



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM GERONTOLOGIA

Religiosidade, Crenças e Atitudes em Idosos Deprimidos

Em um Serviço de Saúde Mental de São Paulo, Brasil

Claudia Drucker

**Orientador: Prof. Dr. Paulo
Dalgalarondo**

2005

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**RELIGIOSIDADE, CRENÇAS E ATITUDES
EM IDOSOS DEPRIMIDOS:
EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE SÃO PAULO, BRASIL**

Autor: CLAUDIA DRUCKER

Orientador: PROF. DR. PAULO DALGALARRONDO

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação defendida por
..... e aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: 23/06/2005

Assinatura:.....
Orientador: Prof. Dr. Paulo Dalgarrondo

COMISSÃO JULGADORA:

**Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

D843c Drucker, Claudia
Religiosidade, crenças e atitudes em idosos deprimidos: em um serviço de
saúde mental de São Paulo, Brasil / Claudia Drucker. -- Campinas, SP: [s.n.],
2005.

Orientador : Paulo Dalgalarrrondo.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade
de Educação.

1. Depressão em idosos. 2. Vulnerabilidade. 3. Atitudes. 4. Crenças.
5. Cognição. 6. Religiosidade I. Dalgalarrrondo, Paulo. II. Universidade
Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

06-505-BFE

Título em inglês: Beliefs and attitudes in depression elderly : of Mental Health Service in San Paulo / Brazil

Keywords: Depression ; Elderly ; Attitudes ; Beliefs ; Cognition ; Religiosity

Área de concentração: Desenvolvimento humano

Titulação: Mestre em Educação

Banca examinadora: Prof. Dr. Paulo Dalgalarrrondo (orientador)

Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

Profa. Dra. Marcia Menon

Prof. Dr. Sergio Tamai

Prof. Dr. Joel Sales Giglio

Data da defesa: 23/06/2005

Programa de pós-graduação : Educação

e-mail : claudiadrucker@uol.com.br

RESUMO

Introdução: O tema central deste estudo é a descrição de crenças, valores e representações a respeito da depressão em pacientes idosos deprimidos brasileiros. Tem por objetivo investigar os aspectos culturais, sobretudo a religiosidade na formação das características cognitivas desses pacientes, segundo o modelo cognitivo comportamental. **Método:** A população alvo (N=44) foi constituída por pacientes com idade superior ou igual a 60 anos, com diagnóstico de depressão, episódios leve, moderado, grave e recorrente de acordo com os critérios diagnósticos do CID-10, que realizaram avaliação e tratamento multidisciplinar na Unidade de Idosos (UNID) do Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo. Foram utilizados como instrumentos uma ficha com os dados sócio-demográficos, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS), o Questionário de Crenças sobre Comportamentos Depressivos e Antidepressivos, a Escala de Frequência de Práticas Religiosas e a Escala de Religiosidade Intrínseca / Extrínseca. Em um quarto da amostra (N=11), realizou-se uma Entrevista Semi-Estruturada sobre Crenças e Religiosidade, baseada em uma entrevista semi-estruturada para formulação cultural de caso clínico – seções religiosidade e experiência de cura. O tratamento dos dados quantitativos foi realizado por meio de procedimentos estatísticos descritivos e analíticos. Os dados qualitativos foram ordenados e avaliados através da análise de conteúdo das entrevistas gravadas e transcritas. Os temas selecionados foram baseados nas respostas da amostra, buscando-se os conteúdos consensuais mais significativos entre os entrevistados. **Resultados:** Houve associação entre menor poder aquisitivo do indivíduo e crenças e atitudes depressivas ($p=0,02$). Os julgamentos auto-referentes e autocríticos foram mais importantes que os de senso-comum na formação de crenças depressivas. O apoio médico foi observado como comportamento antidepressivo de julgamento mais eficaz no combate à depressão, que o apoio de um amigo. Verificou-se uma maior leitura religiosa entre pacientes não deprimidos ($p=0,001$) e uma tendência na mudança ou aumento da religiosidade nos pacientes deprimidos. A oração foi a prática religiosa mais intensa entre os deprimidos e não deprimidos, percebendo-se uma correlação entre as representações dos motivos para oração e depressão. A maior parte dos idosos apresentou tendência a religiosidade intrínseca ($Md=23,5$), verificando-se uma associação significativa entre aumento de religiosidade e religiosidade intrínseca ($p=0,01$). Tendo sido atribuídos como principal motivo para tal incremento da religiosidade, a vivência de eventos estressantes. **Discussão/Conclusão:** De modo geral verificou-se que os idosos deprimidos têm uma situação de vida pior que os não deprimidos, e que parecem buscar soluções por meio de um aumento ou mudança de religiosidade. A tendência para desenvolver julgamentos mais autocríticos entre os idosos deprimidos pode estar associada a uma maior vulnerabilidade para depressão. Provavelmente, a leitura religiosa é um traçador de uma melhor condição mental nos idosos.

Dedicatória

Aos meus avós Djalma Theóphilo e Felipe Drucker,
que com suas memórias ajudaram a construir
o meu trabalho com os idosos

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Prof. Dr. Paulo Dalgalarrodo pelas valiosas orientações e por ter me apresentado a um tema que se tornou minha paixão, a religiosidade.

A Prof. Dra. Anita Liberalesso Néri, pelas diretrizes e colaborações dadas a este trabalho e o apreço aprendido e dividido pela gerontologia.

Ao Prof. Dr. Sergio Tamai pelo incentivo e apoio transformado em amizade.

Ao Prof. Dr. Osvaldo Pereira Almeida pela sugestão e fornecimento de instrumentos utilizados na pesquisa.

Ao Prof. Dr. Sergio Luis Blay que com sua produção científica trouxe inspiração a este trabalho.

À Equipe Multidisciplinar da UNID, com quem dividi e construí minha experiência na área da psicogeriatría.

Ao Helymar pela colaboração na análise e organização dos dados estatísticos

À Leonete pela colaboração na coleta e organização dos dados.

À Cecília e amiga pela revisão do texto.

Ao pacientes da UNID, pois sem eles este trabalho não teria sido possível.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Distribuição proporcional dos sujeitos por faixa etária.	35
Figura 2	Distribuição proporcional dos sujeitos por estado civil.	36
Figura 3	Distribuição proporcional dos sujeitos segundo escolaridade.	36
Figura 4	Distribuição proporcional dos sujeitos por profissão.	37
Figura 5	Distribuição proporcional dos sujeitos por renda familiar.	37
Figura 6	Distribuição proporcional dos sujeitos por religião.	38
Figura 7	Distribuição proporcional dos sujeitos por aumento de religiosidade.	41
Figura 8	Distribuição proporcional dos sujeitos por motivos de aumento de religiosidade.	41
Figura 9	Distribuição proporcional das respostas dos sujeitos por domínios de crenças sobre depressão e comportamentos antidepressivos.	43
Figura 10	Distribuição proporcional das respostas dos sujeitos por subdomínios de crenças sobre depressão e comportamentos antidepressivos.	44
Figura 11	Comparação entre as frequências de renda familiar e evolução do quadro depressivo.	47
Figura 12	Comparação entre as frequências de leitura religiosa e evolução do quadro depressivo.	49

INDICE DE TABELAS

Tabela 1	Tipos de Práticas Religiosas Sociais	39
Tabela 2	Tipos de Práticas Religiosas Privadas	40
Tabela 3	Descrição das Categorias de Motivação Religiosa	42
Tabela 4	Dados Diagnósticos e de Tratamento	45
Tabela 5	Comparação entre as Frequências dos Dados de Tratamento e Evolução do Quadro Depressivo	46
Tabela 6	Comparação entre as Frequências dos Dados Sociodemográficos e Evolução do Quadro Depressivo	48
Tabela 7	Comparação entre as Frequências dos Dados de Religião e Evolução do Quadro Depressivo	49
Tabela 8	Comparação entre as Frequências dos Dados de Práticas Religiosas e Evolução do Quadro Depressivo	50
Tabela 9	Comparação entre as Frequências dos Dados de Aumento de Religiosidade e Evolução do Quadro Depressivo	51
Tabela 10	Comparação entre as Frequências dos Dados de Religiosidade e Evolução do Quadro Depressivo	52
Tabela 11	Comparação entre as Frequências dos Dados de Domínios de Crenças sobre Depressão e Comportamentos Antidepressivos e Evolução do Quadro Depressivo	54
Tabela 12	Comparação entre as Frequências dos Dados de Sub-Domínios de Crenças sobre Depressão e Comportamentos Antidepressivos e Evolução do Quadro Depressivo	55
Tabela 13	Representação de Autocrítica	57
Tabela 14	Representação de Expectativas Irrealistas	58
Tabela 15	Representação de Necessidade de Aprovação	59
Tabela 16	Representação de Atribuição Errônea	60
Tabela 17	Representação de Atribuição Causal	61

Tabela 18	Representação da Relação entre Crença Religiosa e Depressão	63
Tabela 19	Representação da Relação entre Atividade Religiosa e Depressão	64
Tabela 20	Representação da Relação entre Mudança de Religiosa e Depressão	66

SUMÁRIO

RESUMO	ii
ÍNDICES DE FIGURAS	v
ÍNDICES DE TABELAS	vi
INTRODUÇÃO	
A DEPRESSÃO NO IDOSO	1
As características sintomatológicas da depressão em idosos	2
Aspectos epidemiológicos da depressão em idosos	3
DEPRESSÃO E CULTURA	
Aspectos socioculturais da depressão	7
Manifestações sintomatológicas da depressão em diferentes culturas	9
Cultura e religiosidade	10
Saúde mental e religiosidade	12
Depressão e religiosidade em idosos	15
DEPRESSÃO E CRENÇAS COGNITIVAS	
O modelo cognitivo da depressão	17
A conceituação cognitiva de crenças e atitudes	18
O modelo de vulnerabilidade na depressão	20
DEPRESSÃO E VULNERABILIDADE NO ENVELHECIMENTO	21
OBJETIVOS	23
MÉTODO	
Sujeitos	25
Instrumentos	26
Procedimento	28
Tratamento dos dados	29

RESULTADOS

Dados Sociodemográficos	35
Religiosidade e Práticas Religiosas	38
Crenças e Atitudes sobre Depressão	43
Evolução do Quadro Depressivo e Tratamento	45
Evolução do Quadro Depressivo e Aspectos Sociodemográficos	46
Evolução do Quadro Depressivo e Tipos e Práticas Religiosas	49
Evolução do Quadro Depressivo e Crenças e Atitudes sobre Depressão	53
Depressão e Crenças Cognitivas	56
Depressão e Religiosidade	62

DISCUSSÃO	67
-----------	----

CONCLUSÕES	73
------------	----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
----------------------------	----

ANEXOS

Instrumentos	89
Entrevistas Semi-Estruturadas Sobre Crenças e Religião Transcritas	99
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	161
Autorização do Comitê de Ética em Pesquisa/ ISCMSP	162
Abstract	163

INTRODUÇÃO

A DEPRESSÃO NO IDOSO

O termo depressão pode significar tanto um estado afetivo normal, quanto um sintoma, uma síndrome e uma ou várias doenças (DEL PORTO, 2000). Uma reação “depressiva” ou de manifestação de tristeza a uma perda pode ser observada como algo esperado dentro de um processo de luto, por exemplo. Enquanto sintoma, a depressão pode surgir associada ou não a diferentes quadros clínicos. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstanciais sociais e economicamente diversas. Como síndrome, a depressão inclui vários aspectos como alterações de humor e psicomotoras, sintomas psicossomáticos e cognitivos (BUSSE & BLAZER, 1997).

A classificação da depressão, como doença, segue vários parâmetros históricos e contextuais relativos a critérios diagnósticos. Os mais utilizados são os adotados pela Associação Psiquiátrica Americana e reunidos no DSM-IV (*American Psychiatry Association*, 1994), e os da Organização Mundial de Saúde, apresentados na CID-10 (*World Health Association*, 1992). Os padrões de sintomas descritos nestas classificações organizaram-se por diferentes referenciais teóricos e empíricos.

A classificação clínica da depressão no idoso segue, de modo geral, parâmetros conceituais descritivos da depressão nos adultos. Entretanto, em sua descrição devem ser considerados aspectos diferenciais, tais como fenômenos biológicos, psicológicos e sócio-culturais específicos do processo de envelhecimento (BLAY, 2000). Os temas “depressão” e “envelhecimento” têm sido objeto de interesse crescente nas últimas décadas.

Características sintomatológicas da depressão no idoso

A fenomenologia da depressão no idoso é apresentada por BUSSE & BLAZER (1997), incluindo a descrição de sintomas clínicos específicos desta faixa etária. Eles são caracterizados por:

- menor expressão de tristeza e sofrimento mental que em adultos (JACOBY & OPPENHEIMER, 1997);
- preponderância de somatizações, sobreposição de sintomas somáticos e psíquicos (ALARCON, 1964; WINOKUR et al., 1980; CONWELL et al., 1989, YESSAVAGE, 1983);
- excessiva hipocondria e queixas desproporcionais de problemas ou doenças físicas (GURLAND, 1967);
- maior agitação psicomotora (WINOKUR et al., 1973);
- presença mais freqüente de *delirium* associado (HORDERN et al., 1963; POST, 1972);
- apresentação mais endógena (BLAZER et al., 1986) e mais grave (MEYERS et al., 1988) da depressão;
- aumento dos problemas de memória (pseudodemência) (JACOBY & OPPENHEIMER, 1997);
- sintomas depressivos antecessores de quadros demenciais (JACOBY & OPPENHEIMER, 1997);
- acentuação de características de transtorno de personalidade (JACOBY & OPPENHEIMER, 1997);

- início tardio do uso abusivo de álcool e dependência de calmantes (benzodiazepínicos) (JACOBY & OPPENHEIMER, 1997);
- tendência ao comportamento de auto-medicação (JACOBY & OPPENHEIMER, 1997);
- associação de sintomas ansiosos e depressivos (ALEXOPOULOS et al., 1995; YESSAVAGE, 1992);
- mudança no comportamento ou conduta social – diminuição do interesse pelo ambiente, sensação de falta de perspectivas, solidão e atitude de auto-depreciação (JACOBY & OPPENHEIMER, 1997);
- presença de desesperança e pensamentos recorrentes sobre morte e morrer (JACOBY & OPPENHEIMER, 1997);
- diminuição do apetite, distúrbios do sono (JACOBY & OPPENHEIMER, 1997);
- sensação de nervosismo ou aumento da irritabilidade (STOPPE Jr. & LOUSÃ Neto, 1999);
- falta de suporte social que pode ser confundido com sintoma de isolamento na depressão, dificultando o diagnóstico (BRODATY et al., 1991).

Aspectos epidemiológicos da depressão em idosos

Não há um consenso na literatura internacional sobre a prevalência exata da depressão entre idosos (BURVILL, 1995). Muitos estudos apontam taxas mais elevadas de sintomas depressivos e depressão nesta faixa etária. Um dos primeiros trabalhos (BLAZER & WILLIAMS, 1980) indicou uma prevalência de sintomas depressivos de 14,7% e de 3,5% de depressão maior (critérios do DSM-III). Por outro

lado, alguns estudos sobre epidemiologia dos transtornos mentais no envelhecimento (ANGST, 1986) não chegam a conclusões significativas sobre a evidência de aumento dos percentuais de depressão no grupo dos 65 aos 85 anos. HENDERSON (1994), ao contrário defende a teoria que o aumento da idade tenha um papel protetor contra os fatores de risco para a depressão. Ele contrapõe-se ao conceito de que na medida em que envelhecemos desenvolvemos uma maior probabilidade de apresentarmos um transtorno depressivo, entre outros distúrbios psiquiátricos. Outros estudos apontam uma maior ocorrência simultânea de uma ou mais doenças orgânicas e depressão (MacDONALD, 1986).

Na faixa etária de idosos as formas mais graves de depressões na comunidade variam de 0,9% a 3%. Nos EUA, WEISSMAN e colaboradores (1991) encontraram uma prevalência de 0,9% e BLAZER e colaboradores (1987) a de 0,8%. Na Espanha, LOBO e colaboradores (1995) identificaram a de taxa de 1,0%; no Brasil, ALMEIDA Filho e colaboradores (1992) verificaram a variação de 1,5% (Brasília) e 1,3% (São Paulo).

A detecção da sintomatologia depressiva, distímias ou ajustamentos depressivos que não preenchem o critério diagnóstico utilizado para definir depressão da CID-10 chegam a valores entre 14% e 16%. Têm sido identificados diferentes valores por países observados: em São Paulo, 14,5% e em Mannheim (Alemanha), 9,6% (BLAY et al., 1991); nos EUA, 16,2% (COPELAND et al., 1987) e 27% (BLAZER et al., 1987; BUSSE & BLAZER, 1992). A disforia foi descrita por WEISSMAN e colaboradores (1991) com uma taxa de 25% (EUA) e por WEYERER (1995) com taxa de 34,6% na Alemanha e 47,9% na Inglaterra. KATZ (1989) identificou com vários critérios diagnósticos diferenças entre 18% a 44% (USA). Já em idosos residentes em instituições de longa permanência, os índices passam a alcançar prevalências de 40% em média.

Em estudos longitudinais da evolução dos pacientes idosos com depressão surgem outros aspectos na relação entre envelhecimento e depressão. Segundo os índices de melhora dos estados depressivos, o idoso, apesar do avanço da idade, pode ter um enfrentamento bem sucedido dos sintomas da depressão. POST (1962) revelou que 59,2% dos estados depressivos graves em pacientes idosos tiveram resultados de melhora e 37,8% pioraram. Em 1972, o mesmo autor acompanhou a evolução durante seis anos de depressões graves, e novamente 63,1% dos idosos melhoraram e 36,9% pioraram. BALDWIN & JOLLEY (1986) acompanharam também a evolução de episódios depressivos graves por cinco anos cujos resultados apontaram 60,4% de melhora e 39,6% piora. Para GODBER (1987) os resultados de uma evolução de três anos foram: 61,3% de melhora e 33,7% de piora. Nos estudos longitudinais mais curtos, de um ano em média, os resultados foram controversos: em MURPHY (1983) a melhora foi de 35% e a piora de 48%; para TUMA (1996), 68% melhoraram e 18% pioraram.

A identificação da depressão na população de idosos pode variar muito, de acordo com as diferentes metodologias empregadas nos processos investigativos. Os aspectos que diferenciam a metodologia dos estudos são: diferentes objetivos, instrumentos de avaliação heterogêneos (que podem ser diagnósticos, sintomatológicos ou de *screening*), forma direta ou indireta de coleta de dados, critérios desiguais para definir idoso em relação à idade, entrevistadores leigos ou profissionais, desenho do estudo e operacionalização do conceito diagnóstico.

Uma das justificativas para o aumento da prevalência da depressão em idosos é o aumento natural dos sintomas depressivos decorrente do aumento da faixa etária ou da exposição maior aos fatores preditores da depressão. Um dos fatores preditores considerados nesta análise é a condição de saúde do indivíduo, que com o passar dos anos pode piorar ou ficar mais frágil.

A influência dos fatores de risco no processo de formação de sintomas depressivos foi analisada por BLAY (2000), com o enfoque sobre aspectos sociais, biológicos e culturais. Tais fatores são atribuídos pelo autor, às mudanças nas condições econômicas e ao suporte social decorrentes do luto e da aposentadoria. Situações comuns no envelhecimento, que intervêm nos processos adaptativos do indivíduo, envolvem questões centrais como a saúde e suas perdas, assim como aspectos culturais, revelando, desta forma, a multifatorialidade e a influência dos eventos vitais na gênese da depressão em idosos. A concepção de que o processo de envelhecimento é uma experiência heterogênea tem sido cada vez mais preponderante na última década, demonstrando que *o envelhecimento não se dá no mesmo ritmo, não se inicia na mesma época, nem tem os mesmos resultados para todas as pessoas da mesma sociedade* (NERI, 1993).

Os preceitos da gerontologia e a noção de psicologia do envelhecimento podem contribuir para melhor compreensão da etiologia, sintomatologia e evolução da depressão. Com base nessas concepções, a detecção da depressão em indivíduos idosos pode tornar-se mais confiável e segura, na medida em que são melhor investigados aspectos gerontológicos e clínicos em conjunto com os parâmetros psiquiátricos.

Essas diferenças nas associações entre depressão e envelhecimento indicam que a concepção da noção de bem-estar social e adaptabilidade como preditores de um envelhecimento bem-sucedido podem ser fatores primordiais para uma avaliação e validação na formulação das hipóteses diagnósticas dos transtornos depressivos no idoso.

DEPRESSÃO E CULTURA

Aspectos socioculturais da depressão

A influência da cultura e valores culturais na percepção das causas e sintomas da depressão, assim como os comportamentos antidepressivos apropriados, têm sido comprovados em diversos estudos. CHANG (1985, 1988); PRINCE (1990) incluíram em seus estudos critérios transculturais na identificação e investigação de sintomas da depressão, como por exemplo a expressão da tristeza. BLAY e colaboradores (1991) salientaram esses mesmos aspectos na detecção e prevalência de sintomas da depressão em diferentes grupos culturais e diferentes variáveis sociodemográficas.

A observação do curso da depressão em diferentes culturas passou a ser incluída em pesquisas de forma sistematizada e recomendada pela Organização Mundial de Saúde a partir de 1972. Nesta época, realizaram-se vários estudos em diferentes cidades como Basle, Montreal, Nagasaki, Teerã e Tóquio. Esses estudos apresentavam os seguintes objetivos: 1) desenvolver e validar instrumentos que pudessem identificar, de forma simplificada, a depressão em diferentes culturas; 2) realizar a descrição das diferenças culturais na apresentação sintomatológica da depressão; e 3) estabelecer centros de pesquisa e intervenção terapêutica no acompanhamento longitudinal das populações estudadas (SARTORIUS et al., 1980; 1983; 1993).

A adaptação cultural dos instrumentos de detecção e investigação da depressão já vem sendo enfatizada nas pesquisas desde a década de 60 até recentemente. Tem-se divulgado a necessidade de se implementar e desenvolver os modelos explanatórios e estruturais culturalmente sensíveis das entrevistas psiquiátricas. Nesses modelos foram incluídas as percepções, crenças e práticas de uma determinada cultura sob o ângulo dos hábitos e dimensões da religiosidade (LIPSEGE, 1993), assim como

padrões comportamentais definidos por categorias dos comportamentos “problemas”, dentro de parâmetros psiquiátricos considerados universais (MURPHY et al., 1964).

A necessidade do levantamento de problemas culturais na realização de processos terapêuticos psiquiátricos e psicológicos (YAMAMOTO et al., 1968), também foi enfatizada na década de 60. Os aspectos metodológicos desses estudos passam a ser enfocados de forma mais sistematizada (ROGLER, 1989), auxiliando o crescimento e desenvolvimento da produção científica de estudos e conhecimentos específicos na área.

A influência cultural nos aspectos psicológicos das crenças sobre comportamento depressivo e antidepressivo foi identificada por FURNHAN & MALIK (1994), em estudo comparativo entre a população britânica e a britânica asiática de Bangladesh, Índia e Paquistão. Um dos instrumentos desse estudo foi utilizado na presente pesquisa.

Outros aspectos abordados nos estudos socioculturais são as influências de variáveis sociodemográficas na detecção e apresentação da depressão, tais como: gênero e nível socioeconômico. Segundo estes estudos pode haver uma prevalência maior de mulheres idosas portadoras de depressão, como demonstra WEISSMAN e colaboradores (1991). Esta pesquisa revelou uma frequência duas vezes maior de depressão em mulheres do que em homens. KESSLER e colaboradores (1996) mostraram também que ao longo da vida as mulheres podem apresentar uma tendência de 21,3% para desenvolver depressão, enquanto que nos homens essa tendência cai para 12,7%. PAYKEL (1991) argumenta que os fatores que podem explicar estas evidências são mais ambientais do que biológicos.

Em relação ao nível socioeconômico comprovou-se que com o aumento da renda e da educação há uma diminuição da prevalência de vários transtornos psiquiátricos, inclusive a depressão (BURVILL, 1995). No ECA (*The Epidemiologic Catchment Area Study*), a prevalência de depressão foi maior entre aqueles com pior status socioeconômico (REGIER et al., 1993).

Manifestações sintomatológicas da depressão em diferentes culturas

As diferenças na expressão do sentimento de tristeza e sua interferência cultural na manifestação dos sintomas da depressão foram analisadas inicialmente por LEFF (1973) e, depois, em estudos realizados com população brasileira, na Bahia (COSTA & PEREIRA, 1995), com populações de imigrantes de Berkeley, EUA (LUTZ, 1985) e entre estudantes japoneses e americanos (JOHNSON et al., 1974, 1978). Esses estudos exploram o processo de construção social das referências para a identificação e interpretação da depressão pelos indivíduos.

Os sintomas da depressão em diferentes culturas foi estudado mediante comparação entre as populações coreana, inglesa, americana e indiana (KIM, 1977) e descritos na população idosa de imigrantes coreanos em Washington, EUA (PANG, 1998). Nesses estudos foi observado que a expressão dos sintomas da depressão sofre influências de fatores lingüísticos e psicosocioculturais, incluindo-se o processo de aculturação sofrido pelos imigrantes, no caso, coreanos e indianos.

As diferentes apresentações da depressão, quanto à maior ou menor ênfase nos sintomas de somatização, têm sido estudadas por KLEIMMAN e colaboradores (1977) e ESCOBAR e colaboradores (1987; 1989), assim como a sua relação com a experiência de dor física (PIMENTA et al., 1997).

Os processos adaptativos no enfrentamento do estresse causado por mudanças sociais nos processos migratórios e sua influência no comportamento de tristeza foram estudados por ALMEIDA Filho e colaboradores (1987), nas populações brasileiras baianas e a apatia identificada nesses indivíduos, decorrente do êxodo rural para as cidades urbanas e DRESSLER (1991) nas camadas rurais de uma população, em uma cidade de São Paulo, enfocando a dimensão cultural e o suporte social de suas mudanças geográficas.

Um estudo comparativo entre dois grupos de idosos espanhóis e ingleses, em relação aos sintomas da depressão, foi realizado em 1993 (DREWEY et al.), com o objetivo de examinar as diferenças culturais na expressão da depressão e a prevalência de sintomas depressivos nas populações observadas.

Cultura e religiosidade

Segundo o *Dicionário das Religiões* de HINNELLS (1984), nenhuma definição singular ou simples de religiosidade será suficiente. Algumas definições encontradas como “o reconhecimento humano do poder sobrenatural”, “a crença em Deus”, “qualquer sistema de fé e de culto” são genéricas e não específicas para descrever a religiosidade. A palavra *religião* pode ter-se originado de duas terminologias latinas: a palavra *religio*, que significa algo realizado com uma atenção minuciosa ou escrupulosa para o detalhe, passando a ser utilizado para denominar religião, devido ao modo como os sacrifícios eram feitos nos tempos antigos; e o verbo *religare* traduzido como juntar duas coisas próximas uma da outra. Um dos conceitos de religião apresenta-a como algo que une as pessoas em práticas e crenças comuns, aproximando-as em um mesmo objetivo ou sentido de vida.

Para JAMES (1991), o termo *religião* é um nome abrangente de muitos conteúdos essenciais; ela é considerada como uma experiência, uma vivência, e não apenas como uma crença na experiência alheia. O autor separa a *religião institucional* da *religião pessoal*. No nível pessoal, ele aponta as disposições interiores e pessoais do homem, as quais formam o seu centro particular de interesse, permitindo-se a possibilidade de o indivíduo entrar em contato com seus sentimentos e solidão. No nível institucional, fica o lugar da construção das doutrinas religiosas, suas filosofias, organizações eclesásticas e pensamentos, que guiam ou orientam essa experiência pessoal do homem.

Para YNGER (1967), a religião é um conjunto de crenças e práticas pelas quais um grupo de pessoas enfrenta os problemas essenciais do ser humano. Dessa forma, as crenças são consideradas como a base intelectual das afirmações do sentido que codificam as doutrinas ou as ideologias de uma tradição ou grupo particular (FOWLER, 1994). As crenças podem oferecer garantia, sentido ou meios para implementação do propósito divino (GLOCK, 1962).

A experiência religiosa é compreendida por GEERTZ (1966) como individual, diferente para cada indivíduo, mesmo no âmbito da mesma crença. Ela é descrita por ALLPORT (1950) sob dois aspectos fundamentais que permeiam a vivência religiosa sendo esta mais ou menos evoluída espiritualmente, que são respectivamente a religiosidade intrínseca e a extrínseca. A prática extrínseca ou menos espiritualizada encontra-se entre aqueles que “herdam” sua crença religiosa, não havendo uma tendência reflexiva no ato de escolha pela entidade ou filosofia religiosa, neste caso a divindade tende a um instrumento de satisfação dos desejos impulsivos ou egocêntricos. A prática intrínseca ou mais espiritualizada procura transcender o conforto e a convenção social, buscando um sentido e um aumento do compromisso com a crença ou religião.

Saúde mental e religiosidade

A dimensão da religiosidade na observação dos aspectos culturais na psiquiatria e nos processos investigatórios de transtornos psiquiátricos foi incluída no DSM-III-R enquanto crenças, e no DSM-IV enquanto práticas religiosas e participações sociais (LIPSEGE, 1993).

JAMES (1991), já em 1902, relacionava saúde mental e religião, apresentando a religião saudável como aquela que oferece uma visão mais positiva da vida, e a religião doentia como aquela que traz a falta de autoconfiança, o desespero, a ansiedade e o medo. Para ALLPORT (1967), a saúde mental está relacionada positivamente com a experiência de religiosidade intrínseca. Neste caso, o autor justifica tal afirmação, pela maior consciência e resistência à pressão externa, apresentada pelo indivíduo que experimenta esse tipo de prática religiosa, conseguindo-se, assim desviar das conseqüências emocionais sofridas pelas pressões externas.

Um dos estudos brasileiros mais completos e significativos sobre a relação entre religiosidade e saúde mental é o de LOTUFO NETO (1997). O autor faz uma revisão minuciosa a respeito dos conceitos e parâmetros da religião, incluindo a noção de espiritualidade e fé e as diretrizes metodológicas em pesquisas na área. Nesse estudo investigou-se a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos cristãos, identificando maior incidência de transtornos afetivos e ansiosos e menor de abuso e dependência de álcool em ministros religiosos cristãos não católicos.

DALGALARRONDO & GATTAZ (1992) realizaram uma pesquisa em um hospital universitário de Campinas, sobre a relação entre filiação religiosa e transtorno mental, analisando a duração da internação na enfermaria psiquiátrica desse hospital em 16 variáveis clínicas e demográficas. Identificaram um maior período de internação entre os pacientes católicos (21,3 + 1 -15,9 dias) do que entre pacientes pertencentes à igreja pentecostal (15,9 + 1 – 9,9 dias).

A influência da religião no estresse foi pesquisada em vários estudos, relacionando-se a medida do nível de estresse com a frequência aos serviços religiosos. Os estudos constataram que há uma diminuição do estresse entre os indivíduos que têm maior religiosidade (NESS & WINTHROB, 1980) ou na população que mais frequenta os serviços religiosos (GLOCK, 1968; WILLIAMS, 1991).

KROLL e colaboradores (1989) analisaram as práticas, experiências e crenças religiosas em 52 pacientes psiquiátricos de um hospital psiquiátrico em Minnesota, EUA. Em seu estudo, identificou que aspectos da religiosidade como o preconceito estão diretamente correlacionados com a patologia psiquiátrica e que a participação social religiosa pode colaborar para a melhora de quadros como depressão e ansiedade. Os autores apresentam, como limitação do estudo, os aspectos metodológicos das pesquisas realizadas na área cultural, indicando como principal problema a ambigüidade existente na coleta de dados obtidos referente a essas questões, o que demonstra o caráter multidimensional do conceito de religiosidade.

LEVAV e colaboradores (1997), assim como LOEWENTHAL e colaboradores (1995) encontraram em seus estudos um maior índice de depressão mais grave e associação ao uso abusivo de álcool em judeus do que em indivíduos de outras denominações religiosas. Os autores atribuíram essa diferença à existência de uma maior vulnerabilidade para depressão em judeus, em virtude de uma maior vivência de sentimentos de culpa e angústia relacionados à experiência cultural e histórica da religião judaica. BALL & CLARE (1990) aprofundou-se na questão ao detectar nessa população uma maior tendência de hipocondria e tensão como fator preditor para depressão, relacionadas a uma dificuldade de ajustamento às situações de estresse causadas por uma maior severidade (rigidez) e um aumento de autoculpabilização diante dos eventos de vida.

Em relação à depressão e religião, GARTNER e colaboradores (1991) não encontraram uma relação positiva. Por outro lado, STACK (1992) analisou um efeito positivo da religiosidade na diminuição dos sintomas depressivos, porém sem representatividade. Frente a influência da prática religiosa na depressão, PARKER (2003) concluiu que quanto maior a participação na igreja, menor será a frequência de sintomas depressivos.

BERGIN (1983) realizou uma revisão bibliográfica crítica sobre a relação positiva entre transtornos mentais e religião, chegando à conclusão de que os efeitos são reais, mas a relação positiva não é clara, devido a limitações nas medidas e metodologias utilizadas. DALGALARRONDO e colaboradores (1999) em estudo mais recente relataram esses mesmos aspectos, ocorridos principalmente em pesquisa quantitativas, gerando dificuldades e limitações na coleta dos dados e na análise dos resultados. O autor sugere estudos mais aprofundados e cuidadosos, com referenciais metodológicos qualitativos. Esta pesquisa identifica entre 200 internações consecutivas na unidade psiquiátrica da Unicamp (Universidade Estadual de Campinas), uma maior associação de vivências maníacas em pacientes bipolares a experiências religiosas e místicas.

BAPTISTA (2004) realizou um estudo com 6.961 idosos na comunidade do Rio Grande do Sul verificando a influência da prática religiosa na saúde mental desses indivíduos. A maior parte da população pertencia à religião católica, em seguida dos evangélicos. Os sujeitos analfabetos e alfabetizados fora da escola, os com baixa renda, as mulheres, os desquitados e os evangélicos, referiram terem se tornado mais religiosos com o envelhecimento, apresentando menor risco de desenvolver problemas mentais com o passar dos anos. Por outro lado, os idosos praticantes da fé espírita ou evangélica, quando comparados aos outros grupos religiosos são mais expostos ao risco de morbidade psiquiátrica.

Depressão e religiosidade em idosos

A religiosidade e suas crenças foram analisadas por KOENIG (1992) em uma pesquisa com 850 pacientes idosos, sobre a frequência do uso da religião no enfrentamento de transtornos mentais, em que foram descritas as características desse método de enfrentamento (*coping*) e sua relação com o comportamento depressivo e antidepressivo. Segundo o autor, na maioria dos pacientes idosos homens, o comportamento antidepressivo ocorreu através da religiosidade, sendo inversamente relacionado com a manutenção da depressão na hospitalização desses pacientes. O mesmo autor, em 1993, estudou a relação entre ansiedade e práticas religiosas, concluindo que a religião possibilita uma maior sensação de bem-estar, com um maior entrosamento social do idoso, tendo como consequência uma comprovada diminuição dos sintomas depressivos e ansiosos. LARSON & LARSON (1991) também, relacionam o aumento da atividade como o fator favorável na religiosidade, do aumento da sensação de bem-estar em idosos.

KOENIG (1998) relatou em outro estudo a associação entre estados depressivos, religiosidade intrínseca e hospitalização. Segundo ele, a vivência e prática religiosa intrínseca podem ser fatores preditores positivos na remissão da depressão, pois os pacientes que apresentavam essas características respondiam ao tratamento realizado, em menor tempo (média de 30 semanas) que os outros que eram privados de uma experiência religiosa (média de 47 semanas).

O estudo de GOLDSTEIN & NERI (1993) verificou a relação entre as práticas religiosas e o enfrentamento do estresse, indicando as atividades religiosas voltadas para a interação social como aquelas que propiciam maiores condições ao indivíduo idoso, ante a possibilidade de lidar com a solidão e a dependência. Por esse motivo, essa prática religiosa tende a ser mais eficaz na busca de diminuição da ansiedade e da tendência ao isolamento, ambas presentes em situações geradoras de estresse.

Em um estudo epidemiológico realizado na comunidade do sul, BAPTISTA (2004) encontrou associação positiva entre envelhecimento e maior religiosidade em uma parte dos idosos avaliados, como uma medida protetiva da saúde mental, pois com o passar dos anos os idosos que se tornaram mais religiosos apresentaram menor risco de ter problemas mentais.

Para SHKOLNIK e colaboradores (2001) a religiosidade pode influenciar idosos no aumento da satisfação da vida, saúde e participação em atividades. Os idosos aqui estudados eram de uma comunidade judaica israelita e foram subdivididos em ortodoxos (tradicionais) e não-ortodoxos (não tradicionais). O maior impacto ocorreu entre os mais tradicionais, não pela vivência em si da crença religiosa, mas pela maior vivência social das práticas religiosas, que ocorriam mais nos homens que nas mulheres, o que contribuiu para uma maior motivação para as atividades e por sua vez no aumento da satisfação com a própria saúde física. BENJAMINS e colaboradores (2004) apontaram também, em seu estudo, comportamentos mais preventivos de saúde entre idosos mais religiosos do que os menos religiosos. Essa conclusão foi obtida com a comparação de resultados de exames médicos de procedimentos de saúde preventiva entre idosos judeus de um centro de saúde em Israel, que apresentavam uma maior ou menor preocupação com a preservação da própria saúde.

DEPRESSÃO E CRENÇAS COGNITIVAS

O modelo cognitivo da depressão

O modelo cognitivo da depressão é baseado no modelo teórico da Terapia Cognitiva Comportamental (T.C.C.), inicialmente desenvolvida por BECK (1961; 1963; 1976; 1979, 1997). Trata-se de uma abordagem de terapia breve, com tempo limitado, que tenta corrigir, pelo uso de interpretações, explicações e informação prática, padrões de pensamentos estereotipados, autoderrotistas e atitudes disfuncionais do paciente deprimido. Tem por finalidade, promover a integração das percepções e padrões de pensamentos positivos e, desse modo, diminuir a depressão. As técnicas utilizam confrontação, educação, explicações e interpretações. Os pacientes aprendem a reverter seus padrões cognitivos negativos, por meio dos seguintes processos: (1) aprender a monitorizar pensamentos negativos; (2) reconhecer ligações entre pensamentos negativos e sentimentos de depressão; (3) examinar as evidências a favor e contra pensamentos automáticos específicos; (4) aprender a identificar e alterar crenças disfuncionais que sustentam esses padrões cognitivos negativistas; e (5) desenvolver estratégias mais orientadas à realidade ou adaptativas para lidar com a depressão.

O modelo cognitivo de BECK (1979, 1997) classifica os sintomas da depressão em cinco campos: motivação, cognição, comportamento, emoção e somatização, organizando-os dessa forma, como um elemento técnico facilitador para avaliação e formulação dos fatores desencadeantes, mantenedores e reacionais da depressão no indivíduo.

O modelo referido (de BECK, 1979, 1997) é composto por cinco campos de sintomatologia, cujas divisões são:

1. Manifestações emocionais: sentimentos de tristeza e desânimo, sentimentos negativos a respeito de si mesmo, perda da satisfação em atividades, perda do envolvimento emocional e da capacidade de responder ao humor.
2. Manifestações cognitivas: auto-avaliação negativa, expectativas negativas, autocrítica e culpa.
3. Manifestações motivacionais: perda da vontade e da iniciativa, desejo de fugir e evitar a realidade, aumento da dependência.
4. Manifestações físicas: tensão física, cansaço, esquecimento e distúrbios do sono.
5. Humor/estado mental: disfórico.

A conceituação cognitiva de crenças e atitudes

As atitudes são avaliações e reações favoráveis ou desfavoráveis a objetos, pessoas, situações ou qualquer outro aspecto do mundo, incluindo idéias abstratas e político-sociais. Quanto maior for a consistência cognitiva de uma atitude (ADELSON, 1968), maior será a sua tendência a predizer um comportamento e menor será a sua dissonância cognitiva (FESTINGER, 1957), ou seja, menor será a sensação de desconforto do indivíduo em relação à percepção de si mesmo e do mundo, o que propicia os chamados erros de atribuições e julgamentos sobre si e os outros (BEM, 1970).

As atitudes servem a muitas funções diferentes: a instrumental, que mantemos por razões práticas; a de conhecimento, que tende a dar um sentido para as informações obtidas; a de expressão de valores, que traduz nossos valores ou reflete nossos autoconceitos; a de defesa do ego tem a finalidade de proteção da ansiedade ou das ameaças à nossa auto-estima; e a de ajuste social auxilia o processo de inserção na comunidade social (ADELSON, 1968).

O conceito de atitudes envolve, portanto, o componente cognitivo, o afetivo e o comportamental. Os componentes cognitivo e afetivo referem-se aos esquemas e percepções (crenças) e experiências sobre a situação relacionada com o comportamento que está sendo previsto (BEM, 1970).

O modelo teórico da terapia cognitiva comportamental de BECK (1963, 1979,1997) e BECK (1997) baseou-se em alguns dos aspectos conceituais de atitudes e crenças, descritos na compreensão da depressão. Segundo este modelo, a depressão é consequência de alterações cognitivas que podem ser sintetizadas na seguinte tríade: a percepção negativa de si próprio, as expectativas negativas com respeito ao meio ambiente e as expectativas negativas em relação ao futuro.

A abordagem cognitiva parte, portanto, do princípio básico de que a cognição, o processo básico de formar e adquirir conhecimentos é uma determinante fundamental do afeto e da conduta. As alterações cognitivas descritas produzem esquemas negativos que persistem, apesar das evidências contrárias, formando as crenças BECK (1963, 1979,1997,1997).

As crenças são divididas em centrais, estruturadas no desenvolvimento do indivíduo, e intermediárias, acionadas nos momentos críticos presentes. As interpretações distorcidas das situações promovem reações emocionais, fisiológicas e comportamentais. Os fatores mantenedores dessa rede são os pensamentos automáticos ou distorcidos, desencadeados pelas situações críticas e preestabelecidos pelas crenças disfuncionais, as quais influenciam o humor e a tendência do indivíduo a desenvolver sintomas depressivos ou reações depressivas. Essa organização inclui sistemas mais simples (superficiais) e mais complexos (básicos) BECK (1963, 1979,1997,1997).

O modelo da vulnerabilidade na depressão

O modelo de vulnerabilidade na depressão foi descrito por BECK (1967) e BLATT (1974, 1990), baseado na teoria da vulnerabilidade, que associa variáveis de personalidade, tais como dependência e auto-crítica a estados de disforia crônica (distímias). Os autores acreditam que a necessidade da aprovação ou responsividade afetiva do outro perante si mesmo, o que pode gerar dependência e a persistência na auto-avaliação negativa ou autocrítica podem tornar o indivíduo mais vulnerável a manifestações ou reações depressivas diante das situações de estresse. Essas características podem determinar a formação das crenças negativas e atitudes disfuncionais (como perfeccionismo e necessidade de aprovação) que interferem na manutenção das manifestações depressivas e/ou na remissão de sintomas depressivos.

Os principais aspectos que abrangem as características de perfeccionismo e a dependência social de aprovação na teoria da vulnerabilidade são as expectativas irrealistas estabelecidas diante da resolução de problemas ou conflitos decorrentes das frustrações ou, ainda, de decepções ocorridas no processo de tentativa de adaptação a mudanças da vida, somadas a conteúdos de autocríticas, atribuição errônea e atribuição causal. Essas características, segundo o autor, estabelecem a formação de ciclos viciosos em torno aos aspectos mantenedores da depressão, por exemplo: avaliação externa desfavorável a si mesmo, geradora de comportamentos repetitivos de autocorreção ou reparação, julgadas como mau sucedidas e que levam à autoculpabilizações pelos problemas ocorridos com os outros ou ao redor de si mesmo. Neste aspecto, a tentativa de solucionar esses problemas se dá a partir de metas ou meios impossíveis de serem alcançados que, de antemão, inviabilizam a reconstrução cognitiva de um novo referencial crítico a respeito de si mesmo e dos outros (BECK, 1967; BLATT, 1974, 1990; ZUROFF, 1999).

DEPRESSÃO E VULNERABILIDADE NO ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento é analisado, por BALTES (1990), a partir de proposições teóricas sobre as etapas de desenvolvimento que se dá ao longo do curso de vida (*life-span*), sendo, portanto, multidimensional e multidirecional, envolvendo um equilíbrio dinâmico entre as perdas e ganhos. O conceito de plasticidade frente ao desenvolvimento se estabelece a partir daí, invalidando, dessa forma o conceito de rigidez egóica (cristalização) e de cronificação dos processos psicológicos estagnados.

A adaptação psicológica e social, no processo de desenvolvimento e formação de personalidade no idoso, depende da capacidade de revisão da vida do indivíduo sob determinados enfoques, tais como: os eventos de vida (BUTLER, 1963), a percepção das regulações sociais diante desses eventos - o chamado relógio social (NEUGARTEN, 1977) - e a possibilidade de integração dessas experiências - conceito de integração do eu (ERIKSON, 1969).

NELSON et al. (2002) e SULLIVAN et al. (1998) abordaram as crenças e atitudes religiosas a respeito da morte e do morrer como um fator determinante na experiência de estresse vivenciada a partir da interpretação do processo de envelhecimento e fator de risco para o desenvolvimento da sintomatologia da depressão em idosos.

A prevalência maior da depressão no judaísmo foi analisada em vários estudos como indicador de fatores de vulnerabilidade para depressão. A associação de aspectos culturais e espirituais da religião judaica e a depressão foi observada a partir de características de personalidade como a tendência para o desenvolvimento de culpa e rigidez emocional e de interação social dentro e fora da comunidade judaica (LETAV et al., 1997; BALL & CLARE, 1990; LOEWENTHAL et al., 1995; LEVAV et al., 1993; YEUNG & GREENWALD, 1992; EGELAND & HOSTETTTER, 1992).

Desta forma, as características de crenças e atitudes relacionadas ao perfeccionismo e à dependência social serão analisadas no presente estudo pela perspectiva da vulnerabilidade para a depressão de um indivíduo e a sua capacidade de adaptabilidade ao processo de envelhecimento, com a sua possibilidade de remissão ou manutenção de estados depressivos.

OBJETIVOS

Objetivos Gerais

1. Identificar e descrever **religiosidade, crenças e atitudes** em pacientes idosos com transtornos depressivos, diagnosticadas segundo critérios do CID-10.
2. Investigar alguns aspectos da formação das **crenças, valores, representações e cognições** a respeito da depressão em pacientes idosos deprimidos brasileiros.

Objetivos Específicos

1. Descrever uma amostra de idosos deprimidos brasileiros em relação às **características sócio-culturais**;
2. Descrever uma amostra de idosos deprimidos brasileiros em relação à **religião e religiosidade**;
3. Descrever uma amostra de idosos deprimidos brasileiros em relação às **crenças e atitudes sobre depressão**;
4. Verificar se há relação entre sintomas da **depressão** e frequência das variáveis sócio-culturais, de religiosidade e de crenças e atitudes sobre depressão;
5. Verificar se há relação entre o **tempo de tratamento** e variáveis sócio-culturais, de religiosidade e de crenças e atitudes sobre depressão.

MÉTODO

Sujeitos

A população do estudo foi formada por um grupo de 44 idosos, com idade acima de 60 anos, portadores de **transtorno depressivo** não psicótico (episódios leve, moderado, grave e recorrente), segundo o referencial do sistema diagnóstico do CID-10 (Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento).

Os **44** participantes da pesquisa foram selecionados a partir do levantamento no banco de dados da Unidade de Idosos (UNID) do Centro de Atenção à Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo (CAISM), realizado em um período de triagem psiquiátrica de um ano (1998-1999).

A seleção da amostra seguiu os seguintes critérios de **inclusão** e **exclusão** diagnóstica e ética. Os sujeitos incluídos deveriam ter mais de 60 anos, ter tido o diagnóstico de transtorno depressivo e estarem de acordo com o termo de consentimento livre e esclarecido. Os sujeitos excluídos foram: aqueles que abandonaram o tratamento psiquiátrico durante o período de coleta de dados e os portadores de quadros demenciais, transtorno de personalidade grave e sintomas psicóticos, associados ao quadro depressivo.

Durante a seleção da amostra, 39 sujeitos foram excluídos: 26 por abandono de tratamento ambulatorial, 4 por alta hospitalar (e perda de contato), 6 por não se adequarem aos critérios diagnósticos, 2 morreram durante o estudo e 1 recusou-se a participar da pesquisa, por motivos de dificuldade de mobilização e falta de suporte familiar.

Instrumentos

Os dados sócio-demográficos e diagnósticos foram obtidos a partir de um formulário padronizado adotado na Triagem Psiquiátrica da Unidade de Idosos (UNID), cujos instrumentos e critérios foram descritos no estudo de ALMEIDA e colaboradores (1998). As variáveis utilizadas nesse formulário foram: idade, sexo, estado civil, grupo racial, anos de escolaridade com sucesso, alfabetização, ocupação e renda familiar em salários mínimos. Foram acrescentados os campos de vinculação afetiva e primeira denominação religiosa.

O campo de ocupação foi disposto por categorias profissionais, nas seguintes classificações: **grupo 1** - aposentados; do lar ou prendas domésticas; **grupo 2** - profissões manuais não especializadas (pedreiro, manicure, cozinheira, costureira, atendente de enfermagem, doméstica, passadeira); **grupo 3** - professor, enfermeiro, contador; **grupo 4** - profissões manuais especializadas (soldador, manutenção industrial); **grupo 5** - comércio, administração; e **grupo 6** - trabalho voluntário ou não identificado (não resposta).

As primeiras denominações religiosas foram utilizadas para preencher o campo religião. Foram agrupadas em: católica; protestante (incluindo protestantes históricos e pentecostais); espírita; afro-brasileira; judaica; oriental (incluindo seicho-no-iê) e outros (agnóstica).

Para obter dados complementares à avaliação diagnóstica desde a fase da Triagem Psiquiátrica à de coleta de dados, foi empregada a **Escala de Depressão Geriátrica (GDS - 15 - *Geriatric depression scale*, YESAVAGE, 1983)**. Trata-se de um instrumento especificamente voltado para a população idosa, com a finalidade de avaliar o nível de depressão através do grau de concordância ou discordância a respeito de quinze questões afirmativas abordando 4 áreas distintas da depressão: cognição, emoção, motivação e somatização. Esta versão de 15 questões foi validada no Brasil por ALMEIDA & ALMEIDA, em 1998 (ALMEIDA & ALMEIDA, 1999).

O escore para ponto de corte no GDS-15 para consideração de caso é 6 pontos (GDS - 15= 5/6 pontos, até 5 – não caso, 6 ou mais – caso).

Os dados de frequência e tipos de atividades religiosas sociais e privadas foram apurados pela **Escala de Frequência de Práticas Religiosas Sociais e Privadas (NERI & GOLDSTEIN, 1993)**. Esta escala é baseada na formulação e adaptação de questões que abordam a religiosidade intrínseca e extrínseca (ALLPORT & ROSS, 1967) em termos da frequência dos comportamentos religiosos (AINLAY & SMITH, 1984), das práticas e dos rituais religiosos estabelecidos pelas crenças religiosas (GLOCK & STARK, 1965). Nesta adaptação foram incorporados itens da escala de KOENIG e colaboradores (1988). Sua dimensão de religiosidade multidimensional motivou a escolha deste instrumento, por ser o modelo de avaliação mais indicada à população idosa, segundo as diretrizes de McFADDEN (1996). Os escores foram definidos pelas variáveis correspondentes desta escala, descritas a seguir, no tratamento dos dados.

A noção intrínseca e extrínseca foi investigada pela **Escala de Religiosidade Intrínseca e Extrínseca (HOGE, 1972, forma Likert)**. Esta escala mede a percepção e a concepção da religiosidade do indivíduo. Foi traduzida e adaptada para a versão likert em português por GOLDSTEIN em 1993, a partir da Escala de Motivação Religiosa Intrínseca de HOGE (1972). Teve como base principal os conceitos de motivação religiosa intrínseca e extrínseca (ALLPORT & ROSS, 1967) aplicados na concepção de religiosidade e crença religiosa do indivíduo e sua interferência na visão de mundo (KOENIG, 2004). A versão likert da escala é mais adequada a população idosa, segundo McFADDEN (1996), por ser de auto-aplicação e de maior acesso em termos de acessibilidade e compreensão. O escore desta escala foi definido pela mediana da amostra da somatória dos pontos das respostas de todas as questões, sendo os valores considerados entre 12 a 60 pontos. Quanto menor o valor da mediana maior a tendência do indivíduo para uma **religiosidade intrínseca**, e quanto maior o valor da mediana maior a tendência do indivíduo para uma **religiosidade extrínseca**.

A descrição das crenças sobre depressão e comportamentos antidepressivos foi obtida a partir do **Questionário de Crenças sobre Comportamentos Depressivos e Antidepressivos** (*Questionnaire beliefs about depression and anti-depressive behaviour*, RIPHERRE, 1980). Esse questionário foi traduzido e adaptado para o português por ALMEIDA, em 1999 (ALMEIDA & AMEIDA, 1999). É um instrumento transcultural de identificação das crenças sobre depressão, que consiste em 21 pares de perguntas que englobam três áreas: descrições consensuais sobre crenças a respeito da depressão e do comportamento antidepressivo, distinções de julgamento sobre a relativa eficácia de diferentes cursos de ações e generalizações sobre depressão. Nestas duas áreas estão inseridas as dimensões ou atribuições externas (de senso comum) e as dimensões ou atribuições internas (auto-referenciais).

As entrevistas foram realizadas a partir da **Entrevista Semi-Estruturada sobre Crenças e Religiosidade**, baseada na Entrevista Diagnóstica Semi-Estruturada Padrão para Formulação Cultural Psiquiátrica de Caso Clínico (NUCCI & DALGALARRONDO, 1998), contendo apenas as seções referentes aos temas de **religiosidade e experiências de cura** em saúde mental, sob o ponto de vista das **crenças e atitudes**. As outras seções (identificação, família, escolaridade, trabalho, lazer e hábitos) foram abordadas nos instrumentos de análise quantitativa.

Procedimentos

As Escalas e o Questionário, utilizados na amostra foram testados inicialmente com 26 sujeitos, para detectar eventualmente qualquer dificuldade de entendimento. Os resultados deste estudo-piloto não foram incluídos no estudo principal.

No banco de dados da instituição foram retirados os dados sócio-demográficos da amostra. O restante dos dados analisados nesse estudo foi coletado diretamente com

os sujeitos da amostra, de forma individual, durante entrevista marcada previamente por contato telefônico.

No processo da coleta de dados com os sujeitos foi realizada pela entrevistadora e autora do estudo, no período de 1999 a 2001. O procedimento ocorreu em três etapas, discriminadas a seguir:

- na primeira, foram aplicados a Escala de Depressão Geriátrica (GDS – 15) e o Questionário de Crenças sobre Comportamentos Depressivos e Antidepressivos e atualizados os dados sócio-demográficos, abrangendo desta forma o campo de religiosidade;
- na segunda, foi aplicada a Escala de Frequência de Práticas Religiosas Sociais e Privadas;
- na terceira, realizou-se em um quarto da amostra, ou seja em onze sujeitos, a Entrevista Semi-estruturada sobre Crenças e Religiosidade. Determinando-se a seleção destes sujeitos, de forma a obter um número representativo de cada denominação religiosa existente proporcionalmente à amostragem.

Os dados obtidos foram divididos em quantitativos e qualitativos. Os quantitativos relacionaram os itens em que foram utilizados instrumentos mensuráveis, cujos resultados foram transcritos em planilhas para serem submetidas à análise estatística. Os qualitativos abrangeram as entrevistas aplicadas, as quais foram gravadas e transcritas para serem apreciadas à análise de conteúdo.

Tratamento dos Dados

O presente estudo tem um desenho descritivo e transversal (DENZIN & LINCONL, 1994), mantendo-se constantes a faixa etária e as condições de medida a

serem observadas em um período preestabelecido de ocorrência do fenômeno em questão. Seguindo-se este parâmetro, o tratamento dos dados será descrito em dois níveis de acordo com as características dos resultados obtidos. Serão eles: o quantitativo e o qualitativo.

Análise Quantitativa

A análise quantitativa contou com procedimentos estatísticos para descrever o perfil da amostra. A amostra foi descrita segundo as diversas variáveis em estudo. Foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas (sexo, estado civil, vínculo, escolaridade, ler e escrever, grupo racial, ocupação, se trabalha, renda familiar, religião, frequência de práticas religiosas sociais e privadas, domínios e subdomínios de crenças sobre depressão e comportamentos antidepressivos) e estatísticas descritivas (média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana) das variáveis contínuas (idade, tempo de tratamento e escore do GDS).

Para comparar as variáveis categóricas entre os grupos Deprimidos e Não-Deprimidos no momento da avaliação⁽¹⁾ foram utilizados o **teste Qui-Quadrado (χ^2)** ou, quando necessário (com valores esperados menores que 5), o **teste exato de Fisher (χ^2)**. Para comparar as variáveis contínuas entre os 2 grupos foi utilizado o **teste de Mann-Whitney**. E, para analisar a relação entre as variáveis numéricas foi utilizado o **coeficiente de correlação de Spearman**, devido à ausência de distribuição Normal. Os testes citados, também foram utilizados para os demais cruzamentos de interesse entre os com Menor e Maior Tempo de Tratamento.

O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0.05$.

⁽¹⁾ Os sujeitos do grupo não-deprimido foram considerados aqueles em que a depressão estava em remissão, no momento em que foram avaliados.

Análise Qualitativa

A análise qualitativa utilizou a concepção, os procedimentos sistemáticos e os objetivos da descrição dos conteúdos de mensagens indicadores na Entrevista semi-estruturada de crenças e religiosidade; modelo este denominado de **Análise de Conteúdo** (BARDIN, 1979; DENZIN & LINCOLN, 1994). A unidade de significação para o texto analisado das entrevistas e dos dados colhidos pelos outros instrumentos já mencionados foi obtida pela técnica de investigação de **Análise Temática** (MINAYO, 1992). Dessa forma, em um segundo momento, foram identificados e selecionados os Temas.

O estudo de **Sistemas Simbólicos**, proposto por GEERTZ (1973), serviu para um entrelaçamento das referências pessoais e culturais na elaboração e desenvolvimento de crenças, valores e atitudes do indivíduo. Neste estudo foi abordado através da experiência de “estar deprimido”.

Os **Temas** foram escolhidos pelo método de leitura detalhada e analítica e de identificação dos itens consensuais compreendidos por seu significado nas respostas dos entrevistados.

Os **Temas** identificados foram reunidos em dois grupos: as relações entre “Crenças e Depressão” e entre “Religião e Depressão”. Nestes campos foram eleitos significados comuns e utilizados para a análise.

No campo das relações entre **Crenças e Depressão**, os temas foram:

1. **Autocrítica** – persistência de auto-avaliação negativa de si mesmo;
2. **Expectativas irrealistas** – perfeccionismo irrealista;
3. **Necessidade de aprovação** – dependência da opinião do outro no autojulgamento;

4. **Atribuições errôneas** – busca de causas próprias e autoperceptíveis para os problemas: ampliação dos erros cometidos;
5. **Atribuições causais** – busca de causas perceptíveis externas e no outro para os problemas: dependência do outro para atingir o bem-estar ou mal-estar pessoal;

Tais referenciais foram baseados em: (1) conceitos de **dependência** (necessidade da aprovação ou responsividade afetiva do outro) e **autocrítica** (persistência na auto-avaliação negativa), descritos na Teoria da Vulnerabilidade da Depressão (BECK, 1967; BLATT, 1974, 1990); (2) conceitos de **expectativas irrealistas**, **atribuições causais** e **errôneas** (DATILIO & PADESKY, 1995). Ambos grupos de conceitos determinam a formação das **crenças** (pensamentos automáticos) e **atitudes disfuncionais** (perfeccionismo e necessidade de aprovação). Eles são utilizados como modelo básico da Teoria da Terapia Cognitiva Comportamental (BECK, 1979; 1983).

No grupo de relações entre **Religião e Depressão**, os temas foram:

1. **Relação entre crenças religiosas e depressão** (relação entre crenças religiosas e melhora da depressão);
2. **Relação entre atividades religiosas e depressão** (relação entre frequência de atividades religiosas e melhora da depressão).
3. **Relação entre mudança de religiosidade e depressão** (relação entre mudança de religião e/ou intensidade de religiosidade e melhora da depressão).

A escolha do método qualitativo visa acrescentar elementos para se compreender melhor os valores culturais e as representações do grupo de idosos especificamente estudado. Neste sentido, a cultura é para GEERTZ (1973), *um ingrediente e não um suplemento do pensamento. O conceito de cultura implica a aceitação do pressuposto de que não existem homens não modificados pelos costumes de lugares particulares.* Assim, os homens são vistos pelo autor como *artefatos culturais*; necessitando de *padrões culturais para regulá-los*, pois *não existe natureza independente da cultura.*

RESULTADOS

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Dos **44** sujeitos da amostra, 32 (72,7%) são mulheres e 12 (27,3%) são homens. A idade variou entre 62 e 80 anos, sendo a média de $69,6 \pm 5,7$.

A figura 1 apresenta a frequência percentual dos sujeitos segundo a idade.

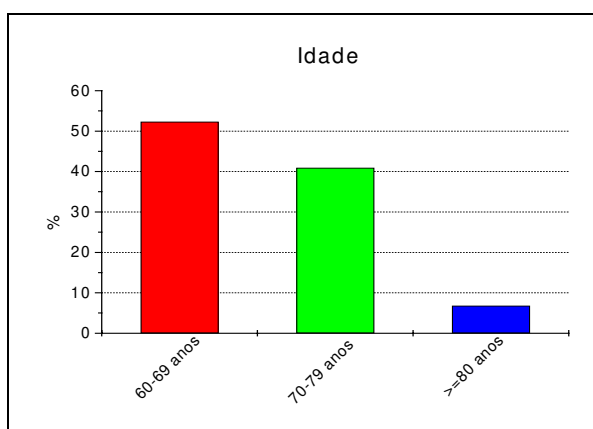


Figura 1. Distribuição proporcional dos sujeitos por faixa etária.

Em relação ao estado civil a frequência maior foi de casados, 22 (50,0%), os separados ou divorciados foram 10 (22,7%), os solteiros foram 7 (15,9%) e os viúvos foram 5 (11,4%). Para analisar o impacto do estado civil no perfil sócio-cultural, os sujeitos foram reunidos por vínculo matrimonial, sendo portanto 25 (56,8%) dos participantes com vínculo e 19 (43,2%) sem vínculo.

A figura 2 apresenta a frequência percentual dos sujeitos por estado civil.

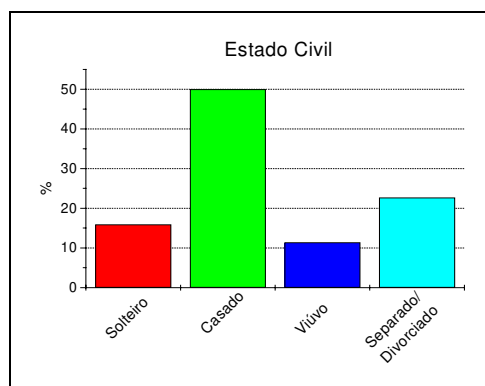


Figura 2. Distribuição proporcional dos sujeitos por estado civil.

A escolaridade média foi de $4,8 \pm 4,1$ em anos de escola com sucesso, estando a maior frequência (de 38,6%, N=17), na faixa de 4 a 7 anos completos.

A figura 3 apresenta a frequência percentual dos sujeitos segundo a escolaridade.

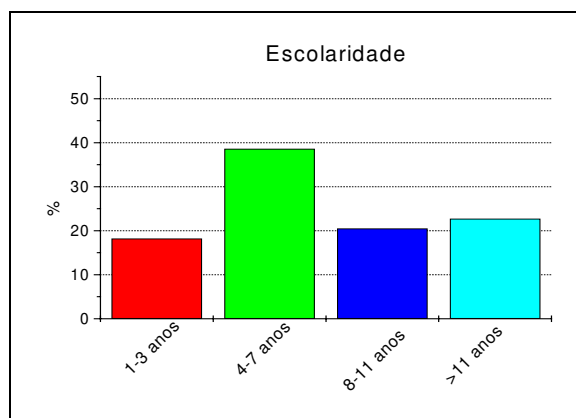


Figura 3. Distribuição proporcional dos sujeitos segundo a escolaridade.

O campo de atividades ocupacionais abrangeu diferentes grupos por profissão, a maior parte dos sujeitos foram aposentados (29,5%, N=13), do lar (25%, N=11) e com atividades manuais não especializadas (20,5%, N=9). Dos informantes, 93,2% (N=41) não trabalhavam e apenas 6,8% (N=3) trabalhavam. A figura 4 apresenta a frequência geral dos sujeitos em relação à ocupação.

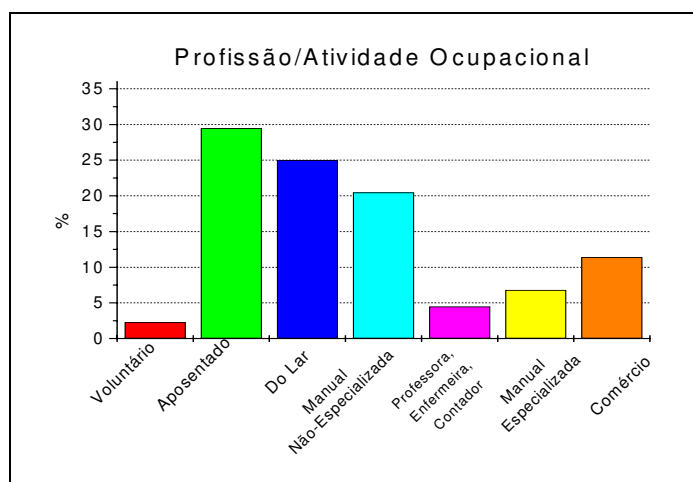


Figura 4. Distribuição proporcional dos sujeitos por profissão.

A renda familiar média da população entrevistada foi de $4,8 \pm 4,3$ salários mínimos, sendo a sua concentração maior em 31,8 % (N=14) na faixa de 4 a 7 salários mínimos. A sua frequência é apresentada na figura 5, abaixo.

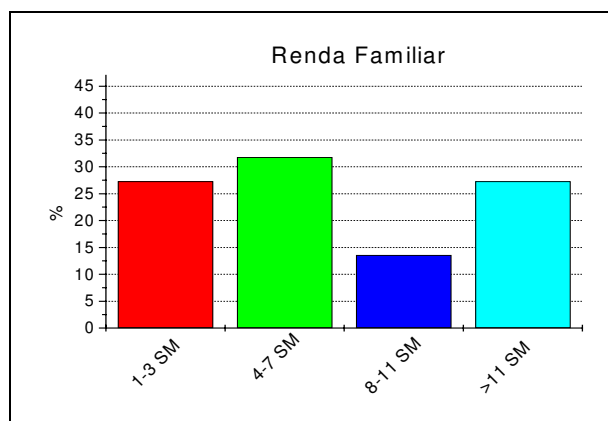


Figura 5. Distribuição proporcional dos sujeitos por renda familiar.

RELIGIOSIDADE E PRÁTICAS RELIGIOSAS

Em relação à denominação religiosa ocupou primeiro lugar a religião católica com 79,5% (N=35), a segunda foi protestante com 9,1% (N=4), seguida de judaica, 4,5% (N=2), agnóstica 4,5% (N=2) e finalmente de religião oriental, 2,3% (N=1).

Os dados da frequência dos sujeitos são representados a seguir, na figura 6.

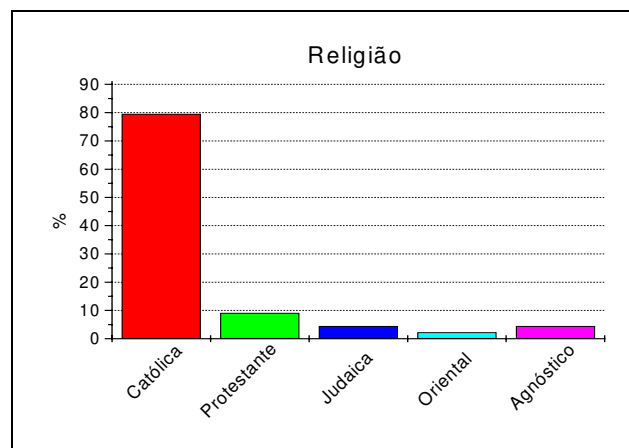


Figura 6. Distribuição proporcional dos sujeitos por religião.

As participações religiosas podem ser compreendidas por práticas religiosas sociais e privadas, analisadas segundo os critérios conceituais da religiosidade intrínseca e extrínseca e de acordo com a dimensão intrínseca e extrínseca da experiência religiosa (ALLPORT, 1950, 1967; HOGE, 1972). Esses aspectos da religiosidade podem ser compreendidos pelo tipo de atividade religiosa e o nível de compromisso do indivíduo para com ela. Os tipos de participação religiosa, segundo CRAIGIE e colaboradores (1990) e LARSON (1992) são:

- participação religiosa – participação em cerimônias e/ou rituais religiosos;

- importância pessoal – objetivo pessoal, valores, crenças e ética;
- uso da religião e/ou igreja como apoio social – vivência social ou externa da religião;
- oração (reza) ou prática devocional religiosa pessoal;
- relacionamento com Deus – importância da experiência ou relacionamento pessoal com Deus
- religião como fonte de significado – visão da religião como sentido de vida.

A tabela 1 apresenta a frequência dos tipos e práticas ou participações religiosas dos sujeitos. A frequência à igreja é predominantemente moderada ou pouca. O motivo para participação de atividades e “ter amigos” a “atividades sociais”.

Tabela 1. Tipos de Práticas Religiosas Sociais

Sub-Categorias	Classificação	Frequência	Percentual
Frequência à igreja	Intensa	1	2,3
	Moderada	19	43,2
	Pouca	22	50,0
	Nenhuma	2	4,5
Participação de atividade social e amigos na igreja	Sim	30	68,2
	Não	14	31,8
Outra	Sim	10	22,7
	Não	34	77,3
Total		44	

Na tabela 2, é apresentada a frequência dos tipos e práticas religiosas privadas dos sujeitos. A reza ou oração configurou-se como a atividade de maior frequência, principalmente com o objetivo de pedir proteção e para agradecer. As leituras religiosas também forma frequentes, sendo tal prática intensa em cerca de 2/3 da amostra.

Tabela 2. Tipos de Práticas Religiosas Privadas

Sub-Categorias	Classificação	Frequência	Percentual
Reza	Sim	42	95,5
	Não	2	4,5
Frequência de Reza	Intensa	36	85,7
	Moderada	2	4,8
	Pouca	4	9,5
Motivo de Reza	Pedir Proteção	17	40,5
	Agradecer	14	33,3
	Louvar	9	21,4
	Pedir Perdão	2	4,8
Programas de Rádio/ TV	Intensa	13	29,5
	Moderada	7	15,9
	Pouca	10	22,7
	Nenhuma	14	31,8
Leituras Religiosas	Intensa	27	61,4
	Moderada	17	38,6
Total		44	

A figura 7 revela o aumento da religiosidade nos últimos dez anos, assim como os motivos alegados para tal incremento da religiosidade. A amostra geral apresentou 68,2% (N=30) de aumento de religiosidade, sendo que, segundo a figura 8, dos idosos em que houve aumento de religiosidade 36,4% (N=16) atribuíram a este aumento a vivência de eventos estressantes e 25% (N=11) justificaram como uma busca de desenvolvimento pessoal.

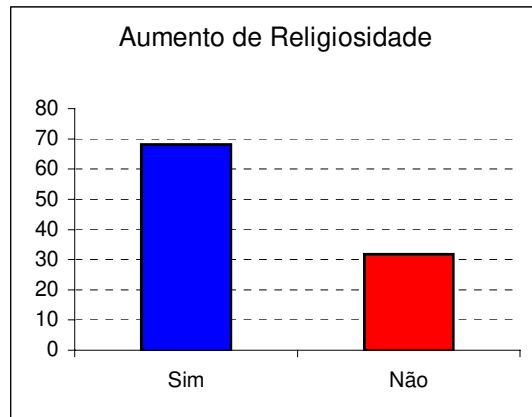


Figura 7. Distribuição Proporcional dos Sujeitos por Aumento de Religiosidade.

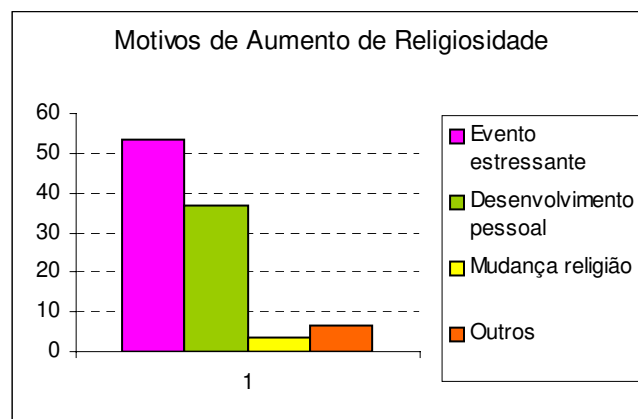


Figura 8. Distribuição Proporcional dos Sujeitos por Motivos de Aumento de Religiosidade.

O tipo de religiosidade, segundo a Escala de Religiosidade Intrínseca / Extrínseca (RI/RE) de Hoge (1972), caracterizou-se mais pela religiosidade intrínseca, pois a mediana da amostra foi **23,5**, levando-se em conta que quanto menor o valor da mediana da somatória dos pontos da escala, maior será a tendência para uma religiosidade intrínseca da amostra.

Em relação à análise individualizada das questões ou categorias da escala de religiosidade, os dados foram descritos na tabela 3, a seguir. Tendo sido apresentados apenas aqueles em que a frequência da resposta foi maior que 60%, na amostra.

Houve, portanto, uma maior tendência para respostas referentes a uma religiosidade intrínseca do que extrínseca, em pelo menos sete itens, classificados pelas categorias de motivação religiosa, pré-definidos pela conceituação da escala.

Tabela 3: Descrição das Categorias de Motivação Religiosa

Categorias	Itens Escala	Resposta	Frequência	Percentual
Importância da fé religiosa na vida.	1	1 (RI)	33	75,0
Presença de Deus na vida.	2	1 (RI)	37	84,1
Importância em servir a Deus	4	1 (RI)	31	70,5
Influência da crença religiosa na maneira como vive e como encara a vida.	6	1 (RI)	30	68,2
Importância de Deus ao se tomar qualquer decisão importante.	7	1 (RI)	37	84,1
Influência da fé religiosa na vida.	11	1 (RI)	31	70,5
Importância da oração ou prece para o indivíduo.	12	1 (RI)	41.	93,2

Houve correlação significativa entre o aumento de religiosidade e a tendência a religiosidade intrínseca, segundo a análise comparativa de Mann-Whitney da mediana da escala de Hoge (Md=23,5) e o grupo em que ocorreu aumento de religiosidade, sendo $p=0,012$.

CRENÇAS E ATITUDES SOBRE DEPRESSÃO

As características das crenças sobre depressão e comportamentos antidepressivos, demonstradas pela soma dos 21 itens, segundo o escore sugerido para cada resposta, sendo resposta A=1 e resposta B=2, foi de 387 (41,9%) respostas A e 537 (58,1%) respostas B. A média da soma total das respostas foi de $33,2 \pm 2,45$.

As frequências dos domínios do questionário de Crenças sobre Comportamentos Depressivos e Antidepressivos são apresentadas na figura 9, a seguir. Na distribuição da amostra, aqui foi considerada a soma das respostas e não a frequência dos sujeitos. A frequência das respostas foi analisada pelo escore indicado para cada uma delas. Para as categorias foram considerados os três domínios crenças sobre depressão, descrição e julgamento de eficácia dos comportamentos antidepressivos.

As sub-categorias, classificadas segundo a pontuação, consistiram em: senso-comum, auto-referente, eficaz e ineficaz.

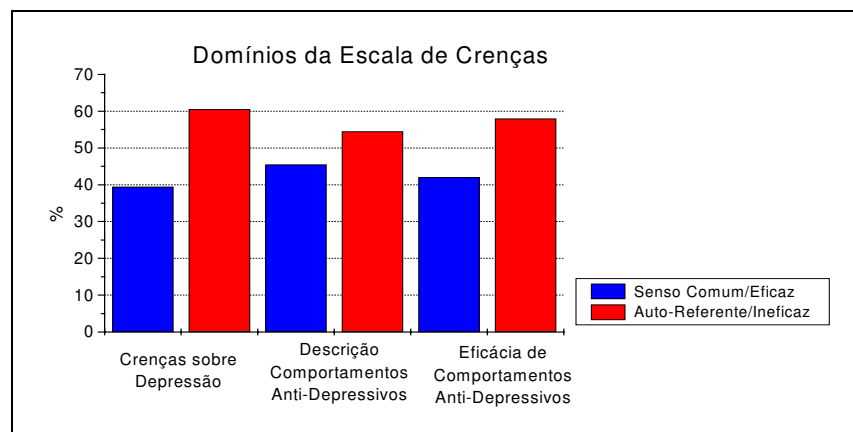


Figura 9. Distribuição Proporcional das Respostas dos Sujeitos por Domínios de Crenças sobre Depressão e Comportamentos Antidepressivos.

Na amostra total, as crenças sobre depressão de maior escolha foram as **auto-referentes** ou de atribuição externa. Os comportamentos antidepressivos foram caracterizados e julgados prevalentemente como **ineficazes** no combate à depressão.

A figura 10, a seguir, apresenta as freqüências das respostas dos sujeitos em relação aos sub-domínios do questionário de Crenças sobre Comportamentos Depressivos e Antidepressivos. As sub-categorias foram classificadas segundo o escore sugerido para as respostas e a atribuição desse valor para cada questão, referente ao julgamento da eficácia ou ineficácia frente aos temas: ocupação (atividades que envolvam compromisso ou responsabilidades); lazer (atividades que envolvam prazer); apoio da família, de um amigo e do médico.

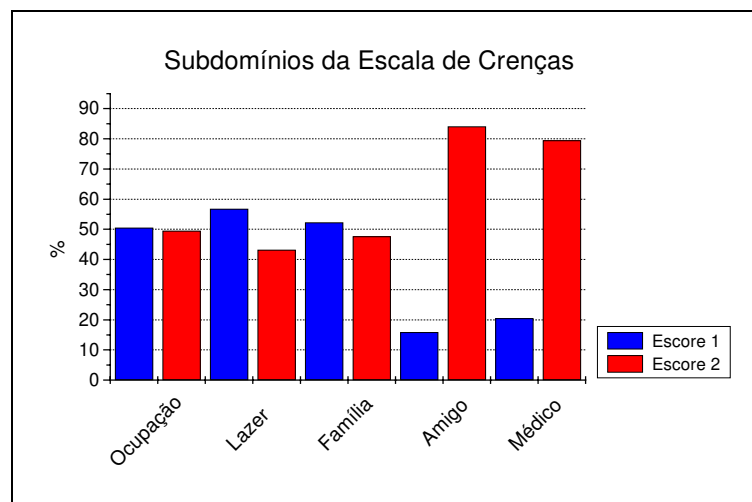


Figura 10. Distribuição Proporcional das Respostas dos Sujeitos por Sub-Domínios de Crenças sobre Depressão e Comportamentos Antidepressivos

As características mais significativas das respostas dos sujeitos frente aos temas de sub-domínios foram: o **apoio médico** foi observado em maior incidência, como comportamento antidepressivo de julgamento **eficaz** no combate à depressão, porém o **apoio de um amigo** foi avaliado pela maior parte da amostra como comportamento antidepressivo de julgamento **ineficaz** na melhora do estado depressivo.

EVOLUÇÃO DO QUADRO DEPRESSIVO E TRATAMENTO

A descrição das variáveis Evolução do Quadro Depressivo e Tempo de Tratamento foi realizada inicialmente pela identificação dos valores médios da distribuição proporcional dos sujeitos da amostra total. A partir desses dados foram definidos os sub-grupos para a variável Tempo de Tratamento, separados como Tempo Menor e Maior de Tratamento. E para variável Evolução do Quadro Depressivo, utilizou-se a referência do ponto de corte para caso e não caso de depressão do GDS, gerando os sub-grupos Não-Deprimidos e Deprimidos. Tendo sido considerados os sujeitos do grupo não-deprimido aqueles em que a depressão estava em remissão, no momento da avaliação

A tabela 4 apresenta as características da distribuição da amostra frente ao tempo de tratamento e casos depressivos e não depressivos no momento da avaliação (depressivos em remissão).

Tabela 4. Dados Diagnósticos e de Tratamento

Categorias	Sub-Categorias	Frequência	Percentual	Média	Mediana	Desvio Padrão
Tempo de Tratamento(meses)				22,7	20,5	6,52
Tempo de Tratamento(meses)	≤ 22	26	59,1			
	> 22	18	40,9			
Escore/ GDS				6.0	5	3,47
Depressão (Escore/ GDS)	Não-Deprimidos (GDS ≤ 5)	23	52,3			
	Deprimidos (GDS > 5)	21	47,7			
Total		44				

A análise da correlação entre os dados de tempo de tratamento e depressão é demonstrada na tabela 5, a seguir.

Tabela 5. Comparação entre a Frequência dos Dados de Tratamento e Evolução do Quadro Depressivo

Categoria	Sub-Categorias	Grupo Não-Deprimido (F+Percentual)	Grupo Deprimido (F+Percentual)	Total	pF*ou pQ*
Tempo de Tratamento	≤ 22 meses	15 (65,2)	11 (52,4)	26	0,387
	> 22 meses	8 (34,8)	10 (47,6)	18	
Total		23	21	44	

*pF= Indicador de Correlação: Teste Exato de Fisher = 0,1

*pQ= Indicador de Correlação: Teste do Qui-quadrado < 0,05

Correlação entre Tempo de Tratamento Menor e Maior

No cruzamento das variáveis de interesse com os grupos de Menor (≤ 22 meses) e Maior (> 22 meses) Tempo de Tratamento, não foi identificado nenhuma correlação significativa.

EVOLUÇÃO DO QUADRO DEPRESSIVO E ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A análise comparativa entre os Grupos de Deprimidos (que apresentaram o escore do GDS com valor acima de 5 pontos) e os Grupos de Não-Deprimidos (pacientes com sintomas depressivos em remissão, ou seja, que apresentaram o escore do GDS com valor igual ou abaixo de 5 pontos) em relação às variáveis idade, sexo, vínculo afetivo, escolaridade, ocupação e renda familiar, é demonstrada na tabela 5.

Ambas foram condensadas em sub-categorias, com o objetivo de facilitar a visualização e compreensão dos dados.

Na comparação entre os dois grupos, ocorreu associação significativa entre renda familiar e depressão ($pQ=0,020$). Sendo que, o grupo de deprimidos no momento da avaliação apresentou renda menor que o grupo de não-deprimidos.

A figura 11, abaixo, apresenta a representação gráfica dos dados comparativos encontrados.

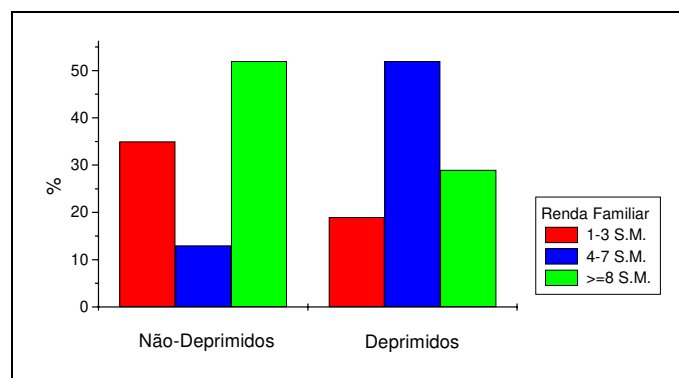


Figura 11. Comparação da Frequência entre os Dados de Renda Familiar e Evolução do Quadro Depressivo

A tabela 6, a seguir, apresenta a descrição dos dados comparativos encontrados entre os dados sociodemográficos e a evolução do quadro depressivo.

Tabela 6. Comparação da Frequência entre os Dados Sociodemográficos e Evolução do Quadro Depressivo

Categorias	Sub-Categorias	Grupo Não-Deprimido (F+Percentual)	Grupo Deprimido (F+Percentual)	Total	ρF^* ou ρQ^*
Idade (Faixa Etária)	60-69 anos	13 (56,5)	10 (47,6)	23	0,555
	≥ 70 anos	10 (43,5)	11 (52,4)	21	
Sexo	Feminino	17 (73,9)	15 (71,4)	32	0,853
	Masculino	6 (26,1)	6 (28,6)	12	
Vínculo	C/ Vínculo	13 (56,5)	12 (57,1)	23	0,967
	S/ Vínculo	10 (43,5)	9 (42,9)	21	
Grupo Racial	Branco	19 (82,6)	17 (80,9)	36	1,000
	Demais	4 (17,4)	4 (19,1)	8	
Escolaridade	1-3 anos	2 (8,7)	6 (28,6)	8	0,447
	4-7 anos	10 (43,5)	7 (33,3)	17	
	8-11 anos	5 (21,7)	4 (19,1)	9	
	> 11 anos	6 (26,1)	4 (19,1)	10	
Ocupação	Demais	11 (47,8)	9 (42,9)	20	0,870
	Aposentado	7 (30,4)	6 (28,6)	13	
	Do lar	5 (21,7)	6 (28,6)	11	
Renda Familiar	1-3 sm	8 (34,8)	4 (19,1)	12	0,020
	4-7 sm	3 (13,0)	11 (52,4)	14	
	≥ 8 sm	12 (52,2)	6 (28,6)	18	
Total		23	21	44	

* ρF = Indicador de Correlação: Teste Exato de Fisher = 0,1

* ρQ = Indicador de Correlação: Teste do Qui-quadrado $< 0,05$

EVOLUÇÃO DO QUADRO DEPRESSIVO E TIPOS E PRÁTICAS RELIGIOSAS

Na tabela 7 são apresentados na seqüência, os resultados da análise comparativa entre primeira denominação religiosa e os grupos de deprimidos e não-deprimidos no momento da avaliação (depressivos em remissão).

Tabela 7. Comparação da Frequência entre os Dados de Religião e Evolução do Quadro Depressivo

Categorias	Sub-Categorias	Grupo Não-Deprimido (F+Percentual)	Grupo Deprimido (F+ Percentual)	Total	ρF*ou ρQ*
Religião	Católica	19 (82,6)	16 (76,2)	35	0,716
	Demais	4 (17,4)	5 (23,8)	9	
Total		23	21	44	

Verificou-se uma associação significativa nos resultados da análise comparativa entre práticas religiosas e os grupos de não-deprimidos e deprimidos no momento da avaliação, entre Depressão e Leitura Religiosa. O grupo de Não-Deprimidos obteve maior frequência de com Leitura Religiosa mais Intensa que Deprimidos no momento da avaliação. A figura 12 apresenta a comparação entre a Leitura Religiosa em Não-Deprimidos e Deprimidos

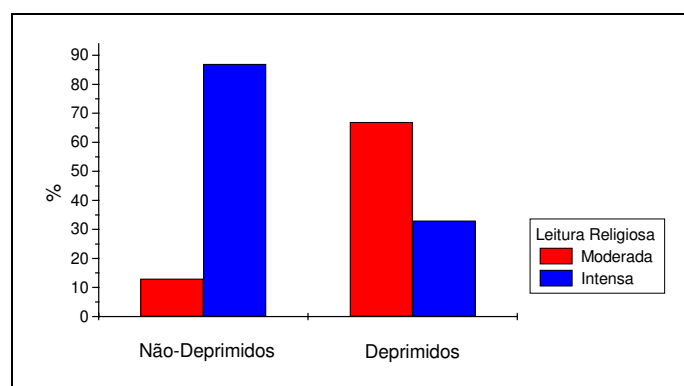


Figura 12. Comparação da Frequência entre os Dados de Leitura Religiosa e Evolução do Quadro Depressivo

Os resultados da análise comparativa entre práticas religiosas e os grupos de não-deprimidos e deprimidos no momento da avaliação (depressivos em remissão) são demonstrados a seguir, na tabela 8.

Tabela 8. Comparação da Frequência entre os Dados de Práticas Religiosas e Evolução do Quadro Depressivo

Categorias	Sub-Categorias	Grupo Não-Deprimido (F+Percentual)	Grupo Deprimido (F+Percentual)	Total	pF*ou pQ*
Prática Religiosa Social (Frequência)	Intensa/Moderada	11 (47,8)	9 (42,9)	20	0,741
	Pouca/Nenhuma	12 (52,2)	12 (57,1)	24	0,155
Tipo de Prática Religiosa Social (Outra)	Sim	3 (13,1)	7 (33,3)	10	
	Não	20 (86,9)	14 (66,7)	34	
Prática Religiosa Social (Atividade Social/ Amigos)	Sim	16 (69,6)	14 (66,7)	30	0,837
	Não	7 (30,3)	7 (33,3)	14	
Prática Religiosa Privada (Reza/ Motivo)	Louvar/ Perdão	5 (22,7)	6 (30,0)	11	0,843
	Agradecer	8 (36,3)	6 (30,0)		
	Pedir Proteção	9 (40,9)	8 (40,1)		
Prática Religiosa Privada (Programa de Rádio/ TV)	Sim	14 (60,9)	16 (76,1)		0,276
	Não	14 (60,9)	16 (76,1)	30	
Prática Religiosa Privada (Leituras Religiosas)	Intensa	20 (86,9)	7 (33,3)	27	0,001

	Moderada	3 (13,1)	14 (66,7)	17	
Total		23	21	44	

* ρF = Indicador de Correlação: Teste Exato de Fisher = 0,1

* ρQ = Indicador de Correlação: Teste do Qui-quadrado < 0,05

A análise comparativa entre aumento de religiosidade, seus motivos e os grupos de não-deprimidos e deprimidos no momento da avaliação (depressivos em remissão) é demonstrada na tabela 9, a seguir.

Tabela 9. Comparação da Frequência entre os Dados de Aumento de Religiosidade e Evolução do Quadro Depressivo

Categorias	Sub-Categorias	Grupo Não-Deprimido (F+Percentual)	Grupo Deprimido (F+Percentual)	Total	ρF*ou ρQ*
Aumento de Religiosidade	Sim	13 (56,5)	17 (80,9)	30	0,082
	Não	10 (43,5)	4 (19,1)	14	
Motivo de Aumento de Religiosidade	Eventos Estressantes	7 (53,8)	9 (52,9)	16	0,281
	Desenvolvimento Pessoal	6 (46,2)	5 (29,4)	11	
	Outros	0 (0,0)	3 (17,6)	3	
Total		23	21	44	

* ρF = Indicador de Correlação: Teste Exato de Fisher = 0,1

* ρQ = Indicador de Correlação: Teste do Qui-quadrado < 0,05

Para apresentar o cruzamento das religiosidades do tipo Privada e Social entre Depressão foram calculados os escores para Religiosidade do Tipo Social e Religião do Tipo Privada, como descritos nos quadros a seguir. Quanto maior o escore, mais atividades daquele tipo o paciente desenvolve:

Para frequência do escore para religião tipo social (soma de pontos/ pontuação: não=0, sim=1) - itens 1, 2, 8:

<i>Prática Religiosa Social</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>
0	1	2,3
1	13	29,5

2	21	47,7
3	9	20,5

Para frequência do escore para religião tipo privada (soma de pontos/ pontuação: não=0, sim=1) - itens 3, 6, 7 (4 foi desconsiderado):

<i>Prática Religiosa Privada</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentual</i>
1	2	4,5
2	12	27,3
3	30	68,2

A descrição da análise comparativa entre práticas religiosas do tipo Privada e Social e entre os grupos de Deprimidos e Não-Deprimidos no momento da avaliação (depressivos em remissão), são apresentadas a seguir, na tabela 10.

Tabela 10. Comparação da Frequência entre os Dados de Religiosidade e Evolução do Quadro Depressivo

Categorias	Sub-Categorias	Grupo Não-Deprimido (F+Percentual)	Grupo Deprimido (F+Percentual)	Total	pF*ou pQ*
Prática Religiosa Social	0-1	7 (30,43)	7 (33,33)	14	0,356
	2	13 (56,52)	8 (38,10)	21	
	3	3 (13,04)	6 (28,57)	9	
Prática Religiosa Privada	1-2	9 (39,13)	5 (23,81)	14	0,276
	3	14 (60,87)	16 (76,19)	30	
Total		23	21	44	

*pF= Indicador de Correlação: Teste Exato de Fisher = 0,1

*pQ= Indicador de Correlação: Teste do Qui-quadrado < 0,05

EVOLUÇÃO DO QUADRO DEPRESSIVO E CRENÇAS E ATITUDES SOBRE DEPRESSÃO

A associação entre depressão no momento da avaliação e crenças sobre depressão e comportamentos antidepressivos, segundo o escore sugerido para cada resposta, sendo resposta A=1 e resposta B=2, demonstrou que a soma dos 21 itens para o grupo de deprimidos no momento da avaliação (depressivos em remissão) a frequência de resposta A foi de 191 (43,3%) e respostas B foi de 250 (56,7%); para o grupo de não-deprimidos no momento da avaliação a frequência de respostas A foi de 196 (40,6%) e de respostas B foi de 287 (59,4%). A média da soma total das respostas para o primeiro grupo foi de $32,9 \pm 1,83$ e para o segundo grupo foi de $33,48 \pm 3,00$.

A comparação entre os grupos deprimidos e não-deprimidos no momento da avaliação (depressivos em remissão) para as frequências dos domínios do questionário de Crenças sobre Comportamentos Depressivos e Antidepressivos são apresentadas na tabela 11, na sequência. A distribuição da amostra seguirá os mesmos critérios definidos na análise descritiva dos domínios.

Tabela 11. Comparação da Frequência entre os Dados de Domínios de Crenças sobre Depressão e Comportamentos Antidepressivos e Evolução do Quadro Depressivo

Categorias	Ítems	Sub-Categorias	Grupo Não-Deprimido (F+Percentual)	Grupo Deprimido (F+Percentual)	Total	ρF^* ou ρQ^*
Crenças sobre Depressão	1, 5, 8, 9, 13, 14, 16, 20	Senso-comum (Resposta A)	75 (44,6)	64 (34,8)	139	0,138
		Auto-referente (Resposta B)	93 (55,4)	120 (65,2)	213	
Descrição de Comportamentos Antidepressivos	4, 6, 11, 15, 19	Senso-comum (Resposta A)	49 (46,7)	51 (44,4)	100	0,944
		Auto-referente (Resposta B)	56 (53,3)	64 (55,6)	120	
Julgamento sobre Eficácia de Comportamentos Antidepressivos	3, 7, 10, 12, 17, 18, 21	Eficaz (Resposta A)	67 (39,9)	81 (44,0)	148	0,329
		Ineficaz (Resposta B)	103 (60,1)	101 (55,0)	204	
Total (n=44)			N=23	N=21		

** ρF = Indicador de Correlação: Teste Exato de Fisher = 0,1*

** ρQ = Indicador de Correlação: Teste do Qui-quadrado < 0,05*

Na tabela 12, a seguir, são apresentados os resultados da comparação entre os grupos deprimidos e não-deprimidos no momento da avaliação (depressivos em remissão) para as frequências das respostas dos sujeitos em relação aos sub-domínios do questionário de Crenças sobre Comportamentos Depressivos e Antidepressivos. A distribuição da amostra por categorias seguirá os mesmos critérios definidos na análise descritiva dos subdomínios.

Tabela 12. Comparação da Frequência entre os Dados de Sub-Domínios de Crenças sobre Depressão e Comportamentos Antidepressivos e Evolução do Quadro Depressivo

Categorias	Itens	Sub-Categorias	Grupo Não-Deprimido (F+Percentual)	Grupo Deprimido (F+Percentual)	Total	ρF^* ou ρQ^*
Ocupação	8, 10, 11, 14, 15	Eficaz (Resposta A)	54 (51,4)	57 (49,6)	111	0,741
		Ineficaz (Resposta B)	51 (48,6)	58 (50,4)	109	
Lazer	4, 19	Eficaz (Resposta A)	24 (57,1)	26 (56,5)	50	0,599
		Ineficaz (Resposta B)	18 (42,9)	20 (43,5)	38	
Apoio da Família	8, 21	Eficaz (Resposta A)	23 (54,7)	23 (50,0)	46	0,241
		Ineficaz (Resposta B)	19 (45,3)	23 (50,0)	42	
Apoio de Amigo	12, 17	Eficaz (Resposta A)	5 (11,9)	9 (19,6)	14	0,426
		Ineficaz (Resposta B)	37 (88,1)	37 (80,4)	74	
Apoio Médico	7, 12, 18	Ineficaz (Resposta A)	12 (19,1)	15 (21,7)	27	0,555
		Eficaz (Resposta B)	54 (80,9)	51 (78,3)	105	
Total (N=44)			(N=23)	(N=21)		

** ρF = Indicador de Correlação: Teste Exato de Fisher = 0,1*

** ρQ = Indicador de Correlação: Teste do Qui-quadrado < 0,05*

Não foi encontrado nenhuma associação significativa ou relevante na análise comparativa entre os grupos deprimidos e não-deprimidos no momento da avaliação (depressivos em remissão) para as frequências das respostas dos sujeitos em relação aos domínios e subdomínios do questionário de Crenças sobre Comportamentos Depressivos e Antidepressivos.

DEPRESSÃO E CRENÇAS COGNITIVAS

A associação entre depressão e cognição foi descrita a partir dos resultados da análise de conteúdo das transcrições literais das entrevistas semi-estruturadas sobre crenças e religião (N=11). Os dados serão apresentados por tema definidos e organizados pelas tabelas 13 a 17.

O tema de **autocrítica**, descrito na tabela 13, a seguir, foi expresso pelos sujeitos, por elementos com significados de auto-rejeição (“*odeio meu corpo*”); autodesvalia (“*o maior problema sou eu mesma*”); julgamento ou comparação desfavorável em relação a si mesmo e aos próprios atos (“*sou errado*”, “*..., inútil*”). Elementos esses permeados muitas vezes por uma sensação de inadequação ou vergonha (“*eu me sinto envergonhada*”, “*me sinto atrapalhando*”).

Tabela 13: Representação de Autocrítica

Paciente (Pseudônimo)	Conteúdo
1. Alba	<i>“Tenho medo de ficar doente..., de não poder fazer nada. Eu tenho muito medo e fico triste”.</i>
2. Augusto	<i>“Sou errado, não falo nada, quando estou triste”.</i>
3. Neuza	—
4. Eduardo	<i>“Muita coisa eu não alcanço resultado, quando eu penso que alcanço, constato que fui ludibriado”.</i>
5. Sara	<i>“Eu odeio meu corpo”. “Eu queria emagrecer, mas não consigo. Faço dieta, mas não adianta”</i>
6. Maria	<i>“...a gente passa a não conversar, só pensa no que deixa de fazer, no que deixa de lado.”</i>
7. Delia	<i>“..., eu me sinto envergonhada, inútil. Eu acho que estou atrapalhando..., se eu não estivesse seria melhor.”</i>
8. Sofia	<i>“Eu acho que o maior problema sou eu mesma, ... Quando não estou bem, que é o meu estado emocional, que eu já passei por ele, eu fico apática, não consigo nada.”</i>
9. Jonas	<i>“Qualquer coisinha me deixa nervoso, por exemplo, se eu quero uma coisa e não posso conseguir, aquilo na hora é já um estado de nervo que me dá. Fico contrariado, aborrecido.”</i>
10. Ribas	<i>“E em troca uma nova agressão, porque eu não quero admitir que ela tem condições de criticar, porque eu não tenho condições de argumentar. Emocionalmente, estou péssimo.”</i>
11. Wolf	<i>“..., me sinto atrapalhado, porque eu quero pensar em outras coisas e fico pensando nas notas, nas pautas (de música). Na cabeça, atrapalha a concentração que eu deveria ter.”</i>

As **expectativas irrealistas** (como segue na tabela 14) foram caracterizadas por soluções inalcançáveis ou impossíveis de problemas, segundo a avaliação da auto-responsabilização pela ocorrência muitas vezes, desses mesmos problemas. Como por exemplo: meus problemas seriam solucionados “*se todo mundo arrumasse um emprego*”, “*se eu acertar na loteria*”; se não há ninguém para contar, então é porque “*já vivi muito, demais*”.

Tabela 14: Representação de Expectativas Irrealistas

Paciente (Pseudônimo)	Conteúdo
1. Alba	<i>“Se todo mundo arrumasse emprego, ficaria bem”. “Ter bastante dinheiro para melhorar”.</i>
2. Augusto	<i>“Tudo dói... no meu pensamento não tem cura”.</i>
3. Neuza	<i>“Tenho uma notícia, penso logo no pior”.</i>
4. Eduardo	<i>“Eu acho que estou cansado de tanto enfrentar problemas que na vejo solução... não consigo ver algo positivo. Fico na esperança e quando chega no momento da decisão, a decisão ou a resposta é negativa”.</i>
5. Sara	<i>“Pensar que não vou poder mais andar, que a minha doença evolua, que eu acabe em uma cadeira de rodas ou em uma cama.”</i>
6. Maria	<i>“Se eu pensar coisas boas, a gente fica animado, mas se pensar coisas ruins, a gente desanima, então eu acho que só tem pensar bom.”</i>
7. Delia	<i>“Eu gostaria de trabalhar, ter minhas economias, não precisar de ninguém, tudo isso me afeta muito,...”</i>
8. Sofia	<i>“Quando eu estou bem eu supero, quando eu não...”</i>
9. Jonas	<i>“..., se eu acertar na loteria de um dia para o outro, eu fico todo contente.”</i>
10. Ribas	<i>“Se eu tivesse recursos (financeiros) eu teria passado por cima disso, pra começar eu não teria as dificuldades que tenho, eu não teria que me preocupar, não teria razões para me preocupar,...”</i>
11. Wolf	<i>“Não tenho amigos nem conhecidos. Os poucos que eu tinha ou morreram ou se afastaram também. A minha idéia é que já vivi muito, demais.”</i>

A **necessidade de aprovação** (como segue na tabela 15) foi caracterizada por significados oriundos de uma avaliação externa desfavorável a si mesmo, geradora de comportamentos repetitivos de auto-correção ou reparação, julgadas como mau sucedidas. Exemplificadas por: “*Deus me livre, se acontecer algo com a minha filha,...*”; “*Qualquer crítica (me deixa pior)*”.

Tabela 15: Representação de Necessidade de Aprovação

Paciente (Pseudônimo)	Conteúdo
1. Alba	“Meu nervosismo piora... qualquer coisa que me falam, que eu não gosto.”
2. Augusto	“O meu povo, hoje,..., eles só querem saber de mim de dinheiro e todo dia eles me deram prejuízo...”
3. Neuza	“Se eu estou triste e o problema é meu, procuro às vezes até disfarçar , não passar para ninguém, porque isso passa...”
4. Eduardo	“Eu sempre fico na condição de otário e não o cara que procurou fazer, achar o melhor caminho, contemporizar...”
5. Sara	“...eu deixo meus filhos preocupados, sinto até que eles estão tristes.”
6. Maria	“outro dia, fiquei triste com uma amiga, mas já passou... Depois eu achei que era bobagem, a minha amizade com ela vale mais do que mil varal.”
7. Delia	“Deus me livre, se acontecer algo com a minha filha, eu acho que eu me mato, eu não agüento a vida. Eu vivo em torno dela.”
8. Sofia	“Nesse momento, eu não superei a situação de forma nenhuma. Dei muito trabalho na minha família, que só vendo.”
9. Jonas	“A gente vive até certo ponto pelos filhos e pela esposa, depois a gente vive mais pelos netos,...”
10. Ribas	“...quando estou falando, ela (esposa) está falando com outra pessoa e aí eu paro e me retiro, isso aí me desagrada... Já venho prevenido para ouvir um não.”
11. Wolf	“Qualquer crítica (me deixa pior).” “Qualquer elogio (me deixa melhor).”

A **atribuição errônea** (na tabela 16, a seguir) foi representada por situações de auto-culpabilizações por problemas ocorridos com os outros ou ao redor de si mesmo. Exemplificadas por: “..., eu me sinto envergonhada, inútil. Eu acho que estou atrapalhando. Sabe, se eu não estivesse, seria melhor.”. “Eu estou muito triste porque eu não estou podendo fazer nada.”. “Aquele nervoso que eu fico, aí eu perco o caminho... eles (família) começam a dizer, ..., que eu sou ruim,..., aí eu fico pior, eu já sabia, como que era,..., então eu me sinto diminuído”.

Tabela 16: Representação de Atribuição Errônea

Paciente (Pseudônimo)	Conteúdo
1. Alba	“Se abandonar a casa, ninguém cuidará dela”.
2. Augusto	“Aquele nervoso que eu fico, aí eu perco o caminho... eles (família) começam a dizer, ..., que eu sou ruim,..., aí eu fico pior, eu já sabia, como que era,..., então eu me sinto diminuído”.
3. Neuza	“Fico melhor se eu ver que todos estão bem”.
4. Eduardo	“Só faço boas intenções e, no entanto, só de pensar que fui tapeado...”.
5. Sara	“..., eu também não sei disfarçar o que estou sentindo, o que estou sofrendo.”
6. Maria	“Eu fico trêmula de tudo...”
7. Delia	“..., eu me sinto envergonhada, inútil. Eu acho que estou atrapalhando. Sabe, se eu não estivesse, seria melhor.”
8. Sofia	“Eu estou muito triste porque eu não estou podendo fazer nada.”
9. Jonas	“..., nervoso, eu sou nervoso mesmo. Qualquer coisinha me deixa nervoso,...”
10. Ribas	“Meus problemas se residem na dificuldade de suprir as necessidades da família.”
11. Wolf	“Tem horas que eu me sinto enfezado, irritado, sem qualquer razão externa, só o que me ocorre na cabeça me deixa irritado com o mundo.”

A **atribuição causal** (na tabela 17, a seguir) apresentou significados referentes a responsabilizações por sensações de bem-estar e/ou problemas ocorridos consigo mesmo, como por exemplo *“Fico feliz, se todos estão bem”*. *“Fico pior, se alguém fica doente”*.

Tabela 17: Representação de Atribuição Causal

Paciente (Pseudônimo)	Conteúdo
1. Alba	<i>“Fico feliz, se todos estão bem”. “Fico pior, se alguém fica doente”.</i>
2. Augusto	<i>“Filhos brigam, dão prejuízo e eu fico arrasado”. “Meu corpo não agüenta, é por causa disso que estou triste”.</i>
3. Neuza	<i>“Qualquer notícia, me dá preocupação, tira o sono e me deixa apreensiva”.</i>
4. Eduardo	<i>“Eu encontro pessoas desonestas que me provocam tipos de danos qualquer e aí vem aquele sentimento íntimo de colocar na condição de otário, que me revolta”.</i>
5. Sara	<i>“..., da mesma forma que eu me afasto um pouco deles, eu sinto a mesma coisa com eles, eles também se retraem.”</i>
6. Maria	<i>“...eu fiquei trêmula por ter acontecido aquilo (com a amiga). Eu achei que era coisinha pouca para ter acontecido aquilo.”</i>
7. Delia	<i>“Quando vem parente na minha casa, que seu gosto muito e eu sei que me estima também, eu fico super feliz. Passou aquilo a tristeza volta.”</i>
8. Sofia	<i>“...eu perdi uma amiga de coração e como eu não estava bem, eles (a família) esconderam de mim,...”</i>
9. Jonas	<i>“Tenho pensamento (triste) quando penso na minha filha, que mudou pra longe. Eu sinto agonia, saudade.”</i>
10. Ribas	<i>“..., uma só palavrinha dela (esposa) já constitui um aborrecimento.”</i>
11. Wolf	<i>“Quando saíamos, ela (esposa) fazia questão de me agarrar o braço, hoje em dia nem isso, ficamos distantes de dia e de noite.”</i>

DEPRESSÃO E RELIGIOSIDADE

Os dados da associação entre depressão e religiosidade foram apresentados a partir dos resultados da análise de conteúdo das transcrições literais das entrevistas semi-estruturadas sobre crenças e religião, representados os temas crença religiosa e depressão (tabela 18), atividade religiosa e depressão (tabela 19) e mudança de religiosidade e depressão (tabela 20).

Os conteúdos descritos pela associação entre depressão e religiosidade (descritos na tabela 18, na pág. 63) encontrou em suas representações, maior incidência na concordância entre a interferência positiva da religião para a melhora da depressão e menor incidência na ausência de interferência. Não encontrado portanto, significados de interferência negativa entre religião e depressão.

Em relação a interferência das atividades religiosas na depressão (apresentados na tabela 19, na pág. 64) foi encontrado associação positiva em parte dos sujeitos, principalmente nas atividades de reza e ida à igreja. A associação negativa apresentou conteúdos de experiências de oração e leitura religiosa mal sucedidas.

Outro aspecto detectado pela análise de conteúdo foi a apresentação de primeira, segunda e até terceira denominação religiosa, abordadas nas questões 15 e 16 da entrevista semi-estruturada. Sendo descrita a mudança de opção de escolha religiosa principalmente, após o surgimento de situações de experiências mal sucedidas ou perdas, gerando justificativas, tais como: “...quando eu vi que eles só quer o dinheiro do povo”, “gostaria de acreditar em vida depois da morte”; “eu queria entender o porque do acontecido” (referindo-se à perda do marido), “...é um carma que eu tive que levar, então eu acho que é de outra vida, porque o que eu fiz nessa terra para ter esse castigo?” (referindo-se à perda do filho).

Tabela 18: Representação da Relação entre Crença Religiosa e Depressão

Paciente (Pseudônimo)	Conteúdo
1. Alba	<i>“Não tem, não existe coisas que melhoram ou pioram a depressão”.</i>
2. Augusto	<i>“Eu sinto que melhora, é pela fé que a gente sente”. “Tem que obedecer a religião”.</i>
3. Neuza	<i>“A minha fé”. “Ter fé em Deus”.</i>
4. Eduardo	<i>“Nada. Já no passado eu até acreditei em Deus, mas eu mesmo analisei as coisas e há ..2 anos, nada.”</i>
5. Sara	<i>“Ela (crença) ajuda, porque eu acredito em Deus, Asher⁽¹⁾, ele é dono de tudo, além do mais é nosso pai e todo pai ama seu filho, desde que esse filho também o ame e o respeite.”</i>
6. Maria	<i>“Me ajuda a curar. Eu pedindo a Deus, ... , ajudou muito a minha melhora, muito mesmo.”</i>
7. Delia	<i>“Eu acho que é a (religião) espírita, eu acho que ela é mais certa (para a melhora da depressão).”</i>
8. Sofia	<i>“Agora eu sou evangélica... Minha filha já era evangélica, então começou a cuidar de mim, naturalmente com as orações dela.”</i>
9. Jonas	<i>“Só acredito na melhora. Pode-se obter uma graça em poder melhorar. Como eu acredito no médico, eu posso acreditar em Deus que me deixe melhorar.”</i>
10. Ribas	<i>“Se eu tivesse fé na religião cristã, talvez eu me sentisse melhor.”</i>
11. Wolf	<i>“Não sinto influência nenhuma na religião.” “...depois de maduro eu vi que tudo era falso,...”</i>

⁽²⁾ Asher: Deus em hebraico.

Tabela 19: Representação da Relação entre Atividade Religiosa e Depressão

Paciente (Pseudônimo)	Conteúdo
1. Alba	<i>“Quando não vou à missa parece que me falta alguma coisa, não me sinto bem.”</i>
2. Augusto	<i>“..., eu fui pra igreja passando mal e lá eu fico melhor, eu sinto um alívio na cabeça.” “Tem que obedecer a religião.”</i>
3. Neuza	<i>“... fazer uma oração.”</i>
4. Eduardo	<i>“Não. Eu já fiz isso (oração)..., depois cheguei à conclusão que eu não devia fazer isso, eu devia achar o caminho.”</i>
5. Sara	<i>“Pode, porque é a casa (sinagoga) das festas alegres.” “(Quando se reza) Tem mais contato com a parte espiritual e também com as pessoas da comunidade.”</i>
6. Maria	<i>“Sim. Quando a gente está (rezando) junto, em mais gente, sim.”</i>
7. Delia	<i>“Rezo sozinha, geralmente peço para Deus: Deus me perdoa?”.</i>
8. Sofia	<i>“Todos os dias em casa, devemos fazer uma oração.”</i>
9. Jonas	<i>“Não.”</i>
10. Ribas	<i>“...faço uma oração quando estou sozinho, me recolho no quarto e oro a Deus, aquela orientação segundo o evangelho de São Mateus.”</i>
11. Wolf	<i>“Não.” “Só a bíblia eu leio...mas não acho nada na bíblia.”</i>

A relação entre mudança de religiosidade e depressão foi apresentada na tabela 20, a seguir. Os conteúdos demonstraram uma tendência a ocorrer mudança na opção de religião diante de eventos estressantes. Eles são descritos a seguir:

- Em que a mudança gerou aumento na intensidade de religiosidade diante de situações descritas como: a) *“A minha religião é a católica.” “..., mas só freqüento (religião espírita), porque meu sogro é espírita.” ‘Eu acho que é a espírita,... ela é a mais certa (para melhorar a tristeza ou desanimo).’*; b) *“A minha religião é a católica.” “..., mas só freqüento (religião espírita), porque meu sogro é espírita.” ‘Eu acho que é a espírita,... ela é a mais certa (para melhorar a tristeza ou desanimo).’*; c) *“Eu mudei. Eu nasci em berço católico, mas nunca pratiquei. Agora sou evangélica, a cerca de um ano. (Referindo-se a fase de piora da depressão). Eu fiquei 27 anos na Seicho-Nô-Ie.”*
- Em que a mudança gerou diminuição na intensidade de religiosidade - *“Na idade madura eu desacreditei em qualquer religião.”* Referindo-se à fase após evento crítico.

Tabela 20: Representação da Relação entre Mudança de Religiosidade e Depressão

Paciente (Pseudônimo)	Conteúdo
1. Alba	<i>“Não, nasci católica e vou morrer católica.”</i>
2. Augusto	<i>“Sim, mudei para assembléia de Deus, em (19)61. Meus pais eram católicos”</i>
3. Neuza	<i>“Nunca mudei de religião. Sempre foi a católica.”</i>
4. Eduardo	<i>“Não.”</i>
5. Sara	<i>“Sim, num certo tempo eu pesquisei o espiritismo. Foi logo depois da morte do meu marido. Eu buscava algo que, não sei..., eu buscava algo fora da minha comunidade, eu queria entender o porque do acontecido,...”</i>
6. Maria	<i>“Mudei, tentei a universal. Minha primeira religião foi a católica,...”</i>
7. Delia	<i>“A minha religião é a católica.” ”..., mas só freqüento (religião espírita), porque meu sogro é espírita.” ‘Eu acho que é a espírita,... ela é a mais certa (para melhorar a tristeza ou desanimo).”</i>
8. Sofia	<i>“Eu mudei. Eu nasci em berço católico, mas nunca pratiquei. Agora sou evangélica, a cerca de um ano. Eu fiquei 27 anos na Seicho-Nô-Ie.”</i>
9. Jonas	<i>“Não.”</i>
10. Ribas	<i>“Mudei de espírita para maçom e de maçom para católica.”</i>
11. Wolf	<i>“Na idade madura eu desacreditei em qualquer religião.”</i>

DISCUSSÃO

A discussão dos dados seguirá a sequência de análise dos campos sociodemográficos, religioso e cognitivo.

Os dados sociodemográficos confirmaram tendências descritas em estudos epidemiológicos e sócio-culturais sobre idosos em nosso país. Apesar das características gerais da população estudada serem específicas por pertencerem a uma instituição de saúde mental e por esta pesquisa, ter sido realizada através de um corte transversal, elas foram comuns em pontos principais. Tais semelhanças ocorreram não apenas com os estudos similares (ALMEIDA e al., 1998), mas também com outras pesquisas mais abrangentes, com métodos epidemiológicos ou voltadas para as áreas de ciências sociais.

Entre os idosos com depressão verificou-se mais mulheres do que homens. No presente estudo a proporção foi de sete mulheres para três homens. A distribuição populacional nesta faixa etária pode variar de seis a sete para mulheres para três a quatro homens (BERQUÓ, 1997; DEBERT, 1999).

A dimensão socioeconômica revelou uma associação positiva entre menor renda econômica, que em geral se associa com perdas em papéis e status sociais e depressão no idoso (BLAY, 2001; WU et al., 2003). A maioria dos idosos havia exercido profissões de pouca especialização, atividades manuais não especializadas e eram donas de casa. Por ocasião da pesquisa a maior parte da amostra já se encontrava aposentada, formal ou informalmente.

A identificação de fatores de risco para depressão em idosos tem sido uma estratégia de pesquisa muito utilizada em estudos epidemiológicos na população. Nesses estudos, os fatores estressantes são, em geral, relacionados ao desenvolvimento ou manutenção dos sintomas e estados depressivos. Os aspectos sociais e o contexto de vida são fundamentais no processo relacionado à depressão. Tem sido associados à depressão: a perda do status socioeconômico, relacionadas à

mudança na inserção ou participação no mercado de trabalho, assim como as consequências econômicas e familiares mais amplas (SHOEVERS et al., 2000; DEWEY et al., 1993; COPELAND et al.; PRINCE et al., 1998). A perda de pessoas próximas é outro ponto significativo nas mudanças familiares e no senso de amparo afetivo relacionado à depressão (SHOEVERS et al., 2000; de BEUERS et al., 2001; BLAY, 2001); assim como perdas funcionais na saúde geral do indivíduo (BECKMAN, 1995). Para RODRIGUEZ-TESTAL (2003) esta forma de analisar os quadros de depressão em idosos pode auxiliar na avaliação de casos clínicos individuais e não apenas epidemiológicos, principalmente na detecção da depressão subclínica ou da sintomatologia prévia ao desenvolvimento do transtorno depressivo no indivíduo.

Em um estudo longitudinal na Finlândia (HEIKKEN & KAUPPENEN, 2004) foram observados durante dez anos (de 1989 a 1999) sintomas depressivos em um grupo de idosos com idade de 75 a 85 anos. A prevalência de desenvolvimento de sintomas depressivos comparando-se um grupo por gênero é de quase 15% maior para mulheres. Apesar das diferenças de prevalência, os fatores de risco para depressão tiveram impacto e respostas diferentes para cada gênero: a deteriorização financeira e a perda de cônjuge e de pessoas próximas impactaram mais os homens em 5 à 15% mais que nas mulheres; por outro lado a deteriorização da saúde impactou mais as mulheres em 18% a mais que nos homens. A perspectiva longitudinal do estudo mostrou que os fatores de risco que mais influenciam a depressão são transitórios ou circunstanciais e não permanentes. Isto significa que não há uma associação obrigatória entre envelhecimento e depressão. Pois, apesar do aumento dos fatores de risco no processo de envelhecimento o que influenciou o aumento da prevalência de sintomas depressivos na população foi o impacto emocional e pessoal na vida do indivíduo. Alguns autores interpretam este dado como indicação de que o maior fator de risco para depressão seria uma vulnerabilidade intrínseca do indivíduo para depressão (SHOEVERS et al., 2000; de BEUERS et al., 2001). Esta mesma interpretação foi analisada em estudos da abordagem cognitiva comportamental, como a tendência da personalidade do indivíduo para desenvolver reações depressivas frente

à situações de estresse (Teoria da Vulnerabilidade, BECK, 1967 ; BLATT, 1974, 1990; ZUROFF et al., 1999; ISAACOWITZ & SELIGMAN, 2001).

A recorrência de cognições depressivas e automáticas encontrada nos idosos do presente estudo vai ao encontro destes trabalhos reconhecidos na literatura internacional.

Experiência Religiosa e Depressão nos Idosos

Em geral, a experiência religiosa de alguns dos entrevistados não se resumia à primeira escolha de filiação religiosa. A primeira denominação religiosa corresponde à autodenominação religiosa, aquela herdada da família (JARVIS & NORCOTH, 1987). Ela não abrange portanto, as outras opções religiosas escolhidas ao longo da vida e revistas após um primeiro doutrinamento, que incluem conversão ou adesão a novas denominações.

A ampliação ou mudança das atividades religiosas nem sempre implica em abandono da denominação religiosa. Neste estudo, a mudança de opção de escolha religiosa ocorreu principalmente após o surgimento de situações de experiências mal sucedidas ou perdas. Por outro lado, recentemente, um estudo de mapeamento urbano (ALMEIDA, 2004) revelou a tendência da população geral em São Paulo, do ponto de vista da dinâmica religiosa por regiões metropolitanas, a migração de católicos para outras crenças e atividades religiosas. Isto é um fenômeno comum em nosso meio. Como era de se esperar a principal denominação religiosa encontrada neste estudo foi a de católicos, seguida pela de evangélicos.

A participação religiosa é a atividade ou comportamento decorrente do compromisso ou envolvimento religioso. Ela pode ser compreendida dentro da dimensão “atitudinal” (JARVIS & NORCOTH, 1987) da religiosidade. A dimensão “atitudinal” prevê o comportamento religioso, como por exemplo o desejo de

aceitação social e a busca de fortalecimento emocional pela religião. Os autores dividem a participação religiosa em: externa, pública ou social - o indivíduo frequenta as atividades ou serviços religiosos e ora em público, segue as regras da religião e busca apoio ou fornece apoio financeiro à comunidade religiosa e interna ou privada - oração, leitura religiosa e meditação de forma solitária. Os idosos do presente estudo revelaram freqüente envolvimento religioso, principalmente por meio de orações e leituras religiosas privadas.

Em relação às praticas religiosas privadas observou-se uma alta freqüência de “orações privadas” ou “solitárias”. O motivo principal de oração encontrado foi para “pedir proteção”, o que parece estar relacionado com um indício de temor de que algum mal vá acontecer a si mesmo e aos outros. Esse aspecto pode estar relacionado com os sintomas da depressão em paciente idoso.

Em relação à interferência das atividades religiosas na depressão foi encontrada uma relação entre as atividades de oração e ida à igreja e uma visão positiva no sentido de ajuda pessoal para a depressão. Embora menos freqüente, percebeu-se uma relação negativa entre orações religiosas mal sucedidas e depressão. Também ocorreu uma maior freqüência de leituras religiosas privadas em sujeitos não deprimidos no momento da entrevista. Neste caso, pode ser considerada uma maior dificuldade em realizar a atividade de leitura religiosa como característica preponderante do grupo de pacientes deprimidos, decorrente provavelmente da manifestação dos sintomas depressivos. Por outro lado, a leitura religiosa pode ser um indicador de uma melhor condição mental do idoso.

A motivação religiosa ou o tipo de religiosidade intrínseca teve uma incidência e maior entre os participantes deste estudo. Ocorrendo associação significativa entre o aumento de religiosidade e a tendência a religiosidade intrínseca. Demonstrando haver uma possível correlação entre o motivo do aumento de religiosidade e eventos estressantes, considerados fatores de risco para desenvolvimento de quadros depressivos. Esta tendência ou associação, já foi comprovada em vários estudos, entre eles o de KOENIG (2004) e THORSON (2004), em que os autores detectaram a religiosidade intrínseca como um fator protetor para a depressão.

Os conteúdos descritos pela associação entre depressão e religiosidade revelaram nas narrativas colhidas uma maior concordância entre a interferência positiva da religião para a melhora da depressão e menos freqüentemente a ausência de interferência. Os trechos dos conteúdos que podem exemplificar essa questão são: a) atribuições dadas à melhora da depressão pela fé e pela religião - *“Eu sinto que melhora, é pela fé que a gente sente”. “Me ajuda a curar. Eu pedindo a Deus, ... , ajudou muito a minha melhora, muito mesmo.”*; b) atribuições de melhora da depressão pelas atividades religiosas - *“...eu fui pra igreja passando mal e lá eu fico melhor,...”, “fazer uma oração.”*; c) relatos de mudança de religião para explicar ou enfrentar perdas de pessoas próximas - *“Eu buscava algo que, não sei..., eu buscava algo fora da minha comunidade, eu queria entender o porque do acontecido,...”*; *“Eu acho que é a espírita,... ela é a mais certa (para melhorar a tristeza ou desanimo).”*. Foram encontrados portanto, poucos significados de interferência negativa entre religião e depressão, como *“Na idade madura eu desacreditei em qualquer religião.”*; *“Não tem, não existe coisas que melhoram ou pioram a depressão”* (relatos de vivência de desesperança na depressão e diante da religiosidade).

A dimensão cognitiva, neste estudo, foi constituída basicamente pelas representações obtidas na análise qualitativa das entrevistas realizadas. Os principais aspectos que abrangeram conteúdos de autocríticas, atribuição errônea e atribuição causal, confirmaram dados da Teoria da Vulnerabilidade (BECK, 1967, 1983; BLATS, 1974, 1990). As características de perfeccionismo e a dependência social de aprovação parecem poder determinar também em idosos deprimidos brasileiros uma maior tendência do indivíduo em desenvolver e/ou manter sintomas depressivos.

CONCLUSÕES

Apesar deste estudo ter sido realizado com uma amostra clínica e pequena de idosos deprimidos de um serviço especializado em saúde mental, que inviabilizaria a generalização dos resultados para outras amostras, foram observados dados relevantes e dignos de reflexão. Este estudo deve estimular uma investigação mais aprofundada em pesquisas seguintes, com outras estratégias metodológicas, incluindo amostras oriundas da comunidade, assim sub-amostragens direcionadas à análise qualitativa.

Dentre os vários resultados observados neste estudo, os principais concentram-se em torno às crenças sobre depressão, principalmente no que diz respeito aos temas e suas características frente ao processo de envelhecimento. Poderíamos prever que as características destas crenças deveriam ser mais em torno à desesperança, porém o que este estudo demonstrou foi que as crenças poderiam ter uma influência fundamental na manutenção dos sintomas depressivos, principalmente no que consistia o julgamento da eficácia dos comportamentos antidepressivos. A avaliação da eficácia destes comportamentos em geral foi negativa frente ao enfrentamento da depressão. Desta forma, o questionamento do modelo de investigação pode introduzir um sentido mais amplo na revisão da escolha e do método de utilização dos instrumentos investigativos.

Em relação à religiosidade a dimensão privada foi considerada mais importante, por meio das orações. A prática religiosa mais preditora de uma prevenção à sintomatologia depressiva foi a leitura religiosa. A mudança de denominações religiosas ou aumento de religiosidade foram aspectos identificados como recursos de enfrentamento ou de alívio contra a depressão. Tendo sido encontrado nesta amostra uma maior característica de religiosidade intrínseca que extrínseca, considerando o baixo valor da mediana ($Md=23,5$) na amostra. A associação positiva entre aumento de religiosidade e uma tendência à religiosidade intrínseca pode representar uma

provável correlação entre motivação religiosa intrínseca e melhores condições no enfrentamento da depressão.

Os aspectos sociais, caracterizados por uma menor renda econômica entre os idosos deprimidos, foram representados pelos sujeitos atribuídos a uma maior importância à ausência de trabalho do que à diminuição do poder aquisitivo. Entretanto essa característica pode ser decorrente tanto da falta de trabalho como da perda do status social. O que pode ser considerado também, como um gerador de uma maior dependência econômica da família.

A tendência para desenvolver julgamentos mais autoreferentes e autocríticos entre os idosos deprimidos pode ser interpretada como um aspecto de maior vulnerabilidade para depressão. As estratégias preferenciais nos comportamentos antidepressivos relacionaram-se a buscar apoio médico, talvez pela possibilidade de maior acesso a informações a respeito da depressão em uma população vinculada a um serviço de saúde mental.

Uma recorrência comum e central neste estudo, girou em torno às ações e atitudes e não em relação às cognições ou pensamentos e idéias a respeito da depressão, da vida ou de si mesmo. Desta forma, o tema comum nas narrativas relacionadas à depressão parece antes estar mais ligado às dificuldades nas práticas e comportamentos no processo de enfrentamento da depressão do que a questões ligadas aos aspectos ideacionais e existências da depressão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKLIN, M.W.; BROWN, E.C.; MAUGER, P.A. The role of religious values in coping with cancer. **Journal of Religion and Health**, v.22, n.4, p.322-333, 1983.

ALEXOPOULOS, G.S.; MEYERS, B.S.; YOUNG, R.C.; CHESTER, J. FEDER, M.; EINHORN, A. Anxiety in geriatric depression: effects of age and cognitive impairment. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 3, n. 2, p. 108-118, 1995.

ALLPORT, G.W. **The individual and his religion**. London: Macmillan, 1950.

_____; ROSS, J.M. Personal religious orientation and prejudice. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.5, p.432-443, 1967.

ALMEIDA F^o, N. **Migration and mental health in Bahia, Brazil**. Salvador, BA: Caja de Ahorros de la Inmaculada de Aragon, 1987.

ALMEIDA, O.P.; GARRIDO, R.; TAMAI, S. Unidade para idosos (UNID) do Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo: características clínicas de pacientes atendidos em nível ambulatorial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.47, n.6, p.291-296, 1998.

_____; ALMEIDA, S.A. Confiabilidade da versão brasileira da escala de depressão em geriatria (GDS), versão reduzida. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v.57, n.2-B, p.421-426, 1999.

ALMEIDA, R.M.; GROSS, A.A.; RUMSTAIN, A.C.; D'ANDREA, T.P. **A Dinâmica religiosa na RMSP (Região Metropolitana de São Paulo)**. Estudo realizado pelo Centro de Estudos da Metrópole no programa Centros de Pesquisa, Inovação e Difusão (CEPID) da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FUNDAP/FAPESP), Publicações do CEBRAP, In: site www.cebrap.org.br, 2004.

AINLAY, S.C.; SMITH, D.R. Aging and religious participation. **Journal of Gerontology**, v.39, p.357-363, 1984.

ANGST, J. The epidemiology of late onset depression. In Org. KIELHOLZ P & ADAMS C. **The elderly person as a patient**. Ed. Deutscher Arzte-Verlag: Koln, 1986.

ANSTEY, K.; BRODATY, H. Antidepressants and the elderly: double-blind trials. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.10, p.265-279, 1992.

BALDWIN, R.C.; TOMENSON, B. Depression in later life. A comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. **British Journal of Psychiatry**, v. 167, p. 649-652, 1986.

BALL, R.A.; CLARE, A.W. Symptoms and social adjustment in Jewish depressives. **British Journal of Psychiatry**, v. 156, p. 379-383, 1990.

BALTES, P.B.; et. al. **Life-span development and behaviour**. v. 7. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1986.

_____; STAUDINGER, U.M. Interactive minds. Life-span perspectives on the social foundation of cognition. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

BANDURA, A. **Self-efficacy in changing societies**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

BARDIN, L. **A análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 1979.

BAPTISTA, A.S.D.; BLAY, S.L. **Estudo sobre as práticas religiosas e sua relação com a saúde mental de idosos: um estudo na comunidade**. Tese de Doutorado em Ciências da Saúde apresentada à Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2004.

BECK, A.T. Systematic investigation of depression. **Comprehensive Psychiatry**, v.2, p.163-170, 1961.

_____. Thinking and depression. Idiosyncratic content and cognitive distortions. **Archives of General Psychiatry**, v.9, p.324-333, 1963.

_____. Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Hoeber, 1967.

_____; GREENBERG, R.L. **Coping with depression**. New York: Institute for National Living, 1974.

_____. **Cognitive theory and the emotional disorders**. New York: International Universities Press, 1976.

_____; et al. **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford Press, 1979.

_____; et al. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1997.

BECK, J. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1997.

BEM, D.J. **Beliefs, attitudes, and human affairs**. Belmont: Brooks/Cole, 1970.

BENJAMINS, M.R.; BROWN, C. Religion and preventative health care utilization among the elderly. **Social Science and Medicine**, v.58, p. 109-118, 2004.

BERGIN, A.E. Religiosity and mental health: a critical revaluation and meta-analysis. **Professional Psychology: Research and Practice**, v.14, p.170-184, 1983.

BIRREN, J.E. et. al. **Aging and biography. Exploration in adult development**. New York: Springer, 1996.

BLATT, S.J. Levels of object representation in anaclitic and introspective depression. **Psychoanalytic Study of the Child**, v. 29, p. 107-157, 1974.

_____. Interpersonal relatedness and self-definition: two personality configurations and their implications for psychopathology and psychotherapy. In: SINGER, J.L. (ed.) **Repression and dissociation: implications for personality theory, psychopathology, and health** (p.299-336). Chicago: University of Chicago Press, 1990.

BLAY, S.L.; BICKEL, H.; COOPER, B. Mental illness in a cross-national perspective. results from a brazilian and a german community survey among the elderly. **Social Psychiatric Psychiatry Epidemiology**, v.26, p.245-251, 1991.

_____. Características clínicas, fatores de risco e curso da depressão em idosos. In: LAFER, B.; LAFER, B.; ALMEIDA, O.P.; FRÁGUAS JR., R.; MIGUEL, E.C. (org.). **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 2000.

BRODATY, H.; ANSTEY, K. Treatment of depression in the elderly. In: CHIU, E.; AMES, D. (ed.) **Functional psychiatric disorders in elderly**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

BURVILL, P.V. Recent progress in the epidemiology of major depression. **Epidemiologic Reviews**, v.17, n.1, p.21-31, 1995.

BUTLER, R.N. The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. **Psychiatry**, v.26, p.65-76, 1963.

BUSSE, E.W.; BLAZER, D.G. **Psiquiatria Geriátrica**. 2^a. ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1997.

CHANG, W.C. A cross cultural study of depressive symptomatology. **Culture, Medicine & psychiatry**, v.9, p.295-315, 1985.

_____. The nature of the self: a transcultural view. **Transcultural Psychiatry Research Review**, v.25, p.169-189, 1988.

CHURCH, M.; BENETT, A. Cognitive group therapy with the elderly patients recovering from depression. **Conference Britan. Soc. Gerontol. Exeter.**, 1983.

COPELAND, J.R.M.; DEWEY, M.E.; WOOD, N. Range of mental illnesses amongst the elderly in the community: prevalence in Liverpool using AGE CAT. **British Journal of Psychiatry**, v.150, p.815-823, 1987.

COSTA, L.A.F.; PEREIRA, A.M. Expressão da tristeza em camada popular urbana de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública, RJ**, v.11, p.448-455, 1995.

CRAIGIE JR, F. C.; LARSON, D.B.; LIU, I.Y. References to religion in the Journal of Family Practice: dimensions and values of spirituality. **The Journal of Family Practice**, v.30, p.477-480, 1990.

DALGALARRONDO, P.; GATTAZ, W.F. A psychiatric unit in a general hospital in Brazil: predictors of length of stay. **Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology**, v.27, p.147-150, 1992.

_____. Religiões evangélicas e diagnóstico psiquiátrico: dados de uma pesquisa transcultural. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.18, n.4, p.125-135, 1996.

DANTAS, C.R.; PAVARIN, L.B.; DALGALARRONDO, P. Sintomas de conteúdo religioso em pacientes psiquiátricos. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.21, n.3, p.158-164, 1999.

DEL PORTO, J.A. Conceito de depressão e seus limites. In: LAFER, B.; LAFER, B.; ALMEIDA, O.P.; FRÁGUAS JR., R.; MIGUEL, E.C. (org.). **Depressão no ciclo da vida**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 2000.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

DEWEY, M.E.; CÁMARA, C.; COPELAND, J.R.M.; LOBO, A. Cross-cultural comparison of depression and depressive symptoms in older people. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.87, p.369-373, 1993.

DRESSLER, W.W. Stress and adaptation in the context of culture: depression in a southern black community. New York: State University of New York Press, 1991.

EISENHANDLER, S.A. A social milieu for spirituality in the lives of older adults. In: EISENHANDLER, S.A.; THOMAS, E.L. (ed.) **Aging and religious dimension**. London: Auburn House, 1994.

ERIKSON, E.; ERIKSON, J. **Vital involvement in old age**. New York: W. W. Norton & Company, 1986.

ESCOBAR, J.I.; BURNAM, M.A.; KARNO, M. Somatization in the community. **Archives of General Psychiatry**, v.44, p.713-718, 1987.

FESTINGER, L.A. **Theory of cognitive dissonance**. Stanford: Stanford University Press, 1957.

FORLENZA, O.V. Etiopatogenia da depressão no idoso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 21, n. 3, p. 87-94, 1994.

FRANCO, M.L.P.B. **Ensino médio: desafios e reflexões**. Campinas: Editora Papirus, 1994.

FURNHAM, A.; MALIK, R. Cross-cultural beliefs about "depression". **The International Journal of Social Psychiatry**, v.40, n.2, p.106-123, 1994.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 1978.

GILBERT, P. **Couselling for depression**. London: Sage, 1998.

GLOCK, C.Y.; STARK, R. **Religion and society in tension**. Chicago: Rand: McNally, 1965.

GODBER, C.; ROSENVIGNE, H.; WILKINSON, D.; SMITHIES, J. Depression in old age: prognosis after ECT. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 2, p. 19-24, 1987.

GOLDSTEIN, L.L. Desenvolvimento do adulto e religiosidade: uma questão de fé. In: NERI, A.N. (org.) **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Editora Papirus, 1993.

_____; NERI, A.L. Tudo bem, graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. In: NERI, A.L. (org.) **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Editora Papirus, 1993.

HAWTON, K; et al. **Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos**. (Tradução: Cognitive Behaviour Therapy For Psychiatric Problems. Oxford: Oxford Medical Publications, 1989). São Paulo: Editora Martins Fontes, 1997.

HEIKKINEM, R-L.; KAUPIPINEN, M. Depressive symptoms in late-life: a 10-year follow-up. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 38, p. 239-250, 2004.

HENDERSON, A.S. Does aging protect against depression? (Editorial) **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 29, p.107-109, 1994.

HOGUE, D.R. A validated intrinsic religious motivation scale. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v.11, p.369-376, 1972.

ISAACOWITZ, D.M.; SELIGMAN, M.E.P. Is pessimism a risk factor for depressive mood among community-dwelling older adults? **Behaviour research and Therapy**, v. 39, p. 255-272, 2001.

JAMES, W.; JAMES, W. **As variedades da experiência religiosa**. (Tradução: The varieties of religious experience. New York, 1902). Cultrix: São Paulo, 1991.

JARVIK, L.F. Cognitive therapy for depression in the elderly. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.12, p.131-132, 1997.

JOHNSON, F.; MARSELLA. A.J. Differential attitudes toward verbal behavior in students of japanese and european ancestry. **Genetic Psychology Monographs**, v. 975, p.43-76, 1978.

KATZ, I.R.; LESHER, E.; KLEBAN, M.; JETHANADANI, V.; PARMELEE, P. Clinical features of depression in the nursing home. **Int. Psychogeriatrics**, v.1, p.5-15, 1989.

KESSLER, R.C.; NELSON, C.B.; MCGONAGLE, K.A.; LIU, J.; SWARTZ, M.; BLAZER, D.G. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. **British Journal of Psychiatry**, v.30, p.17-30, 1996.

KIM, K. Clinical study of primary depressive symptom. Part III: A cross-cultural comparison: Korea, England, United States and India. **Neuropsychiatry (Journal of Korean Neuropsychiatric Association)**, v.16, p.53-60, 1977.

KLEINMAN, A. Depression, somatisation and the new "cross cultural psychiatry". **Social Science and Medicine**, v.11, p.3-10, 1977.

KOENIG, M.D.H.G. Religion, health and aging: a review and theoretical integration. Westport: Greenwood Press, 1988.

_____; et. al. Religion and well-being in later life. **The Gerontologist**, v.28, p.18-28, 1988.

_____; et. al. Religious coping and depression among elderly, hospitalised medically ill men. **American Journal of Psychiatry**, v.149, n.12, p.1697-1700, 1992.

_____; et al. The relationship between religion and anxiety in sample of community-dwelling older adults. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.26, p.65-93, 1993.

_____; GEORDE, L.K.; PETERSON, B.L. Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. **American Journal of Psychiatry**, v.155, p.536-542, 1998.

_____. Religion and Medicine I: Historical Background and Reasons for Separation. **Int J Psychiatry in Medicine**, 30(4):385-398, 2000.

_____. Religion and Medicine II: Religion, Mental Health and Related Behaviors. **Int J Psychiatry in Medicine**, 31(1):97-109, 2001.

_____; GEORGE, L.K.; TITUS, P. Religion, Spirituality, and Health IN Medically Ill Hospitalized Older Patients. **JAGS**, 52:554-562, 2004.

_____. **Espiritualidade no cuidado com o paciente**. FE Editora Jornalística: São Paulo, 2005.

KROLL, M.D.J.; SHEEHAN, W.M.D. Religious beliefs and practices among 52 psychiatric inpatients in Minnesota. **American Journal Psychiatry**, v.146, n.1, p.67-72, 1989.

LARSON, D.B.; LARSON, S.S. Religious commitment and health: valuing and relationship. **Second Opinion**, v.17, n.1, p.27-40, 1991.

LAZARUS, L.W.; NEWTON, N. Treatment of the elderly neuropsychiatric patient: psychodynamic psychotherapies. In: **Advances in neurogerontology**. New York: Ed. Maletta, 1986.

LEFF, J.P. Culture and the differentiation of emotional states. **British Journal of Psychiatry**, v.123, p.299-306, 1973.

LEVAV, I.; KOHN, R.; GOLDING, J.M.; WEISSMAN, M.M. Vulnerability of jews to affective disorders. **American Journal Psychiatry**, v. 154, n. 7, p. 941-947, 1997.

LIPSEGE, M. Cultural influences on psychiatry. **Social Community and Public Health Psychiatry**, v.6, p.274-279, 1993.

LOEWENTHAL, K.; GOLDBLATT, V.; GORDON, T.; LUBITSCH, G.; BICKNELL, H.; FELLOWES, D.; SWDEN, A. Gender and depression in anglo-jewry. **Psychological Medicine**, v. 25, p. 1051-1063, 1995.

LOTUFO NETO, F. **Psiquiatria e religião: a prevalência de transtornos mentais entre ministros religiosos.** Vol.1 e 2. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

LUTZ, C. Depression and translation of emotional worlds. In: KLEINMAN, A; GOOD, B. (ed.) **Culture and depression: studies in the antropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder.** Bekerley: University of California Press, 1985.

MacDONALD, A.J.D. Do general practitioners “miss” depression in elderly patients? **British Journal of Psychiatry**, v. 292, p. 1365-1367, 1986.

McFADDEN, S.H. Religion, spirituality, and aging. In: BIRREN, J.E.; SCHAIK, K.W. (ed.) **Handbook of the psychology of aging.** 4^a ed. London: Academic Press, 1996.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, 1992.

MORRIS, R.G.; MORRIS, L.W. Cognitive and behavioural approaches with the depressed elderly. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.6, p.407-413, 1991.

MURPHY, H.B.M.; WITKOWER, E.D.; CHANCE, N.A. Cross-cultural inquiry into the symptomatology of depression. **Transcultural Psychiatric Research**, v.1, p.5-18, 1964.

NELSON, C. J.; ROSENFELD, B.; BREITBART, W.; GALIETTE, M. Spirituality, religion and depression in the terminally ill. **Psychosomatics**, v. 43, n. 3, p. 213-220, 2002.

NERI, A.L. (org.) **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas: Editora Papirus, 1993.

_____. (org.) **Psicologia do envelhecimento.** Campinas: Editora Papirus, 1995.

_____. (org.) **Velhice e sociedade**. Campinas: Editora Papirus, 1999.

NEUGARTEN, B.L. **The meanings of age: selected papers of Bernice L. Neugarten**. Chicago: The University of Chicago, 1996.

NUCCI, M.G.; DALGALARRONDO, P. **Formulação Cultural em Psiquiatria: Entrevista Diagnóstica Semi-estruturada**. Projeto de Tese (Mestrado) - Departamento de Saúde Mental, UNICAMP, São Paulo, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Tradução de Dorgival Caetano. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1993.

PANG, K.Y.C. Symptoms of depression in elderly korean immigrants: narration and the healing process. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v.22, p.93-122, 1998.

PARKER, G.; BROTHIE, H. Psychomotor change as a feature on depressive disorders: an historical overview. **Australian NZ Journal Psychiatry**, v.26, p.146-55, 1992.

PARKER, M.; ROFF, L.L.; KLEMMACK, D.L.; KOENIG, H.G.; BAKER, P.; ALLMAN, R.M. Religiosity and mental health in southern, community-dwelling older adults. *Aging and Mental Health*, v. 7, n. 5, p. 390-397, 2003.

PAYKEL, E.S. Depression in women. **British Journal of Psychiatry Supplement**, v.158, p. 22-29, 1991.

PIMENTA, C.A.M.; KOIZUMI, M.S.; TEIXEIRA, M.J. Dor, depressão e conceitos culturais. **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, v.55, n.3-A, p.370-80, 1997.

PRINCE, R. Somatic complaint syndrome and depression: the problem of cultural effects on symptomatology. **Transcultural Psychiatry Research Review**, v.2, p.31-6, 1990.

POST, F. The significance of affective symptoms in old age. **Maudley Monographs** 10. Oxford University: London, 1962

REGIER, D.A.; FARMER, M.E.; RAC, D.S.; MYERS, J.K.; KEITH, S.J.; ROBINS, L.N.; GEORGE, L.K.; KARNO, M.; LOCKE, B.Z. One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: The Epidemiologic Catchment Area Study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v.88, p.35-47, 1993.

RODRIGUEZ-TESTAL, J.F.; DÍAZ, M.V. Brief-time-series analysis of depressive symptomatology in older people. **The Spanish Journal of Psychology**, v. 6, n. 1, p. 35-50, 2003.

ROGLER, L.H. The meaning of culturally sensitive research in mental health. **American Journal of Psychiatry**, v.146, n.3, p. 296-303, 1989.

SARTORIUS, N.; et al. **Depressive disorders in different cultures**. Report WHO collaborative study on standardised assessment of depressive disorders. Geneva: WHO, 1983.

SHKOLNIK, T.; WEINER C.; MALIK, L.; FESTINGER, Y. The effect of jewish religiosity of elderly israelis on their life satisfaction, health, function and activity. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**, v.16, p. 201-219, 2001.

SHOEVEERS, R.A.; BEEKMAN, D.J.H.; DEEG, M.I.; GEERLINGS, C.; JONKER, C.; VAN TILBURG, W. Risk factors for depression in later life; results of a prospective community based study (AMSTEL). **Journal of Affective Disorders**, v. 59, p.127-137, 2000.

STEVEN, C.; SAMUELS, M.D. Midlife crisis: helping cope with stress, anxiety and depression. **Geriatrics**, v.52, p.55-63, 1997.

STOPPE Jr., A.; LOUZÃ NETO, M.R. **Depressão na terceira idade**. 2^a ed. São Paulo: Editora Lemos, 1999.

SULLIVAN, M.; ORMEL, J.; KEMPEN, G.I.; TYMSTRA, T. Beliefs concerning death, dying, and hastening death among elder, functionality impaired Dutch adults: a one-year longitudinal study. **J. Am Geriatr Soc.**, v. 46, n. 10, p. 1251-7, 1998.

THORSON, J.A.; POWELL, F.C. Depression and Intrinsic Religiosity. *Psychol Rep.*, v. 95, n. 3 Pt 1, p. 1008, 2004.

TOBIN, S.S.; FULLMER, E.M.; SMITH, G.C. Religiosity and fear of death in non-normative aging. In: EISENHANDLER, S.A.; THOMAS, E.L. (ed.) **Aging and religious dimension**. London: Auburn House, 1994.

VERAS, R.P.; MURPHY, E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. **International Journal of Geriatric Psychiatry**, v.9, p.285-95, 1994.

WEYERER, S.; HAFNER, H.; MANN, A.H.; AMES, D.; GRAHAM, N. Prevalence and course of depression among elderly residential home admissions in Mannheim and Camdem, London. **International Psychogeriatrics**, v. 7, p.479-493, 1995.

WEISSMANN, M.M.; BRUCE, M.L.; LEAF, P.J.; FLORIO, L.P.; HOLZER, C. Affective disorders. In: ROBINS & REGIERS **Psiquiatric Disorders in America**, Free Press: New Yorker, 1991.

WILLIAMS, D.R.; LARSON, D.B.; BUKLER, R.E.; HECKMANN, R.C. Religion and psychological distress in the community sample. **Sociological Scientifics Medical**, v. 32, p.1257-62, 1991.

YAMAMOTO, J.; JAMES, Q.C.; PALLEY, N. Cultural problems in psychiatric therapy. **Archives of General Psychiatry**, v.19, p.45-49, 1968.

YESAVAGE, J.A.; et al. Development and validation of a geriatric depression screening. **Journal of Psychiatric Research**, v.17, p.37-49, 1983.

_____. Depression in elderly: how to recognise symptoms and choose appropriate therapy. **Postgraduate Medicine**, v.91, n.1, p.255-61, 1992.

YINGER, J.M. Pluralism, religion and secularism. **Journal for the Scientific Study of Religion**, v.6, p. 17-28, 1967.

ZUROFF, D.; BLATT, S.J.; PILKONIS, P.A. Vulnerability to depression: reexamining state dependence and relative stability. **Journal of Abnormal Psychology**, v. 108, n.1, p. 76-89, 1999.

ANEXO 1

INSTRUMENTOS

I - Ficha de Dados Sociodemográficos

Nome: _____ RE: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Tel.: _____

Nome do parente mais próximo: _____

Tel.: _____

Idade: _____ Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: ☐ F ☐ M

Local de nascimento: ☐ SP/capital ☐ outros estados/zona urbana ☐ exterior

☐ SP/interior ☐ outros estados/zona rural

Tempo de permanência em SP: _____

Religião: ☐ católica ☐ protestante ☐ espírita ☐ afro-brasileira ☐ judaica

☐ oriental ☐ outros

Grupo racial: ☐ branco ☐ mulato ☐ negro ☐ amarelo ☐ outro

Estado civil: ☐ solteiro(a) ☐ casado(a) ☐ viúvo(a) ☐ separado(a)/divorciado(a)

Escolaridade: _____ anos Sabe ler/escrever: ☐ sim ☐ não

Profissão: _____ Atividade ocupacional: _____

Renda familiar média (em salários mínimos/pessoa): _____

Número de pessoas na família: _____

Data triagem psiquiatria/ UNID: _____

Tratamento medicamentoso: ☐ sim ☐ não

Medicação recomendada: _____ Dosagem: _____

DH: _____

Data da entrevista/ pesquisa: _____

Encaminhamento psicologia/ UNID: ☐ sim ☐ não

II - Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)		
	SIM	NÃ O
1 - Você está basicamente satisfeito com sua vida?		D
2 - Você deixou muitos de seus interesses e atividades?	D	
3 - Você sente que sua vida está vazia?	D	
4 - Você se aborrece com frequência?	D	
5 - Você se sente de bom humor a maior parte do tempo?		D
6 - Você tem medo que algum mal vá lhe acontecer?	D	
7 - Você se sente feliz a maior parte do tempo?		D
8 - Você sente que sua situação não tem saída?	D	
9 - Você prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	D	
10 - Você se sente com mais problemas de memória do que a maioria das pessoas?	D	
11 – Você acha maravilhoso estar vivo?		D
12 – Você se sente inútil nas atuais circunstâncias?	D	
13 – Você se sente cheio de energia?		D
14 – Você acha que sua situação é sem esperanças?	D	
15 – Você sente que a maioria das pessoas está melhor que você?	D	

ESCORE GDS / 15 *	N DEP ≤ 5	DEP > 5

* Ponto de corte para depressão = 6

III - Escala de Frequência de Práticas Religiosas Privadas e Sociais
(Neri & Goldstein, 1993)

1- Frequenta alguma igreja, templo ou associação religiosa para orar ou participar de atividade religiosa?

- ☐ Todos os dias
- ☐ Uma vez por semana
- ☐ De vez em quando
- ☐ Nunca

2 - Participa de alguma outra atividade ligada à sua igreja ou religião?

- ☐ Sim Qual? _____
- ☐ Não

3- Costuma rezar, fazer orações ou conversar com Deus na sua intimidade?

- ☐ Sim
- ☐ Não (Passe para a questão nº 7)

4 - Se respondeu sim, com que frequência você reza?

- ☐ Uma vez por dia ou mais
- ☐ Uma vez por semana ou mais
- ☐ De vez em quando

5 - Por que motivo, ou motivos, você reza?

- ☐ Para louvar
- ☐ Para agradecer
- ☐ Para pedir perdão
- ☐ Para pedir proteção ou ajuda em situações difíceis

6 - Acompanha programas religiosos pelo rádio ou TV?

- ☐ Todos os dias
- ☐ Uma vez por semana ou mais
- ☐ De vez em quando
- ☐ Nunca

7 - Lê a Bíblia ou outras literaturas religiosas?

- ☐ Todos os dias
- ☐ Uma vez por semana ou mais
- ☐ De vez em quando
- ☐ Nunca

8 - Tem amigos chegados que são membros da mesma igreja ou associação religiosa que frequenta?

- ☐ Sim Quantos? _____
☐ Não

9 - Você considera que sua religiosidade aumentou nos últimos dez anos?

- ☐ Sim
☐ Não

10 - Caso sua resposta tenha sido afirmativa, a que você atribui esse aumento da religiosidade?

- ☐ Algum acontecimento que marcou sua vida . Qual? _____
☐ Ao seu desenvolvimento como pessoa
☐ A ter mudado de religião
☐ Outro.

IV - Escala de Religiosidade Intrínseca/ Extrínseca
(Hoge, 1972 - forma Likert)

Na frente de cada afirmação abaixo, você verá os números de 1 a 5. Marque um desses números da forma que melhor expresse seus sentimentos, como segue:

Marque o nº. 1 - se você concorda totalmente com a afirmação.

Marque o nº. 2 - se você concorda até certo ponto.

Marque o nº. 3 - se você não concorda nem discorda.

Marque o nº. 4 - se você discorda parcialmente.

Marque o nº. 5 - se você discorda totalmente.

	Concordo					Discordo				
1. Minha fé permeia toda a minha vida	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5					
2. Eu sinto a presença de Deus em minha vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5					
3. Embora eu seja uma pessoa religiosa, recuso-me a deixar que considerações religiosas influenciem o meu dia a dia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5					
4. Nada é tão importante para mim quanto servir a Deus da melhor maneira que eu posso.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5					
5. Minha fé às vezes restringe minhas ações.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5					
6. Minha crença religiosa é o que realmente está por trás da maneira como vivo e como encaro a minha vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5					
7. Deve-se buscar o caminho indicado por Deus ao se tomar qualquer decisão importante.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5					
8. Eu procuro sempre incluir a religião em tudo o que faço.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5					
9. Embora eu acredite em religião, sinto que há muitas outras coisas mais importantes na vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5					
10. A religião não é tão importante, pois o principal é viver de acordo com os princípios morais.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5					
11. A fé religiosa é a influência mais importante em minha vida.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5					
12. A prece é importante para mim.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	1	2	3	4	5					

V - Questionário de Crenças sobre Comportamentos Depressivo e Antidepressivos
(Rippere, 1980):

Abaixo, há 21 pares de afirmações sobre depressão. Marque, em cada par, a letra (“A” ou “B”) que você considera estar mais próxima da verdade (não há respostas corretas ou incorretas):

1.

- ☐ A - A maioria das pessoas nunca se sente deprimida.
- ☐ B - A maioria das pessoas sente-se deprimida em algum momento da vida.

2.

- ☐ A - Quando a pessoa se sente deprimida, o mais comum é que ela tome alguma providência sobre isso.
- ☐ B - Quando a pessoa se sente deprimida, o mais comum é que ela se entregue e não faça nada a respeito.

3.

- ☐ A - O que a pessoa faz para ajudar a si mesma, quando está deprimida, geralmente é mais útil do que aquilo que outras pessoas fazem para ajudá-la.
- ☐ A - O que a pessoa faz para ajudar a si mesma, quando está deprimida, geralmente é menos útil do que aquilo que outras pessoas fazem para ajudá-la.

4.

- ☐ A - Quando alguém se sente deprimido, ajuda mais se fizer algo que lhe dê prazer.
- ☐ B - Quando alguém se sente deprimido, ajuda mais se fizer algo que precisa ser feito (cumprir uma obrigação).

5.

- ☐ A - Se alguém se sente deprimido, provavelmente não há muita coisa que possa fazer a respeito disso.
- ☐ B - Se alguém se sente deprimido, provavelmente há coisas que ele pode fazer a respeito disso.

6.

- ☐ A - Geralmente é inútil dizer para uma pessoa deprimida *para que ela reaja*.
- ☐ B - Geralmente é útil dizer para uma pessoa deprimida *para que ela reaja*.

7.

- ☐ A - Quando se sente deprimida, a pessoa deve cuidar de sua depressão por si mesma, em vez de procurar um psiquiatra.
- ☐ B - Quando se sente deprimida, a pessoa deve procurar um psiquiatra, e não tentar resolver isso por conta própria.

8.

☐ A - Uma pessoa deprimida freqüentemente não é melhor para lidar com suas atividades de trabalho do que com questões da casa e do lar e da família.

☐ B - Uma pessoa deprimida freqüentemente é melhor para lidar com suas atividades de trabalho do que com questões da casa e do lar e da família.

9.

☐ A - *Sentir-se deprimido* não é o mesmo que se sentir *deprimido em relação a alguma coisa*.

☐ B - *Sentir-se deprimido* é o mesmo que se sentir *deprimido em relação a alguma coisa*.

10.

☐ A - Quando se está deprimido, geralmente ajuda manter-se ocupado.

☐ B - Quando se está deprimido, geralmente ajuda deixar de lado as ocupações.

11.

☐ A - Quando se está deprimido, manter-se ocupado é um modo de fugir dos problemas.

☐ B - Quando se está deprimido, manter-se ocupado é um modo de lidar com os problemas.

12.

☐ A - Quando se está deprimido, geralmente ajuda mais falar disso com um amigo do que com um médico.

☐ B - Quando se está deprimido, geralmente ajuda mais falar disso com um médico do que com um amigo.

13.

☐ A - Sentir-se infeliz é exatamente o mesmo que se sentir deprimido.

☐ B - Sentir-se infeliz não é a mesma coisa que se sentir deprimido.

14.

☐ A - As pessoas que trabalham fora de casa estão tão sujeitas à depressão quanto as que não saem de casa para trabalhar.

☐ B - Ter um trabalho fora de casa ajuda a pessoa a não ficar deprimida.

15.

☐ A - As pessoas ficam deprimidas quando não têm muito o que fazer.

☐ B - As pessoas ficam deprimidas quando elas têm mais coisas para fazer do que conseguem dar conta.

16.

☐ A - As pessoas ficam deprimidas quando perdem o controle sobre as coisas importantes.

☐ B - As pessoas ficam deprimidas quando percebem que seus planos não vão se realizar como haviam planejado.

17.

- ☐ A - Ter alguém para contar os problemas evita que a pessoa fique deprimida.
- ☐ B - Se a pessoas tem alguém para contar seus problemas, ela tem menor chance de ficar deprimida.

18.

- ☐ A - Quando o indivíduo deprimido se recupera, o maior mérito é dele mesmo.
- ☐ B - Quando o indivíduo deprimido se recupera, o maior mérito é de seu médico.

19.

- ☐ A - Dizer a alguém que está deprimido para sair e comprar coisas novas raramente ajuda.
- ☐ B - Dizer a alguém que está deprimido para sair e comprar coisas novas geralmente ajuda.

20.

- ☐ A - Não faz sentido as pessoas ficarem deprimidas justamente quando acabam de atingir um objetivo que foi importante para elas durante muito tempo.
- ☐ A - Faz sentido as pessoas ficarem deprimidas justamente quando acabam de atingir um objetivo que foi importante para elas durante muito tempo.

21.

- ☐ A - Quando se está deprimido, é mais útil falar sobre isso com alguém da família do que com um amigo.
- ☐ B - Quando se está deprimido, é mais útil falar sobre isso com um amigo do que com alguém da família.

VI - Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada sobre Crenças e Religião:

- 1) Como o Sr.(a Sra.) percebe o seu estado emocional atual?

- 2) Como o Sr.(a Sra.) descreveria seus *problemas*, atualmente?

- 3) Como os seus *problemas* interferem no seu estado emocional atual?

- 4) Como o Sr.(a Sra.) descreveria o seu *nervosismo*, sua *tristeza* ou seu *desânimo*?

- 5) Como o Sr.(a Sra.) tem percebido, ultimamente, a sua relação com a família?

- 6) O Sr.(a Sra.) acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com a família? Como?

- 7) Como tem percebido o seu relacionamento com amigos e conhecidos?

- 8) O Sr.(a Sra.) acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com os amigos ou conhecidos? Como?

- 9) Como se tem percebido, nos últimos tempos, em relação a seu corpo?

- 10) O Sr.(a Sra.) acredita que *estar triste* muda alguma coisa em relação ao seu corpo? Como?

- 11) Que pensamentos o Sr.(a Sra.) acredita que o(a) deixam mais triste e desanimado (a)?

- 12) Que pensamentos o Sr.(a Sra.) acredita que o(a) deixam mais animado (a) e confiante?

- 13) Que coisas o Sr.(a Sra.) acredita que possam deixá-lo(a) pior?

- 14) Que coisas o Sr.(a Sra.) acredita que possam deixá-lo (a) melhor?

- 15) O Sr.(a Sra.) tem alguma religião? Se sim, em qual entidade religiosa e/ou princípios religiosos o Sr. (a Sra.) acredita? (*Deus, Demônio/Satanás, céu, vida depois da morte, destino, inferno, reencarnação, horóscopo, amuletos, cartomancia*)

- 16) O Sr.(a Sra.) mudou alguma vez a sua religião? Se sim, para qual? Quando?

- 17) Qual foi a primeira religião?
-
- 18) Qual delas acredita que poderia melhorar a tristeza ou o desânimo?
-
- 19) O Sr. (a Sra.) pratica atividades religiosas? Se sim, quais e com que frequência?
-
- 20) O Sr. (a Sra.) ora, reza ou consulta a Deus em particular?
-
- 21) O Sr. (a Sra.) ora, reza ou consulta a Deus em conjunto com outras pessoas?
-
- 22) O Sr. (a Sra.) lê livros religiosos? (*livros sagrados, Bíblia, livros sobre religião, livros de auto-ajuda*)
-
- 23) O que de sua vida religiosa (que coisas, que atividades), o Sr. (a Sra.) acredita que influencia sobre a depressão, no sentido de melhorá-la ou piorá-la?
-
- 24) O que o Sr. (a Sra.) sugeriria a uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?
-
- 25) O que o Sr. (a Sra.) não sugeriria a uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?
-
- 26) E em relação especificamente à religião, o que o Sr. (a Sra.) sugeriria a uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?
-
- 27) E em relação especificamente à religião, o que o Sr. (a Sra.) não sugeriria a uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?
-
- 28) O Sr.(a Sra.) acredita que algum outro tipo de medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach, terapia de vidas passadas ou outras) pode interferir no sentido de ajudar ou piorar a depressão?
-
- 29) Que tratamento para depressão, o Sr.(a Sra.) acredita ser o mais adequado?
-
- 30) Como foi sua decisão de procurar um psiquiatra?
-
- 31) De que forma o psiquiatra poderia ajudá-lo?
-
- 32) De que forma a psicoterapia ou tratamento psicológico poderia ajudá-lo?
-

ANEXO 2

CONTEÚDO DAS TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS SOBRE CRENÇAS E RELIGIÃO

I.	Pseudônimo Alba	100
II.	Pseudônimo Augusto	104
III.	Pseudônimo Neuza	111
IV.	Pseudônimo Eduardo	115
V.	Pseudônimo Sara	122
VI.	Pseudônimo Maria	128
VII.	Pseudônimo Delia	134
VIII.	Pseudônimo Sofia	139
IX.	Pseudônimo Jonas	145
X.	Pseudônimo Ribas	149
XI.	Pseudônimo Wolf	157

- Observação: Para todas as entrevistas transcritas as siglas utilizadas foram:

E = Entrevistador

S = Entrevistado (Sujeito)

I. Pseudônimo: ALBA (A. L. F.)

E1) Como a Sra. percebe o seu estado emocional atual?

S1) Mais parada, deixo muitas coisas por fazer, eu fico mais irritada.

E2) Como a Sra. descreveria seus *problemas*, atualmente?

S2) Não sei explicar... Tenho problemas financeiros, desalugaram minha casa, o dinheiro diminuiu, todo mundo desempregado. Essas coisas assim são os mais sérios.

E3) Como os seus *problemas* interferem no seu estado emocional atual?

S3) Minha perspectiva de vida parece estar mais longe, distancia, as coisas eu quero fazer mais parece que distancia, fica mais distante, mais difícil.

E4) Como a Sra. descreveria o seu *nervosismo*, sua *tristeza* ou seu *desânimo*?

S4) Meu nervosismo, qualquer coisa que me fala que eu não gosto, eu já me fecho toda, eu não quero complicação, eu fico quieta para não ficar mais nervosa porque eu fico mais nervosa se eu responder ou se alguém que responder não gosto. Em geral piora.

E5) Como a Sra. tem percebido ultimamente, a sua relação com a família?

S5) Normal, minha relação com a família está normal. Agora minha neta está ficando comigo, diariamente, o dia inteiro. Então, normal, tenho saído mais um pouco.

E6) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com a família? Como?

S6) Muda. Muda porque eu não quero conversa, às vezes me perguntam alguma coisa, eu respondo pela metade.

E7) Como tem percebido o seu relacionamento com amigos e conhecidos?

S7) Tem melhorado bastante o contato com os amigos.

E8) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com os amigos ou conhecidos? Como?

S8) Não, acho que não.

E9) Como tem se percebido atualmente, em relação a seu corpo?

S9) Não tenho prestado atenção. Só acho que envelheci e engordei mais. A dor de cabeça, eu nem falo mais, é uma coisa que parece ser minha, que não quer sair mais.

E10) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa em relação ao seu corpo? Como?

S10) Não.

E11) Que pensamentos a Sra. acredita que a deixam mais triste e desanimada?

S11) Eu tenho medo de ficar doente, de não poder fazer as coisas, de não poder fazer nada, de deixar a minha casa à vontade, sem que ninguém cuide. Eu tenho muito medo e fico triste.

E12) Que pensamentos a Sra. acredita que a deixam mais animada e confiante?

S12) Eu fico feliz quando os meus filhos estão todos bem. Melhora tudo. Eu tive uns dias muito feliz e contente porque meu filho terminou a faculdade, então eu fiquei contente, agora só está fazendo estágio, o que já é alguma coisa, já alivia um pouco.

E13) Que coisas a Sra. acredita que possam deixá-la pior?

S13) Alguém da minha casa ficar doente.

E14) Que coisas a Sra. acredita que possam deixá-la melhor?

S14) Se todo mundo arrumasse emprego, eu ficava bem contente, acho eu.

E15) A Sra. tem alguma religião? Se sim, qual entidade religiosa você acredita? (*Deus, Demônio/Satanás, céu, vida depois da morte, destino, inferno, reencarnação, horóscopo, amuletos, cartomantes*)

S15) Deus. Me apego constantemente com o Divino Espírito Santo. Ele está sempre ao meu lado. Demônio não existe, acho que é a gente que cria isto na cabeça. Vida após morte não existe. Destino e inferno também não. Quando a gente morre ou está na mão de Deus ou está não sei o que fazendo por aí. Mas, eu acredito que os bons é de Deus e os ruins eu não sei para onde vai. Se fosse assim, todo mundo iria para o inferno. Não acredito em horóscopo ou amuleto.

E16) A Sra. mudou alguma vez a sua religião? Se sim, para qual? Quando?

S16) Não, nasci católica e pretendo morrer católica.

E17) Qual foi a primeira religião?

S17) Católica.

E18) Qual delas acredita que poderia melhorar a tristeza ou o desânimo?

S18) A católica.

E19) A Sra. pratica alguma atividade religiosa? Se sim, quais e com que frequência?

S19) Sim. Na missa, uma vez por semana.

E20) A Sra. ora, reza ou consulta Deus em particular?

S20) Sim, rezo.

E21) A Sra. ora, reza ou consulta Deus em conjunto com outras pessoas?

S21) Quando rezo na missa.

E22) A Sra. lê livros religiosos? (*livros sagrados, Bíblia, livros sobre religião, livros de auto-ajuda*)

S22) Às vezes, a bíblia.

E23) O que de sua vida religiosa (que coisas, que atividades), a Sra. acredita que influencia, no sentido de piorar ou melhorar a depressão?

S23) Não tem, não existe coisas que melhoram ou pioram a depressão. A religião é aparte. Quando não vou à missa parece que me falta alguma coisa, não me sinto bem.

E24) O que a Sra. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S24) Sair e tivesse bastante dinheiro para gastar, fizesse aquilo que gostaria de fazer, melhoraria um pouquinho.

E25) O que a Sra. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S25) Ficar contando para todo mundo que está deprimida que fica mais chato ainda.

E26) E em relação especificamente à religião, o que a Sra. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S26) Não. O depressivo é sempre bom Ter alguma religião para poder conversar, falar com alguém, uma pessoa mais assim da religião dele, seja lá qual for. Seria bom.

E27) E em relação especificamente à religião, o que a Sra. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S27) Uma coisa que eu acho que a religião não tem nada a ver é ser ‘carola’, aí não diz nada só prejudica ainda mais. Ser muito ligada, ficar o dia inteiro na igreja não leva a nada.

E28) A Sra. acredita que algum outro tipo de medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach, terapia de vidas passadas ou outras), podem interferir no sentido de ajudar ou piorar a depressão?

S28) Eu acho que a acupuntura pode ajudar um pouco.

E29) Qual tratamento para depressão, o Sr. acredita ser o mais adequado?

S29) Acho que conversar com psicóloga, com o médico, mas tem que ser uma pessoa assim que tem estudo para isso. Às vezes, as pessoas podem achar que depressão é bobagem.

E30) Como foi sua decisão de procurar um psiquiatra?

S30) Não fui eu que procurei o psiquiatra, me encaminharam para cá. O pessoal da Santa Casa é que me encaminhou para a Psiquiatria. Chorava o tempo todo, sentia calor.

E31) De que forma o psiquiatra poderia ajudá-la?

S31) Está me ajudando, porque o remédio me ajuda bastante e conversando com o psicólogo me ajuda bastante sim.

E32) De que forma a psicoterapia ou tratamento psicológico poderia ajudá-la?

S32) Me ajudou a fazer atividade, a sair de casa, a me distrair, é uma espécie de distração. Encontrar com colegas que estão na mesma situação, de conversar, falar, foi bom.

II. Pseudônimo: AUGUSTO (A. H. D.)

E1) Como o Sr. percebe o seu estado emocional atual?

S1) Atual, me sinto assim bem melhor, mas devido ao modo ou até uma corridinha, me deixa assim bem caído, me sinto mal, qualquer problema me sinto mal.

E2) Como o Sr. escreveria seus *problemas*, atualmente?

S2) Bom, a minha esposa sempre diz que eu tô bem, parece que é um problema sem solução quanto mais o tempo vai passando, vai ficando pior porque eu já penso assim, minha família me dá muito trabalho prá mim, todos eles. Eu tive sem paciência, um filho briga com o outro e no fim quem sofre é eu, prá eles tá tudo bem e eu fico arrasado, abatido. Uma coisa que tá bem difícil para mim.

E3) Como os seus *problemas* interferem no seu estado emocional atual?

S3) Como é? Bom, eu acho que interfere nesse modo porque o principal é que eu fico assim, como se diz, fico assim nervoso. Aquele nervoso que eu fico, aí então eu perco o caminho, aí eu perco o caminho e não sei o que fazer, aí depois eu começo a falar demais, aí eles começam a dizer, por exemplo, negócio de família, que eu sou ruim, que eu sou isso, eu sou aquilo, aí eu fico pior, eu já sabia, como que era, então é o problema, eu me sinto muito diminuído. Isso é, tem dia que eu sinto nervoso e tem outro dia que a pessoa faz de mim o que quer, não consigo falar nada, e tem outro dia que a pessoa nem chega a falar comigo e eu já dou aquela explosão. É essas duas partes, o dia que eu estou sem nervos, sem nada e tem outros dias que eu expludo na hora, eu tô assim há muito tempo e cada dia que passa eu tô ficando pior. Não me sinto bem em todo lugar. O meu povo, hoje, depois da minha mulher morrer, eles só querem saber de mim de dinheiro e todo dia eles me deram prejuízo, todos, são três filhos, todos já me deram prejuízo e eu falei que não empresto mais nenhum centavo prá ninguém e daí passo por ruim. Com a falta da mulher falecida, tem a minha casinha, tem dois inquilinos. Eles me dão prejuízo demais, eles chegam e me pedem R\$150,00, eu dou, eles falam que não vai dar, e vai desse jeito, daí eu não dou mais e eu sou ruim, eu sou seguro, que eu sou isso, que eu sou aquilo. Eu sou seguro porque eu tenho com o que viver até o dia de morrer, agora a mulher morreu, eles acham que têm parte, acho que ficou pior, até a minha filha tem um e três meses que sumiu, tá mendigando pela rua, minha filha caçula fez 45 anos agora e fiquei tão triste porque a outra não deixa ela entrar. Acho que a as duas se endireitam agora que o marido casou e mora comigo e essa saiu de casa, ela tem direito e casa prá morar, ela saiu de casa porque a outra brigou com ela e não deixa ela entrar, ela morou em frente, mas faz um ano e tanto que eu não vejo ela. Fico abatido. Estou com um problema com a minha filha. Dá tempo prá contar? Essa minha filha, quando minha mulher morreu, veio do interior, ela briga comigo na minha casa, brigou com a mãe e eu fiquei muito sentido de ela fazer isso com a mãe dela. A minha mulher atual era uma mulher que vinha sempre em casa cuidar, dar banho na mãe dela, é uma mulher que eu conheço há muitos anos, então nós somos da mesma igreja, Assembléia de Deus, não podemos viver juntos, nós temos que casar, é obrigado a casar. Casei, ela não queria o

casamento, ela é muito chegada aos filhos, ela cuida das duas casas, a nossa e a dos filhos. A minha filha fica implicando dizendo que ela não faz nada em nossa casa. Ela coloca tudo quanto é defeito. A minha mulher quer me levar para a casa dela, lá tem os filhos dela, três rapazes e uma moça, e só tem dois cômodos. Agora eu tenho um problema, porque eu não quero ir para lá e ela não quer ficar por causa da minha filha. A minha filha diz que ela não vai tirar o pai dela de lá, mas eu respondi que ela não manda em mim. Agora não sei o que vai ser da minha vida porque agora fechou o caminho. Quando eu era novo, não tinha problemas que eu não resolvia, mas agora.... Antes brigava, hoje não quero saber disso não. Eu fico abatido. Não sei o que fazer. Minha vida é difícil. Eu quero ficar na minha casa e ela quer ir para a casa dos filhos. Os filhos dela saem, viajam, trabalham fora e a filha vai casar. Isso me dá uma tristeza, não sei como vou resolver.

E4) Como o Sr. descreveria o seu *nervosismo*, sua *tristeza* ou seu *desânimo*?

S4) Eu acho que uma certa parte eu sou errado nisso. Quando eu vejo, eu já fiz, quando eu vejo, eu já falei, e quando eu faço essas coisas, eu fico de um modo, fico 2-3 dias sem falar nada em casa, a mulher fala comigo, não tô com raiva, eu tô triste. Não queria que acontecesse, mas acontece. Eu fico assim em casa, 2-3 dias sem falar. A mulher pergunta se quero alguma coisa, não respondo, vou dormir. Eu sinto aquela tristeza, não tenho prazer nenhum na minha vida. Eu acho que já vivi bastante, fiz 74 anos agora, se fosse prá morrer, tudo bem, porque para sofrer, eu vejo meus irmãos como estão sofrendo. Tenho 4 irmãos, três estão de cama e o outro está indo para o mesmo caminho. Eu vejo o sofrimento deles e imagino o meu. Tenho uma irmã, em Goiânia, com 85 anos, já não sabe se é de dia, se é de noite. Meu irmão mais novo, de 71 anos, está de cadeira de rodas. O outro quebrou a perna, não sai mais da cama. Tem outro que mora há 55 anos em Santana, saiu e se perdeu. O melhorzinho que tá tendo sou eu. Faz 2 anos que faço tratamento. Minha vida é muito difícil. Eu venho aqui fico com pressa de ir embora, eu chego em casa e tenho vontade de sair, vou prá Góias fico lá 15 dias e não agüento mais, quero vir embora, não tenho prazer em sair, ir para uma pescaria. Esse problema já tá bem melhor, mas a tristeza sempre me acompanhou. Tenho vontade de ir embora, pego o carro e vou sozinho.

E5) Como o Sr. tem percebido ultimamente, a sua relação com a família?

S5) Com a família eu tenho sentido bem mais difícil. A minha filha que saiu de casa. Falei muitas coisas para a minha nora, eu gosto muito da minha neta mas não a vejo. Eu falei prá eles que vem em casa quando precisam de mim, mas não trazem a menina prá eu ver. Tem dia que a cabeça dói, eu fico nervoso demais. Na rua eu não tenho nada. Não tenho inimigo, não discuto, não brigo, moro lá há 41 anos. Agora vai Ter problemas com a minha filha por causa da mulher. Em relação à família, está difícil.

E6) O Sr. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com a família? Como?

S6) Eu acredito. Parece que eles me provocam, eles dizem uma coisinha mas para mim eles falam um coisão. Tem dia que eu tô melhor, tem dia que eu tô pior. O dia que eu tô

bom, eu relevo. Mas tem dia que eu não quero conversa. Então aquele dia que eu não tô bom, é o dia que eles resolvem me provocar. Aí, é onde eu dou explosão. Rezo prá acontecer, mas aconteceu, vou fazer o quê.

E7) Como tem percebido o seu relacionamento com amigos e conhecidos?

S7) A relação com amigos e conhecidos é uma relação boa porque não brigo, não discuto, mas também não procuro ir na casa de ninguém. É meus amigos há 40 anos, passo por eles, dou minha saudação, paro para conversar. Tem um vizinho que tem depósito de material de construção, parede colada a minha, eu sempre parava para conversar com ele, hoje não paro mais, só cumprimento, então os amigos não têm problema algum, só tenho problemas com o meu povo.

E8) O Sr. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com os amigos ou conhecidos? Como?

S8) Muda porque eu não converso, tem um vizinho que toma ônibus, senta comigo, vamos até a cidade e eu não converso com ele e eu conheço ele há 40 anos. Então acho que o problema é só isso, eu não conversar, não converso com os vizinhos.

E9) Como tem se percebido atualmente, em relação a seu corpo?

S9) Meu corpo? É o seguinte, eu sinto muitas coisas e passo por muitas coisas que eu não sei o que é, me dói o corpo, a cabeça, tudo dói e não sei onde vem essa doença. No meu pensamento, não tem cura. Fui na Santa Casa e fiz um exame de mais de uma hora e no dia seguinte uma entrevista, aquilo foi me dando uma coisa na cabeça. Eu peguei o remédio, minha filha falou que vai tirar todas as bulas do remédio, mas eu li e vi cirrose, é uma doença muito triste, meu tio morreu disso, eu vi aquilo e me deu um negócio, toda coisinha que eu comia, a minha barriga ficava desse tamanho, e eu não tinha vontade de comer. Eu coloquei na minha cabeça que era cirrose que eu tinha. Entrou na cabeça e eu fiquei na maior tristeza, daí acabou minha vida.

E10) O Sr. acredita que *estar triste* muda alguma coisa em relação ao seu corpo? Como?

S10) Eu acho que muda. Aquela tristeza, eu acho, que passa para o corpo, porque eu sinto o corpo acabar, sinto o corpo sem força, não tenho coragem de reagir. Eu acho que seja isso que eu tô tendo. Eu já sentei na cadeira, fechei os olhos, fico sentado e fiquei lá na maior tristeza. Então, eu acho que o meu corpo não agüenta é por causa disso, aquela tristeza, o tempo não passa, as horas não passa. O tempo só passa quando eu estou em casa e só melhora quando eu tenho uma notícia boa, parece que eu até sarar. Sinto aqui no peito. Também se der uma notícia ruim, por isso eu acho que tem a ver a tristeza com o corpo.

E11) Que pensamentos o Sr. acredita que o deixam mais triste e desanimado?

S11) Pensamento são duas coisas principais, uma não é da sua parte, mas é da minha parte, a religião. Eu como entrei na Assembléia, eu tenho medo e morrer e não Ter a salvação, é a preocupação que eu tenho, uma é essa. E a outra preocupação é de eu ficar,

a idade chegar, e a gente não ajudar e eu ficar pela mão dos outros. Essa é minha preocupação já há muito tempo. Eu falava sempre prá minha esposa que eu tinha medo disso daí. Essa minha filha é muito boa, mas também é maldosa. Meu filho também é muito bom, mas minha nora não confio, só confio na minha filha mais nova, não me dou bem com o marido dela, mas agora ele morreu e agora ela está sozinha, dei a casa para ela morar, mas ela não quis e fica assim, eu fico preocupado. É próprio da família, essa minha irmã está lá, ela vai no médico, dizem que é problema de nervos, é mental. Então é o seguinte, a filhas gostam muito do pai e não gostam dela, então fica semanas sem conversar com elas. Eu fiquei lá e percebi que tratam ela com desprezo, são três irmãs e quem cuida dela é a mais nova, cuida de uma mulher de quase 90 anos. Fica deitada sem fazer nada. Eu vejo que o outro aqui também fica na mão das filhas que não gostam dele, chamam ele de cobra e eu imagino da minha vida. O de 71 anos que está na cadeira de rodas tem 5 filhos e foi casado duas vezes, ele bebe demais, um dia ajuntou todos os filhos e bateram nele e ele deu dois tiros na mulher e o juiz tirou ele de dentro da casa e aí agora ele não tem direito de entrar na casa dele, que absurdo, comprar um terreno, construir minha casa e porque sou agressivo o juiz me tida da minha casa e Ter que dormir na rua, ficar jogado. Essa é minha preocupação. Eu me conformo porque eu estou andando. Eu não confio nessa mulher, eu já falei prá ela “você não gosta de mim, você gosta de seus filhos”, “não, eu cuido de você”. As minhas duas preocupações: eu morrer e não Ter salvação e eu ficar doente mental, não poder andar e ser cuidado pela mão dos outros. São minha preocupações.

E12) Que pensamentos o Sr. acredita que o deixam mais animado e confiante?

S12) Mais animado? O que me deixa mais animado é outra preocupação, eu não tenho nada na minha vida, eu comprei um terreninho com muito custo, fiz minha casinha, não consegui minha aposentadoria, na minha mente fica como eu vou viver. Então só depois que minha mulher morreu, eu consegui minha aposentadoria de R\$ 150,00. Se eu tivesse uma aposentadoria de R\$ 600,00, eu teria uma vida mais feliz. Eu detesto fazer compromisso e não cumprir. Eu não devo e não gosto que me cobrem, meus negócios é tudo direitinho. No plano real, o aluguel tava bom, mas depois caiu, e se acabar, eu vou viver do quê? Preciso, porque não posso trabalhar mais. É uma preocupação que eu tenho. O que me animava é se eu tivesse um ordenado que desse prá eu viver bem, me tiraria uma grande preocupação.

E13) Que coisas o Sr. acredita que possam deixá-lo pior?

S13) Me deixar pior? É o seguinte, se me acontecesse problemas de família. Dia 24/09 eu ia fazer 50 anos de casado, um ano e meio antes Deus tirou ela e no meu pensamento eu ia fazer uma festinha. Agora eu caso, estou começando uma vida nova. Com a minha mulher, nós tínhamos 48 anos de casados, nós se entendia, agora com essa, nós não se entende. Então isso é um problema.

E14) Que coisas o Sr. acredita que possam deixá-lo melhor?

S14) Eu acho que se eu tivesse um salário que desse para viver, mas eu já estou conformado com a vida. Eu tô doente, perdi a esperança de sarar, vou no médico mas eu

acho que não tem cura. O problema de eu estar fazendo tratamento aqui, eu fico também confuso porque não sei se sara ou não a minha mente. Não gosto de ir ao hospital porque me faz sofrer, o sofrimento do outro me faz sofrer.

E15) O Sr. tem alguma religião? Se sim, qual entidade religiosa você acredita? (*Deus, Demônio/Satanás, céu, vida depois da morte, destino, inferno, reencarnação, horóscopo, amuletos, cartomantes*)

S15) Crença na Assembléia de Deus. Acredito em três pessoas, Pai, Jesus e Espírito Santo, em uma só e nada mais eu creio. Prá nós existe o Demônio, quem morreu não volta mais, creio na ressurreição porque Jesus ressuscitou e quem tiver a salvação também ressuscitará. Vida depois da morte só a ressurreição não confundir com reencarnação que é do Espiritismo. Existe o destino, por exemplo, eu fui ao Nordeste, bati o carro, quase morri, mas como não era o dia, nada aconteceu. Existe inferno, não creio em horóscopo, cartomancia e nem amuletos.

E16) O Sr. mudou alguma vez a sua religião? Se sim, para qual? Quando?

S16) Sim. Mudei para a Assembléia de Deus em 61. Meus pais eram católicos.

E17) Qual foi a primeira religião?

S17) Era católico.

E18) Qual delas acredita que poderia melhorar a tristeza ou o desânimo?

S18) Só a minha igreja mesmo, a Evangélica.

E19) O Sr. pratica alguma atividade religiosa? Se sim, quais e com que frequência?

S19) Na igreja eu sou consagrado diácono. A pessoa que batiza nas águas é considerado diácono. Eu sou pregador, eu cuido da igreja. Para pregar é preciso comentar, mas eu esqueço demais. Nós temos duas vezes por dia de trabalho, visitas, cultos de 2ª a Domingo.

E20) O Sr. ora, reza ou consulta Deus em particular?

S20) Oro sim, às vezes quando vou fazer uma visita, quando levantamos pela noite, todas as refeições oramos pelo pão e todas as noites pelo que Ele tem nos dado e pelo dia seguinte. E, às vezes, se acordar à noite, também ora.

E21) O Sr. ora, reza ou consulta Deus em conjunto com outras pessoas?

S21) Na igreja, na base de duas vezes ao dia.

E22) O Sr. lê livros religiosos? (*livros sagrados, Bíblia, livros sobre religião, livros de auto-ajuda*)

S22) Temos a Bíblia, temos a revista dominical e muitos livros feitos por pastores que são estudados e de doutrinar. Tem um jornal também que sai uma vez por mês.

E23) O que de sua vida religiosa (que coisas, que atividades), o Sr. (a Sra.) acredita que influencia, no sentido de piorar ou melhorar a depressão?

S23) Eu sinto que melhora. É pela fé que a gente sente, eu fui pra igreja passando mal e lá eu fico bem melhor, eu sinto um alívio na cabeça.

E24) O que o Sr. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S24) Na minha parte eu acho que se ele fosse um religioso, como eu na Assembléia.

E25) O que o Sr. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S25) Aí, eu acho que o melhor é o religioso. Quem não tem a religião, não tem Deus. Faz 40 anos que parei de beber, agora pra mim a idade vai chegando e a depressão também, mas procuro estar com Deus e estar bem e então tô livre dessas coisas e me sinto melhor, a gente vai aprendendo a viver com o povo.

E26) E em relação especificamente à religião, o que o Sr. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S26) Ele estando na religião, ele deixa todos os vícios, ele torna-se uma outra vida. Depois ele vai ver a diferença de onde ele está e onde ele estava. Ele tem que ser religioso, tem que ser obediente à palavra de Deus. Deus não aprova mentira. A pessoa se estiver com depressão, a religião é a melhor coisa.

E27) E em relação especificamente à religião, o que o Sr. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S27) Tem que obedecer a religião. Tem dois espíritos, o espírito de Deus e o espírito do mal. Ele tem que Ter o espírito de Deus para não fazer maldade, não se prostituir. Ele tem que se espelhar na palavra de Deus.

E28) O Sr. acredita que algum outro tipo de medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach, terapia de vidas passadas ou outras), podem interferir no sentido de ajudar ou piorar a depressão?

S28) Homeopatia e acupuntura eu já acreditei. Hoje não eu que eu não acredito mas acho esquisito espetar aquelas agulhas no corpo da gente. Nessas duas eu acredito. A homeopatia não faz mal para outras coisas. Um vidro desse tamanho tem 200 comprimidinhos, se tomar tudo não faz mal.

E29) Qual tratamento para depressão, o Sr. acredita ser o mais adequado?

S29) Bom, eu acho que pra isso aí eu acredito na psicologia e na psiquiatria.

E30) Como foi sua decisão de procurar um psiquiatra?

S30) A decisão? Eu procurei porque a minha mente estava muito fraca, e vendo o que meus irmãos estão passando, eu resolvi. Eu sou o pregador, a palavra de Deus, e me faz falta me atrapalha muito o esquecimento. Não consigo decorar os versículos. Não consegui guardar as três palavras que o médico me falou. Foi através do rádio. Vim aqui, conversei, marquei e vim no médico, falei que estava sentindo minha mente fraca, eu estou me sentindo bem melhor. Viajo de carro, dirijo, vou onde eu quero.

E31) De que forma o psiquiatra poderia ajudá-lo?

S31) Eu acho que pelo remédio é fundamental mas a conversa também. Muitas vezes eu entrava aqui e conversava aqui e conversava bastante, contava meus problemas e me sentia melhor. Eu me sinto um herói, sofri muito com a doença da minha mulher. Ficou três internado e não voltou. Para mim foi a minha morte, fiquei 9 meses viúvo, sem Ter quem cuidasse de mim. Então, casei, achei que iria melhorar. Mas o problema com a minha filha. Se não fosse a religião, eu já teria dado fim a minha vida.

E32) De que forma a psicoterapia ou tratamento psicológico poderia ajudá-lo?

S32) Gostei muito da psicoterapia. Eu acho que se a gente pensar, acha que só acontece com a gente. Tem tanta gente lá com tantos problemas e eu vejo que todos contam seus problemas, com paciência. Eu acho que é bom, é um consolo, a gente se conforta. Eu acho muito bom isso aí.

III. Pseudônimo: Neuza (A. N. G.)

E1) Como a Sra. percebe o seu estado emocional atual?

S1) Estado emocional? De saúde eu estou bem, mas de estado emocional, quando surge algum problema, a gente fica assim. Eu levo como uma coisa normal. Eu perco o sono e fico preocupada mas só com o que está acontecendo, depois passa.

E2) Como a Sra. descreveria seus *problemas*, atualmente?

S2) Meus problemas de saúde? Olha, os problemas, meu, é do tipo preocupação, eu sou uma pessoa que me preocupo tanto com a minha família, com meus filhos, meus netos, então se eu sei que aquele está bem, eu deixo de lado e passo a me preocupar com o outro que eu sei que não está bem, está em crise. Então é só esse tipo de preocupação, com a minha família. Mas é normal, não é? Acho que isso é normal, e de toda mãe se preocupar como eu. Por exemplo, eu tenho um filho que já está com 45 anos e de um ano para cá ele inventou de comprar uma moto, então é aquela moto. Eu sabendo do risco que tem uma moto, é lógico que a minha preocupação dobrou com ele. Tanto que eu já conversei com ele da minha preocupação. Ele falou que é para eu não ficar preocupada que ele é cuidadoso.

E3) Como os seus *problemas* interferem no seu estado emocional atual?

S3) Porque me tira o sono e me deixa mais apreensiva.

E4) Como a Sra. descreveria o seu *nervosismo*, sua *tristeza* ou seu *desânimo*?

S4) Eu fico agitada, eu fico, parece que eu tenho uma notícia, lógico que ruim, esperando o pior. Talvez o motivo não seja o de preocupação mas é, eu sou assim, mas toda a minha vida sempre fui assim, não sei se é porque eu tive muitos filhos, um atrás do outro que eu fiquei desse jeito.

E5) Como a Sra. tem percebido ultimamente, a sua relação com a família?

S5) Bem. Ótima...

E6) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com a família? Como?

S6) Não muda porque isso é algo do 'eu', a gente se encontrando é normal a relação. Tem muita harmonia na família.

E7) Como tem percebido o seu relacionamento com amigos e conhecidos?

S7) Está tudo bem.

E8) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com os amigos ou conhecidos? Como?

S8) Eu acho que não, porque se eu estou triste e o problema é meu, procuro às vezes até disfarçar, não passar para ninguém porque isso passa, eu vejo que passa, depois eu estou alegre, estou cantando.

E9) Como tem se percebido atualmente, em relação a seu corpo?

S9) Meu corpo, eu não sei, não tenho percebido nada, está tudo em ordem.

E10) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa em relação ao seu corpo? Como?

S10) Quando a gente está triste, a gente deixa um pouquinho do corpo. Abandona um pouquinho. Eu paro de arrumar meu cabelo, fazer minha unha, passar pó e um batom, mas daí faço tudo passar para lá e volto em ser eu.

E11) Que pensamentos a Sra. acredita que a deixam mais triste e desanimada?

S11) Pensamento que deixa mais triste? Deus me livre, ir no médico e saber de uma doença grave e saber que algum dos filhos não esteja em boa condição financeira porque hoje está ruim para todos.

E12) Que pensamentos a Sra. acredita que a deixam mais animada e confiante?

S12) Eu ver que estão todos bem, assim com bastante trabalho para eles, entrando dinheirinho. É o que me deixa feliz, contente, alegre, de bem.

E13) Que coisas a Sra. acredita que possam deixá-la pior?

S13) Eu sou uma pessoa que vivo pelos meus filhos, a minha resposta é eu tudo em função em função deles, o que me deixa pior é saber que um deles está atravessando uma fase difícil, não posso estar bem sabendo disso.

E14) Que coisas a Sra. acredita que possam deixá-la melhor?

S14) Quando está tudo bem com eles. Eu conversando com um e com o outro e tenho boas notícias, boas informações e eu vendo, porque não adianta falar, eu vendo, eu sei. Se está tudo bem, eu fico, se não está, eu sinto...

E15) A Sra. tem alguma religião? Se sim, qual entidade religiosa você acredita? (*Deus, Demônio/Satanás, céu, vida depois da morte, destino, inferno, reencarnação, horóscopo, amuletos, cartomantes*)

S15) Católica Apostólica Romana. Eu acredito em Deus, Jesus eu acredito. Esse negócio de cartomantes, eu sou curiosa, eu gosto de ir, já fui várias vezes. Fui em uma que era muito boa, que falava o nome das pessoas, como é que ela sabe se ela não me conhece. Sou uma pessoa curiosa, então eu gosto. Não acredito em demônios. Demônios são as

pessoas ruins. Não sei se acredito em céu. Não acredito em vida após a morte, em destino, em inferno, reencarnação, horóscopo, amuletos...

E16) A Sra. mudou alguma vez a sua religião? Se sim, para qual? Quando?

S16) Nunca mudei de religião. Sempre foi a Católica. Fui criada na religião católica.

E17) Qual foi a primeira religião?

S17) Católica.

E18) Qual delas acredita que poderia melhorar a tristeza ou o desânimo?

S18) Não tem nada a ver.

E19) A Sra. pratica alguma atividade religiosa? Se sim, quais e com que frequência?

S19) Só vou a missa, Nem toda semana eu vou. Vou duas vezes por mês só não sou uma religiosa que deveria cumprir direitinho.

E20) A Sra. ora, reza ou consulta Deus em particular?

S20) Rezo bastante. Às vezes, tem dia que é a toda hora, mesmo eu passando uma roupa, fazendo uma bilheteria, ou mesmo lendo, eu rezo agradecendo Jesus à Deus as coisas que Ele faz, peço e rezo e louvo. Tudo eu mesma. Na minha casa.

E21) A Sra. ora, reza ou consulta Deus em conjunto com outras pessoas?

S21) Na minha casa, meu marido faz uma vez por semana reunião do Evangelho e como hoje é dia é às oito e meia da noite. Eu participo, só que ele é espírita e essa reunião é uma mistura tanto católica quanto espírita, só que eu fico na minha. Tudo em nome de Deus, de Jesus, não tem nada de anormal. Minha filha vem e participa, meu genro, meu neto. É uma vez por semana. Eu até leio um trecho da Bíblia e cada um fala o que entendeu, meu marido que dá as explicações e a gente encerra com um Pai-Nosso. Então é uma reunião gostosa que só faz bem para a gente.

E22) A Sra. lê livros religiosos? (*livros sagrados, Bíblia, livros sobre religião, livros de auto-ajuda*)

S22) Não gosto muito de ler.

E23) O que de sua vida religiosa (que coisas, que atividades), a Sra. acredita que influencia, no sentido de piorar ou melhorar a depressão?

S23) A minha fé.

E24) O que a Sra. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S24) Vir aqui na Santa Casa e procurar a senhora e o médico que me tratou.

E25) O que a Sra. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S25) Não sei responder isso daí.

E26) E em relação especificamente à religião, o que a Sra. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S26) Para ela Ter fé em Deus e fazer uma oração, rezar um Pai-Nosso, Ter fé em Deus, ajuda muito, além do tratamento daqui e a fé.

E27) E em relação especificamente à religião, o que o Sr. (a Sra.) não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S27) Difícil essa pergunta. Não sei.

E28) O Sr.(A Sra.) acredita que algum outro tipo de medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach, terapia de vidas passadas ou outras), podem interferir no sentido de ajudar ou piorar a depressão?

S28) Não acredito.

E29) Qual tratamento para depressão, o Sr. acredita ser o mais adequado?

S29) Em primeiro lugar a ajuda dos médicos e a força de vontade, é o querer, é o poder e o ser e o Ter capacidade também de sair dessa, porque assim eu estou ajudando o médico também. Na medida que ele vai me ajudando, eu vou ajudando ele.

E30) Como foi sua decisão de procurar um psiquiatra?

S30) Quando eu me senti no fundo do poço, eu ouvi no rádio a propaganda dessa Santa Casa, eu liguei no mesmo dia e fui acolhida e saí, fiquei curada aqui.

E31) De que forma o psiquiatra poderia ajudá-la?

S31) De que forma? Bem como é que foi? ... Ele conversou, ele me ouviu, só que eu precisei de medicamentos também, mas foi por ele.

E32) De que forma a psicoterapia ou tratamento psicológico poderia ajudá-la?

S32) A terapia? Só eu participando dessas reuniões em grupo. Eu ouvia os problemas dos outros, então nisso a gente também faz assim, sem essa terapia em grupo a gente acha que só a gente é que passa por essas coisas e aí nessas reuniões de grupo, eu achava que meu problema era tão pequeno diante dos outros que ouvia. Então isso dava força, mais força, não que eu ficasse contente com o problema dela, não é isso, é que eu que achava que o meu era tão grande, eu vendo que o da outra era maior que o meu, ajudava eu a me curar mais rápido. Estou curada. É ótimo.

IV. Pseudônimo: EDUARDO (C. E. V.)

E1) Como o Sr. percebe o seu estado emocional atual?

S1) Melhor que há algum tempo, talvez uns 4-5 meses atrás. Eu estive melhor quando eu estava trabalhando tendo a possibilidade de Ter uma renda, mas depois fiquei só com o trabalho e a renda não veio, uma das minhas dificuldades continua até hoje.

E2) Como o Sr. descreveria seus *problemas*, atualmente?

S2) Sobre que aspectos? Possíveis ou impossíveis de superar? Que tipo de interpretação? Eu acho que eu estou cansado de tanto enfrentar problemas que não vejo solução. Já vem de muito tempo, não consigo ver algo positivo. Fico na esperança e quando chega no momento da decisão, a decisão ou a resposta é negativa.

E3) Como os seus *problemas* interferem no seu estado emocional atual?

S3) Diretamente, eu acho que o meu estado emocional, quando eu me altero, meu problema maior é o nervosismo, a ansiedade e isso me complica muito, principalmente quando eu tenho as minhas dificuldades financeiras atuais que eu não consigo resolver, não vejo solução, só vejo os problemas se agravando.

E4) Como o Sr. descreveria o seu *nervosismo*, sua *tristeza* ou seu *desânimo*?

S4) Decorrência do insucesso que eu tenho em tudo isso que venho tentando, que eu tenho tentado. Muita coisa eu não alcanço resultado, quando eu penso que alcanço, constato que fui ludibriado. Além daquele trabalho que eu já falei prá senhora, eu tenho muitas outras iniciativas que não dá certo.

E5) Como o Sr. em percebido ultimamente, a sua relação com a família?

S5) Ruim, a começar da esposa. Todos estão praticamente separados. Conversamos o estritamente necessário, o restante é obrigação nossa. Ela cuida da casa, daquilo que lhe diz respeito e eu também cuido da manutenção da casa e só, e não tem mais nada. Acabou. Mudou tudo, inclusive nossa vida sexual não existe mais. Nós estamos separados, apesar de morarmos na mesma casa. Eu estou separado simplesmente sem poder sair de casa e nem sustentá-la. Não tenho intenção de deixá-la sem que ela tenha segurança, mas eu não tenho renda para deixar com o suficiente para ela sobreviver e para eu sobreviver também. A dificuldade vem há muitos anos. Eu sempre omiti esse problema prá você. Eu nunca mencionei mas ele sempre existiu deste o tempo que eu vinha aqui. Eu procurava separar as coisas. Quando eu vinha do interior e, até 1994 eu fiquei morando no interior, e quando eu consegui vender a minha casa, eu vim para Santo André e comprei minha casa aqui. Mudamos para cá por necessidade financeira. E no momento de vir para cá, eu propus a ela que nos separássemos, cada um cuidar da sua vida, aproveitar que estamos com dinheiro, dividimos o dinheiro e você leva sua vida e eu levo a minha, e acabou. Ela não quis, propôs que nós tentássemos mais uma vez. Eu

reclamo é do comportamento dela em relação a mim, a maneira dela me tratar, isso não alterou, então continua dessa forma desde 1994 quando eu propus a ela a separação. O problema foi antes disso. Agora modificou, eu estou dentro de casa só fisicamente, só compareço na minha casa e nada mais. Não sou mais marido, eu sou hóspede, a melhor situação é essa, eu ainda continuo sendo hóspede, porque não estou ganhando o suficiente para me separar e assim que eu conseguir Ter renda, regularizar os meus problemas pendentes, a idéia é me separar realmente, não tem porque continuar. São atitudes muito agressivas dela para comigo e, além disso, fica muito – eu não sei se poderia chamar de falsidade, mas é algo que eu não admito que ela faça e ela acaba fazendo. Por exemplo, quando viemos do interior, eu comprei uma casa em Santo André e ela não está satisfeita com a casa nem com o lugar onde está a casa. Eu lembro que ela insistiu que comprasse a casa, acabei comprando, deixei de lado meus objetivos, meus interesses e comprei a casa. Quando foi há um ano, um ano e meio atrás, ela, num momento de discussão, ela veio dizer que ela tinha feito a compra da casa contrariando a minha vontade porque eu não podia ficar com o dinheiro na mão senão eu ia dar tudo para os parentes. Então ela me enganou, ela me ludibriou nesse assunto. Era um assunto que tinha que ser discutido e acertado claramente entre os dois para não Ter problemas. No entanto, ela não se comportou dessa maneira e agora pouco tempo atrás, um ano atrás, ela falou que só fez isso porque... é muito difícil por ser desagradável demais, é algo tipo coisa de novela, comportamento que não dá prá admitir, só quando se escreve para um ator representar, uma pessoa não pode agir assim com uma pessoa de dentro de casa com uma convivência de mais de 40 anos de casado. Isso prá mim foi o fim. Não deu mais o que já estava abalado por uma série de coisas semelhantes, mas que me agrediram também. Me senti muito agredido, muito diminuído, muito maltratado, um otário. O fato de eu ser honesto, correto e sincero, eu fico lidando com as pessoas desse jeito e acabo recebendo um troco que é exatamente o contrário e, além disso, me deprecia muito. Eu sempre fico na condição de otário e não o cara que procurou fazer, achar o melhor caminho, contemporizar para poder respeitar o gosto das pessoas, para poder achar o melhor caminho para ambas as partes. Nada disso vale. Então é muito desagradável, ainda somando os problemas que eu tenho no momento que não é problemas que só dizem respeito a mim, dizem respeito a ela também, porque a minha possibilidade de resolvê-los, principalmente, de ordem financeira visam também a tranquilidade dela, que também está intranquila porque não tem dinheiro. Só temos renda para sobreviver, então não é nada e nem essa renda prá sobreviver está dando mais. É uma coisa tão pequena, tão pequena, em relação ao que você precisa no mês e ao longo do tempo, quer você queira, quer não, a tendência é de o gasto fugir do que você tem de rendimento. Então, eu hoje estou numa fase bem avançada de compromissos em relação ao que eu posso pagar, mas dificuldades eu sinto de resolver os problemas, mais dificuldades eu tenho de superar e conseguir mais dívidas. Abrir um buraco para tapar outro, resumindo a história. Eu até me considero muito bem em relação a um tempo atrás, apesar do agravamento da situação. Eu poderia estar pior se não recorresse a vocês aqui. Não sei o que poderia Ter acontecido, mas é isso aí.

E6) O Sr. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com a família? Como?

S6) Eu não mudei muito a relação com as pessoas, pelo menos eu acho, porque eu nunca fui assim muito apegado a todos eles, digo apegado no sentido de Ter um comportamento afetivo, carinhoso, não é de meu feitio, infelizmente. Isso tanto dentro de casa quanto fora de casa e eu continuo sendo o mesmo, o que me altera é o nervosismo que acaba me colocando em dificuldade. Então isso pode realmente ocorrer, mas, geralmente, sem agredir as pessoas de fora da família. Na hora das discussões, etc. a gente faz, isso acontece dentro de casa quando estamos só nós.

E7) Como tem percebido o seu relacionamento com amigos e conhecidos?

S7) Eu não tenho mais amigos, eu não tenho conhecidos. De Santo André para cá, eu não tenho mais vida social. Dessa maneira, para falar genericamente. Amigos, eu não tenho também. Eu fiquei fora 15 anos de Santo André, então o meu círculo de amizades desapareceu, cada um faz para um lado, tanto que esse é um dos problemas que enfrento para conseguir um emprego, não tenho a quem recorrer para me ajudar a conseguir um emprego, porque todos eles já estão aposentados ou já mudaram para outros lugares e eu não tenho a quem recorrer. Chegou um ponto que quando eu vim para cá, corri atrás de um monte de emprego, mas depois desisti, não quis mais saber de procurar porque é uma humilhação tremenda o tratamento que a gente recebe por aí. Eu me cansei de ser recusado por ser velho e não Ter um inglês fluente. Eu conheço um pouco de inglês, mas não sou fluente. Todos eles querem inglês fluente e eu não posso sequer fazer um curso para poder treinar o inglês, também não tinha como pagar.

E8) O Sr. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com os amigos ou conhecidos? Como?

S8) Não, os poucos que tenho continuam os mesmos, de muitos anos. Pessoas que eu considero, continuam amigos. Conheceram como eu sou, me aceitaram como eu sou. Isso não se alterou.

E9) Como tem se percebido atualmente, em relação a seu corpo?

S9) Meu corpo? Eu sempre me cuidei bem e continuo me cuidando. Eu me alimento como quase se fosse um regime, nisso a esposa me ajuda bastante. Também me dá alimentação, eu tive uma suspeição de diabetes, tanto que eu vou Ter uma confirmação no final do mês. Fiz os exames e vou voltar ao endocrinologista para poder Ter diagnóstico. Eu apesar de Ter uma propensão a ser diabético, quando eu tive uma informação errada que eu era diabético, eu passei a me cuidar como se fosse um diabético. O médico achou que eu devia continuar a dieta porque isso evitaria. Faço uma caminhada, todo dia, de 10km.

E10) O Sr. acredita que *estar triste* muda alguma coisa em relação ao seu corpo? Como?

S10) Acredito. A doença afeta fisicamente. Depende da doença. Qualquer doença quando tratada não tem problema.

E11) Que pensamentos o Sr. acredita que o deixam mais triste e desanimado?

S11) O insucesso profissional. A falta de perspectiva. Dificuldade financeira. É quase uma ordem decrescente, são vários.

E12) Que pensamentos o Sr. acredita que o deixam mais animado e confiante?

S12) O inverso. Se eu tivesse uma vida mais tranqüila, com renda, se tivesse algum conforto financeiro para que pudesse saber o que eu posso e o que eu não posso fazer. Hoje, por exemplo, eu tive uma proposta pela telefônica, custa sete reais para duplicar a minha linha, eu vou Ter que contratar. É uma notícia que me alegra porque eu tenho condições, de pensar que eu possa fazer isso porque vai custar pouco, mas a maior parte das coisas que eu penso fazer, que eu preciso fazer e não faço e me frustro porque não tenho renda suficiente.

E13) Que coisas o Sr. acredita que possam deixá-lo pior?

S13) Mesmo que eu não tivesse esses problemas, é a atividade das pessoas em relação, por exemplo, roubar, serem desonestos, atitudes desonestas, conseqüentemente eu encontro pessoas desonestas que me provoca tipos danos qualquer e aí vem aquele sentimento íntimo de colocar na condição de otário que me revolta. Só faço boas intenções e, no entanto, só de pensar que fui tapeado.”

E14) Que coisas o Sr. acredita que possam deixá-lo melhor?

S14) Só a minha tranqüilidade, eu não sou muito exigente. Eu só queria uma estabilidade, Ter alguma segurança financeira, poder viver minha vida tranqüilamente, de preferência trabalhando.

E15) O Sr. tem alguma religião? Se sim, qual entidade religiosa você acredita? (*Deus, Demônio/Satanás, céu, vida depois da morte, destino, inferno, reencarnação, horóscopo, amuletos, cartomantes*)

S15) Fui criado e nascido na Católica Apostólica Romana. Mas confesso que nunca participei efetivamente. Tive participação esporádica, não sou do tipo que se volta para a religião prá pedir ajuda. Eu acho que não adianta pedir, eu tenho que lutar, resolver o problema, não sei de que jeito muitas vezes, mas eu tenho que resolver, não acredito em nada. Gostaria de acreditar que existe vida após a morte. Religião, acreditar em Deus. Analiso com lógica o universo, é impossível admitir que os homens pudessem fazer algo semelhante. Tem gente que acredita que a origem seja divina, que talvez seja obra de um ente superior, é a única maneira que eu explicaria, acredito que Ele existe porque é algo realmente monstruoso em termos de obra.

E16) O Sr. mudou alguma vez a sua religião? Se sim, para qual? Quando?

S16) Não.

E17) Qual foi a primeira religião?

S17) Católica, nunca fui praticante, fervoroso principalmente.

E18) Qual delas acredita que poderia melhorar a tristeza ou o desânimo?

S18) Não, nem a Católica, nem qualquer outra.

E19) O Sr. pratica alguma atividade religiosa? Se sim, quais e com que frequência?

S19) Não.

E20) O Sr. ora, reza ou consulta Deus em particular?

S20) Já fiz isso até há um ano, um ano e meio atrás. Eu fazia não com constância, só nos meus momentos de maior pressão, depois eu cheguei à conclusão que eu não devia fazer isso, eu devia achar o caminho. Eu não tinha o direito de pedir isso porque tem muita gente pior que não é atendido, que eu não me sentia no direito.

E21) O Sr. ora, reza ou consulta Deus em conjunto com outras pessoas?

S21) Quando eu tenho, quando tem necessidade de comparecer a alguma atividade religiosa, eu rezo, pode até ser numa outra religião, como já aconteceu, oro aquilo que sei. Isso é bem raro, eu freqüento mais solenidade ou por casamento ou por morte.

E22) O Sr. lê livros religiosos? (*livros sagrados, Bíblia, livros sobre religião, livros de auto-ajuda*)

S22) Não.

E23) O que de sua vida religiosa (que coisas, que atividades), o Sr. acredita que influencia, no sentido de piorar ou melhorar a depressão?

S23) Nada. Já no passado até acreditei, mas eu mesmo analisei as coisas e há um ano, um ano e meio, dois anos para cá, nada.

E24) O que o Sr. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S24) Trabalho e esporte.

E25) O que o Sr. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S25) Ficar só consigo mesmo num ambiente só.

E26) E em relação especificamente à religião, o que o Sr. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S26) Não, eu acho que isso é de crença pessoal, eu respeito a escolha de cada um. A minha mulher, por exemplo, ela tem sua dedicação constante à religião, ela lê muito, principalmente voltado para o Espiritismo. Pratica ou tenta praticar tudo que ensinam. Não interfiro, aceito e acho válido, mas eu não me acho no direito de recomendar a ninguém.

E27) E em relação especificamente à religião, o que o Sr. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S27) O que eu não sugeriria em relação a religião? Nada, é de foro íntimo, eu não opinaria, cada um que decida...

E28) O Sr. acredita que algum outro tipo de medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach, terapia de vidas passadas ou outras), podem interferir no sentido de ajudar ou piorar a depressão?

S28) Eu acredito sim na possibilidade de cura, não digo da depressão, mas de uma doença qualquer pode-se tratar com remédios encontrados na agricultura e na flora. Homeopatia. Esse tipo de tratamento eu acho válido. Tudo vem da natureza, direta ou indiretamente, então se a gente encontra condições de alguma planta curar, então é correto, é bastante lógico que possa curar.

E29) Qual tratamento para depressão, o Sr. acredita ser o mais adequado?

S29) Eu não tenho parâmetros para te dizer o que seria melhor de tratamento, eu não sei quais são as alternativas.

E30) Como foi sua decisão de procurar um psiquiatra?

S30) Como eu já te falei, isso aconteceu há muitos anos atrás, eu fui procurar e não pude pagar uma senhora que eu procurei e no fim, depois de muito tempo, li no jornal que tinha esse tratamento aqui. Então resolvi vir procurá-los porque eu senti que precisava de ajuda ou talvez houvesse uma possibilidade de ser ajudado. Uma vez que o meu problema vem há mais de 10 anos. Eu não consigo resolver isso, então como eu estava muito nervoso, muito irritado, eu não tinha muita paciência com nada, eu achei que isso pudesse ser a acumulação de problemas que eu tinha que estava me deixando nessas condições, que eu precisava de ajuda.

E31) De que forma o psiquiatra poderia ajudá-lo?

S31) Não, talvez a decisão de procurá-lo foi por não Ter a mínima idéia de como eu poderia me ajudar também. Então eu queria ver alguém que fosse especializado nesse tipo de problema para, primeiro, identificar se eu tinha o problema e, segundo, me ajudar a resolvê-lo.

E32) De que forma a psicoterapia ou tratamento psicológico poderia ajudá-lo?

S32) Eu imagino que através de medicamento. *(O entrevistador esclarece que essa parte de medicamento é com o médico).* Psicoterapia, eu não sei se teria algum tipo de ajuda. O grupo, não acho que alterasse para mim alguma coisa, eu não percebi qualquer alteração porque não influenciou em nada naquelas causas que eu tinha. Naquilo que causava os meus problemas não influenciou em nada, talvez tivesse até inconscientemente me levado a perceber ou tratar, na hora, nas reuniões de alguma maneira, pensando que tinha percebido algum problema que a pessoa podia superar desde que eu interferisse.

Eu me lembro que houve uma ocasião que você propôs à Dona, aquela senhora que ia fazer uma blusa para a filha, e eu propus que ela fizesse a blusa em primeiro lugar e não ficasse esperando que não ficasse imaginando que ela não ia conseguir fazer e que a filha não ia gostar, que ela dizia que tinha um interesse muito grande em dar uma blusa para a filha. Dona Doracy. Eu, na hora, reagi espontaneamente e falei a ela o que eu achava que ela devia fazer, pôr as mãos a obra e fazer a blusa e não ficar prevendo o que a filha ia dizer e sim entregar a blusa para ver como ela reagiria, seria mais objetivo. Me meti no assunto aquele dia, naturalmente, mas é que eu vim perceber que talvez eu tivesse interferido de maneira errada e apesar de estar em grupo e o objetivo ser aquilo, provocar um ao outro, naturalmente de informações, etc., eu achei que talvez eu tivesse que Ter ficado calado. Estimulá-la, eu não sei se isso foi correto. Inclusive, eu quero aproveitar para pedir desculpas se porventura eu fui inconveniente naquele dia. Eu não sei o que se esperava da gente ali, que você particularmente esperava. A minha intenção foi de tentar promover a disposição dela para fazer, ela parecia que estava presa, incapaz de fazer, quando na realidade o que ela tinha era receio de a filha reagir de maneira negativa em relação à blusa. Eu acho que foi boa tentativa, eu só não sei se eu interfeiri da maneira correta, se talvez eu devesse ficar calado na reunião e falar com ela particularmente. Eu falei com ela, depois que ela contou da história da blusa e você me questionou, então eu me achei no direito de interferir e opinar. Estimulá-la a fazer naquela altura, você era a responsável pelo tratamento e eu acabei interferindo. Eu interfeiri de maneira que parecia ser eu o responsável pela orientação técnica do grupo e você era a responsável. Os meus problemas eu resolvo. No trabalho, o dinheiro, quer dizer, na renda e no esporte, três coisas que eu perdi, isso para manter somente aquilo que eu já falei inicialmente.

V. Pseudônimo: Sara (C. B.)

E1) Como a Sra. percebe o seu estado emocional atual?

S1) Eu acho que eu caí um pouco agora, esses dias. Creio que o motivo seja a minha doença cardíaca e o problema no joelho. O joelho seria a cirurgia que eu não posso fazer.

E2) Como a Sra. descreveria seus *problemas*, atualmente? A Sra. já falou um pouco, o problema do joelho.

S2) Me preocupa é essa doença que tá me limitando os movimentos, me limitando as possibilidades que eu tinha de caminhar, de caminhar melhor, sem tanta dor, fazer o servicinho. Não to nem trabalhando prá fora porque não agüento.

E3) Como seus *problemas* interferem no seu estado emocional atual?

S3) Interferem e muito. Muito mesmo, porque, inclusive, eu saí do consultório chorando e fiquei muito deprimida e, até então, teria caído no buraco preto, no buraco negro, mas eu to lutando comigo mesmo porque eu não quero cair, sei que alguma coisa há de melhorar a situação, se não dá prá curar de vez, pelo menos outros tratamentos irão melhorar.

E4) E como a Sra. descreveria a seu *nervosismo*, a sua *tristeza* ou o seu *desânimo*?

S4) Eu acho que como uma paralisação de tudo que eu fazia, que eu já tava fazendo. Eu tinha uma esperança, uma esperança enorme, que houvesse uma solução para o meu caso, mas... parece que não há.

E5) Como a Sra. tem percebido, ultimamente, a sua relação com a sua família?

S5) Está melhor. Estou me relacionando melhor com a minha filha, de vez em quando, não é sempre. Devido à influência do meio em que vive, as provas, a faculdade, pelo menos estou tendo compreensão nesta parte e não fico aborrecendo com os meus problemas. Estou tentando resolvê-los dentro das minhas possibilidades.

E6) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com a família?

S6) Muda sim.

E6a) Por que?

S6a) Muda porque eu deixo os meus filhos preocupados, sinto até que eles ficam tristes, o que eu não percebia antes. Ficam tristes e, eu também não sei disfarçar o que eu estou sentindo, o que eu estou sofrendo.

E7) Como a Sra. tem percebido o seu relacionamento com amigos e conhecidos?

S7) Bom, eu estou mais comunicativa com eles, estou sentindo menos medo do que eu tinha. Era mais medo de ser rejeitada e eu escondo de todo mundo que eu estou em tratamento ambulatorial.

E8) A Sra. Acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com os amigos ou conhecidos? Como?

S8) Muda sim, da mesma forma que eu me afasto um pouco deles, eu sinto a mesma coisa com eles, eles também se retraem. Eles podem não entender (referindo-se ao tratamento ambulatorial). Na massa tem tão pouca cultura, geralmente aqui no Brasil e eles poderiam interpretar de outra forma.

E8a) Que forma que a Sra. acha que eles poderiam interpretar?

S8a) Poderiam achar que eu estou louca, coisa que eu tenho certeza que eu não sou.

E9) Como a Sra. tem se percebido, atualmente, em relação ao seu corpo?

S9) Meu corpo? Eu odeio meu corpo.

E9a) Como assim?

S9a) Eu queria emagrecer, mas não consigo.

E9b) A Sra. tem feito alguma tentativa? Como é isso?

S9b) Faço dieta alimentar, mas não adianta.

E9c) Mas a Sra. segue a dieta, ou a dieta é difícil?

S9c) Eu sigo a dieta.

E9d) A Sra. acha que tem alguma explicação para isso?

S9d) Não sei.

E10) A Sra. Acredita que *estar triste* muda alguma coisa em relação ao seu corpo? Como?

S10) Eu acho assim que o meu corpo faz parte do meu todo. Se eu estou triste então o meu corpo está incluído nessa tristeza. Não dá pra separar o triste do corpo, é um conjunto, é um todo.

E11) Que pensamentos, a senhora acredita que deixam a Sra. mais triste ou desanimada?

S11) Acho que agora eu sou outra Sara, não sou mais a Sara que eu fui, que eu era. Agora há muitas limitações, físicas, que me entristece realmente.

E12) Que pensamentos que a Sra. acredita que a deixam mais animada e confiante?

S12) Mais animada? Eu poder continuar ajudando a minha irmã, que de vez em quando ela vem passar uns tempos comigo, que tem Mal de Alzheimer, e comigo ela consegue fazer muitas coisas, lógico que dentro dos limites que ela tem, mas eu sempre fico ao lado dela, sempre incentivando, elogiando e parece que a gente reatou aquele laço de amizade que existia quando a gente era criança.

E12a) A Sra. sente isso de uma forma gratificante?

S12a) Muito.

E13) Que coisas que a Sra. acredita que possam deixá-la pior?

S13) Pensar que eu não vou poder mais andar, que a minha doença evolua tanto que eu acabe em uma cadeira de rodas ou em uma cama. Não quero nem pensar nisso.

E14) Que coisas que a Sra. acredita que possam deixá-la melhor?

S14) Se houver uma expectativa de melhora na minha vida. Melhora física, nem que seja um tratamento paliativo, não ficar somente tomando analgésico e antiinflamatório que melhora no momento e passando o efeito a gente está a mesma coisa.

E15) A Sra. tem alguma religião? Se sim qual entidade religiosa e/ou quais princípios religiosos a Sra. acredita? (*Deus, Demônio/Satanás, céu, vida depois da morte, destino, inferno, reencarnação, horóscopo, amuletos, cartomancia*).

S15) Tenho sim. Eu sou judia.

E15a) O entrevistador citou outras entidades.

S15a) Eu acredito apenas em Deus. Depende, se a pessoa acreditar nelas, se acreditar por exemplo em amuletos talvez melhorem. Como eu não acredito em nada disso. Depende da crença de cada um. Tem gente que acredita que até uma pirâmide possa trazer energia. Prá mim a única energia que vem é Dele (referindo-se a Deus).

E16) A senhora mudou alguma vez a sua crença religiosa?

S16) Sim. Num certo tempo de minha vida, eu pesquisei o espiritismo.

E16a) Que tempo foi esse?

S16a) Foi logo depois da morte do meu marido. Eu buscava algo que, não sei, assim, eu buscava ajuda fora do meu meio, fora da minha comunidade, eu queria entender o porquê do acontecido, mas não entendi nada.

E17) Qual foi sua primeira religião?

S17) A judaica.

E18) Qual delas a Sra. acha que poderia melhorar a tristeza ou o desânimo?

S18) Poderia sim. Ela ajuda (referindo-se a religião judaica) porque eu acredito que Deus, *Asher*, ele é dono de tudo, além do mais é nosso pai e todo pai ama o filho desde que esse filho também o ame e o respeite.

E19) A Sra. pratica atividades religiosas? Se sim, quais atividades pratica?

S19) Pratico. Em casa, eu faço o *Shabat*⁽²⁾ toda semana. O *Shabat* é o dia consagrado ao descanso, ele tem início no final da tarde da sexta-feira, quando começa a escurecer então já é *Shabat* para nós, já é o dia seguinte e vai até o sábado quando escurecer de novo. É o dia em que a gente faz uma introspecção, pensa mais em Deus e em coisas boas, no trabalho.

E19a) Mais alguma outra?

S19a) Outra é freqüentar a sinagoga. Toda semana e nas festas religiosas.

E20) A Sra. ora, reza ou consulta Deus em particular?

S20) Todas as noites, no horário certo. Sempre assim ao escurecer, tem hora certa mais ou menos às 18h, agora está escurecendo às 17h34 neste mês, conforme o calendário. Dentro do período de *Chanuká*⁽³⁾, quando eles (filhos) estão em casa, eu acendo vela, se não, eu acendo da mesma forma. O *Chanuká* é a festa das luzes. Representa, significa o milagre acontecido no templo quando invadiram e destruíram todo o óleo que estava já consagrado para manter acesa a luz do templo. Os invasores destruíram tudo e então sobrou somente uma vasilha que era uma quantidade que daria somente para uma noite, mas aconteceu que essa luz, esse azeite demorou oito dias e oito noites. Por isso que *Chanuká* é a festa das luzes. Diariamente, a gente vai acendendo a *Chanuká*, é uma espécie de candelabro de oito pontas, e conforme cada dia que vai passando você vai acrescentando uma vela, no primeiro dia uma vela, no segundo duas, no terceiro três, e a gente começa a acender sempre com uma vela piloto e sempre na vela do dia, por exemplo, no terceiro dia você acende a terceira, depois vai a segunda, depois vai a primeira. Sempre assim. Sempre a vela do dia e tem as *brarrote* ou *brarrá*⁽⁴⁾, que é a reza que a gente faz antes do acendimento das velas agradecendo a Deus este milagre. Pelo calendário, está compreendido dentro das grandes festas e que a gente tem início agora em *Rosh Hashaná*⁽⁵⁾ e aí vem todas as festas uma em seguida da outra e ela vem mais ou menos em outubro/setembro, depende do calendário, esse ano eu não vi quando vai ser. Dura oito dias, oito dias por ano.

E21) A Sra. ora, reza ou consulta Deus em conjunto com outras pessoas?

⁽²⁾ Shabat: dia do descanso em hebraico (*Sabat*), é um ritual judaico realizado do por-do-sol da sexta-feira ao nascer da lua do sábado, considerado dia de celebração.

⁽³⁾ Chanuká: inauguração em hebraico, é uma comemoração judaica da festa das luzes, que dura oito dias.

⁽⁴⁾ Brarrote ou Brarrá: tipo de oração que acompanha o acendimento das velas do *chanucaia* (candelabro com oito velas de comemoração da festa das luzes).

⁽⁵⁾ Rosh Hashaná: festa de ano novo em hebraico, é uma comemoração do ano novo judaico.

S21) Sim, em quase todas as festa. Na Sinagoga. Vou à Sinagoga uma vez por semana. Na *Leitura da Torá*⁽⁶⁾ (*Yom Hashoá*), o *Yiscor*⁽⁷⁾ que é rezar pelos nossos antepassados, a gente tem datas especiais dentro das festas religiosas. Quando meus filhos estão aqui, nós vamos juntos, se não, eu vou sozinha. A Páscoa é data especial mais importante. Acho que pelo seu significado que é a libertação de nosso povo da escravidão egípcia. Todas são significativas. Continua a tradição, continuar as raízes de nosso povo e da nossa religião que vai fazer agora 5760 anos.

E22) A Sra. lê livros religiosos? (*livros sagrados, Bíblia, livros sobre religião, livros de auto-ajuda*).

S22) Sim, leio a *Torá*. Às vezes, leio o dos kardescistas (religião espiritualista).

E23) O que de sua vida religiosa (que coisas, que atividades) a Sra. acredita que influencia sobre a depressão, no sentido de melhorá-la ou piorá-la?

S23) Quando reza, a gente se desliga do mundo e converge todo o pensamento, toda a ação pra aquilo. A maioria são festas alegres. Eu acho que poderia melhorar. Teria mais contato com a parte espiritual e também com as pessoas da comunidade. É importante. Só quatro datas, dentro dessas festas é que a gente reza, portanto a sinagoga para os nossos antepassados, nosso pai, nossa mãe, daí é muito triste, a gente chega a chorar.

S23a) Então essas quatro datas que a senhora falou, a senhora acredita que poderiam piorar a depressão naquele momento?

S23a) Não, porque era estaria fazendo um bem àqueles que foram, porque é através deles que a gente existe. É só a lembrança naquele momento, mas depois a gente se sente feliz por ter podido rezar para eles. (Acrescenta) Para rezar para nossos falecidos, é somente na sinagoga que a gente reza e tem a data também no ano que a gente pode ir no cemitério, mas não é todo dia que se pode. Tem datas especiais. Nessa ida ao cemitério é costume se lavar as mãos quando entra e pegar uma pedra, levar até o túmulo e colocar sobre o túmulo, isso quer dizer que a gente esteve lá, é como se um pedaço da gente estivesse ficado lá. Isso é cultura adquirida. Ao sair a gente lava de novo as mãos.

E24) O que a Sra. sugeriria para uma pessoa deprimida para que ela se sentisse melhor?

S24) Que ela tivesse muita força para se levantar, para sair dessa tristeza e fazer de tudo para não recair.

E25) O que a Sra. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que ela se sentisse melhor?

S25) Que ela não ficasse pensando só naquilo, quer dizer não sei, não ficasse isolada, não se trancasse no quarto, tentasse pelo menos ficar ao lado de outras pessoas, mesmo

⁽⁶⁾ Yom Hashoá: leitura da Tora em homenagem aos mortos, realizada após dez dias da comemoração de Rosh Hashaná.

⁽⁷⁾ Yiscor: reza judaica em homenagem aos mortos, realizada no Yom Hashoá.

que ela não consiga comunicação por causa da doença, procurar ver uma revista, ver uma televisão, fazer alguma coisa.

E26) Em relação especificamente à religião, o que a Sra. sugeriria para que uma pessoa deprimida para que ela se sentisse melhor?

S26) Cada um que se apegue naquilo que realmente acredita e faça tudo certinho.

E27) Em relação especificamente à religião, o que a Sra. não sugeriria para que a pessoa se sentisse melhor?

S27) Para não abandonar tudo em religião, suas crenças. É difícil, pois a gente fica muito confusa com essa depressão. Só assim que for melhorando o quadro clínico para voltar a crença.

E27a) A senhora acha que foi o que aconteceu com a senhora. No momento de maior depressão a senhora se confundiu?

S27a) Foi.

E28) A Sra. acredita que algum outro tipo de medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach, terapias de vidas passadas ou outras) pode interferir no sentido de ajudar ou piorar a depressão?

S28) Os remédios ajudam no momento que precisa deles, no momento que o médico manda, que o médico receita e também as terapia que ajudam demais. Nos chás e nas ervas não, não acredito.

E29) Que tratamento para depressão, a Sra. acredita ser o mais adequado?

S29) Tratamento clínico, tratamento médico e o tratamento terapêutico por psicólogos.

E30) Como foi sua decisão em procurar um psiquiatra?

S30) Porque eu estava lá no fundo, lá no fundo do poço e sozinha não conseguia ver nada, não conseguia ver mais nada. Eu havia abandonado tudo, tudo: os remédios.

E31) De que forma o psiquiatra poderia ajudá-la?

S31) Nas consultas, nas conversas que eles têm com a gente e, principalmente, com os remédios. Acompanhada do médico, dá para encontrar a cura.

E32) De que forma a psicoterapia ou tratamento psicoterápico poderia ajudá-la?

S32) A encontrar a melhora, talvez a cura. Sozinha não dá.

VI. Pseudônimo: MARIA (D. M. S.)

E1) Como a Sra. percebe o seu estado emocional atual?

S1) Como que eu percebo? É quando eu me emociono, é quando eu falo e as lágrimas vêm junto. É só eu me emocionar e as lágrimas já vêm na hora.

E2) Como o Sr.(a Sra.) descreveria seus *problemas*, atualmente?

S2) Pela depressão, eu te diria que eu estaria bem e primeiramente, eu buscando Deus e depois os médicos.

E3) Como os seus *problemas* interferem no seu estado emocional atual?

S3) Problemas?... Dá para repetir? (*O entrevistador repete a pergunta*). Dá muito nervoso, dá um nervosismo e aí é a hora que vem o nervoso pronto para estourar.

E4) Como a Sra. descreveria o seu *nervosismo*, sua *tristeza* ou seu *desânimo*?

S4) É um repente assim, logo eu grito, se eu não gritar me ataca na hora, logo eu dou uns gritos seja lá com quem for e já sinto que estou bem. (Risos) Já melhora. A tristeza é difícil, só se fosse um caos para ter tristeza, porque eu sou difícil de ficar triste, eu fico nervosa, mas não triste. Sou de rir muito. Olhe, por enquanto, não tenho desânimo, tem me dado sempre coragem, sempre tenho lutado com a vida e sempre tem me dado coragem, bastante.

E5) Como a Sra. tem percebido ultimamente, a sua relação com a família?

S5) Melhor porque na minha casa eu moro sozinha, os outros moram perto, mas são mais crianças, então eu tenho me dado bem.

E6) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com a família? Como?

S6) Muda, a gente estando triste muda sim, a gente fica triste, a gente passa a não conversar, só pensa no que deixa de fazer, no que deixa de lado. Se fica triste, acontece isso, mas é muito difícil, eu procuro estar sempre alegre, sempre estou rindo, sempre estou fazendo alguma coisa.

E7) Como tem percebido o seu relacionamento com amigos e conhecidos?

S7) Bastante bem, eu tenho umas amigas que a gente se dá muito bem, sai juntos, vai na casa da outra, sempre amiga na minha casa. Então, bem. Graças a Deus.

E8) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com os amigos ou conhecidos? Como?

S8) Muda porque se a gente fica triste com um amigo e a gente sente qualquer coisa a gente fica triste. Para começar, não sei se pode sair na fita. Outro dia fiquei triste com uma amiga, mas já passou, ontem ela teve o dia inteiro lá em casa ajudando a arrumar umas cortinas que tinha tirado, então passou. Foi na Segunda-feira, ela chamou eu para ir num depósito, depósito de material, onde eu comprei meus material. Mas eu não tinha levado nada. Chegou lá, ela foi comprar varal. Ela me deixou super triste naquele momento. Eu fiquei sem graça, chateada com ela porque ela falou ‘eu vou comprar desse varal’ e perguntou ao rapaz se eles aceitavam cartão. Ele falou ‘eu aceito’. Daí eu falei ‘você passa o cartão então você passa um prá mim’. Ela não quis passar, passou o dela e não falou nada. Nossa! Como eu fiquei chateada com ela! Sabe? Então, eu fiquei chateada com ela, cheguei em casa, reclamei do que ela tinha me feito. Sabe? Eu fiquei tão, tão chateada com essa história e depois eu pensei ‘o cartão é dela e se eu quero comprar, eu pego dinheiro – R\$3,50 – vou lá e compro, porque eu vou ficar chateada’. Pronto. Ontem ela passou lá em casa me ajudando a por umas cortinas e fiz de conta que nada tinha acontecido e se eu fosse ficar chateada com ela, triste, ela ia acabar desconfiando. Então, eu achei melhor deixar para lá. É perto, porque eu não posso buscar um. Bem, eu achei assim. Mas só que ela poderia ter passado aquilo, porque não alegando o que já fiz, mas eu já comprei material para ela no meu nome, com cartão meu, já tantas coisinhas que eu já fiz para ela assim, mercado, e ela não pensou nada. Por causa de R\$3,50, ela não pensou no que já tinha feito. Não alegando o que eu fiz porque o que eu fiz, tá feito. Se alguém precisar e estiver ao meu alcance, eu já fiz para outros.

O entrevistador pergunta se ela se desiluiu com a amiga.

S8a) No dia sim, na hora demais, demais. Eu vim para casa, se eu fiquei triste, foi naquele dia, 2ª feira. Depois, eu achei que é bobagem, a minha amizade com ela vale mais do que mil varal.

E9) Como tem se percebido atualmente, em relação a seu corpo?

S9) Meu corpo? Bem, sempre dá uma dorzinha aqui ou lá, mas eu acho que é da velhice.(Risos).A velhice traz dor. Isso também não é direto!

E10) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa em relação ao seu corpo? Como?

S10) Sim, a gente sente nervoso.

O entrevistador pergunta como é esse nervoso.

S10a) É, eu, principalmente, tremo. Eu fico trêmula de tudo. Segunda-feira eu fiquei trêmula por Ter acontecido aquilo. Eu achei que era coisinha pouca para Ter acontecido aquilo. Eu fiquei trêmula, mas já passou. Deixa para lá.

E11) Que pensamentos a Sra. acredita que a deixam mais triste e desanimada?

S11) Pensamento? Se eu pensar coisas boas, a gente fica animado, mas se pensar coisas ruins, a gente desanima, então eu acho que só tem que pensar bom.

E12) Que pensamentos a Sra. acredita que a deixam mais animada e confiante?

S12) Uma notícia ruim, uma notícia que aconteceu alguma coisa com parente da gente. São notícias ruins, então a gente desanima. E agora se a gente recebe uma notícia boa, Fulano tá bem, a gente anima. Vamos supor: a família da gente está bem, a família liga, chama a gente para um passeio, estão são coisas alegres, quando convidam a gente. Que nem agora, eles não me chamaram não. Eles vão para Rio Claro, Sábado. Vai dois carros e que falaram que querem fazer surpresa para mim, só que já me contaram.” – *Risos* – “Eu falei: então não conta que você já me contou. É o meu neto. Eu já estou alegre, porque eu quero ir, faz tempo que não vou ver minha família no interior. Não vejo a hora de chegar Sábado, para eu poder ir. Então eu acho assim.

E13) Que coisas a Sra. acredita que possam deixá-la pior?

S13) O que me deixa pior é a dívida, morte. Esses, é o que deixar pior de tudo, não existe pior do que isso aí.

O entrevistador pergunta se a morte é dela ou de outro.

S13a) De alguém. Vamos supor: a minha eu não vou sentir quem vai sentir é os outros. Morte de alguém deixa muito triste, é a pior coisa que tem.

E14) Que coisas a Sra. acredita que possam deixá-la melhor?

S14) São coisas boas que vêm pra gente. A gente sempre Ter tudo dentro de casa, tudo que a gente tem vontade de comprar, a gente ir comprar, não falta o que comer. Mas, primeiro é Deus. Sem Deus, nada disso a gente terá. Ultimamente, eu sinto isso.

E15) A Sra. tem alguma religião? Se sim, qual entidade religiosa você acredita? (*Deus, Demônio/Satanás, céu, vida depois da morte, destino, inferno, reencarnação, horóscopo, amuletos, cartomantes*)

S15) Nada disso, eu nem gosto, nada de espiritismo, cartas. Depois que eu aprendi a palavra de Deus, eu não acredito mais em nada. Só Deus e Jesus, o filho de Deus, porque a gente existindo a palavra, a gente já fica sabendo tudo e buscando na Bíblia também que Deus mandou seu filho pra salvar nós. Então não existe nada melhor que Deus e o filho dele. O céu deve Ter, mas o inferno é esse, não pode Ter inferno pior do que esse que a gente tá nele. Será que tem? Eu não acredito. O inferno é esse porque mais ruim do que nós estamos vivendo não existe outro inferno. Dizem que tem demônio, satanás, no começo do mundo teve ele. Foi o traidor de Cristo, de Jesus, então existe ele, mas Deus é mais. Então não acredito nessas coisas que ele pode, em cartomante, horóscopo, em nada.

E16) A Sra. mudou alguma vez a sua religião? Se sim, para qual? Quando?

S16) Mudei, tentei a Universal.

E17) Qual foi a primeira religião?

S17) Minha primeira religião foi a católica, depois eu estive uns dois anos nessa Universal, aí quando eu vi que eles só quer o dinheiro do povo. As palavras são muito bonitas, mas enquanto eles estão falando eles estão olhando prá gente e querendo dinheiro de qualquer forma. Não é assim não.

E18) Qual delas acredita que poderia melhorar a tristeza ou o desânimo?

S18) A católica, buscando ela do jeito que eu estou buscando.

E19) A Sra. pratica alguma atividade religiosa? Se sim, quais e com que frequência?

S19) Eu só pratico indo na missa e assistindo as orações, a novena. Eu pratico buscando na Bíblia. Quando eu cismo com qualquer palavra. Eu vou buscar. Eu marco e não me sai da cabeça o número, o capítulo, quando chego em casa eu vou ver.

E20) A Sra. ora, reza ou consulta Deus em particular?

S20) Sim. Sempre. Direto.

E21) A Sra. ora, reza ou consulta Deus em conjunto com outras pessoas?

S21) Sim. Quando a gente tá junto, eu mais gente sim. Na missa.

E22) A Sra. lê livros religiosos? (*livros sagrados, Bíblia, livros sobre religião, livros de auto-ajuda*)

S22) Só a Bíblia.

E23) O que de sua vida religiosa (que coisas, que atividades), a Sra. acredita que influencia, no sentido de piorar ou melhorar a depressão?

S23) Me ajuda a curar. Eu pedindo a Deus, depois que eu comecei a buscar Deus, ajudou muito a minha melhora, muito mesmo. Não sei como responder na piora porque quando eu estava muito ruim, eu nem lembrava. Eu acho que eu nem lembrava de religião, eu nem lembrava. A gente fica de um modo, que parece que a gente não quer nada da vida. Porque quando eu fiquei ruim, eu só queria chorar, eu não conversava com ninguém. Eu só chorava. Então eu acho que eu não lembrava de nada.

E24) O que a Sra. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S24) Primeiro um médico e de imediato buscar Deus junto, foi o que eu fiz.

E25) O que a Sra. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S25) Ficar dentro de casa e ficar só deitada. Conheci gente que já morreu de ficar socada no quarto, de deitar e ficar lá com a depressão, sem Ter coragem de levantar. Conheci gente que eu fui no enterro. Então não pode. A depressão, a gente tem que andar, se divertir e rezar, ir no dia certo do médico, tomar o remédio certinho, porque no momento que Deus deixou os remédios e os médicos a gente tem que procurar.

E26) E em relação especificamente à religião, o que a Sra. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S26) Foi o que já falei prá Neide aqui: ‘Você já foi na igreja?’ ‘Você já fez novena?’ Prá ela e prá Aelita. ‘Vai buscar, se vocês vêm aqui, toma o remédio certinho e buscar Deus, prá vocês ver que tudo ajuda’.

E27) E em relação especificamente à religião, o que a Sra. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S27) Eu acho que na religião só tem a fazer, não fazer.

E28) A Sra. acredita que algum outro tipo de medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach, terapia de vidas passadas ou outras), podem interferir no sentido de ajudar ou piorar a depressão?

S28) Tem muita gente que fala que serve, mas para mim não serve.

E29) Qual tratamento para depressão, o Sr. acredita ser o mais adequado?

S29) Foi para mim o psiquiatra e a psicóloga. Foi onde em primeiro lugar me levou onde eu estou hoje. Quando eu fui para Santa Casa, eu fui, Ave Maria, fui muito ruim.

E30) Como foi sua decisão de procurar um psiquiatra?

S30) Foi assim, eu tava passando mal, eu fui no Pronto Socorro, me levaram no Pronto Socorro, nisso eu tava morando em Rio Claro, eu não quis mais e voltei para cá, para minha casa. Eu cheguei no Pronto Socorro e o médico falou assim, eu contando e falando do jeito que eu estava, ele falou assim ‘não vou te dar nada, vai passar no psiquiatra, o único remédio que vai te curar é ir no psiquiatra’. Eu fui, já marquei e nesse meio tempo eu vim prá cá e já fui na Santa Casa e quando eu conversei com o médico da triagem, ele já pegou e falou assim: ‘Vai marcar na psiquiatria’. Sem eu falar nada, só em contar minha situação, ele me mandou marcar e eu já deixei marcar.

E31) De que forma o psiquiatra poderia ajudá-lo?

S31) Conversando, com o remédio também, conversando. Prá mim, foi muito bom.

E32) De que forma a psicoterapia ou tratamento psicológico poderia ajudá-lo?

S32) Conversando, conversando, ensinando qual é o certo, qual é o errado. Foi desse jeito que eu acho que eu estou viva. É verdade! Falando com a gente que não pode ser

assim, que não pode levar muita coisa. Quando tá com depressão a gente tem que ficar ali pensando, a psicóloga ensina prá gente que não é assim que acontece. Então, para mim foi ótimo. Mudando os pensamentos e eu acho que essas pessoas que não muda fica sofrendo, eu penso que é porque não prestou bem atenção, achou que aquilo não é nada. Eu penso assim, não sei.

VII. Pseudônimo: DÉLIA (D. S.)

E1) Como a Sra. percebe o seu estado emocional atual?

S1) A tristeza continua. Muito triste. Eu sempre fui uma pessoa triste mesmo, mas tem coisa que estou superando, estou tentando. Estou tentando.

E2) Como a Sra. descreveria seus *problemas*, atualmente?

S2) Você sabe o que aborrece muito? O de não poder trabalhar. Isso para mim é um aborrecimento total ficar em casa, porque eu sempre trabalhei. Eu gostaria de trabalhar, Ter minhas economias, não precisar de ninguém, tudo isso me afeta muito, ainda mais do que me aconteceu, meu filho, Domingo agora vai fazer três anos. Antes fazia tricô em casa, cuidava dos meus dois filhos, cuidava da minha mãe e fazia tricô. Trabalhei dezoito anos fazendo isso. Eu acho que uma boa parte da minha coluna foi trabalhar muito tempo sentada e muito esforço. Eu acredito que seja isso. Eu já perguntei para o médico na Santa Casa e eles me disseram que pode ser. Eu me sinto muito mal, eu me sinto inútil. Sabe uma coisa inútil? É o que eu sou.

E3) Como os seus *problemas* interferem no seu estado emocional atual?

S3) Sinto-me muito triste. Eu acho que não existe uma pessoa que não fique triste com isso.

E4) Como a Sra. descreveria o seu *nervosismo*, sua *tristeza* ou seu *desânimo*?

S4) Ela é muito profunda. Quando por exemplo, fala: ‘mãe, tal coisa é assim assim’. Eu falo: ‘Não deixa de fazer’. Sabe, eu me sinto envergonhada, inútil. Eu acho que estou atrapalhando. Sabe, se eu não estivesse, seria melhor. Outro dia, eu tive que fazer meu filho calçar a meia, estava muito assim, eu não conseguia. Isso é muita dor para a gente calçar a meia, eu não conseguia segurar meus pés direito, não posso cortar minhas unhas dos pés. Essa doença que eu tenho é muito grave. Ajuntou tudo, a dor, já faz seis anos que eu sofro com isso, tive que abandonar quase a minha casa que eu não consigo fazer nada de esforço e a dor de Ter perdido meu filho que foi a coisa mais dura para mim. Eu me sinto inútil, uma coisa qualquer. É difícil para as pessoas entenderem. Sr. Sérgio estava falando que quando ele sente dor, ele sente medo de ser alguma coisa. Eu só tenho medo de uma coisa: de ficar na cama. Só isso eu tenho medo. Eu não tenho de Ter uma doença ruim. Eu não tenho medo de problema de coração, de morrer.

E5) Como a Sra. tem percebido ultimamente, a sua relação com a família?

S5) Olha, eu acho que eu fiquei um pouco mais agressiva. Não fico assim como antes, que qualquer coisa, já saía correndo, ia fazer, ia acontecer, ia pegar. Agora, eu não deixo, eu falo: ‘Vai fazer você, eu não pude fazer’. Se fala alguma coisa, eu também falo. Isso eu aprendi aqui. Eu Achei muito bom.

E6) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com a família? Como?

S6) Muda, porque minha filha fica triste também. Sabe, as pessoas não gostam de ver uma pessoa triste. Eu também não gosto. Quando minha filha chega em casa e está triste ou mesmo meu marido, eu também fico preocupada.

E7) Como tem percebido o seu relacionamento com amigos e conhecidos?

S7) Meus amigos são meus amigos. Eles são. Tenho amigos que eu acho que devem ser meus amigos. Aqueles que eu acho não servem, eu saio fora. Eu sempre fui assim. Então quando é amigo, é amigo prá valer. Então, eu acho que continua a mesma coisa.

E8) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com os amigos ou conhecidos? Como?

S8) Muda porque eu me fecho, eu não saio nem prá fora. Eu me fecho.

E9) Como tem se percebido nos últimos tempos, em relação a seu corpo?

S9) Em relação ao meu corpo? Horrível, meu corpo.

E10) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa em relação ao seu corpo? Como?

S10) Muda, meu coração dispara, eu sinto dor no peito. Sabe, eu não sei explicar, tipo assim: uma coisa inútil, sem valor, aquela tristeza, o porquê de eu ficar com essa doença. Sempre trabalhei bastante, eu gosto de fazer o que eu fazia, não consigo mais. É muito duro. A gente não poder trabalhar é muito duro.

E11) Que pensamentos a Sra. acredita que a deixam mais triste e desanimada?

S11) A perda de meu filho foi a coisa pior que aconteceu na minha vida. Nossa Senhora! Às vezes parece que faz 100 anos. Eu tenho tanta saudade dele. Tanta saudade, tanta saudade que machuca, dói.

E12) Que pensamentos a Sra. acredita que a deixam mais animada e confiante?

S12) Quando vejo uma pessoa que gosto. Quando eu vejo você, eu sempre dou um sorriso. É uma pessoa que eu gosto muito. É verdade! Quando vem um parente na minha casa que eu gosto muito e que eu sei que me estima também, eu fico super feliz. Passou aquilo a tristeza volta.

E13) Que coisas a Sra. acredita que possam deixá-la pior?

S13) Deus me livre se acontecer alguma coisa com a minha filha, eu acho que eu me mato, eu não agüento a vida. Eu vivo em torno dela.

E14) Que coisas a Sra. acredita que possam deixá-la melhor?

S14) Essa pergunta é muito difícil. Se eu melhorasse dessa dor, se eu pudesse fazer uma coisinha, eu acho até que voltaria a sorrir um pouco.

E15) A Sra. tem alguma religião? Se sim, qual entidade religiosa você acredita? (*Deus, Demônio/Satanás, céu, vida depois da morte, destino, inferno, reencarnação, horóscopo, amuletos, cartomantes*)

S15) Sou católica. Acredito em Deus, demônio, céu, vida após a morte eu fico em cima do muro. Eu acredito dependendo do que acontece, por exemplo, assim do meu filho, eu peguei ele, eu adotei ele, era uma coisa que eu tinha muita vontade. Ele veio, ele conviveu comigo 26 anos e ele foi embora assim sem mais sem menos e então eu acho que é um carma que eu tive que levar, então eu acho que é de outra vida, porque o que eu fiz nessa vida para Ter esse castigo. Penso isso e ao mesmo tempo eu penso se os espíritos tivessem o poder de voltar seria o maior sofrimento. Você concorda comigo? Às vezes, eu tenho certeza que existe reencarnação, tenho medo do que acontece, ao mesmo tempo eu já penso isso, eu falo ‘como que isso pode’, se os espíritos tivessem poder de ver tudo que está passando aqui, eles têm sofrido muito. Sofrendo, por exemplo, se meu filho me ver chorando, ou a minha mãe, ela está sofrendo também. É uma coisa tão difícil de explicar, muito difícil. Eu acho que a religião mais certa é o Espiritismo, não como seita, macumba, isso eu não aceito, tenho pavor disso aí. Mas, eu digo assim, uma Federação Espírita, como eu já fui várias vezes, eu acho assim muito legal, muita paz, eles falam coisas lá dentro que a gente parece que sai bem aliviada de lá. Assim numa real, existe mesmo a reencarnação, sabe tipo assim, você está me entendendo? Acredito no destino, no inferno e na reencarnação. No horóscopo, eu não acredito muito, só quando está bom, quando está ruim eu passo por cima. Em amuletos não acredito, em cartomante também não acredito. Quando eu era jovem, eu gostava de ir na cartomante.

E16) A Sra. mudou alguma vez a sua religião? Se sim, para qual? Quando?

S16) Não, mas só freqüento, gosto muito porque o meu sogro é espírita, só que está muito doente, está muito mal. Freqüento desde que eu conheço meu sogro, trinta e poucos anos. Só que eu não freqüento assim com muita freqüência, eu vou quando dá. A Federação.

E17) Qual foi a primeira religião?

S17) A minha primeira religião foi a Católica.

E18) Qual delas acredita que poderia melhorar a tristeza ou o desânimo?

S18) Eu acho que é a Espírita, eu acho que ela é a mais certa.

E19) A Sra. pratica alguma atividade religiosa? Se sim, quais e com que freqüência?

S19) Não.

E20) A Sra. ora, reza ou consulta Deus em particular?

S20) Sim, depende do dia, por exemplo: agora, se eu estiver dentro do ônibus, eu vou orando. Pelo menos uma vez por dia. Às vezes, eu me distraio vendo as coisas na rua, então eu esqueço, mas eu estou sempre pedindo para Deus para Ele me ajudar.

E21) A Sra. ora, reza ou consulta Deus em conjunto com outras pessoas?

S21) Não, geralmente é sozinha. Eu tenho vizinhos, mas são todos crentes. Quando eles fazem culto na casa deles e dá para eu ir, eu vou. Mas eu acredito, sabe depois que eu perdi meu filho eu fiquei descrente, eu era mais firme. Com esse problema, fiquei tão revoltada, fiquei assim desiludida. Às vezes, eu vou até um mês seguido ao culto dos evangélicos, uma vez por semana. Agora mesmo, eu abandonei muita coisa, depois que eu perdi meu filho, abandonei tanta coisa, não vejo mais sentido. Na Espírita também faz tempo que eu não vou porque eu não tenho tempo. Quando eu ia era uma vez por semana, se perdia uma semana por algum motivo, aí ia na outra. Na Federação, que tem na Lapa. Na Católica, só vou quando é para celebrar missa para os meus pais, meu filho. Eu acho a Católica muito esquisita.

E22) A Sra. lê livros religiosos? (*livros sagrados, Bíblia, livros sobre religião, livros de auto-ajuda*).

S22) Não. Leio a Bíblia, às vezes. Mas a Bíblia é tão difícil de entender. Muitas vezes eu leio, eu não entendo, peço para os crentes me explicarem.

E23) O que de sua vida religiosa (que coisas, que atividades), a Sra. acredita que influencia, no sentido de piorar ou melhorar a depressão?

S23) Tem que acreditar muito em Deus, porque só Ele pode mudar porque é uma coisa que a gente não quer sentir isso daí. Somente a Bíblia, eu estou sozinha, tô chorando e falando de Deus, Deus me perdoa? Eu sei que eu não posso, eu sei que o Senhor faz tudo certo, eu digo assim, eu estou errada, me perdoa se eu estiver prejudicando a alma de meu filho. Você entende?

E24) O que a Sra. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S24) É uma coisa que eu não gosto muito de fazer: é passear. Não gosto de sair da minha casa e ir na casa dos outros. Eu sou uma pessoa muito caseira, prefiro ficar em casa. Pelo menos eu preferia, ficar fazendo uma coisa manual. Entendeu?

E25) O que a Sra. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S25) É o que eu faço: me prender em casa. Não tenho ânimo.

E26) E em relação especificamente à religião, o que a Sra. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S26) Acreditar em Deus.

E27) E em relação especificamente à religião, o que a Sra. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S27) Aí é difícil.

E28) A Sra. acredita que algum outro tipo de medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach, terapia de vidas passadas ou outras), podem interferir no sentido de ajudar ou piorar a depressão?

S28) Acupuntura e, principalmente, na homeopatia. Eu acredito em remédios naturais, não faz mal. Já fiz acupuntura e era muito bom na hora. O meu problema é andar, o esforço, eu saía de casa, eu saía andando parecia até que eu tinha sarado, mas depois eu pegava ônibus ia para, chegava em casa, o percurso do ônibus é que mata. O mau jeito de ficar sentada. Acredito Ter vidas passadas, conheço de ler.

E29) Qual tratamento para depressão, o Sr. acredita ser o mais adequado?

S29) Gosto muito de vir aqui com você. Eu aprendi bastante coisa aqui.

E30) Como foi sua decisão de procurar um psiquiatra?

S30) Não foi minha decisão. Eu fui manda lá na Santa Casa. A doutora, ela sempre me atendia no Climatério. A gente preenche uma ficha, se a gente chora, eu sempre fui uma pessoa chorona e então eu falei para ela: ‘eu perdi meu filho, vai fazer um ano, eu estou desesperada, não agüento mais’. Aí ela me mandou vir para cá.

E31) De que forma o psiquiatra poderia ajudá-la?

S31) É o que vocês fazem, conversam, tratam a gente muito bem e isso é importante para mim. Se me tratar mal eu fico mais deprimida ainda. Se uma pessoa responde alto comigo, eu fico mais deprimida ainda. O psiquiatra também conversa, mas eu tenho medo da medicação.

E32) De que forma a psicoterapia ou tratamento psicológico poderia ajudá-la?

S32) O que nós fazemos aqui. Por exemplo, eu ouço os problemas de um e de outro, depois eu vou analisar. As coisas que você fala que é muito importante. As pessoas também falam, a gente se compara e eu percebo, por exemplo, dependendo do que as pessoas falam, eu penso se ela tivesse perdido um filho, ela tinha ficado louca porque por mínima coisa a pessoa se desespera. Não que eu estou dizendo que eu sofro mais. Eu acho que a minha dor, eu acho que eu agüento mais do imaginava. Quando meus filhos sofreram acidente, toda hora eu falava: ‘Obrigada, Meu Deus, que os meus filhos estão vivos’. Se tivesse acontecido alguma coisa em também estaria morta. Eu sempre falava isso. Não passa essa dor.

VIII. Pseudônimo: SOFIA (E. M. S.)

E1) Como a Sra. percebe o seu estado emocional atual?

S1) Bem, muito bem.

E2) Como a Sra. descreveria seus *problemas*, atualmente?

S2) Agora eu tenho que pensar para responder: porque os problemas quando a gente está bem, a gente resolve, o que seria comigo agora, os problemas ainda não estão sanados, mas eu consigo superá-los. Eu acho que o maior problema sou eu mesma porque quando, eu diria assim: quando eu estou bem, tudo o que acontecer na minha casa, eu sou do tipo de esteio: então eu consigo resolver os problemas harmoniosamente, até muitas vezes brincando. Quando eu estou bem, que é o meu estado emocional que eu já passei por ele, eu fico apática, não consigo nada.

E3) Como os seus *problemas* interferem no seu estado emocional atual?

S3) Quando eu estou bem, eu supero. Haja o que houver, eu supero. E quando eu não estou bem, como eu passei essa fase muito ruim, então eu não supero. Eu começo a passar mal, aí em vez de eu cuidar, é eles que têm que cuidar de mim.

E4) Como a Sra. descreveria o seu *nervosismo*, sua *tristeza* ou seu *desânimo*?

S4) É difícil descrever porque eu não sei como é que acontece, como é que vem uma tristeza tão grande dentro de mim, no meu peito, no meu coração, não sei. Eu sinto doer até. E isso eu falei com o médico e ele disse, até me deixou assustada porque eu falei para ele que estava com dor de tristeza, eu acordava à noite muito assustada, e com dor forte no peito, a impressão era que eu tinha uma mão me segurando, e eu sentia medo disso. Ele falou que estava até com perigo de enfarte. Isso me assustou muito, fiquei assustada porque eu sei que enfarte é dor no peito mesmo, mas a dor que eu sentia era de tristeza, uma tristeza profunda que eu não sei explicar da onde vem tamanha tristeza. Aconteceu também durante esse período que eu perdi uma amiga de coração e como eu não estava bem, eles esconderam de mim, acho que eu já contei isso. Não contei? Essa amiga, desde que eu me casei e tive meu primeiro filho, ela sempre me ajudou no serviço de casa, se tornou uma pessoa da família e eu gostava dela como uma mãe porque: ‘você está sempre comigo quando eu preciso de você, Leonor’. Sempre. E ela tinha me visitado por um acaso, porque ela não sabia que eu não estava bem e quando ela viu que eu não estava bem, ela me disse: ‘Dona Sofia, eu vou vir ajudar a senhora, que eu estou vendo que a senhora não está bem’. Eu disse: ‘Leonor, no momento, eu não posso lhe pagar. A minha situação financeira não me permite pagar uma funcionária’. Ela disse: ‘Eu não estou pedindo salário, eu vou vir porque eu devo muito a senhora, é o meu momento de dar o meu agradecimento’. Porque ela era uma pessoa que trabalhava. Dentro da minha casa, ela trabalhou por mês, mas isso no passado. Ela começou a vir passar roupa para mim uma vez por semana, e foi nesse período que ela faleceu. Depois de alguns meses que ela estava vindo em casa. Eu estava mal, ela faleceu, e eles esconderam de mim. Veio a notícia, o meu marido foi ao enterro. Eu fiquei sabendo

disso tudo depois. Um dia, eu liguei para a Leonor, que eu estava com saudades dela. Eu ligava para a casa dela e ninguém respondia. Perguntei se tinha mudado o telefone da Leonor. Assim mesmo, eles não tiveram coragem de contar. Meu marido falou que não mudou. Eu insisti até que um dia eu resolvi ligar à noite. Eu liguei à noite e quem atendeu foi a nora dela. A nora dela falou assim: ‘Dona Sofia, a senhora não está sabendo que a Leonor faleceu’. Eu não sofro do coração, eu sofro de outras coisas, do coração não. Para mim, foi mais uma queda. Nesse momento, eu não superei a situação de forma nenhuma. Dei muito trabalho na minha família, que só vendo.

E5) Como a Sra. tem percebido ultimamente, a sua relação com a família?

S5) Bem.

E6) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com a família? Como?

S6) Eu acho, prá mim. Eu me sinto incapaz de participar com eles. No fundo, o que nós fazemos, a minha participação na família é grande, sempre foi, então nós estamos sempre juntos em todos os momentos: tristeza, alegria, festa, passeio. Nós somos unidos, bastante. Sempre juntos. Então quando eu falto ao compromisso, eu não posso. Por exemplo, nós ficamos sem nenhuma reunião porque eu não tinha condições. Nós tivemos, agora, depois de tanto tempo, o dia dos pais e no dia 12 é o dia do aniversário do meu marido. Como eles viram que eu estava bem, eles perguntaram: ‘mamãe, podemos nos reunir no dia do aniversário do papai?’ Eu disse: ‘Podemos’. ‘Mas a senhora está bem?’ ‘Eu estou bem’. Eu mesma preparei o bolo, eu mesma fiz tudo como sempre fiz e isso me deixou muito feliz, muito contente de poder participar outra vez, normal, porque durante o período eu participava, mas sempre dependendo deles. Nas nossas reuniões sempre havia essa conversa: como foi feito? Quem fez? Eu sempre dizia: ‘Eu estou muito triste porque eu não estou podendo fazer nada’. Então, minha filha fazia por mim e ela fazia muito alegre, muito contente e eu me sentia mal porque que não podia fazer. Se eu quisesse fazer, eu não conseguia. Minha filha dizia: ‘Deixa prá mim, a senhora não está em condições’. Me fazia mal.

E7) Como tem percebido o seu relacionamento com amigos e conhecidos?

S7) Normal, agora está normal, mas antes não era. Eu não tinha vontade de falar com as pessoas e sempre sentia vergonha de me sentir incapaz. Sem dizer que fisicamente eu estava mal. Eu fiquei com 47 kg, eu estava muito mal mesmo.

E8) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com os amigos ou conhecidos? Como?

S8) É o mesmo que a família. Muda da mesma forma.

E9) Como tem se percebido atualmente, em relação a seu corpo?

S9) Agora estou bem. Agora estou bem com tudo, estou bem com o meu corpo, comigo mesma. Agora para mim está normal.

E10) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa em relação ao seu corpo? Como?

S10) Muda sim, pelo menos na aparência muda completamente. A gente fica com o rosto diferente, pelo menos que me vejo diferente, muito fechada, muito abatida. Não tenho vontade de me arrumar. Muda totalmente. Eu perdi toda a roupa, eu não tinha uma roupa que me servisse, então tudo que eu colocava eu achava horrível.

E11) Que pensamentos a Sra. acredita que a deixam mais triste e desanimada?

S11) Bom, os pensamentos que eu tenho, quando há desarmonia familiar que me deixa triste.

E12) Que pensamentos a Sra. acredita que a deixam mais animada e confiante?

S12) Quando está tudo bem, quando estamos todos bem, eu acho que fico mais contente.

E13) Que coisas a Sra. acredita que possam deixá-la pior?

S13) Difícil dizer porque problema nós temos sempre. Eu repito: quando eu estou bem, eu supero. Quando eu não, ... É difícil dizer o que me deixa pior.

E14) Que coisas a Sra. acredita que possam deixá-la melhor?

S14) O que me deixa melhor? É quando eu me sinto bem, eu estou bem, eu estou saudável como eu estou agora. Eu fico muito bem. Todos os dias eu me levanto mais contente, mais feliz, mais disposição.

E15) A Sra. tem alguma religião? Se sim, qual entidade religiosa você acredita? (*Deus, Demônio/Satanás, céu, vida depois da morte, destino, inferno, reencarnação, horóscopo, amuletos, cartomantes*).

S15) Agora eu sou evangélica, acerca de um ano, um ano e meio, não, um ano. Eu acredito em Deus. A religião agora está me ensinando que o demônio existe, então é primário para mim porque até então eu não acreditava. Acredito em céu, vida depois da morte. Destino, agora está mudando um pouco porque eu sempre, eu fiquei 27 anos na Seichô-no-ei e ela ensina um pouco diferente do que estou aprendendo agora, mas se o que vale é o atual. Na Seicho-no-ei não se acredita em destino. Não se acredita também em inferno. Reencarnação, sim. Horóscopo, não. Amuleto, não, Cartomantes, não.

E16) A Sra. mudou alguma vez a sua religião? Se sim, para qual? Quando?

S16) Eu mudei. Eu nasci em berço católico, mas nunca pratiquei. A única religião que eu pratiquei foi a Seicho-nô-ei e agora estou aprendendo a Evangélica, estou ainda no vácuo, não sei usar nem direito as palavras. Evangélica da Renascer em Cristo, mudai há um ano, quando fiquei mal, não tinha condições de participar das reuniões. Minha filha já era evangélica, então começou a cuidar de mim, naturalmente com as orações dela.

E17) Qual foi a primeira religião?

S17) A minha primeira religião foi a Católica.

E18) Qual delas acredita que poderia melhorar a tristeza ou o desânimo?

S18) Desde que você acredita, a gente precisa acreditar no que está. Então, Seicho-nô-ei foi muito boa para mim, eu sempre tento dizer isso, aprendi muito, uma vez a Seicho-nô-ei me tirou de um estado doentio apenas com oração. Agora a Renascer. Você tem que acreditar no que você faz, do contrário.

E19) A Sra. pratica alguma atividade religiosa? Se sim, quais e com que frequência?

S19) Não, eu só pratico as orações e vou às reuniões uma vez por semana.

E20) A Sra. ora, reza ou consulta Deus em particular?

S20) Todos os dias em casa devemos fazer uma oração.

E21) A Sra. ora, reza ou consulta Deus em conjunto com outras pessoas?

S21) Sim, uma vez por semana no culto religioso.

E22) A Sra. lê livros religiosos? (*livros sagrados, Bíblia, livros sobre religião, livros de auto-ajuda*)

S22) A Bíblia e alguma coisa que nos ensina sobre a Bíblia mesma, porque a Bíblia é difícil de ser entendida, então tem outros livros que nos explicam mais fácil a entender a Bíblia.

E23) O que de sua vida religiosa (que coisas, que atividades), a Sra. acredita que influencia, no sentido de piorar ou melhorar a depressão?

S23) Eu creio em Deus. Eu acho que tudo a partir de Deus, eu posso conseguir. Eu confio em Deus, tudo que eu faço, primeiramente, eu converso com Deus.

E24) O que a Sra. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S24) Eu sugeriria que ela deve procurar Deus na forma que ela encontrar.

E25) O que a Sra. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S25) Aí eu não saberia responder.

E26) E em relação especificamente à religião, o que a Sra. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S26) Deus. No caso, eu diria que a Renascer está fazendo muito bem. Eu estou aprendendo, não desfazendo da Seicho-nô-ei. Aprendi que a nossa comunicação é Deus.

O único que me criou e que pode fazer tudo por mim e é através Dele, as pessoas terrenas. No caso, são vocês prá nós, que podem nos ajudar. Mas eu acho, prá mim, é o caminho que Deus nos deu e as pessoas, que estão na mesma condição que eu, deviam procurar este caminho. Não desfazendo que nós precisamos da vida terrena que são os médicos, os psicólogos, os dentistas, os remédios, eu passei 27 anos sem tomar remédio porque a Seicho-nô-ei nos ensina que se tivermos domínio na nossa mente, nós não precisamos de mais nada.

E27) E em relação especificamente à religião, o que a Sra. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S27) Não, não tenho nada contra.

E28) A Sra. acredita que algum outro tipo de medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach, terapia de vidas passadas ou outras), podem interferir no sentido de ajudar ou piorar a depressão?

S28) Eu especialmente não acredito.

E29) Qual tratamento para depressão, o Sr. acredita ser o mais adequado?

S29) O mais adequado eu acredito que é o eu já passei por ele. Procurei o médico psiquiatra. A partir dele, eu comecei a melhorar até onde cheguei hoje, e Deus comigo porque sem é difícil, porque antes de chegar aqui, eu pedi a Deus em oração o caminho e quando apareceu a oportunidade aqui na Santa Casa, foi onde eu comecei.

E30) Como foi sua decisão de procurar um psiquiatra?

S30) A decisão não foi propriamente minha, foi da família. Minha nora que trabalha na Santa Casa mas não aqui, na Santa Cecília. Ela vendo meu estado, ela disse: ‘A senhora precisa de um médico e de remédio’. Porque até então a Seicho-nô-ei falava que eu não precisava tomar remédio, sempre batendo na mesma tecla. Ela disse: ‘Não, dona Sofia, a senhora precisa, vou conversar lá com os médicos com quem eu trabalho e ver se eu consigo prá senhora na Saúde Mental’. E quando ela falou isso prá mim, eu levei um susto tão grande. Eu disse: ‘Renata, eu não gosto deste tipo de tratamento porque eu não me sinto louca’. Eu já entendi que eles estavam me vendo como louca. Ela disse: ‘Mas dona Sofia, o tratamento de hoje em dia é completamente diferente do que a senhora conhece, os médicos são maravilhosos, os psicólogos são maravilhosos, a senhora vai fazer o tratamento, e mesmo que a senhora precise de remédio, é muito diferente do passado’. O tratamento do passado era terrível, com bolinhas. Os médicos me deram um tratamento de 4 meses e eu passei a dormir dia e noite e quando eu consegui descobrir o que estava acontecendo comigo, eu não quis mais e eles queriam me internar e eu fiquei traumatizada. Fiquei com medo de psiquiatra. Ela me explicou direitinho e conseguiu através do médico da Santa Casa e foi o Dr. Tamai quem ligou e marcou a consulta. Eu não poderia pagar essas consultas e se fosse depender de médico particular, a gente não tinha condições. Foi através dela que eu estou aqui.

E31) De que forma o psiquiatra poderia ajudá-lo?

S31) No meu caso foi com o remédio.

E32) De que forma a psicoterapia ou tratamento psicológico poderia ajudá-lo?

S32) Ajudou porque ouvindo a todos, cada qual com o seu problema, a gente vai se sentindo um pouco mais fortalecido, não sei, é uma coisa difícil de explicar porque ora eu ficava impressionada com certos problemas das pessoas, então eu vinha às vezes aqui e voltava pior do que estava. Via problemas mais sérios que o meu, pessoas com mais dificuldades que a minha e eu me sentia mal por não conseguir contornar. Eu pensava assim: ‘Meu Deus! Meu problema perto do dela não é nada e porque eu estou tão fraca, eu não consigo’. E aí quando voltávamos, conversávamos e eu falava com a Beatriz e a Anamaria, eu não conformava com a situação que estava acontecendo comigo. Elas me mostravam que isso é normal, que todos nós podemos passar por certas dificuldades. Não é porque eu estou em depressão que isso acontece comigo. Achava que era só eu que não conseguia. Pude perceber que eu não estava sozinha. Isso pôde me ajudar muito, só que eu falava prá elas, de brincadeira, que queria ficar boa ontem porque eu estou demorando muito, eu já estou há muito tempo aqui. Eu achava que tinha que melhorar de qualquer jeito, mas tudo depende de nós.

IX. Pseudônimo: JONAS (J. B.)

E1) Como o Sr. percebe o seu estado emocional atual?

S1) Estou bem. Percebo bem.

E2) Como o Sr. descreveria seus *problemas*, atualmente?

S2) Tudo bem.

E3) Como os seus *problemas* interferem no seu estado emocional atual?

S3) Doutora, no momento o meu problema é que eu preciso me aposentar e não consegui. Isso me atinge porque eu estou parado, eu preciso ganhar, eu saí da firma que fechou no mês de julho. O que me preocupa mais é isto, ficar à toa em casa, porque eu não quero arrumar outro serviço, eu quero mesmo é me aposentar, mas eu estou começando agora a dar entrada na aposentadoria.

E4) Como o Sr. descreveria o seu *nervosismo*, sua *tristeza* ou seu *desânimo*?

S4) Tristeza, eu não tenho. Agora, nervoso, eu sou nervoso mesmo. Qualquer coisinha me deixa nervoso, por exemplo, se eu quero uma coisa e não posso conseguir aquilo na hora é já um estado de nervos que me dá. Fico contrariado, aborrecido.

E5) Como o Sr. tem percebido ultimamente, a sua relação com a família?

S5) Com a família é sempre boa. Sempre foi boa.

E6) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com a família? Como?

S6) Não.

E7) Como tem percebido o seu relacionamento com amigos e conhecidos?

S7) Racionalmente sempre bom.

E8) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com os amigos ou conhecidos? Como?

S8) Não.

E9) Como tem se percebido atualmente, em relação a seu corpo?

S9) Está ótimo. O nervoso é uma coisa repentina, passa na hora, não guardo mágoa. Sempre há palpitação, me ataca a respiração, eu sinto uma ferroadada. Incomoda. Me dá uma agulhada assim aqui no peito, na garganta, parece uma agulhada, atrapalha a respiração, parece que corta o fôlego, mas passa logo.

E10) A Sra. acredita que *estar triste* muda alguma coisa em relação ao seu corpo? Como?

S10) Não. Só o que falei anteriormente.

E11) Que pensamentos o Sr. acredita que o deixam mais triste e desanimado?

S11) Tenho pensamento quando penso na minha filha que mudou prá longe. Tenho meus netos. Eu sou muito agarrado a eles e isso me traz aborrecimento e tristeza deles estares longe. Eu sinto agonia, saudade.

E12) Que pensamentos o Sr. acredita que o deixam mais animado e confiante?

S12) Quando eu vou viajar para lá, para ver eles, eu me sinto animado, eu vou prá lá dia primeiro. A gente vive até certo ponto pelos filhos e pela esposa, depois a gente vive mais pelos netos, a filha também, que eu sou muito agarrado a ela. Por mim também porque eu dou valor a vida.”

E13) Que coisas o Sr. acredita que possam deixá-lo pior?

S13) Por exemplo, a saudade que eu sinto, a lembrança boa do passado.

E14) Que coisas o Sr.(a Sra.) acredita que possam deixá-lo(a) melhor?

S14) Situação financeira, se eu acertar na loteria de um dia para outro, eu fico todo contente. Acho que todos. A saúde, se eu tendo saúde e a saúde de minha esposa, é o que mais interessa.

E15) O Sr. tem alguma religião? Se sim, qual entidade religiosa você acredita? (*Deus, Demônio/Satanás, céu, vida depois da morte, destino, inferno, reencarnação, horóscopo, amuletos, cartomantes*).

S15) Sou católico, não fervoroso. Acredito em Deus, céu, vida depois da morte é a da alma, é a salvação. Acredito em destino. Não acredito em inferno, reencarnação. Horóscopo, sim. Em amuletos, não nem em cartomantes.

E16) O Sr. mudou alguma vez a sua religião? Se sim, para qual? Quando?

S16) Não.

E17) Qual foi a primeira religião?

S17) Sempre foi católica. Eu era mais fervoroso. Hoje há falta de tempo.

E18) Qual delas acredita que poderia melhorar a tristeza ou o desânimo?

S18) Não, acredito que não.

E19) O Sr. pratica alguma atividade religiosa? Se sim, quais e com que frequência?

S19) Não.

E20) O Sr. ora, reza ou consulta Deus em particular?

S20) Rezo todos os dias de manhã e à noite. Em casa sozinho.

E21) O Sr. ora, reza ou consulta Deus em conjunto com outras pessoas?

S21) Quando vou à missa. Agora, tá uma base de 3-4 meses que eu não vou. Antes ia todo Domingo.”

E22) O Sr. lê livros religiosos? (*livros sagrados, Bíblia, livros sobre religião, livros de auto-ajuda*).

S22) Não, não leio. Eu leio muito pouco porque eu tenho problema de visão e eu não forço, por isso eu não acostumei a ler.

E23) O que de sua vida religiosa (que coisas, que atividades), o Sr. acredita que influencia, no sentido de piorar ou melhorar a depressão?

S23) Só acredito na melhora. Pode se obter uma graça em poder melhorar. Como eu acredito no médico, eu posso acreditar em Deus que me deixe melhorar.

E24) O que o Sr. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S24) Procurar a esquecer os maus problemas, aqueles maus horários que vem aquela depressão, Ter força de vontade, Ter resignação. Não se entregar.

E25) O que o Sr. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S25) A não preocupação com outras coisas, com outro meio de vida. Com coisas secundárias, coisas fúteis da vida. Não se preocupar com a doença. Coisas fúteis são coisas que não serve para mim, também não servem para outro.

E26) E em relação especificamente à religião, o que o Sr. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S26) Eu nunca dei palpite em religião e não dou. É secreto, é só minha. É minha religião, eu não dou palpite.

E27) E em relação especificamente à religião, o que o Sr. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S27) A mesma coisa.

E28) O Sr. acredita que algum outro tipo de medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach, terapia de vidas passadas ou outras), podem interferir no sentido de ajudar ou piorar a depressão?

S28) Acredito em homeopatia e acupuntura. Eu acho que a homeopatia, eu acredito muito nela, eu até costumo tomar um comprimido homeopático, me disseram que era bom, umas pílulas que chamam ‘erva de são João’. É homeopático. Nunca usei a acupuntura.

E29) Qual tratamento para depressão, o Sr. acredita ser o mais adequado?

S29) Mais adequados? Eu acho que a pessoa tem que Ter sempre a existência daquele tratamento, obedecer as ordens de seu médico e a força de vontade. A força de vontade da gente ajuda também.

E30) Como foi sua decisão de procurar um psiquiatra?

S30) Eu estava sentindo mal mesmo. Senão não procurava. Eu segurei até a última hora, mas daí procurei. Toda a vida não fui de procurar médico, só na última hora.”

E31) De que forma o psiquiatra poderia ajudá-lo?

S31) Eu não sei responder essa pergunta.

E32) De que forma a psicoterapia ou tratamento psicológico poderia ajudá-lo?

S32) Eu usando o tratamento, eu fazendo o tratamento, um dia vou colher resultado. Ajudou, me deu ânimo, me levou para outro caminho, tirou de mim aqueles maus pensamentos. Como eu falei, me tirou aquelas más idéias que eu tinha, com aquelas conversas, aquelas palestras.

X. Pseudônimo: RIBAS (J. L. R.)

E1) Como o Sr. percebe o seu estado emocional atual?

S1) Não sei como dizer como é o estado emocional. Mas não é bom, é muito precário. Eu me sinto mal por qualquer coisa. É uma rotina eu me sentir mal emocionalmente a ponto de eu não Ter condições de dialogar com minha mulher, minha filha, com minha mulher principalmente. Minha mulher chegou a um grau de religiosidade que já está beirando ao fanatismo. Quando ela vem da igreja, vem de manhã da missa, eu estou em casa arrumando a cozinha, me preparando para sair, uma só palavrinha dela já constitui um aborrecimento. É sempre contrário, isso é quando ela diz “você não devia fazer ou você devia fazer assim”. Isso já constitui uma agressão. E em troca uma nova agressão porque eu não quero admitir que ela tenha condições de criticar porque eu não tenho condições de argumentar. Emocionalmente, eu estou péssimo.

E2) Como o Sr. descreveria seus *problemas*, atualmente?

S2) Bom. Quais problemas? O principal problema é a administração financeira, a administração financeira da casa a ponto de que eu estou com um convênio odontológico que não resolve nada. Esse dente aqui quebrou e foi a última reconstituição, reparação e já quebrou. Eu não tenho condições de procurar outro recurso, eu não estou satisfeito com o dentista e o serviço que ele faz não tem sido bom e o que resta dos dentes dificultou a reconstituição e não posso procurar outro recurso. O que me incomoda mais se um profissional como é o odontólogo aceita participar de um convênio por R\$ 26,00 por mês, quer dizer, eu pago para o meu Sindicato, o sindicato deve pagar bem menos para ele e ele aceita, só pode estar pensando em uma coisa, em Ter um dentinho cariado aqui tem que ir atrás de um tratamento custoso que lhe renda. Se ele ficar na dependência de um convênio de R\$ 26,00 e ele vai trabalhar com tudo que eu preciso dentro do esquema dele, ele não vai ganhar nada. Se ele tem dez elementos como eu, ele não tá bem intencionado. Então, a pergunta foi no que reside meus problemas? Meus problemas se residem na dificuldade de suprir as necessidades da família. Eu tenho uma lista de compromissos este mês. Esses compromissos têm mais de 20% sobre os meus proventos. Este mês eu vou ficar sem comer, sem comer. Eu recebo e já fico devendo, se eu comprar para comer já vai aumentar. Eu vivo assim há longo tempo, de repente o imóvel, uma jóia, a ação cobre aí. Continua a mesma despesa, o mesmo princípio, o mesmo rendimento, a bola de neve a crescer. Tanto que eu comprei hoje uma revista de quadrinhos que eu gosto, mas eu não tenho condições de comprar. Minha mulher falou assim: ‘Você fica se preocupando em comprar revista de quadrinhos’. Foi a bomba. A intenção dela não era essa. Eu fico lendo História em Quadrinhos e não leio outras coisas que ela quer que eu leia, como os livros da igreja que eu não acho importante. Ela não está preocupada com o R\$ 1,70 que eu estava gastando com a revistinha. Então eu não tenho condições de comprar. Eu cortei o cabelo essa semana com um barbeiro que cobra R\$5,00 e em geral se cobra R\$10,00 ou R\$15,00. Eu vou ajeitando o meu cabelo, só que ele começa a ficar incômodo. Eu tenho que cortar e me pesa tirar R\$5,00 para pagar. Pesa no meu orçamento que eu não tenho coragem de fazer isso. Eu chego lá, é

um casal que corta o cabelo, é uma senhora que corta o meu cabelo, faz as minhas coisas que eu me sinto no dever de dar uma gorjeta, uma gratificação pro barbeiro, são R\$6,00, por incrível que pareça pesa no meu orçamento. Não tenho coragem de fazer isso. Quando eu saio com os meus netos, eu sofro porque criança de 6-7 anos quer uma coisa, quer outra, não importa, o pai deles é pobre mas satisfaz as coisas deles, até mesmo se enforcando, naturalmente, como eu fazia com eles, mas eu tinha condições e ele não tem. Mas a criança chega na rua e tem os carrinhos na vizinha, eu não posso satisfazer meu neto, 'vô, eu quero aquele negócio' e o vô não tem dinheiro, de repente 'vô, você foi na padaria e comprou pão e leite'. Lógico que pão e leite eu tenho que comprar e não tenho dinheiro para comprar outra coisa. Esse é um absurdo, um sacrifício, é uma situação difícil para a gente tolerar porque é a falta de recurso, então, os problemas mais sérios são nessa base.

E3) Como os seus *problemas* interferem no seu estado emocional atual?

S3) Totalmente, deprime, me aborrece, me faz insatisfeito, interfere totalmente, absolutamente. Se eu tivesse recursos eu teria passado por cima disso, prá começar eu não teria as dificuldades que eu tenho, então não teria com que me preocupar, não teria razões para me preocupar, entende?

E4) Como o Sr. descreveria o seu *nervosismo*, sua *tristeza* ou seu *desânimo*?

S4) Como eu descreveria? Em que sentido? Na ação? Meu nervosismo é assim, como eu já disse, a minha mulher diz 'não faz assim, não é assim, você devia', já me põe no nervosismo tremendo. Eu não quero admitir que ela esteja certa. Não analiso, entende? Então já não presta mais. Eu digo assim 'mulher, vem cá, olhe a situação, este mês é isso, eu vou abrir a minha agenda e vou mostrar prá você o que este mês eu não posso pagar, o CRP da minha filha do ano passado que eles estão cobrando e parcelando, não posso pagar', 'você precisa ganhar mais, vai trabalhar'. Há dez anos, dez anos não, há 25 anos eu parei de trabalhar para ganhar há 25 anos, porque eu não ganhei, eu não sei, eu tentei, não consegui ser representante comercial, eu fui caixa, não sei, não consegui. Foi impossível. Eu venho atrás de psicólogo, eu venho atrás de alguém que me diga porque que eu não consigo me ver livre dessa amarração, dessa coisa que não me permite deslancar, tomar uma iniciativa. Eu venho correndo atrás de psicólogo que não resolveu. Então o que acontece? Quando eu digo 'mulher, aqui não temos renda maior, nós temos uma renda que é fixa e despesas que são altas sempre, então porque não vamos reduzir as despesas'. Isso não entra na cabeça delas. Ela gasta, a minha filha gasta, ela passa no armazém da esquina, um armazém que é para comprar um alfinete, uma caixa de fósforo, um negócio que faltou na hora para um socorro. Eu tenho uma despesa, este mês de R\$380,00, pode parecer insignificante prá quem tem recurso, mas acontece que se eu gastar R\$380,00 no boteco, onde vende tudo mais caro por uma questão lógica. É fácil mandar trazer 1 kg de farinha, é claro que ela vai mandar a farinha mais cara. Eu pergunto pra minha mulher 'Por que você mandou buscar, é você quem vai pagar'. Eu não posso pagar. Bem se eu perguntar, eu vou Ter que matar, agredir, porque elas abrem a boca, não se incomodam se o vizinho está ouvindo. Ela bate a porta, porque ela não tem argumentação, o argumento dela é bater a porta. Eu já disse, desculpe a expressão, 'mais uma porrada dessa que você der na porta, vai cair do

caixilho'. Todo mundo ouve isso. Tem uma família no 8º andar que a mulher é drogada, hoje as filhas já são moças, não é mais a mesma coisa. Ela bebia, fazia escândalos e nós mais de uma vez ficávamos ouvindo.

E5) Como o Sr. tem percebido ultimamente, a sua relação com a família?

S5) Não temos uma relação afetiva, a ponto de que isso seja levado em consideração.

E6) O Sr. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com a família? Como?

S6) Não muda nada não.

E7) Como tem percebido o seu relacionamento com amigos e conhecidos?

S7) Mal, mal porque há muito tempo eu não me relaciono com amigos, porque eu estou passando visitas, estão telefonando. Eu vivo assim sozinho. Eu saio na rua, eu cumprimento, eu bato papo, se não encontrar ninguém, eu não procuro.

E8) O Sr. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com os amigos ou conhecidos? Como?

S8) Não.

E9) Como tem se percebido atualmente, em relação a seu corpo?

S9) Meu corpo? De vez em quando eu vejo que estou velho, que estou magro. Percebi duas coisas que estou parecido com meu irmão mais velho do que eu e estou muito mais feio do que às vezes eu penso que estou. Sem vaidade, sem nada, mas eu faço uma idéia da minha fisionomia algo de contraste com a realidade, em vista assim com a fotografia, por exemplo. Eu me lembro quando eu estive em Porto Alegre, há mais de três anos, eu fiquei tão feio em uma fotografia, que eu não tive coragem de guardar nenhum minuto, eu rasguei e joguei fora. Eu não fico muito contente quando eu me vejo.

E10) O Sr. acredita que *estar triste* muda alguma coisa em relação ao seu corpo? Como?

S10) Não.

E11) Que pensamentos o Sr. acredita que o deixam mais triste e desanimado?

S11) O fato de querer viver mais, eu me sinto não me agrada pensar que eu estou sentindo envelhecendo mais ligeiro do que eu esperava. Isso me entristece.

E12) Que pensamentos o Sr. acredita que o deixam mais animado e confiante?

S12) Difícil, não sei, não localizo, não destaco.

E13) Que coisas o Sr. acredita que possam deixá-lo pior?

S13) Foi uma coisa que aconteceu.

E14) Que coisas o Sr. acredita que possam deixá-lo melhor?

S14) Me deixa melhor quando eu consigo falar, conversar com a minha filha principalmente, me deixa melhor quando eu posso dizer para a mulher ‘ouvi uma coisa interessante na televisão’ e quando eu estou falando, ela está falando com outra pessoa e aí eu paro e me retiro, isso aí me desagrada. Essa maneira, esse comportamento da pessoa me desagrada e aí já dá vontade de fazer uma mau criação e ir embora. Isso me desagrada. Já venho prevenido para ouvir um não.

E15) O Sr. tem alguma religião? Se sim, qual entidade religiosa você acredita? (*Deus, Demônio/Satanás, céu, vida depois da morte, destino, inferno, reencarnação, horóscopo, amuletos, cartomantes*).

S15) Tenho uma religião: a católica e acredito em Deus e o resto é tudo balela.

E16) O Sr. mudou alguma vez a sua religião? Se sim, para qual? Quando?

S16) Mudei de Espírita para Maçom e de Maçom para Católica. Quando eu era jovem, eu era espírita porque acompanhava meu pai na doutrina espírita, depois que meu pai morreu, eu já moço, já passado dos 20 anos, por volta dos 30 anos, fui continuar com o Espiritismo, mas achei que não era mais o ideal me desinteressei. Alguém me convidou para ser maçom. Não progredi nada na Maçonaria, fiquei lá por dois anos e não aprendi grandes coisas. Quando me casei e por influência da mulher, acabei fazendo o que chamavam de cursinho de Cristandade e passei a freqüentar a igreja católica e sou católico. Maçonaria era uma sociedade secreta porque foi constituída em represália à igreja cristã católica na França e quer dizer obreiro, houve uma separação entre os cristãos. Não era uma religião, lá não tem Jesus Cristo, não tem imagem.

E17) Qual foi a primeira religião?

S17) Espírita.

E18) Qual delas acredita que poderia melhorar a tristeza ou o desânimo?

S18) Poderia melhorar a minha tristeza, o desânimo da minha vida seria Ter fé na minha religião, eu não tenho total fé na religião. Eu acredito em coisas da doutrina cristã, mas eu não tenho a fé da minha mulher, aquela de são Tomé é a minha. Se eu tivesse fé na religião cristã talvez eu me sentisse melhor.

E19) O Sr. pratica alguma atividade religiosa? Se sim, quais e com que freqüência?

S19) Eu pratico esporadicamente o culto católico, a missa, simplesmente. A igreja que eu freqüento é participar de uma missa uma vez por mês, uma vez a cada dois meses. Já fui mais participativo, mas há onze anos que não pratico.

E20) O Sr. ora, reza ou consulta Deus em particular?

S20) Sim, faço isso, faço uma oração quando estou sozinho. Me recolho no quarto e oro a Deus, aquela orientação segundo o evangelho de São Mateus. Sempre que posso faço minhas orações.

E21) O Sr. ora, reza ou consulta Deus em conjunto com outras pessoas?

S21) Atualmente não, porque estou afastado do convívio religioso. Por isso não junto.

E22) O Sr. lê livros religiosos? (*livros sagrados, Bíblia, livros sobre religião, livros de auto-ajuda*).

S22) Leio de vez em quando trechos da Bíblia porque gosto e acho que na Bíblia tem material para eu aumentar minha fé, crer mais na doutrina e se quiser contrariar e criticar. Por exemplo, eu tenho em casa um livro lá em casa ‘A Vida da Papisa Joana’, basta eu falar nesse livro para eu contrariar minha mulher e ela vem com aquele fanatismo dela. Eu quero um livro que me instrua, que me permita fazer uma seleção de pensamentos. A História da Papisa, por exemplo, é uma história que existiu, que não interessa para a igreja publicar, no meio da relação dos papas, existe o nome da Papisa Joana que é uma mulher que por ser muito conhecedora da religião, por ser muito letrada, etc. ela foi eleita papa como homem. Ela foi pra Itália na companhia de um amigo e ela chegou a ser cardeal e depois papa. Só que ela engravidou e numa atividade de rua que ela estava a cavalo, ela abortou. Eu já tinha lido alguma coisa num outro livro ‘O Papa Negro’ da maçonaria e suas implicâncias, então eu acho que é até um dever eu saber de todas essas coisas. Embora eu não conheça mais coisas. Mas esse negócio de Ter conhecimento em antigo testamento não é o bastante para alguém se dizer católico. É importante também. Eu sempre leio quando posso. O livro dos apóstolos que conta a história de Jesus, do aparecimento de Nossa Senhora de Fátima e de Nossa Senhora. Quando não acredito, não leio.

E23) O que de sua vida religiosa (que coisas, que atividades), o Sr. acredita que influencia, no sentido de piorar ou melhorar a depressão?

S23) Minha vida religiosa, o que me influencia sempre é para o bem, pra piora nada que possa me levar, a minha participação na igreja católica, uma doutrina cristã só me leva pro bem porque a doutrina cristã tem um fundamento: perdão, amor e justiça, são três coisas que Jesus pregou: amar, perdoar e ser justo. Essa doutrina só pode levar ao bem, ao mal jamais.

E24) O que o Sr. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S24) Eu sugiro aquilo que eu acho lógico, que eu ouço, me diz e que eu acho lógico, bem mais lógico. Por exemplo, eu chegando para uma pessoa, Sr. Orlando, hoje desesperado, aborrecido porque não está se sentindo bem, está com a pressão baixa, eu digo ‘Como é que é Sr. Orlando?’ Ele tem mulher, ele tem filhos, ele tem recursos, tem casa na praia, ele tem tudo que a mim falta, ele tem e eu não consigo entender porque uma pessoa dessa fica deprimida a ponto de estar mal como ele, dependente de tratamento psicológico, etc. Tem razão de ser, de se sentir bem, não entendo o porquê. Tem uma mulher, filha de desembargador italiano até e é diretora de colégio estadual.

Tem bons filhos mas não tem uma razão assim: necessidade, doença, problemas financeiros, eu não entendo como uma pessoa assim pode Ter depressão. Minha depressão depende exatamente da minha dificuldade financeira. Então há pessoas que deixam ir pela depressão, que se sentem deprimidos, eu sugiro que eles pensem melhor nas boas coisas da vida que a gente nem sempre dá atenção. Nós temos muito mais coisas boas na nossa vida do que mais, as mais são praticamente traduzidas pelo nosso pessimismo, pela falta de levar em consideração as boas coisas, quer dizer, o que digo às pessoas assim é isso, é chamar a atenção para que ele reaja se baseando nas coisas boas e procurando vencer são as palavras que me ocorrem.

E25) O que o Sr. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S25) O que eu não sugeriria? Não entendi direito. Eu não sugeriria nada que pudesse piorar a situação, logicamente não sugeriria nada que eu achasse que iria complicar a vida da pessoa, prejudicar. Eu sugeriria que não reclamasse da situação, por exemplo, o elemento daqui está se sentindo mal, perguntam ‘já recorreu a um médico ou a um enfermeiro?’, ‘já tomou a sua medicação?’, ‘você aqui é atendido?’, ‘você recebe tratamento, atenção?’, ‘você tem um problema?’, leva ao conhecimento dele, você nunca diga: ‘também ninguém me dá atenção, ninguém me atende’, ‘Você está se sentindo mal?’. Não, isso eu não faço, esse tipo de sugestão, justamente o contrário porque sei o quanto é bom, quanto é útil, quanto concorda comigo, então esse tipo de procedimento que eu acho que deve levar. Essa senhora que vive chorando, a gente chega perto, que quer morrer, o marido... não fulano; eu fico contente de vê-la assim, está bem. É a única atenção, não tem nada que estar me metendo muito e falando demais as coisas. A pessoa demonstra confiança e transmitir esse tipo de idéia que melhora a satisfação.

E26) E em relação especificamente à religião, o que o Sr. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S26) Em relação à religião sempre aconselho a pessoa que procure um sacerdote de confiança em sua igreja e se queixe, leve ao conhecimento seus problemas, seus sentimentos, mágoas, suas condições difíceis, que confie sempre nesse sacerdote, nesse elemento que não seja o mesmo sacerdote, mas alguém que participe de um movimento religioso, ou dentro de apoio. Procure expor e ouvir com atenção o que ele disser e que procure orar, ler, se inteirar das coisas boas da religião, porque se a pessoa quiser, se por exemplo eu quisesse isso, eu faria.

E27) E em relação especificamente à religião, o que o Sr. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S27) Eu sugeriria, por exemplo, que não abandonasse a igreja porque se sente mal. “Eu não vou porque esse padre não fala direito, fala bobagem, esse padre critica. Então não serve, não vou mais ouvir”. Não pode. Procure ouvir, tirar das palavras o que é bom, procure o padre, diga que não ficou satisfeito, pergunte o que é isso, como é aquilo. Eu acho que é o contrário do que eu ouvi.

E28) O Sr. acredita que algum outro tipo de medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach, terapia de vidas passadas ou outras), podem interferir no sentido de ajudar ou piorar a depressão?

S28) Não, às vezes até acredito que algumas dessas coisas podem ajudar. A homeopatia, por exemplo, é uma alternativa. O uso da fitoterapia tem qualquer coisa útil que faz bem, mas precisa Ter orientação, Ter persistência. Eu, por exemplo, agora estou tentando persistir no uso da beringela porque o meu colesterol subiu muito e eu sei que funciona porque eu senti diferença. Então eu acredito nessas coisas, aliás, já está sendo comentado pelos médicos e reconhecidos os efeitos da beringela e esse em particular. Florais de Bach e Terapias de Vidas Passadas eu não acredito.

E29) Qual tratamento para depressão, o Sr. acredita ser o mais adequado?

S29) Não sei não, francamente não sei. Talvez o medicamento alivia um pouco mas tem os efeitos colaterais tais como insônia, desânimo, sonolência. Às vezes, uma certa perturbação. Eu deixei de tomar os medicamentos, não sinto a importância deles, não sinto falta deles, eu me sinto muito melhor, muitas vezes. Tomo aquele chazinho fraquinho. Olhe, eu me sinto muito melhor do que com aqueles medicamentos.

E30) Como foi sua decisão de procurar um psiquiatra?

S30) Decisão antiga, já tive mais experiências. Justamente por isso, porque eu deixei de ser espírita em 1950, então eu. Você perguntou? No Espiritismo, eu recebia passes, bebe água benta, Espiritismo Kardecista faz leitura, filosofia, religião, mesmo assim seguia, mas nem mesmo na igreja não recebi o que eu esperava. Então cheguei a ver se psicólogos pudessem me ajudar, os primeiros foram decepcionantes. O único que conseguiu dar prosseguimento foi, que me agradasse, que fosse correto, útil, e proveitoso, não consegui continuar porque já não tenho recursos e atualmente não posso nem saber como responder a você se não for no sentido de incentivo porque não posso dizer francamente que este meio é algo que resolvesse meu problema psicológico. Ainda não, mas eu persisto enquanto você quiser continuar desenvolvendo seu trabalho. Acho que se eu continuar é porque eu tenho mais segurança. Não resolveu, porque eu sei que há muitos problemas, muitas circunstâncias e que dificulta. Eu, por exemplo, estou preocupado com a vinda da Patrícia aqui, quando estivermos cara a cara porque eu odeio a reação dela. Eu e a minha mulher não sabemos qual é a reação dela. Ultimamente, a Patrícia tem se comportado diferente, acho que ela tem levado em consideração a reprimenda dos irmãos principalmente. Não sei se melhorou o fato dela estar trabalhando. Está bem diferente mas só que a princípio é o de agressividade. Patrícia queria fazer declaração isento, da declaração de imposto de renda, mas ela perdeu a carteira dela no ônibus e perdeu os documentos inclusive o título eleitoral, eu tenho aqui o número do RG, do CPF, do CRP, mas não tenho do título e ficou faltando este item, ela não se lembrava, então eu disse ‘você vai num cartório eleitoral da região que eles te dão o número’, mas eu tive que ir lá pedir informação. Ela falou que não pediu para eu ir. Eu falei ‘mas filha, você precisava’. Eu me intrometi num assunto que é dela. A única coisa que ela me pediu foi a declaração. Meu relacionamento é desse jeito.

E31) De que forma o psiquiatra poderia ajudá-lo?

S31) O psiquiatra já fez tudo o que tinha que fazer. O tratamento psiquiátrico não é mesmo que do psicólogo. Psiquiatra é a base de medicamento, se o medicamento funciona, resolve, se não resolve, o psicólogo pode ajudar mais que o psiquiatra.

E32) De que forma a psicoterapia ou tratamento psicológico poderia ajudá-lo?

S32) Poderia ajudar no sentido de obter as informações. No seu caso, esse questionário, se você pegar ele, naturalmente informação de minha parte só para você trabalhar com isso, porque você tem uma técnica de trabalho que é a sua preparação universitária. Aqui o trabalho do psicólogo é igualzinho ao trabalho do médico clínico que quer saber o que você está sentindo, onde você sente dor, o que você comeu, que medicamento você tomou, que esforço você fez.

XI. Pseudônimo: WOLF (M. B. N.)

E1) Como o Sr. percebe o seu estado emocional atual?

S1) O estado emocional está bem, só que se fixou na minha cabeça. Como eu estudei música durante muito tempo, a qualquer minuto eu estou com uma música enfiada na minha cabeça e isto está fazendo os intervalos, as notas, me sinto atrapalhado porque eu quero pensar em outras coisas e fico pensando nas notas, nas pautas. Na cabeça atrapalha a concentração que eu deveria Ter. Fisicamente me sinto bem, mas me canso à toa, caio à toa.

E2) Como o Sr. descreveria seus *problemas*, atualmente?

S2) Eu estou em situação boa de entendimento com minha senhora, exceto na parte sexual. Desembestamos completamente e isso aí é refletido no comportamento físico de nós dois, não temos nenhum contato físico de dia, de noite, talvez isso me afete, não saberia dizer. Quando saíamos, ela fazia questão de me agarrar o braço, hoje em dia nem isso, ficamos distantes de dia e de noite.

E3) Como os seus *problemas* interferem no seu estado emocional atual?

S3) Têm horas que eu me sinto muito enfezado, irritado, sem qualquer razão externa, só o que me ocorre na cabeça me deixa irritado com o mundo.

E4) Como o Sr. descreveria o seu *nervosismo*, sua *tristeza* ou seu *desânimo*?

S4) Uma pergunta difícil de responder porque, realmente, eu não me sinto animado, não me sinto motivado e sem coragem de maltratar quem quer que seja, eu trato sempre o pessoal com bastante delicadeza, eu acho. Então, eu me sinto flutuando na atmosfera que muita conexão com o mundo.

E5) Como o Sr. tem percebido ultimamente, a sua relação com a família?

S5) Bom, de maneira geral, as filhas se afastaram do convívio e eu sinto muito a falta, são 4 filhas. Apesar que quando a gente se encontra, elas demonstram carinho, muito afeto, são muito fiel mesmo de parte a parte.

E6) O Sr. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com a família? Como?

S6) Sim, a situação atual não ajuda, muita insatisfação. Aliás, quase nenhuma.

E7) Como tem percebido o seu relacionamento com amigos e conhecidos?

S7) Não tenho amigos nem conhecidos. Os poucos que eu tinha ou morreram ou se afastaram também. A minha idéia é que eu já vivi muito, demais.

E8) O Sr. acredita que *estar triste* muda alguma coisa na sua relação com os amigos ou conhecidos? Como?

S8) Eu não tenho mais amigos. O último que eu tinha ele se afastou, foi para muito longe, os demais morreram, só ficou um que se afastou, agora eu fiquei sem amigos.

E9) Como tem se percebido atualmente, em relação a seu corpo?

S9) Estou um tanto receoso com a minha audição e a minha visão. Levei três tombos muito fortes, de peito para baixo, então bati a testa, o nariz. Para não bater tanto eu apoiei e provavelmente tive luxação nessa parte aqui do braço. Sinto dor. Faz mais de um mês.

E10) O Sr. acredita que *estar triste* muda alguma coisa em relação ao seu corpo? Como?

S10) Não, essa parte emocional no físico, não vejo conexão.

E11) Que pensamentos o Sr. acredita que o deixam mais triste e desanimado?

S11) Pensar na parte material que tive, muito dinheiro.

E12) Que pensamentos o Sr. acredita que o deixam mais animado e confiante?

S12) Eu tenho uma pequena oficina em casa e quando eu faço para um vizinho, não é amigo, é de relacionamento normal e ele vem trazer a satisfação dele com algum serviço que eu tenha feito na casa dele ou equipamento que ele tem. Isso me deixa com sentimento de triunfo pela bondade que eu fiquei e fazendo um serviço razoavelmente difícil bem feito.

E13) Que coisas o Sr. acredita que possam deixá-lo pior?

S13) Qualquer crítica.

E14) Que coisas o Sr. acredita que possam deixá-lo melhor?

S14) Qualquer elogio. É interessante como eu fico influenciado pelas palavras.

E15) O Sr. tem alguma religião? Se sim, qual entidade religiosa você acredita? (*Deus, Demônio/Satanás, céu, vida depois da morte, destino, inferno, reencarnação, horóscopo, amuletos, cartomantes*).

S15) Não. Já acreditei até a mocidade, depois que eu tive entendimento melhor, observei sacerdote, bispo, pastor, etc., tudo falso.

E16) O Sr. mudou alguma vez a sua religião? Se sim, para qual? Quando?

S16) Passando da adolescência para a idade madura. Então na idade madura, eu desaprendi a religião. Na idade madura eu desacreditei de qualquer religião. Não perco tempo assistindo televisão, indo à igreja. Depois dos 20 anos é a idade madura. Quando

eu fiz a primeira comunhão, a minha avó era alemã, interessante que na Alemanha todos eram protestantes, mas a família dela era fortemente católica, então, ela influenciou a descendência para que todo mundo acreditasse firmemente na religião católica, Quando eu fiz a primeira comunhão eu recebi prêmio pelos franciscanos – os franciscanos são terríveis para massacrar – pelo meu conhecimento na escola sagrada e, depois de maduro eu vi que tudo era falso, o que os sacerdotes, bispos, pastores explicam. Por exemplo, na igreja, ajoelha, assiste a missa, o padre sobe ao púlpito, faz a pregação dele para todo mundo e ao fim diz ‘esta é a palavra de Deus’. É um absurdo falar esta extraordinária mentira. Tudo o que ele falou são palavras que ele impôs a si próprio, e quer passar por Deus. Mas não tem fundamento, não tem lógica.

E17) Qual foi a primeira religião?

S17) Católica.

E18) Qual delas acredita que poderia melhorar a tristeza ou o desânimo?

S18) O segundo estado, sem religião. Se eu tivesse um interlocutor que se dispusesse a comentar comigo as passagens bíblicas, ficaria satisfeito. Já peguei pessoas da Testemunha de Jeová, muito cotado pela comunidade das Testemunhas de Jeová, desmontei todos, eu fiquei até com medo que ele fosse passar para o meu lado. Porque que sou firmemente negativo em relação a religião.

E19) O Sr. pratica alguma atividade religiosa? Se sim, quais e com que frequência?

S19) Não. As leis morais têm fundamento mas as leis religiosas não. Principalmente, quando se trata de algum dogma. Como é possível ter um dogma como Nossa Senhora.

E20) O Sr. ora, reza ou consulta Deus em particular?

S20) Não.

E21) O Sr. ora, reza ou consulta Deus em conjunto com outras pessoas?

S21) Não.

E22) O Sr. lê livros religiosos? (*livros sagrados, Bíblia, livros sobre religião, livros de auto-ajuda*).

S22) Só a Bíblia eu leio de vez em quando para ver se pego alguma coisa que pudesse me despertar a atenção e me levar para outro patamar diferente do que eu estou. Mas não acho nada na Bíblia.

E23) O que de sua vida religiosa (que coisas, que atividades), o Sr. acredita que influencia, no sentido de piorar ou melhorar a depressão?

S23) Não sinto influência nenhuma na religião.

E24) O que o Sr. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S24) Tratamento com psicólogo e/ou psiquiatra.

E25) O que o Sr. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S25) Não sei o que iria dizer.

E26) E em relação especificamente à religião, o que o Sr. sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S26) Eu não sugeriria a religião.

E27) E em relação especificamente à religião, o que o Sr. não sugeriria para uma pessoa deprimida para que se sentisse melhor?

S27) Sou falho completamente, não sei responder.

E28) O Sr. acredita que algum outro tipo de medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach, terapia de vidas passadas ou outras), podem interferir no sentido de ajudar ou piorar a depressão?

S28) Só homeopatia. O resto, não experimentei, não saberia dizer.

E29) Qual tratamento para depressão, o Sr. acredita ser o mais adequado?

S29) Estou seguindo as recomendações daqui com muito bons resultados. Só que agora as notas na minha cabeça eu não sei o porquê. O Pentagrama é onde são escritos as notas. Eu chego a estudar o dedilhado pelos comentários. É loucura.

E30) Como foi sua decisão de procurar um psiquiatra?

S30) Praticamente fui empurrado. Eu automaticamente, ou seja, por minha própria decisão eu não levava. Eu tenho uma filha que é psicóloga, mas como ela não sabe nem para fazer recomendação, nem lembro a profissão dela.

E31) De que forma o psiquiatra poderia ajudá-lo?

S31) Com remédio ou recomendações que acabam calando na minha consciência. Eu tenho a mais boa vontade de atender recomendações de pessoas assim preparadas.

E32) De que forma a psicoterapia ou tratamento psicológico poderia ajudá-lo?

S32) Eu acho que por causa dessas coisas da cabeça eu deveria continuar o tratamento. Eu considero muito bom, eu melhorei muito o relacionamento não só com a família, mas também qualquer tipo que eu tenho. Acho que a soma das infelicidades contamina os companheiros do grupo. Bom, eu assimilei que eu estava infeliz mas os outros também estavam infelizes. Diversos deles em grau superlativo que o meu. Pude aceitar melhor a minha infelicidade.

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, após ter sido devidamente informado pela pesquisadora Claudia Drucker sobre os objetivos e procedimentos do estudo *Crenças e Atitudes em Idosos Deprimidos de um Serviço de Saúde Mental em São Paulo/SP*, por ela está sendo realizado, voluntariamente concordo em participar do referido estudo.

Estou ciente de que todas as informações por mim prestadas para este estudo, não poderão ser utilizadas para qualquer outro fim e de que posso interromper a minha participação a qualquer momento, sem que minha decisão venha a prejudicar o meu tratamento, atual ou futuro, neste hospital.

Declaro que meu consentimento é livre e esclarecido, livre de vícios, dependência, subordinação ou intimidação.

São Paulo, / / 2000.

NOME: _____

ASSINATURA: _____

ANEXO 4

AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS/ ISCMSP

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

APROVADO PELA CONEP/MS MS 30/04/97 REF CNS/CARTA/CARTA 32.DOC.
Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 112 Santa Cecília CEP.01221.020 São Paulo - SP PABX 3224.0122 Ramal: 5502
Fax: Ramal: 5710 E-mail: eticamed@santacasasp.org.br

São Paulo, 6 de setembro de 2001.

Ilmo.(a).Sr.(a).

Dr.(a). Cláudia Drucker

Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental

Projeto nº 115/00
Para identificar seu
projeto no Comitê de
Ética informe este
número

O Comitê de Ética em Pesquisa da ISCMSP, reunido no dia **22/11/2000** e no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu projeto de pesquisa:

“Crenças e atitudes em idosos deprimidos em São Paulo/Brasil”

emitiu parecer enquadrando-o na seguinte categoria:

☒ **Aprovado;**

☐ **Com pendência** modificações ou informação relevante a serem atendidas em 60 dias;

☐ **Retirado**, por não ser reapresentado no prazo determinado;

Não aprovado: e

☐ **Aprovado**, inclusive o **(Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)** e encaminhado para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - MS-CONEP-, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias. **Informamos, outrossim, que, segundo os termos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, a pesquisa só poderá ser iniciada após o recebimento do parecer de aprovação da CONEP.**

Atenciosamente



Prof. Dr. Daniel R. Muñoz

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
ISCMSP

ABSTRACT

Introduction: The central theme of this study is the description of beliefs, values and concepts regarding depression in Brazilian elderly patients. The objective here established is the investigation of cultural aspects, most of all religiosity in the formation of cognitive characteristics of these patients, according to the behavioral cognitive model. **Method:** The target population (N=44) is constituted by patients, age more or equal to 60 years, with a diagnosis of depression, in light, moderate, severe and recurrent episodes, according to the diagnostic criteria of CID-10, that effected the evaluation and multidisciplinary treatment at the Elderly Unit (UNID) of the Center of Integrated Attention to Mental Health of the Santa Casa of São Paulo. The instruments utilized were a card with the socio-demographic data and the diagnostic evaluation of UNID's psychiatric interview, the Scale of geriatric Depression (GDS), the Questionnaire of Beliefs about Depressive and Antidepressive Behaviour, the Scale of Frequency of Religious Practices and Scale of Intrinsic and Extrinsic Religiosity. In a fourth of the sample (N=11), a Semi-Structured Interview on Beliefs and Religiosity was made, based on a semi-structured interview for the cultural formulation of the clinical case, in the items religiosity and experience of cure. The exam of the quantitative data was made through statistical descriptive and analytical procedures. This data was ordered and evaluated by means of content analysis of the transcribed and recorded interviews. The themes selected were based on the answers in the sample, where consensual contents were more significant among those interviewed. **Results:** There was an association between lesser acquisitive power of the individual and beliefs and depression attitudes ($p=0,02$). The self-referent and autocritical judgements were more important than those of common-sense in the formulation of depressive beliefs. Medical support was observed as being a judgment of antidepressive behavior and far more efficient in coping with depression than the support given by a friend. It was verified that more intense reading of religious material among non-depressive patients ($p=0,001$) and a tendency for change or increase of religiosity in depressed patients happened. Praying was the religious practice that showed to be more intense among depressed and non-depressed patients, a correlation being noticed between reasons and motives for praying and depression. The most part of the elderly sample presented intrinsic religiosity tendency ($Md=23,5$) and verified significant association between increase of religiosity and intrinsic religiosity. Of the sample showed main motive for this attributed to the stressing living conditions and events. **Discussion/Conclusions:** In general ways, it was verified that depressed elderly have a worse life situation and seem to be looking for solutions by increasing or changing their level of religiosity. The tendency to develop more self-critical judgments among depressed elderly may be associated to a characteristic of greater vulnerability to depression. Spontaneous preferential strategies to deal with depression were related to looking for medical support, might be due to the social prestige these professionals held. Probably religious reading is a trace of a better mental condition in elderly.