991). A conjunção do stresse e um estilo explicativo pessimista é necessária para que os pensamentos negativos aconteçam (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989).

Considerámos também que o stresse crónico pode provocar alterações no sistema mono-aminérgico e causar certas formas de depressão envolvendo um conjunto de estruturas neuro-endócrinas. A persistência e a intensidade exagerada do stresse, podem tornar o eixo HHA hiper-reactivo, relacionado com o sistema CRF e com a desregulação do eixo HHA levando a alterações plásticas no hipocampo (Lovallo & Thomas, 2000; McEwen, 2000).

Em resumo, apesar das limitações estruturais referidas, a versão em português da DASS-21 revelou propriedades que atestam a sua qualidade para avaliar as perturbações "afectivo-emocionais" que se propõe



avaliar. Estes resultados não invalidam que se considerem os três factores, uma vez que, por questões de natureza clínica, pode haver necessidade de avaliar depressão, ansiedade e stresse, considerando estes três estados em separado.

Deverá continuar a ser feita a discussão sobre a questão estrutural, relativa aos construtos em avaliação, desenvolvendo outros estudos de análise factorial confirmatória noutras amostras, no sentido de testar qual o modelo factorial que melhor se ajusta: se um modelo de primeira ordem de um factor; se um modelo de primeira ordem de três factores, ou um modelo de segunda ordem de um factor que está subjacente aos três factores anteriores. A futura discussão irá certamente ter implicações do ponto de vista conceptual e operacional: do ponto de vista conceptual, no que respeita aos aspectos semelhantes e que diferenciam cada um dos conceitos em análise; do ponto de vista operacional contribuindo com argumentos de validade relativos a um instrumento necessário à avaliação e intervenção clínica.

### **ESTUDO 3: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONFORTO EM DOENTES INTERNADOS EM SERVIÇOS DE CLÍNICA PSIQUIÁTRICA (ECIP)**

Tendo como propósito a obtenção de um instrumento para avaliar o conforto do doente mental hospitalizado para ser utilizado no diagnóstico das necessidades de conforto e na avaliação da efectividade das intervenções, procedemos à construção e desenvolvimento da *Escala de Avaliação do Conforto em Doentes Internados em Serviços de Clínica Psiquiátrica* (ECIP).

Assim, temos por objectivo apresentar o processo de concepção e de desenvolvimento, bem como os resultados de vários estudos subjacentes ao referido processo que evidenciam as qualidades deste instrumento.

A estrutura conceptual que suporta este estudo deriva da teoria de médio alcance do conforto de Kolcaba (1991) que, como referimos, o define como “a satisfação (activa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stresse, em cuidados de saúde nos contextos físico, “psicoespiritual”, sociocultural e ambiental” (Kolcaba, 1994, p. 1178).

#### **METODOLOGIA**

Os itens constituintes da ECIP foram elaborados a partir da revisão da literatura acerca do conforto, da *Escala Geral de Conforto* (Kolcaba, 1991; 2003), de sugestões dadas por quinze peritos em saúde mental e psiquiátrica e do conteúdo das entrevistas efectuadas a dezoito doentes hospitalizados acerca do conforto percebido por estes.

Foram organizados de acordo com a estrutura taxonómica do conforto de Kolcaba. A sua validade de conteúdo foi, de seguida, submetida ao julgamento de cinco peritos em saúde mental e psiquiátrica que acompanharam todo o processo, pronunciando-se, relativamente aos itens, sobre o significado do seu

conteúdo, ambiguidade, interpretabilidade, relevância, semelhança com outros enunciados e ainda, sobre a representatividade relativa aos três estados de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos respectivos quatro contextos (físico, “psicoespiritual”, sociocultural e ambiental).

Deste processo resultou uma versão de noventa e oito itens que foram organizados numa escala de tipo *likert* de cinco pontos, oscilando de 1, “*não corresponde nada ao que se passa comigo*” a 5, “*corresponde totalmente ao que se passa comigo*”.

A versão de noventa e oito itens (ECIP-98) foi administrada a quarenta e nove doentes psiquiátricos. O parecer dos doentes, a análise do conteúdo dos itens feita pelos peritos e da consistência interna levou à eliminação de quarenta e nove itens, reformulação de sete e inclusão de dois novos originando uma versão de cinquenta e um itens (ECIP-51).

De seguida, a versão de cinquenta e um itens da ECIP foi administrada a outra amostra constituída por 273 doentes, procedendo-se ao estudo da consistência interna, da validade de construto e da validade de critério.

#### AMOSTRA

As duas amostras referidas foram constituídas por doentes psiquiátricos internados em Serviços de Clínica de três Hospitais Psiquiátricos da região de Coimbra e um do Porto: Hospital Psiquiátrico do Lorvão; Hospital Sobral Cid e Hospital de Magalhães Lemos.

Conforme se pode observar no quadro 6, as características sociodemográficas e clínicas das amostras são as seguintes:

Primeira amostra (n = 49): média de idades 40,29 anos, desvio padrão 13,10 anos, mínimo 21 e máximo 73 anos; 46,90 % são mulheres e 53,10% homens; 51,02% eram casados, 36,74% solteiros, 10,20% divorciados e 2,04% viúvos. Relativamente à escolaridade (em anos), 34,69% tinham 4, 42,86% entre 5 e 9, 14,29% entre 10 e 12 e 8,16% ensino superior.

Segunda amostra (n = 273): média de idades 41,02 anos, desvio padrão 14,43 anos, mínimo 18 e máximo 79 anos; 54,21% são mulheres e 45,79% homens; 42,85% eram casados, 41,39% solteiros, 0,37% em união de facto, 12,08% divorciados e 3,30 viúvos. Relativamente à escolaridade (em anos), 0,37% tinham 0, 32,60% 4, 37,73% entre 5 e 9, 16,48% entre 10 e 12 e 12,82% ensino superior.

Os diagnósticos psiquiátricos são semelhantes nas duas amostras. Cerca de metade dos doentes foram incluídos no grupo diagnóstico “*perturbações do humor*”; cerca de um quarto no grupo, “*esquizofrenia, perturbações esquizotípicas e perturbações delirantes*” e os restantes incluídos no grupo “*perturbações neuróticas, perturbações relacionadas com o stresse e perturbações somatoformes*”.

Quadro 6 - Características sociodemográficas e clínicas dos indivíduos que constituíram as duas amostras (n = 49 e n = 273).

Variáveis		1ª amostra (n = 49)		2ª amostra (n = 273)	
		nº	%	nº	%
Homens		26	53,10	125	45,79
Mulheres		23	46,90	148	54,21
Casados		25	51,02	117	42,85
Solteiros		18	36,74	113	41,39
União de facto		–	–	1	0,37
Divorciado		5	10,20	33	12,09
Viúvo		1	2,04	9	3,30
Escolaridade	0 anos	–	–	1	0,37
	4 anos	17	34,69	89	32,60
	5-9 anos	21	42,86	103	37,73
	10-12 anos	7	14,29	45	16,48
	Superior	4	8,16	35	12,82
Idade		Min: 21; Max: 73 Média:40,29; DP: 13,10		Min: 18; Max: 79 Média:41,02; DP: 14,43	
Diagnósticos	Esquizofrenia, perturbações esquizotípicas e delirantes	12	24,49	72	26,37
	Perturbações do humor	26	53,06	136	49,82
	Perturbações neuróticas, perturbações relacionadas com o stresse e perturbações somatoformes	11	22,45	65	23,81

## INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados foram a ECIP nas versões de noventa e oito e de cinquenta e um itens e, para avaliar a validade de critério deste instrumento, foram ainda usadas três outras medidas: o *Inventário de Experiências Subjectivas de Sofrimento na Doença* (IESSD), as *Scales of Psychological Well-Being* (SPWB) e a DASS-21.

- O IESSD desenvolvido por Gameiro (1999) é uma escala de quarenta e quatro itens do tipo *likert* de cinco pontos, com as opções de resposta a poder variar de 1, “*não corresponde nada ao que se passa comigo*”, a 5, “*corresponde totalmente ao que se passa comigo*”.

Este instrumento propõe-se medir o sofrimento através de cinco dimensões (sofrimento físico; sofrimento psicológico; sofrimento existencial; sofrimento sócio-relacional e experiências positivas de sofrimento). Os *scores* são calculados através da soma dos itens que constituem cada sub-escala e total da escala.

Nos estudos feitos por McIntyre & Gameiro (1999) e por Gameiro (1999; 2000) são evidenciados resultados a favor da validade e da confiabilidade do IESSD: a análise factorial revelou as cinco dimensões descritas; os valores do alfa de *Cronbach* para as dimensões e total da escala variam entre 0,69 e 0,88. A correlação entre o IESSD e a *Rotterdam Symptom Checklist* atesta a validade concorrente deste instrumento.

Na amostra em que administrámos este instrumento ( $n = 273$ ), o IESSD mostrou ser confiável sendo revelados valores com alfa de *Cronbach* para o total da escala de 0,94 e valores para as dimensões a variarem entre 0,70 e 0,87.

- As SPWB (Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995) foram adaptadas para português por Ferreira & Simões (1999a; 1999b). É uma escala de *likert* de seis pontos em que as possibilidades de resposta podem oscilar entre 1 "*discordo fortemente*" e 6 "*concordo fortemente*". Estas escalas indexam o nível individual de ajustamento e de satisfação nos seguintes seis domínios: aceitação de si, relações positivas com os outros, autonomia, domínio do ambiente, sentido da vida e crescimento pessoal.

No estudo desenvolvido por Ferreira & Simões (1999a) as SPWB mostraram ser um instrumento confiável e válido revelando um valor alfa de *Cronbach* de 0,94 para o total da escala. Os valores de correlação entre as SPWB, a *Rosenberg Self-Esteem Scale*, a *Satisfaction With Life Scale*, a *Positive and Negative Affect Schedule* e a *Self-Rating Anxiety Scale* de Zung atestam a sua validade concorrente.

Neste estudo utilizamos a versão reduzida das SPWB composta por dezoito itens e cada um dos seis domínios é avaliado por dois itens. O bem-estar psicológico é avaliado computando o "*score-soma*" dos dezoito itens.

No estudo desenvolvido por Apóstolo (2002), a SPWB-18 revelou um valor alfa de *Cronbach* de 0,71. Na amostra em estudo ( $n = 273$ ), a SPWB revelou um coeficiente alfa de *Cronbach* de 0,73 sustentando a confiabilidade da escala.

Considerando a DASS-21 como medida de validade de critério da ECIP avaliamos a correlação entre a versão de quarenta e dois itens e a DASS-21, na amostra em que desenvolvemos o estudo sobre o efeito do I.C. no conforto de doentes com perturbações depressivas internados em serviços de clínica psiquiátrica ( $n = 60$ ). As características destes indivíduos serão descritas na parte II, capítulo III, no ponto referente à metodologia daquele estudo. A DASS-21, como referimos anteriormente, foi adaptada para português, tendo já sido descritos os resultados daquele processo. Na metodologia deste estudo faremos também referência aos bons resultados da análise da consistência interna que foram revelados por este instrumento no estudo relativo à amostra em causa.

## PROCEDIMENTOS

O estudo foi aprovado pelas comissões de ética dos quatro hospitais psiquiátricos em causa. Os doentes completaram os questionários após assinarem o consentimento informado. Em relação àqueles que não apresentavam limitações na interpretação, os questionários foram auto-administrados. Aqueles que mostraram alguma limitação contaram com a ajuda do investigador e colaboradores, estudantes de enfermagem em ensino clínico nos respectivos serviços, cientes da pertinência de não interferir nas respostas dadas pelos doentes.

## RESULTADOS

### ESTUDO COM A VERSÃO DE NOVENTA E OITO ITENS

Após ter sido administrada aos quarenta e nove doentes internados, a ECIP-98 foi submetida a uma primeira análise de consistência interna revelando valores do coeficiente alfa de *Cronbach* que variaram, relativamente aos quatro contextos, entre 0,82 e 0,93 e aos três estados, entre 0,86 e 0,91.

Mas os dados relativos à correlação do item com o *score* total da respectiva sub-escala revelaram a existência de onze itens problemáticos que foram eliminados, respectivamente, os nº 2, 18, 24, 31, 32, 37, 40, 42, 52, 72 e 73 por não só apresentarem valores de correlação oscilando entre -0,182 e 0,157, mas também pela sua atenuada relevância e pelo seu conteúdo ser ambíguo.

Procedeu-se à segunda análise de consistência interna dos oitenta e sete itens retidos que revelou valores alfa de *Cronbach* a variar, relativamente aos quatro estados, entre 0,86 e 0,92 e aos três contextos entre 0,70 e 0,93.

O conteúdo destes enunciados foi reanalisado por peritos tendo sido eliminados trinta e oito itens: sete porque revelaram relevância questionável e os restantes porque o conteúdo era avaliado por outros enunciados.

Foi ainda decidido reescrever os seguintes itens: 10 "*costumo receber visitas/telefonemas da minha família e ou amigos*", que passou a "*costumo receber aqui visitas e ou telefonemas*"; 27 "*tenho confiança nos enfermeiros e médicos que me tratam*", que passou a "*tenho confiança nos profissionais que me tratam*"; 22 "*a minha vida não tem sentido*" que passou a "*a minha vida deixou de ter sentido*"; 36 "*fico incomodado por me acharem diferente das outras pessoas*" que passou a "*estou incomodado por me acharem diferente das outras pessoas*"; 78 "*sinto-me mal informado sobre o futuro da minha doença*" que passou a "*necessito de ser melhor informado sobre a minha doença*".

Foram criados dois novos itens: item 2 – "*a agitação e o barulho do serviço perturbam-me*" e item 42 – "*sinto-me capaz de restabelecer as minhas relações pessoais*" para avaliar, respectivamente, *alívio ambiental* e *transcendência sociocultural*.

Deste processo resultou a versão de cinquenta e um itens à qual foi feita a terceira análise da consistência interna. Esta revelou valores do coeficiente alfa de *Cronbach* a oscilarem relativamente às doze facetas, entre 0,51 e 0,81, aos estados, entre 0,82 e 0,85 e aos contextos, entre e 0,81 e 0,89, o que permite considerá-los aceitáveis e abonando a favor da fidelidade do instrumento.

#### ESTUDO COM A VERSÃO DE CINQUENTA E UM ITENS

Como referimos, a versão de cinquenta e um itens da ECIP foi administrada a 273 doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica, desenvolvendo-se, de seguida, o estudo da confiabilidade, da validade de construto e de critério.

#### ANÁLISE INICIAL DA CONFIABILIDADE

Foi efectuada a análise da consistência interna a cada grupo de itens de cada sub-escala e total da escala. Esta análise permitiu verificar que quatro itens (5, 6, 8 e 31) não cumpriam os critérios referidos por Streiner & Norman (2003).

A análise efectuada aos restantes quarenta e sete itens permitiu verificar que a correlação corrigida do item com o total de cada sub-escala e com o total da escala oscilou entre 0,28 e 0,80 e que os valores do alfa de *Cronbach* foram, respectivamente, de 0,78, 0,83, 0,90 e 0,91 para o alívio, tranquilidade, transcendência e conforto total.

### ANÁLISE FACTORIAL E VALIDADE DE CONSTRUTO

Os resultados da análise factorial de componentes principais efectuada aos cinquenta e um itens revelaram inicialmente uma estrutura com treze factores que explicam, cumulativamente, 62,95 % da variância. A estrutura revelada era confusa, mas o *scree teste de Cattell* mostra uma quebra nos três primeiros factores.

Suprimindo da análise os itens 5, 6, 8 e 31, aos quarenta e sete itens retidos, foi feita uma extracção de componentes principais utilizando-se uma rotação ortogonal *varimax*, forçando para três factores, suprimindo as cargas factoriais inferiores a 0,30.

A análise dos dados sugeriu a eliminação de cinco itens (13, 36, 40, 41, 44) porque as cargas factoriais eram distribuídas pelos factores a que não correspondiam conceptualmente e por, após terem sido reanalisados, terem sido considerados ambíguos.

Resultou uma estrutura de três factores que correspondem aos três estados, *alívio*, *tranquilidade* e *transcendência* descritos por Kolcaba (2003) que explicam no total 37,86% da variância (Quadro 7).

Os itens distribuíram as respectivas cargas factoriais pelos três factores, agrupando-se no factor a que pertencem teoricamente, com as excepções que referiremos.

O primeiro factor agrupa os itens pertencentes à sub-escala de transcendência, com pesos factoriais entre 0,36 e 0,82.

O segundo factor agrupa os itens pertencentes à sub-escala de tranquilidade, com pesos factoriais entre 0,33 e 0,65.

O terceiro factor agrupa os itens pertencentes à sub-escala de alívio, com pesos factoriais entre 0,34 e 0,69.

No entanto, são verificados alguns valores discrepantes relativamente a sete itens, respectivamente os itens 12, 14, 16, 24, 28, 39, 48 e 49 que merecem ser discutidos, por não discriminarem claramente o factor a que teoricamente pertencem.

Dois itens saturaram num factor diferente do que era teoricamente esperado, e os restantes, apesar de apresentarem a maior carga factorial no factor a que pertencem, saturam também num segundo factor, sendo as diferenças entre os dois pesos inferiores a 0,20.

Assim:

os itens 28 e 49 que avaliam teoricamente tranquilidade apresentam a maior carga factorial no factor transcendência, respectivamente, 0,64 e 0,43;

- o item 12 que teoricamente avalia transcendência satura duplamente (0,42), no factor tranquilidade e transcendência;

- o item 14, que avalia teoricamente tranquilidade satura no respectivo factor (0,42), mas carrega também 0,38 no factor que agrupa os itens que teoricamente avaliam transcendência;

- os itens 39 e 48, que avaliam teoricamente alívio saturam no respectivo factor com cargas respectivamente de 0,44 e 0,41, mas também no factor que agrupa os itens que avaliam transcendência com cargas de 0,37 e 0,31.;

- o item 16, que avalia alívio apresenta a sua carga factorial principal no próprio factor, 0,40, mas satura também (0,33) no factor tranquilidade.

- o item 24 satura (0,43) no factor que teoricamente avalia, transcendência, apresentando também uma carga factorial substancial (0,36) no factor tranquilidade.

Foi ainda realizada uma AFC na amostra (n = 273) através do LISREL 7.1. à versão de quarenta e dois itens. Os resultados evidenciaram globalmente índices adequados de bondade de ajustamento nas três dimensões da ECIP, respectivamente: escala alívio (RMSEA = 0,056; CFI = 0,97 e AGFI = 0,85); escala de tranquilidade (RMSEA = 0,061; CFI = 0,97 e AGFI = 0,83) e escala transcendência (RMSEA = 0,076; CFI = 0,97 e AGFI = 0,77).

Quadro 7 - Matriz de componentes principais da ECIP-42 após rotação *varimax*, forçado para três factores (n = 273)

Itens da ECIP	Componentes principais		
	Transc.	Tranq.	Alívio
50 - TR_psic - Sinto-me confiante	0,82		
51 - TR_soci - Sinto-me capaz de restabelecer as minhas relações pessoais	0,78		
45 - TR_psic - Sinto-me capaz de dar um rumo à minha vida	0,77		
20 - TR_fisi - Sinto que vou ter energia para trabalhar	0,74		
26 -TR_fisi - Sinto que vou ficar fisicamente bem	0,72		
42 - TR_soci - Sinto que vou ser capaz de contribuir para o sustento da minha família	0,70		
28 - TQ_psic - Sinto paz de espírito	0,64		
21 -TR_psic - Sinto-me capaz de colaborar no meu tratamento	0,62		
34 - TR_fisi - Sinto-me com força física	0,60		
17 - TR_psic - A minha fé dá-me paz de espírito	0,58		
35 - TR_psic - Sinto que vou conseguir resolver os meus problemas económicos	0,58		
25 - TR_soci - Estou satisfeito com as minhas relações pessoais	0,54		
10 - TR_psic - A minha vida deixou de ter sentido	0,53		
4 - TR_psic - Sinto-me bem com o mundo	0,44		
24 -TR_soci - Se necessitar, sou capaz de pedir ajuda aos outros	0,43	0,36	
49 - TQ_fisi - Sinto o meu corpo relaxado	0,43		
12 -TR_psic - Sinto-me livre	0,42	0,42	
7 - TR_soci - Sinto-me satisfeito com as minhas relações íntimas	0,36		
27 - TQ_ambi - O ambiente que me rodeia é agradável		0,65	
9 - TQ_ambi - Este lugar traz-me calma		0,64	
47 - TQ_ambi - Tenho privacidade suficiente		0,63	
15 - TQ_soci - Tenho confiança nos profissionais que me tratam		0,63	
23 -TQ_ambi - Sinto-me protegido neste lugar		0,58	
43 - TQ_ambi - Acho que este lugar é arejado		0,58	
30- TQ_soci - Sinto que as pessoas aqui me compreendem		0,56	
33 - TQ_ambi - Sinto-me preso aqui		0,54	
19 - TQ_ambi - Tenho facilmente acesso às minhas coisas (haveres pessoais)		0,44	

14 - TQ_soci - Sinto que se precisar tenho pessoas que me ajudam	0,38	0,42	
46 - TQ_ambi - Sinto que é fácil deslocar-me neste ambiente		0,33	
22 - AL_fisi - Sinto dores no corpo			0,69
29 - AL_fisi - Sinto-me preso dos movimentos			0,63
11 - AL_fisi - Sinto tremores no corpo			0,62
32 - AL_fisi - Sinto-me nauseado/enjoado			0,55
2 - AL_ambi - A agitação e o barulho do serviço perturba-me			0,53
1 - AL_fisi - Sinto a boca e a garganta secas			0,50
18 - AL_psic - Estou incomodado por me acharem diferente das outras pessoas			0,49
39 - AL_psic - Sinto-me fora de controlo	0,37		0,44
38 - AL_soci - Necessito de ser melhor informado sobre a minha doença			0,42
48 - AL_psic - Sinto medo	0,31		0,41
16 - AL_psic - Este internamento está a ser difícil de suportar		0,33	0,40
37 - AL_fisi - Tenho dificuldade em dormir			0,37
3 - AL_soci - Sinto-me rejeitado pela minha família			0,34
% cumulativa de variância explicada pelos três factores	<b>18,12</b>	<b>28,75</b>	<b>37,86</b>
<b>Kaiser-Meyer-Olkin: 0, 869; Teste de esfericidade de Bartlett – Qui-quadrado aproximado: 4780,795; p: 0,000.</b>			

#### VALIDADE DE CRITÉRIO DA ECIP

##### VALIDADE CONCORRENTE AVALIADA PELA CORRELAÇÃO ENTRE A ECIP, O IESSD E A SPWB

A análise da correlação entre o conforto (total e dimensões), o sofrimento (total e dimensões) e o bem-estar psicológico permitem verificar, no geral, valores moderados e elevados, com o sentido da relação que era esperado. Estes resultados suportam a validade concorrente da ECIP (Quadro 8).

Assim, o conforto total correlaciona-se negativamente com o sofrimento total (-0,52), positivamente com o bem-estar psicológico (0,49) e com as experiências positivas de sofrimento (0,61).

Relativamente às dimensões, é importante referir os fortes valores de correlação evidenciados, tais como entre alívio-sofrimento físico (-0,69), experiências positivas de sofrimento-transcendência (0,72), experiências positivas de sofrimento-conforto “psicoespiritual” (0,58), experiências positivas de sofrimento-conforto socio-cultural (0,61), transcendência-sofrimento existencial (-0,61), conforto físico-sofrimento físico (-0,70), conforto “psicoespiritual”-sofrimento existencial (-0,54), conforto “psicoespiritual”-bem-estar psicológico (0,54).

A par destes são ainda de referir alguns valores mais modestos tais como os verificados entre conforto “psicoespiritual”-sofrimento psicológico (-0,38), conforto sociocultural-sofrimento psicológico (-0,29) e ainda a ausência de relação entre o conforto sociocultural-sofrimento social (0,03).



Quadro 8: Correlações entre o conforto, o sofrimento e o bem-estar psicológico avaliado pela PICS, pela IESSD e pela SPWB

Variáveis	Experiências positivas de sofrimento		Bem-estar psicológico		Sofrimento psicológico		Sofrimento físico		Sofrimento existencial		Sofrimento social		Sofrimento total	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Alívio	0,20	0,16	0,39	0,01	-0,36	0,01	-0,69	0,00	-0,41	0,00	-0,28	0,06	-0,48	0,00
Tranquilidade	0,46	0,00	0,32	0,03	-0,21	0,15	-0,31	0,03	-0,41	0,00	0,01	0,95	-0,29	0,05
Transcendência	0,72	0,00	0,53	0,00	-0,47	0,00	-0,42	0,00	-0,61	0,00	-0,09	0,55	-0,50	0,00
Físico	0,54	0,00	0,41	0,00	-0,55	0,00	-0,70	0,00	-0,66	0,00	-0,29	0,04	-0,65	0,00
"Psicoespiritual"	0,58	0,00	0,54	0,00	-0,38	0,01	-0,44	0,00	-0,54	0,00	-0,12	0,41	-0,46	0,00
Ambiental	0,20	0,16	0,12	0,43	-0,16	0,26	-0,22	0,13	-0,27	0,06	0,01	0,95	-0,20	0,17
Sociocultural	0,61	0,00	0,45	0,00	-0,29	0,05	-0,38	0,01	-0,44	0,00	0,03	0,83	-0,33	0,02
Conforto total	0,61	0,00	0,49	0,00	-0,44	0,00	-0,57	0,00	-0,60	0,00	-0,14	0,35	-0,52	0,00

#### VALIDADE CONCORRENTE AVALIADA PELA CORRELAÇÃO ENTRE A ECIP E A DASS-21

Por sua vez, a correlação entre as sub-escalas e o total da ECIP e da DASS-21, avaliada em  $t_2$  na amostra do estudo quasi-experimental ( $n = 60$ ) (Quadro 9), revelou valores negativos, moderados e elevados, na maioria superiores a  $-0,50$ . Estes resultados atestam a favor da validade concorrente da ECIP.

A correlação entre o total das duas escalas é de  $-0,73$  e entre o conforto total e as sub-escalas da DASS-21 varia entre  $-0,57$  (ansiedade) e  $-0,72$  (depressão). A correlação entre a DASS-21 total e as várias dimensões do conforto varia entre  $-0,34$  e  $-0,76$ .

Os valores de correlação mais fracos são os verificados entre as dimensões da DASS-21 com o contexto ambiental, entre  $-0,25$  e  $-0,36$ , e com o estado de tranquilidade, entre  $-0,31$  e  $-0,42$ .

Quadro 9 - Matriz de correlações entre o conforto, a depressão, a ansiedade e o stresse avaliado pela ECIP e pela DASS-21

Variáveis	DASS-21		Depressão		Ansiedade		Stresse	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Conforto total	-0,73	0,00	-0,72	0,00	-0,57	0,00	-0,65	0,00
Alívio	-0,76	0,00	-0,69	0,00	-0,67	0,00	-0,69	0,00
Tranquilidade	-0,40	0,00	-0,31	0,02	-0,35	0,01	-0,42	0,00
Transcendência	-0,60	0,00	-0,68	0,00	-0,40	0,00	-0,49	0,00
Físico	-0,73	0,00	-0,73	0,00	-0,61	0,00	-0,60	0,00
"Psicoespiritual"	-0,72	0,00	-0,72	0,00	-0,52	0,00	-0,65	0,00
Sociocultural	-0,57	0,00	-0,60	0,00	-0,39	0,00	-0,49	0,00
Ambiental	-0,34	0,01	-0,25	0,06	-0,32	0,01	-0,36	0,01

### CONFIABILIDADE FINAL

Foi avaliada a consistência interna da ECIP-42 relativamente aos itens constituintes das sub-escalas de alívio, tranquilidade e transcendência e conforto total revelando, respectivamente, alfas de *Cronbach* de 0,77; 0,82; 0,90; 0,91 e das 4 sub-escalas do contexto físico, “psicoespiritual”, sociocultural e ambiental com valores, respectivamente, de 0,77; 0,84; 0,77 e 0,75. Os valores da correlação corrigida de cada item com o total da escala variam entre 0,21 e 0,70.

### DISCUSSÃO

Os resultados evidenciam que, no geral, a ECIP-42 é um instrumento com qualidade para avaliar o conforto dos doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica.

Os valores do alfa de *Cronbach* relativamente às sub-escalas e total oscilaram entre 0,75 e 0,90 e o valor da correlação corrigida dos itens com o total da escala são superiores a 0,20 evidenciando a confiabilidade do instrumento.

Do ponto de vista da validade de critério revelou também propriedades que atestam a sua validade. No primeiro estudo, as dimensões do conforto correlacionam-se positivamente com o bem-estar psicológico e com as experiências positivas de sofrimento e, por outro lado negativamente com as restantes dimensões do sofrimento: sofrimento físico, sofrimento psicológico, sofrimento sócio-relacional e sofrimento existencial.

No segundo estudo, os valores de correlação entre a ECIP e o critério, DASS-21, foram negativos e na maioria elevados, verificando-se contudo valores mais modestos relativamente ao contexto ambiental e ao estado de tranquilidade. Sendo a amostra constituída por doentes com perturbações depressivas, estes resultados abonam em favor da validade do instrumento.

Do ponto de vista estrutural, a versão de quarenta e dois itens revelou alguma fragilidade. O item 49 que avalia um estado de relaxamento, claramente de tranquilidade, apresenta a maior carga factorial (0,43) no estado de transcendência, o que representa um aspecto limitativo. No entanto, devido à importância do conteúdo avaliado pelo item, optou-se por retê-lo, considerando-se mais indicado para avaliar o estado de tranquilidade.

O item 24 que avalia a capacidade pessoal para solicitar ajuda aos outros, satura duplamente no estado de transcendência (0,43) e no estado de tranquilidade (0,36). Esta capacidade, apesar de poder induzir tranquilidade, é, claramente, uma capacidade de transcendência social e, neste sentido, foi decidido que este item avalia o estado de transcendência.

Os itens 17 e 28 cujo conteúdo tinham sido originalmente elaborados para avaliar tranquilidade psicossocial saturam com cargas factoriais de 0,58 e 0,64 no factor transcendência. Estes resultados podem ser justificados pelo facto da resposta aos enunciados poder ter sido dada mais em função do aspecto espiritual em si mesmo do que em função do papel pacificador da crença ou da fé. A questão espiritual do ponto de vista cultural parece estar ligada a aspectos transcendentais. Decidimos considerar o item 17, indicado para avaliar o estado de transcendência. Em relação ao item 28, sentir paz de espírito é, sobretudo, um estado de calma e, por isso, optou-se por considerar que este item avalia o estado de tranquilidade.

O item 12 que avalia um sentimento de liberdade, satura duplamente (0,42) no estado de tranquilidade e de transcendência. De facto, o sentimento de liberdade para escolher e ir em direcção aos objectivos de vida, parece ser um aspecto que sustenta a renovação pessoal, mas evidencia também um sentido de calma e de satisfação com a vida. Optou-se por utilizar este item para avaliar o estado de transcendência.

O item 14 que avalia apoio social, facto que pode significar um estado de tranquilidade, satura duplamente no estado de transcendência e de tranquilidade, respectivamente 0,38 e 0,42. A pessoa que se sente apoiada é aquela que sente ter recursos para fazer face aos seus projectos futuros e, neste sentido, poderia ser considerado como pertencente ao factor transcendência. Mas sentir-se apoiado é sobretudo, um factor indutor de calma e de satisfação, necessário para um desempenho eficiente (ou seja, tranquilidade por definição) razão pela qual foi decidido que este item deverá ser considerado neste estado.

O item 16, que avalia o desconforto sentido com a hospitalização, apresenta a carga factorial principal (0,40) no estado de alívio, mas também satura (0,33) no estado de tranquilidade. De facto, estar internado num serviço de clínica psiquiátrica pode ser um factor de alívio de um desconforto prévio provocado pelo aprisionamento na doença, e, ao mesmo tempo, levar a um estado de calma. Como referimos, estes doentes percebem o contexto terapêutico como um espaço de refúgio e de liberdade pelo que foi decidido que este item avalia o estado de alívio.

Os itens 39 e 48, que teoricamente avaliam alívio, apresentam a carga factorial principal no estado a que conceptualmente pertencem (0,44 e 0,41) saturando também no estado que agrupa os itens pertencentes à transcendência (0,37 e 0,31). O descontrolo e o medo podem ser reveladores de dificuldade para planear e encarar o projecto de vida, mas revela sobretudo um estado de desconforto, no sentido em que pode ser sinal de distresse, característico dos doentes psiquiátricos. Neste sentido, foi decidido que este item avalia o estado alívio.

Finalmente, convém referir que os itens 7 e 25, que avaliam satisfação com as relações íntimas, foram inicialmente pensados para avaliar tranquilidade. Contudo saturam no factor transcendência, respectivamente 0,36 e 0,54. Consideramos que a satisfação com as relações próximas, podendo ser um aspecto gerador de calma, tranquilidade e de satisfação, é também uma capacidade percebida pelo indivíduo para se relacionar íntima e socialmente. Por esta razão, decidimos considerar que estes dois itens são mais indicados para avaliar estado de transcendência.

Os aspectos discutidos poderão ser considerados como limitações estruturais. No entanto, o conforto é um conceito holístico (Kolcaba, 2001; 2003) designando um estado dinâmico e multifacetado dos indivíduos. Os aspectos avaliados não são mutuamente exclusivos, justificando a sobreposição dos itens que avaliam os vários estados. A avaliação do conforto poderá ser feita em relação a cada um dos estados e contextos, mas também na totalidade.

Assim, os itens da ECP-42 foram organizados na estrutura taxonómica do conforto, tal como se pode observar no quadro 10.

Quadro 10 - Organização estrutural dos itens da ECIP-42 nos estados e contextos do conforto

Estados e contextos do conforto	Físico	“Psicoespiritual”	Sociocultural	Ambiental	Nº de itens
Alívio	1*, 8*, 18*, 25*, 27*, 31*	12*, 14*, 33*, 39*	3*, 32*	2*	13
Tranquilidade	40	24	10, 11, 26	6, 15, 19, 23, 28*, 35, 37, 38,	13
Transcendência	16, 22, 29	4, 7*, 9, 13, 17, 30, 36, 41,	5, 20, 21, 34, 42		16
Nº de itens	10	13	10	9	42

\* item invertido

Em resumo, a ECIP revelou propriedades que permitem a sua utilização para avaliar o conforto em contexto clínico psiquiátrico. Evidenciou boa consistência interna, com valores do alfa de *Cronbach* superiores a 0,75, o que suporta a fiabilidade da escala.

Os valores de correlação moderados e elevados, positivos entre o conforto, o bem-estar subjectivo e as experiências positivas de sofrimento e negativos entre aquele conceito, o sofrimento, a depressão, ansiedade e stresse atestam a validade de critério da ECIP.

Do ponto de vista estrutural, o facto de, na análise factorial exploratória, alguns itens da ECIP-42 não discriminarem relativamente ao factor a que pertencem pode ser considerado uma limitação. No entanto os resultados da análise factorial confirmatória evidenciaram, globalmente, índices adequados de bondade de ajustamento nas três dimensões. Outras limitações deste instrumento serão apresentadas na conclusão desta obra.

Na versão de trinta e oito itens que está publicada (Apóstolo, Kolcaba, Mendes *et al.*, 2007; Apóstolo, Kolcaba, Azeredo *et al.*, 2007) foram eliminados, relativamente à ECIP-42, os itens 4 (*sinto-me bem com o mundo*), 12 (*sinto-me livre*), 28 (*sinto paz de espírito*) e 49 (*sinto o meu corpo relaxado*). A solução de três factores da ECIP-38 revela uma organização e ajustamento mais aceitável dos itens à estrutura conceptual do conforto.

Contudo, e apesar disso, para avaliar o efeito do I.C. no conforto, decidimos utilizar a versão de quarenta e dois itens por julgarmos indispensável o conteúdo avaliado por aqueles itens.

## ESTUDO 4: CONSTRUÇÃO DO GUIÃO DE I.C. E GRAVAÇÃO DO C.D. ÁUDIO

### DESENVOLVIMENTO DO GUIÃO DE I.C.

A construção e desenvolvimento do guião de I.C. e a gravação digital em C.D. áudio tiveram subjacente a seguinte metodologia.

Inicialmente foi analisada a literatura sobre I.C., incluindo um conjunto de guiões sugeridos por autores de referência na área, como Lusk (1992), Naparstek (1994), Rossman (2000), Achterberg, Dossey & Kolkmeier (1994) e Samuels (2003) e ainda a informação proveniente do estudo compreensivo (E.C.) das "*vivências de conforto-desconforto dos doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica*".

As sucessivas versões foram sendo sujeitas a um processo de avaliação por especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, estudantes de enfermagem e doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica. As sugestões dadas por estes indivíduos levaram a ajustamentos sucessivos até se chegar à versão final.

Foi construída uma primeira versão que foi objecto de avaliação por especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, tendo sido feita uma primeira revisão com base nas sugestões daqueles.

Após ter sido obtida a primeira versão foram feitos dois testes, com duas gravações-piloto, no sentido de otimizar o conteúdo do guião e ajustar a fluência do discurso e o tempo que medeia cada indicação relativamente aos exercícios respiratórios, relaxamento muscular e imagens mentais. É de referir que a maior dificuldade sentida foi no ajustamento dos tempos que medeiam cada indicação, para que esta pudesse ser executada sem dificuldade.

O conteúdo do guião está estruturado em três secções principais: indicações gerais, exercícios respiratórios e de relaxamento muscular e indução de um conjunto sequenciado de imagens mentais.

1- Indicações gerais que incluem o nome da técnica e instruções sobre a atitude, postura a adoptar e o local ideal para o seu desenvolvimento.

2- Exercícios respiratórios e de relaxamento muscular.

*Pressupostos:* Os guiões de I.C. propõem, habitualmente, que sejam inicialmente desenvolvidos exercícios respiratórios e de relaxamento muscular, no sentido de eliminar níveis significativos de tensão.

*Conteúdo:* Optámos por um conjunto simplificado de indicações propondo, inicialmente, alguns exercícios respiratórios, e, posteriormente, a procura de sinais de tensão muscular e a libertação passiva dessa tensão.

De seguida, é sugerida a contracção e relaxamento muscular. inicialmente, de todos os músculos do corpo centrando a atenção nos da face e membros superiores e, de seguida, nos músculos da região cervical, trapézios, das pernas e dos pés.

Finalmente indica-se o relaxamento passivo de todos os grupos musculares, cabeça, face, pálpebras, lábios, dorso, tórax, abdómen, pernas e pés. As indicações seguintes sugerem, uma sensação de relaxamento cada vez mais profunda, aconselhando a adopção de uma posição confortável, a libertação da mente de pensamentos negativos.

### 3- Indução de um conjunto sequenciado de imagens mentais.

*Pressupostos:* Tendo por objectivo conduzir as pessoas a conceber imagens mentais suaves e tranquilizantes<sup>50</sup>, os pressupostos que orientaram a construção do guião fundamentaram-se, sobretudo, na *imagery* positiva. Os guiões de *imagery* positiva podem conter indicações que encorajam a focalização dos detalhes vívidos da paisagem ou de um encontro com uma pessoa especial. As imagens mentais propostas, habitualmente, incluem o lugar favorito da pessoa, real ou imaginário, ou outros locais tranquilos e confortáveis potenciadores de segurança e de protecção (Seaward, 2002; Lusk, 1992; Naparstek, 1994). O indivíduo é convidado a elaborar um conjunto sequenciado de imagens mentais sendo evocados cenários naturais, nos quais se pode mover, concentrando-se particularmente no conteúdo sensorial destes cenários através da visão, audição, olfacto, tacto e ainda dos sentidos do movimento e posição corporal.

Por sua vez, os resultados do E.C. sugerem que a pessoa se sente aprisionada na doença, e para se libertar necessita de um ambiente seguro, protegido, decidindo ser hospitalizada, mesmo que essa decisão a prive da liberdade.

As imagens introduzidas, apesar de serem positivas e prazerosas, são tendencialmente *neutras* no sentido de não provocarem qualquer efeito adverso relacionado, por exemplo, com fobias específicas associadas ao conteúdo de determinadas imagens. Assim, as imagens mentais passíveis de despertar este tipo de reacção, tais como água, não foram incluídas.

Samuels (2003) e Payne (2003) consideram vantajoso sugerir um caminho, que proporcione uma passagem em direcção ao *guia interno*, ou simplesmente para o indivíduo caminhar na cena.

Tendo em conta o tipo de doentes optou-se por sugerir instruções simples que fossem capazes de processar.

*Conteúdo:* O conteúdo desta secção do guião está organizado em três partes.

i) Após os exercícios respiratórios e de relaxamento muscular é sugerido a cada indivíduo para imaginar um lugar onde gostasse de estar, conhecido ou imaginado, onde obtenha um sentimento de paz, bem-estar, relaxamento, e protecção. Para que possa escolher o mais vantajoso e ajustado a si, são dadas as seguintes possibilidades: *uma clareira na floresta, uma planície, um prado na montanha ou ainda um jardim cheio de flores.*

ii) Após os anteriores exercícios mentais é aconselhado a mover-se do lugar anteriormente escolhido, ingressando num caminho, passeando por ele, prestando atenção ao conteúdo natural e sensorial do meio.

Sugere-se também que imagine um encontro com uma pessoa ou pessoas consideradas por si como uma referência afectiva desenvolvendo com ela(s) um diálogo centrado na escuta, aconselhamento, partilha ou ajuda para minorar o desconforto, sentir-se confiante e capaz de enfrentar as situações da vida.

iii) Após ter vivido esta relação imaginária, o indivíduo é convidado a ausentar-se do referido lugar e trazer consigo o que sentiu de bom, abandonando o estado de relaxamento.

Finalmente é sugerido que encare a hospitalização como uma decisão que lhe permite estar num local seguro, pacífico, sentir-se em paz e livre, onde possa contar com a ajuda dos profissionais, no processo de recuperação possibilitando-lhe pôr em prática o seu projecto.

---

<sup>50</sup> À gravação foi adicionada música de fundo relaxante para acrescentar efectividade à experiência. Quer a música quer a *imagery* podem induzir um estado alterado, mas as duas combinadas têm maior potencial (Lusk, 1992; Naparstek, 1994).

## VALIDAÇÃO DO GUIÃO E DA GRAVAÇÃO

### METODOLOGIA

A primeira gravação foi testada por dois enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica e por dois doentes, um homem e uma mulher, internados num serviço de clínica psiquiátrica.

As sugestões destes participantes para melhorar a gravação centraram-se na redução do volume de som, optimização dos exercícios respiratórios, propondo, sobretudo, a diminuição do tempo da inspiração profunda referida inicialmente. Foi também referido que as indicações relativas aos exercícios de relaxamento muscular deveriam apontar claramente quais os músculos a serem contraídos e relaxados.

Assim, a indicação incluída no 1º guião *“puxe os dedos dos pés em direcção ao rosto”* foi considerada ambígua tendo sido substituída por *“Estique o peito do pé inclinando-o para fora (...) encolha-o de seguida em direcção ao rosto”*.

Com base nestas sugestões foi feita uma reformulação do guião tendo-se procedido à segunda gravação.

Esta nova versão do C.D. foi testada por vinte estudantes do curso de Licenciatura em Enfermagem, nas aulas práticas de enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e por cinco doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica, três homens e duas mulheres, quatro com diagnóstico de perturbação depressiva e uma com perturbação de ansiedade.

Após o teste, os indivíduos responderam a um questionário sobre os seguintes tópicos: qualidade da gravação, da voz, do som, da música de fundo; clareza das instruções relativas à respiração e ao relaxamento; tempo do relaxamento; capacidade relaxante; facilidade no acompanhamento das imagens mentais; e ainda o tempo dado para a criação e visualização de cada imagem.

As questões foram organizadas numa escala de *likert* de 5 pontos com as opções de resposta a poder variar de 1, *“concordo muitíssimo”* a 5, *“discordo muitíssimo”*.

Para cada tópico eram ainda pedidas sugestões para melhorar a qualidade do guião e da gravação, assim como observações gerais.

### RESULTADOS

As respostas dos vinte alunos e dos cinco doentes foram analisadas conjuntamente. A grande maioria dos indivíduos (entre 70 e 88%) manifesta opiniões muito, ou muitíssimo concordantes em relação à qualidade relaxante da gravação, das imagens mentais, da voz, da música e do volume do som.

O aspecto onde é manifestado menor grau de concordância é em relação à facilidade para seguir as instruções relativas à respiração, somente com 28% das pessoas a manifestarem-se muito, ou muitíssimo concordantes. No respeitante ao tempo dado para o relaxamento, somente 48% das pessoas se manifestaram muito, ou muitíssimo concordantes.

Em relação aos restantes aspectos, clareza e facilidade das instruções acerca da respiração e do relaxamento, facilidade de acompanhamento das imagens sugeridas e tempo dedicado a cada imagem, as respostas muito, ou muitíssimo concordantes oscilaram entre 56 e 68%.

## OBSERVAÇÕES E SUGESTÕES

Os participantes observaram que, do ponto de vista geral, a gravação é de óptima qualidade para relaxar o que é evidenciado nos seguintes excertos: *"nesta fase apaguei completamente", (...)* *"apropriado e com o tempo ideal não me deixando demasiada sonolenta, mas o suficiente para relaxar" (...)* *"descolei-me da realidade<sup>51</sup>".*

Sugeriram que fossem alterados os seguintes aspectos: a) nos exercícios respiratórios iniciais o tempo que medeia a inspiração e a expiração deveria ser reduzido; b) o nível do som da voz e da música, no início, deveria ser mais baixo; c) deveria ser prolongado o tempo de relaxamento muscular.

Com base nestas sugestões, foi reduzido o tempo dos exercícios respiratórios em causa e reduzido o nível do som da voz e da música. Contudo não foi aumentado o tempo dos exercícios de relaxamento porque esta opção iria diminuir o tempo disponível para as imagens mentais.

d) relativamente ao seguinte excerto,

*"Enquanto respira calmamente... imagine um lugar perfeito onde gostasse de estar... Um lugar que você conheça ou criado pela sua imaginação... Um lugar onde você se sinta seguro e protegido... um lugar que lhe transmita bem-estar....."*

*Pode ser uma clareira na floresta... uma planície, ou um prado na montanha... Pode ser ainda um jardim cheio de flores... ou outro lugar que tenha significado para si....."*

Alguns participantes referiram que a indicação sublinhada os conduzia a imaginar cenários (por exemplo um quarto), havendo dificuldade em prosseguir pelo caminho que é especificado de seguida. Assim, o guião foi alterado, optando-se por concretizar as indicações:

*"Enquanto respira calmamente... imagine um lugar perfeito onde gostasse de estar... Pode ser uma clareira na floresta... uma planície, ou um prado na montanha... Pode ser ainda um jardim cheio de flores... consegue imaginar? Sinta-se confortável com esta imagem...."*

e) é ainda importante salientar que uma das doentes participante no teste, diagnosticada com distúrbio de ansiedade, referiu não conseguir acompanhar as seguintes indicações respiratórias, *"Mantenha-se numa posição confortável e respire calmamente. "Inspire... expire... inspire... expire..."*, manifestando sinais de ansiedade pelo que houve necessidade de interromper o processo. Por essa razão, aquelas indicações foram substituídas por: *"Mantenha-se numa posição confortável e respire calmamente"*.

Como foi descrito, a maior fragilidade apresentada pelas primeiras duas versões incidiam, essencialmente, nas indicações relativas aos exercícios respiratórios, sobretudo no referente ao tempo que mediava cada indicação. Assim, após se ter procedido a estas alterações gravou-se a versão definitiva do C.D.

É de referir que foram gravadas versões diferentes, personalizando as indicações quanto ao género e, nas versões oferecidas aos doentes, foram suprimidas as indicações acerca do contexto terapêutico.

---

<sup>51</sup> *"Descolei-me da realidade"* foi utilizado com o sentido de *"abstracção dos problemas diários"*, como se infere a partir das restantes respostas dadas pelo participante e não de *"corte com a realidade"* no sentido psicopatológico.



# **O efeito do imaginário conduzido no conforto de doentes com perturbações depressivas internados em serviços de clínica psiquiátrica**

**Capítulo III**

(Página deixada propositadamente em branco)

## 1. METODOLOGIA

### OPERACIONALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

Como referimos no capítulo I, parte I, Kolcaba (2003) fundamentou-se na teoria da pressão humana de Murray para alicerçar os três sentidos do conforto, alívio, tranquilidade e transcendência que recapitulamos: a teoria da pressão humana é aplicável a indivíduos que experienciam múltiplos estímulos; para a enfermagem uma situação estimulante pode ser vista como qualquer situação de cuidados de saúde; os enfermeiros identificam as necessidades de conforto e intervêm para suprir essas necessidades específicas movendo a tensão numa direcção positiva; a avaliação dos resultados, ou seja, em que medida o conforto foi atingido, é feita através dos questionários de conforto; um aumento no conforto indica que as tensões negativas foram reduzidas e que as tensões positivas foram adicionadas.

Na figura 6 é esquematizada a estrutura técnica do conforto relativa aos doentes internados em serviços de clínica psiquiátrica com perturbações do humor, resumindo os aspectos “técnico-conceptuais” e operacionais relativos ao desenho de investigação.

Os conceitos mencionados na linha quatro, já anteriormente referidos na figura 1, são específicos dos cuidados de saúde e da enfermagem e representam a teoria de médio alcance do conforto de Kolcaba (1994; 2003).

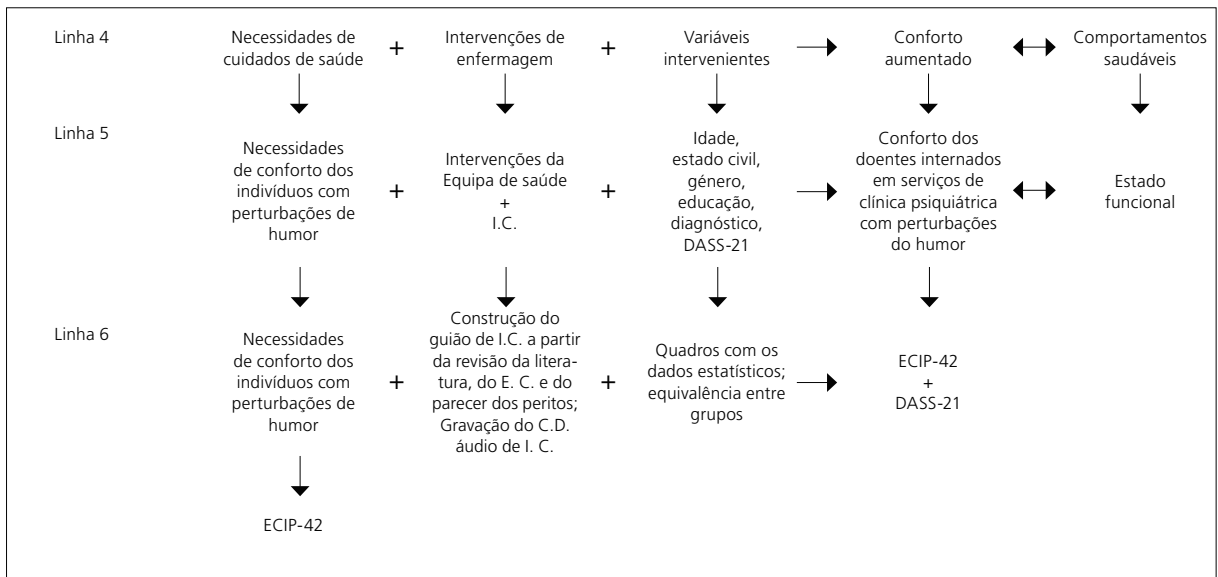
Por sua vez, os conceitos mencionados nas linhas 5 e 6 representam o nível micro, prático, ou operacional da teoria, ou seja, como é que cada conceito é implementado ou medido.

Assim, a partir da revisão da literatura, do estudo compreensivo (E.C.) relativo às vivências destes indivíduos nos serviços de psiquiatria clínica e das sugestões dos peritos, foram levantadas as necessidades de conforto ajudando a precisar os indicadores empíricos que a ECIP avalia e construído o guião de I.C. subjacente à intervenção.

As necessidades de conforto são satisfeitas pelas intervenções (intervenções da equipa de saúde + I.C.) no sentido de aumentar os níveis de conforto, devendo ainda ser controladas as variáveis intervenientes ou covariáveis. No caso específico, consideramos como variáveis intervenientes, a idade, o estado civil, o género e a depressão, a ansiedade e o stresse.

Dada a dificuldade de seleccionar uma amostra “randomizada”, como explicaremos a seguir, estas variáveis permitem avaliar, no tempo 1, a equivalência entre os grupos.

Figura 6 - Estrutura conceptual e operacional do conforto dos doentes com perturbações depressivas internados em serviços de clínica psiquiátrica.



Adaptado a partir de Kolcaba (2003).

#### TIPO DE ESTUDO

Foi desenvolvido um estudo de natureza *quasi-experimental*<sup>52</sup>, com pré-teste e pós-teste e grupo de controlo.

$O_{E1}$	x	$O_{E2}$
$O_{C1}$		$O_{C2}$

#### HIPÓTESES

H1: Os doentes deprimidos internados nos serviços de clínica psiquiátrica que são sujeitos a um programa de I.C. apresentam níveis de conforto mais elevados, nos três estados e quatro contextos da experiência e no global, do que aqueles que não são sujeitos ao referido programa.

H2: Os doentes deprimidos internados nos serviços de clínica psiquiátrica que são sujeitos a um programa de I.C. apresentam níveis de depressão, ansiedade e stresse mais reduzidos, do que os que não são sujeitos ao referido programa.

<sup>52</sup> Este tipo de desenhos é utilizado em situações clínicas quando o investigador tem dificuldade para randomizar a amostra. Como os verdadeiros experimentos, os *quasi*-experimentos envolvem a manipulação de uma ou mais variáveis independentes, mas não há randomização da amostra, característica que melhor identifica este tipo de estudos. Pelo facto do investigador ter menos controlo, nestes desenhos, os resultados devem ser interpretados com maior prudência (Heppner, Kivlighan & Wampold, 1998; Shadish, Cook & Campbell, 2002).

## VARIÁVEIS

### VARIÁVEIS DEPENDENTES:

- Conforto: como referimos, o *conforto* é um efeito desejado que é conseguido quando as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência são satisfeitas ao nível dos contextos físicos, “psicoespiritual” sociocultural e ambiental.

**Operacionalização**: o conforto é o resultado obtido pelo *score* de cada uma das 7 sub-escalas (estados e contextos) e no global da escala.

Como justificaremos de seguida, foram também consideradas como variáveis dependentes a depressão, a ansiedade e o stresse.

### VARIÁVEIS DE CONTROLO OU INTERVENIENTES

Considerámos como variáveis intervenientes, a idade, o estado civil, o género e a depressão, ansiedade e stresse.

- Depressão, ansiedade e stresse: como referimos, a *depressão* é caracterizada por baixo afecto positivo, reduzida auto-estima e incentivo e desesperança, ansiedade por hiperestimulação fisiológica e stresse por tensão persistente, irritabilidade e baixo limiar para ficar perturbado ou frustrado.

No desenho inicial, a depressão, ansiedade e stresse, seriam utilizadas como covariáveis, no caso de não se verificar a equivalência entre os dois grupos no tempo 1. Como poderemos observar mais adiante, nos dados apresentados no quadro 11, os dois grupos eram equivalentes pelo que não foram utilizadas covariáveis na análise estatística.

Decidimos avaliar o efeito do I.C. na depressão, ansiedade e stresse, considerando-se que a melhoria dos sintomas relacionada com aqueles estados é um sinal do aumento do conforto, pelo que, no presente desenho, estes assumem o papel de variáveis dependentes.

**Operacionalização**: é o resultado obtido pelo *score* de cada uma das 3 sub-escalas e pelo total da DASS-21.

### INTERVENÇÃO COM IMAGINÁRIO CONDUZIDO

O I.C. é definido como um programa de instruções destinadas a ajudar as pessoas a adquirir um estado de relaxamento psicológico e fisiológico, através da relaxação muscular e de imagens mentais positivas, “securizantes”, geradoras de um estado de calma e de renovação, aliviando o desconforto provocado pelos sintomas depressivos e pela hospitalização, fortalecendo o indivíduo e o seu potencial.

**Operacionalização**: Guião de I.C. materializado no C.D. áudio-gravado e praticado uma vez por dia, durante dez dias, pelos doentes deprimidos internados nos serviços de clínica psiquiátrica que foram incluídos no grupo experimental.

### PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO<sup>53</sup>

A cada participante foi realizada uma entrevista preparatória com o objectivo de avaliar o estado clínico, físico e mental do doente, fazer uma breve história clínica e introduzir o protocolo de investigação.

Assim, foi avaliada a tensão arterial, a frequência cardíaca e respiratória e averiguados antecedentes de patologia cardíaca, respiratória ou epiléptica a que se seguiu a administração do instrumento de colheita de dados composto pela ECIP-42, DASS-21 e questões de natureza sociodemográficas e clínicas. Os doentes completaram os questionários após terem sido dadas as indicações necessárias. Aos que não apresentavam limitações na interpretação, os questionários foram auto-administrados; aqueles que mostraram alguma limitação contaram com a ajuda do investigador.

Foi descrito o conteúdo do C.D. e dadas as indicações sobre o funcionamento da técnica, especificamente em relação aos exercícios respiratórios, de relaxamento e às imagens mentais.

Os indivíduos seleccionados para o grupo experimental comprometeram-se a fazer sessões diárias durante dez dias, de acordo com as instruções do C.D., a completar o instrumento de colheita de dados (ECIP-42, DASS-21, questões sociodemográficas) antes da intervenção ( $t_1$ ) e depois do total das 10 sessões diárias ( $t_2$ ) e ainda, comunicar ao enfermeiro de serviço, a hora do início e do fim de cada sessão, se foi ou não realizada com sucesso e eventuais ocorrências para que aquele procedesse ao registo dos dados na *ficha de tratamento*, devidamente identificada.

Os indivíduos seleccionados para o grupo de controlo comprometeram-se a completar o referido instrumento de colheita de dados em  $t_1$  e passados 10 dias, em  $t_2$ .

Foi disponibilizado, para cada doente, um C.D. áudio de I.C., respectivo leitor, baterias sobressalentes, bem como as condições para que a técnica pudesse ser praticada nas condições óptimas, na cama de cada doente. Este material permaneceu à disposição dos participantes que quiseram prolongar a intervenção para além das dez sessões protocolares.

No final da participação, a cada um dos sessenta participantes foi oferecido um C.D. de I.C. para que pudesse continuar a desenvolver a técnica na sua residência após a alta.

Para anular o efeito *Hawthorne* foi aconselhado aos doentes e aos enfermeiros que supervisionavam o processo que limitassem a discussão relativa às sessões ao estritamente necessário. A meio do protocolo foi feita uma visita pelo investigador aos indivíduos que constituíram o grupo experimental e o de controlo.

### PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Foi formalmente solicitada autorização às três instituições onde foram desenvolvidos os vários estudos: Hospital Psiquiátrico do Lorvão, Hospital Sobral Cid e Serviços de Psiquiatria dos Hospitais da Universidade de Coimbra tendo sido dada aprovação pelas entidades competentes.

---

<sup>53</sup> Antes do início do estudo foi feita uma reunião com os elementos de cada equipa dos serviços onde iria ser desenvolvido o estudo, sendo apresentado o protocolo e pedida a sua colaboração para supervisionar o desenvolvimento das sessões.

Todo o processo de recolha de dados teve subjacente os princípios formais e éticos relativos à participação de pessoas em estudos de investigação, nomeadamente o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos participantes.

Os doentes seleccionados para cada grupo, experimental e de controlo, foram convidados a participar de forma consentida, voluntária, anónima e informada no estudo (objectivos, funcionamento e potencialidades da intervenção), dando o seu consentimento por escrito.

#### AMOSTRA

A amostra foi constituída por doentes com perturbações depressivas com internamentos de curta duração em Serviços de Clínica de três Hospitais Psiquiátricos referidos.

#### TAMANHO DA AMOSTRA

Para calcular o tamanho da amostra, ou seja, para determinar quantos participantes deveremos estudar para alcançar o desejado nível de poder do teste (Field, 2005), o investigador tem que escolher: o teste que pretende usar, o *effect size* (tamanho do efeito), o valor de alfa e a potência do teste (Hill & Hill, 2000).

Contudo, sem conhecer os valores das medidas de tendência central e da dispersão do fenómeno na população, não se pode calcular o *effect size* ( $d$ )<sup>54</sup> sendo incerto o cálculo do tamanho da amostra necessária para que seja revelado, de facto, o efeito do tratamento. Este aspecto prende-se com o erro de tipo II ( $\beta$ ), ou seja, o erro de afirmarmos que as médias populacionais são iguais, quando elas não o são.<sup>55</sup>

54  $d = \text{Média}_1 - \text{Média}_2 / \sigma_{\text{combinado}}$ . O desvio padrão combinado é a raiz quadrada da média dos desvios padrões ao quadrado ( $\sigma_{\text{combinado}} = \sqrt{[(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) / 2]}$ ) (Cohen, 1988, p. 44).

Um *effect size* é uma medida standardizada da magnitude do efeito observado (Field, 2005). O *effect size* é pequeno,  $d = 0,2$  ( $r=0,1$ ); médio,  $d = 0,5$  ( $r=0,3$ ) e grande,  $d = 0,8$  ( $r=0,5$ ) explicando respectivamente 1%, 9% e 25% da variância total. Um *effect size* de 0.0 indica que a distribuição dos scores para o grupo experimental se sobrepõe completamente à distribuição dos scores para o grupo de controlo, ou seja há 0% de não sobreposição. Um *effect size* de 0,8 indica uma não sobreposição de 47,4% nas duas distribuições. Um *effect size* de 1,7 indica uma não sobreposição de 75,4% nas duas distribuições (Cohen, 1988; Field, 2005).

55 O erro de tipo II tem associado o conceito de poder do teste ( $1 - \beta$ ). O poder do teste pode definir-se como a probabilidade de correctamente rejeitar uma falsa  $H_0$ , ou seja, a probabilidade de rejeitar a hipótese nula quando ela é falsa. O teste deve ter um poder de 0,80, para um erro tipo II de 0,20 (Cohen, 1988). O erro tipo II está relacionado com o poder do teste. Deseja-se que a probabilidade deste erro seja pequena. Se há um efeito na população, é importante que se possa detectar. A exacta relação entre os erros tipo I e II não é directa porque estes são baseados em diferentes pressupostos: um erro tipo I ocorre se não há efeito na população, enquanto que para que ocorra um erro tipo II deverá existir um efeito que foi perdido. À medida que a probabilidade de cometer um erro tipo I diminui, a probabilidade para cometer um erro tipo II aumenta (Field, 2005). Como refere Cohen (1988), a máxima probabilidade aceitável para este erro é de 20% querendo dizer que perdemos 1 em 5 efeitos genuínos. Apesar deste autor aconselhar o uso de uma potência de 0,80, Hill & Hill (2000) reconhecem que em ciências sociais o poder do teste não deverá ser inferior a 0,50. A potência aumenta quando o tamanho da amostra aumenta provocando uma diminuição da variância e uma distribuição mais estreita e mais alta. Os autores reconhecem ainda que em ciências sociais nem sempre seja razoável forçar o nível  $\alpha = 0,05$  sendo preferível acreditar num resultado com potência 0,70 e  $\alpha = 0,10$ , do que num resultado com potência de 0,30 e  $\alpha = 0,05$ . Por seu lado, Murphy & Myors (1988) referem que na área das ciências sociais o poder, habitualmente, oscila entre 20 a 50%.

As análises de poder, podem ser feitas *a priori* para calcular o tamanho da amostra, tendo em conta um determinado poder desejado e planejar o desenho de investigação, ou *a posteriori* para fazer o diagnóstico de resultados, especialmente quando as diferenças encontradas não são significativas.

Apesar de já conhecermos o valor médio e o desvio padrão, obtidos através do estudo de validação da ECIP-51 na amostra ( $n = 273$ :  $\bar{x} = 3,46$ ;  $DP = 0,61$ ), não eram conhecidos outros valores, que nos permitissem calcular o *effect size* e, conseqüentemente, o tamanho necessário da amostra.

São, no entanto, conhecidos resultados de outros estudos desenvolvidos com o conceito em causa noutros contextos. Kolcaba (1997) para efeitos de determinação da amostra no estudo "*The effects of guided imagery on comfort in women with breast cancer choosing conservative therapy*" calculou o *effect size* com base em dois estudos-piloto desenvolvidos com o questionário de conforto, em que os valores das médias era respectivamente de 31,55 e 34,32 (*score soma*). A diferença de médias de 2,77 dividida pelo desvio padrão combinado (5.66) resultou num *effect size* de 0,49. Considerando um  $\alpha = 0,10$  calculou o tamanho da amostra de 17 por grupo. Tendo em conta o atrito adicionou 19 indivíduos resultando numa amostra ( $n = 53$ ), 26 no grupo de tratamento e 27 no grupo de controlo.

Lewandowski (2004) tendo por base um *effect size* de 0,50, um poder de 0,80 e o nível de significância de 0,05, desenvolveu o estudo "*Patterning of pain and power with guided imagery*", numa amostra de 44 indivíduos.

Tendo por base as decisões das referidas investigadoras, bem como o conhecimento do contexto onde seria desenvolvido o estudo e a sua intrínseca exequibilidade, considerámos conseqüente seleccionar uma amostra de 60 indivíduos, 30 por grupo, decidindo-se avaliar o *effect size a posteriori*.

Como referimos anteriormente, a prevalência das perturbações depressivas é duas vezes mais elevada nas mulheres do que nos homens. Observámos um rácio semelhante no que respeita à procura de cuidados de saúde, nos serviços de clínica psiquiátrica, por doentes com perturbações depressivas. Assim, foi decidido que a amostra ( $n = 60$ ) seria composta por 40 mulheres e 20 homens.

### SELECÇÃO DA AMOSTRA

Não sendo possível conhecer quais os indivíduos que vêm a ser internados nos serviços, com as características pretendidas, a amostra foi constituída de forma "consecutiva" (Pallas & Villa, 1991)<sup>56</sup>.

A desejada partição aleatória pelos grupos teria como conseqüência um indesejado efeito de contágio, uma vez que, ao mesmo tempo, nos serviços, iriam coabitar os indivíduos seleccionados para o grupo experimental, submetidos à intervenção, e os seleccionados para grupo de controlo que não poderiam ter contacto com o C.D. áudio.

Assim, para evitar este contágio, foi decidido constituir, inicialmente, o grupo experimental, sujeito a tratamento e, de seguida, o grupo de controlo.

---

<sup>56</sup> Pallas e Villa (1991) consideram que em situações de estudos clínicos, quando não se conhece a probabilidade com que os doentes ocorrem ao contexto terapêutico sendo por isso impossível aceder a uma listagem dos indivíduos, a amostragem deverá ser feita de forma consecutiva. Assim, são seleccionados os indivíduos que obedecem aos critérios seleccionados e que durante um determinado período de tempo ingressem no contexto onde se pretende fazer o estudo. A aleatoriedade fica desta forma assegurada, apesar de não ser possível determinar a probabilidade que cada indivíduo tem de vir a ser incluído na amostra.



A selecção dos indivíduos teve subjacentes os seguintes critérios: foram seleccionados para o grupo experimental as primeiras 20 mulheres e os primeiros 10 homens com perturbações depressivas que entre Outubro de 2005 e Janeiro de 2006 ingressaram nos Serviços de Clínica Psiquiátrica dos três Hospitais referidos, cujo estado clínico permitia desenvolver o protocolo e que aceitaram participar no estudo.

Após terem sido seleccionados os indivíduos que constituíram o grupo experimental e o cumprimento do protocolo de intervenção, foi iniciada a selecção dos indivíduos do grupo de controlo. Assim, este foi constituído pelos doentes que ingressaram nos serviços entre Janeiro e Março de 2006. Foram, inicialmente, incluídas as primeiras dez mulheres e cinco homens que ingressaram nos serviços. Os restantes participantes foram emparelhados com os indivíduos do grupo experimental tendo por referência as variáveis sociodemográficas e o diagnóstico clínico de patologia ansiosa associada às perturbações depressivas.

#### CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA

No quadro 11 apresentamos as características sociodemográficas dos 60 indivíduos com perturbações depressivas constituintes da amostra que foi utilizada para realizar este estudo: média de idades 40,38 anos, desvio padrão 10,53 anos, mínimo 19 e máximo 58 anos; 66,67% são mulheres e 33,33% homens; 58,33% são casados, 18,33% solteiros, 6,67% em união de facto, 15,00% divorciados e 1,67% viúvos. Relativamente à escolaridade (em anos), 3,33% tinham 4, 51,67% entre 5 e 9, 18,33% entre 10 e 12, e 26,67% ensino superior.

Apesar de todos os indivíduos terem sido incluídos no grupo diagnóstico perturbações do humor, 30,67% tinham ainda diagnosticada patologia ansiosa associada.

#### EQUIVALÊNCIA ENTRE OS GRUPOS

Foi avaliada a equivalência das características entre os dois grupos, sendo comparadas as variáveis género, estado civil, escolaridade, idade e scores da DASS-21 no momento da avaliação inicial ( $t_1$ ).

Como podemos observar no quadro 11, os resultados dos testes  $\chi^2$  para diferença de proporções e  $t$  de Student permitem verificar que os dois grupos são homogéneos relativamente às variáveis em causa ( $p > 0,05$ ).

Quadro 11 - Características sociodemográficas da amostra e resultados do teste do  $\chi^2$  para diferença de proporções e do teste t de *Student* para avaliar a equivalência entre o grupo experimental e o grupo de controlo

Variáveis		Experimental (n = 30)		Controlo (n = 30)		Total (n = 60)	
		nº	%	nº	%	nº	%
Género	Masculino	10	33,33	10	33,33	20	33,33
	Feminino	20	66,67	20	66,67	40	66,67
$\chi^2 = 0,00; p = 1,00$							
Estado civil	Casado	18	60,00	17	56,67	35	58,33
	União de Facto	1	3,33	3	10,00	4	6,67
	Solteiro	6	20,00	5	16,67	11	18,33
	Divorciado	5	16,67	4	13,33	9	15,00
	Viúvo	-	0,00	1	3,33	1	1,67
$\chi^2 = 2,23; p = 0,69$							
Escolaridade	4 anos	1	3,33	1	3,33	2	3,33
	5-9 anos	15	50,00	16	53,33	31	51,67
	10-12 anos	6	20,00	5	16,67	11	18,33
	Ensino superior	8	26,67	8	26,67	16	26,67
$\chi^2 = 0,123; p = 0,99$							
Idade	Min: 20; Max: 58 Média: 39,57; DP: 11,41			Min: 19; Max: 55 Média: 41,20; DP: 9,68		Média: 40,38 DP: 10,53	
	$t = -0,60; p = 0,65$						
DASS-21	Média: 1,93; DP: 0,62			Média: 1,82; DP: 0,72			
	$t = 0,65; p = 0,26$						

A equivalência entre os dois grupos foi também verificada através das diferenças de médias das sub-escalas da DASS-21 depressão, ansiedade e stresse e do conforto, avaliado pela ECIP-42, total e sub-escalas. O resultado do teste t para amostras independentes evidencia que, no momento da avaliação inicial ( $t_1$ ), não há diferenças entre os dois grupos no que respeita ao conforto, respectivas dimensões e à depressão, ansiedade e stresse, tal como é exposto mais adiante no ponto referente à apresentação e análise dos dados deste estudo.

## INSTRUMENTOS

Neste estudo foram utilizadas a Escala de Avaliação do Conforto em Doentes Internados em Serviços de Clínica Psiquiátrica (ECIP-42) e Escala de Depressão Ansiedade e Stresse (DASS-21) a que já aludimos no capítulo referente aos estudos preparatórios, quanto às qualidades que estes instrumentos revelaram nos diversos estudos a que foram sujeitos.

No entanto, foi também avaliada a consistência interna destes instrumentos na amostra ( $n = 60$ ) em que foi desenvolvido o estudo em análise (*o efeito do imaginário conduzido no conforto de doentes com perturbações depressivas internados em serviços de clínica psiquiátrica*) cujos resultados apresentaremos de seguida.

## ANÁLISE DA CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO ESTUDO QUASI- EXPERIMENTAL

A consistência interna foi analisada em relação aos itens constituintes de todas as sub-escalas e total das escalas da ECP-42 e DASS-21, nos dois tempos de avaliação,  $t_1$  e  $t_2$ .

Apesar dos critérios de Streiner & Norman (2003) optámos por reter os itens que, apesar de apresentarem correlações inferiores a 0,20, não concorriam para a diminuição do alfa de Cronbach final da sub-escala a que pertencem (Pestana & Gageiro, 2005).

A avaliação feita a todas as sub-escalas e total das escalas, nos dois tempos, assegura a confiabilidade dos dois instrumentos em análise. Sempre que a presença de um determinado item contribuía para a diminuição da consistência interna foi excluído para efeitos do cálculo do *score* de cada escala ou sub-escala em causa.

Verifica-se, contudo, que em  $t_2$ , os resultados são mais favoráveis, o que é evidenciado pelos valores mais elevados do coeficiente alfa de *Cronbach*.

O item que avalia *secura de boca* apresenta baixa *performance*, quer na ECIP-42, quer na DASS-21, o que poderá estar relacionado com efeitos secundários da medicação, nomeadamente dos antidepressivos, como anteriormente referimos. De facto num estudo de validação da DASS, Clara, Cox & Enns (2001) põem em causa a validade deste item reconhecendo a necessidade da sua revisão.

É ainda de referir que a evolução dos doentes, relativamente ao conforto e à depressão, ansiedade e stresse, que apresentaremos seguidamente, revelam que os dois instrumentos são sensíveis à mudança do estado clínico, podendo também ser considerado como um argumento de sua validade.

## MEDIDAS ESTATÍSTICAS UTILIZADAS PARA AVALIAR O EFEITO DO I.C.

As medidas de estatística inferencial utilizadas no estudo foram: o teste do *Qui-Quadrado*, para verificar a já referida equivalência entre os dois grupos relativamente às variáveis sociodemográficas; o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, para verificar a normalidade das distribuições; o teste de *Levene* para verificar a homogeneidade das variâncias; o teste t para amostras independentes e emparelhadas e o cálculo das medidas repetidas (*General Linear Model – GLM Repeated Measures*), para avaliar a evolução dos doentes, pertencentes a cada grupo experimental e de controlo, relativamente aos níveis de conforto, ansiedade, depressão e stresse.

Todas as estatísticas foram calculadas com recurso ao SPSS, versões 11.5 e 14.

PRESSUPOSTOS DA ANÁLISE DE MEDIDAS REPETIDAS<sup>57</sup>

Os dados do teste de *Kolmogorov-Smirnov* evidenciam que todas as variáveis dependentes, avaliadas pela ECIP-42 e DASS-21 (total e sub-escalas) seguem uma distribuição normal em todas as células, respectivamente em relação aos dois tempos de avaliação em cada um dos grupos experimental e de controlo.

---

<sup>57</sup> De acordo com Pestana & Gageiro (2005), os pressupostos da análise da variância são: a distribuição normal das observações dentro de cada grupo; a independência das observações; a homocedasticidade (igualdade das variâncias de cada grupo entre si) em todas as células formadas pelos factores inter-sujeitos e a esfericidade (igualdade das variâncias das diferenças entre todos os pares de níveis de tratamentos). O teste F é robusto a violações da homocedasticidade, quando o número de observações em cada grupo é igual ou aproximado, o que acontece neste estudo onde são efectuadas somente duas medições a cada grupo, pelo que não é possível violar estes pressupostos.

## 2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

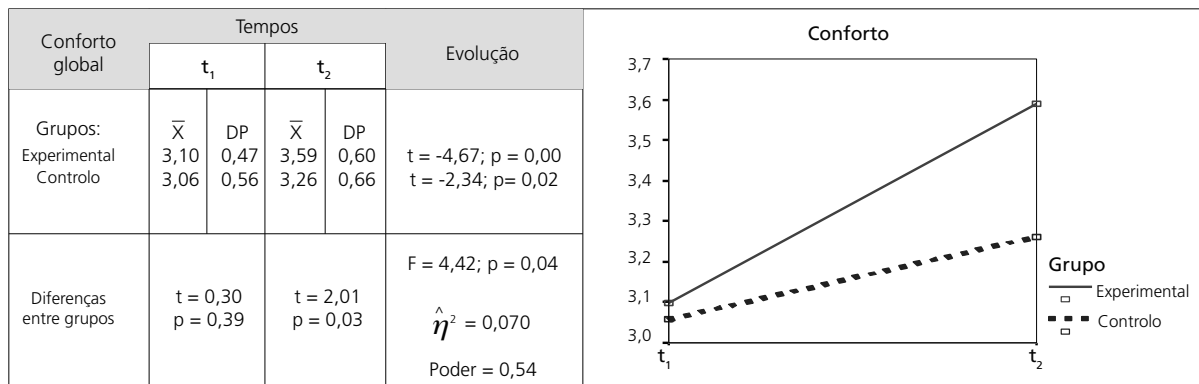
Seguidamente são apresentados os dados relativos à avaliação do efeito da intervenção, I.C., feita aos doentes com diagnóstico clínico de perturbação depressiva, internados nos serviços de clínica psiquiátrica, relativamente às variáveis conforto global, respectivos três estados e quatro contextos, e depressão, ansiedade e stresse, quer no global, quer de cada um destes estados em separado.

Os quadros são constituídos por duas partes principais. Na primeira são apresentados os valores médios e da dispersão, avaliados nos dois tempos,  $t_1$  e  $t_2$ , em cada grupo (experimental e de controlo) e a análise da diferença de médias entre os grupos, avaliada com recurso a *testes t para amostras independentes*. Na segunda é analisada a evolução de cada grupo em separado, através dos valores dos *testes t para amostras emparelhadas*<sup>58</sup> e ainda a diferença de evolução entre grupos, resultante da intervenção com I.C., recorrendo à *análise de variância de medidas repetidas (Tests of within-subjects effects)*. É ainda referido o valor do *eta* quadrado parcial (que traduz a percentagem de variância explicada pela intervenção) e o poder do teste. Poderá também ser visualizada, graficamente, a diferença de evolução de cada um dos grupos.

Conforto global: a diferença de médias de conforto global observada em cada um dos dois grupos, experimental e de controlo, não é estatisticamente significativa em  $t_1$  (= 3,10 e 3,06;  $p = 0,39$ ), mas é estatisticamente significativa em  $t_2$  (= 3,59 e 3,26;  $p = 0,03$ ).

Apesar da evolução ser significativa em cada um dos grupos ( $p = 0,00$  e  $p = 0,02$ ), o grupo experimental evolui para níveis de conforto mais elevados (+0,49) relativamente ao grupo de controlo (+0,20). Conclui-se então que, os doentes com perturbação depressiva internados submetidos à intervenção com I.C. se sentem mais confortáveis do que os que não foram submetidos ( $F = 4,42$ ;  $p = 0,04$ ). A intervenção explica 7% da variância no conforto (Quadro 12).

Quadro 12 - Evolução do conforto global percebido pelos doentes conforme são ou não submetidos a tratamento com I.C..



58 Em todos os testes t (amostras independentes e amostras emparelhadas) o valor de p apresentado é unicaudal ( $p_{/2}$ ).

Estado de alívio: os níveis médios do alívio registados em cada um dos dois grupos, experimental e de controlo, não são estatisticamente diferentes em  $t_1$  ( $\bar{x} = 3,22$  e  $3,27$ ;  $p = 0,39$ ), mas são estatisticamente diferentes em  $t_2$  ( $x = 3,98$  e  $3,55$ ;  $p = 0,01$ ). Apesar da evolução ser significativa em cada um dos grupos ( $p = 0,00$  e  $p = 0,02$ ), os doentes submetidos ao tratamento com I.C. evoluem para níveis de alívio mais elevado (+0,76) relativamente ao grupo de controlo (+0,28), ( $F = 6,23$ ;  $p = 0,02$ ), concluindo-se que o I.C. influencia o incremento do alívio nos doentes psiquiátricos internados com perturbação depressiva explicando 10% da variância.

Estado de tranquilidade: a diferença de médias do estado de tranquilidade avaliados em cada um dos dois grupos, experimental e de controlo, não se evidencia estatisticamente significativa, quer em  $t_1$  ( $\bar{x} = 3,44$  e  $3,40$ ;  $p = 0,42$ ), quer em  $t_2$  ( $\bar{x} = 3,62$  e  $3,51$ ;  $p = 0,28$ ). A evolução não é significativa em cada um dos grupos. O grupo experimental evolui +0,18 e o de controlo +0,11, mas esta evolução não é estatisticamente significativa ( $p = 0,08$  e  $p = 0,21$ ). Os doentes que foram submetidos ao tratamento com I.C. revelam níveis de tranquilidade semelhantes aos que não foram submetidos ( $F = 0,19$ ;  $p = 0,66$ ), podendo concluir-se que a intervenção efectuada não interfere com o estado de tranquilidade.

No entanto, ao assumirmos que a intervenção não tem efeito na tranquilidade dos doentes corremos um risco elevado de erro tipo II porque o poder observado do teste é baixo, 7%.

Mas a intervenção tem um efeito positivo nos aspectos da tranquilidade, se forem excluídos os itens que avaliam o contexto ambiental, explicando 10,0% da variância e, sobretudo, no que diz respeito ao aspecto particular, relaxamento corporal, explicando 23% da variância. Estes resultados serão melhor explanados e discutidos no capítulo referente à discussão dos resultados.

Estado de transcendência: os níveis médios do estado de transcendência verificados em cada um dos dois grupos, experimental e de controlo, não são estatisticamente diferentes em  $t_1$  ( $\bar{x} = 2,73$  e  $2,63$ ;  $p = 0,32$ ), mas são estatisticamente diferentes em  $t_2$  ( $\bar{x} = 3,23$  e  $2,83$ ;  $p = 0,04$ ). Apesar da evolução ser significativa em cada um dos grupos ( $p = 0,00$  e  $p = 0,02$ ), o grupo experimental evolui (+0,50) e o grupo de controlo evolui também (+0,20), concluindo-se que os doentes que foram submetidos à intervenção com I.C. revelam maior transcendência do que os que não foram submetidos ( $F = 4,02$ ;  $p = 0,05$ ) explicando 6,0% da variância.

Contexto físico: a diferença de médias no conforto físico observada em cada um dos dois grupos, experimental e de controlo, não se evidencia, estatisticamente, significativa quer em  $t_1$  ( $\bar{x} = 2,96$  e  $3,13$ ;  $p = 0,19$ ) quer em  $t_2$  ( $\bar{x} = 3,61$  e  $3,37$ ;  $p = 0,11$ ). No entanto, cada um dos grupos evolui positiva e significativamente ( $p = 0,00$  e  $p = 0,02$ ). A evolução do grupo experimental (+ 0,65) é superior à do grupo de controlo (+0,24), concluindo-se que os doentes que foram submetidos à intervenção com I.C. revelam maior conforto físico, do que os que não foram submetidos ( $F = 5,38$ ;  $p = 0,02$ ) explicando 8,0% da variância.

Contexto "psicoespiritual": os níveis médios do conforto "psicoespiritual" observados em cada um dos dois grupos, experimental e de controlo, não são estatisticamente diferentes em  $t_1$  ( $\bar{x} = 2,83$  e  $2,61$ ;  $p = 0,11$ ), mas são estatisticamente diferentes em  $t_2$  ( $\bar{x} = 3,53$  e  $2,95$ ;  $p = 0,00$ ). Cada um dos grupos evolui positiva e significativamente ( $p = 0,00$  e  $p = 0,01$ ). No entanto, a evolução do grupo experimental (+0,70) é superior à evolução do grupo de controlo (+0,34). Conclui-se então que, os doentes que foram submetidos à intervenção com I.C.

revelam maior conforto “psicoespiritual”, do que os que não foram submetidos ( $F = 3,94$ ;  $p = 0,05$ ) explicando 6,0% da variância.

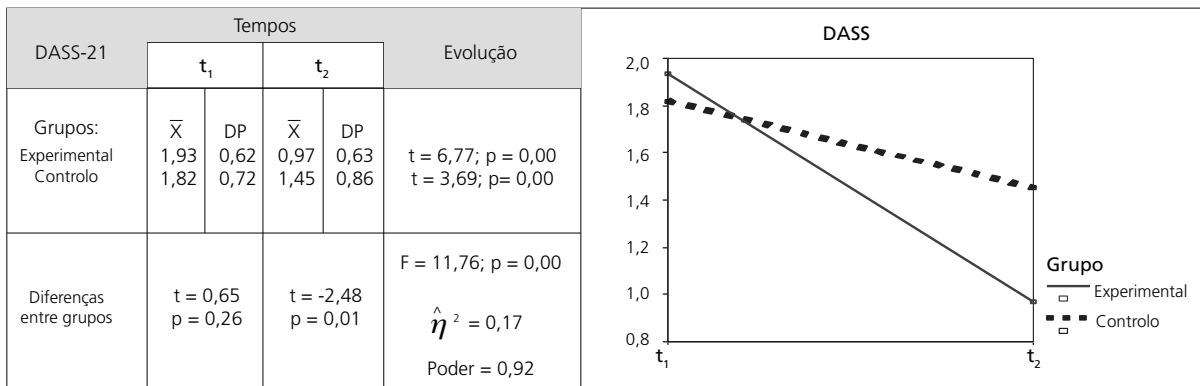
Contexto sociocultural: a avaliação dos níveis médios do conforto sociocultural em cada um dos dois grupos, experimental e de controlo, não são estatisticamente diferentes em  $t_1$  ( $\bar{x} = 3,40$  e  $3,23$ ;  $p = 0,20$ ), mas são estatisticamente diferentes em  $t_2$  ( $\bar{x} = 3,71$  e  $3,22$ ;  $p = 0,01$ ). No primeiro a evolução é positiva e significativa,  $+0,31$  ( $p = 0,01$ ), o mesmo não se verificando em relação ao grupo de controlo,  $-0,01$  ( $p = 0,49$ ). Conclui-se então, que os doentes que foram submetidos à intervenção com I.C. revelam maior conforto sociocultural do que os que não foram submetidos ( $F = 4,14$ ;  $p = 0,05$ ) explicando 7% da variância.

Contexto ambiental: a diferença de médias do conforto ambiental registada em cada um dos dois grupos, experimental e de controlo, não se evidencia, estatisticamente, significativa, quer em  $t_1$  ( $\bar{x} = 3,44$  e  $3,43$ ;  $p = 0,47$ ), quer em  $t_2$  ( $\bar{x} = 3,56$  e  $3,55$ ;  $p = 0,48$ ). Os dois grupos evoluem de forma igual ( $+0,12$ ), mas esta evolução não é significativa ( $p = 0,16$  e  $p = 0,15$ ). Assim, os doentes que foram submetidos ao tratamento com I.C. revelam níveis de conforto ambiental semelhantes aos que não foram submetidos ( $F = 0,00$ ;  $p = 1,00$ ) podendo concluir-se que a intervenção efectuada não interfere com o conforto ambiental.

Apresentamos de seguida a diferença de evolução entre os indivíduos do grupo experimental e do grupo de controlo conforme foram ou não submetidos ao I.C. avaliado pela DASS-21, global e sub-escalas.

DASS-21: os níveis médios da depressão, ansiedade e stresse, avaliados conjuntamente (DASS-21) em cada um dos dois grupos, experimental e de controlo (Quadro 20), não são estatisticamente diferentes em  $t_1$  ( $\bar{x} = 1,93$  e  $1,82$ ;  $p = 0,26$ ), mas são estatisticamente diferentes em  $t_2$  ( $\bar{x} = 0,97$  e  $1,45$ ;  $p = 0,01$ ). A evolução é positiva e significativa nos dois grupos, respectivamente ( $p = 0,00$ ;  $p = 0,00$ ), mas os níveis destes estados “afectivo-emocionais” diminuem mais no grupo experimental ( $-0,96$ ) do que no grupo de controlo ( $-0,37$ ), concluindo-se que a intervenção com I.C. contribui significativamente para a redução da depressão, ansiedade e stresse nos doentes psiquiátricos avaliados ( $F = 11,76$   $p = 0,00$ ) explicando 17% da variância.

Quadro 13 - Evolução da depressão, ansiedade e stresse percebido pelos doentes conforme são ou não submetidos a tratamento com I.C. avaliado conjuntamente pela DASS-21



**Depressão:** a diferença de médias da depressão avaliada em cada um dos dois grupos, experimental e de controlo, não é estatisticamente significativa em  $t_1$  ( $\bar{x} = 2,09$  e  $2,18$ ;  $p = 0,35$ ), mas é estatisticamente significativa em  $t_2$  ( $\bar{x} = 1,21$  e  $1,78$ ;  $p = 0,01$ ). A evolução é positiva e significativa nos dois grupos respectivamente ( $p = 0,00$ ;  $p = 0,00$ ), mas os níveis da depressão diminuem mais no grupo experimental ( $-0,88$ ) do que no grupo de controlo ( $-0,40$ ), podendo concluir-se que a intervenção com I.C. contribui significativamente para a redução da depressão nos doentes psiquiátricos avaliados ( $F = 6,60$ ;  $p = 0,01$ ) explicando 10% da variância.

**Ansiedade:** os níveis médios da ansiedade avaliados em cada um dos dois grupos, experimental e de controlo, não são estatisticamente diferentes em  $t_1$  ( $\bar{x} = 1,67$  e  $1,45$ ;  $p = 0,14$ ), mas são estatisticamente diferentes em  $t_2$  ( $\bar{x} = 0,71$  e  $1,06$ ;  $p = 0,03$ ). A evolução é positiva e significativa nos dois grupos respectivamente ( $p = 0,00$ ;  $p = 0,00$ ), mas os níveis da ansiedade diminuem mais no grupo experimental ( $-0,96$ ) do que no grupo de controlo ( $-0,39$ ), podendo concluir-se que a intervenção com I.C. contribui significativamente para a redução da ansiedade nos doentes psiquiátricos avaliados ( $F = 8,48$ ;  $p = 0,01$ ) explicando 13% da variância.

**Stresse:** As diferenças de médias do stresse observadas em cada um dos dois grupos, experimental e de controlo, não são estatisticamente significativas em  $t_1$  ( $\bar{x} = 2,00$  e  $1,77$ ;  $p = 0,15$ ), mas são estatisticamente significativas em  $t_2$  ( $\bar{x} = 0,96$  e  $1,46$ ;  $p = 0,02$ ). Embora a evolução seja positiva e significativa nos dois grupos, respectivamente ( $p = 0,00$ ;  $p = 0,02$ ), os níveis de stresse diminuem mais no grupo experimental ( $-1,04$ ) do que no grupo de controlo ( $-0,31$ ). Conclui-se então que, a intervenção com I.C. contribui significativamente para a redução de stresse nos doentes psiquiátricos avaliados ( $F = 11,58$ ;  $p = 0,00$ ) explicando 17% da variância.

### 3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Conforme se infere dos resultados apresentados no capítulo anterior, os indivíduos que são sujeitos ao I.C., quando comparados com os pertencentes ao grupo de controlo, demonstraram mais conforto. A intervenção revela-se eficaz no aumento do conforto total, nos estados de alívio e de transcendência e nos contextos físico, “psicoespiritual” e sociocultural (variância explicada pela intervenção situa-se entre 6% na transcendência e no contexto “psicoespiritual” e 10% no alívio). O poder dos testes varia entre 50 e 69%. Não há, naquela análise, evidência da eficácia da intervenção relativamente ao estado de tranquilidade e ao contexto ambiental do conforto. Contudo, como justificaremos e discutiremos mais adiante, a intervenção tem um efeito positivo nos aspectos da tranquilidade, se forem excluídos os itens que avaliam o contexto ambiental, sobretudo no que diz respeito ao relaxamento corporal.

Como anteriormente estruturámos na figura 3, os desconfortos sentidos pelos doentes deprimidos, internados em psiquiatria clínica, são responsáveis pela não satisfação de necessidades de conforto nos estados de alívio, tranquilidade e transcendência e experimentados nos contextos físico, “psicoespiritual”, sociocultural e ambiental. A pessoa internada em psiquiatria clínica vivencia numa situação de “aprisionamento” na doença e impotência para realizar o seu projecto de vida, parecendo ser este um dos aspectos mais marcantes do desconforto sentido.

Considerando o conteúdo avaliado pela ECIP, os resultados obtidos permitem verificar que a intervenção tem efeito nos seguintes aspectos: melhoria da condição física, da aptidão para descansar e para se restabelecer; uma percepção mais positiva da ajuda, da aceitação e da compreensão familiar, social e profissional; sentido mais elevado de auto-controlo, de auto-conceito, de auto-confiança e da auto-estima; maior paz de espírito e mais relaxamento corporal; mais alegria e prazer; aumento da competência percebida para o desenvolvimento das relações interpessoais, familiares e conjugais, para colaborar no tratamento e para pedir ajuda; maior esperança no futuro, relativamente às suas condições de vida e à capacidade para a orientar; maior capacidade percebida para o cumprimento das suas responsabilidades sociais, profissionais e familiares, expectativas mais positivas face a um projecto de vida com sentido.

Apesar dos estados e contextos serem interdependentes, o estado de alívio e o contexto físico, sobretudo o relaxamento corporal, que é um aspecto da tranquilidade física, parecem ser aspectos mais sensíveis à intervenção realizada.

Nas noções complementares apresentadas por Kolcaba, o conforto é considerado: como uma causa de *alívio* do desconforto, sinónimo de uma acção confortante para responder a necessidades específicas da pessoa; ou como um estado de *tranquilidade, satisfação e pacífico contentamento*. É *alívio* porque pressupõe a existência de desconfortos prévios como os decorrentes do estado depressivo. Por seu lado, o estado de *tranquilidade* pressupõe a ausência de desconfortos severos, completo alívio dos desconfortos prolongado no tempo, levando a pessoa a sentir contentamento, paz e descanso. Não obstante, a pessoa pode sentir algum desconforto e, no entanto, sentir-se tranquila devido à relativa sensibilidade ao desconforto e à capacidade individual para suportar o sofrimento.

Por sua vez, a transcendência específica o potencial do paciente como uma performance extraordinária em vez de uma performance "ordinária" que caracteriza o estado de tranquilidade e de alívio pelo que requer a ausência de outros desconfortos e naturalmente, de um estado tranquilo para que o indivíduo possa sentir alento para continuar livremente a planear e a controlar o seu destino (Kolcaba & Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003).

Como mais adiante iremos aludir, existem vários estudos sobre o efeito desta intervenção na melhoria dos estados "afectivo-emocionais" dos indivíduos, podendo inferir-se o seu efeito positivo no conforto. Contudo, os fundamentos conceptuais e operacionais subjacentes àqueles estudos não estão directamente relacionados com qualquer teoria do conforto. Os estudos de Kolcaba (1997); Kolcaba & Fox (1999) são os únicos publicados em que o efeito do I.C. é avaliado com recurso a uma medida de conforto. Os autores desenvolveram uma investigação, em 53 mulheres com cancro da mama submetidas a radioterapia (26 no grupo experimental e 27 no grupo de controlo), utilizando *physiologically focused imagery*, para além de outras imagens mentais positivas relacionadas com aspectos de apoio social e com o contexto em que era desenvolvida a radioterapia.

Os resultados indicaram que, comparativamente aos indivíduos do grupo de controlo, os que foram sujeitos à intervenção apresentam níveis de conforto mais elevados medido pelo *The Radiation Therapy Comfort Questionnaire* em três tempos: antes da radioterapia ( $t_1$ ); três semanas depois do seu início ( $t_2$ ) e três semanas após o fim da radioterapia ( $t_3$ ). O efeito da intervenção é mais eficaz na avaliação feita em  $t_2$  revelando um *effect size* médio.



Para Kolcaba (2003), o conforto é um resultado desejável, holístico; os seres humanos empenham-se, activamente, em satisfazer, ou terem as suas necessidades básicas de conforto satisfeitas; e, se o conforto pretendido é atingido, sentem-se incentivados a adoptar estilos de vida saudável. Devido à intervenção, a pessoa adquire um nível mais elevado de conforto, o que pode contribuir para que procure comportamentos mais saudáveis (HSB) influenciando o seu nível de bem-estar (Kolcaba 1994; 2003). Verifica-se, assim, uma relação recíproca entre os HSB e o conforto.

No estudo que desenvolvemos, o indivíduo deprimido acede a imagens mentais positivas e a um estado de relaxamento corporal reorientando os seus pensamentos para longe dos estímulos desprazerosos e do pensamento negativo, diminuindo o seu desconforto. Este movimento, por sua vez, contribui para uma melhoria do pensamento negativo acerca de si e do mundo e do seu sentido de encarceramento na doença, levando, conseqüentemente, a um estado mais confortável.

No contexto da intervenção aqui proposta e à luz da teoria do conforto, o I.C. é uma *força facilitadora* que contribui para diminuir o desconforto provocado pelo estado “afectivo-emocional” negativo e pelo internamento. Contribui para que os doentes possam progredir positivamente no *continuum* “desconforto-conforto” e aceder a um estado de maior satisfação que lhes permite continuar o restabelecimento do seu funcionamento habitual e aceder a um estado de maior harmonia, calma ou satisfação, necessário para um desempenho eficiente, sentindo ainda que têm mais competências para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas. Sentem-se mais revigorados para agir e com maior potencial quanto às suas capacidades ao nível físico, “psicoespiritual” e sociocultural.

O conforto é um aspecto central na satisfação das necessidades humanas e tem também expressão nas concepções teóricas de outras autoras de enfermagem. É uma parte do cuidar e um foco distinto, dominante, central, dos cuidados de enfermagem (Leininger, 1988). Incorpora crescimento e desenvolvimento e contribui para que o indivíduo possa superar as experiências de vida negativas (Paterson e Zderad, 1988, cit. in O’Connor, 1993). Tem subjacente um grau de harmonia ao nível da “mente-corpo-espírito” que gera auto-conhecimento, auto-respeito, auto-cura, auto-controlo, autodeterminação, transcendência e processos de auto-cuidado e ainda a disponibilidade dos indivíduos para encontrar sentido para a sua existência. Providencia o fortalecimento pessoal face às sensações físicas, às interacções sociais e à vida espiritual (Watson, 1992; 2002).

Como referimos, não foi evidenciado o efeito da intervenção no estado de tranquilidade e no contexto ambiental, considerando as respectivas escalas da ECIP. Quanto ao contexto ambiental, os indivíduos dos dois grupos amostrais, experimental e de controlo, apresentaram igual evolução média (+0,12). Porém, esta evolução não é estatisticamente significativa para nenhum dos grupos.

Na intervenção são sugeridas imagens mentais relaxantes e pacíficas e solicita-se que os indivíduos idealizem um ambiente terapêutico seguro e tranquilo onde exista ajuda profissionalizada e compreensão afectiva. Contudo, a evidência da não eficácia dessas imagens mentais na mudança do conforto ambiental leva-nos a considerar que, qualquer mudança interna que possa ser operada nos doentes, resultante da intervenção, não altera a sua percepção do conforto ambiental. De facto, o ambiente hospitalar não se modifica, sen-

do mesmo penoso para a individualidade. Não é possível recriar nestes contextos, de forma personalizada, o ambiente físico, social e psicológico desejável para cada indivíduo. A ausência de espaços de privacidade onde cada indivíduo possa recriar o seu ambiente pessoal é um factor de desconforto individual, podendo justificar estes resultados. Se, em situações de depressão mais profunda os aspectos ambientais podem não ser tão valorizados, quando o doente melhora o seu estado passa a valorizá-los experimentando maior dificuldade para se ajustar ao ambiente e sentindo-o mais agressivo, porque este não é de facto o seu ambiente pessoal.

Os resultados do E.C. relativamente ao conforto vivenciado pelos doentes internados em psiquiatria clínica, que anteriormente apresentámos no Estudo 1, sugerem que apesar do espaço terapêutico ser por eles percebido como um ambiente de libertação e de refúgio necessário para a recuperação, é também um espaço onde o desconforto experienciado se prende com o cumprimento de regras instituídas, com a restrição da circulação no espaço físico, com a conflituosidade interpessoal e, ainda, com o transtorno inerente ao processo de internamento.

De facto, é habitual, no mesmo espaço terapêutico, permanecerem também indivíduos com diferentes características e necessidades, tal como doentes psicóticos ou outros que sofrem de síndrome de abstinência alcoólica ou de outras substâncias aditivas que são, diversas vezes, responsáveis pela desestabilização do ambiente. Consideramos que os serviços de psiquiatria clínica, apesar dum conjunto de condições que são proporcionadas, devem ser melhorados, repensando a sua estrutura orgânica, que possibilite oferecer contextos terapêuticos diferenciados a doentes com dissemelhantes necessidades. Noutro sentido, as regras inerentes ao funcionamento hospitalar são, naquele contexto terapêutico, dificilmente modificadas, até porque constituem, na generalidade, um importante aspecto da intervenção terapêutica.

Para uma melhor compreensão destes resultados fará ainda sentido debruçarmo-nos sobre o conteúdo dos itens desta escala de conforto, o que faremos mais adiante.

Relativamente ao estado de tranquilidade, ao nível de significância de 0,05, nenhum dos grupos evoluiu significativamente, embora relativamente ao grupo experimental, o valor de  $p$  seja de 0,08.

De facto, em função do tipo de intervenção efectuada, devido aos seus efeitos calmantes e relaxantes, poder-se-ia esperar que a tranquilidade fosse um dos estados do conforto mais sensíveis à intervenção. Tendo em conta os resultados positivos registados nas restantes dimensões do conforto e da DASS-21, colocámos a hipótese daqueles poderem estar relacionados com a escala de tranquilidade.

A observação do conteúdo dos itens da ECIP permite verificar que oito itens daquela escala (tranquilidade) (*Sinto que é fácil deslocar-me neste ambiente; Sinto-me preso aqui; Tenho facilmente acesso às minhas coisas; Sinto-me protegido neste lugar; Acho que este lugar é arejado; Este lugar traz-me calma; Tenho privacidade suficiente; O ambiente que me rodeia é agradável*) constituem também a escala de conforto ambiental.

Considerando que estas fragilidades da ECIP poderão ter influenciado os resultados e, no sentido de uma avaliação mais criteriosa, calculámos um novo *score* para a escala de tranquilidade com base nos itens 10, 11, 24, 26 e 40, ou seja, não considerando os itens que avaliam o contexto ambiental (é de referir que o conjunto dos cinco itens apresentam um alfa de *Cronbach* de 0,58, mas a correlação do item com o total da escala oscila entre 0,23 e 0,52, assumindo-se desta forma a sua fiabilidade, tendo em conta o reduzido número de itens).

O resultado das medidas repetidas evidenciam que os níveis da tranquilidade avaliada por esta sub-escala são mais elevados nos elementos que foram sujeitos ao I.C. do que os que pertencem ao grupo de controlo ( $F = 6,68$ ;  $p = 0,01$ ;  $\eta^2 = 0,10$ ; poder = 0,72) explicando 10,0% da variância. Esta diferença de evolução média está sobretudo relacionada com o relaxamento corporal. O cálculo das medidas repetidas em relação à evolução registada no item "*Sinto o meu corpo relaxado*" (que avalia tranquilidade física) permitem verificar que os elementos que foram submetidos à intervenção se sentem mais relaxados do que os do grupo de controlo ( $F = 17,75$ ;  $p = 0,00$ ;  $\eta^2 = 0,23$ ; poder = 0,99) explicando 23% da variância.

Assim, tendo em conta estes resultados, não obstante os que foram observados ao nível do conforto ambiental, consideramos esta intervenção eficaz no aumento do conforto dos doentes com perturbações depressivas. A sua leitura deve ser feita tendo em conta que esta foi uma intervenção complementar (para além de outras intervenções que fazem parte do protocolo habitual de intervenção nestes doentes) e apesar do tamanho do efeito (*effect size*) ter sido "baixo-moderado" tem um significado clínico substancial.

A intervenção desenvolvida foi também eficaz na diminuição dos níveis de depressão, de ansiedade e de stresse avaliado pela DASS-21 (variância explicada pela intervenção entre 10% na depressão e 17% no stresse). O poder dos testes varia entre 71 e 92%.

A discussão sobre os efeitos positivos deste tipo de intervenções poderá ser feita sob várias perspectivas e aludindo a vários argumentos: aqueles que sugerem o efeito do I.C. na descentração cognitiva que é operada nos doentes; aqueles que sugerem os efeitos na regulação do eixo HHA bem como aludindo à metodologia e aos resultados de outras investigações que utilizaram este tipo de intervenção, embora nenhum dos estudos publicados tenha sido desenvolvido em indivíduos com perturbações depressivas em contexto de psiquiatria clínica.

Antes de referenciar aqueles argumentos, convém reafirmar que a depressão é sobretudo caracterizada por baixa auto-estima e por sentimentos de desamparo e de desesperança. A perspectiva cognitivista sustenta que os sintomas depressivos estão relacionadas com os pensamentos negativos, automáticos, repetitivos e idiosincráticos, gerados por convicções disfuncionais que dominam o processamento da informação e o sentido que o indivíduo atribui aos acontecimentos, mostrando um erro sistemático de enviesamento contra si próprio. Quer a depressão quer a ansiedade podem decorrer da incapacidade para lidar de forma adaptativa com os acontecimentos stressantes da vida e com a incapacidade para filtrar os inúmeros estímulos, devido à rigidez e automatismo do pensamento. Os doentes têm atenção selectiva a memórias e a acontecimentos negativos tendendo a ver as causas dos eventos negativos como internas, globais e estáveis, assim como uma visão negativa de si mesmo, do futuro e do mundo.

A perda e a separação nos indivíduos deprimidos têm efeitos mais perniciosos do que nos doentes com outras entidades psiquiátricas. Os acontecimentos críticos activam convicções que criam pensamentos automáticos negativos sobre si mesmo, conduzindo a sintomas de depressão que, por sua vez, reforçam os pensamentos automáticos negativos e ruminativos. Gera-se um ciclo vicioso agravando o sentido de impotência e o sofrimento pela incapacidade para fazer face às situações da vida, ou seja, a incapacidade para se transcender.

O pensamento ruminativo característico dos sujeitos depressivos bem como o dos ansiosos crónicos deve-se, em parte, a uma falha no desenvolvimento de uma rica e variada capacidade cognitiva de “*positive constructive daydreaming*” (Singer, 2006). No I.C. as imagens mentais positivas e as experiências de afecto positivo podem contrariar esta espiral de ruminação (Folkman & Moskowitz, 2000), funcionando como uma alternativa adaptativa pelo seu efeito na descentração do pensamento ruminativo, elevando o humor e aliviando os sintomas depressivos. Contribui assim, para potenciar as estratégias anti-ruminação, que como refere Nolen-Hoeksema (1991; 2000) se encontram debilitadas, tendo um efeito regulador no sistema CRF e no eixo HHA. As imagens mentais positivas têm um efeito relaxante e conseqüentemente um efeito psicofisiológico e cognitivo (Singer, 2006).

Mas, considerando as características dos doentes deprimidos, coloca-se a questão relativa à qualidade com que geram imagens mentais orientadas. Os resultados do estudo de Cocude, Charlot & Denis (1997) evidenciam que aqueles indivíduos têm maior latência na formação de imagens do que os não deprimidos, mas, apesar disso, a duração da imagem não é afectada pela depressão. Similarmente o estudo de Zarrinpar, Deldin & Kosslyn (2006) revelou que os indivíduos deprimidos, quando comparados com os do grupo de controlo, conseguem processar imagens mentais (como a geração e a rotação). Apresentam uma performance idêntica no que respeita ao processamento central, sendo contudo mais lentos no processamento sensoriomotor. Estes resultados sugerem que o retardamento psicomotor observado nos indivíduos deprimidos pode resultar de um *deficit* na codificação no *output* motor em vez de ser um *deficit* cognitivo.

A fluência das ideias está reduzida nos estados de tristeza e aumentada nos de felicidade. A sustentar esta afirmação estão investigações referidas por Damásio (2004), referentes a uma condição experimental em que era imaginada uma emoção de tristeza, evidenciando desactivações muito significativas do córtex pré-frontal, enquanto que estas mesmas regiões eram activadas na condição experimental de felicidade.

O papel da geração de imagens mentais positivas foi também explorado num estudo de Gilbert & Irons (2004) cit. in Gilbert *et al.* (2006) no qual foi analisada a facilidade com que os doentes deprimidos geram imagens calorosas e confortantes. Os resultados indicam que muitos participantes referiram ter dificuldade em gerar imagens positivas, mas facilidade em gerar imagens negativas. Foi também avaliado até que ponto a geração de imagens mentais positivas e compassivas poderiam funcionar como um antídoto para a depressão, concluindo-se que, enquanto alguns indivíduos referiram ser muito proveitoso gerar imagens positivas, outros referiram este exercício difícil, ocorrendo mesmo o caso de um indivíduo que o considerou stressante, o que é compreensível tendo em conta as características do pensamento do indivíduo deprimido já referidas.

As imagens têm uma relação forte com os objectivos individuais e, conseqüentemente, implicações clínicas sérias no sentido de que as intervenções deverão quebrar com o ciclo das imagens mentais negativas. Uma vez que as imagens são a linguagem do sistema de objectivos individuais, em terapia, criar imagens que representem intuítos mais positivos para a pessoa, pode ser uma forma de comunicar com o sistema de objectivos individuais. Especificamente orientada, a *imagery* positiva pode ajudar a actualizar os objectivos individuais associados com a psicopatologia (Hackmann & Holmes, 2004).

Considerando que, em situação de crise, as pessoas com maior autocrítica, comparadas com as que têm maior capacidade e auto-confiança apresentam um risco aumentado para desenvolver psicopatologia, Gilbert *et al.* (2006) investigaram, numa amostra de estudantes, as características do autocriticismo e da autoconfiança em relação à facilidade e à clareza em gerar imagens mentais e ainda esta relação com os sintomas depressivos. Os resultados sugerem que as características da autocrítica estão associadas com a facilidade e com a clareza em gerar imagens mentais autocríticas hostis e poderosas, enquanto que as características da autoconfiança estão associadas com a facilidade e a clareza para gerar imagens calorosas e encorajadoras de si.

A dificuldade em gerar imagens mentais de autoconfiança e autocompassivas pode contribuir para os sintomas depressivos. As pessoas mais autocríticas podem, não só sofrer de sentimentos negativos sobre si, mas também ter dificuldades em gerar imagens auto-encorajadoras. Assim, estas dificuldades podem ser um foco de intervenções terapêuticas como é o caso do I.C. em que as imagens mentais positivas contribuem para uma auto-avaliação mais esclarecida, atenuando o sentido autocrítico e a imagem negativa de si. A pessoa, sendo capaz de aprender a gerar imagens mentais positivas, de si, dos outros, do ambiente e do mundo, reduz os auto-ataques ao *self*. Neste sentido, as imagens auto-compassivas providenciam um estado de alívio dos sintomas depressivos e maior capacidade de transcendência.

Se a forma como as pessoas pensam influencia a forma como se sentem, positiva ou negativamente, então o pensamento positivo pode aliviar o estado depressivo e o desconforto com ele relacionado. A *imagery* terá um papel na cognição, mesmo que as pessoas não estejam conscientes desse facto (Thomas, 1999a), combatendo os pensamentos rígidos e automáticos e a desesperança e, neste sentido, ajudando a reforçar a auto-estima e a transcendência pessoal. Contribuem para a construção de um *portfólio* de experiências interferindo com o baixo afecto positivo (manifestações de anedonia e ausência de experiências emocionais positivas, falta de prazer, de energia e desinteresse) e com o elevado afecto negativo (nervosismo, tensão e preocupação, raiva, culpa, insatisfação, sentido de rejeição ou tristeza, entre outras).

Enquadrado na concepção de Lazarus & Folkman (1984) que consideram a gestação do stresse quando o indivíduo avalia as exigências (internas ou externas) como sendo causadoras de dano, ameaça ou desafio, não possuindo os recursos necessários para lhes fazer frente, o I.C. pode potenciar as estratégias de *coping* pessoais porque, tendo em conta esta perspectiva teórica, a pessoa tem a possibilidade de avaliar e modificar as circunstâncias pessoais, no sentido de as tornar mais favoráveis.

Um dos fundamentos mais bem aceites na literatura relativo à utilização do I.C. em situações de estados "afectivo-emocionais" negativos é que, à medida que o indivíduo gera imagens positivas e vive através delas, as cognições são dirigidas para longe do estímulo desprazeroso tendo o controlo activo do seu foco de atenção. O tempo e os recursos cognitivos que são gastos com os estímulos stressores são reduzidos e a ansiedade e as sensações desprazerosas tornam-se menos intensas (Hanley, 1988; Hanley & Chinn, 1989).

Esta convicção é reforçada pelos resultados da investigação empírica. Jarvinen & Gold (1981) num estudo desenvolvido em 53 raparigas estudantes com scores no *Beck Depression Inventory* (BDI) superiores a 12 (considera-se que os indivíduos com scores no BDI iguais ou acima de treze deverão ser considerados com depressão) verificaram uma diminuição na depressão, avaliada pelo BDI, nos três grupos de tratamento

comparativamente com o grupo de controlo. Neste estudo, os autores aplicaram também a *Zung Self-Rating Depression Scale*, mas as mudanças observadas não foram significativas.

No mesmo estudo, apesar de não existir diferença significativa entre os três grupos de tratamento (um submetido a imagens positivas sugeridas pelos investigadores, outro a imagens neutras e outro a imagens positivas criadas pelos próprios indivíduos), o primeiro grupo obteve mudanças mais positivas relativamente aos dois últimos.

Seis meses depois, aqueles investigadores reavaliaram 31 indivíduos da amostra, não sendo evidenciadas diferenças nos *scores* da BDI, entre o grupo de controlo e os grupos de tratamento. Os resultados desta avaliação de *follow-up* sugerem que os processos de pensamento são um importante aspecto na manutenção do humor depressivo.

Na discussão destes resultados, os autores enfatizam a utilidade da *imagery* positiva para interromper o processo de pensamento negativo, característico dos deprimidos, que pode ser diminuído desviando a atenção dos indivíduos de temas depressivos, para temas alternativos positivos ou neutros.

No mesmo sentido apontam também os estudos realizados por Sapp (1994), numa amostra de 88 estudantes de psicologia (43 no grupo experimental e 45 no grupo de controlo). Os resultados revelaram que a intervenção que incluía, entre outros aspectos, relaxamento, domínio do pensamento, reforço para o desenvolvimento de tarefas e para o aumento de competências e supressão de distrações irrelevantes, teve um efeito na redução da preocupação e dos componentes emocionais da ansiedade, avaliado pela *Test Anxiety Inventory*. Uma avaliação de *follow-up*, seis semanas depois, evidenciou que os ganhos do tratamento se mantiveram.

O I.C. pode funcionar a um nível básico rompendo com o processo associativo que ocorre a um nível pré-consciente ou intuitivo e que bebe da rede de memória, que ajuda o processo associativo a manter a estabilidade. Modela os pensamentos negativos, as atitudes distorcidas e a forma como os indivíduos avaliam e interpretam os estímulos do ambiente, dada a sua potencialidade para reduzir o stresse que é um combustível para a ruminação (Beevers, 2005), a qual pode ser particularmente característica nas pessoas com sintomas depressivos e ansiosos associados (Nolen-Hoeksema, 1991). O pensamento associativo ruminativo, as concepções erradas, as atitudes distorcidas, as premissas inválidas e os objectivos e expectativas irrealistas, são descentrados pelas imagens mentais positivas. O tempo e os recursos cognitivos que os indivíduos gastam com os estímulos stressores são reduzidos e a ansiedade e as sensações desprazerosas tornam-se menos intensas (Hanley, 1988; Hanley & Chinn, 1989).

Como temos vindo a argumentar, o bom funcionamento do corpo é acompanhado por pensamentos positivos, enquanto que o funcionamento precário ou patológico do corpo é acompanhado por pensamentos negativos e repetitivos. De facto, no cérebro, um pensamento, uma ideia, um conteúdo mental, funcionam como o que Damásio (2004) refere serem “estímulos emocionalmente competentes” (EEC). Estes, sejam os prescritos pela evolução biológica ou os aprendidos, modificam, através de circuitos neurais o padrão distintivo do funcionamento dos mapas nas regiões somatossensoriais e têm a capacidade para produzir certos padrões de reacção homeostática. O autor considera ainda que o estado de tristeza é acompanhado por um número reduzido de imagens mentais e por uma atenção mais excessiva para essas imagens, enquanto que, nos estados de

felicidade, as imagens mudam rapidamente e a atenção que lhes é dada é reduzida. O corpo é continuamente mapeado num certo número de estruturas cerebrais e os conteúdos das percepções são “estados do corpo” retratados nos mapas cerebrais. Mapas com uma determinada configuração formam a base do estado mental a que chamamos alegria e/ou as suas variantes. Significam estados de equilíbrio para o organismo e conduzem não só à sobrevivência, mas à sobrevivência com bem-estar e são também caracterizados por maior competência na actuação, maior harmonia funcional em que o poder e a liberdade de acção estão aumentados. Outros mapas formam a base do que consideramos mágoa e estão associados a um estado do organismo de menor perfeição onde o poder e a liberdade de actuar estão reduzidos. Quando temos a experiência de um sentimento positivo, a mente representa mais do que bem-estar, representa também bem-pensar. Ao invés, sentir tristeza, não diz respeito apenas ao mal-estar, mas também “a um modo ineficiente de pensar, concentrado em torno de um número limitado de ideias de perda”. O mapeamento das várias regiões do corpo, conforme o estado, contraído ou relaxado, é feito, também em específicas regiões cerebrais (Damásio, 2004, p.108).

Como anteriormente referimos, a *imagery* envolve mecanismos semelhantes aos que controlam determinados processos fisiológicos, tendo efeitos análogos ao que acontece com os estímulos perceptuais correspondentes (Kosslyn, Ganis & Thompson, 2001). Uma imagem que acontece na mente, seja ou não induzida por estímulos exteriores, é uma experiência directa no mundo interior (Samuels & Samuels, 1975).

Na perspectiva de Damásio (1996; 2000; 2004) uma imagem activa um espaço dispositivo, desencadeando um conjunto de reacções cognitivas e emocionais. O cérebro associa determinada representação mental a determinado conjunto de comandos de activação (marcador somático que é adquirido por meio da experiência, sob o controlo de um sistema interno de preferências e sob a influência de um conjunto externo de circunstâncias). A representação mental de determinado objecto percebido ocasiona o disparo de padrões específicos de activação neuronal em locais como a amígdala, o córtex pré-frontal ventromedial, o hipotálamo, a ínsula, etc., dando lugar a emoções, sentimentos e pensamentos igualmente específicos.

Baseando-se nas concepções de Damásio sobre o espaço disposicional, Bispo (2004) considera razoável estimar que existam “registos de registos dispositivos” ou um “hiperespaço dispositivo” que armazena e reúne nos neurónios as instruções ou comandos de sinalização necessários. Ao vivenciarmos uma experiência, diferentes regiões do cérebro são activadas, tantas quantas forem as modalidades sensoriais envolvidas na mesma formando-se, entre outros, um padrão neural correspondente à imagem percebida, ao cheiro ou ao sentimento experimentado naquele momento. O encontro de um estímulo positivo com um hiperespaço dispositivo dá origem a um sentimento estético, um misto de alegria, prazer, sensação de beleza, desejo e vivacidade.

A imaginação permite à pessoa não só reagir contra os stressores, mas também antecipar os perigos. A imaginação não controlada faz com que as pessoas respondam a estímulos stressantes a cada momento. A preocupação é um excelente exemplo do poder psicofisiológico da *imagery*. Quando as pessoas focalizam o seu pensamento no perigo o organismo fica sob tensão e é estimulado para o enfrentar. A resposta de luta ou fuga é activada iniciando uma cadeia de mudanças fisiológicas que podem levar o indivíduo a um estado de tensão persistente. Se a mente estiver repleta de pensamentos negativos, por exemplo de apreensão ou reconhecimento de perigo, o sistema nervoso prepara o organismo para desenvolver uma resposta de

stresse com um elevado nível de estimulação e, ao invés, imagens mentais pacíficas e relaxantes terão uma resposta inversa, de relaxamento (Naparstek, 1994; Rossman, 2000).

A imaginação interfere com quase todos os sistemas neurofisiológicos do organismo (Bresler & Rossman, 2006a; 2006b). Assim, diferentes imagens, alusivas por exemplo a raiva, tristeza, alegria, activam diferentes respostas do organismo subjacentes a esse estímulo. As imagens mentais positivas interferem no sistema nervoso autónomo, reduzindo o estado de alerta e os estímulos externos e a hiperestimulação fisiológica (Singer, 1974; 2006). Neste sentido, o relaxamento é de certa forma oposto à resposta de luta ou fuga permitindo que o organismo utilize as energias para um melhor restabelecimento. As técnicas de relaxamento podem contribuir para conservar a energia pessoal porque o metabolismo é significativamente alterado neste estado. A tensão arterial e a frequência cardíaca e respiratória, bem como o consumo de oxigénio e a eliminação de dióxido de carbono são reduzidos. Esta energia poupada pelo organismo pode ser utilizada para a regeneração do estado de saúde (Rossman, 2000).

Benson (1974) cit. in Samuels & Samuels (1975) mediram o efeito do relaxamento na redução do consumo de oxigénio (13%), produção de CO<sub>2</sub> (12%) e diminuição da frequência respiratória (4,6%), referindo até uma diminuição destes três aspectos, ainda que menor do que na situação de relaxamento, somente pelo acto de fechar os olhos, o que evidencia que o relaxamento é oposto à resposta de luta ou fuga.

Se por um lado, o corpo na condição de relaxamento permite um estado de calma e de harmonia possibilitando que o pensamento se torne mais claro, e que a pessoa aceda mais facilmente à informação positiva armazenada na memória, por vezes estimulada a partir de imagens mentais, por outro, permite interromper a resposta ao stresse, ao nível psiconeurofisiológico possibilitando ao corpo um estado de homeostase.

Este funcionamento sustenta-se no já referido princípio de que o organismo não distingue entre imagens mentais e acontecimentos reais, especialmente se estas são altamente sensoriais e evocativas. Quando em “estado alterado”, as imagens podem ser potentes e reais para o organismo. Assim, quando a pessoa acede ao “estado alterado” e cria imagens sensoriais regeneradoras, o organismo “acredita”, em certo grau, que os acontecimentos são reais, interna e externamente (Naparstek, 1994; Samuels, 2003). O sistema nervoso central está equipado para monitorizar o ambiente e preparar o organismo para dar respostas adaptativas. A produção de emoções pode ser feita perante ameaças presentes, imaginadas, lembradas ou antecipadas. O córtex frontal parece mediar o trabalho da memória, a qual é capaz de produzir uma representação realística dos acontecimentos, incluindo os que não estão presentes. Esta assunção providencia, na perspectiva de Lovallo (1997), uma explicação de como as imagens mentais podem ter influência no nosso corpo.

Como referimos, a imagery envolve mecanismos semelhantes aos que controlam determinados processos fisiológicos, tendo efeitos semelhantes aos estímulos perceptuais correspondentes.

Os centros mais baixos do cérebro, que regulam a fisiologia, recebem informação dos centros corticais respondendo em função dessa informação. Se os sinais do córtex forem no sentido de alarmar o sistema límbico a resposta de luta ou fuga é activada, preparando o organismo para lidar com a situação real ou imaginária. Esta resposta consubstancia-se na activação do eixo HHA que, como referimos, é central na resposta ao stresse. Quando um stressor é recebido no córtex cerebral, o hipotálamo segrega a corticotrofina



estimulando a hipófise a produzir a ACTH que estimula as glândulas adrenais a produzir cortisol. Se, pelo contrário, o córtex enviar uma mensagem que contenha sons, cheiros, e sentimentos de calma, indutores de paz e de segurança, o cérebro responde de uma forma consonante (Samuels, 2003; Rossman, 2000). O stresse contínuo e a exposição elevada e prolongada ao cortisol pode desregular o sistema CRF e o eixo HHA e lesar as estruturas límbicas (amígdala, hipocampo e hipotálamo) que estão intimamente relacionadas com os aspectos emocionais da vida e alteradas nos indivíduos com perturbações depressivas.

O impacto do relaxamento pode ser o resultado dos seus efeitos na regulação daqueles sistemas. Vários estudos evidenciam que imagens mentais confortantes facilitam a mudança positiva dos estados “afectivo-emocionais” negativos tendo implicações nos parâmetros fisiológicos.

O estudo de Campbell-Gillies (2004), em que foram utilizadas imagens mentais positivas de reforço do humor e música, em mulheres com cancro da mama (27 no grupo experimental e 18 no grupo de controlo) ao longo de um período de seis ciclos de quimioterapia, evidencia uma diminuição da depressão e da ansiedade avaliado com a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), assim como uma diminuição dos valores da tensão arterial sistólica e diastólica. O autor orienta a discussão para os efeitos do I.C. na regulação do eixo HHA considerando ainda que esta intervenção permite à pessoa encontrar um sentido na experiência e aumentar o sentido de auto-controlo, aliviando o sofrimento relacionado com o processo de doença e com a quimioterapia.

A reforçar aquela ideia estão também os resultados a que chegaram McKinney *et al.* (1997a) que utilizaram um programa de I.C. e musicoterapia numa amostra de 28 adultos saudáveis (14 no grupo experimental e 14 no grupo de controlo). Os indivíduos do grupo experimental que desenvolveram seis sessões individuais durante seis semanas, quando comparados com os do grupo de controlo, mostraram reduções da depressão e da fadiga avaliada pelo *Profile of Mood States*, bem como diminuição dos níveis de cortisol. Os resultados evidenciam também que este efeito permaneceu pelo menos até sete semanas após a última sessão. Verificou-se ainda que a mudança nos níveis de cortisol estava positivamente associada com a mudança no humor, quer do pré-teste para o pós-teste, quer do pós-teste para a avaliação de *follow-up*.

McKinney *et al.* (1997a) referem-se ainda a outros estudos, como o de Mckinney *et al.* (1995), o de Wragso & Korlin (1995) e o de Jacobi (1994) nos quais foi utilizada a mesma intervenção (I.C. e musicoterapia) evidenciando, também, resultados positivos na diminuição do humor depressivo.

Também os resultados de Watanabe *et al.* (2006), numa amostra de 148 indivíduos saudáveis, após duas sessões de I.C. com imagens mentais positivas e relaxantes, evidenciam uma redução nos níveis de cortisol salivar, um aumento do humor positivo (afeição, bem-estar e vivacidade) e diminuição do humor negativo (depressão, hostilidade e aborrecimento) avaliado pela *Multiple Mood Scale (short form)*.

Os níveis de cortisol, no geral, reduziram significativamente depois da primeira e da segunda sessões, mas esta redução foi menos eficaz nas pessoas mais idosas. No grupos de indivíduos com idade superior a 50 anos, os níveis de cortisol aumentaram após a primeira sessão e diminuíram após a segunda sessão. Verificou-se também que quanto maior for a capacidade do indivíduo para gerar imagens mentais (avaliado pelo *Bets'Questionnaire of Guided Imagery*) maior é a diminuição dos níveis de cortisol.

Aqueles autores discutem os resultados argumentando que a informação desprazerosa causadora de stresse é substituída por imagens confortáveis tendo um efeito na redução dos níveis de cortisol.

Os estudos de Abraham, Neundorfer & Terris (1993) num grupo de 29 residentes num lar de terceira idade, em que um protocolo de *focused visual imagery* durante 24 semanas (o protocolo era composto por relaxamento; estratégias de protecção da depressão e da ansiedade; sentimentos para aumentar a auto-estima; estratégias de controlo e aumento do nível de energia) cujos resultados evidenciam que a intervenção não é efectiva: na diminuição da ansiedade e da depressão, avaliado pela *Geriatric Depression Scale*; no aumento da satisfação com a vida, avaliado pelo *Live Satisfaction Index*; ou na desesperança avaliada pela *Hopelessness Scale*. No entanto, quando comparados com 17 indivíduos que pertenceram a grupos de discussão educacional, os indivíduos sujeitos àquela intervenção revelaram um aumento na capacidade cognitiva avaliado pelo *Modified-Mini Mental Status*. Os resultados obtidos na cognição justificam a utilização desta intervenção nestes indivíduos.

Concordando com os resultados de Watanabe *et al.* (2006) os autores discutem esta evidência argumentando que esta intervenção não tem os efeitos nas pessoas idosas da mesma forma que nas mais jovens, o que pode indicar a tenacidade da desmoralização e da depressão entre os idosos internados em lares de terceira idade.

Também os resultados de Gold, Jarvinen & Teague (1982), num estudo com uma amostra de 30 jovens estudantes, com scores no BDI acima de onze, evidenciam que não há efeito do tratamento entre o grupo submetido a *imagery* positiva durante três semanas e os dois grupos de controlo. No entanto, revelam que a capacidade para viver as imagens mentais positivas está associada a uma significativa redução da depressão avaliada pelo BDI.

São ainda de referir os resultados de McKinney *et al.* (1997b) evidenciando que os indivíduos, jovens saudáveis, que experimentaram uma só sessão de I.C. e musicoterapia demonstraram uma diminuição plasmática de beta-endorfina, quando comparados com indivíduos dos grupos: que ouviram música sem I.C.; que imaginaram em silêncio; e com os do grupo de controlo.

Como referimos, as endorfinas poderão estar envolvidas no controlo do humor sendo encontradas em elevadas concentrações no sistema límbico e noutras áreas envolvidas na transmissão da dor e no processamento das emoções e estão relacionadas com as sensações prazerosas. Apesar destes mecanismos não estarem bem estudados, pensa-se que as imagens mentais positivas e o relaxamento estimulam o sistema límbico para a produção de endorfinas.

De acordo com o que temos vindo a referir, a desregulação dos neurotransmissores (NA, DA, 5-HT, entre outros) pode ser o resultado da desinibição do eixo HHA e da perturbação no equilíbrio na neurotransmissão límbico-diencefálica. Este tipo de intervenções pode ter efeito na regulação destes sistemas.

Em termos neuronais as imagens produzidas por um EEC são apresentadas nas diversas regiões sensoriais que mapeiam as características daquele estímulo. De seguida, sinais ligados à representação sensorial do estímulo são enviados para outros locais do cérebro capazes de desencadear emoções locais que Damásio (2004) considera “fechaduras” que apenas se podem abrir com as chaves correspondentes, ou seja, com cada EEC específico. Quando a imagem de um objecto atinge o cérebro, algumas das regiões recipientes, como por exemplo a amígdala, entram em acção ao detectarem uma certa configuração de sinais, e por sua vez iniciam

sinais que atingem outras regiões cerebrais continuando a cadeia de acontecimentos. É de referir que os córtices frontais direitos estão mais relacionados com emoções negativas do que os esquerdos.

Outro argumento para sustentar o efeito positivo do I.C. é que este pode estar relacionado com o ritual que é desenvolvido pelo indivíduo durante a intervenção. Os rituais reduzem a depressão e a ansiedade e os sentimentos de desamparo. Permitem reforçar o sentimento de autocompaixão, sendo também uma forma do indivíduo dedicar tempo a si mesmo. Ao mesmo tempo que o conduzem a um confortável ritmo do pensamento e de actividades, possibilitando a estruturação da mente em momentos de mudança, permitem a reflexão valorativa e ajudam a enfrentar as situações desconfortantes e dolorosas da vida (Achterberg, Dossey & Kolkmeier, 1994).

Os rituais provêm dos sonhos e criam sonhos reavivando o auto-conhecimento e a capacidade de reflexão pessoal. Os sonhos são mundos por detrás dos mundos e levam-nos para lá das limitações da realidade e das restrições do presente. Podem ter a tendência para ser irrealistas, mas é pelo facto de pertencerem ao mundo do desejo e da imaginação. Assim, ligam-nos com o sentido da poesia e da criatividade. Os sonhos libertam-nos e permitem-nos arrebatar ao impossível as explorações das diversas possibilidades (McAdam & Lang, 2007).

Gerar emoções positivas relacionadas com o contexto envolvente, com símbolos, com figuras ou pessoas que fazem parte dessa imagem ou, como é aludido no C.D. de I.C., visualizar-se em contextos pacíficos e prazerosos e desenvolver uma relação afectiva com aquela(s) pessoa(s) com quem tem prazer em estar, que a suportam e lhe dão bem-estar, pode activar novos esquemas cognitivos reformulando o estilo de pensamento, integrando aspectos do *self*, mudando a natureza da *imagery* dos doentes deprimidos, desencarcerando-os e aumentando o seu potencial, ou seja, aumentando o seu conforto.

As imagens mentais positivas, como referimos anteriormente, contribuem para maior equilíbrio e harmonia funcional, potenciação do poder e da liberdade de acção, à luz da teoria do conforto, consonantes com os conceitos de transcendência, de tranquilidade e de alívio. Uma pessoa nestas condições sente-se mais aliviada dos sintomas depressivos, mais tranquila e com uma percepção de “empoderamento” que lhe permite desenvolver um projecto de vida que tenha sentido.

Também os resultados que apresentamos, quer os desenvolvidos por outros autores, quer os decorrentes deste estudo, evidenciam um efeito positivo das imagens mentais na diminuição dos níveis de depressão, ansiedade e stresse tendo uma tradução directa no conforto individual. Para além do mais, relembramos os resultados anteriormente apresentados no quadro 9 que evidenciam valores de correlação, negativos, moderados e elevados, entre as sub-escalas e totais da ECIP e da DASS-21. Estes valores são, na maioria, superiores a -0,50, sendo de realçar as elevadas correlações negativas (-0,73), entre o total duas escalas e (-0,76) entre o alívio e o total da DASS-21. É de referir que estes valores são relativos à segunda avaliação, ou seja, a que foi feita em ( $t_2$ ). Ainda a favor desta relação está o facto da intervenção se ter revelado mais eficaz no aspecto específico do relaxamento corporal e na diminuição do stresse. Estes resultados parecem fazer sentido, uma vez que a escala de stresse avalia, entre outros aspectos, dificuldade em relaxar, excitação e agitação.

Mas a relação entre o “conforto-desconforto” e os níveis de depressão, ansiedade e stresse pode não ser linear. Por exemplo, o valor de correlação entre o total das escalas EDIP e DASS-21 é, em  $t_1$ , de -0,40, mais baixa que em  $t_2$ .

De facto, no processo de transição, os doentes encontram-se num processo dinâmico progredindo no *continuum* “desconforto-conforto” passando por diversas fases evolutivas. Numa primeira fase, em estados de depressão mais graves, talvez devido à rigidez e automatismo do pensamento, poderão não perceber o seu desconforto, começando, contingentemente, a aperceber-se deste, numa fase mais avançada do processo evolutivo.

Quer a depressão, quer a ansiedade, podem ser consideradas mecanismos adaptativos. As emoções negativas têm sido associadas aos aspectos da sobrevivência pessoal. Tendo em conta a competição, o pessimismo defensivo pode ser visto como uma vantagem evolucionária. A evolução terá sido responsável pela capacidade do homem para regular o afecto, positivo e negativo, por razões defensivas e adaptativas. Nalgumas situações, os indivíduos podem adoptar esta estratégia, na qual apontam para baixas expectativas de forma a lidar com os estímulos e com as situações que consideram arriscadas (Norem & Cantor, 1986; Seligman, 2006; Folkman & Moskowitz, 2000; Stein, 2003; Gilbert, 2004). As atitudes e os comportamentos de auto-depreciação, sem razão aparente, parecem contradizer os axiomas da natureza humana fortemente estabelecidos. De acordo com o princípio do prazer, o doente deveria buscar a máxima satisfação em busca de conforto e minimizar a sua dor (Beck, 1970). Mas a preocupação primordial do homem não é gozar o prazer ou evitar a dor, mas encontrar o sentido da vida. O sofrimento não é absolutamente necessário para conferir um sentido à vida. A vida pode ter sentido sem o sofrimento, ou apesar dele (Frankl, 2004).

Em situação de saúde, o sofrimento enquanto condição ontológica do ser humano mantém-se em hibernação. Mas quando uma condição adversa surge na vida, como uma contrariedade, doença, depressão, ansiedade, incapacidade para fazer face às situações da vida e aos estímulos internos e externos, o ser humano sente-se ameaçado, o seu projecto de vida fica em risco. Nesta situação, como afirma Gameiro (2006), a consciência de si como sofrimento vem ao de cima.

A prisão do deprimido pode, tendo em conta os argumentos anteriores, ser algo de bom, no sentido em que a pessoa está assegurada de que nada, para além da rotina, vai acontecer. Como qualquer prisioneiro, a pessoa deprimida vai-se acostumando à segurança e à previsibilidade da prisão. A prisão da depressão pode não ser confortável, mas pelo menos é segura (Rowe, 2003). Assim, as intervenções com I.C., poderão, complementar outras para aliviar o sofrimento, aumentando o conforto e possibilitando aos doentes sair da previsibilidade da prisão, dessa segurança desconfortável, num ambiente idealizado como seguro.

Aliviar o sofrimento, não quer dizer eliminá-lo, porque ele é uma condição ontológica do ser humano e um drama com vários graus de substância e de intensidade (Lindholm & Eriksson, 1993). Neste contexto, as intervenções deverão sobretudo ajudar a pessoa a aliviar o seu desconforto e atingir um estado de homeostase, de tranquilidade, para poder transcender-se, para que seja capaz de aprender a sofrer e possa encarar de frente as demandas da vida e superar o seu vazio existencial. Quando se foge ao sofrimento nega-se a felicidade. Quando se perde o sentido de vida fica-se deprimido (Lindholm & Eriksson, 1993). Viver significa assumir a responsabilidade de encontrar a resposta correcta às questões que a vida nos apresenta, cumprir as obrigações que a vida nos assinala em cada instante particular (Frankl, 2004).

## Conclusão

(Página deixada propositadamente em branco)

Para concluir, iremos proceder a uma sistematização dos resultados mais relevantes relativos aos diversos estudos desenvolvidos, bem como as suas limitações, anotando ainda, algumas sugestões para a continuidade da investigação nesta área. Finalmente, referiremos algumas implicações daqueles resultados para a prática de enfermagem.

**Estudo 1:** os resultados principais deste estudo evidenciam que os doentes mentais internados se sentem aprisionados na doença, necessitando do contexto terapêutico hospitalar para ultrapassar o processo de doença. Este contexto é percebido como um refúgio e um espaço de liberdade mas, paradoxalmente, como um lugar onde a liberdade está limitada pelo desconforto inerente à hospitalização. Não obstante, a maior fonte de desconforto é intrínseca ao sentido de aprisionamento na doença.

Pelo facto da construção do guião de I.C. e a discussão dos resultados do estudo *quasi*-experimental terem sido substancialmente baseados nos resultados deste estudo, consideramos que teria sido mais vantajoso se este estudo tivesse sido desenvolvido com base numa amostra constituída somente por indivíduos com perturbações depressivas. Os seus resultados poderiam ser mais esclarecedores da experiência de “conforto-desconforto” vivida pelos indivíduos com aquelas perturbações.

**Estudo 2:** os resultados dos estudos de adaptação da DASS-21 (fiabilidade, validação de critério e de construto) evidenciaram que a versão em português tem qualidades para avaliar as perturbações afectivo-emocionais que se propõe avaliar. Apesar de algumas limitações estruturais, os resultados não invalidam que se considerem os três factores, uma vez que, por questões de natureza clínica, pode haver necessidade de avaliar a depressão, a ansiedade e o stresse, considerando separadamente estes três estados. Contudo, a discussão sobre a questão estrutural deverá manter-se através do desenvolvimento de estudos de análise factorial confirmatória noutras amostras. Novos resultados permitirão continuar a debater os aspectos que se sobrepõem ou que estão combinados na depressão, na ansiedade e no stresse, de forma a esclarecer e enriquecer o conhecimento sobre a relação entre estes estados.

**Estudo 3:** Os estudos de validação da ECIP (fiabilidade, validação de critério e de construto) revelaram que este instrumento tem propriedades que permitem a sua utilização na avaliação do conforto em contexto clínico psiquiátrico. Os resultados da análise factorial exploratória revelaram que alguns itens da ECIP-42 não discriminam relativamente ao factor a que pertencem, mas os resultados da análise factorial confirmatória evidenciaram, globalmente, índices adequados de ajustamento nas três dimensões. A versão publicada de trinta e oito itens (Apóstolo *et al.*, 2007) anuncia uma organização mais aceitável dos itens à estrutura conceptual do conforto. Contudo, apesar dos vários estudos de validação, consideramos que deverá ser desenvolvido, a curto prazo, um trabalho de aperfeiçoamento deste instrumento tendo em conta os seguintes aspectos:

- pelo facto da maior fonte de desconforto vivenciada, como resulta do Estudo 1, ser relativa ao sentido de aprisionamento na doença, deverá ser incluído o item “*Sinto-me preso na minha doença*”.

- como também já referimos, a escala que avalia o estado de tranquilidade é composta por oito itens que avaliam o conforto ambiental, três do contexto sociocultural, um do físico e um do “psicoespiritual”.

Por sua vez, a tranquilidade física, a tranquilidade “psicoespiritual” e o alívio ambiental são, respectivamente, avaliados por um só item e a transcendência ambiental não é alvo de avaliação. De facto, na versão de cinquenta e um itens tínhamos proposto que a tranquilidade física fosse avaliada por três itens, a tranquilidade “psicoespiritual” por seis, o alívio ambiental por quatro e a transcendência ambiental por três. No entanto, durante o processo de validação da escala, pelas razões que invocámos, alguns itens foram eliminados, reformulados ou considerados mais adequados para avaliar outras facetas.

Este é um aspecto a rever, devendo ser incluídos mais itens nestas facetas. Devemos, contudo, referir que o diagnóstico das limitações que estamos a expor só é possível pelo facto do conforto ser estruturalmente complexo, constituído por três estados em quatro contextos, ou seja, doze facetas do conforto, possibilitando, por isso, abranger um elevado espectro das respostas humanas. No processo de revisão que propomos não deve ser elaborado um instrumento extenso que limite a sua aplicação devendo, mesmo, ser constituída uma versão reduzida que possa ser utilizada na prática clínica.

**Estudo 4:** consideramos que o processo de validação, que levou a sucessivos ajustamentos do guião, conduziu a uma versão do C.D. de I.C. de boa qualidade. Os indivíduos são orientados para exercícios respiratórios, musculares e para a elaboração de imagens mentais positivas, “securizantes” e libertadoras.

Todavia, as indicações relativas ao relaxamento muscular: *“Estique o peito do pé inclinando-o para fora (...) encolha-o de seguida em direcção ao rosto”*, que tinham por objectivo os movimentos de dor-siflexão e de flexão plantar, podem não ser correctamente apreendidas levando os indivíduos a fazer movimentos de rotação externa dos membros inferiores. Tendo consciência desta possibilidade, foi clarificado, durante a entrevista prévia, aos indivíduos do grupo experimental, qual era a natureza do exercício pretendido. Apesar disso, a construção de próximos guiões deverá contemplar uma indicação mais clara deste exercício.

**Estudo quasi-experimental:** no que respeita ao estudo em que se avaliou a eficácia de um programa de I.C. no aumento do conforto e na diminuição da depressão, da ansiedade e do stresse em doentes com perturbações depressivas, internados em psiquiatria clínica, as principais conclusões são: à excepção do contexto ambiental, a intervenção revelou efeitos positivos no aumento do conforto e na redução do estado de depressão, de ansiedade e de stresse, explicando entre 6 e 23% da variância, que consideramos ter um significado clínico substancial. O aspecto específico do conforto onde se verifica maior efeito diz respeito ao sentimento do corpo relaxado.

A utilização do I.C. é uma intervenção autónoma de enfermagem que pode ser desenvolvida pelos enfermeiros, quando avaliam a necessidade de conforto nos doentes. É uma técnica pouco dispendiosa, que pode ser utilizada recorrendo ao C.D. disponível ou em presença, com indicações directamente dadas pelo terapeuta.



O aumento do conforto é um resultado desejável das intervenções e deve ser avaliado para verificar a efectividade dessas intervenções (Kolcaba, 2003). Esta avaliação pode ser operacionalizada tendo em conta a estrutura taxonómica do conforto, por intermédio da ECIP ou da DASS-21.

O poder do pensamento e das emoções no processo de saúde pode ter uma função quer no alívio, quer no agravamento do processo de saúde-doença. O cérebro é capaz de interpretar e assimilar informação transmitida por estímulos, decorrentes de objectos que estão presentes, ou imaginados, reflectindo essa influência no funcionamento do corpo e da mente. As abordagens globais e holísticas relativas aos processos de saúde-doença e à influência da mente no corpo e na saúde dos indivíduos têm vindo a ocupar um lugar conceptual ao lado daquelas que dão primazia ao corpo físico.

As cenas naturais pacificadoras têm a capacidade para constituir novas percepções mudando o pensamento distorcido. Com a prática repetida, o indivíduo pode tender para um profundo estado de relaxamento e para a homeostasia. Ao aceder a estas sensações passa de observador passivo para participante activo, experimentando os efeitos relaxantes na primeira pessoa.

Quando a pessoa deprimida consegue inverter o seu estado “cognitivo-afectivo-emocional” de ansioso, deprimido, para um estado de calma, maior felicidade, ou seja, para um estado de maior conforto, há mudanças cognitivas, afectivas e fisiológicas que acompanham esta transformação. A mudança de um estilo cognitivo negativo para um estado mais tranquilo, mais relaxado, mais enérgico, está associada à capacidade regenerativa da pessoa que concentra a sua atenção e a sua energia para se reabilitar, em vez de a utilizar a imaginar preocupações.

As atitudes positivas que levam a um estado de saúde incluem, entre outras, maior competência, auto-eficácia, motivação, assertividade, capacidade para expressar emoções, elevada auto-estima, compromisso, controlo, desafio, intimidade, interacção social, harmonia conjugal, crenças espirituais, aceitação da mudança, optimismo, compreensibilidade e esperança, que traduzem níveis de conforto mais elevados.

Não obstante, os procedimentos relacionados com a qualidade de todo o processo de investigação desenvolvido, ou seja, com a validade interna e externa dos resultados, consubstanciado nos estudos preparatórios e no controlo metodológico que referimos na parte II, capítulo III, consideramos necessário apresentar mais alguns aspectos relacionados com limitações que este estudo pode apresentar e ainda algumas propostas para novas investigações, que a seguir se explicitam.

Apesar do controlo que permitiu aferir a equivalência entre os grupos (controlo e experimental) não foi controlada a terapêutica medicamentosa antidepressiva e ansiolítica relativamente aos indivíduos que constituíram cada um deles. Os protocolos farmacológicos adoptados nos serviços de psiquiatria clínica, apesar de estarem dependentes da escolha do clínico e ajustados a cada circunstância, são muito semelhantes para a maioria dos casos (é de referir que nenhum dos indivíduos tinha prescrita medicação antipsicótica). Apesar da maioria dos indivíduos estarem medicados antes do internamento, já que quase todos tinham história de anteriores internamentos e todos eram seguidos em ambulatório, poderiam ter sido colhidos dados relativos ao tempo de internamento anterior à avaliação feita em ( $t_1$ ). Esta informação permitiria estimar a equivalência entre os grupos em relação ao tempo a que já estavam sujeitos ao protocolo terapêutico.

O facto dos doentes terem sido seleccionados por amostragem consecutiva e incluídos no estudo logo que, após serem internados, apresentassem condições para a participação no estudo, e ainda, por ter sido usada a DASS-21 como medida de avaliação clínica entre outros procedimentos garante a equivalência dos grupos em relação a um elevado número de condições. Contudo, esta garantia não afasta a necessidade daquele controlo.

Outra limitação que consideramos relaciona-se com o facto de não terem sido incluídos no estudo um terceiro ou quarto grupo de indivíduos que fossem sujeitos a diferentes intervenções, tais como: exclusivamente a relaxamento respiratório e muscular; audição de música relaxante; imagens mentais neutras; ou ainda a combinação de alguns destes itens. Esta opção metodológica, no caso de se verificarem diferenças entre os indivíduos pertencentes a cada um dos grupos, daria mais consistência a estes resultados.

No entanto, optámos por dar especial atenção aos aspectos metodológicos, consubstanciada nos estudos preparatórios realizados, pelo que num futuro próximo estarão criadas as condições para desenvolver um protocolo de intervenção com aquelas características.

Sugerimos ainda que, em futuras investigações, este tipo de intervenções possa ser desenvolvido com outros doentes internados, em ambulatório, ou ainda, em amostras com diferentes características, já que na literatura é referida a sua aplicabilidade em muitas áreas distintas.

No que diz respeito aos serviços de psiquiatria clínica, apesar de termos referido que este tipo de intervenções está particularmente desaconselhado em indivíduos com sintomas psicóticos, não descartamos a possibilidade do desenvolvimento de estudos nestes doentes, desde que seja efectuado adequado controlo clínico.

Os doentes diagnosticados com esquizofrenia, perturbações esquizo-afectivas ou delirantes podem apresentar sintomas na forma de *imagery* intrusiva associado às alucinações e aos delírios. Para lidar com este tipo de *imagery* negativa, Morrison (2004) cit in. Hackmann & Holmes (2004) desenvolveram uma intervenção, com imagens mentais, reflectida na avaliação que o doente faz da imagem e na sua resposta a esta. Concluiu-se que a mudança na validade das avaliações associada aos delírios persecutórios reduz o distresse e a convicção em relação às crenças do doente.

De referir também que, no futuro, poderão ser desenvolvidos novos guiões ajustados a diversas áreas clínicas e não clínicas, podendo também, em alguns casos, ser dada maior ênfase ao relaxamento respiratório e muscular. Este é, de resto, um projecto que já iniciámos. Contudo, não podemos deixar de referir o cuidado que deve ser tido, sobretudo na adequação dos exercícios respiratórios à capacidade que cada indivíduo tem para os executar, tendo especial atenção na sua aplicação em indivíduos com elevados níveis de ansiedade.

Outra possibilidade de investigação que deve futuramente merecer especial atenção está relacionada com a capacidade dos idosos na formação de imagens mentais. De facto, como referimos, a investigação sugere que a capacidade das pessoas mais idosas para formar imagens mentais pode estar diminuída. Os resultados poderão contribuir para a compreensão de algumas doenças, como as degenerativas cerebrais, relacionadas com a idade, bem como para o desenvolvimento de guiões de I.C. ajustados às situações específicas.

Como também referimos, os dados epidemiológicos evidenciam diferenças relativamente ao género ,quanto ao desenvolvimento, curso e prevalência da depressão, bem como em relação às estratégias de

*coping*. Percepcionámos também a maior capacidade das mulheres na adesão à intervenção com I.C.. Será, assim, importante desenvolver estudos que contemplem estas diferenças de género.

Tendo em conta que os diferentes indivíduos têm diferente capacidade em gerar imagens mentais, nas investigações futuras deverão ser incorporados instrumentos que permitam avaliar a capacidade e a clareza dos indivíduos em gerá-las, como por exemplo, o *Shortened form of Betts' Questionnaire of Mental Imagery*.

A investigação revela resultados contraditórios quanto à continuidade do efeito da intervenção no tempo. Consideramos uma limitação o facto de não ter sido feita uma avaliação de *follow-up* nos indivíduos que participaram no nosso estudo, sugerindo que esta seja feita em estudos futuros. A manutenção no tempo dos efeitos positivos pode contribuir para a diminuição da recorrência da depressão, que, como referimos, pode ocorrer em 70% dos casos de pessoas com episódios múltiplos, pelo que foi oferecido, a cada doente, um C.D. de I.C. sugerindo que os exercícios fossem continuados no restante internamento e em ambulatório.

Outra área onde seria importante desenvolver investigação relaciona-se com o efeito desta intervenção na melhoria das perturbações do sono. Os estudos revelam uma relação entre estas perturbações e os sintomas de stresse e de depressão (Hall *et al.*, 2000) que podem estar associadas com elevados níveis de cortisol (Erickson, Drevets & Schulkin, 2003).

A utilização da realidade virtual é também uma área que poderá vir a ser desenvolvida e utilizada no aumento do conforto de indivíduos com estados "afectivo-emocionais" negativos ou noutras áreas. Schneider *et al.* (2004) desenvolveram um estudo desta natureza que evidenciou uma diminuição no distresse e na fadiga em doentes a fazer quimioterapia. Futuramente, poder-se-á pensar na criação de instrumentos deste tipo.

No que respeita a implicações para a prática de enfermagem, a DASS-21 e a ECIP, apesar da discussão relativa a alguns itens, demonstram qualidades que permitem a sua utilização como instrumento de diagnóstico e de avaliação de resultados das intervenções de enfermagem ao nível dos serviços de clínica psiquiátrica ou outros.

Por sua vez, o I.C. tendo mostrado um efeito que consideramos substancial no aumento do conforto e na diminuição dos níveis de ansiedade, depressão e stresse, poderá ser utilizado como uma intervenção de enfermagem nos doentes com perturbações afectivo-emocionais. Sendo uma intervenção autónoma de enfermagem pode ser incluída no plano de cuidados dos doentes. Os riscos desta intervenção, desde que clinicamente acompanhada, são inexistentes e a relação custo-benefício é positiva.

A reduzida adesão dos doentes à terapêutica medicamentosa pode estar associada, entre outras, aos seus efeitos adversos, influenciando também as taxas de recorrência nestas perturbações. O I.C., sendo utilizado como intervenção complementar, pode contribuir para a redução dos níveis de medicação e para uma melhor adesão terapêutica.

Este estudo parece-nos contribuir para a abertura de novas pistas de investigação em Portugal, uma vez que, até à data, não estavam publicados estudos na área realizados no nosso país. Os conceitos desenvolvidos e a evidência empírica dos estudos que realizámos desfraldam um novo paradigma ao nível da investigação e das intervenções em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica em Portugal.

A apreciação das respostas humanas às intervenções de enfermagem é, muitas vezes, difícil de operacionalizar, dada a complexidade do objecto a ser avaliado. Não desvalorizando a importância das restantes teorias apresentadas, porque se mostraram essenciais no desenvolvimento e na discussão dos resultados, a teoria do conforto, como teoria de médio alcance, operacionalizável, pode ser desenvolvida e utilizada noutras investigações, neste ou noutros campos da prática para sustentar as intervenções, nos vários contextos e condições de cuidados de saúde (Kolcaba, 2003). Esta tem sido usada para explicar e prever fenómenos de interesse relativos às respostas humanas no percurso saúde-doença, contribuindo também para uma avaliação fundamentada dos cuidados e medição dos resultados das intervenções. Neste contexto, o conforto, seja ele considerado como um processo, o de confortar, ou como um resultado, o das intervenções, é um conceito nobre e subjacente às intervenções no processo de saúde-doença e nas respostas humanas a este processo.

## Bibliografia

(Página deixada propositadamente em branco)

- Abela, J. R. Z. & D'Alessandro, D. U. (2002). Beck's cognitive theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components. *British Journal of Clinical Psychology, 41* (2), 111-128.
- Abraham, I. L., Neundorfer, M. M., & Terris, E. A. (1993). Effects of focused visual imagery on cognition and depression among nursing home residents. *Journal of Mental Imagery, 17* (3&4), 61-76.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96* (2), 358-372.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87* (1), 49-74.
- Achterberg, J. (1985). *Imagery in healing: Shamanism and modern medicine*. Boston: Shambhala.
- Achterberg, J., Dossey, B., & Kolkmeier, L. (1994). *Rituals of healing: Using imagery for health and wellness*. New York: Bantam Books.
- Ahsen, A. (1984). ISM: The triple code model for imagery and psychophysiology. *Journal of Mental Imagery, 8* (4), 15-42.
- Ahsen, A. (1989). Guided imagery: The quest for a science. Part I: Imagery origins. *Education, 10* (1), 2-16.
- Ahsen, A. (1993). *Imagery paradigm: Imaginative consciousness in the experimental and clinical setting*. New York: Brandon House.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Tashman, N. A., Steinberg, D. L., Rose, D. T., & Donovan, P. (1999). Depressogenic cognitive styles: predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behaviour Research and Therapy, 37* (6), 503-531.
- Alves, G., Carvalho, M., & Baptista, A. (1999). Estudo das características psicométricas de uma escala de depressão, ansiedade e stress em jovens adultos. In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (pp. 267-275). Braga: APPORT.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (J. N. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi.
- Anand, A., Verhoeff, P., Seneca, N., Zoghbi, S. S., Seibyl, J. P., Charney D. S., & Innis, R. B. (2000). Brain SPECT imaging of amphetamine-induced dopamine release in euthymic bipolar disorder patients. *The American Journal of Psychiatry, 157* (7), 1108-1114.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J.-P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 252* (5), 201-209.
- Anthony, W. A. (2004). The principle of personhood: The field's transcendent principle. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 27* (3), 205.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the depression anxiety stress scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10* (2), 176-181.
- Apóstolo, J. L. A. (2002). *Vinculação-intimidade e bem-estar psicológico em consumidores de heroína*. Um estudo comparativo entre consumidores e não consumidores. *Interações, 2*, 106-122.
- Apóstolo, J. L. A., Kolcaba, K., Azeredo, Z. A., Antunes, M. T. C., & Mendes, A. C. (2007). Avaliação das qualidades psicométricas da escala de avaliação do conforto em doentes psiquiátricos. *Psychologica, 44*, 489-504.
- Apóstolo, J. L. A., Kolcaba, K., Mendes, A. C., & Antunes, M. T. C. (2007). Development and psychometric evaluation of the psychiatric in-patients comfort scale (PICS). *Enfermería Clínica, 17* (1), 17-23.
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da depression, anxiety and stress scales (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14* (6), 863-871.
- Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. C., & Rodrigues, M. A. (2007). Propriedades psicométricas da escala de depressão, ansiedade e stresse (DASS-21), numa amostra não clínica. *Revista Investigação em Enfermagem, 15*, 66-76.
- Apóstolo, J. L. A., Rodrigues, M. A., & Olvera, J. P. (2007). Evaluacion de los estados emocionales de estudiantes de enfermería. *Index de Enfermería, 56*, 26-29.
- Apóstolo, J. L. A., Ventura, A., Caetano, C., & Costa, S. (in press). Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. Referência.

- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Bartolomeo, P. (2002). The relationship between visual perception and visual mental imagery: A reappraisal of the neuropsychological evidence. *Cortex*, 38 (3), 357-378.
- Bebbington, P. (2004). The classification and epidemiology of unipolar depression. In M. Power (Ed.), *Mood disorders: A handbook of science and practice* (pp. 3-27). Chichester: John Wiley.
- Beck, A. T. (1970). *Depression. Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1991). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. London: Penguin Books.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1987). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beevers, C. (2005). Cognitive vulnerability to depression: A dual process model. *Clinical Psychology Review*, 25 (7), 975-1002.
- Beevers, C. G. & Meyer, B. (2004). Thought suppression and depression risk. *Cognition and Emotion*, 18 (6), 859-867.
- Béfécadu, É. (1993). La souffrance: Clarification conceptuelle. *Revue Canadienne de Recherche en Sciences Infirmières*, 25 (1), 7-21.
- Bento, A., Carreira, M., & Heitor, M. J. (2001). *Censo psiquiátrico de 2001. Síntese dos resultados preliminares* [On line]. Lisboa: Direcção de Serviços de Informação e Análise. [Consult. 10-11-2006]. Disponível: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006006.pdf>.
- Berntson, G. G. & Cacioppo, J. T. (2000). From homeostasis to alldynamic regulation. In J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary & G. G. Berntson (Eds.), *Handbook of psychophysiology* (2<sup>a</sup> ed., pp. 459-481). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Bieling, P. J. & Segal, Z. (2004). Cognitive models and issues in depression. In M. Power (Ed.), *Mood disorders: A handbook of science and practice* (pp. 48-60). Chichester: John Wiley.
- Birch, A. (2003). *Overview of my approach to mental images* [On line]. [Consult. 27-11-2006]. Disponível: <http://www.gis.net/~tbirch/overview.html>.
- Bispo, R. (2004). Flash aesthesis: Uma neurofilosofia da experiência estética. *Transformação*, 27 (2), 113-142.
- Blonder, L. X. (1999). Brain and emotion relations in culturally diverse populations. In A. L. Hinton (Ed.), *Biocultural approaches to the emotions* (pp. 274-296). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bos, E. H., Bouhuys, A. L., Geerts, E., Os, V. T. W., Spoel, V. I. D., Brouwer, W. H., & Ormel, J. (2005). Cognitive, physiological, and personality correlates of recurrence of depression. *Journal of Affective Disorders*, 87 (2-3), 221-229.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia, C., Jr., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29 (5), 355-363.
- Bottrorf, J. L. (1991). *The lived experience of being comforted by a nurse* [On line]. [Consult. 22-6-2006]. Disponível: <http://www.phenomenologyonline.com/articles/bottrorf.html>.
- Boydell, K. M., Gladstone, B. M., & Crawford, E. S. (2002). The dialectic of friendship for people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26 (2), 123-131.
- Bowden, C., Cheetham, S. C., Lowther, S., Katona, C. L., Crompton, M. R., & Horton, R. W. (1997). Reduced dopamine turnover in the basal ganglia of depressed suicides. *Brain Research*, 769 (1), 135-140.
- Bresler, D. E. (2006). *Depression as emotional pain: A guided imagery approach* [On line]. [Consult. 22-10-2006]. Disponível: [http://www.healthyroads.com/myhealth/content/mindbody/articles/art\\_DepressionAsEmotionalPain.asp?HP=&](http://www.healthyroads.com/myhealth/content/mindbody/articles/art_DepressionAsEmotionalPain.asp?HP=&).
- Bresler, D. E. (2007). *Health promotion and chronic pain: Challenges and choices* [On line]. [Consult. 2-3-2007]. Disponível: <http://www.academyforguidedimagery.com/about2.php>
- Bresler, D. E. & Rossman, M. (2006a). *The principles of guided imagery* [On line]. [Consult. 22-10-2006]. Disponível: [http://healthyroads.com/myhealth/content/mindbody/articles/art\\_ThePrinciplesOfGuidedImagery.asp](http://healthyroads.com/myhealth/content/mindbody/articles/art_ThePrinciplesOfGuidedImagery.asp).
- Bresler, D. E. & Rossman, M. (2006b). *Understanding the principles of interactive guided imagery*<sup>sm</sup> [On line]. [Consult. 22-10-2006]. Disponível: [http://www.healthyroads.com/myhealth/content/mindbody/articles/art\\_UnderstandingThePrinciplesOfInteractiveGuidedImagery.asp](http://www.healthyroads.com/myhealth/content/mindbody/articles/art_UnderstandingThePrinciplesOfInteractiveGuidedImagery.asp).



- Brosschot, J. F., Dijk, V. E., & Thayer, J. F. (2002). Prolonged autonomic activation, preservative negative cognition, and daily stressors. In T. Sivik, D. Byrne, D. Lipsitt, G. Christozoulou & H. Dienstfrey (Eds.), *Psycho-neuro-endocrino-immunology (PNEI): A common language for the whole human body: Proceedings of the 16<sup>th</sup> World Congress on Psychosomatic Medicine, Goteborg, Sweden, 2001* (pp. 299-336). Amsterdam: Elsevier.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the depression anxiety stress scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35 (1), 79-89.
- Butcher, H. K. & Parker, N. I. (1988). Guided imagery within Rogers' science of unitary human beings: An experimental study. *Nursing Science Quarterly*, 1 (3), 103-110.
- Cameron, B. L. (1993). The nature of comfort to hospitalized medical surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (3), 424-436.
- Campbell-Gillies, L. (2004). *Guided imagery as treatment for anxiety and depression in breast cancer patients: A pilot study* [On line]. Dissertação de mestrado. Johannesburg, SA: Rand Afrikaans University. [Consult. 8-2-07]. Disponível: <http://etd.rau.ac.za/theses/available/etd-10062004-095533/restricted/GIreviseddissert2003130304.pdf>.
- Cassell, E. J. (1991). Recognizing suffering. *The Hastings Center Report*, 21 (3), 24-31.
- Clara, I. P., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2001). Confirmatory factor analysis of the depression anxiety stress scales in depressed and anxious patients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23 (1), 61-67.
- Clark, D. A., Steer, R. A., & Beck, A. T. (1994). Common and specific dimensions of self reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite models. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (4), 645-654.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 316-336.
- Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 103-116.
- Cocude, M., Charlot, V., & Denis, M. (1997). Latency and duration of visual mental images in normal and depressed subjects. *Journal of Mental Imagery*, 21 (1-2), 127-142.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2<sup>a</sup> ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007). *Reestruturação e desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal: Plano de acção 2007-2016: Relatório* [On line]. Disponível: [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-4181-9E9E-3B54D4C6C6A6/0/RELATÓRIOFINAL\\_ABRIL2007.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-4181-9E9E-3B54D4C6C6A6/0/RELATÓRIOFINAL_ABRIL2007.pdf).
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1997). *Quasi-experimentation: Design & analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin.
- Coppen, A. (1994). Depression as a lethal disease: Prevention strategies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 37-45.
- Cordón, J. & Martínez, T. (1998). *História da filosofia* (Vol. 3). Lisboa: Edições 70.
- Cornoldi, C., Logie, R. H., Brandimonte, M. A., Kaufmann, G., & Reisberg, D. (1996). *Stretching the imagination: Representation and transformation in mental imagery* [On line]. New York: Oxford University Press. [Consult. 29-10-2006]. Disponível: <http://mylibrary.com/Browse/open.asp?ID45161&loc=Cover>.
- Crawford, J. R. & Henry, J. D. (2003). The depression anxiety stress scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *The British Journal of Clinical Psychology*, 42 (2), 111-131.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4-7.
- Damásio, A. R. (1996). *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano* (16<sup>a</sup> ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. R. (2000). *O sentimento de si. O corpo, a emoção e a neurobiologia da mente* (8<sup>a</sup> ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Damásio, A. R. (2004). *Ao encontro de espinosa. As Emoções e a neurologia do sentir* (6<sup>a</sup> ed.). Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Davenport, L. (1996). Guided imagery gets respect. *The Healthcare Forum Journal*, 39 (6), 28-32.

- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a hispanic sample. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 24 (3), 195-205.
- Der, D. & Lewington, P. (1990). Rational self-directed hypnotherapy: A treatment for panic attacks. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 32 (3), 160-167.
- Dew, M. A., Lynn, M. M., & Hall, M. (2003). Depression: Epidemiology and risk factors. In J. Potokar & M. E. Thase (Eds.), *Advances in the management and treatment of depression* [On line] (pp. 1-39). London: Taylor & Francis. [Consult. 29-10-2006]. Disponível: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=10437&loc=9>.
- Donovan, M. (1980). Relaxation with guided imagery: A useful technique. *Cancer Nursing*, 3 (1), 27-32.
- Epstein, G. N. (2006). *The imaginal, the right hemisphere of the brain, and the waking dream* [On line]. [Consult. 25-1-2006]. Disponível: <http://www.biomindsuperpowers.com/Pages/Imaginal.html>.
- Erickson, K., Drevets, W., & Schulkin, J. (2003). Glucocorticoid regulation of diverse cognitive functions in normal and pathological emotional states. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27 (3), 233-246.
- Erickson, K., Drevets, W., & Schulkin, J. (2003). Glucocorticoid regulation of diverse cognitive functions in normal and pathological emotional states. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 27 (3), 233-246.
- Eysenck, H., & Eysenck, S. B. G. (1975). *A manual for the eysenck personality questionnaire*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.
- Ferreira, J. A. & Simões, A. (1999a). Escalas de bem-estar psicológico. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 111-121). Braga: APPORT/SHO.
- Ferreira, J. A., & Simões, A. (1999b). *Escala de bem-estar psicológico - Versão abreviada*. Trabalho não publicado.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2ª ed.). London: Sage.
- Finke, R. A. (1985). Theories relating mental imagery to perception. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 236-259.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55 (6), 647-654.
- Fors, E. A., Sexton, H., & Götestam, K. G. (2002). The effect of guided imagery and amitriptyline on daily fibromyalgia pain: A prospective, randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 3 (2), 179-187.
- Fortin, M. F. (1999). *O Processo de investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Frankl, V. (2003). *Logoterapia y análisis existencial: Textos de cinco décadas* (3ª ed.). Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Gameiro, M. G. H. (1999). *O sofrimento na doença*. Coimbra: Quarteto.
- Gameiro, M. G. H. (2000). IESSD: Um instrumento para a abordagem do sofrimento na doença. *Referência*, 4, 57-66.
- Gameiro, M. G. H. (2006). O sofrimento na doença: Apresentação de um modelo facilitador do "pensar o sofrimento" e da organização das intervenções de alívio. In *Artes de cuidar: Ciclo de colóquios. Cultura e doença mental. O poder do outro. Dor e sofrimento* (pp. 135-153). Loures: Lusociência.
- Ganis, G., Thompson, W. L., & Kosslyn, S. M. (2004). Brain areas underlying visual mental imagery and visual perception: An fMRI study. *Cognitive Brain Research*, 20 (2), 226-241.
- Giedt, J. F. (1997). Guided imagery. A Psychoneuroimmunological intervention in holistic nursing practice. *Journal of Holistic Nursing*, 15 (2), 112-127.
- Gilbert, P. (2004). Depression. A biopsychosocial, integrative, and evolutionary approach. In M. Power (Ed.), *Mood disorders: A handbook of science and practice* (pp. 99-142). Chichester: John Wiley.
- Gilbert, P., Baldwin, M. W., Irons, C., Baccus, J. R. & Palmer, M. (2006). Self-criticism and self-warmth: An imagery study exploring their relation to depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20 (2), 183-200.
- Glas, G. (2003). A Conceptual history of anxiety and depression. In S. Kasper, J. Boer & J. M. Sitsen (Eds.), *Handbook of depression and anxiety* [On line] (2ª ed. rev. and exp., pp. 1-47). [Consult. 25-10-2006]. Disponível: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=17691&loc=1>.

- Gold, S. R., Jarvinen P. J., & Teague, R. G. (1982). Imagery elaboration and clarity in modifying college students' depression. *Journal of Clinical Psychology, 38* (2), 312-314.
- Graffam, S. & Johnson, A. (1987). A comparison of two relaxation strategies for the relief of pain and its distress. *Journal of Pain and Symptom Management, 2* (4), 229-231.
- Gross, J. J. & Munoz, R. F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology: Science and Practice, 2* (2), 151-164.
- Gruzelier, J., Levy, J., Williams, J., & Henderson, D. (2001). Self-hypnosis and exam stress: Comparing immune and relaxation-related imagery for influences on immunity, health and mood. *Contemporary Hypnosis, 18* (2), 73-87.
- Gusmão, R. M., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A. & Almeida, J. M. C. (2005). O peso das perturbações depressivas. Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa, 18*, 129-146.
- Gutman, D., Musselman, D., & Nemeroff, C. (2003). Neuropeptide alterations in depression and anxiety disorders. In S. Kasper, J. Boer & J. M. Sitsen (Eds.), *Handbook of depression and anxiety* [On line] (2ª ed. rev. and exp., pp. 229-265). [Consult. 25-10-2006]. Disponível: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=17691&loc=1>.
- Hall, M., Buysse, D. J., Nowell, P. D., Nofzinger, E. A., Houck, P., Reynolds, C. F., & Kupfer, D. J. (2000). Symptoms of stress and depression as correlates of sleep in primary insomnia. *Psychosomatic Medicine, 62* (2), 227-230.
- Hackmann, A. & Holmes, E. A. (2004). Reflecting on imagery: A clinical perspective and overview of the special issue of memory on mental imagery and memory in psychopathology. *Memory, 12* (4), 389-402.
- Haffel, G. J., Abramson, L. Y., Bolees, Z. R., Metalsky, G. I., Halberstadt, L., Dykman, B. M., Donovan, P., Hogan, M. E., Hankin, B. L., & Alloy, L. B. (2005). Negative cognitive styles, dysfunctional attitudes, and the remitted depression paradigm: A search for the elusive cognitive vulnerability to depression factor among remitted depressives. *Emotion, 5* (3), 343-348.
- Hamilton, J. (1989). Comfort and the hospitalized chronically ill. *Journal of Gerontological Nursing, 15* (4), 28-33.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., & Angell, K. A. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology, 107* (1), 128-141.
- Hanley, G. L. (1988). The cognitive demands of demanding and perceiving. Implications for using imagery in therapy. *Journal of Mental Imagery, 12* (2), 91-102.
- Hanley, G. L. & Chinn, D. (1989). Stress management: An integration of multidimensional arousal and imagery theories with case study. *Journal of Mental Imagery, 13* (2), 107-118.
- Hemingway, E. (2007). *Por quem os sinos dobram*. Carnaxide: Livros do Brasil.
- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Loures: Lusociência.
- Heppner, P. P., Kivlighan, D. M., & Wampold, B. E. (1998). *Research design in counselling* (2ª ed.). Belmont: Wadsworth.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Holden-Lund, C. (1988). Effects of relaxation with guided imagery on surgical stress and wound healing. *Research in Nursing & Health, 11* (4), 235-244.
- Howk, C. (2004). Hildegard Peplau. Enfermagem psicodinâmica (A. R. Albuquerque, Trad.). In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (pp. 423-444). Loures: Lusociência.
- Iacoviello, B. M., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., & Hogan, M. E. (2006). The course of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression: A prospective study. *Journal of Affective Disorders, 93* (1-3), 61-69.
- Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa (2001). *Dicionário da língua portuguesa contemporânea*. Lisboa: Editorial Verbo.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation. A physiological and clinical investigation of muscular states and their significance in psychology and medical practice*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Jacques, H. A. K. & Mash, E. J. (2004). A test of the tripartite model of anxiety and depression in elementary and high school boys and girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32 (1), 13-25.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books.
- James, A. (1998). Stigma of mental illness: Foreword. *Lancet*, 352 (9133), 1048.
- Jarvinen, P. & Gold, S. (1981). Imagery as an aid in reduction depression. *Journal of Clinical Psychology*, 37 (3), 523-529.
- Joca, S. R., Padovan, C. M., & Guimaraes, F. S. (2003). Estresse, depressão e hipocampo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (Suppl. 2), 46-51.
- Joiner, T. E. (1996). A confirmatory factor-analytic investigation of the tripartite model of depression and anxiety in college students. *Cognitive Therapy and Research*, 20, (5) 521-539.
- Joiner, T. E., Catanzaro, S. J., & Laurent, J. (1996). Tripartite structure of positive and negative affect, depression, and anxiety in child and adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 105 (3), 401-409.
- Kealy, K. L. K. & Arbuthnott, K. D. (2003). Phenomenal characteristics of co-created guided imagery and autobiographical memories. *Applied Cognitive Psychology*, 17 (7), 801-818.
- Kennedy, N., Abbott, R., & Paykel, E. S. (2003). Remission and recurrence of depression in the maintenance era: Long-term outcome in a cambridge cohort. *Psychological Medicine*, 33 (5), 827-838.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (ncs-r). *JAMA*, 289 (23), 3095-3105.
- Klein, I., Dubois, J., Mangin J. F., Kherif, F., Flandin, G., Poline, J. B., Denis, M., Kosslyn, S. M., & Le Bihan, D. (2004). Retinotopic organization of visual mental images as revealed by functional magnetic resonance imaging. *Cognitive Brain Research*, 22 (1), 26-31.
- Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image*, 23 (4), 237-240.
- Kolcaba, K. Y. (1992a). The concept of comfort in an environmental framework. *Journal of Gerontological Nursing*, 18 (6), 33-38.
- Kolcaba, K. Y. (1992b). Holistic comfort: Operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*, 15 (1), 1-10.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (6), 1178-1184.
- Kolcaba, K. Y. (1995). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*, 13 (2), 117-131.
- Kolcaba, K. Y. (1997). *The effects of guided imagery on comfort in women with breast cancer choosing conservative therapy* [Online]. Tese de doutoramento. Cleveland, OH: Case Western Reserve University. [Consult. 12-8-2003]. Disponível: <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=736548071&SrchMode=1&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1191283082&clientId=60001>.
- Kolcaba, K. Y. (2001). Evolution of the mid range theory of comfort for outcomes research. *Nursing Outlook*, 49 (2), 86-92.
- Kolcaba, K. Y. (2003). *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer.
- Kolcaba, K. Y. & Fox, C. (1999). The effects of guided imagery on comfort of women with early stage breast cancer undergoing radiation therapy. *Oncology Nursing Forum*, 26 (1), 67-72.
- Kolcaba, K. Y. & Kolcaba, R. J. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (11), 1301-1310.
- Kolcaba, K. Y. & Wykle, M. (1997). Spreading comfort around the world. *Reflections*, 23 (2) 12-13.
- Kornetov, N. (2002). The identification of diagnostic subtypes of depressive disorders. In M. Maj. & N. Sartorius (Eds.), *Depressive disorders* [On line] (2ª ed., pp. 85-87). [Consult. 6-11-2006]. Disponível: <http://www.mylibrary.com/Browse/open.asp?ID=10149&loc=85>.
- Kornstein, S. G., Schatzberg, A. F., Thase, M. E., Yonkers, K. A., McCullough, J. P., Keitner, G. I., Gelenberg A. J., Ryan C. E., Hess A. L., Harrison W., Davis, S. M., & Keller, M. B. (2000). Gender differences in chronic major and double depression. *Journal of Affective Disorders*, 60 (1), 1-11.

- Kosslyn, S. M., Ganis, G., & Thompson, W. L. (2001). Neural foundations of imagery. *Nature Reviews Neuroscience*, 2 (9), 635-642.
- Kosslyn, S. M., & Thompson, W. L. (2003). When is early visual cortex activated during visual mental imagery? *Psychological Bulletin*, 129 (5), 723-746.
- Kosslyn, S. M., Thompson, W. L., Costantini-Ferrando, M. F., Alpert, N. M., & Spiegel, D. (2000). Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (8), 1279-1284.
- Kuiken, V. D. (2004). A meta-analysis of the effect of guided imagery practice on outcomes. *Journal of Holistic Nursing*, 22 (2), 164-179.
- Lang, E. V., Benotsch, E. G., Fick, L. J., Lutgendorf, S., Berbaum, M. L., Berbaum, K. S., Logan, H., & Spiegel, D. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomised trial. *Lancet*, 355 (9214), 1486-1490.
- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leininger, M. (1988). Care: The essence of nursing and health. In M. Leininger (Ed.), *Care: The essence of nursing and health* (pp. 3-16). Detroit: Wayne State University Press.
- Leininger, M. (1995). *Transcultural nursing: Concepts theories, research and practices* (2<sup>a</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Leja, A. (1989). Using guided imagery to combat postsurgical depression. *Journal of Gerontological Nursing*, 15, (4), 7-11.
- Lewandowski, W. A. (2004). Patterning of pain and power with guided imagery. *Nursing Science Quarterly*, 17 (3), 233-241.
- Lindholm, L. & Eriksson, K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18 (9), 1354-1361.
- Lindholm, L. & Eriksson, K. (1998). The dialectic of health and suffering: An ontological perspective on young people's health. *Qualitative Health Research*, 8 (4), 513-525.
- Louie, S. W.-S. (2004). The effects of guided imagery relaxation in people with COPD. *Occupational Therapy International*, 11 (3), 145-159.
- Loureiro, L. (2002). Orientações teórico-metodológicas para aplicação do método fenomenológico na investigação em enfermagem. *Referência*, 8, 5-16.
- Lovallo, W. R. (1997). *Stress & health. Biological and psychological interactions*. Thousand Oaks: Sage.
- Lovallo, W. R. & Thomas, T. L. (2000). Stress hormones in psychophysiological research: Emotional behaviour, and cognitive implications. In J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary & G. G. Berntson. (Eds.), *Handbook of psychophysiology* (2<sup>a</sup> ed., pp. 342-367). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995a). *Manual for the depression anxiety stress scales* (2<sup>a</sup> ed.). Sydney: Psychology Foundation.
- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995b). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (3), 335-343.
- Lusk, J. T. (1992). *30 scripts for relaxation imagery & inner healing* (Vol. 1). Duluth: Whole Person Associates.
- Liotard, J. F. (1999). *A fenomenologia*. Lisboa: Edições 70.
- Lyubomirsky, N. D., Caldwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75 (1), 166-177.
- Lyubomirsky, S. & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (2), 339-349.
- MacLeod, A. K. (2004). Suicide and attempted suicide. In M. Power (Ed.), *Mood disorders: A handbook of science and practice* (pp. 319-335). Chichester: John Wiley.
- Malinowski, A. & Stamler, L. (2002). Comfort: Exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (6), 599-606.

- McAdam, E. & Lang, P. (2007). *Working in the worlds of children Growing, schools, families, communities through language*. [On line]. [Consult. 6-10-2007]. Disponível: [http://www.cvufyn.dk/FileLib/konferencer/pl/working\\_in\\_the\\_worlds\\_of\\_pl.pdf](http://www.cvufyn.dk/FileLib/konferencer/pl/working_in_the_worlds_of_pl.pdf)
- McEwen, B. S. (2000). The neurobiology of stress: From serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886 (1), 172-189.
- McEwen, B. S. (2002). *End of stress as we know it* [On line]. [Consult. 26-10-2006]. Disponível: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=20997&loc=3>.
- McIntyre, T. & Gameiro, M. G. H. (1999). Inventário de experiências subjectivas de sofrimento na doença (IESSD). In A. P. Soares, S. Araújo & S. Caires (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (pp. 723-736). Braga: APPORT.
- McIlveen, K. M. & Morse, J. M. (1995). The role of comfort in nursing care: 1900-1980. *Clinical Nursing Research*, 4 (2), 127-148.
- McKinney, C. H., Antoni, M. H., Kumar, M., Times, F. C., & McCabe, P. M. (1997a). Effects of guided imagery and music (GIM) therapy on mood and cortisol in healthy adults. *Health Psychology*, 16 (4), 390-400.
- McKinney, C. H., Tims, F. C., Kumar, A. M., Kumar, M. (1997b). The effect of selected classical music and spontaneous imagery on plasma beta-endorphin. *Journal of Behavioral Medicine*, 20 (1), 85-99.
- McNeal, K. E. (1999). Affecting experience: Toward a biocultural model of human emotion. In A. L. Hinton (Ed.), *Biocultural approaches to the emotions* (pp. 215-255). Cambridge: Cambridge University Press.
- McTavish, S. F. B., Mannie, Z. N., Harmer, C. J., & Cowen, P. J. (2005). Lack of effect of tyrosine depletion on mood in recovered depressed women. *Neuropsychopharmacology*, 30, 786-791.
- Mendes, A. C. (2002). *Stress e imunidade. Contribuição para o estudo dos factores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stress*. Coimbra: Formasau.
- Mendes, A. C., Campos, M., Almeida, Â., Perdigão, A., Saraiva, C., Mendes, F, Silva, G., Nina, M., Santos, M., Mendes, P., & Bem-Haja, Z. (2003). Estudo das competências específicas dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. In *Gestão, formação e investigação em enfermagem: Partilha de experiências* (Vol. 2, pp. 91-103). Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra, Direcção do Serviço de Enfermagem.
- Merikangas, K. R., Weissman, M. M., & Pauls, D. L. (1985). Genetic factors in the sex ratio of major depression. *Psychological Medicine*, 15 (1), 63-69.
- Merleau-Ponty, M. (1999). *Fenomenologia da percepção* (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Meyer, G. J. & Shack, J. R. (1989). Structural convergence of mood and personality: Evidence for old and new directions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57 (4), 691-706.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2004a). *Plano nacional de saúde 2004-2010: Mais saúde para todos* (Vols. 1-2). Lisboa: DGS.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2004b). *Implementação do plano nacional de saúde 2004-2010* [On line]. Lisboa: DGS. [Consult. 20-10-2006]. Disponível: <http://64.233.183.104/search?q=cache:iFt5Hwh-7CQJ:www.srsdocs.com>.
- Mischoulon, D., Dougherty D. D., & Fava, M. (2004). Biological factors in chronic depression. In J. E. Alpert. (Ed.), *Handbook of chronic depression: Diagnosis and therapeutic management* [On line]. [Consult. 25-10-2006]. Disponível: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=11219&loc=114>.
- Mongrain, M. & Leather, F. (2006). Immature dependence and self-criticism predict the recurrence of major depression. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (6), 705-713.
- Monroe, S. M. & Harkness, K. L. (2005). Life stress, the "kindling" hypothesis, and the recurrence of depression: Considerations from a life stress perspective. *Psychological Review*, 112 (2), 417-445.
- Morse, J. M. (1983). An ethnoscientific analysis of comfort: A preliminary investigation. *Nursing Papers*, 15 (1), 6-20.
- Morse, J. M. (1992). Comfort: The refocusing of nursing care. *Clinical Nursing Research*, 1 (1), 91-106.
- Morse, J. M. (2000). On comfort and comforting. *American Journal of Nursing*, 100 (9), 34-38.
- Morse, J. M., Bottorff, J. L., & Hutchinson, S. (1994). The phenomenology of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (1), 189-195.

- Morse, J. M., Bottorff, J. L., & Hutchinson, S. (1995). The paradox of comfort. *Nursing Research, 44* (1), 14-19.
- Murphy, K. R. & Myers, B. (1998). *Statistical power analysis: A simple and general model for traditional and modern hypothesis tests*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Naparstek, B. (1994). *Staying Well with Guided Imagery*. New York: Warner Books.
- Nieuwenhuijsen, K., Boer, A. G. E. M. de, Verbeek, J. H. A. M., Blonk, R. W. B., & Dijk, V. F. J. H. (2003). The depression anxiety stress scales (DASS): Detecting anxiety disorder and depression in employees absent from work because of mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine, 60* (Suppl.), i77-i82.
- Nightingale, F. (1860). *Notes on nursing. What it is, and what it is not* [On line]. New York: D. Appleton and Company. [Consult. 29-5-2006]. Disponível: <http://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html>.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin, 101* (2), 259-282.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100* (4), 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109* (3), 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science, 10* (5), 173-176.
- Nolen-Hoeksema, S. & Jackson, B. (2001). Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly, 25* (1), 37-47.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 77* (5), 1061-1072.
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology, 67* (1), 92-104.
- Nolan, S. A., Roberts, J. E., & Gotlib, I. H. (1998). Neuroticism and ruminative response style as predictors of change in depressive symptomatology. *Cognitive Therapy and Research, 22* (5), 445-455.
- Norem, J. K. & Cantor, N. (1986). Defensive pessimism: Harnessing anxiety as motivation. *Journal of Personality and Social Psychology, 51* (6), 1208-1217.
- Norem, J. K. & Cantor, N. (1986). Defensive pessimism: Harnessing anxiety as motivation. *Journal of Personality and Social Psychology, 51* (6), 1208-1217.
- Norem, J. K. & Chang, E. C. (2002). The positive psychology of negative thinking. *Journal of Clinical Psychology, 58* (9), 993-1001.
- O'Connor, N. (1993). *Paterson e Zderad: Humanistic nursing theory*. Newbury Park: Sage.
- Olsen, L. R., Mortensen, E. L., & Bech, P. (2004). Prevalence of major depression and stress indicators in the danish general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109* (2), 96-103.
- Organização Mundial da Saúde (1992). *The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines* [On line]. [Consult. 14-12-2006]. Disponível: [www.who.int/entity/classifications/icd/en/bluebook.pdf](http://www.who.int/entity/classifications/icd/en/bluebook.pdf).
- Organização Mundial da Saúde. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: Nova concepção, nova esperança* [On line]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. [Consult. 21-9-2006]. Disponível: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Mental health in the WHO European region* [On line]. [Consult. 21-9-2006]. Disponível: <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0303e.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde. (2006). *Mental health: Facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference* [On line]. [Consult. 23-08-2007]. Disponível: <http://www.euro.who.int/document/E87301.pdf>.

- Page, S., Levine, P., Sisto, S., & Johnston, M. (2001). A randomized efficacy and feasibility study of imagery in acute stroke. *Clinical Rehabilitation*, 15 (3), 233-240.
- Paivio, A. (1991). Dual coding theory: Retrospect and current status. *Canadian Journal of Psychology*, 45 (3), 255-287.
- Pallas, A. & Villa, J. J. (1991). *Métodos de pesquisa aplicados à la atención primária*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- Palmer, S. & Dryden, W. (1995). *Counselling for stress problems*. London: Sage.
- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de relaxamento: Um guia prático para profissionais de saúde* (J. Bastos, Trad., 2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Pearson, D., Beni, R., & Cornoldi, C. (2000). The generation, maintenance, and transformation of visuo-spatial mental images. In Cesare Cornoldo, Michel Denis, Johannes Engelkamp, Robert Logie, & Manuel de Vega (Eds.), *Imagery, language, and visuo-spatial thinking* [On line] (pp. 1-26). [Consult. 25-10-2006]. Disponível: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=11191&loc=176>.
- Pestana, M. H., Gageiro, J. N. (2000). *Análise de dados em ciências sociais* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55 (1), 44-55.
- Phillips, K. D. (2004). Irmã Callista Roy. Modelo da adaptação (A. R. Albuquerque, Trad.). In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (pp. 301-333). Loures: Lusociência.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1991). *Investigacion científica en ciencias de la salud* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Interamericana.
- Praag, V. H. M. (1996). Faulty cortisol/serotonin interplay. Psychopathological and biological characterisation of a new, hypothetical depression subtype (SeCA depression). *Psychiatry Research*, 65 (3), 143-157.
- Praag, V. H. M. (2005). Can stress cause depression? *World Journal of Biological Psychiatry*, 6 (2), 5-22.
- Praag, V. H. M., Kloet, E. R., & Os, J. V. (2004). *Stress, the brain and depression* [On line]. [Consult. 27-10-2006]. Disponível: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=47755&loc>.
- Preskon, S. H. & Burke, M. (1992). Somatic therapy for depressive disorder: Selection of an antidepressant. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53 (9), 5-18.
- Pylyshyn, Z. W. (2003). *Mental imagery: In search of a theory*. *Behavioral and Brain Sciences*, 25 (2), 157-237.
- Pylyshyn, Z. W. (2007). *Mental imagery: In search of a theory* [On line]. [Consult. 19-4-2007]. Disponível: <http://rucss.rutgers.edu/faculty/zpimagery.htm>.
- Rachman, S. (2004). *Anxiety* [On line]. [Consult. 29-10-2006]. Disponível: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=10035&loc=191>.
- Rees, B. L. (1995). Effect of relaxation with guided imagery on anxiety, depression, and self-esteem in primiparas. *Journal of Holistic Nursing*, 13 (3), 255-267.
- Ribeiro, J. L. P., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão ansiedade stress de Lovibond & Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Richardson, S. (2003). Effects of relaxation and imagery on the sleep of critically ill adults. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 22 (4), 182-190.
- Rossmann, M. (2000). *Guided imagery for self-healing. An essential resource for anyone seeking wellness* (2ª ed.). Tiburon, CA: H.J.Kramer.
- Rossmann, M. (2006). *A brief look at guided imagery* [On line]. [Consult. 22-10-2006]. Disponível: [http://www.healthyroads.com/myhealth/content/mindbody/articles/art\\_ABriefLookatGuidedImagery.asp?](http://www.healthyroads.com/myhealth/content/mindbody/articles/art_ABriefLookatGuidedImagery.asp?)
- Rouet, M. (1975). *Relaxation systématiquement. De la conscience du corps à la maîtrise mentale* (4ª ed.). Paris: Editions Dangles.
- Rowe, D. (2003). *Depression* [On line]. [Consult. 5-11-2006]. Disponível: [http://www.healthyroads.com/myhealth/content/mindbody/articles/art\\_](http://www.healthyroads.com/myhealth/content/mindbody/articles/art_): <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=2318&loc=cover>.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C., & Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, 20 (8), 529-539.



- Rüsch, N., Lieb, K., Bohus, M., & Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatric Services, 57* (3), 399-402.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57* (6), 1069-1081.
- Ryff, C. D. & Keyes, C. L. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69* (4), 719-727.
- Samuels, M. (2003). *Healing with the mind's eye. How to use guided imagery and visions to heal body, mind and spirit*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Samuels, M. & Samuels, N. (1975). *Seeing with the mind's eye. The history, techniques and uses of visualization*. New York: Random House.
- Sapp, M. (1994). The effects of guided imagery on reducing the worry and emotionality components of test anxiety. *Journal of Mental Imagery, 18* (3&4), 165-180.
- Sartre, J. P. (1978). O existencialismo é um humanismo (V. Ferreira, Trad., 4ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- Sartre, J. P. (2001). *O ser e o nada: Ensaio de ontologia fenomenológica* (9ª ed). Petrópolis: Editora Vozes.
- Schneider, S. M., Prince-Paul, M., Allen, M. J., Silverman, P. & Talaba, D. (2004). Virtual reality as a distraction intervention for women receiving chemotherapy. *Oncology Nursing Forum, 31* (1) 81-88.
- Schopenhauer, A. (n.d.). *O mundo como vontade e representação* (M. F. S. Correia, Trad.). Porto: Rés-Editora.
- Seaward, B. L. (2002). *Managing stress. Principles and strategies for health and wellbeing* (2ª ed.). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.
- Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., & Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry, 63* (7), 749-755.
- Seidman, S. N. & Roose, S. P. (2000). The relationship between depression and erectile dysfunction. *Current Psychiatry Reports, 2* (3), 201-205.
- Seligman, M. E. (2006). *Learned optimism. How to change your mind and your life*. New York: Vintage Books.
- Seligman, M. E., Castellon, C., Cacciola, J., Schulman, P., Luborsky, L., Ollove, M., & Downing, R. (1988). Explanatory style change during cognitive therapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 97* (1), 13-8.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Siefert, M. L. (2002). Concept analysis of comfort. *Nursing Forum, 37* (4), 16-23.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia, 27* (3), 387-404.
- Simões, M. R. (2000). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Singer, J. L. (1974). *Imagery and daydream methods in psychotherapy and behaviour modification*. New York: Academic Press.
- Singer, J. L. (2006). *Imagery in psychotherapy*. Washington: American Psychological Association.
- Sloman, R. (2002). Relaxation and imagery for anxiety and depression control in community patients with advanced cancer. *Cancer Nursing, 25* (6), 432-435.
- Spijker, J., Graaf, R. de, Bijl, R. V., Beekman, A. T., Ormel, J., & Nolen, W. A. (2002). Duration of depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry, 181*, 208-213.
- Stahl, S. M., Grady, M. M., & Niculescu, R. (2003). Developments in antidepressants. In J. Potokar, & M. E. Thase (Eds.), *Advances in the management and treatment of depression* [On line] (pp. 87-104). [Consult. 29-10-2006]. Disponível: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=10437&loc=9>.
- Steer, R. A., Clark, D. A., Beck, A. T., & Ranieri, W. F. (1995). Common and specific dimensions of self reported anxiety and depression: A replication. *Journal of Abnormal Psychology, 104* (3), 542-545.

- Steer, R. A., Clark, D. A., & Ranieri, W. F. (1994). Symptom dimensions of the SCL-90-R: A test of the tripartite model of anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 62 (3), 525-536.
- Stein, D. J. (2002). *Cognitive-affective neuroscience of depression and anxiety disorders* [On line]. [Consult. 29-10-2006]. Disponível: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=5611&loc=cover>.
- Stein, D. J. (2003). *Serotonergic neurocircuitry in mood and anxiety disorders* [On line]. [Consult. 30-10-2006]. Disponível: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=5610&loc=21>.
- Stein, D. J. & Hollander, E. (2001). *Anxiety disorders comorbid with depression: Social phobia, generalized anxiety disorder, obsessive compulsive disorder and post traumatic stress disorder* [On line]. [Consult. 25-10-2006]. Disponível: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=1887&loc=29>.
- Streiner, D. L. & Norman, G. R. (2003). *Health measurement scale. A practical guide to their development and use* (3ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Ströhle, A. & Holsboer, F. (2003). Stress-responsive neurohormones. In S. Kasper, J. Boer & J. M. Sitsen (Eds.), *Handbook of depression and anxiety* [On line] (2ª ed., rev. and exp., pp. 207-228). [Consult. 25-10-2006]. Disponível: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=17691&loc=1>.
- Styron, C. W. (2005). Awakening to the fullness of live. In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 262-282). New York: Guilford press.
- Suk, M. H. & Yoon, Y. M. (2001). Effects of guided imagery on stress of adolescents. *Korean Journal of Child Health Nursing* [On line], 7 (3), 359-370. [Consult. 20-8-2007]. Disponível: <http://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=201248&DT=1>
- Sun, M.-K. & Alkon, D. L. (2006). Differential gender-related vulnerability to depression induction and converging antidepressant responses in rats. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 316 (2), 926-932.
- Thayer, J. F., Rossy, L. A., Ruiz-Padial, E., & Johnsen, B. H. (2003). Gender differences in the relationship between emotional regulation and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3), 349-364.
- Thomas, N. J. T. (1997a). *Imagery and the coherence of imagination: A critique of white* [On line]. [Consult. 20-11-2006]. Disponível: <http://www.imagery-imagination.com/white.htm>.
- Thomas, N. J. T. (1997b). Mental imagery. In E. N. Zalta (Eds.), *The Stanford encyclopedia of philosophy* [On line]. [Consult. 22-11-2005]. Disponível: <http://plato.stanford.edu/entries/mental-imagery/>
- Thomas, N. J. T. (1999a). Are theories of imagery theories of imagination? An active perception approach to conscious mental content. *Cognitive Science*, 23 (2), 207-245.
- Thomas, N. J. T. (1999b). *Imagination* [On line]. [Consult. 9-5-2005]. Disponível: <http://philosophy.uwaterloo.ca/MindDict/imagination.html>.
- Thomas, N. J. T. (2003). Imagining minds. *Journal of Consciousness Studies*, 10 (11), 79-84.
- Thomas, N. J. T. (2006). *A note on "schema" and "image schema* [On line]. [Consult. 30-11-2006]. Disponível: <http://www.imagery-imagination.com/schemata.htm>.
- Thornicroft, G. & Sartorius, N. (1993). The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO collaborative study on the assessment of depressive disorders. *Psychological Medicine*, 23 (4), 1023-1032.
- Tomey, A. M. (2004). Virginia Henderson. Definição de enfermagem (A. R. Albuquerque, Trad.). In A. M. Tomey & M. R. Allgood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (pp. 111-125). Loures: Lusociência.
- Tranel, D. & Damásio, A. R. (2000). Neuropsychology and behavioural neurology. In J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary & G. G. Berntson (Eds.), *Handbook of Psychophysiology* (2ª ed., pp. 119-141). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Tutton, E. & Seers, K. (2003). An exploration of the concept of comfort. *Journal of Clinical Nursing*, 12 (5), 689-696.
- Ward, A., Lyubomirsky, S., Sousa, L., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Can't quite commit: Rumination and uncertainty. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29 (1), 96-107.

- Watanabe, E., Fukuda, S., Hara, H., Maeda, Y., Ohira, H., & Shirakawa, T. (2006). Differences in relaxation by means of guided imagery in a healthy community sample. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 12 (2), 60-66.
- Watson, D. & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96 (3), 465-490.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.
- Watson, D., Clark, L. A., Weber, C., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995a). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), 3-14.
- Watson, D., Clark, L. A., Weber, K., Assenheimer, J. S., Strauss, M. E., & McCormick, R. A. (1995b). Testing a tripartite model: II. Exploring the symptom structure of anxiety and depression in student, adult, and patient samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), 15-25.
- Watson, D. & Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98 (2), 219-235.
- Watson, J. (1988). *Le caring. Philosophie et science des soins infirmiers*. Paris: Editions Seli Arslan.
- Watson, J. (1992). Filosofia y teoria de los cuidados humanos en enfermería de Watson. In J. Riehl-Sisca (Ed.), *Modelos conceptuales de enfermería* (pp. 179-192). Barcelona: Ediciones Doyma.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem* (J. Enes, Trad.). Loures: Lusociência.
- Wells, K. B. & Sherbourne, C. D. (1999). Functioning and utility for current health of patients with depression or chronic medical conditions in managed, primary care practices. *Archives of General Psychiatry*, 56 (10), 897-904.
- Wenzlaff, R. M. & Luxton, D. D. (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 27 (3), 293-308.
- Werneck, F. Z., Bara-Filho, M. G., & Ribeiro, L. C. S. (2005). Mecanismos de melhoria do humor após o exercício: Revisitando a hipótese das endorfinas. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 13 (2), 135-144.
- Worthman, C. M. (1999). Emotions: You can feel the difference. In A. L. Hinton (Ed.), *Biocultural approaches to the emotions* (pp. 41-67). Cambridge: Cambridge University Press.
- Wulsin, L. R., Vaillant, G. E., & Wells, V. E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine*, 61 (1), 6-17.
- Yip, K. S. (2003). The relief of a caregiver's burden through guided imagery, role-playing, humor, and paradoxical intervention. *American Journal of Psychotherapy*, 57 (1), 109-121.
- Zarrinpar, A., Deldin, P., Kosslyn, S. M. (2006). Effects of depression on sensory/motor vs. central processing in visual mental imagery. *Cognition & Emotion*, 20 (6), 737-758.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Pschiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361-370.
- Zimerman, D. E. (1995). *Bion: Da teoria à prática - Uma leitura didática*. Porto Alegre: Artes Médicas.



escola superior de  
enfermagem  
de coimbra

