

Introdução

Ingressar em Psicologia foi o início de um grande desafio e da descoberta do que construí como um sonho. A imensa curiosidade em perceber os comportamentos mais simples do Homem logo me ajudou e ambicionou a perceber os comportamentos mais complexos e toda a conjuntura cognitiva que lhes dá estrutura. O encanto pela clínica surgiu desde os primeiros contactos mais práticos com a Psicologia, pela grande abrangência da intervenção na saúde mental, e pelo toque mais pessoal, pela possibilidade de interacção e partilha, que nos permite aceder ao mundo de alguém que temos à nossa frente.

As expectativas relativamente a este ano, que sempre imaginei como o mais *assustador*, situavam-se num patamar muito elevado. As aprendizagens mais especiais estavam idealizadas para esta possibilidade de contacto com a prática clínica. No início do ano esta era uma prova de fogo, restava porém saber se iria estar à altura para a ultrapassar.

A escolha do local de estágio, o Serviço de Nutrição e Actividade Física do Centro Hospitalar Cova da Beira, ficou a dever-se à grande variedade de casos clínicos que chegam ao serviço, quebrando-se o mito, também partilhado por mim, de que chegavam a estas consultas apenas casos ligados a perturbações alimentares, particularmente a obesidade. O facto de este local abarcar uma faixa etária muito extensa é uma mais valia e foi também decisivo na minha escolha.

Com efeito, o presente relatório está organizado em 4 Capítulos. O 1º Capítulo cinge-se a uma apresentação da Instituição e do Serviço onde decorreu o estágio, bem como, uma caracterização do próprio estágio. O 2º Capítulo refere-se às competências de avaliação e intervenção, e engloba a identificação de 2 casos clínicos, sendo especificado para cada um, os dados biográficos, o motivo da consulta, as dificuldades actuais, o início e desenvolvimento das dificuldades e a história de desenvolvimento e aprendizagens prévias, a formulação, o protocolo terapêutico, o processo de avaliação e intervenção, o feedback terapêutico, um comentário teórico e pessoal. No 3º Capítulo são abordadas actividades complementares e outras acções que decorreram no âmbito do estágio. No último Capítulo, o 4º, são apresentadas as competências de investigação, com apresentação teórica da temática, os resultados e a discussão dos mesmos. Por fim, tecem-se as considerações finais e apresenta-se a bibliografia a que se recorreu, bem como, todos os Anexos indicados ao longo do relatório.

Capítulo I – Caracterização estrutural e dinâmica do SNAF – Serviço de Nutrição e Actividade Física -

A instituição

O Hospital da Covilhã teve as suas origens em 1908. Na sua reforma e reestruturação mais recente houve um esforço para a consagração da autonomia de gestão das unidades hospitalares em moldes empresariais (Decreto-Lei n.º 288/2002), e assim, esta Unidade é transformada numa sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos, com a designação de Centro Hospitalar Cova da Beira, S.A (CHCB).

O CHCB agrupa o Hospital Pêro da Covilhã, na cidade da Covilhã (ver Anexo 1), e o Hospital Distrital do Fundão, no Fundão. Esta Unidade Hospitalar assegura os cuidados de saúde a uma população de cerca de 100 mil habitantes, residentes na região do fértil vale da Cova da Beira, concelhos da Covilhã, Belmonte, Fundão e parte do concelho de Penamacor.

O CHCB foi inaugurado a 17 de Janeiro de 2000, erguendo-se como uma Unidade moderna e inovadora, envolvida em projectos que lhe permitem alcançar os objectivos a que se propõe, entre os quais, a prestação de cuidados de saúde efectivos, eficientes e de qualidade. Deste modo, tem-se debruçado sobre a implementação de novos processos e procedimentos que procuram optimizar o seu modo de organização e o desenvolvimento de novas metodologias, que permitam uma melhoria da sua qualidade organizacional. A proximidade que o Centro Hospitalar procura manter com a Qualidade visa a criação de uma Cultura da Qualidade orientada para o utente, assente num espírito de equipa e cooperação entre os colaboradores.

Esta Unidade Hospitalar está dotada de um variado leque de Consultas Externas correspondentes às diferentes especialidades (ver Anexo 2), onde se acompanham os doentes que não necessitam de internamento. A primeira consulta externa deve ser sempre precedida por um encaminhamento do médico de família e nunca por iniciativa própria.

Caracterização da consulta de Psicologia do SNAF

Profissionais de saúde

O Serviço de Nutrição e Actividade Física está englobado nas Consultas Externas desta Unidade. A equipa que o constitui contempla 4 profissionais, um médico (especialista em Medicina Interna e em Medicina Desportiva), chefe de equipa, três nutricionistas que asseguram as consultas de Nutrição, e um psicólogo que dirige as consultas de Psicologia. Inicialmente estava prevista a inclusão de um treinador na equipa, no entanto, este nunca chegou a ser contratado. As suas funções passariam por assegurar a avaliação funcional dos pacientes e realizar sessões demonstrativas de exercício, sempre que necessário.

O médico está responsável por realizar a primeira consulta dos pacientes neste Serviço. Após esta primeira abordagem, que serve de triagem, faz o seu encaminhamento para a consulta de nutrição. As nutricionistas estão encarregues de delinear um plano alimentar para cada paciente, acompanhando-os ao longo de todo o processo através de consultas regulares, de controlo de peso e medição da cintura.

O Psicólogo dirige uma consulta que segue os diferentes parâmetros de uma intervenção psicológica, com avaliação, intervenção e *follow-up*. De uma forma sucinta, o serviço de psicologia, dirigindo o seu foco para o estudo do comportamento, recorre a técnicas específicas, de forma a contribuir para o desenvolvimento harmonioso de cada doente. Tendo em consideração a idiosincrasia de cada caso, as suas necessidades, características e especificidades, procura-se promover no Serviço, o desenvolvimento integral do paciente de modo a re-estabelecer uma autonomia pessoal e o bem-estar psicológico.

O papel desempenhado pelo Psicólogo revela-se de extrema importância pela base motivacional que pretende instaurar junto das pessoas com dificuldades em seguir o Plano Alimentar proposto. Mas do mesmo modo, torna-se importante porque permite que as pessoas sejam re-estabelecidas antes de iniciarem o tratamento para o excesso de peso e obesidade, quando é o caso. É do conhecimento de toda a equipa que nenhum utente consegue manter um tratamento dietético se o seu bem-estar psicológico se encontra deficitário, pelo que os diferentes profissionais se encarregam de fazer este despiste e encaminhar. A mudança de hábitos alimentares, o aumento do consumo de água e o aumento do exercício físico são difíceis de alcançar quando se verifica que o utente não se demonstra verdadeiramente motivado para tal. Deste modo, cabe ao psicólogo o acompanhamento prioritário a estes casos.

População utente

Os pacientes que chegam à consulta de Psicologia são na sua maioria pessoas que necessitam de ajuda para combater a obesidade ou o excesso de peso. Em geral, a falta de motivação ou as características depressivas estão presentes pela dificuldade em seguir os padrões de dieta prescritos pela Nutricionista.

Em termos formais, só as Nutricionistas ou o Chefe da equipa podem fazer o encaminhamento dos casos para a consulta de Psicologia, no entanto, tendo em conta a situação de demora destas consultas nos outros serviços, várias especialidades (e.g. medicina interna, neurologia, neuropsicologia, pediatria e reumatologia) enviam informalmente os seus doentes. Esta alternativa vem enriquecer a consulta, pela diversidade de problemáticas que permite que se acompanhe nas consultas de Psicologia.

A faixa etária dos pacientes que acedem à consulta de Psicologia é muito abrangente, compreendendo idades dos 6 aos 80 anos, com um nível sócio-económico também diversificado (baixo, essencialmente médio, e algum alto). Estes dados são muito abrangentes, não havendo até ao momento nenhum estudo realizado.

Espaços e materiais

O SNAF dispõe de cinco gabinetes equipados para a consulta médica. O gabinete de Psicologia está englobado nestes e apresenta-se igualmente equipado com marquesa, secretária, lavatório e armário. A falta de delimitação do espaço físico do SNAF constitui uma lacuna que se espera reparar dentro de pouco tempo. Nos dias em que todos os profissionais estão ao serviço no seu gabinete a situação tornava-se difícil de contornar, pela falta de espaço. Esta dificuldade está apenas presente na consulta de Psicologia, uma vez que, os gabinetes utilizados pelas estagiárias eram de outras especialidades, em particular, Ortopedia e Urologia. Os restantes profissionais do SNAF dispõem de gabinetes próprios para as suas consultas.

Quanto aos materiais existentes para a Intervenção Psicológica, este serviço não se encontra dotado de nenhum instrumento de Avaliação. Os instrumentos existentes pertencem ao Psicólogo do Serviço. Todavia, sempre que é necessário um instrumento de avaliação para a consulta, este tem de ser requerido por escrito ao serviço que o possui (e.g. Psiquiatria), com algum tempo de antecedência, para que este o possa disponibilizar.

O Hospital dispõe também de uma biblioteca equipada com material científico e muito actualizado, em particular as revistas periódicas. Este espaço é de livre acesso e permite que sejam requisitados alguns elementos, mediante certas regras, como em qualquer outro local. Ao longo do estágio estas informações disponíveis foram também muito importantes para o acompanhamento dos casos, em especial a recolha de dados actuais, o diagnóstico e as perspectivas actualizadas de tratamento.

Caracterização do Estágio

O estágio curricular decorreu no Serviço de Nutrição e Actividade Física do Centro Hospitalar Cova da Beira. O seu início foi a 7 de Novembro de 2007 e o final oficial a 13 de Junho de 2008, no entanto, o acompanhamento de casos manteve-se até finais de Julho do mesmo ano.

O estágio desenvolveu-se sob a supervisão do Psicólogo do Serviço. Durante o mês de Novembro a primeira abordagem das consultas era realizada pelo mesmo, e assistida, em observação pela estagiária, que assegurava a parte final da consulta. A partir de Dezembro de 2007 iniciou-se o acompanhamento individual dos casos clínicos. O Psicólogo promoveu orientações semanais (tarde de segunda-feira), designadas de Reuniões Clínicas, durante todo o período de estágio. Nestas reuniões cada estagiária apresentava os seus casos, discutindo-se de seguida como forma de explorar pontos de vista e estratégias a utilizar nas próximas sessões. Caso surgisse alguma dúvida a estagiária tinha a liberdade de procurar orientação nos restantes dias da semana. Este tornou-se num momento de aprendizagem, onde se estimulava a partilha, o diálogo, a trocas de conhecimentos e a perspectiva de cada interveniente sobre o caso. Esta oportunidade permitiu igualmente adquirir e aperfeiçoar algumas competências de comunicação. O Psicólogo orientava o acompanhamento do caso, de acordo com a sua óptica e experiência profissional, e todo o material desenvolvido para a intervenção psicológica, como por exemplo, os panfletos, os folhetos informativos ou registos, era supervisionado pelo mesmo.

A marcação das consultas foi sempre invariável, não se cumprindo um horário pré-estabelecido, principalmente pela falha no espaço físico, em particular o número de gabinetes disponíveis. Geralmente os dias em que se realizavam mais consultas eram a terça, a quarta e a quinta-feira. A maioria das consultas seguia uma frequência semanal, contudo, devido às características de cada caso ou à disponibilidade do paciente, alguns atendimentos ocorriam quinzenalmente.

A sexta-feira foi o dia seleccionado para as reuniões periódicas na Universidade da Beira Interior. Neste dia era dirigida a Orientação de Estágio, no âmbito da qual foram apresentados três casos clínicos (ver Anexo 3). Estas reuniões eram também momentos de aprendizagem, pois em cada dia vários alunos apresentavam os seus casos, que no final eram debatidos (e.g. quanto ao diagnóstico, características mais salientes, possibilidades de tratamento e intervenção) em grupo e sugeridas alterações, actividades, técnicas, despistes e estratégias. Um dos casos clínicos apresentados foi exposto, com a devida privacidade, numa aula do 3º ano do Curso de Psicologia, possibilitando aos alunos um contacto mais próximo com um caso real.

Às sextas-feiras, eram também dirigidos os seminários de intervenção e de investigação, onde se procedia à orientação dos respectivos relatórios. O relatório de Intervenção teve como tema a “Intervenção Psicológica no Cancro da Mama” e o de investigação a “Obesidade, Aceitação Social e Relações de Amizade Íntima entre pares na Adolescência”.

Ao longo do estágio foram desenvolvidas outras actividades (especificadas à frente neste relatório) para além do acompanhamento de casos clínicos.

Conclusão

Os dados disponíveis quanto à caracterização do SNAF ou em particular da consulta de Psicologia são ainda muito poucos e até ao momento não se realizou nenhuma publicação deste serviço. Todavia, dentro do que foi possível recolher junto do Psicólogo do serviço, estima-se que se realizam 300 consultas de Psicologia por ano. O número de encaminhamentos por parte do SNAF está também ainda por definir concretamente, mas de um modo geral estima-se que na actualidade corresponda a cerca de 40% dos casos acompanhados. Os restantes casos clínicos são indicados pelos outros serviços do Hospital e constituem uma mais valia, alargando o conjunto de perturbações que acedem à consulta e assim, a variedade de características clínicas a trabalhar.

Apesar do SNAF existir já há cerca de 5 anos ainda não possui dados suficientes que permitam uma caracterização mais específica da população abrangida, quanto ao seu contexto sócio-económico, cultural e profissional. As indicações existentes são ainda muito abrangentes. O SNAF também aguarda uma mudança ao nível do espaço físico, estando planeado um espaço próprio, com gabinetes suficientes, exclusivos para cada profissional. A impossibilidade de personalizar um gabinete, tornando-o acolhedor e equipado com material específico para o trabalho terapêutico (e.g. jogos e brinquedos, imagens), pode constituir uma lacuna na intervenção. A presença de elementos médicos pode tornar o ambiente mais frio e dificultar o estabelecimento da relação terapêutica e assim, a entrega do paciente.

Todavia, torna-se pertinente sublinhar que a variedade das faixas etárias abrangidas na consulta e a variedade de problemáticas possibilitam importantes circunstâncias de aquisição de experiência profissional.

Capítulo II – Competências de Avaliação e Intervenção

Caso Clínico I

Identificação

Diagnóstico: Perturbação de Hiperactividade com défice de atenção segundo os critérios do DSM-IV-TR (314.01).

Data de Incurção: 21-11-2007

Estagiária: Mariana Gomes

1. Dados Biográficos

Nome: L.

Idade: 9 anos

Sexo: Masculino

Habilitações literárias: 4º ano de escolaridade

Profissão: Estudante

Agregado familiar: O L. vive com a mãe, de 32 anos, e o pai, de 36 anos.

Naturalidade: Guarda

2. Motivo da Consulta

A mãe da criança foi aconselhada por uma amiga a marcar uma consulta de Psicologia, pelo que não havia um pedido específico de apoio psicológico. O L. chega à consulta acompanhado pela mãe. A mãe começa por o descrever do seguinte modo “o L. sempre foi um garoto muito irrequieto” (sic), mas “ele diz que não é ele que controla os seus comportamentos (...) ele quer portar-se bem mas não consegue” (sic).

O L. apresenta-se na consulta vestido de acordo com a sua idade e nível sócio-económico, e um aspecto cuidado. A sua aparência revela-se coincidente com a sua idade, apresenta um sorriso simpático, é amável e carinhoso. Durante a consulta o L. demonstra uma atitude muito colaborativa e encontra-se orientado espácio-temporalmente, e hetero e alopsiquicamente. O L. apresenta um humor eufímico, e não revela alterações ao nível do pensamento, percepção, linguagem e memória. Em termos de julgamento e *insight* o L. parece não revelar nenhum deles. A criança evidencia uma alteração ao nível do comportamento escolar, social e familiar.

Na consulta, o L. manteve o contacto visual e um discurso fluído. Por vezes, esperava que a mãe falasse e de seguida acrescentava algo, ou confirmava ou refutava o que tinha sido dito.

3. Dificuldades Actuais

Actualmente, em termos familiares, a mãe refere que o L. amua e demonstra muita teimosia. Durante as refeições, o L. evidencia agitação motora constante, “à mesa está sempre a mexer com os pés (...) tem de estar sempre a mexer com alguma coisa” (sic). Segundo a mãe, “Ele diz que não é ele, a culpa não é dele (...) ele quer mas não consegue fazer as coisas” (sic).

A mãe conta ainda que o L. interrompe frequentemente as conversas em casa e que “primeiro vem a conversa dele e só depois a do pai e da mãe” (sic), é muito desorganizado (“os brinquedos estão sempre todos espalhados” (sic)), perde objectos importantes (“perdeu o livro de fichas de Português”) (sic) e esquece-se de actividades quotidianas. No

final do dia fazer os trabalhos de casa torna-se uma tarefa difícil, segundo a mãe o L. nunca quer fazer os trabalhos e quando os inicia procura fazê-los o mais rápido possível, ignorando erros ou algumas coisas que fiquem por fazer (*“para fazer os deveres é um castigo (...) tenho que me chatear, chatear até ele fazer alguma coisa”* (sic)). Assim, para a mãe o objectivo do L. é terminar os trabalhos o mais rapidamente possível para ir brincar (*“tanto faz fazer bem como mal”* (sic)).

A nível escolar, segundo a professora, o L. é bastante desorganizado com os trabalhos, demonstra falta de atenção nas actividades escolares, é muito conversador, distrai-se facilmente e distrai os outros, abandonando os trabalhos sem os acabar. Na sala, refere ainda a professora, é irrequieto, não pára, levanta-se a todo o momento, necessitando ou não. Em termos dos conteúdos escolares, ainda segundo a professora, o L. gosta de ler, interpreta e responde às questões, contudo, não gosta muito de escrever e dá bastantes erros ortográficos. Assim, diz a professora que necessita de se esforçar mais a estudo do meio, sendo que a matemática demonstra uma dificuldade a nível geral, mas adquiriu alguns conhecimentos. Na situação de um-para-um, acrescenta a professora, *“é educado, amável e carinhoso”*.

Na relação com os colegas, a professora queixa-se que o L. gera conflitos com as crianças da turma e com as das outras salas. A criança refere *“os outros às vezes metem-se comigo e eu dou-lhes pancada (...) eles gozam comigo, chamam-me L. “patos””* (sic). Quando o L. faz queixas à professora dos colegas refere *“começo a chorar (...) ela não acredita em mim (...) sou sempre eu que faço tudo”* (sic).

Segundo o pai o L. não sabe brincar *“com o L. é assim, eu é que sei, eu é que quero”* (sic). Nas brincadeiras com os outros amigos, a mãe afirma que o L. gosta de inventar as regras e fica muito chateado quando perde.

A mãe do L. refere ainda que a criança apresenta uma dificuldade ao nível do comportamento mictório nocturno, com algumas micções por semana, mas que no entanto, não permitem estabelecer um calendário regular. Este problema, segundo a mãe constitui uma grande preocupação para os pais, pela dificuldade em lidar com a situação e pelas micções repetidas. Ainda segundo relatos da mãe, *“quando anda mais nervoso faz xixi na cama”* (*“na semana do Natal foi terrível, ele andava eufórico com um primo e uma tia que estavam cá da Suíça e fazia todas as noites xixi (...) eu andava farta de lavar lençóis”* (sic))

As várias pessoas que convivem no dia-a-dia com o L., particularmente a mãe, o pai e a professora sentem-se *“desgastados”* (sic) com o comportamento do Luís, relatando grandes dificuldades no seu controlo. O comportamento-problema do Luís, nos vários contextos, e a sua dificuldade mictória apresentam, segundo a mãe na criança, um grau elevado de invalidação.

Em termos de áreas de bom funcionamento, o L. gosta de jogar consola, ver televisão, de jogar bola, andar de bicicleta, ver DVD's, cassetes e ouvir música.

A aplicação da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC) sugere um QI (66), ao nível da escala completa, muito inferior em relação aos dados normativos para a população portuguesa. Todavia, a análise individualizada das escalas (verbal, 70, e realização, 72) denota um QI inferior ao esperado para esta população. A compreensão, no subteste verbal, foi a única prova em que a criança obteve um resultado dentro da média, contudo, manteve uma aproximação forte em termos das semelhanças (subteste verbal) e do código e cubos (subteste de realização).

No teste grafoperceptivo, a Figura Complexa de Rey, de um modo geral a criança apresenta melhores resultados em termos da percepção visual e da actividade visual na 1ª e 2ª reprodução que implica a actividade de memorização do que na cópia, sendo que negligenciou nesta a estrutura global da figura.

A aplicação da técnica projectiva gráfica, o Desenho da Família de Corman, sugere que a figura de maior valência para a criança na família é a mãe, o que pode retratar uma maior proximidade com esta.

4. Início e desenvolvimento das dificuldades

O L. foi *“desde sempre muito irrequieto”*, diz a mãe. Os pais apercebem-se da intensidade da sintomatologia quando o L. foi para o 1º ano e quando começam a receber queixas variadas por parte da professora. Durante os tempos do infantário, a mãe refere que sendo muito poucas crianças na sala havia uma atenção e dedicação, por parte da professora, mais individualizada. A mãe do L. salienta que no infantário era o *“menino lindo e tinha a atenção toda”*. A chegada do 1º ano trouxe muitas dificuldades de adaptação ao Luís, a mãe refere que *“lidar com uma turma com tantos meninos foi bastante complicado”* (sic), pois, acrescenta *“deixou de ter toda a atenção que lhe davam no infantário e começaram os problemas de comportamento do L.”* (sic). Apesar destas dificuldades surgirem aquando o ingresso no 1º ciclo, a criança nunca teve tratamentos médicos nem psicológicos anteriores, não se encontrando medicado.

Relativamente às micções nocturnas do Luís, estas começaram a constituir um problema para a criança e para os pais após os 4 anos, uma vez que até então a criança usava fraldas. Recentemente os pais optam por acordar o L. várias vezes de noite para o trazer à casa-de-banho, contudo refere a mãe *“andamos cansados e não conseguimos descansar com a preocupação de o levantar”* (sic)).

5. Histórias do desenvolvimento e aprendizagens prévias

O L. é filho único e vive com os pais. A mãe refere que foi uma gravidez alcançada com tratamento e que “ *o nascimento foi um momento de muita alegria para todos*” (sic). Segundo a mesma o L. apresenta uma agitação motora desde muito cedo, “ *foi sempre uma criança que se mexia muito, até no carrinho*” (sic), e uma certa dificuldade em dormir, marcada por poucas horas de sono, “ *até aos 4 anos nunca dormiu uma noite inteira (...) e nunca dormia sozinho, enquanto era bebé optávamos por colocar a alfofa no meio de nós para o poder embalar*” (sic). Durante o dia, segundo a mãe, dormia também muito pouco tempo até ter cerca de 18 meses.

A criança esteve aos cuidados da mãe até aos 4 meses, e posteriormente da avó paterna até aos 6 anos. A mãe retomou o emprego 4 meses após o parto, altura em que passa a deixar todos os dias o L. em casa da avó paterna. A aprendizagem do controlo esfínteriano diurno da urina ocorreu por volta dos 2 anos com a avó paterna, e a do controlo nocturno, ensinada pela mãe, iniciou-se por volta dos 3 anos e meio.

Aos 3 anos o L. vai para o infantário, perto da casa da avó paterna, permanecendo o resto do tempo aos cuidados da mesma. A mãe refere que o L. “ *era uma criança muito querida por todos, na terra da avó metia-se com toda a gente, falava com todos (...)*” (sic). No infantário, o L. recebia muita atenção por parte da professora, o facto de só fazerem parte da turma 6 crianças tornava-o o “ *centro das atenções (...) todos se riam com ele*” (sic).

A entrada para o 1º ciclo, segundo os relatos da mãe, uma altura bastante complicada para a criança. Inicialmente não queria ir para a escola, algum tempo depois, os pais começam a receber muitas queixas por parte da professora em relação ao comportamento do L.. A partir desta altura, os comportamentos começam a constituir um problema quer em termos escolares, quer em termos familiares. Os pais ao longo destes anos procuraram lidar com o L. da forma que consideraram melhor para a relação. A mãe refere que ambos, pai e mãe, sofreram muito por não conseguirem controlar o comportamento do L. (“ *Já ouviu tantas coisas e não é capaz de melhorar*”; “ *quantos berros ele já ouviu (...)* e depois tinha sempre aquelas pessoas que diziam que eu não lhe dava educação, mas disso nunca ninguém me pode acusar” (sic)). A mãe salienta que “ *à medida que o L. foi crescendo se foram apercebendo que não adiantava nada bater e que precisavam de fazer alguma coisa por eles e pelo L.*” (sic). Segundo a mãe, o facto de o L. repetir “ *que não é ele que controla os seus comportamentos (...) ele quer portar-se bem mas não consegue*” (sic), levou-os a perceber que os castigos não resultavam.

A aprendizagem do controlo nocturno da urina foi iniciada por volta dos 3 anos e meio, e como se registavam muitas noites molhadas, a mãe manteve as fraldas até aos quatro anos. Assim sendo, o comportamento mictório do L. inicia-se por volta dos 4 anos de

idade. Até esta idade o L. não dormia sozinho, segundo a mãe “*dormia eu com ele ou o pai*” (sic), pois, acrescenta a mãe, o “*L. tinha medo de estar em casa sozinho, de estar no quarto (...) e ainda agora dorme com uma luz de presença*” (sic). Os episódios mictórios não apresentam regularidade, facto que se verifica desde o início “*por exemplo faz xixi 2 ou 3 noites seguidas durante um mês*” (sic), realça a mãe. O L. salienta que acorda de noite, após a micção e fica “*todo atrapalhado*” (sic) e conta “*vou a correr chamar a minha mãe*” (sic). A criança parece sentir-se triste devido ao seu comportamento mictório nocturno, contudo não o demonstra com frequência. Em termos sociais, apenas os pais e os avós têm conhecimento das micções nocturnas da criança, na escola os amigos desconhecem estes comportamentos, dado o seu carácter nocturno.

A mãe da criança é funcionária de uma confecção. Na entrevista refere “*fui sempre muito reguila, mas não como o L. (...) não tinha vontade nenhuma de andar na escola, só fiz o 6º ano, nunca fui grande aluna*” (sic). Na relação com o L. revela muita proximidade com a criança. Durante a entrevista evidenciou várias vezes o cansaço físico e psicológico resultante da interacção diária com o L. associado ao stress do dia-a-dia, à fadiga e à falta de paciência. Quando questionada acerca da possibilidade de ter outro filho, refere que “*não conseguia criar outro filho como L.*” (sic). Ao longo dos anos, a mãe sustenta que sofreu várias pressões da família relativamente à educação do filho, o que acabava por se reflectir na forma como posteriormente o castigava. Segundo a mãe, estas pressões deixavam-na triste e sem saber como lidar com a criança. Um outro aspecto que foca e que demonstra dificuldade em gerir é o contacto que tem com a professora do L., que procurou sempre evitar porque afirma “*ela nunca me diz nada de bem do meu filho (...) só me fala de tudo o que ele faz de mal (...) nunca foi capaz de dizer que fez alguma coisa bem (...) eu sei o que o meu filho é*” (sic). Assim, o pai refere que é habitualmente ele que vai à escola falar com a professora, pois considera que “*a mãe é mais nervosa e começa logo a chorar quando a professora lhe diz o que o L. faz de mal*” (sic).

O pai da criança é motorista de autocarro e é uma pessoa muito calma (“*sempre foi muito calmo*” (sic)). Na entrevista o pai refere “*o L. tem tudo o que quiser de mim mas também tem de saber fazer o que lhe peço (...)*” (sic). A relação de ambos, segundo pai, baseia-se muito em acordos, sempre que passam mais tempo juntos, por exemplo alguns dias de férias, o pai estrutura as actividades do L. durante o dia, faz paragens entre as mesmas, negocia e estabelece objectivos para o dia em questão (“*combino com ele que tem de fazer, por exemplo, se ele cumprir depois vemos uma filme ou jogamos consola*” (sic)).

Actualmente o L. e a mãe saem juntos de manhã, enquanto o pai sai de casa ainda de madrugada. A mãe, a caminho do emprego deixa o L. no ATL, onde fica até a hora de ir para a escola e onde aguarda a chegada da mãe no final do dia, regressando novamente

juntos a casa. Assim, dada a compatibilidade de horários, o L. faz sempre os trabalhos de casa com a mãe, na cozinha, enquanto esta prepara o jantar, pois o pai chega a casa mesmo na hora de jantar. Durante os trabalhos, a mãe refere “*tenho de ver muitas vezes o que ele está a fazer, porque ele se erra, desiste e fica nervoso*” (sic). Assim, para a mãe a criança necessita que constantemente se monitorize o que tem para fazer o que se torna complicado, na maioria das vezes, porque o L. quer terminar rapidamente as tarefas e desiste com facilidade. Com a frequência a mãe refere que os pais procuram que o L. se porte bem e acabam por lhe retirar certos castigos na expectativa da criança melhorar os comportamentos (“às vezes até *lhe digo se fizeres os trabalhos de casa direitos já podes voltar a ver televisão*”).

6. Formulação

A partir dos dados recolhidos até ao momento e de acordo com os critérios do DSM-IV-TR (314.01), o L. parece apresentar uma perturbação de hiperactividade com défice de atenção (PHDA), à qual estão associadas algumas características enuréticas. As dificuldades da criança estão presentes nos vários contextos em que esta actua diariamente (na escola, em casa e na relação com os amigos).

Com efeito, o L. parece evidenciar um défice de atenção, presente num conjunto de dificuldades. Deste modo, salientam-se dificuldades em manter a atenção em tarefas ou actividades escolares, não termina os trabalhos, abandona-os ou termina-os o mais rapidamente possível para ir brincar. A criança tem dificuldades em organizar tarefas e actividades (“*é bastante desorganizado com os trabalhos; os brinquedos estão sempre todos espalhados*” (sic)), perde com frequência objectos necessários (“*perdeu o livro de fichas de Português*” (sic)), distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes e frequentemente evita envolver-se em actividades que requeiram um esforço mental mantido (“*para fazer os deveres é um castigo (...) tenho que me chatear, chatear até ele fazer alguma coisa*” (sic)). A acrescentar a estes aspectos a criança esquece-se com frequência de actividades quotidianas.

Por outro lado, o L. parece evidenciar um conjunto de sintomas de hiperactividade-impulsividade, com uma intensidade considerada desadaptativa e inconsistente com o seu nível de desenvolvimento. Assim, apresenta movimentos excessivos das mãos e pés, move-se quando está sentado, levanta-se frequentemente na sala de aula ou em outras situações (“*na sala é irrequieto, não pára, levanta-se a todo o momento, necessitando ou não*” (sic); “*à mesa está sempre a mexer com os pés (...) tem de estar sempre a mexer com alguma coisa*” (sic)). Com frequência a criança corre e salta excessivamente em situações em que é desadequado fazê-lo, demonstra dificuldades em jogar, gosta de inventar as regras e fica muito chateado quando perde, demonstra também dificuldade em esperar pela

sua vez, precipita as repostas antes que as questões tenham acabado e interrompe ou interfere nas actividades dos outros (*“interrompe frequentemente as conversas em casa, primeiro vem a conversa dele e só depois a do pai e da mãe”* (sic)). Na relação com os colegas, a criança gera conflitos com as crianças da turma e com as das outras salas.

Associadas a estas dificuldades, a criança evidencia algumas características enuréticas que, no entanto, não permitem preencher os critérios necessários para um diagnóstico de Enurese. Assim, o L. apresenta emissão repetida de urina na cama, manifestando com frequência 2 episódios semanais, no entanto, estes nunca ocorreram num período que abarcasse os 3 meses consecutivos, mas causam mal-estar clinicamente significativo ao nível da própria criança e ao nível familiar. A criança apresenta uma idade superior a 5 anos. Estas características permitem especificar na criança dificuldades mictóricas do tipo nocturno, contudo a ausência de pelo menos 3 meses consecutivos de emissão de urina não permite falar em Perturbação de Enurese. O carácter nocturno do comportamento mictório acaba por cingir as dificuldades à própria família, não sendo do conhecimento de amigos ou professora.

O L. foi desde sempre uma criança irrequieta, evidenciando agitação motora desde muito cedo e uma excessiva actividade mesmo quando estava ainda *“no carrinho”* (sic). Todavia, o facto de ser filho único e ter estado aos cuidados da avó (que como todas as avós possivelmente lhe fazia todas as vontades) até aos 6 anos, parece poder relacionar-se com uma atenção particular que lhe era dada, até porque para os pais foi uma gravidez tão desejada e o nascimento *“um momento de muita alegria para todos”* (sic)). Para reforçar esta ideia, enquanto frequentou o infantário, o L. recebia muita atenção por parte da professora (*“era o menino lindo e tinha a atenção toda”* (sic)), e a existência de apenas 6 crianças na sala tornava-o o *“centro das atenções (...) todos se riam com ele”* (sic). Todos estes factos podem ter predisposto a criança para a maximização de comportamentos associados a um quadro de hiperactividade com défice de atenção, que se evidenciaram com a chegada do 1º ano e começaram a constituir um problema. Assim, a perda da atenção individualizada, muito vincada na família e no infantário, e o ingresso numa sala de aula com muitas crianças, a obrigação em cumprir regras (nomeadamente, manter-se sentado, pedir autorização para qualquer actividade, não conversar, entre outras) e realizar actividades que exigem esforço e concentração, parecem ter contribuído para a exacerbação de todos os comportamentos de L..

Quanto às dificuldades mictóricas, o L. fez a aprendizagem do controlo diurno da urina por volta dos 2 anos, com a avó. Na aprendizagem do controlo nocturno, apesar de ter sido iniciada aos 3 anos e meio, as fraldas foram mantidas pela mãe até aos 4 anos, devido à ocorrência de muitas noites molhadas. Este abandono tardio das fraldas e a uma possível falha de aprendizagem parecem ter contribuído para as dificuldades da criança em

alcançar um controlo comportamental e cognitivo sobre o reflexo de urinar, o que se traduz nas noites molhadas de L. Este controlo, é adquirido de forma gradual e intencional, mas o facto da criança ter as fraldas não lhe exigiu a necessidade de o desenvolver. A partir dos 4 anos o comportamento mictório começa a constituir um problema para a criança e para os pais.

Actualmente o comportamento do L. nos vários contextos contribui para a manutenção do seu problema. Na escola, o ambiente activo da sala de aula, rico em estímulos, contribui para a sua inquietação e diminui a capacidade de atenção e concentração. A dificuldade em manter a atenção traz-lhe um conjunto de consequências em termos do desempenho escolar e a impulsividade e agitação motora excessiva não só não facilitam a aprendizagem como perturbam o decorrer normal da aula, o que leva a professora a chamá-lo constantemente à atenção. Em casa, a energia excessiva do L., as dificuldades dos pais em lidar com o comportamento da criança, e o desconhecimento acerca da perturbação, associadas ao *stress* do dia-a-dia, ao cansaço, à falta de paciência, parecem estar a manter as dificuldades do L. Muitas vezes, acontece que as reacções dos pais ao comportamento da criança acabam por funcionar como reforço negativo, logo mantêm o problema. Ao nível social, os conflitos constantes entre amigos, as dificuldades da criança em seguir as regras de um jogo, bem como, o ritmo energético a que brinca, (comparativamente com os outros) e a impulsividade característica dificultam o contacto com as outras crianças. Na actualidade, as dificuldades do controlo nocturno de urina perduram, uma vez que a criança ainda não teve a possibilidade de fazer a aquisição deste controlo, o que é agravado pelo facto dos pais irem acordar o L. várias vezes de noite para o trazer à casa-de-banho, o que impede o enchimento completo da bexiga, e dificulta o reconhecimento de sensações essenciais para a aprendizagem do controlo de urina. Todos estes comportamentos parecem estar responsabilizados pela manutenção do problema da criança e continuam a constituir o aglomerado de dificuldades da criança e dos pais.

7. Protocolo Terapêutico

Propostas e estratégias terapêuticas

- Estabelecer uma relação terapêutica empática
 - Exibição de uma postura de aceitação incondicional do doente e uma comunicação aberta;
 - Utilização de estratégias de colaboração e técnicas para “quebrar o gelo” inicial;
 - Motivação para o envolvimento pessoal;
 - Apresentação da Terapia Cognitivo-comportamental e do seu racional.

- Promover uma intervenção educacional

- Informações claras e precisas à família a respeito da perturbação;
 - Treino de pais e educadores, com ênfase em intervenções comportamentais para lidar com os sintomas da criança;
 - Treino de técnicas específicas para dar ordens à criança, reforçando o comportamento adaptativo social e diminuindo ou eliminando o comportamento desadaptado;
 - Modificar as rotinas diárias em casa e na escola.
- Promover estratégias que facilitem o controlo nocturno da urina
 - Promover a consciência e o controlo corporal;
 - Treino de exercícios de retenção;
 - Treino de exercícios de interrupção de micção;
 - Prescrição de auto-monitorização e registo comportamental;
 - Explicação do uso do reforço.
 - Promover estratégias de relaxamento
 - Técnica de relaxamento muscular para crianças.
 - Analisar potenciais dificuldades futuras
 - Explicar possíveis recaídas;
 - Solicitar o feedback da criança e da mãe;
 - Manutenção dos ganhos terapêuticos.

8. Avaliação

O processo de avaliação decorreu ao longo de toda a terapia desenvolvida. Enquanto ferramenta fulcral num processo terapêutico a avaliação psicológica deste caso clínico englobou os seguintes instrumentos: o Desenho da Família, a Entrevista Clínica, a Figura Complexa de Rey e a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC).

Com o propósito de se fomentar o estabelecimento de uma relação terapêutica com a criança solicitou-se a reprodução do Desenho da Família. Partindo dos pressupostos existentes a superfície oferecida à criança, a folha que lhe é apresentada, permitirá o enquadramento das pré-formas figurativas e o devir no processo interventivo. Através do jogo a criança exprime, de um modo simbólico, as suas fantasias, os seus desejos, a sua vivência (Decobert & Sacco, 2004). A utilização do desenho permitirá à criança desenvolver a capacidade de exprimir directamente o seu inconsciente (Melanie Klein *cit. in* Decobert & Sacco, 2004). Deste modo, o desenho manifestou-se desde logo como uma expressão da personalidade e se tal está reiterado é porque este constitui um lugar privilegiado de projecção (Mèredieu, 2006). A projecção é concebida como uma operação na qual o sujeito

expulsa de si e localiza no outro (pessoa ou coisa) as qualidades, os desejos, os afectos, os sentimentos e até mesmo os “objectos” que estão internalizados e ele desdenha e/ou recusa aceitar e/ou admitir que lhe pertencem (Fonseca & Mariano, 2008). Para Fonseca e Mariano (2008) qualquer instrumento projectivo permite uma investigação dinâmica e holística da personalidade da criança ou do adulto. Segundo estes autores o material ambíguo que envolve o desenho permite às crianças expressarem-se com liberdade e sem qualquer receio de acertar ou errar.

Desenhar, bem como, brincar é para a criança um modo de entender e controlar as suas emoções, o que permite ao terapeuta estabelecer um contacto com o mundo emocional da criança facilitando o acesso a estes conteúdos mentais que raramente a criança é capaz de verbalizar apenas usando a fala (Grisanti, Lange & Ribeiro, 2003; Oliveira, 2001; Araújo & Lacerda, 2008). Quando a criança percebe que o profissional está atento à sua emoção, cria-se uma relação de confiança em que o tratamento transcorre gratificante para ambas as partes (Oliveira, 2001).

O desenho da família permite descrever e especificar para cada criança os conteúdos evocados quanto às suas imagens familiares (Mériidieu, 2006). Tomando como ponto de partida o facto do traço se constituir como continente e contentor da energia pulsional, na análise do desenho da família de L. sobressai a figura da mãe (ver Anexo 4). Deste modo, o traço desta figura é mais cuidado e mais firme, diferenciando-se das restantes. As diferentes cores utilizadas possuem por certo uma dimensão existencial, sendo que o amarelo e o vermelho aparecem como cores adutoras que favorecem a extroversão e todos os movimentos voltados para o mundo. Curioso é perceber que estas cores estão apenas presentes na figura da mãe, a primeira personagem a ser desenhada, a mais pormenorizada e a que apresenta um tamanho maior. Estas características foram cuidadosamente observadas no decorrer da execução do desenho. O contorno amarelo da personagem da mãe é uma forma de a vivificar, de lhe conferir complexidade e diferenciação.

Possivelmente a reprodução mais pormenorizada desta figura revela uma maior proximidade entre o L. e a mãe, o que se depreendeu também pela cumplicidade expressa nas consultas e no facto da mãe acreditar que vai ajudar o filho. A figura da mãe foi a primeira pessoa da família a ser desenhada, sendo também a mais próxima da criança. No dia-a-dia a convivência que a criança mantém em casa é com a mãe, pois o pai está ausente e chega apenas à noite. Para além disso vão e vêm juntos da escola e fazem os trabalhos de casa. Nesta actividade de projecção a separação física e a ausência de pormenores no pai e na criança pode conduzir efectivamente a uma interpretação que assenta na distância e em alguma falha em termos afectivos. Deste modo, neste Desenho

a criança representa internamente a família, dando uma importância maior à mãe e traduzindo um desinvestimento emocional em relação ao pai.

Todavia, a Entrevista Clínica Semi-estruturada foi o método de avaliação por excelência neste processo terapêutico. Trata-se de um instrumento insubstituível e fundamental para a eficácia de qualquer tratamento ou procedimento psicológico (Oliveira, 2005). Esta técnica permite aceder às representações mais pessoais dos utentes: história, conflitos, representações, crenças, sonhos, fantasmas e acontecimentos vividos (Oliveira, 2005).

Tomando por base as informações registadas aquando a marcação da consulta foram organizados, de forma criteriosa e cuidada, os critérios de diagnóstico da Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA), segundo o DSM-IV-TR (314.01) (2002). O objectivo era a articulação dos critérios na entrevista clínica. Assim, no decorrer da sessão, com a presença da mãe e da criança, a estagiária procede à elaboração do diagnóstico conforme a entrevista progride. Trata-se pois de um caso constituído por características que o localizam facilmente nos critérios de diagnóstico da PHDA. Mas os relatos da mãe foram analisados cuidadosamente durante a consulta, tornando-se fundamental perceber o comportamento da criança nos diferentes meios onde actua: em casa, na escola e na situação de um para um.

Ao longo da entrevista foi também possível compreender as dificuldades da criança em controlar os esfíncteres, o que se traduzia em episódios de enurese. A entrevista clínica é uma forma de se compreender o utente e do terapeuta se colocar no seu lugar e partilhar o seu olhar (Oliveira, 2005).

Na 5ª consulta procedeu-se à aplicação da Figura Complexa de Rey. O recurso a este instrumento de avaliação prendeu-se com a possibilidade de avaliar a actividade perceptiva, a memória visual, a organização e o desempenho visual e motor. Assim, pretendia-se verificar o modo como a criança apreende os dados perceptivos que lhe são apresentados e como os coordena no seu comportamento motor fino, em actividades gráficas de cópia e de reprodução de memória do estímulo (Rey, 1959/1999 *cit. in* Pagliuso & Pasian, 2007).

De um modo geral, trata-se de um instrumento composto por uma figura complexa, geométrica e abstracta, organizada em várias partes (Oliveira, Rigoni, Andretta & Moraes, 2004). A sua qualidade de avaliação da organização visuo-espacial e memória visual confere-lhe relevância o que se traduz num número significativo de estudos que a utilizam na avaliação da PHDA (Lopes, Nascimento & Bandeira, 2005; Jamus & Mader, 2005; Vital & Hazin, 2008).

A aplicação foi constituída por três momentos: no primeiro foi pedido à criança que copiasse a figura com o maior número de detalhes possíveis. Posteriormente, após três

minutos solicitou-se à criança a reprodução da figura, mas agora sem o estímulo, e o mesmo se solicitou 25 minutos depois. O desenho foi apresentado horizontalmente e a criança copiou-o para uma folha branca.

Na execução desta tarefa o L. revelou dificuldades na cópia, localizando-se no percentil 25, pois verificou-se uma distorção da configuração global da figura (ver Anexo 5). A maior correlação nos resultados situou-se entre a reprodução de memória imediata (3 minutos após a cópia) (ver Anexo 6) e a reprodução de memória tardia (25 minutos após a cópia) (ver Anexo 7), uma vez que o desenho do L. foi semelhante (percentil 50). As diferenças da 1ª para a 2ª reprodução foram mínimas, embora na 1ª a criança tenha representado mais elementos. Deste modo, demonstrou organização e planeamento mental da figura, o que possivelmente teve dificuldade em reproduzir na cópia. Mas torna-se interessante fazer esta análise, pois a criança teve de criar uma ordem significativa durante a cópia da figura, e tal como referem Jamus e Mader (2005) a evocação da memória não seria alcançada se tal não fosse elaborado.

Os elementos da figura conservados espontaneamente na memória foram bastantes, o que parece revelar níveis de atenção suficientes na execução da tarefa e logo favoráveis à memória visual. Tendo em conta as dificuldades da criança em manter níveis atencionais suficientes para a execução das tarefas no dia-a-dia, nesta actividade em particular o L. parece ter sido estimulado, mantendo-se atento.

As consultas 8ª (12 Março de 2008) e 9ª (27 de Março de 2008) foram dedicadas à aplicação da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III). Esta escala representa a 3ª edição da Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC) e tem por finalidade avaliar a capacidade intelectual ou habilidades cognitivas de crianças (Cruz, 2005; Nascimento & Figueiredo, 2002). A WISC-III é constituída por 13 subtestes que medem diferentes capacidades e estão agrupados num conjunto verbal de seis subtestes (Informação, Semelhanças, Aritmética, Vocabulário, Compreensão e Dígitos) e outro não-verbal ou de realização formado por sete subtestes (Complemento de Gravuras, Figuras, Código, Disposição de Gravuras, Cubos, Composição de Objectos, Pesquisa de Símbolos e Labirintos (opcionais)) (Nascimento & Figueiredo, 2002).

A inteligência pode manifestar-se de diversas formas e é, por esta razão, que Wechsler não a concebeu como uma aptidão particular, mas antes como um todo, ou seja, como uma “capacidade global do indivíduo para actuar finalizadamente, pensar racionalmente e proceder com eficiência em relação ao meio” (Wechsler, 1944 citado por Nascimento & Figueiredo, 2002).

Os resultados obtidos quanto à Escala Completa sugerem um QI que localiza a criança numa classificação muito inferior relativamente à amostra portuguesa. No que se

refere ao QI Verbal e de Realização este mantém-se inferior embora seja um pouco mais elevada a pontuação.

Quanto a uma análise mais detalhada dos subtestes verifica-se que a pontuação obtida na prova de Compreensão foi a esperada para a média, o que pode revelar a aquisição de alguns conhecimentos em termos da língua portuguesa. Nas provas, Semelhanças (subteste verbal), Código e Cubos (subteste de realização) a criança esteve próxima da média, o que também pode traduzir certos conhecimentos a este nível. Estes resultados poder-se-ão relacionar com o facto da professora sustentar que o L. gosta de ler, interpreta e responde às questões em termos da língua portuguesa. Estas constituem as áreas em que a criança revelou maior potencialidade, o que será considerado na intervenção com o L..

As suas dificuldades mais acentuadas recaem sobre os subtestes da Aritmética (subteste verbal) e da Disposição de Gravuras (subteste realização), o que em termos escolares se pode traduzir nas suas dificuldades ao nível dos conteúdos matemáticos. O desempenho inferior em Aritmética poderá estar associado a um provável comprometimento na capacidade de organizar os elementos do problema e, às vezes, pode ser atribuído a um déficite de atenção e memória (Oliveira et al., 2004).

A análise destes subtestes permite assim investigar muitas capacidades mentais diferentes, mas que no seu conjunto oferecem uma estimativa da capacidade intelectual geral da criança. Os resultados revelam dados curiosos tendo em conta que se trata de uma criança com características hiperactivas. O L. mostrou-se muito motivado na realização dos exercícios, esperava que se formulasse a questão e só respondia posteriormente, conseguindo desta forma controlar a impulsividade. De um modo geral, a aplicação deste instrumento foi útil não para o estabelecimento do diagnóstico mas porque permitiu identificar forças e fraquezas da criança e fornecer informações relevantes para dar continuidade ao processo terapêutico.

9. Intervenção

O processo terapêutico do L. iniciou-se no dia 21 de Novembro de 2007. A frequência das consultas foi variável, devido à indisponibilidade dos pais em trazerem a criança, no entanto, sempre que possível foram mantidas sessões quinzenais. O acompanhamento de L. foi dirigido pela estagiária sob supervisão do Psicólogo responsável pela Consulta de Psicologia do SNAF.

A 1ª consulta (21 Novembro de 2007) foi dirigida numa fase inicial pelo Psicólogo, e observada pela estagiária, onde se procurou essencialmente fazer a triagem do caso clínico. Numa segunda fase da consulta, a estagiária já sozinha, deu continuidade à mesma.

Após a recolha de alguma informação relevante procedeu-se a uma explicação em traços gerais da Terapia Cognitivo-comportamental. O objectivo desta abordagem inicial passa por dar a conhecer a base eclética do trabalho terapêutico. Pois, toda a intervenção se desenvolverá tendo em conta quer os factores cognitivos, que possam estar na etiologia e na manutenção de determinada psicopatologia, quer os comportamentais, que através do conhecimento das leis gerais do comportamento, proporcionam a compreensão dos factores que o mantêm, possibilitando meios de alterar condições inadequadas (Bahls & Navolar, 2004; Brito, Bystronski, Mombach, Stenzel, & Repetto, 2005). Tornou-se também importante referir que mediante a problemática em questão o enfoque pode ser predominantemente cognitivo ou comportamental. Por mais diversificadas que sejam as terapias todas compartilham o pressuposto teórico, de que mudanças terapêuticas acontecem na medida em que ocorrem alterações nos modos disfuncionais de pensamento (Bahls & Navolar, 2004). Numa breve explanação destes conteúdos à mãe e à criança houve o cuidado de adequar a linguagem, utilizando-se expressões simples e gerais e recorrendo-se a exemplos práticos para permitir uma melhor compreensão. De um modo geral, foi importante passar uma informação global, a cada um (criança e mãe) para que percebessem que existe uma ligação forte entre os pensamentos e os sentimentos, e para os procurar motivar para o processo terapêutico.

Deste modo, na primeira sessão para além de se procurar conhecer a criança e a dinâmica familiar, procurou-se fortalecer os contactos terapêuticos de forma a estabelecer uma relação assente na aceitação, empatia e uma comunicação aberta. Este primeiro contacto com a criança facilitou o processo terapêutico e motivou-a para a futura intervenção. O estabelecimento de uma aliança terapêutica foi sobejamente alcançado na primeira consulta com a criança. Sem dúvida que uma forte relação constitui um alicerce para uma intervenção com sucesso. O recurso a técnicas de avaliação como o desenho da família ajudaram a criar uma maior proximidade entre a criança e a estagiária.

Após a entrevista com a mãe definiram-se globalmente as problemáticas centrais da criança, nomeadamente as características comportamentais, as dificuldades de atenção, a impulsividade e as características enuréticas. Desde logo, tornou-se crucial reunir dados que permitissem efectuar um esboço da formulação do caso clínico e da elaboração do plano terapêutico, uma vez que a situação da criança se caracterizava como disfuncional, de acordo com a mãe.

A 2ª consulta (13 Dezembro de 2007) do L. foi predominantemente psicoeducacional, no sentido em que se facultou um conjunto de informações à mãe, que era quem acompanhava a criança à consulta. O objectivo era educá-la quanto aos problemas do L., mas também instaurar alguma tranquilização quanto ao comportamento que este apresentava, e à prevalência destes comportamentos em muitas outras crianças.

Nesta sessão foram também expostas algumas informações à mãe acerca das características enuréticas da criança, dada a sua dificuldade no controlo das noites molhadas do L.. Tornou-se desde logo fulcral explicar a incontabilidade da criança neste processo, uma vez que estava presente o pensamento de que a criança era preguiçosa e não mudava por falta de vontade. O racional e a importância das técnicas comportamentais foi também apresentado, bem como, alguns conselhos práticos para evitar as noites molhadas (de noite levantar a criança para urinar acordando-a, evitar a ingestão de refrigerantes, envolver activamente a criança na muda da cama e do pijama, evitar à noite a ingestão de líquidos e trocá-los pela fruta, etc). O papel do reforço positivo nas noites secas foi muito enfatizado de modo a incentivar práticas baseadas no reforço (pequenas recompensas materiais a seguir à noite seca) e em excluir estratégias mais punitivas (como bater ou os castigos mais severos). Mas o racional foi também transmitido à criança englobando informações acerca do aparelho urinário, do seu funcionamento e da relação entre os sinais emitidos pelo corpo e as reacções corporais (apertar os músculos, ir à casa-de-banho, urinar, etc.). De uma forma didáctica explicou-se a acumulação da urina na bexiga, como se de um saco elástico se trata-se. Deste modo, a bexiga passou a ser vista como um balão com capacidade limitada. Tornou-se também importante explicar-lhe que existem muitas crianças da sua idade com o mesmo problema e que existem soluções para o tratar, desde que ele participe activamente.

Foram também ensinados ao L. exercícios de consciência e controlo corporal, nomeadamente exercícios de retenção, para este tomar consciência das sensações corporais associadas a uma bexiga cheia e à necessidade de urinar. Nestes exercícios do controlo urinário encoraja-se a criança a beber grandes quantidades de líquido durante o dia e a reter a urina enquanto puder, registando o tempo que consegue esperar (Barros, 2004). O L. passaria a registar num calendário o tempo conseguido em cada dia. Com estes exercícios pretendia-se que a criança fosse adquirindo aos poucos os sinais do seu corpo, em particular a sensação de bexiga cheia.

Através desta base educacional foi possível sensibilizar a mãe para uma colaboração integral na terapia e motivar a criança para assumir as responsabilidades não só pelo problema como pelo tratamento, facultando-se como trabalho de casa o Registo das Micções (ver Anexo 8). Este registo de monitorização comportamental permite recolher informação objectiva e sistemática para esclarecer dúvidas acerca da frequência e ocorrência dos acidentes (Barros, 2004). Apesar de todas as características de excesso de actividade de L. consegue manter-se atento e interessado durante a consulta.

A 3ª consulta (20 de Dezembro de 2008) recaiu em particular sobre os comportamentos do L. nos vários contextos, sendo que se falou à mãe (sozinha na consulta) que possivelmente a criança apresentaria uma PHDA, dadas as suas

características. Neste seguimento, facultou-se um conjunto de informações (e.g. características da PHDA, dificuldades das crianças e de outros pais, possibilidades de tratamento, etc.) para que a mãe percebesse o comportamento da criança. Deste modo, recorreu-se à abordagem etiológica da PHDA, e colocou-se a ênfase no reforço positivo do comportamento de L. de modo a promover comportamentos adequados e a eliminar os desadequados (procurar valorizar o que ele faz bem, assim como as suas atitudes apropriadas, para que este tenha prazer na sua repetição). Neste seguimento foi facultado à mãe um conjunto de sugestões práticas para ajudarem os pais a lidar com a energia excessiva da criança no dia-a-dia. De um modo generalizado trata-se de modos alternativos de solucionar as várias situações que ocorrem todos os dias, ou seja, formas de se organizar e de ajudar o próprio filho a organizar-se (ver Anexo 9). As estratégias práticas sugeridas são específicas para cada contexto de actuação da criança (tarefas, encontrar objectos pessoais, a vida escolar e os amigos).

Posteriormente, em conjunto com a criança, trabalhou-se a técnica do stop (pare, escute e olhe) para controlar a impulsividade. De uma forma simples foi explicado ao L. e à mãe a importância de retardar a resposta da criança pelos menos alguns segundos, para que aos poucos estes fossem aumentando e o L. conseguisse ter tempo para ouvir a questão completa e depois ainda pensar acerca da mesma e só aí responder.

Antes de se começar a trabalhar o comportamento mictório nesta consulta foi estabelecido um contrato para o envolvimento da família no tratamento das “noites molhadas” (ver Anexo 10). Posteriormente foi analisado o Registo das Micções (com duas noites molhadas) e foram ensinados os exercícios de interrupção da micção e lembrados os de retenção, para serem reproduzidos em casa. Estes exercícios de interrupção procuram ensinar a criança a relaxar e a contrair os esfíncteres vesicais e contribuem para aumentar a consciência das sensações associadas ao urinar (Barros, 2004). A presença de um lavatório no gabinete permitiu que se exemplificasse de forma lúdica através da interrupção da água que corria quando se abria a torneira. O objectivo era ser capaz de fechar a torneira e interromper a micção. Este exercício era análogo ao que a criança teria de reproduzir em casa. A mãe participou da explicação para poder ajudar a criança na realização destes exercícios fora da consulta.

A teimosia do L. foi muito referida nesta consulta, segundo a mãe a criança nunca quer ir para a cama às 21 horas como os pais lhe estipularam, não quer fazer os trabalhos de casa, quer levar sempre as suas ideias avante, e ficar com o tempo todo para brincar. Para procurar contornar estas dificuldades foi também entregue à criança um conjunto de post-it's coloridos para colar em locais bem visíveis, como o frigorífico, a secretária, a mesa da televisão na sala, onde se colocaram as horas de ir para a cama, de brincar ou fazer os deveres. Esta técnica foi estipulada mediante um contrato assinado por mim e pela criança.

Este tipo de envolvimento terapêutico resultou bastante bem com o L. e de acordo com a mãe sortiu algumas melhorias no seu comportamento.

Na 4ª consulta (9 de Janeiro de 2008) o L. entrou inicialmente sozinho, foram analisados os trabalhos de casa (várias micções na semana do Natal) e recordados os exercícios trabalhados na consulta anterior. Verificou-se que a criança reproduz poucas vezes os exercícios de retenção, o que dificulta o reconhecimento das sensações corporais associadas à bexiga cheia. O facto de estar todo o dia na escola e no ATL e regressar quase na hora de jantar não permite que a criança seja incentivada a beber muitos líquidos para fazer estes exercícios, até mesmo pela restrição que foi incentivada a fazer a partir da altura em que chega a casa. Deste modo, só durante o fim-de-semana é que a criança tem oportunidade de realizar os exercícios de retenção. Quanto aos exercícios de interrupção da micção realiza-os com alguma frequência.

Nesta consulta o pai é que está presente, sendo de imediato solicitado a participar na consulta, onde é possível depreender alguma cumplicidade entre os dois e uma certa calma deste em gerir a teimosia de L.. O comportamento da criança na escola melhorou, segundo os dados da professora, o que teve consequências positivas em termos da avaliação do Natal. O pai explica que a relação de ambos assenta bastante em acordos e sempre que passam mais tempo juntos (e.g. férias), o pai estrutura as actividades do L. durante o dia, faz paragens entre as mesmas, negocia e estabelece objectivos para o dia em questão. Esta organização é muito importante para a criança, assim como os reforços do pai se a criança alcançar o que acordam anteriormente. Na consulta o pai foi incentivado a manter este comportamento com o L., o que facilita muito a relação de ambos e ajuda a alterar o comportamento da criança.

A 5ª consulta (23 de Janeiro de 2008) centrou-se essencialmente numa re-avaliação dos comportamentos do L. nos vários contextos (escola, família e amigos) e na análise da monitorização das micções. Nos registos o L. não apresenta micções durante estas semanas, sendo que se mantêm os reforços por parte dos pais e a reprodução dos exercícios em casa. Quanto aos comportamentos a mãe vai referindo um “atenuar global” da criança. O L. parece estar mais moderado nas respostas, o que surte resultados positivos em casa, na escola e na relação com os outros. Mas para reforçar esta alteração de comportamento e procurar manter este controlo foi introduzida a estratégia *Token Economy* / Economia de fichas (ver Anexo 11). O principal objectivo passa por trabalhar a impulsividade e ensinar a criança a esperar por recompensas mais elevadas, já que há uma grande tendência destas crianças por trocar os pontos por recompensas de valor baixo (e.g da primeira lista do Anexo 11). Deste modo, a mãe foi solicitada a elogiar o L. sempre que este apresentasse o comportamento desejado a fim de o reforçar positivamente a envolver-se na técnica.

A 6ª consulta (13 Fevereiro de 2008) foi dedicada para avaliação, pelo que se deixou um intervalo de tempo alargado para que a criança reunisse mais pontos. Na 7ª consulta o L. apresenta-se muito motivado e orgulhoso porque conseguiu reunir muitos pontos. A mãe reforça-o revelando o grande esforço da criança para juntar os pontos. Todavia, tal como o desejado o L. preferiu esperar para alcançar a recompensa maior, em vez de trocar os pontos.

A lista das recompensas era alterada conforme a criança avançava no número de pontos. A mãe realça que o L. em casa está mais organizado, arruma sempre o quarto, cumpre o local e hora de estudo e vai para a cama sem refilar. Na escola a professora refere que a criança está mais atenta e tem melhorado a nível geral, embora continue uma criança muito activa. Segundo a mãe o L. refere várias vezes em casa que tem de se portar de determinada forma para alcançar os pontos. Aliás a criança estabelecia metas semanais de pontos que teria de alcançar.

Enquanto as consultas, 8ª (12 Março de 2008) e 9ª (27 de Março de 2008) foram dedicadas à avaliação, na 10ª e na 11ª consultas (18 de Abril e 2 de Maio de 2008) ensinou-se e treinou-se em consulta o Relaxamento Muscular para crianças. Em consulta foi sugerido à criança que procurasse reproduzir esta técnica à noite, antes de ir para a cama. Esta seria também uma forma de motivar o L. a ir dormir e a relaxá-lo para que o conseguisse fazer mais rápido. Durante a aplicação da técnica o L. realizou tudo o que lhe foi solicitado e no final revelou-se encantado com alguns exercícios.

No final da consulta trabalhou-se a manutenção dos ganhos obtidos e das noites secas, bem como o reforço dos pais relativamente ao comportamento de L.. Na 12ª consulta procurou-se manter os ganhos, mantendo-se igualmente a actualização dos pontos das recompensas do *Token Economy*, que continuou a manter a criança muito motivada para alcançar recompensas cada vez maiores. A mãe referiu que a criança reproduziu a técnica de Relaxamento em casa enquanto estava na cama. Embora se esteja na recta final da intervenção terapêutica com a criança, estão ainda agendadas mais consultas para se proceder à prevenção de recaídas e ao follow-up.

10. Feedback Terapêutico

O primeiro contacto com a criança foi facilitado, para além do que já foi referido, pela tranquilidade e simpatia com que o L. foi participando na consulta. Desde o início que a criança se demonstrou motivada para o processo terapêutico. A mãe só pelo facto de poder partilhar todas as suas dificuldades no acompanhamento da criança, referia que já se sentia com mais forças para ajudar o filho. O seu ponto de saturação, devido ao desgaste físico e psicológico para o qual a criança contribui fortemente, começava agora a seguir o rumo da compreensão. Segundo a mãe o apoio psicológico era a esperança de poder vir a

compreender os comportamentos do L.. Por estas razões rapidamente se reconheceu que a base educacional ocupou um papel preponderante nas consultas. Esta abordagem servia essencialmente de tranquilização para uma mãe já quase desesperada pela impotência em lidar com as situações. Esta era realmente a informação que a mãe transmitia em cada consulta e que mais vincou no final das sessões.

O envolvimento da criança nas actividades propostas permitia-lhe manter o nível de atenção e cumprir com o que lhe era solicitado, obtendo-se bons resultados nas diferentes fases de intervenção. A didáctica utilizada na apresentação das informações acerca do aparelho urinário e do seu funcionamento parecem ter motivado a criança envolvendo-a no processo. Os exercícios propostos na consulta eram todos realizados pela criança, nomeadamente, o Registo de Micções, os post-it's coloridos, a estratégia *Token Economy* / Economia de fichas. Esta atitude colaborativa demonstrava o interesse da criança em participar activamente neste processo terapêutico. As mudanças semanais eram nomeadas pela mãe e desde o início esta referia que os comportamentos do L. eram menos intensos. Os reforços por parte dos pais eram também mantidos, sendo que a mãe referia com frequência que lhe tinha dado determinado presente pelo seu comportamento.

A estratégia *Token Economy* foi proposta numa altura em que a criança já se empenhava em melhorar e em participar, pelo que veio solidificar algumas melhorias já existentes. Com muitas das regras estruturadas o L. teria agora de as cumprir para alcançar os pontos combinados, e tal surtiu resultados positivos.

Na avaliação do Natal, a professora refere que o comportamento de L. melhorou, o que teve consequências positivas nos seus resultados escolares. O L. continuava com muita energia, mas, na escola conseguia manter-se atento por mais tempo.

Na fase final do acompanhamento a mãe realçou que o L. em casa estava mais organizado, arrumava sempre o quarto, cumpria com o local e com a hora de estudo e ia para a cama sem refilar. Na avaliação de final de ano, a professora referiu que a criança estava mais atenta e tinha melhorado o seu desempenho a nível geral. Em cada consulta o L. apresentava-se activo e apesar das suas dificuldades em manter-se no mesmo espaço por algum tempo, conseguia estar atento e relativamente sossegado durante toda a consulta, o que foi fundamental para a obtenção de sucessos.

11. Comentário Teórico

A enurese, segundo Fritz e Rockney (2004) é um sintoma psicossomático comum que se pode apresentar sozinho ou em comorbilidade com outras perturbações em crianças e adolescentes. A prevalência da enurese nocturna na PHDA tem aumentado significativamente, em particular em crianças mais velhas (Baeyens, Roeyers, Hoebeke, Verte, Van Hoecke & Walle, 2004). Vários autores sustentam que é comum a PHDA e a enurese nocturna co-ocorrerem nas crianças, sendo que a literatura se tem debruçado bastante sobre esta comorbilidade (Baeyens, et al., 2004; Lane & Robson, 2008; Jess, 2004; Toren, Ratner, Laor, Lerer-Amisar & Weizman, 2005; Friman & Vollmer, 1995; Robson, Leung & Van Howe, 2005; Dénes, Zerati Filho & Souza, 2006; Souza, Serra, Mattos & Franco, 2001; Schoen-Ferreira, Marteleto, Medeiros, Fisberg & Aznar-Farias, 2007; Barros, 2004; Baeyens, Roeyers, Walle & Hoebeke, 2005; Palácio, Castellanos, Pineda, Lopera, Arcos-Burgos, Quiroz, et al., 2004; Van Hoecke, Baeyens, Walle, Hoebeke, & Roeyers, 2003; Van Hoecke, Fruyt, Clercq, Hoebeke & Walle, 2006; Van Hoecke, Baeyens, Vanden, Hoebeke & Vande, 2007). Os estudos mais recentes continuam a reforçar que a PHDA está fortemente associada com a enurese e há referências de que estas crianças têm uma maior probabilidade de desenvolver enurese do que a população geral (Sheeram, He, Kalaydjian, Brothers & Merikangas & Kathleen, 2009; Hjalmas, 2002). O L. poderá fazer parte deste conjunto de crianças, uma vez que parece possível estabelecer-se uma correlação entre o seu diagnóstico de hiperactividade e défice de atenção e as características enuréticas tão vincadas que evidencia.

A PHDA inicia-se na infância e é caracterizada pela falta de atenção, hiperactividade e impulsividade inadequada para o nível de desenvolvimento da criança (Asherson, 2005; DSM-IV-TR, 2002; Fernandes & António, 2004). Associados a cada um dos três pólos característicos está um conjunto de comportamentos que devem estar presentes em pelo menos dois locais de avaliação distintos, como por exemplo em casa e na escola (Rohde, Barbosa, Tramontinac & Polanczykd, 2000). Assim, ao nível da falta de atenção a criança – não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido; tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades; parece não ouvir quando se lhe fala directamente; não segue as instruções e não termina o que inicia; tem dificuldade em organizar tarefas e actividades; evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido; perde objectos necessários; distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes e esquece-se de actividades quotidianas (Pereira, Araújo & Mattos, 2005; DSM-IV-TR, 2002). Em termos da hiperactividade a criança tende a movimentar excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado, levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado, corre ou salta em excesso em situações em que é inadequado fazê-lo, apresenta dificuldade em jogar ou

dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio, anda ou só actua como se estivesse “ligado a um motor” e fala em excesso (DSM-IV-TR, 2002; Pereira et al., 2005). Quanto à impulsividade esta caracteriza-se pelo facto da criança precipitar as respostas antes que as perguntas tenham acabado, ter dificuldade em esperar pela sua vez, e interromper ou interferir nas actividades dos outros (DSM-IV-TR, 2002). O elevado fluxo de energia faz a criança funcionar em “alta voltagem” respondendo ao mundo com Hiperatividade e Hiperemotividade, como uma totalidade em ação (Antony & Ribeiro, 2004).

A PHDA foi diagnosticada aos 9 anos do L., sendo que a sintomatologia parece ter-se tornado mais evidente aquando a sua entrada para o 1º ano, aos 6 anos. Muitas das referidas características estão presentes na criança e são evidenciadas em contextos como a escola, a casa e na relação com os amigos. Estas dificuldades do L. apresentam uma intensidade considerada desadaptativa e inconsistente com o seu nível de desenvolvimento. Por sua vez, as dificuldades do controlo esfíncteriano nocturno começaram a constituir um problema para o L. e para os pais após os 4 anos, uma vez que até então a criança usava fraldas durante a noite.

Todavia, alguns autores (Fergusson & Hodwood, 1994 *cit. in* Johnson, 1998) alegam que após os 10 anos se verifica um aumento da percentagem de crianças com enurese nocturna primária com sintomas de PHDA. Arantes e Silves (2007) partilham da mesma ideia e vão mais longe quando relacionam os problemas de comportamento, a enurese e a atitude diante da enurese com o aumento da idade. No caso do L., ao longo das consultas esta relação não foi tão evidente, à medida que o tempo vai decorrendo a criança demonstra interesse pelas actividades propostas, uma atitude muito colaborativa para com a terapeuta e uma atitude relativamente positiva face à enurese. Esta atitude da criança traduz-se em alguma tristeza pelas noites molhadas mas não evidencia repercussões a outros níveis de funcionamento. Todavia, Arantes e Silves (2007) salientam também o facto de que o aumento da idade não pode ser utilizado para explicar que os problemas de comportamento constituem obstáculos à remissão da enurese. O mesmo se verifica no caso do L. pois os esforços envolvidos na remissão da enurese parecem não estar a sofrer influência dos seus problemas de comportamento.

A enurese nocturna define-se como uma micção involuntária durante o sono, pelo menos duas vezes por semana, em crianças sem anomalias congénitas ou adquiridas, do trato urinário, ou sistema nervoso, em idade na qual o controle esfíncteriano habitualmente está presente (Barclay & Murata, 2008; Dénes et al. 2006). Considera-se que, a partir dos cinco anos de idade, a maioria das crianças saudáveis já adquiriu o controle cognitivo da micção (Dénes et al., 2006).

A enurese ocorre em qualquer estágio do sono, sendo mais frequente durante um despertar parcial no estágio NREM profundo – estágios 3 e 4 (Alves, Ejzenberg & Okay,

2002). A criança com enurese nocturna urina durante o sono e, geralmente, não acorda com a micção (Vasconcelos & Lima, 2004). No caso do L., habitualmente a micção surge por volta das 3 horas da manhã, sendo que por volta das 23 horas os pais vão acordar o L. para o trazer à casa-de-banho. O L. não corrobora a literatura uma vez que acorda sempre após a micção e vai chamar a mãe, e às vezes tira os lençóis e o pijama e coloca-os na máquina de lavar roupa.

O DSM-IV-TR (2002) estabelece quatro critérios para diagnóstico da enurese: a) micção repetida, diurna ou nocturna, na cama ou na roupa; b) a micção deve ocorrer no mínimo duas vezes por semana durante pelo menos três meses consecutivos, ou então causar um sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, escolar ou noutras áreas importantes na vida da criança; c) é esperado que a continência ocorra com a idade cronológica de no mínimo 5 anos, ou para crianças com atrasos de desenvolvimento, idade mental de no mínimo 5 anos; d) a incontinência urinária não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo, diuréticos) ou a uma condição geral (por exemplo, diabetes, espinha bífida) (Meneghello, Pereira & Silvares, 2006; DSM-IV, 2002; Schoen-Ferreira, et al., 2007; Barros, 2004).

Os episódios mictórios do L. não apresentam regularidade, facto que se verifica desde o início, por exemplo, durante um mês apresenta 2 ou 3 noites seguidas de micções. Esta irregularidade não permite uma identificação com o período temporal que compreende o diagnóstico de enurese, no entanto, verifica-se a presença das outras características essenciais. Todavia, as pesquisas epidemiológicas definem o problema como 1vez /mês, enquanto outros estudos só definem enurese nocturna a partir de 1 episódio /semana (Vasconcelos & Lima, 2004). Do ponto de vista clínico, mais importante do que a frequência é estabelecer o momento em que é a preocupação da criança e dos pais que se torna um problema (Vasconcelos & Lima, 2004). Este facto tornou-se preponderante na intervenção sob as características enuréticas do L., uma vez que a mãe referia estar saturada pela rotina de trocar os lençóis e de acordar repetidamente o L. para o levar à casa-de-banho, durante a noite.

Segundo Barros (2004) as crianças com PHDA podem adquirir um controlo diurno ou nocturno na mesma idade, ou com um desfasamento ligeiro, relativamente a crianças sem essas características. O L. adquiriu o controlo diurno da urina com cerca de 2 anos de idade. Após algumas tentativas na retirada das fraldas durante a noite, por volta dos 3 anos e meio, que resultaram em noites molhadas, a mãe optou por continuar a mantê-las até aos 4 anos, iniciando-se nesta altura as dificuldades de controlo de urina. Os episódios mictórios do L. têm um carácter primário, uma vez que não se identifica um período alargado com ausência de micções ou seja, não se verifica controlo do esfíncter. Isto porque a literatura refere que a enurese nocturna pode ser primária quando a criança nunca

adquiriu o controle da diurese nocturna, e secundária, quando o controle nocturno de esfíncter já ocorreu por um período maior que 6 meses (Vasconcelos & Lima, 2004).

De acordo com alguns autores, as tentativas de encontrar marcadores genéticos comuns à PHDA e à enurese não foram positivas (Bailey, Ornitz, Gehricke, Russell & Smalley, 1999 *cit. in* Barros, 2004). O stress e outros problemas psicológicos apresentam efeitos na enurese, e os estudos baseados em amostras clínicas demonstram que a enurese está associada com problemas de comportamento e uma reduzida auto-estima (Baeyens, et al., 2005; Erdogan, Akkurt, Boettier, Yurtseven, Can & Kiran, 2008).

A imaturidade neurodesenvolvimental e o aumento do risco para psicopatologia parecem estar associados com o surgimento da enurese na PHDA (Biederman, Santangelo, Faraone, Kiely, Guite, J., Mick, et al., 1995; Baeyens, et al., 2005; Schoen-Ferreira, et al., 2007). Barros (2004) acredita que é provável que o controlo vesical seja mais difícil para crianças com PHDA, e mesmo que ocorram mais *acidentes*, mas apenas porque estas evidenciam uma maior dificuldade em seguir regras e em controlarem o seu comportamento. Vários autores (Baeyens, Roeyers, Hoebeke, Antrop, Mauel & Walle, 2006; Fritz, & Rockney, 2004; Chertin, Koulikov, Abu-Arafeh, Mor, Shenfeld & Farkas, 2007) referem que a enurese pode resultar de um problema na identificação dos sinais da bexiga que conduz um estado de *arousal* inadequado ou mesmo ausente e que tem efeitos sobre a PHDA, particularmente no pólo da desatenção. Para Vasconcelos e Lima (2004) a imaturidade funcional do sistema nervoso central resulta na diminuição da percepção sensorial do enchimento vesical e na incapacidade de inibir o esvaziamento da bexiga. Neste caso clínico verifica-se que a criança parece ter dificuldade em ter consciência das sensações corporais associadas a uma bexiga cheia e à necessidade de urinar, e dos músculos envolvidos no acto de urinar. Deste modo, os exercícios de consciência e controlo corporal treinados visam preparar a criança para acordar durante a noite e aumentar o controlo voluntário sobre esses músculos (Barros, 2004). Na mesma linha de pensamento, Schoen-Ferreira, et al. (2007) alertam para o conceito de nictúria, ou o hábito de acordar à noite para esvaziar a bexiga, um sintoma relativamente comum em adolescentes e adultos. Todavia, para os autores, de uma forma simplificada, a diferença entre pacientes que apresentam enurese e nictúria seria a capacidade de acordar para efectivar a micção em local apropriado. Esta dificuldade parece estar muito presente no L., uma vez que a criança nunca acorda durante a noite para efectuar a micção, acorda apenas após o *acidente*.

A presença de enurese nocturna afecta o desenvolvimento e a auto-estima da criança, assim como, o relacionamento dentro e fora da família, sendo que são comuns os casos de violência contra estas criança (Schoen-Ferreira, et al., 2007). A enurese tem carácter familiar e, geralmente, causa preocupação para a família quando persiste a partir

dos 5 anos de idade. No presente caso clínico verifica-se que a criança parece sentir-se triste devido ao seu comportamento mictório nocturno, contudo não o demonstra com frequência. Em termos sociais, apenas os pais e os avós têm conhecimento das micções nocturnas do L., na escola os amigos desconhecem estes comportamentos, dado o seu carácter nocturno. Muitas vezes, o que acontece é que a enurese é mantida em segredo pela criança, acarretando um distúrbio emocional, com grande ansiedade, sentimento de frustração e diminuição da auto-estima que necessitam de abordagem psicológica (Vasconcelos & Lima, 2004).

A idade ideal para se iniciar um tratamento depende da maturidade da criança e do nível de tolerância familiar, ou seja, até que ponto o facto da criança molhar a cama à noite incomoda e interfere na rotina familiar (Schoen-Ferreira, et al., 2007). No caso do L. esta constituía, segundo os pais, uma grande preocupação, uma vez que atingiu um ponto considerado insuportável por estes, com 2 a 3 noites molhadas durante uma semana. O que se preconiza actualmente é que as orientações gerais (supressão de fraldas, restrição hídrica à noite, micção frequente durante o dia) se iniciem por volta dos 5 anos de idade e que o tratamento medicamentoso ou por condicionamento com alarme seja, iniciado após os 7 anos de idade (Schoen-Ferreira, et al., 2007). Esta criança iniciou o acompanhamento psicológico aquando o diagnóstico quer de PHDA e enurese, aos 9 anos.

O resultado do tratamento da enurese parece sofrer influência da atitude da criança e da família face à enurese (Arantes & Silvares, 2007). Sabe-se que estas crianças podem beneficiar, tanto ou mais do que as outras da intervenção psicológica específica para a enurese (Barros, 2004).

Em termos farmacológicos, a investigação tem sugerido que a combinação da PHDA e da enurese nocturna constitui uma das raras indicações para o tratamento da enurese nocturna com anti-depressivos tricíclicos (Hjalmas, 2002).

Apesar dos numerosos estudos desenvolvidos até ao momento existem ainda autores que afirmam que as correlações clínicas da enurese permanecem ainda sob dúvidas, pelo que se tornam pertinentes mais investigações neste sentido (Biederman et al., 1995).

12. Comentário Pessoal

Recentemente, numa comunicação Eduardo Sá (2008) referia algo que me reportou de imediato para o caso clínico do L. “*As crianças vivas são o melhor que a humanidade pode ter*”. Na realidade cabe a nós profissionais manter esta vivacidade nas crianças, ao mesmo tempo que devemos facultar um manancial de técnicas e estratégias para ajudar os que diariamente interagem com esta energia e possibilitar uma melhor qualidade de vida a todos.

Um aspecto que merece grande relevo no caso do L. é o facto deste, com todas as suas características de impulsividade, excesso de actividade e energia conseguir manter níveis razoáveis de atenção durante a maior parte do tempo da consulta, mostrando-se muito motivado, o que acabava por me motivar mais a mim. Só nos últimos 10 minutos, quando dirigia o discurso para a mãe durante alguns minutos consecutivos, é que a criança se tornava irrequieta. Na verdade pode ocorrer que o comportamento da criança hiperactiva não seja representativo na consulta do seu comportamento nos restantes contextos, mas é curioso que o L. conseguia manter a atenção e não perturbar o desenvolvimento da própria consulta. Mais uma vez, é necessário considerar a atenção individualizada que tão bem funciona com ele e que o tornava meigo, carinhoso, amável e tão colaborativo na consulta. A juntar a todas estas características está também a humildade da família, que acredito que permitiu alcançar o sucesso, pela grande dedicação que demonstrou no cumprimento de todas as estratégias solicitadas. Esta humildade funcionava como um estímulo para mim enquanto estagiária, e toda a motivação da mãe em executar e aprender tudo o que era ensinado em consulta traduzia a vontade imensa em ajudar o L. e em colaborar na terapia, o que aumentava a minha responsabilidade. O L. estava sempre ansioso à minha espera no corredor, e se me atrasava a ir buscá-lo maçava a mãe com exclamações de que a Psicóloga já não vinha.

Ao longo da intervenção foi muito bom perceber o papel, muito bem traçado neste caso, da psicoeducação. O ter conhecimento acerca da problemática, dos sintomas, origens, tratamentos, a sua prevalência e prognóstico tranquilizaram muito a mãe do L. que exibiu na 1ª consulta um desespero em lidar com a criança. Para o L. o facto de se sentir aceite, orientado e apoiado parece tê-lo encorajado a ultrapassar e levar mais além o desenvolvimento do seu potencial. Sabemos que sentir que as outras pessoas acreditam em nós multiplica a possibilidade de êxito, e isto certamente ajudou muito o L.

Todavia, saliento um aspecto que considero uma limitação nesta intervenção, a impossibilidade de trabalhar directamente com a professora. Apesar desta me manter informada através da mãe do comportamento do L. e dos aspectos em que ia melhorando, não foi possível intervir directamente com ela, o que é muito importante. Mas a melhor

forma de terminar a apresentação deste caso clínico é vivificar palavras que nunca se podem esquecer nem deixar de dizer,

“Pais de todo o mundo, deixai as criancinhas brincar, mesmo que em turbulência – a vida é movimento e até velocidade; deixai-as ter o pensamento nas estrelas – aí fermentam ideias novas.

Parar é morrer. Não sonhar é embrutecer. O movimento é a condição de vida. O sonho é o motor do pensamento” (Matos cit. in Sauvé, 2006).

Caso Clínico II

Identificação

Diagnóstico: Perturbação Depressiva Major, segundo os critérios do DSM-IV-TR (296.22).

Data de Incurção: 12-03-2008

Estagiária: Mariana Gomes

1. Dados Biográficos

Nome: S.

Idade: 29 anos

Sexo: Feminino

Habilitações Literárias: 9º ano de escolaridade

Profissão: Funcionária de uma confecção

Agregado familiar: Vive com o marido, de 35 anos, e 1 filho de 12 anos.

Naturalidade: Castelo Branco

2. Motivo da Consulta

A S. faz um pedido à Nutricionista do SNAF, que a acompanha há cerca de 2 anos, para a encaminhar para a consulta de Psicologia, por considerar que anda “*sempre triste*” (sic) e que não está a conseguir lidar com a ausência do pai. De acordo com os seus relatos, necessita de uma ajuda profissional.

A paciente apresenta-se com um aspecto cuidado, vestida de forma adequada para a sua idade e nível sócio-económico. Apresenta-se com uma expressão triste, humor depressivo, uma atitude colaborativa e discurso muito fluente. Durante a consulta apresentou choro fácil. Estava orientada no espaço e no tempo, e hetero e alopsiquicamente. A S. não revela alterações ao nível do pensamento, percepção, linguagem e memória, e não se encontra medicada. A paciente evidencia julgamento e *insight*. Ao que parece apresenta algumas alterações ao nível familiar, profissional e social.

3. Dificuldades actuais

Nos últimos tempos a S. evidencia choro fácil “*choro facilmente, não me consigo controlar*” (sic), descreve-se como “*muito triste*” (sic) (“*ando sempre muito triste*” (sic)), ansiosa (“*fico nervosa com tudo por estar nesta situação*” (sic)), culpada (“*a culpa deles não estarem bem é minha*” (sic)) e desvalorizada pessoalmente (“*sinto-me um estorvo*”; “*não valho nada*”; “*sou uma inútil*”; “*sou uma falhada*” (sic)).

No dia-a-dia, no emprego e em casa, a S. refere dificuldade em se concentrar em qualquer coisa durante muito tempo e dificuldades ao nível da memória. Acrescenta que sente um cansaço físico que não tinha anteriormente, fadiga e uma perda dos níveis de energia “*sinto que não tenho energia para muito*” (sic). A perda do interesse e do prazer nas pessoas (família - marido, filho e a mãe) e nas actividades (limpar a casa, ir às compras) passou a ser frequente, a S. salienta que “*agora tudo exige esforço*” (sic). Actualmente refere que se irrita muito mais do que era habitual (“*irrito-me facilmente*” (sic)), e reage com agressividade em situações que considera simples.

As alterações de sono constituem, segundo a doente, uma das suas principais preocupações. De acordo com os relatos da paciente há noites que apresenta insónias intermédias (ou seja, acorda durante a noite e tem dificuldades em voltar a adormecer) outras noites evidencia insónias tardias (isto é, acordar demasiado cedo e ter dificuldades em voltar a adormecer). Nos últimos dias a paciente considera “*insuportável esta situação*” (sic) uma vez que não tem conseguido descansar e tem pesadelos constantes com o pai, durante toda a noite.

A alteração ao nível do apetite caracteriza-se por um aumento do apetite (hiperfagia) “*parece que estou sempre com fome (...) se estiver em casa tenho esta sensação durante todo o dia*” (sic). O interesse sexual, segundo a paciente, “*desapareceu completamente*” (sic), o marido procura-a para ter relações sexuais e, na maioria das vezes, esta refere estar com dor de cabeça ou cansada. Assim, evita constantemente a relação sexual (“*em 15 dias se tive uma relação foi muito*” (sic)).

A paciente revela ainda pensamentos recorrentes acerca da morte, marcados pela crença de que os outros estariam melhor se estivesse morta (“*às vezes penso que seria o melhor para todos*”; “*Só me apetece desaparecer*”; “*não ando cá a fazer nada*”; “*estou farta desta vida*”; “*só a mim é que me acontece isto*”; “*sinto-me um estorvo*”; “*Se eu me fosse embora a vida deles acalmava mais*”). A falta de esperança no futuro e a sensação de que as coisas vão piorar estão igualmente presentes, assim como, por vezes, a vontade de se “*fechar em casa, estar sozinha sem ver ninguém*” (sic).

A aplicação do Inventário de Depressão de Beck (BDI) sugere uma depressão severa o que comprova o que tem vindo a ser constatado durante a entrevista clínica.

4. Início e Desenvolvimento das dificuldades actuais

A S. refere dificuldades em lidar com a ausência do pai, falecido em Maio de 2007. Todavia salienta que aparentemente se conseguiu manter forte e “*ser o pilar na família (...) durante este tempo todo fui lidando com a sua ausência*” (sic), agora refere a falta que sente e o facto de não ser capaz de ultrapassar a situação sozinha (“*faz-me muita falta*” (sic)). Em Novembro de 2007 a paciente relata uma discussão com uma irmã por questões de partilhas de bens, o que a deixou triste. Assim, a S. salienta um aumento da sua sintomatologia desde os finais do mês de Janeiro de 2008. Desde esta altura, a paciente refere que o seu estado começou a ser disfuncional, sendo que o marido e o filho lhe focam constantemente esse facto (“*ultimamente tem sido insuportável viver contigo*” (sic); “*isto tem sido um inferno*” (sic); “*a mãe está triste outra vez. O que é que fizemos?*” (sic)). A situação actual levou a paciente a pedir ajuda profissional, nunca tendo recebido anteriormente qualquer tratamento psicológico.

5. História do desenvolvimento e aprendizagens prévias

A S. faz parte de uma fratria de 4 irmãs, sendo as duas mais velhas apenas filhas do pai da paciente. Estas irmãs mais velhas têm 36 anos e 40 anos. A irmã mais nova da S. tem 27 anos.

A S. foi a primeira filha do casamento dos pais. Pouco tempo após o seu nascimento o pai levou para casa as duas filhas mais velhas, até então aos cuidados de uma instituição, após ficarem órfãs de mãe. Dois anos depois nasce a segunda filha do casal, a irmã mais nova de S.. Durante a infância a paciente refere que, por vezes, o pai procurava dar mais atenção e carinho às irmãs mais velhas, na tentativa de preencher a falta que as duas filhas teriam da mãe, mas acrescenta que mesmo assim nunca sentiu que este lhe faltasse com afectos. Para S. a relação que manteve com as irmãs foi sempre boa, em particular com a irmã mais nova (actualmente com 36 anos) talvez pela proximidade na idade (*“fomos sempre mais próximas (...) não tínhamos muitos anos de diferença, com a minha irmã mais velha já não tinha uma relação tão próxima”* (sic)).

Durante o período da adolescência a S. refere que foi uma filha complicada. Aos 14 anos começou a namorar com o actual marido, o que não era aceite pelos pais, uma vez que não gostavam da família do rapaz. As proibições constantes dos pais para que não se encontrassem contribuíram, segundo a S., para que lhes mentisse. A paciente explica o que sentia, revelando que *“gostava de magoar a minha mãe, (...) ela também me magoava por causa do namoro e eu sentia que também tinha esse direito”* (sic). A mãe omitia muitas informações do pai, inclusive as vezes que a S. saía de casa sem autorização.

Por volta dos 16 anos a paciente engravidou, encontrava-se a frequentar o 9º ano de escolaridade. A gravidez não desejada não foi bem aceite pelos pais, particularmente pelo pai da S.. Até aos 3 meses de gestação a paciente não tinha conhecimento da sua gravidez, uma vez que a menstruação se mantinha. As análises realizadas após a ausência do período no 3º mês confirmaram então a gravidez. A mãe, de acordo com a paciente, acompanhou-a para fazer as análises, já demonstrando desconfiança quanto a uma gravidez, pois tinha conhecimento da existência de relações sexuais. A tensão da notícia foi decrescendo e a mãe aceitou a situação mais cedo que o pai *“o meu pai só aceitou mesmo quando nasceu o meu filho (...) aí passou tudo”* (sic). Para minimizar o impacto da notícia a paciente revela que praticamente se viu obrigada a casar com o namorado (*“o meu pai queria que eu casasse e saísse de casa”* (sic)). Assim, casou grávida de 5 meses.

Segundo a S. esta foi uma fase muito difícil, foi necessária muita força para gerir as emoções e a tensão que permaneceram na família. O casal não tinha estabilidade financeira, casa ou emprego e a angústia por todas as dificuldades com que se estavam a deparar estão bem presentes nos relatos actuais, *“sem ter emprego, grávida e sem quase nada, fui obrigada a abandonar a escola e a oportunidade de “ser alguém” (...) o que me*

exigiu uma luta ainda maior” (sic). Quando a paciente fala sobre esta época mostra-se triste por ter deixado de estudar, e refere mesmo sentir-se inferior por lhe ter sido roubada esta oportunidade (*“sinto-me inferior aos outros, sinto-me inferior ao meu marido, à minha irmã mais nova, eles têm um trabalho superior ao meu (...) eu não estudei”* (sic)).

Actualmente está casada há 12 anos e vive com o marido e o filho. Quando se lhe solicita que pense no rumo da sua vida, refere que sente que tudo o que tem foi conseguido com maior esforço do que, por exemplo, tudo o que as irmãs conseguiram. Acrescenta ainda que sente que a vida foi muito dura, mas apenas nesse sentido, porque refere com firmeza que não se arrepende de ter lutado pela sua gravidez.

A S. trabalha numa confecção há 12 anos, mas quando fala do seu emprego conta *“não me consigo adaptar a este trabalho (...) não gosto do que faço e acabo por me sentir inferior em relação às minhas colegas”* (sic).

Há cerca de 2 anos a paciente começou a ser seguida nas consultas de Nutrição estando a cumprir um Plano Alimentar que já surtiu alguns efeitos desejados, em particular a perda de peso. A paciente foi aconselhada pela nutricionista neste momento a parar com o plano durante 6 meses, *“até resolver as questões emocionais”* (sic). Desde o início frequenta a ginástica 2 vezes por semana, sendo que confessa que ultimamente teve vontade de faltar mas que o marido sempre insistiu e isso acabou por não acontecer.

O marido de S. tem 35 anos e é vendedor de uma empresa. Na altura em que esta engravidou tinha 22 anos e não era bem recebido pela família da paciente, o que dificultou a aceitação da gravidez. A S. descreve a relação de casal como estável *“sempre nos demos muito bem, temos os problemas diários de todos os casais”* (sic), mas acima de tudo vê o marido como um grande *“pilar”* (sic) na sua vida, alguém que sempre lhe deu apoio e demonstrou compreensão, *“somos amigos acima de tudo”* (sic). Ultimamente o marido refere à S. com frequência as dificuldades de partilhar o dia-a-dia com ela (*“tem sido insuportável viver contigo, está tudo errado para ti”* (sic)) o que tem vindo a dificultar a relação de casal. Mas quando esta o informou da sua vontade de marcar uma consulta de Psicologia a sua atitude não foi positiva. A paciente revelava que o seu marido defendia expressamente que se as pessoas adoecem também devem ter a capacidade para se recuperarem sozinhas.

Com os seus pais a S. refere ter mantido, nos últimos tempos, uma relação bastante próxima, por exemplo, iam tomar café todos os dias. O tempo que estavam juntos *“era essencial (...) falávamos do nosso dia, das preocupações, partilhávamos as alegrias (...)”* (sic), como referia a S.. O convívio familiar era muito frequente, cerca de 2 vezes por mês *“juntava na minha casa os meus pais, a minha irmã mais nova e a outra com a sua família”* (sic).

Em Janeiro de 2007 foi diagnosticado ao pai da S. um cancro do pulmão em fase avançada o que exigiu quase cuidados continuados. A paciente assumiu a prestação de cuidados ao pai, sendo que este quis vir morar para sua casa, onde permaneceu até sensivelmente um mês antes de falecer. Assim, o último mês de vida passou-o no hospital, a pedido da filha, uma vez que já se encontrava muito debilitado e diz a paciente *“tinha muito medo que acontecesse o pior na minha casa, principalmente por causa do meu filho”* (sic). Assim, veio a falecer em Maio de 2007.

O filho de S., de acordo com a paciente, manteve desde sempre uma relação muito próxima com o avô *“brincavam juntos constantemente, o meu filho era tudo para o meu pai”* (sic). A doença do avô e o seu falecimento constituíram uma fase muito complicada para a criança, à qual a paciente teve de dedicar grande atenção e apoio. Nesta fase de luto a S. refere que esteve muito dedicada à mãe (*“fui o pilar”* (sic)), procurando ser forte para que a ausência do pai não causasse tanto sofrimento. Todavia, considera que a necessidade de uma postura forte para lidar com a perda do pai não possibilitou que fizesse o seu próprio luto (*“nem no dia do funeral eu podia chorar a morte do meu (...) ora diziam-me olha o teu filho, ele não te pode ver assim, ora me exclamavam vem aí a tua irmã, ela é mais nova, tens de ser forte”* (sic); *“evitava demonstrações de tristeza, eu tinha de ser forte (...) não me podia ir abaixo”* (sic)). Em Janeiro de 2008 a ausência do pai começou a ocupar grande parte dos pensamentos da S.. Durante a noite, a paciente relata que não conseguia dormir e recordava muitos pesadelos, sendo que o conteúdo dos sonhos girava sempre em torno do pai.

A situação das heranças causou desavenças entre a S. e a irmã mais nova (pela parte do pai) o que fez com que se afastassem e deixassem de falar. Para a paciente esta foi também uma grande perda, dado que a relação que mantinham era muito próxima e de confiança. Até então continuava a acreditar que não voltarão a reconciliar-se. Esta separação, para a paciente, afectava o convívio frequente entre as famílias, as confidencias, a cumplicidade e tornou a relação distante e fria.

Em termos de relações sociais, a S. referia que não tinha nenhuma amiga mais próxima, que fosse sua confidente, tinha apenas a amizade do marido (*“é com ele que partilho o meu dia-a-dia, problemas, dificuldades, alegrias (...)”* (sic)). A única amiga referida era fruto de uma amizade recente (*“converso um pouco, mas nada e especial (...) dou-me bem com ela mas ainda há pouco tempo”* (sic)). A descrença na amizade verdadeira dos outros e a dificuldade em confiar estavam presentes nos relatos da paciente, pois acreditava que tudo o que dissesse a alguém no seu emprego seria comentado entre as várias funcionárias. Assim, referia com frequência que falava com todas as funcionárias mas que não tinha uma relação de amizade com nenhuma em particular. Com a irmã mais nova, a paciente revela ter construído, ao longo dos anos, uma

forte amizade, no entanto a distância actual não facilita os contactos (*“falamos por telefone mas nunca falamos de tudo (...) não lhe posso ligar cada vez que tenho alguma coisa que gostaria de partilhar com ela”* (sic)). Em termos de actividades com a família nuclear, a S. referia que todos os fins-de-semana saía para tomar café com o marido e com o filho.

6. Formulação

De acordo com a informação recolhida até ao momento, e segundo, com os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (2002) a paciente parece apresentar uma Perturbação Depressiva Major (296.22). O humor depressivo está presente a maior parte do dia, durante quase todo o dia (*“ando sempre muito triste”* (sic)) e é caracterizado por uma diminuição clara do interesse ou prazer em quase todas as actividades (limpar a casa, ir às compras) e inclusive nas pessoas que a rodeiam (família - marido, filho e a mãe).

Para além destes sintomas, a paciente declara experimentar uma alteração no peso, caracterizada por hiperfagia (*“parece que estou sempre com fome (...) se estiver em casa tenho esta sensação durante todo o dia”* (sic)), e nos padrões de sono, com insónias intermédias (ou seja, acorda durante a noite e tem dificuldades em voltar a adormecer) ou insónias tardias (isto é, acordar demasiado cedo e ter dificuldades em voltar a adormecer). Do mesmo modo, declara sentir uma lentificação psicomotora, fadiga e perda dos níveis de energia (*“sinto que não tenho energia para muito”; “agora tudo exige esforço”* (sic)) bem como, sentimentos de desvalorização pessoal (*“sinto-me um estorvo”; “não valho nada”; “por vezes sinto-me uma inútil”; “sinto-me uma falhada”* (sic)), culpa (*“a culpa deles não estarem bem é minha”* (sic)), e uma dificuldade em se concentrar, durante muito tempo.

Nesta paciente estão também presentes pensamentos recorrentes acerca da morte, marcados pela crença de que os outros estariam melhor se estivesse morta (*“às vezes penso que seria o melhor para todos”; “Só me apetece desaparecer”; “não ando cá a fazer nada”; “estou farta desta vida”; “só a mim é que me acontece isto”; “sinto-me um estorvo”; “Se eu me fosse embora a vida deles acalmava mais”*).

Ao longo do percurso de vida da S. parece ter ocorrido um conjunto de acontecimentos que podem ter influenciado a forma como a paciente lida com as situações quotidianas. Deste modo, a aparente necessidade de afectos enquanto criança por parte do pai, a gravidez aos 16 anos, a pressão exercida pelo pai para casar, *“sem ter emprego e sem quase nada”* (sic), bem como, o facto de ter de abandonar a escola e a oportunidade de *“ser alguém”* (...) (sic), exigiram da S. *“uma luta ainda maior na vida”* (sic). Todos estes factos parecem ter contribuído para a formação de um esquema disfuncional de defeito, na medida em que a paciente refere sentir-se inferior aos outros, *“sinto-me inferior aos outros, sinto-me inferior ao meu marido, à minha irmã mais nova, eles têm um trabalho superior ao meu (...) eu não estudei”* (sic), *“no trabalho também me sinto inferior em relação às minhas*

colegas” (sic). Apesar da S. já trabalhar na confecção há 12 anos demonstra uma dificuldade de adaptação ao emprego e uma consequente falha na realização profissional (“*não me consigo adaptar a este trabalho (...) não gosto do que faço*” (sic)).

O falecimento da pai de S. sensivelmente há 11 meses, marcado pelo rápido avanço da doença, pelo facto dos cuidados principais ficarem a seu cargo e pela “*postura forte em lidar com a perda do pai*” que lhe foi exigida, parecem não ter facilitado o desenrolar de um processo de luto normal (“*evitava demonstrações de tristeza, eu tinha de ser forte (...) não me podia ir abaixo*” (sic)). Assim, 8 meses após a ausência do pai, este começa a ocupar grande parte dos pensamentos da S.. Durante a noite não consegue dormir e recorda muitos pesadelos, sendo que o conteúdo dos sonhos gira sempre em torno do pai. A discussão com a irmã, por uma questão de partilha de bens, parece representar para a S. também uma grande perda, dado que a relação que mantinham era muito próxima e de confiança, e devido ao facto de acreditar que não voltarão a reconciliar-se.

Deste modo, estes acontecimentos parecem funcionar para a S. como acontecimentos de vida negativos e parece verificar-se que os esquemas latentes até então se traduzem em vários pensamentos automáticos negativos. Estes pensamentos são marcados por uma visão negativa de si própria, do mundo e do futuro (“*sinto-me um estorvo*”; “*não valho nada*”; “*sou uma inútil*”; “*sou uma falhada*”; “*não ando cá a fazer nada*”; “*só me apetece desaparecer*”; “*estou farta desta vida*”; “*só a mim é que me acontece isto*”; “*se eu me fosse embora a vida deles acalmava mais*”; “*a culpa deles não estarem bem é minha*”). Neste seguimento, a S. revela sentir uma falta de esperança no futuro e a sensação de que as coisas vão piorar. Assim, os pensamentos automáticos negativos da paciente parecem interferir nas interpretações das experiências actuais, previsões relativas a acontecimentos futuros ou recordações de aspectos do passado. Estes pensamentos afectam várias áreas do funcionamento da S. como: comportamental - diminuição dos níveis de actividade, isolamento social, fadiga; motivacional - perda do interesse e do prazer (família - marido, filho e a mãe; casa; compras); tudo exige esforço; emocional - tristeza, ansiedade, culpa; desvalorização pessoal; cognitivo - dificuldades de concentração; ideação suicida e somático - problemas de sono; hiperfagia; perda interesse sexual e choro fácil.

À medida que o humor depressivo da S. vai aumentando de intensidade, contribui para o acelerar da ocorrência de pensamentos negativos e da crença na veracidade destes pensamentos, o que torna a paciente ainda mais deprimida. Desta forma, perpetua-se um ciclo vicioso que aumenta a intensidade e a frequência dos sintomas da paciente, causando um mal-estar clinicamente significativo.

Os pensamentos negativos referidos são produto de erros de processamento, através dos quais as percepções e interpretações que a S. efectua das experiências são

distorcidas. Assim, nesta paciente identificam-se a inferência arbitrária (“*não valho nada*”; “*sou uma inútil*”; “*sou uma falhada*”), a personalização (“*a culpa deles não estarem bem é minha*”) e a abstracção selectiva (“*só a mim é que me acontece isto*”). O conjunto de sintomas referidos da S., os erros de processamento da informação e os seus pensamentos automáticos negativos contribuem actualmente para a manutenção do seu quadro clínico de depressão.

7. Protocolo Terapêutico

Propostas e estratégias terapêuticas

I. Potenciar uma aliança terapêutica apoiada na empatia e aceitação

- Exibir uma postura de aceitação incondicional da doente.
- Envolver activamente o sujeito no processo de mudança.
- Avaliar a presença de ideação suicida.
- Facultar informações acerca da natureza, curso e tratamento da perturbação.
- Desenvolver as intervenções numa linguagem compreendida pela doente, reduzindo a linguagem clínica ao mínimo.

II. Potenciar mudanças comportamentais

- Planear actividades gratificantes ao longo do dia.
- Promover a realização de actividades graduais.
- Promover na paciente o auto-reforço pelos êxitos alcançados.

III. Potenciar mudanças cognitivas

- Promover a aceitação na doente de que algumas das suas percepções e interpretações da realidade podem ser falsas e que essas interpretações conduzem a pensamentos negativos.
- Explicar o ciclo formado pelos pensamentos automáticos negativos e humor deprimido.
- Identificar, monitorizar e modificar padrões estereotipados de pensamentos negativos.
- Analisar o modelo psicológico subjacente à perturbação.
- Estabelecer metas realistas.

IV. Potenciar a expressão de emoções associadas à perda, no processo de luto

- Facilitar o reconhecimento e aceitação da perda significativa.
- Explicar as fases do processo de luto.
- Potenciar a compreensão do processo através do fornecimento de um conjunto de informações (tempo, luto normal e patológico, etc.).
- Trabalhar o “Colapso Emocional”.

V. Trabalhar a Resolução de problemas

- Avaliar a dificuldade da paciente em se concentrar ou tomar decisões.
- Facultar um conjunto de sugestões para facilitar a tomada de decisões.

- Facilitar a elaboração de planos específicos e construtivos para resolver os problemas.

VI. Prevenção de recaídas

- Estimular a independência e auto-confiança.
- Possibilitar um espaçamento progressivo do número de sessões para se continuar a consolidar os ganhos terapêuticos na terapia.
- Preparar a paciente um possível retorno dos sintomas depressivos.
- Aprender a gerir experiências de rejeição, ansiedade ou fracasso.
- Potenciar a identificação de sintomas residuais.

8. Avaliação

A avaliação enquanto procedimento fundamental num processo interventivo revestiu-se de simplicidade, neste caso clínico em concreto, devido ao conjunto de sintomas evidenciados. O maior potencial da Entrevista Clínica é a possibilidade que esta oferece ao entrevistador de poder aceder com alguma facilidade e brevidade às experiências pessoais dos pacientes, às eventuais problemáticas e levantar pistas sobre os domínios da intervenção (Torres, Guerra, Lencastre, Williamson & Roma-Torres, 2008). Neste caso clínico através da Entrevista foi possível conhecer sob traços gerais as problemáticas apresentadas pela paciente e rapidamente elaborar uma lista sobre os sintomas experimentados. Com a apresentação dos sintomas, em particular o choro constante, começaram a surgir hipóteses acerca do potencial diagnóstico, o que foi sendo apurado à medida que a entrevista progredia. Assim, a entrevista começou a ser encaminhada segundo os critérios de diagnóstico da Perturbação Depressiva Major, de acordo com o DSM-IV-TR (296.22) (2002). Deste modo, foi possível colocar questões adicionais para aprofundar sintomas e para confirmar o significado das respostas dadas pelo sujeito, uma das vantagens deste método de avaliação (Oliveira, 2005). Como tal, recolheu-se informação de forma a analisar os recursos disponíveis tanto pessoais quanto familiares ou sociais, bem como, avaliar a presença de comportamentos de risco (abuso de álcool ou drogas, suicídio) e comorbilidades. A avaliação destes aspectos foi fundamental para se perceber que a paciente evidenciava pensamentos recorrentes acerca da morte, marcados pela crença de que os outros estariam melhor se estivesse morta, o que alertou para o início de uma intervenção quase imediata.

Nesta sessão foi também possível estabelecer os primeiros contactos terapêuticos com a paciente o que se revela fulcral para dar seguimento à entrevista clínica, uma vez que é necessária uma relação colaborativa entre o paciente e o terapeuta (Torres *et al.*, 2008). Esta recolha de informação detalhada, durante a entrevista, pareceu suficiente para se delinear as áreas problemáticas da S. e estabelecer o diagnóstico. No entanto, na parte final da consulta foi administrado o BDI (*Beck Depression Inventory/* Inventário de Depressão de Beck) que revelou uma elevada sintomatologia depressiva (depressão severa) o que vem corroborar a informação recolhida.

O BDI foi desenvolvido originariamente por Beck (composto por 21 itens), é um instrumento que atende ao propósito de avaliar a intensidade dos sintomas depressivos (Gandini, Martins, Ribeiro & Santos, 2007).

Todas estas informações recolhidas foram canalizadas para a formulação do caso clínico e permitiram delinear um plano de tratamento efectivo e acelerar a intervenção, dada a gravidade da sintomatologia.

Na fase final do acompanhamento deste caso clínico, na 10^a consulta, foi administrado novamente o BDI que revelou ausência de sintomatologia depressiva.

9. Intervenção

O processo terapêutico da S. iniciou-se no dia 12 de Março de 2008. Inicialmente procurou-se estabelecer uma periodicidade semanal, dada a gravidade da sintomatologia apresentada, no entanto, tal só foi possível a partir da 2^a consulta (até à 8^a). Assim que se considerou pertinente as consultas passaram a ser realizadas quinzenalmente. O acompanhamento da paciente foi assegurado pela estagiária, sob orientação do Psicólogo do SNAF.

A 1^a consulta iniciou-se com uma breve exploração das razões que levaram ao encaminhamento da paciente para a consulta de Psicologia. Desde logo, a S. demonstrou uma grande vontade em vir à consulta, por considerar que necessitava de uma ajuda profissional para ultrapassar a sua situação. Assim, refere que solicitou à Nutricionista do SNAF um possível encaminhamento para a Psicologia. Esta postura foi fundamental no estabelecimento de uma aliança terapêutica marcada pela aceitação, empatia e compreensão. Assim que se tocou no motivo deste pedido de encaminhamento a paciente começou a chorar, comportamento que se manteve durante toda a consulta. Posto isto, procurou-se potenciar a ventilação emocional de forma a facilitar a expressão das emoções da S., essencialmente em relação à perda do pai. Aos poucos a paciente revela as suas preocupações relativamente à forma como se tem andado a sentir nos últimos tempos. As alterações físicas, essencialmente nos padrões de sono e de alimentação, foram segundo a S. a razão mais forte para ter percebido que não estava bem. À medida que se foi recolhendo a informação e que se foi dado algum feedback a paciente facilmente percebeu a ligação entre os sintomas que manifestava, o que a foi tranquilizando.

O facto da S. revelar pensamentos recorrentes acerca da morte exigiu que na primeira consulta se procurasse intervir de uma forma breve mas que permitisse “agarrar a paciente”. Deste modo, revelou-se que possivelmente a paciente apresentaria um quadro depressivo, que era muito frequente entre a população portuguesa e com bons resultados de tratamento psicológico. Revelou-se também que o objectivo da intervenção era ajudar a paciente a organizar os seus pensamentos e sentimentos, reavaliando a forma como os encara. No final da sessão procurou-se dar apoio emocional para que a paciente sentisse tranquilidade, cordialidade e encorajamento para combater os sintomas.

Mas ao longo de toda a consulta foi muito importante a escuta activa do terapeuta, prestando atenção às pistas não verbais e ocultas (e.g. frequentes quebras de olhar), bem como, ao que a paciente expressou verbalmente.

A indisponibilidade em realizar a 2ª consulta (26-03-2008) na semana seguinte não facilitou a intervenção, uma vez que a paciente manteve níveis elevados de sintomatologia depressiva. Embora, na 2ª consulta, se tenha dado continuidade à entrevista clínica, a preocupação passou por fornecer informação à S.. No início apresentou-se novamente o quadro clínico de depressão e posteriormente facultou-se um conjunto de dados acerca da intervenção: o racional da terapia cognitivo-comportamental (TCC) (e.g. existência de uma grande variedade de terapias psicológicas, eficácia comprovada da TCC, enfoque principal na relação entre os pensamentos e os comportamentos, etc.) e a complexa interligação de técnicas cognitivas e comportamentais. Do mesmo modo, procurou-se enfatizar a importância da paciente colaborar e manter um papel activo na realização de tarefas e trabalhos de casa regulares, que serão fulcrais para o sucesso desta terapia.

Mas o objectivo fundamental era produzir efeitos imediatos, reduzindo a frequência ou a intensidade da sintomatologia depressiva a nível vegetativo, cognitivo e psicomotor. Assim, nesta fase optou-se, tal como é sugerido na literatura, por uma intervenção comportamental, procurando aumentar os níveis de actividade da paciente. Deste modo, foi apresentado à S. o racional teórico da monitorização das actividades, solicitando-se o preenchimento do registo diário das actividades realizadas (ver Anexo 12), cujo propósito é distrair a paciente das suas preocupações e dos pensamentos negativos. Neste registo constava também a avaliação do prazer através da classificação das actividades de domínio e prazer, de acordo com uma escala de 0-10.

Nesta sessão trabalharam-se também questões relacionadas com um processo de luto normal, e o tempo requerido para um desenrolar harmonioso do processo, bem como, explicar a sequência clássica do luto e algumas estratégias (biblioterapia, criar memórias amenas) para facilitar a adaptação às mudanças ocorridas.

A motivação em procurar ajuda, a facilidade em estabelecer a relação terapêutica, a disponibilidade da paciente e a presença de *insight* facilitaram o desenrolar de toda a intervenção clínica, onde uma terapia breve resultou numa melhoria significativa.

Na 3ª consulta (02-04-2008) a análise dos trabalhos de casa permitiu verificar uma preocupação da doente em manter actividades durante a semana para poder colocar no registo, dados confirmados pela paciente. A S. referiu em consulta que este registo lhe chamou a atenção para o que tinha feito naquele dia. Assim, procurou-se planear actividades gratificantes ao longo do dia (actividades com elevada pontuação em mestria e prazer), especialmente com outras pessoas que com frequência reforçam positivamente a paciente. Procurou-se também promover a realização de actividades graduais (das simples para as mais complexas, dividindo-as em tarefas parcelares exequíveis) e aumentar as tarefas agradáveis (ir às compras, sair com o marido e o filho, ir à ginástica, etc.).

Todavia, tornou-se muito importante educar a paciente alertando para o padrão de actividades que esta venha a estabelecer para si mesma, de forma a evitar metas irrealistas, e a aprender a avaliar o tempo necessário para cumprir uma tarefa sem se sentir fracassada, e ainda, planear tarefas realistas para um determinado dia ou semana.

Tendo em conta a relação tão próxima entre pensamentos e sentimentos, procedeu-se à explicação dos Pensamentos Automáticos Negativos (PAN), ensinando-se a paciente a identificá-los, e através de experiências da própria esquematizou-se o «ciclo vicioso» dos PAN, que exacerbam o humor depressivo. Para dar continuidade a este processo introduziu-se o diário dos pensamentos (ver Anexo 13), como trabalho de casa. Neste registo a paciente anota um acontecimento, as emoções (o que sentiu, classificando de 0 a 10) e os pensamentos que sucederam (classificando de 0 a 10 até que ponto acreditou neles). Assim, ao procurar prestar atenção aos seus pensamentos durante o dia a paciente tornar-se-á mais consciente da forma como os PAN afectam o seu humor.

As melhorias da S. foram bastante notórias nesta consulta, a paciente apresenta-se com um aspecto mais cuidado, com maquilhagem e uma expressão facial mais sorridente. Todavia, salientou-se desde logo o facto de poder ocorrer uma recaída e da sintomatologia voltar. A possibilidade de expressar a angústia e o sofrimento associadas à ausência do pai e a oportunidade de “viver o luto”, como refere a paciente, facilitaram o seu contacto com essas emoções e favoreceram o processo de elaboração e re-significação das experiências passadas.

Nesta semana a paciente iniciou um tratamento farmacológico com anti-depressivos, prescrito pelo seu médico de família.

Na 4ª consulta (10-04-2008) a paciente refere que durante a semana não surgiram os pensamentos negativos, pelo que tinha mantido o registo em branco. Contudo, procurou-se explorar as cognições subjacentes aos PAN mencionados anteriormente pela paciente, corrigir os PAN e propor explicações alternativas para os mesmos (ver Anexo 14). Este trabalho cognitivo foi desenvolvido apenas com os registos dos PAN mencionados em consulta, pela paciente, não possuindo nenhum registo de casa.

O registo das actividades diárias continuou como trabalho de casa ao longo das consultas, embora a paciente tenha mantido sempre níveis de actividade desde que iniciou a terapia. A S. revela reforços por parte do marido e do filho relativamente à sua situação actual, sendo que estes lhe salientam diariamente as suas melhorias. Nesta sessão a paciente mencionou ainda a importância que as consultas estão a ter para si, na medida em que a ajudam a perceber o que na realidade se estava a passar e a origem de todas as suas dificuldades. Para facilitar a compreensão dos seus sintomas, da génese destes e do papel das experiências passadas na depressão, na 5ª consulta (17-04-2008) procedeu-se ao preenchimento do Modelo Cognitivo da Depressão (ver Anexo 15). Assim, o modelo foi

apresentado à paciente, explicando-se que em consulta a S. iria tentar preencher os espaços, com a ajuda da estagiária, sempre que necessário. Explicou-se também que este modelo pretende ajudar a S. a compreender a forma como as suas próprias experiências e pensamentos negativos têm contribuído para a sua depressão. Depois de tudo o que já tinha sido trabalhado em consulta, a S. não revelou dificuldades em preencher o modelo, o que denota uma boa compreensão de toda a problemática. A paciente solicitou a minha ajuda na definição dos termos técnicos, mas a nível geral delineou-se bem a sequência de acontecimentos sucedidos. Esta tarefa possibilitou à paciente solidificar os conhecimentos adquiridos acerca da depressão, durante as consultas.

A 6^a consulta (23-04-2008) incidiu basicamente na manutenção dos ganhos terapêuticos, alertando-se a paciente para a necessidade de estar atenta a uma possível exacerbação da sintomatologia. Posteriormente, na 7^a consulta (29-04-2008) foi abordada a técnica de resolução de problemas, para ajudar a paciente a desenvolver soluções para os problemas de vida que podem alimentar a depressão. Deste modo, a S. foi convidada a identificar soluções possíveis para um problema, a analisar cada uma e escolher a mais eficaz para actuar. Ainda, se propôs um conjunto de sugestões para facilitar a tomada de decisões, uma lista de vantagens e desvantagens acerca de cada decisão e a análise das antecipações catastróficas das escolhas.

Da 8^a consulta até à 10^a o objectivo central passou por manter os ganhos terapêuticos já alcançados. No entanto, procurou-se ainda generalizar a aplicabilidade das técnicas que trouxeram melhorias à paciente a diversas situações futuras, preparar a paciente para que saiba lidar com um possível retorno dos sintomas depressivos para que eles não evoluam para um novo episódio depressivo, reforçando a importância de gerir experiências de rejeição, ansiedade ou fracasso.

10. Feedback terapêutico

O processo terapêutico da S. não teve uma duração alargada mas permitiu alcançar bons resultados. Desde a primeira consulta que se procurou “agarrar a paciente” dada a gravidade da sintomatologia que esta apresentava. Mas este primeiro contacto foi relativamente fácil porque partiu da vontade da paciente esta procura de ajuda profissional. No final da consulta a S. dava a sensação que tinha encontrado ali um espaço onde podia transmitir com toda a liberdade e privacidade o que estava a sentir, o que não fazia com mais ninguém, porque não queria incomodar o marido, nem entristecer ou preocupar a mãe e, muito menos, o seu filho. Daí talvez a grande motivação da paciente em frequentar as consultas. Mas, de um modo geral, as informações transmitidas sobre a própria consulta, a forma como se trabalha e o que se aborda em consulta (e.g. a TCC, as técnicas, os

pensamentos e os sentimentos, etc.) foram também importantes para motivar a paciente para a terapia.

A característica mais marcante da 1ª consulta foi o choro, o que já estava mais atenuado na 2ª, mas a partir daí se extinguiu das consultas. Em casa a S. deu conta de uma melhoria acentuada do humor após a 2ª consulta. A explicação de que os seus comportamentos e sintomas eram algo tratável e que dependiam de si serviram de trampolim para uma nova forma de encarar o modo como se sentia nos últimos tempos. Assim, com facilidade percebeu todos os conhecimentos que eram transmitidos ao longo das sessões. O nível intelectual da paciente foi fundamental para a compreensão do quadro clínico, o que facilitou a colaboração com todo o processo.

Após a primeira tarefa de casa, a monitorização das actividades diárias, a paciente referiu logo em consulta que ao olhar para a folha pensava que tinha de se manter activa para poder escrever lá muitas actividades. Reforçava ainda que pensava como se iria sentir triste se tivesse de levar a folha em branco na consulta seguinte. A paciente procurava manter-se ocupada e após o seu emprego preenchia as horas ou com as tarefas domésticas, ou com compras, TV, café com os amigos e inclusive arranjar as unhas.

A diminuição da sintomatologia era o objectivo primordial e desde a 2ª consulta começou a ser concretizado, sendo que a partir da 3ª consulta eram já muito visíveis as melhorias. O aspecto mais cuidado da S., a maquilhagem no rosto, os saltos, e um ar “muito mais leve” e sorridente eram provas de tais mudanças. Na consulta seguinte o diário de pensamentos estava em branco e a S. referia sentir-se muito melhor e sem sintomas. No entanto, como a remissão da sintomatologia foi muito rápida aumentou o receio de esta reaparecer, daí a necessidade de alertar a paciente várias vezes para este regresso. Para surpresa de ambas até ao final do acompanhamento só se foram registando melhorias.

No preenchimento do Modelo Cognitivo da Depressão a S. demonstrou que tinha adquirido conhecimentos acerca dos seus sintomas (enquanto características da depressão), dos acontecimentos de vida que tinham contribuído para a exacerbação da sintomatologia, e dos seus pensamentos negativos que continuavam a manter as suas dificuldades em encarar o dia-a-dia. A paciente mostrou-se agradada por ter conseguido completar a folha o que serviu imediatamente de reforço, e ajudou na manutenção dos ganhos terapêuticos.

A possibilidade da S. partilhar as emoções, que estavam ainda guardadas desde o falecimento do pai, parece ter funcionado como um “alívio”, pela libertação de um conteúdo quase proibido em casa, desde o acontecimento. Para a S. parece ter sido crucial encontrar formas de recordar o pai, mantendo-o consigo, ao mesmo tempo, que tinha de prosseguir a sua vida. Esta tarefa não tinha sido ainda concretizada, uma vez que a paciente se

encontrava agarrada à relação que tinha, em vez de procurar avançar e desenvolver ou manter relações ou actividades de prazer.

Embora em cada consulta pareça que se transmitiu muita informação à paciente, esta revelou-se fundamental para a redução imediata da sintomatologia. A consulta era estruturada previamente de forma a instaurar quebras para evitar expor muita informação seguida, sendo que, cada conteúdo tinha um momento na consulta. No final da sessão realizava-se um sumário sobre os principais conteúdos e as tarefas a realizar, para sistematizar a informação.

De uma forma abrangente, o processo terapêutico consistiu em reduzir a sintomatologia depressiva, facilitar a expressão das emoções e a elaboração da perda afectiva (o pai), procurando minimizar o sofrimento e angústia e criar novas possibilidades de vivenciar o presente, de forma mais satisfatória. A abordagem cognitivo-comportamental tem visto a sua eficácia cada vez mais comprovada nas intervenções psicológicas, para a qual muito tem contribuído o manancial de técnicas, que potenciam melhorias acentuadas nos pacientes e resultados imediatos, como se verificou no caso da S..

11. Comentário Teórico

Os acontecimentos de vida negativos assumem um papel crucial nas explicações psicológicas da depressão (Coyne, Thompson & Pepper, 2004; Morse & Robins, 2005; Friis, Wittchen, Pfister & Lieb, 2002; Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali & Anisman, 2002). Um conjunto alargado de estudos confirma que os acontecimentos severos na vida de um indivíduo desempenham um papel chave no início de uma depressão, contudo existe ainda controvérsia quanto à sua importância na recorrência da patologia (Safford, Alloy, Abramson & Crossfield, 2007; Kronmüller, Pantel, Götz, Köhler, Victor, Mundt et al., 2008; Bock, Bukh, Christensen, Gether & Kessing, 2008; Fountoulakis, Lacovides, Kaprinis & Kaprinis, 2006; Kohn, Zislin, Agid, Hanin, Troudart, Shapira et al., 2001). Vários autores afirmam mesmo que os acontecimentos negativos estão entre os maiores factores de risco que predis põem o desenvolvimento de um quadro depressivo (Kronmüller, et al., 2008; Yang, Chiu, Soong & Chen, 2008; Honkalampi, Koivumaa-Honkanen, Hintikka, Antikainen, Haatainen, Tanskanen, 2004; Bouma, Ormel, Verhulst & Oldehinkel, 2008). Deste modo, o desencadeamento de uma perturbação depressiva é, muitas vezes, consequência de um factor *stressante*, que muitos denominam de *stressores* sociais, que podem ser os acontecimentos vitais, os *stresses* crónicos e os problemas quotidianos (Grevet & Knijnik, 2001). Os acontecimentos vitais são mudanças claras nos padrões de vida que alteram o comportamento habitual e ameaçam o bem-estar do indivíduo (Grevet & Knijnik, 2001).

A literatura tem diferenciado entre acontecimentos vitais ou *stressores* dependentes e independentes (Margis, Picon, Cosner & Silveira, 2003). Os dependentes relacionam-se com a participação do sujeito, ou seja, dependem da forma como o sujeito se coloca nas relações interpessoais, se relaciona com o meio, onde o seu comportamento provoca situações desfavoráveis para si mesmo, enquanto que os acontecimentos independentes são aqueles que estão além do controlo do sujeito, não dependem da sua participação e são inevitáveis (e.g. a morte de um familiar ou a saída de um filho de casa, como parte do ciclo vital de desenvolvimento) (Margis et al., 2003). Assim sendo, o luto é um exemplo típico de acontecimento vital (Windsor, Anstey, Butterworth & Rodgers, 2008; Grevet & Knijnik, 2001). As reacções de luto, que se estabelecem em resposta à perda de pessoas queridas, caracterizam-se pelo sentimento de profunda tristeza, exacerbação da actividade simpática e inquietude (Porto, 1999). O luto é um processo psicossocial que, no seu desenvolvimento normal, visa a transferência, na esfera emocional, da vinculação em relação a um objecto perdido para memórias amenas das expressões dessa mesma vinculação (Rebelo, 2005). No caso da S. é possível identificar o luto como um acontecimento de vida negativo que parece ter contribuído para o desenvolvimento da Perturbação Depressiva Major. No luto, as dificuldades da S. estão ligadas à perda de um ente querido, o pai, e à elaboração de recordações positivas. A dificuldade em expressar as

emoções associadas à perda, desde o início, uma vez que lhe era exigida na família uma postura forte, não permitiram à S. o desenvolvimento de um processo normal de luto. A literatura insiste em explicar que um dos parâmetros determinantes no luto é o tempo exigido para o desenrolar harmonioso de todas as fases implícitas no processo (Rebelo, 2005). Na realidade S. manteve camuflados todos os sentimentos de tristeza durante o tempo em que era normal a sua expressão e cerca de 8 meses após a perda do pai a paciente tem necessidade de exprimir os seus sentimentos. Numa tentativa de proteger os que a rodeavam a paciente não facilitou o seu próprio processo de luto. O silêncio no seio familiar, em relação à perda do pai, passou a fazer parte do dia-a-dia, a demonstração de força, confiança e ânimo escondia a tristeza guardada. Nesta linha de pensamento, alguns autores alegam que quando a família não é capaz de expressar os seus medos e sentimentos tende a evitar situações emocionalmente embaraçosas, e que, por vezes, inibem a sua angústia e sofrimento por meio do fingimento de um estado de normalidade ou por meio do seu silêncio (Pereira & Lopes, 2005). Frequentemente negar e reprimir os sentimentos intensifica e prolonga o processo de luto (Carvalho & Martins, 2006). É importante não construir paredes em redor de si próprio e não se distanciar dos outros por medo de se magoarem, pois, se os outros não oferecem ajuda, a pessoa deve pedi-la (Carvalho & Martins, 2006). Todavia, algumas investigações indicam também que a comunicação não verbal consequente de acontecimentos *stressantes* pode provocar um episódio depressivo (Geerts & Van, 2008).

Habitualmente as fases do luto seguem a sequência clássica definida por Kübler-Ross (1977 *cit. in* Borges, Silva, Toniollo, Valle & Santos, 2006), que engloba cinco estágios: 1) negação; 2) raiva; 3) negociação; 4) depressão e 5) aceitação, no entanto, nem todos os indivíduos passam pelos estágios nesta ordem e nem todos completam o processo de luto, o que não quer dizer que não resolvam com normalidade o processo. Todavia, quando se avançam os estágios, como no caso de S., em que refere “nem no dia do funeral eu podia chorar a morte do meu pai (...) ora diziam-me olha o teu filho, ele não te pode ver assim, ora me exclamavam vem aí a tua irmã, ela é mais nova, tens de ser forte” (*sic*), o processo de luto torna-se muito mais difícil. Quando o luto não é vivenciado pode ocorrer uma complicação e tornar-se patológico e acarreta um conjunto de complicações que interferem no funcionamento diário do paciente (Feliciano, 2005; Ogrodniczuk, Piper, Joyce, Weideman, McCallum, Azim, et al., 2003). Do ponto de vista terapêutico, uma boa comunicação afectiva e emocional com os familiares ajuda a prevenir quadros de depressão, isolamento e ansiedade (Pereira & Lopes, 2005).

Com efeito, no luto normal a pessoa usualmente preserva certos interesses e reage positivamente ao ambiente, quando devidamente estimulada, não se observando a inibição psicomotora característica do luto patológico (Porto, 1999). Deste modo, enquanto *sintoma*,

a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, pode ocorrer como resposta a situações *stressantes*, ou a circunstâncias sociais e económicas adversas (Porto, 1999). Enquanto perturbação, a depressão inclui sintomas que vão para além das alterações de humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), e abarcam uma gama de outras alterações, as cognitivas, as psicomotoras e as vegetativas (sono, apetite) (Grevet & Knijnik, 2001), tal como aconteceu com S. As alterações psicomotoras mais frequentes são a agitação ou a lentificação, e fadiga ou perda de energia, e as alterações cognitivas mais comuns incluem as alterações subjectivas da memória, atenção e velocidade do pensamento e do raciocínio (Wilkinson, Moore & Moore, 2005; DSM-IV-TR, 2002; Matos, Matos & Matos, 2006). A S. evidenciava uma lentificação psicomotora acentuada, fadiga quase todos os dias e alterações cognitivas (dificuldades de concentração e memória). Ao nível das alterações neurovegetativas, são estas que conferem aspectos físicos aos quadros depressivos, por isso, muitos dos pacientes procuram ajuda médica para os seus sintomas físicos, não percebendo o aspecto emocional envolvido na perturbação (Grevet & Knijnik, 2001). Os sintomas mais comuns são a anorexia, a perda de peso, a hiperfagia, o aumento de peso, as alterações do sono (insónia ou hipersónia), as alterações no interesse sexual (diminuição da libido) e sintomas somáticos, como fraqueza muscular, peso na região das costas, plenitude gástrica e cefaleias (DSM-IV-TR, 2002; Wilkinson et al., 2005; Matos et al., 2006). Nesta panóplia de sintomas o que mais preocupava a doente em questão eram as alterações de sono, pois, apresentava insónias intermédias (ou seja, acordava durante a noite e tinha dificuldades em voltar a adormecer) e insónias tardias (isto é, acordava demasiado cedo e tinha dificuldades em voltar a adormecer), chegando a considerar a situação insuportável. Todavia, a paciente apresentava ainda hiperfagia, aumento de peso e perda completa de desejo sexual. A acrescentar a estes sintomas surge ainda frequentemente nestes pacientes pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente sem planos específicos ou uma tentativa de suicídio ou um plano específico para o cometer (DSM-IV-TR, 2002; Matos et al., 2006). A S. revelava pensamentos recorrentes acerca da morte, marcados pela crença de que os outros estariam melhor se estivesse morta, sendo que a falta de esperança no futuro e a sensação de que as coisas iriam piorar estavam igualmente presentes. Deste modo, quando os sintomas são tão graves ou prolongados que causam um deterioramento significativo da capacidade do indivíduo se adaptar às actividades da vida diária, justificam o recurso a auxílio especializado (Wilkinson et al., 2005).

Neste sentido, é importante distinguir luto de depressão, estes podem surgir como reacções semelhantes, diferindo sobretudo nas posições que ocupam num contínuo temporal (Carvalho & Martins, 2006; Boelen & Prigerson, 2007). Se os sintomas se prolongarem por mais de 2 meses ou se incluírem uma marcada deficiência funcional,

preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização, ideação suicida, sentimentos psicóticos ou lentificação psicomotora podem tomar o diagnóstico de Episódio Depressivo Major, segundo o DSM-IV-TR (2002). Enquanto que a tristeza se constitui na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades e é uma resposta normal, deixa de o ser quando associada a todas estas alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (Feliciano, 2005). Autores como Mitchell, Parker, Gladstone, Wilhelm e Austin (2003) verificaram a presença de acontecimentos de vida negativos severos, como o luto, nos 12 meses que precediam o início de um episódio depressivo. Perante estes dados é possível reportar para o caso de S. salientando-se o facto da morte do pai ter ocorrido 8 meses antes do início da Perturbação Depressiva. Por outro lado, a prevalência de problemas depressivos, o número e o tipo de acontecimentos *stressantes*, e a sensibilidade ao stress são diferentes para homens e mulheres (Bouma et al., 2008). Os muitos estudos epidemiológicos que revelam que a depressão é aproximadamente duas vezes mais prevalente em mulheres que em homens (Justo & Calil, 2006).

Todavia, torna-se necessário salientar sempre que os doentes com depressão podem ter tendência para recordar e relatar mais acontecimentos de vida negativos e que o impacto de qualquer acontecimento em determinada pessoa é difícil de predizer (Wilkinson et al., 2005).

No processo de luto para que tudo decorra com uma certa normalidade, o sujeito deve recordar a boa relação que teve com o objecto, valorizar essa relação e guardar esse registo (Feliciano, 2005). Ao mesmo tempo a paciente deve-se despedir do objecto externo e construir uma memória dos antigos aspectos da relação, que irá ajudá-la a reconstruir novas relações propiciando o surgimento de novas experiências (Feliciano, 2005).

12. Comentário Pessoal

“A minha experiência com depressão resulta do medo de ser oprimido pelo medo, de perder o controlo, de perder toda a esperança, de me afastar da família e dos amigos, de muitas vezes me sentir inundado pelas lágrimas, de me sentir inútil, desvalorizado e incapaz de estar com os outros” (Wilkinson *et al.*, 2005). Estes eram também os medos da S. quando chegou à consulta. Veio movida pela esperança de que uma ajuda profissional poderia fazer algo por ela, pois sozinha considerava que não era capaz de contornar o abismo onde se sentia. Rapidamente as palavras de encorajamento e apoio, o contacto com um olhar que não é invasivo e um espaço para exprimir os seus sentimentos ajudaram a paciente a ganhar confiança e a revelar mais pistas importantes e pertinentes sobre a doença. As coisas simples tornam-se importantes.

Trabalhar com a S. enquanto uma paciente motivada e com capacidade intelectual permitiu-me alcançar consideráveis benefícios, a partir essencialmente da explicação dos princípios mais importantes e da ajuda em desenvolver formas alternativas de pensar sobre os seus problemas. A meu ver, é interessante perceber que a resolução do luto foi muito facilitada pela tranquilização de que é necessário muito tempo (1 a 2 anos) para que qualquer pessoa consiga conviver com as recordações da perda e que se consiga adaptar ao novo ambiente. Mais uma prova de que a abordagem educacional ocupa cada vez mais um lugar de destaque e é meio caminho andado para o sucesso das intervenções.

Todo o trabalho desenvolvido com a S. foi muito gratificante, pois encontrar alguém que reforce tanto o nosso trabalho num ano de estágio acaba por gerar uma motivação extra. A importância que a paciente atribui à terapia facilitou em grande parte o seu envolvimento activo e implicação no processo de mudança. As melhorias significativas que se foram evidenciando nas primeiras consultas, com mudanças positivas e a renovação do visual, foram fundamentais para S. enquanto paciente que necessitava de um alívio rápido dos sintomas, e para mim enquanto estagiária, pela grande vontade em produzir efeitos nas consultas.

Penso que o trabalho de elaboração de luto com a S., na relação terapêutica, contribuiu significativamente para que a paciente possa dar um novo sentido às suas experiências de perdas no decorrer da sua vida, tornando-a mais livre para vislumbrar as novas possibilidades de vivenciar o presente.

Capítulo III – Actividades Complementares/ outras Acções

Introdução

O estágio curricular para além de possibilitar um acompanhamento de casos clínicos na consulta de Psicologia, permitiu um contacto com amostras não clínicas que se revelou fundamental para a aquisição de competências de comunicação, interacção social e de explanação de conteúdos para o grande grupo. Assim, foi possível participar na Palestra “Perturbações Alimentares” e no Programa Peso Saudável, embora neste como participante passiva.

Na actualidade as capacidades de comunicação são cada vez mais valorizadas e apesar de muitos acharem que se trata de um dom, sabe-se que existe um conjunto de competências que podem ser adquiridas e treinadas.

Mas, para além da oportunidade de fazer uma comunicação, durante o período de estágio foi também possível aperfeiçoar, adaptar e desenvolver instrumentos para a intervenção clínica, que se revestiram de grande importância e funcionaram como momentos de aprendizagem.

1. Participação na Palestra “*Perturbações Alimentares*”

A participação na Palestra possibilitou testar, treinar, e desenvolver competências de comunicação e apresentação oral de conteúdos teóricos. Esta Palestra foi organizada pela Escola Secundária Quinta das Palmeiras e a temática seleccionada estava relacionada com as Perturbações Alimentares. O público a que se destinava era muito peculiar, tratava-se de alunos do Ensino Básico, cujas idades situavam muitos na adolescência, período crítico do desenvolvimento humano. A adolescência tem sido muito aprofundada pelo grande interesse que sempre despertou e instaurou-se na literatura como um dos períodos de maiores transformações físicas, psicológicas e sociais do percurso de vida do ser humano. A actualidade dos problemas de jovens com Perturbações Alimentares, com recentes casos mediáticos, tornou estes conteúdos mais aliciantes e de grande curiosidade por parte destes adolescentes.

Mas quando se pensa em transmitir informações aos adolescentes e jovens é necessário que estas sejam fundamentadas, que resultem o mais possível de estudos, para que sejam verdadeiramente representativas da realidade. Partindo deste ponto de vista, a própria Escola tomou tais cuidados e seleccionou uma população especialista na temática para que as informações fossem expostas por profissionais com conhecimentos empíricos. O objectivo foi a transmissão de informações que não induzissem em erro esta população tão atenta a tais questões. Deste modo, a Escola contactou o Psicólogo do SNAF e uma Nutricionista do Centro de Saúde da Covilhã. Neste contacto informou-se que seriam as 3 Estagiárias de Psicologia a fazer a apresentação dos conteúdos.

Como tal, em reunião clínica no serviço decidiu-se apresentar 4 Perturbações Alimentares (Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Obesidade e Compulsão Alimentar) cuja informação se organizou em formato de Powerpoint (ver Anexo 16), e em panfletos para distribuição pelos alunos (ver Anexo 17). Os conteúdos seleccionados incidiram sobretudo nas características essenciais, em particular os critérios de diagnóstico de cada perturbação. Através de uma linguagem simples e clara procurou-se elaborar uma apresentação dinâmica da temática. O objectivo era, acima de tudo, informar estes alunos sobre as perturbações alertando para os perigos da época contemporânea, que torna muitos como elos frágeis de uma sociedade caracterizada por duas vertentes: por um lado o apelo ao consumo hipercalórico, por outro o culto do corpo magro. Estes dois vectores são expressos com idêntica veemência pelos meios de comunicação de massas, que vivificam a cada momento esta temática, que influencia em particular os jovens. Por estas razões torna-se, cada vez mais, importante informar para prevenir, para potenciar uma detecção precoce e apelar à colaboração de quem interage diariamente com os adolescentes, neste caso os professores. Detectar uma síndrome parcial pode evitar o desenvolvimento de uma síndrome plena (Sampaio, Bouça, Carmo & Jorge, 1999).

A Palestra decorreu no dia 13 de Maio de 2008 tendo uma duração de cerca de 2 horas. Inicialmente a actividade parecia estar programada para 1 ou 2 turmas, mas como havia muitos alunos interessados a organização decidiu abrir a porta a toda a comunidade escolar. Os professores das respectivas turmas estavam presentes, bem como a organização da Palestra (Professoras e alunas do 10º ano). De um modo geral, os alunos mostraram-se muito atentos e ao mesmo tempo estupefactos pelas imagens que acompanhavam a descrição das Perturbações. O objectivo da apresentação era precisamente atrair a atenção dos adolescentes através das imagens reais, correspondentes a cada caso.

Primeiramente apresentou-se uma descrição geral das Perturbações Alimentares para introduzir o tema e de seguida especificou-se cada uma das 4 Perturbações mencionadas. Assim, foi abordada a definição da Perturbação, as características essenciais, sinais e sintomas, factores etiológicos, prevalências mais comprovadas, a evolução, os ciclos viciosos e as consequências. Na apresentação da Obesidade foi solicitado a cada adolescente que calculasse o seu IMC, mediante a fórmula apresentada. Esta foi uma forma de envolver activamente os adolescentes na apresentação e permitir que se localizassem nos índices internacionais estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde quanto ao peso e altura (Baixo peso, Normal, Sobrepeso, Obesidade e Obesidade Mórbida).

No final da comunicação, em jeito de conclusão especificou-se o papel do psicólogo e a potencial intervenção que é possível desenvolver nas Perturbações Alimentares. Neste

sentido, enfatizou-se o facto do tratamento ajudar a minimizar o sofrimento psicológico e a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e dos seus familiares (Santos, 2006). De um modo geral, o psicólogo procurará restabelecer o padrão alimentar, bem como, solicitar a importante colaboração familiar, reduzir a preocupação com o peso e com a imagem corporal, intervir na auto-estima, no humor, na rejeição social, na discriminação e estereótipos negativos. Apelou-se ainda à importância de uma equipa multidisciplinar para o sucesso do tratamento.

No final da comunicação foram distribuídos panfletos elaborados mediante os conteúdos expostos durante a sessão, com o objectivo dos alunos poderem ficar com a informação e recapitular ou tirar algumas dúvidas que pudessem vir a surgir. Esta foi também uma forma de divulgar a informação e de a levar até ao seio familiar, tão importante para a prevenção dos problemas alimentares.

De um modo geral, esta comunicação procurou, por um lado, alertar e prevenir, e por outro, oferecer estratégias e formas de lidar com certas alterações do comportamento alimentar, que com o tempo podem evoluir para uma Perturbação Alimentar.

2. Programa Peso Saudável

O Programa Peso Saudável decorre há 3 anos consecutivos no CHCB e tem uma duração de 6 meses. Trata-se de um curso em que as pessoas inscritas (cerca de 18 pessoas) são acompanhadas por 3 profissionais: o Médico que previamente avalia o doente, a Nutricionista que procede à elaboração do plano, e o Psicólogo que ajudará a gerir os factores psicológicos que dificultam a perda de peso. Para além deste acompanhamento clínico os participantes têm sessões semanais de apresentação teórica e esclarecimentos acerca da temática. Os três profissionais mencionados realizam essas sessões mediante o tema abordado em cada semana, sendo que o maior número de sessões é assegurado pelo Médico. Esta participação do Psicólogo permite que as estagiárias possam integrar as sessões semanais, como membros passivos, sendo contabilizada como uma actividade de estágio. Deste modo, todas as terças-feiras das 11h às 13h, de Novembro de 2007 a Abril de 2008, as estagiárias tinham participação obrigatória no Programa.

Este Programa é constituído por 17 sessões, previamente apresentadas aos participantes através de um calendário (ver Anexo 18). Em cada sessão é realizada uma apresentação em powerpoint sendo o mesmo disponibilizado para que o participante possa ficar com um manual do Programa. Cada pessoa é avaliada individualmente em consulta e em grupo participa nas sessões, sendo este um recurso fundamental para que se obtenham bons resultados. Em grupo é mais simples obter informações, partilhar

experiências e obter suporte e encorajamento, no entanto, exige-se a cada pessoa esforço, uma participação activa e o cumprimento das regras. No final de cada sessão é elaborada uma pequena síntese dos conteúdos abordados e são colocados desafios para a próxima semana, bem como alguns trabalhos de casa (e.g. peso semana, apontar num diário uma gordura evitável que consumiu, registar diariamente a actividade física desenvolvida).

As intervenções do Psicólogo são apenas 3 e incidem sobre a gestão de tempo da sociedade actual (afecta em particular o tempo que cada pessoa disponibiliza para actividade física e outras actividades que sejam positivas para si), o stress, a comida e a fome emocional, e por fim, a gestão das metas e das expectativas, devido às quedas e retrocessos. O Psicólogo desempenha uma função importante, actuando a nível preventivo ou remediativo, servindo muitas vezes de impulso para a manutenção do cumprimento do Programa. As sessões encontram-se bem estruturadas e são psicoeducativas, dando-se conselhos práticos para aplicar no dia-a-dia. Para quem se encontra apenas a seguir as sessões, neste caso as estagiárias, trata-se de um curso completo de questões relacionadas com o peso. Esta é uma verdadeira fonte de informação que se reveste de extrema importância para a intervenção psicológica com pacientes com dificuldades no controlo alimentar e no cumprimento do plano de alimentação.

3. Elaboração e adaptação de instrumentos para a intervenção psicológica

Ao longo de toda a intervenção psicológica desenvolvida foram surgindo necessidades de material educativo para permitir ao paciente um conhecimento mais profundo da sua problemática. Devido à inexistência de tal material, durante este período foram elaborados alguns instrumentos de suporte. Assim sendo, procedi à adaptação do Manual de Alimentação do Adolescente (ver Anexo 19) que funcionou como suporte no acompanhamento de uma adolescente que tinha desistido do Plano Alimentar prescrito pela Nutricionista. Contudo foi ainda elaborado um panfleto acerca da Perturbação de Tiques (ver Anexo 20) e um folheto informativo sobre Fibromialgia (ver Anexo 21). A psicoeducação assumiu um papel de relevo nas intervenções, pelo que a sistematização da informação se revelou muito importante para a aquisição e solidificação de conhecimentos por parte dos pacientes.

Capítulo IV - Competências de Investigação

Resumo: Partindo da pertinência que os estudos dedicam ao desenvolvimento da capacidade para estabelecer relações de intimidade e à percepção sobre o auto-conceito na adolescência, bem como, ao crescente aumento da obesidade nesta população, delimitou-se este trabalho. Para tal foram utilizadas a Escala da Amizade Íntima e a sub-escala (Aceitação social) da Escala de Auto-conceito para Adolescentes de Susan Harter. A amostra por conveniência integra 99 jovens, 62 do sexo feminino e 37 do sexo masculino, com idades entre os 17 e 19 anos. Os resultados obtidos demonstram que tanto os jovens com peso normal como os que têm excesso de peso apresentam uma boa percepção de aceitação social e um desenvolvimento positivo de amizade íntima. Estas conclusões minimizam a concepção de que obesos estão comprometidos a nível social e no estabelecimento de relações de amizade íntima. O sexo feminino apresenta índices mais elevados de amizade íntima do que o sexo masculino.

Palavras-chave: Obesidade, adolescência, aceitação social, amizade íntima

Abstract: From the importance that studies dedicated to building the capacity to establish relations of intimacy and understanding of the self-concept during adolescence, and the increasing rise in obesity in this population, outlined to this work. For that were used to Intimate Friendship Scale and sub-scale (Social acceptance) of Self-Perception Profile for Adolescents. The sample includes 99 young people, 62 females and 37 males, aged for 17 and 19 years. The results show that both young people with normal weight and those with excess weight have a good perception of social acceptance and a positive development of intimacy. These findings minimize the idea that obese people are involved in social and the establishment of relations of intimacy. The female shows higher rates of intimacy than the male.

Keywords: Obesity, adolescence, social acceptance, intimate friendship

Introdução

O sobrepeso e a obesidade só mereceram o reconhecimento geral nos últimos 10 anos, em contraste com a desnutrição e as doenças infecciosas que sempre dominaram o pensamento dos epidemiólogos, dos médicos e da população (Doval, 2006). Hoje assiste-se a um aumento do sobrepeso e obesidade no mundo inteiro, ao ponto da Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhecer a obesidade como a maior epidemia de saúde pública no mundo, indicando a necessidade de métodos de investigação práticos e viáveis que estimem a sua prevalência e permitam comparações internacionais (Reinehr, Holl & Wabitsch, 2008; Cintra, Passos, Fisberg & Machado, 2007).

Levantamentos populacionais indicam que, nas últimas três décadas, a prevalência de sobrepeso e obesidade nos adolescentes aumentou, cerca de duas a três vezes, em países desenvolvidos e em desenvolvimento (Júnior & Silva, 2008). Nos Estados Unidos 15% dos jovens são obesos, em Portugal os jovens apresentam uma prevalência de excesso de peso/obesidade de sensivelmente 19% nos rapazes e 16% nas raparigas (Richardson, Garrison, Drangsholt, Mancl & LeResche, 2006; Cruz, Martins, Dantas, Silveira & Guiomar, 2003). Outros dados empíricos apontam para uma superioridade de prevalência nos rapazes (Aggarwal, Bhatia, Singh & Sobti, 2008; Silva, Nahas, Hoefelmann, Lopes & Oliveira, 2008). O aumento drástico da obesidade, especialmente nos jovens, reporta a preocupações mundiais para a sua prevenção e tratamento para que as

complicações não se estendam até à vida adulta (Celestrino & Costa, 2006; Brites, Cruz, Lopes & Martins, 2007; Guedes, Paula, Guedes & Stanganelli, 2006).

Obesidade

A obesidade é uma doença crónica e pode ser definida como um estado de aumento do peso corporal, mais especificamente uma acumulação excessiva de tecido adiposo, em magnitude suficiente para ter consequências adversas na saúde (Padez, 2002; Lima, Arrais & Pedrosa, 2004; Russell-Mayhew, 2007).

A adolescência constitui um dos períodos de vida mais críticos para o aparecimento da obesidade pelo conjunto de transformações fisiológicas que ocorrem no jovem, mas torna-se também problemática se se agrava nessa etapa (Ferriani, Dias, Silva & Martins, 2005; Steinbeck, 2007; Harding, Teyhan, Maynard & Cruickshank, 2008). A literatura tem vindo a demonstrar que a obesidade nas crianças e sobretudo nos jovens tende a persistir ao longo da vida e constitui um dos principais determinantes de incapacidade funcional e de má qualidade de vida na idade adulta e na velhice (Cruz et al., 2003). Estudos recentes sustentam que para determinar o estado nutricional é possível recorrer a vários métodos e equipamentos tecnológicos capazes de diagnosticar a obesidade (ultrassonografia abdominal, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética nuclear, os infravermelhos, a impedância bioeléctrica, a desintometria óssea, o índice de conicidade) (Souza, Silva, Oliveira & Shinohara, 2007; Picon, Leitão, Gerchman, Azevedo, Silveiro, Gross et al., 2007; Pitanga & Lessa, 2007). Todavia, são largamente utilizados no diagnóstico clínico-nutricional os métodos antropométricos, o Índice de Massa Corporal (IMC), a circunferência da cintura, a razão da circunferência cintura/quadril (RCCQ), a espessura de dobras cutâneas no tronco e nas extremidades (Souza et al., 2007; Pitanga & Lessa, 2007; Kumar, Mohanan, Kotian, Sajjan & Kumar, 2008). O IMC (estratégia proposta no século XIX por Quételet) é o indicador mais utilizado para a avaliação da obesidade, e é obtido pela divisão do peso (em quilogramas) pela altura (em metros) elevada ao quadrado e permite estabelecer uma avaliação nutricional do indivíduo segundo categorias pré-estabelecidas (Nunes, Olinto, Barros & Camey, 2001; Guedes, 2006; Woringer & Schütz, 2004; Viana 2002; *National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity*, 2000; Cintra et al., 2007; Pitanga & Lessa, 2007; Silva, Perez & Fernandes, 2007; Aekplakorn, Kosulwat & Suriyawongpaisal, 2006; Li, Engstrom, Hedblag, Callig, Berglund & Janzon, 2006; Steinbeck, 2007; Krebs, Himes, Jacobson, Nicklas, Guilday & Styne, 2007).

Assim, a classificação dos jovens quanto aos valores do IMC, realiza-se a partir da curva de distribuição, segundo *percentis*, (IMC $P < 5$) desnutrição, (IMC $P < 15$) risco de desnutrição, (IMC $P 15$ - $P 85$) eutrofia e (IMC > 85) obesidade, para cada sexo e idade

(Chemin & Milito, 2007). Mas em termos gerais a população pode ser classificada segundo o padrão da Organização Mundial da Saúde: Baixo peso: IMC < 20,0kg/m²; Normal: IMC entre 20–24,9kg/m²; Sobrepeso: IMC entre 25–29,9kg/m²; Obesidade: IMC ≥ 30,0kg/m²; Obesidade Mórbida: IMC ≥ 40,0 kg/m² (Pontes & Portela, 2008; Sabia, Santos & Ribeiro, 2004; Vieira, Araújo, Neutzling, Hallal & Menezes, 2007).

De acordo com vários autores (Forte, Picciani, Forte & Maya, 2004; Oliveira, Cerqueira, Souza & Oliveira, 2003), a etiologia da obesidade é multifactorial, as síndromes genéticas e as alterações endócrinas são apenas responsáveis por 1% dos casos, os outros 99% são considerados de causa exógena (ingestão excessiva, quando comparada ao consumo energético do indivíduo). Outros autores (Atkinson, 2007; Matos, Aranha, Faria, Ferreira, Bacaltchuck & Zanella, 2002; Anjos, 2007) corroboram esta ideia e postulam ainda a presença de factores genéticos, metabólicos, ambientais e sociais. Hernández-Jiménez (2004) alega que na maioria das pessoas é uma combinação de factores biopsicossociais que afecta o desenvolvimento da obesidade. Os factores emocionais podem também contribuir para o desenvolvimento da obesidade e podem também ser originados pela própria doença, agravando a condição do sujeito afectado e tornando o tratamento mais difícil (Matos *et al.*, 2002; Ohayon, 2007; Kresst, Peterson & Hartzell, 2006; Richardson *et al.*, 2006; Richardson, Davis, Poulton, McCauley, Moffitt, Caspi *et al.*, 2003). Recentemente, acredita-se que as mudanças no estilo de vida e os hábitos alimentares são responsáveis por graus elevados de obesidade (Oliveira & Fisberg, 2003; Celestrino & Costa, 2006; Vieira, Atihê, Soares, Damiani & Setian., 2004; Temple, Giacomelli, Kent, Roemmich & Epstein, 2007). Para vários autores (Padez, 2002; Lora & Corrales, 2007) existe uma forte e inquestionável evidência de que baixos níveis de actividade física contribuem significativamente para a obesidade e o excesso de peso.

Um elevado número de investigações tem-se debruçado nas consequências da obesidade, a curto prazo, nas crianças e jovens, e a longo prazo, para o adulto que foi uma criança ou jovem obeso (ver Tabela 1) (Achor, Cima, Brac & Barslund, 2007; Rowland, 2007; Jain, 2004; Grøholt, Stigum & Nordhagen, 2008; Cochran, 2008).

Tabela 1. Consequências da obesidade pediátrica

A curto-prazo (para a criança e o adolescente)

- Problemas psicológicos
- Aumento dos factores de risco da doença cardiovascular
- Asma
- Diabetes (tipo 1 e2)
- Anomalias ortopédicas
- Doenças hepáticas
- Menarca precoce ou irregular

A longo-prazo (para o adulto que foi uma criança ou um adolescente obeso)

- Persistência da obesidade

- Aumento de factores de risco cardiovascular, diabetes, cancro, depressão, artrite
- Mortalidade prematura

Traduzido e adaptado de: Achor et al. (2007); Rowland (2007); Jain (2004); Grøholt, Stigum & Nordhagen (2008); Cochran (2008).

No jovem, somam-se a estas consequências todas as alterações do período de transição para a idade adulta, a baixa auto-estima, o sedentarismo, os lanches baseados em excessos e a enorme susceptibilidade à propaganda consumista (Santos, Battochio, Silva, Rugulo & Coelho, 2003). Deste modo, as bases empíricas evidenciam que a obesidade traz para os jovens prejuízos ao nível da auto-imagem e profundas repercussões psicossociais, especialmente graves por ocorrerem na adolescência (Santos et al. 2003; Vieira *et al.*, 2004; Rodrigues & Boog, 2006). Alguns autores (Wardle & Cooke, 2005; Latner, Stunkard & Wilson, 2005) sustentam que as crianças e os jovens obesos estão sujeitos à rejeição social, discriminação e estereótipos negativos, sendo que tais experiências podem levar a consequências negativas em termos de auto-imagem, auto-estima e humor. Dados recentes mostram controvérsia quanto à relação entre peso corporal e à *performance* escolar (Sousa, 2008; Wang & Veugelers, 2008). De um modo geral, a obesidade continua a ser altamente estigmatizada na sociedade (Latner, *et al.*, 2005).

Adolescência

A adolescência é conceptualizada como o período da vida que se situa entre a infância e a idade adulta, inicia-se com as transformações da puberdade (por volta dos 12 anos) e termina com a entrada na vida adulta (por volta dos 20 anos), não estando o seu final claramente definido (Martins, 2005). A literatura elege a adolescência como a fase das grandes transformações biopsicológicas e sociais responsáveis pelo último grande impulso do processo do desenvolvimento humano e como o período das realizações fundamentais e do “acabamento” final do sujeito (Justo, 2005). A construção da identidade pessoal, ou seja, definir quem a pessoa é, é considerada a tarefa mais importante da adolescência, o passo crucial da transformação do adolescente em adulto produtivo e maduro (Schoen-Ferreira, Aznar-Farias & Silveiras, 2003; Erikson, 1972,1998 citado por Rocha, Ribeiro, Pereira, Aveiro & Silva, 2006).

De maneira geral, segundo Justo (2005), as teorias psicológicas do desenvolvimento enfatizam a presença das relações sociais do adolescente como elemento disparador dos fenómenos deste período.

Auto-conceito

A entrada na adolescência, segundo Faria (2005) traz consigo novas possibilidades relativas à capacidade de abstracção. Desta forma, as auto-descrições do adolescente passam a ser mais abstractas e centradas em aspectos internos e psicológicos dos comportamentos, e passam a focar-se em tudo aquilo que o indivíduo reconhece como parte de si (Harter, 1983, 1993, 1999 citado por Faria, 2005; Harter, 1986 citado por Östgård-Ybrandt, 2004; Assis, Avanci, Silva, Malaquias, Santos & Oliveira, 2003). De um modo geral, pode-se dizer que o adolescente faz constantemente uma revisão da sua auto-imagem e uma reformulação do auto-conceito com a ressonância da auto-estima, com base nos quais elabora um projecto de vida pessoal e profissional (Bertolini & Silva, 2005; Wilson & Kritsonis, 2008). Os dados empíricos apresentam o auto-conceito do jovem obeso, como o conhecimento que a pessoa tem de si, englobando aspectos cognitivos, afectivos e comportamentais (Sisto, Bartholomeu, Rueda & Fernandes, 2004; Magalhães, 2007). Muitos estudos patenteiam que alguns jovens com peso acima do esperado se avaliam com características físicas e atributos pessoais positivos (Magalhães, 2007).

Aceitação social

Desde muito cedo que a criança interioriza que ter excesso de peso é indesejável, e passa a ver o seu corpo como uma fonte de vergonha, ao mesmo tempo que carrega o estigma de ser “gorda”, o que a faz sentir-se inferior às outras crianças (Barlow, 1999; Simões & Meneses, 2007). Tanto o auto-conceito como a auto-estima são a base da representação social que o jovem tem de si mesmo (Assis *et al.*, 2003). O facto deste ser gerado nas interacções sociais atribui-lhe uma designação de eminentemente social (Simões & Meneses, 2007). Assim, o auto-conceito é adaptável, é regulado pelas características da interacção social e pelo contexto situacional, mas também pelo dinamismo individual (Costa, 2002; Assis *et al.*, 2003). Deste modo, modifica-se e reestrutura-se segundo o desenvolvimento do jovem, pelo que há uma relativa tendência a certas incoerências e variações de uma situação para outra situação, e perante variações temporais (Costa, 2002; Assis *et al.*, 2003). As variáveis que apresentam uma dimensão social mais evidente têm sido frequentemente estudadas e os resultados observados revelam que a influência dessas variáveis é quase sempre positiva para o auto-conceito (*e.g.* a popularidade com os colegas e amigos, a opinião e o feedback do outro significativo, a beleza e a aparência física, a frequência da actividade sexual pré-marital e a aceitação e a atitude positiva dos outros) (Tamayo, Campos, Matos, Mendes, Santos & Carvalho, 2001; Bandeira, Arteché & Reppold, 2008). Ao que parece há uma evidente interdependência entre a competência emocional e a competência social dos jovens (Machado, Veríssimo, Torres, Perceguina, Santos & Rolão, 2008).

Amizade íntima

A amizade na adolescência tem sido conceptualizada como uma relação em que existe apoio e intimidade mútua, sendo que, do início para o seu final, o apoio dos amigos parece tornar-se mais relevante do que o dos pais (Epstein, 1989; Sprinthall & Collins, 1988; Scholte, Lieshout & Aken, 2001, *cit. in* Antunes & Fontaine, 2005). O desenvolvimento da amizade íntima, durante a adolescência, envolve aspectos como o aumento da necessidade de intimidade, as mudanças na capacidade para viver relações mais íntimas e mudanças na forma de revelar a sua própria individualidade e intimidade perante os outros (Cordeiro, 2006; Savegh, 2007). Assim, na sua procura de identidade, o adolescente procura também a sua individualidade, através de novos grupos de referência que ultrapassam o contexto familiar, particularmente o grupo de amigos (Claudino, Cordeiro e Arriaga, 2006). Segundo Cordeiro (2006), é também durante este período que emergem as verdadeiras relações de amizade fundamentadas na intimidade, de acordo com uma maior capacidade em expressar determinados valores como a honestidade, a descoberta de si e dos outros e mesmo a verdade e todas as suas consequências na procura do prazer relacional. Assim, manter uma amizade mais íntima no período da adolescência é fundamental, pois influencia o ajustamento individual e desenvolvimental e é, cada vez mais, associada ao desenvolvimento social e académico (Savegh, 2007; Collins, Welsh & Fuman, 2009; Giordano Phelps, Manning & Longmore, 2007). As raparigas manifestam maior maturidade emocional na sua concepção de amizade, havendo diferenças quanto à função atribuída à amizade entre os dois sexos (Cordeiro, 2006). A partilha de confidências e o apoio emocional são mais vitais nas amizades femininas do que nas masculinas, pois, os rapazes, tipicamente, têm mais amigos do que as raparigas, mas as suas amizades centram-se menos na conversa e mais na actividade partilhada (Papalia, Olds & Feldman, 2001; Kuttler & Greca, 2004). As raparigas obesas parecem ter menos probabilidade de estabelecer relacionamentos que os seus pares, mas tanto os rapazes como as raparigas obesas descrevem um início mais descontente nos seus relacionamentos quando comparados com os pares com peso adequado (Pearce, Boergers & Prinstein, 2002). Os estudos apontam para uma vivência das relações de amizade íntima na adolescência fortemente influenciada pelo sexo, já que em ambos os sexos é dado um valor muito semelhante às relações com o sexo feminino (Cordeiro, 2006; McNelles & Connolly, 1999).

O aumento epidémico da obesidade na adolescência e o facto de se considerar esta fase, de desenvolvimento e crescimento, privilegiada para um melhor entendimento dos processos de socialização, de consolidação do auto-conceito e das amizades íntimas, constituem a base deste estudo que se propõe analisar a relação entre a obesidade, a

percepção da aceitação social e as relações de amizade íntima entre adolescentes. Neste sentido, delineou-se a presente investigação com o propósito de dar cumprimento aos seguintes objectivos: a) avaliar a relação entre a amizade íntima e a aceitação social em adolescentes com sobrepeso e obesidade; b) analisar as diferenças entre o grupo dos adolescentes com sobrepeso e obesidade e o dos adolescentes com peso normal; c) demonstrar a influência da obesidade no estabelecimento de amizades íntimas e percepção de aceitação social entre os adolescentes; e d) avaliar a relação entre a amizade íntima e a aceitação social em adolescentes de ambos os sexos.

Metodologia

Amostra

A amostra deste estudo foi recolhida por conveniência e contempla um N de 99 alunos (cf. Quadro 1). Estes alunos estão distribuídos por dois grupos, G1 Peso Normal e G2 Excesso de Peso, formados a partir dos índices internacionais de peso da Organização Mundial da Saúde (referidos anteriormente). Os alunos na sua maioria frequentam o 12º ano da Escola Secundária Quinta das Palmeiras, no entanto, há também dados recolhidos entre alunos no mesmo ano de escolaridade que frequentam a Consulta de Nutrição do Centro Hospitalar Cova da Beira e outros que foram abordados em contexto informal.

Um dos grupos é constituído por 73 jovens com peso considerado normal para a idade e altura (47 raparigas e 26 rapazes), com idades compreendidas entre os 17 e os 19 anos (M=18; DP=0,76). Destes jovens, 3 são de um nível sócio-económico baixo (4,1%) e 70 do médio (95,9%). O outro grupo engloba 26 jovens com excesso de peso (15 raparigas e 11 rapazes), com idades compreendidas entre os 17 e os 19 anos (M=17; DP=0,74). Em termos do nível sócio-económico, 5 jovens são de um nível baixo (19,2%) e 21 de um nível médio (80,8%).

Quadro 1. Descrição da amostra

Grupo	Sexo	N	Idade	
			M	DP
G1 Peso Normal (n=73)	F	47	18	0,76
	M	26		
G2 Excesso de Peso (n=26)	F	15	17	0,74
	M	11		

Nota: F= Feminino; M= Masculino; M= Média; DP= Desvio-Padrão

Instrumentos

A Escala de Amizade Íntima – *Intimate Friendship Scale* (Sharabany, 1994) foi validada por vários estudos (Sharabany, 1994; Sharabany 2000; Jones & Dembo, 1989; Mayseless, Sharabany, & Sagi, 1997; Eshel, Sharabany, & Friedman, 1998; Mayseless, Wiseman, & Hai, 1998; Floyd & Voloudakis, 1999 *cit. in* Cordeiro, 2006). A Escala de Amizade Íntima foi traduzida para a Língua Portuguesa por Cordeiro (2006), sendo que os estudos de validação complementares estão a ser conduzidos pelo mesmo autor. Esta escala é aplicada sob duas formas: Escala de Amizade Íntima 1 – O Meu Melhor Amigo e

Escala de Amizade Íntima 2 – A Minha Melhor Amiga (Cordeiro, 2006) e é composta por 32 itens, sendo 4 itens para cada uma das 8 dimensões: Sinceridade e Espontaneidade; Sensibilidade e Conhecimento Mútuo; Comportamentos de Vinculação; Exclusividade Relacional; Dádiva e Partilha; Imposição; Actividades Comuns e Confiança e Lealdade (Sharabany, Eshel & Hakim, 2007; Sharabany, 1994). Estes itens são avaliados a partir de uma escala tipo Lickert, com valores de 1 a 7 em que o 1= significa que a frase não descreve de todo a relação e o 7 significa que a frase descreve bem a relação (Sharabany, 1994; Cordeiro, 2006). No presente estudo foi aplicada apenas uma forma desta escala onde era solicitado ao jovem que pensasse no “O meu melhor amigo ou a minha melhor amiga”.

A Escala de Auto-conceito para Adolescentes de Susan Harter, é composta por duas escalas: o Perfil de Auto-Percepção (“Como é que eu sou?”) e a Escala de Importância (“Qual é a importância destas coisas para mim?”) (Peixoto, Alves-Martins, Mata & Monteiro, 1997; Alves-Martins, Peixoto, Gouveia-Pereira, Amaral & Pedro, 2002; Seixas, 2006). A versão original (Harter, 1988 citado por Peixoto et al., 1997) no Perfil de Auto-Percepção apresenta várias sub-escalas separadas e cada uma com 5 itens, sendo que 8 dessas sub-escalas são referentes a domínios específicos (Competência Escolar, Aceitação Social, Competência Atlético, Aparência física, Competência para o Trabalho, Atracção Romântica, Comportamento e Amizades Íntimas) e uma outra visa a avaliação da Auto-estima (Peixoto et al., 1997). Na adaptação para a Língua Portuguesa houve algumas alterações e esta apresenta 7 domínios específicos para além da sub-escala da Auto-estima (Peixoto et al., 1997; Alves-Martins *et al.*, 2002). A Escala de Importância, visa avaliar a importância que o adolescente atribui aos diferentes domínios considerados (Peixoto et al., 1997). Esta escala segundo as palavras de Alves-Martins et al. (2002) é composta por 14 itens (2 para cada uma das áreas específicas do auto-conceito). Nesta investigação foi utilizada apenas a sub-escala da Aceitação social, de forma a avaliar um sentimento mais global do adolescente.

Ficha de dados pessoais – esta contém informação acerca da idade, escola, peso, altura, nível sócio-económico, profissão do pai e da mãe.

Procedimentos

Num primeiro momento foi solicitada a autorização aos autores dos questionários para a sua utilização. Após esta atribuição, procedeu-se a um pedido formal para a realização do estudo na Escola Quinta das Palmeiras, na Covilhã. Embora tenha sido aceite o pedido na escola, foi necessário oficializar esta solicitação à Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular que também encaminhou um parecer positivo.

O requerimento entregue na Escola, para o pedido de permissão continha informações relativas à caracterização do estudo, ao consentimento informado (no caso de menores, um pedido dirigido aos pais), assim como a declaração de princípios éticos e deontológicos. Salvaguardou-se ainda que a participação dos jovens no estudo era voluntária. Relativamente ao pedido à Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular esta fez-se ainda acompanhar por uma explicitação dos instrumentos a utilizar na investigação.

Os dados foram recolhidos na referida escola, em datas acordadas com o Conselho Executivo. Por sugestão da escola, o investigador juntamente com uma assistente do Conselho executivo procedeu à distribuição dos questionários a um professor de cada turma de todos os 12^o anos, que posteriormente os aplicou. Foram também explicados os pontos mais importantes a salientar aos alunos no momento de apresentação dos instrumentos de avaliação. Todavia, como não se encontrou um N suficiente de alunos com Excesso de Peso foi também necessário recolher questionários na Consulta de Nutrição e Actividade Física do Centro Hospitalar Cova da Beira.

Posteriormente foi efectuada uma nova recolha de dados no sentido de aumentar o número de participantes da amostra. Para tal recorreu-se ao método de “bola de neve” recrutando participantes em locais informais. Todavia, foram respeitados os mesmos critérios relativamente à idade, sendo apenas seleccionados jovens cuja faixa etária se enquadrava entre os 17, 18 ou 19 anos de idade. Para determinar o estado nutricional dos alunos efectuou-se o cálculo do IMC, através do qual é possível verificar os alunos com sobrepeso e obesidade e os que apresentam peso normal.

Como os resultados obtidos não permitiam constituir grupos equivalentes de jovens com peso normal e jovens obesos, delineou-se um grupo que contempla jovens com excesso de peso, considerando-se o sobrepeso e a obesidade.

Posteriormente, efectuou-se o tratamento dos dados com recurso ao software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 16.0 para Windows. Esta análise dos dados incidiu maioritariamente sobre testes de verificação de significância estatística das relações entre variáveis, em particular o Teste *t* de *Student*, para amostras independentes, utilizado na comparação de valores médios. Os limites dos níveis de significância estatística (*p value*) foram estipulados em 0,05 (significativo) e 0,01 (muito significativo). Para além deste teste recorreu-se a dados da estatística descritiva, para permitir uma melhor compreensão dos resultados obtidos.

Resultados

A leitura dos resultados obtidos a partir da relação entre a **Aceitação Social** e a **Amizade Íntima** entre adolescentes com peso normal ou excesso de peso demonstra a ausência de uma expressão estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Como tal, no Quadro 2 são apresentados os resultados em termos das médias e desvios-padrão das duas sub-escalas, para o G1 Peso Normal e o G2 Excesso de Peso. Ao nível da Aceitação Social os resultados igualam-se nos 2 grupos o que se verifica também em algumas dimensões da Amizade Íntima (Sinceridade/Espontaneidade, Sensibilidade/Conhecimento Mútuo e Confiança e Lealdade). Nas restantes dimensões, Comportamento de Vinculação ($M=5,65$, $DP=1,15$), Exclusividade Relacional ($M=4,82$, $DP=1,13$), Dádiva e Partilha ($M=5,92$; $DP=0,74$), Imposição ($M=5,81$; $DP=0,90$) e Actividades Comuns ($M=5,71$; $DP=0,71$), verifica-se uma ligeira superioridade do G2 Excesso de Peso, tal como se pode observar na Figura 1.

Quadro 2. Médias e desvios-padrão por sub-escala, para o G1 e o G2

<i>Sub-escalas</i>	<i>Peso</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>(Aceitação social e Amizade íntima)</i>				
Aceitação social	G1 Peso Normal	73	3,15	0,73
	G2 Excesso de Peso	26	3,15	0,38
Sinceridade	G1 Peso Normal	73	6,13	0,84
espontaneidade	G2 Excesso de Peso	26	6,12	0,71
Sensibilidade	G1 Peso Normal	73	5,82	0,92
Conhecimento mútuo	G2 Excesso de Peso	26	5,87	0,96
Comportamento	G1 Peso Normal	73	5,39	1,32
Vinculação	G2 Excesso de Peso	26	5,65	1,15
Exclusividade relacional	G1 Peso Normal	73	4,41	1,15
	G2 Excesso de Peso	26	4,82	1,13
Dádiva e partilha	G1 Peso Normal	73	5,70	0,92
	G2 Excesso de Peso	26	5,92	0,74
Imposição	G1 Peso Normal	73	5,50	1,33
	G2 Excesso de Peso	26	5,81	0,90
Actividades comuns	G1 Peso Normal	73	5,42	0,95
	G2 Excesso de Peso	26	5,71	0,71
Confiança e lealdade	G1 Peso Normal	73	6,22	0,93
	G2 Excesso de Peso	26	6,23	0,69

Figura 1. Relativa superioridade do G1 Peso Normal na Amizade Íntima

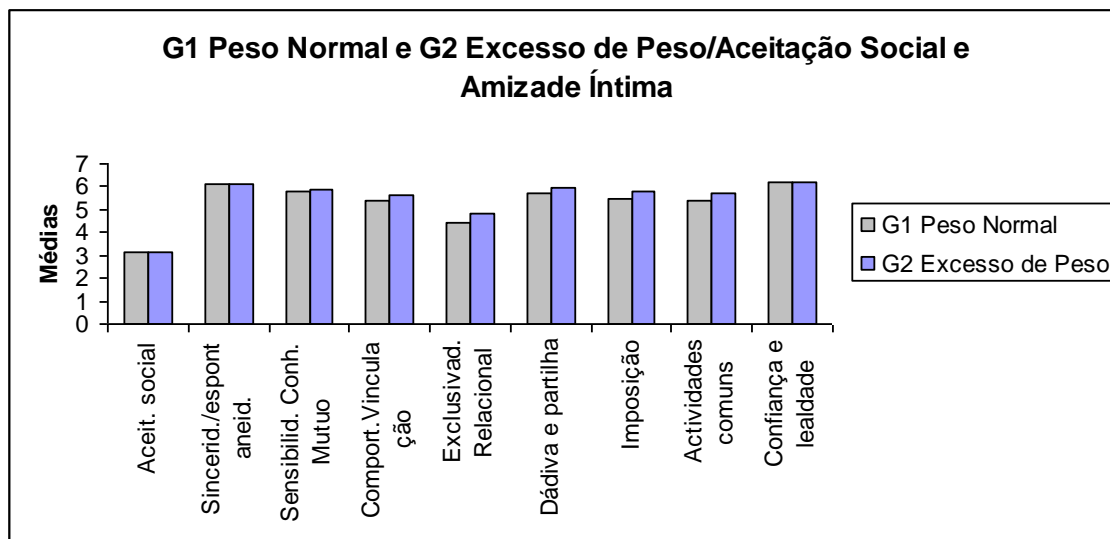


Figura 1. Comparação entre o G1 e o G2 das médias obtidas nas sub-escala

Ao comparar as médias dos vários itens da **Aceitação Social** com a variável **Peso** (aplicação do Teste t para amostras independentes) podem-se observar diferenças estatisticamente significativas na sub-escala Desapontados/Satisfeitos ($t_{(97)} = -2,281 - p = 0,025$), (cf. Quadro 3). Assim, os alunos que compõe o G1 Peso Normal sentem-se mais desapontados consigo mesmos do que os alunos do G2 Excesso de Peso.

Quadro 3. Teste t para amostras independentes (Peso/Aceitação social)

Item da Sub-escala	Peso	N	M	DP	GI	t	p
Aceitação Social (Susan Harter)	G1 Peso Normal	73	2,78	0,84	97	-2,281	0,025
	G2 Excesso de peso	26	3,19	0,63			

Através de leitura do Quadro 4 torna-se relevante verificar que o sexo feminino evidencia um grau mais elevado de maturidade, exigido por uma relação de amizade íntima. Tais resultados podem ser comprovados pela correlação positiva e estatisticamente significativa entre **Sexo** e todas as dimensões da **Amizade Íntima** (Sinceridade/Espontaneidade: $t_{(97)} = 3,781 - p= 0,000$; Sensibilidade/Conhecimento Mútuo: $t_{(97)} = 3,172 - p= 0,000$; Comportamentos de Vinculação: $t_{(97)} = 5,549 - p= 0,000$; Exclusividade Relacional: $t_{(97)} = 2,040 - p= 0,044$; Dádiva e Partilha: $t_{(97)} = 4,230 - p= 0,000$; Imposição: $t_{(97)} = 2,205 - p= 0,030$; Actividades Comuns: $t_{(97)} = 2,060 - p= 0,042$; Confiança e Lealdade: $t_{(97)} = 3,177 - p= 0,003$). Assim, verifica-se que os resultados de Amizade Íntima são, em regra, mais elevados no sexo feminino que no sexo masculino.

Quadro 4. Teste *t* para amostras independentes (Sexo/Escala da Amizade Íntima)

Sub-escalas da Amizade Íntima	Sexo	N	M	DP	gl	t	P
Sinceridade e Espontaneidade	F	62	6,35	0,63	97	3,781	0.000
	M	37	5,76	0,94			
Sensibilidade e Conhecimento mútuo	F	62	6,05	0,74	97	3,172	0,002
	M	37	5,47	1,10			
Comportamento de vinculação	F	62	5,94	0,98	97	5,549	0,000
	M	37	4,65	1,32			
Exclusividade Relacional	F	62	4,70	1,12	97	2,040	0,044
	M	37	4,22	1,17			
Dádiva e partilha	F	62	6,02	0,67	97	4,230	0,000
	M	37	5,31	1,00			
Imposição	F	62	5,79	1,26	97	2,205	0,030
	M	37	5,23	1,13			
Actividades comuns	F	62	5,64	0,82	97	2,060	0,042
	M	37	5,26	1,00			
Confiança e lealdade	F	62	6,43	0,64	97	3,177	0,003
	M	37	5,88	1,09			

Comparando os resultados médios dos vários itens da **Aceitação Social** para ambos os **Sexos** (aplicação do Teste *t* para amostras independentes – Quadro 5) pode-se observar que em 3 a diferença tem expressão significativa entre sexos, a saber, Populares ($t_{(97)} = -5,279 - p= 0,000$), Aceite pelos outros ($t_{(97)} = -3,134 - p= 0,002$) e Desapontados/satisfeitos ($t_{(97)} = -2,403 - p= 0,018$).

Quadro 5. Teste *t* para amostras independentes (Sexo/Sub-escala Aceitação Social)

Sub-escala de Aceitação social	Sexo	N	M	DP	gl	T	P
Populares	F	62	2,19	0,67	97	-5,279	0.000
	M	37	2,92	0,64			
Aceites pelos outros	F	62	3,11	0,79	97	-3,134	0,002
	M	37	3,57	0,50			
Desapontados/satisfeitos	F	62	2,74	0,87	97	-2,403	0,018
	M	37	3,14	0,63			

Ao comparar as médias das várias escalas da Amizade Íntima no grupo sócio-económico (aplicação do Teste *t* para amostras independentes) podem-se observar diferenças estatisticamente significativas na dimensão Comportamento de vinculação ($t_{(97)} = -2,646 - p = 0,010$) (cf Quadro 6).

Quadro 6. Teste *t* para amostras independentes (Nível sócio-económico/Sub-escala Amizade íntima)

Sub-escala de Amizade íntima	Nível Sócio-económico	N	M	DP	gl	T	P
Comportamento de vinculação	Baixo	8	4,34	1,33	97	-2,646	0,010
	Médio	91	5,55	1,23			

Discussão dos resultados

Alguns dos aspectos mais importantes, e que hoje ganham maior realce nos estudos sobre a adolescência, são o desenvolvimento da capacidade para o estabelecimento de relações de intimidade e a percepção sobre o auto-conceito, em jovens com, cada vez mais, excesso de peso.

Reportando para a Hipótese principal definida para este estudo (os adolescentes obesos têm uma baixa percepção de aceitação social e um nível de desenvolvimento reduzido de relações de amizade íntima), esta não encontrou expressão estatisticamente significativa, pelo que se rejeita a hipótese experimental e se aceita a hipótese nula (os adolescentes obesos têm uma elevada percepção de aceitação social e um nível de desenvolvimento elevado de relações de amizade íntima).

A análise das médias das sub-escalas denota que ambos os grupos, G1 e G2, apresentam uma boa percepção de aceitação social e um desenvolvimento positivo de amizade íntima. Todavia, existem algumas dimensões da Amizade Íntima que parecem ser

mais privilegiadas pelo G2 Excesso de Peso, nomeadamente, o Comportamento de Vinculação, Exclusividade Relacional, Actividades Comuns, Imposição, e Dádiva e Partilha. Desta forma, os alunos com excesso de peso dão mais relevância aos comportamentos de proximidade e ligação, expressos pela dimensão Vinculação. Do mesmo modo, realçam a importância da partilha de actividades em comum ao nível das actividades de lazer, do desempenho de tarefas ou da ocupação de tempos livres, como espaço privilegiado de desenvolvimento das relações sociais e de proximidade com alguém mais especial (Actividades Comuns e Dádiva e Partilha). Aliás, todos sabem que a proximidade fomenta a amizade e o grau de intimidade de uma relação. Mas para além destes aspectos, estes alunos valorizam mais a exclusividade na relação de amizade íntima que estabelecem, o sentimento de ajuda mútua e de abertura à aceitação da ajuda incondicional, expresso pela dimensão Imposição.

Por seu turno, a avaliação da percepção de aceitação social permitiu verificar que os alunos com peso normal evidenciavam-se como os menos desapontados ou os menos satisfeitos consigo próprios. Mas na literatura tem sido cada vez mais comprovado que alguns dos jovens com peso acima do esperado se descrevem com características físicas e atributos pessoais positivos, logo satisfeitos consigo próprios (Magalhães, 2007).

Os resultados deste estudo desmistificam a ideia de que a população com excesso de peso tem necessariamente indicação patológica, estando comprometidos a nível social, na relação e partilha com os outros, e sendo classificadas como pessoas que tendem a ficar afastadas, sentindo-se excluídas da sociedade (Colcerniani & Souza, 2008; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002). Estas conclusões são corroboradas por Correia, Del Prette e Del Prette (2004) quando estes afirmam que as mulheres obesas são mais habilidosas em alguns contextos sociais, apresentam um melhor desempenho em competências de conversação e de desenvoltura social. Tais constatações parecem apoiar a noção, razoavelmente difundida, de que as pessoas “mais gordinhas” são simpáticas e agradáveis, especialmente em situações de interacção com pessoas conhecidas. Ao contrário do que se verificou, outros estudos revelam que mulheres com excesso de peso namoram menos e têm namoros menos satisfatórios, bem como, uma menor probabilidade de estabelecer relacionamentos (Fernandes, 2007; Pearce et al., 2002). Por outro lado, afirma-se que os relacionamentos das pessoas com excesso de peso são afectados pela insatisfação corporal, altamente estigmatizante na sociedade (Fernandes, 2007), facto que não esteve presente entre a população que constituiu esta amostra.

Actualmente mais do que uma questão de exposição e julgamento social, a obesidade tem sido associada a factores de personalidade (Guenter, 2000). Neste sentido a obesidade é conceptualizada como uma expressão física de um desajustamento emocional ou de problemas psicológicos preexistentes e não resolvidos que

conceptualizariam os obesos como neuróticos e possuidores de uma fixação oral (Rebelo & Leal, 2007). O excesso do obeso é assim considerado como consequência do descontrolo provocado por estados emocionais sendo que, em estados de ansiedade e angústia, responderiam com ingestão em excesso (Rebelo & Leal, 2007).

Os resultados de Amizade Íntima são mais elevados no sexo feminino que no sexo masculino, sendo esta uma evidência de vários estudos (Sharabany, 1994, Sharabany *et al.*, 2007; Cordeiro, 2006). Provavelmente este facto estará relacionado com a definição, mais precoce, no sexo feminino, da sua identidade e consequentemente de uma definição mais clara do seu papel nas relações com os outros (Cordeiro, 2006). Tendencialmente os rapazes registam resultados mais baixos do que as raparigas nas avaliações das relações de amizade íntima (Cordeiro, 2006). Este dado pode estar relacionado com experiências de socialização significativamente diferentes e relacionadas com o papel social e cultural que lhes está destinado. Tal como tem sido verificado, a partilha de confidências e o apoio emocional são mais vitais nas amizades femininas do que nas masculinas, pois, os rapazes, tipicamente, têm mais amigos do que as raparigas, mas as suas amizades centram-se menos na conversa e mais na actividade partilhada (Papalia, Olds & Feldman, 2001; Kuttler & Greca, 2004).

Em relação à Aceitação social foram observados valores mais elevados no sexo masculino, com diferenças estatisticamente significativas. Os rapazes apresentam-se como os mais populares entre os da sua idade, os que se sentem mais aceites pelos outros e ao mesmo tempo os mais satisfeitos consigo próprios, o que também já foi comprovado empiricamente (Tamayo *et al.*, 2008). Tomain (2007) verificou que em termos do autoconceito a única diferença relevante entre adolescentes obesos e não-obesos foi ao nível da felicidade e satisfação, sendo que as meninas obesas se mostraram menos felizes e satisfeitas do que a restante amostra.

A amizade mais íntima no período da adolescência revela-se fundamental, ao contribuir também para a consolidação do auto-conceito e da auto-estima do adolescente. Revestiu-se de pertinência aprofundar estas questões numa população tão particular como os jovens com excesso de peso. A inexistência de resultados estatisticamente significativos relativamente aos grupos definidos, poder-se-á dever, em parte, a algumas limitações, não controláveis, que emergiram durante a investigação. Assim sendo, a dificuldade em aceder à população obesa, de forma a constituir uma amostra mais representativa da população, assume a principal limitação. Houve uma tentativa de alcançar um número elevado de jovens com excesso de peso, mas tal não foi possível nos 2 momentos de recolha de dados. Deste modo, a não representatividade de adolescentes com excesso de peso parece ter sido decisiva nos resultados alcançados. Por outro lado, a escassez de fontes bibliográficas, bem fundamentadas, que se debrucem na amizade íntima em adolescentes

com sobrepeso/obesidade também dificultou a exposição de resultados. Deste modo, considera-se haver necessidade de desenvolver outros estudos com jovens obesos e não-obesos, dentro desta faixa etária, tão peculiar. Um maior número de investigações, com amostras representativas, permitirá delinear estratégias de intervenção cada vez mais eficazes.

.

Considerações finais

Arrisco-me a dizer que entrar num curso para a descoberta de um mundo novo e sair com uma bagagem que contém conhecimento, ciência, alguma prática e crescimento pessoal, faz parte da ambição dos que vieram para a Universidade para aprender. Cinco anos após ter chegado aqui sinto-me muito grata por ter alcançado esta ambição.

Este ano de estágio superou as minhas expectativas. O contacto clínico, para além de possibilitar a aplicação na prática de muitas das estratégias e técnicas que foram desenvolvidas teoricamente, enriquece-nos com a troca interpessoal. As várias idades abrangidas na intervenção fornecem-nos os ensinamentos mais variados, e é esta riqueza pessoal que é impossível de alcançar nos livros mais conceituados. Apesar de todas as dificuldades com que me deparei este ano, em termos da intervenção clínica e do primeiro contacto com um paciente real, todas foram momentos de aprendizagem, especialmente aquelas consultas em que pensava que não me lembrava de nada do que tinha aprendido.

A intervenção clínica permitiu-me ainda descobrir o interesse pela actuação em áreas da Psicologia da Saúde. O contacto com alguns casos com alterações emocionais subjacentes a dificuldades físicas, e a forte investigação que concretizei sobre as práticas psicológicas no Cancro da Mama, suscitaram-me o gosto pela prática clínica em prol da promoção da qualidade de vida do paciente. Quando analisamos cuidadosamente um caso clínico deste género percebemos que temos muito material e técnicas que podemos aplicar a esta população, apesar de rapidamente podermos pensar que não.

Deste modo, e tal como tenho referido ao longo do relatório, todo o trabalho realizado durante o estágio só foi possível pelas aprendizagens alcançadas na formação contínua e na vertente específica de Psicologia Clínica e da Saúde. Sem dúvida que as bases teóricas, são os alicerces das aprendizagens e posteriormente das intervenções. A abordagem aprofundada da terapia cognitivo-comportamental, dos seus protocolos de intervenção para as mais variadas perturbações, e da aprendizagem e treino de técnicas e estratégias, revestiu-se de extrema importância, sendo considerada como a essência da minha actuação, como profissional. Mas foram também importantes as teorias e as técnicas de avaliação clínica que permitem desvendar as problemáticas da pessoa que se encontra em frente ao terapeuta. Em todas as disciplinas leccionadas durante a formação académica é possível retirar aprendizagens, salientando-se as teorias que lhe dão toda a base de actuação, em particular as Comportamentais e as Cognitivas, mas também as áreas da Psicologia Social, Psicobiologia, Psicologia do Desenvolvimento ou Teorias da Personalidade.

Alguns dos conhecimentos adquiridos tiveram a oportunidade de ser postos em prática durante o estágio e foi efectivamente esta estruturação clínica que me permitiu

desenvolver as intervenções e alcançar sucessos. Deste modo, ao longo deste percurso académico foram facultadas as condições necessárias para adquirir competências ao nível de avaliação (e.g. treino de competências para a Entrevista Clínica, fundamental no processo de avaliação) e intervenção clínica, expressas especificamente nos 2 casos clínicos apresentados neste relatório. Mas o estágio contribuiu também para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências de comunicação e apresentação oral, em particular em situações como, a Palestra sobre “Perturbações Alimentares”, as reuniões clínicas, as apresentações e debates da orientação de estágio e a apresentação e defesa oral dos relatórios, dos seminários. Nestas actividades foram potenciadas condições para a interacção com pares e trabalho em equipa, com partilha de conhecimentos e perspectivas, aceitando-se sugestões e novas formas de intervenção.

A par de todas estas competências estão as de pesquisa de dados, tão importantes para uma avaliação e intervenção baseada em informações recentes. Mas esta competência foi também essencial para a elaboração do artigo científico, permitindo o desenvolvimento de conhecimentos metodológicos, a aplicação de métodos de avaliação (e.g. *questionários*), tratamento estatístico de dados recolhidos, por exemplo uma análise estatística básica ou multivariada, como a ANOVA. Deste modo, é de referência obrigatória o treino de competências para redigir os relatórios e o artigo científico.

Ao reportar o discurso para o Certificado Europeu em Psicologia (EuroPsy) percebe-se que cada vez mais são exigidas competências ao Psicólogo enquanto profissional actuante em diversos contextos. Os contextos de aprendizagem devem ser valorizados como contextos de validação de competências que tornam cada profissional único na sua actuação. O EuroPsy é um padrão europeu de educação e formação que permite que os psicólogos sejam reconhecidos como tendo uma "Qualificação em Psicologia de nível europeu". Os Psicólogos titulares de EuroPsy serão inscritos no Registo Europeu dos Psicólogos, que distingue 4 grandes contextos profissionais: educação, clínica e saúde, trabalho e organização e "outros" (quarta categoria para aqueles que não se encaixam em nenhum dos precedentes). Deste modo, esta nova condição objectiva abrir portas ao mundo profissional e académico dos Psicólogos e a validação das competências que são continuamente alcançadas.

Para terminar, resta dizer que o desejo de crescer mais e mais continua presente, mas a satisfação pelo que foi alcançado neste estágio continua a alimentar fortemente esta vontade de subir. A promessa de voar mais alto permanece, mas a bagagem que levo funcionará como base firme de um futuro, de uma forma ou de outra, sempre promissor.

Hoje, percebo melhor a importância de adquirir competências a vários níveis e de nos sentirmos dotados do suporte da nossa formação. Hoje sei que no mundo profissional poderemos ter de responder das mais variadas formas e com as mais variadas

competências. Hoje, ler estas páginas permite-me verificar a evolução conseguida e faz-me sentir bem por perceber que continuo a crescer.

Referências Bibliográficas

- Achor, M. S., Cima, N. A., Brac, E. S. & Barslund, S. A. (2007). Obesidad Infantil. *Revista de Posgrado de I 34 a Via Cátedra de Medicina*, 168 (1), 34-39.
- Aekplakorn, W., Kosulwat, V. & Suriyawongpaisal, P. (2006). Obesity índices and cardiovascular risk factors in Thai adults. *International Journal of Obesity*, 30 (2), 1782-1790.
- Aggarwal, T., Bhatia, R.C., Singh, D. & Sobti, P. C. (2008). Prevalence of Obesity and Overweight in Affluent Adolescents from Ludhiana, *Indian Pediatrics*, 45 (2), 500-502.
- Almeida, A. M., & Neto, F. L. (2003). Revisão sobre o uso da terapia cognitiva-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (4), 239-44.
- Alves, R. S., Ejzenberg, B., & Okay, Y. (2002). Revisão das desordens do sono com excessiva movimentação, insónia e sonolência na criança. *Pediatria*, 24 (1/2), 50-64.
- Alves-Martins, M., Peixoto, F., Gouveia-Pereira, M., Amaral, V. & Pedro, I. (2002). Self-esteem and Academic Achievement Among Adolescents. *Educational Psychology*, 22 (1), 51-62.
- American Psychiatric Association (2002) *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ªEd.)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anjos, L. A. (2007). Obesidade e Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (6), 1495-1500.
- Antony, S., & Ribeiro, J. P. (2004). A Criança Hiperativa: Uma Visão da Abordagem Gestáltica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2 (20), 127-134.
- Antunes, C., & Fontaine, A. M. (2005). Percepção de apoio social na adolescência: análise fatorial confirmatória da escala social support appraisals. *Paidéia*, 15 (32), 355-366.
- Arantes, M. C., & Silveiras, E. F. (2007). Uma comparação entre crianças e adolescentes com enurese noturna primária: impacto e problemas de comportamento. *Estudos de Psicologia*, 24 (2), 155-160.
- Araújo, C.C., & Lacerda, C. B. (2008). Examinando o desenho infantil como recurso terapêutico para o desenvolvimento de linguagem de crianças surdas. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 13 (2), 186-192.
- Asherson, P. (2005). Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Review Neurotherapeutics*, 5 (4), 525-539.

- Assis, S. G., Avanci, J. Q., Silva, C., Malaquias, J. V., Santos, N. C., & Oliveira, R. V. (2003). A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (3), 669-680.
- Atkinson, R. L. (2007). Viruses as an Etiology of Obesity. *Mayo Clinic Proceedings*, 82 (10), 1192-1198.
- Baeyens, D., Roeyers, H., Hoebeke, P., Verte, S., Van Hoecke, E., & Walle, J. V. (2004). Attention deficit/hyperactivity disorder in children with nocturnal enuresis. *The Journal of Urology*, 171 (6), 2576-2579.
- Baeyens, D., Roeyers, H., Walle, J. V., & Hoebeke, P. (2005). Behavioural problems and attention-deficit hyperactivity disorder in children with enuresis: a literature review. *European Journal of Pediatric*, 164 (2), 665-672.
- Baeyens, D., Roeyers, H., Hoebeke, P., Antrop, I., Muel, R., & H., Walle (2006). The impact of attention deficit hyperactivity disorder on brainstem dysfunction in nocturnal enuresis. *The Journal of Urology*, 176 (2), 744-748.
- Bahls, S. C., & Navolar, A. B. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Revista Eletrônica de Psicologia*, 1 (4), 1-11.
- Bandeira, D. R., Artech, A. X., & Reppold, C. T. (2008). Escala de autopercepção de Harter para adolescentes: um estudo de validação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (3), 341-345.
- Barclay, L., & Murata, P. (2008). Management of Childhood Enuresis Reviewed CME/CE. *American Family Physician*, 78 (4), 489-496.
- Barlow, D. (1999). *Manual clínico dos transtornos psiquiátricos*. Porto Alegre: Artemed.
- Barros, L. (2004). *Perturbações de eliminação na infância e na adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bertolini, E. S., & Silva, M. A. (2005). Metacognição e Motivação na Aprendizagem: Relações e Implicações educacionais. *Revista Técnica IPEP*, 5 (1/2), 51-62.
- Biederman, J., Santangelo, S. L., Faraone, S. V., Kiely, K., Guitte, J., Mick, E., et al. (1995). Clinical Correlates of Enuresis in ADHD and Non-ADHD Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (5), 865-877.
- Bock, C., Bukh, J. D., Christensen, M. V., Gether, U., & Kessing, L. V. (2008). Are life events prior to first episode of major depression a predictor of medical treatment outcome? *European Psychiatry*, 23 (2), 192-303.
- Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2007). The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults. *European Archives Psychiatry Clinical Neuroscience*, 257 (4), 444-452.
- Borges, A. D., Silva, E. F., Toniollo, S. M., Valle, E. R., & Santos, M. A. (2006). Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 361-369.
- Bouma, E. M., Ormel, F., Verhulst, F. C., & Oldehinkel, A. J. (2008). Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls: The influence of parental

- depression, temperament and family environment. *Journal of Affective Disorders*, 105 (2), 185–193.
- Brites, D. M., Cruz, R. J., Lopes, S. I., & Martins, J. C. (2007). Obesidade nos Adolescentes: estudo da prevalência da obesidade e de factores associados em estudantes do ensino secundário de duas escolas de Coimbra. *Revista Referência*, 2 (5), 49-57.
- Brito, C. L., Bystronski, D. P., Mombach, K. D., Stenzel, L. M., & Repetto, G. (2005). Obesidade: Terapia Cognitivo - Comportamental. Retirado de http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/34-ObesTerap.pdf, a 3 de Junho de 2009.
- Carvalho, C. D., & Martins, J. (2006). *Luto e religiosidade*. Retirado de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0059.pdf>, a 24 de Junho de 2008.
- Celestrino, J. O. & Costa, A. S. (2006). A Prática de Actividade Física entre Escolares com Sobrepeso e Obesidade. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 5, 47-54.
- Cintra, I. P., Passos, M. A., Fisberg, M. & Machado, H. C. (2007). Evolution of body mass index in two historical series of adolescents. *Journal Pediatrics*, 83 (2), 157-162.
- Chemin, C. & Milito, F. (2007). Transtornos alimentares em adolescentes. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 1 (2), 84-88.
- Chertin, B., Koulikov, D., Abu-Arafeh, W., Mor, Y., Shenfeld, O., & Farkas, A. (2007). Treatment of Nocturnal Enuresis in Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *The Journal of Urology*, 178 (4), 1744-1747.
- Claudino, J., Cordeiro, R. & Arriaga, M. (2006). Depressão e Suporte Social em Adolescentes e Jovens Adultos – Um Estudo Realizado junto de Adolescentes Pré-Universitários. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 16 (214), 185-196.
- Cochran, J. (2008). Empowerment in adolescent obesity: state of the science. *Journal of Rural Nursing and Health Care*, 8 (1), 63-73.
- Colcerniani, C. B. & Souza, F. B. C. (2008). *Exclusão social em relação à obesidade e à pobreza*. Retirado de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0459.pdf>, a 11 de Agosto de 2009.
- Collins, W. A., Welsh, D. P., & Furman, W. (2009). Adolescent Romantic Relationships. *Annual Review of Psychology*, 60 (2), 631-632.
- Costa, P. C. (2002). Escala de Autoconceito no Trabalho: Construção e Validação. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (1), 75-81.
- Cordeiro, R. A. (2006). Aparência física e amizade íntima na adolescência: Estudo num contexto pré-universitário. *Análise Psicológica*, 4 (24), 509-517.
- Cordeiro, R. A. (2006). Adolescência...O corpo, a amizade e a intimidade. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre.
- Correia, S. K., Del Prette, Z. A., & Del Prette, A. (2004). Habilidades sociais em mulheres obesas: um estudo exploratório. *Psico-USF*, 9 (2), 201-210.

- Coyne, J., Thompson, R., & Pepper, C. M. (2004). The role of life events in depression in primary medical care versus psychiatric settings. *Journal of Affective Disorders*, 82 (2), 353-361.
- Cruz, M. B. (2005). WISC III: Escala de inteligência Wechsler para crianças: manual. *Avaliação Psicológica*, 4 (2), 199-201.
- Cruz, J. A., Martins, I., Dantas, A., Silveira, D. & Guiomar, S. (2003). Alimentação e estado nutricional de grupos da população do concelho de Lisboa. *Estado Nutricional*, 21 (2), 65-72.
- Decobert, S. & Sacco, F. (2004). *O desenho no trabalho psicanalítico com a criança*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Dénes, F. T., Zerati Filho M., & Souza, N. B. (2006). Enurese: Diagnóstico e Tratamento. *Sociedade Brasileira de Urologia*. Retirado de: http://www.projotodiretrizes.org.br/6_volume/18-EnureseDiagTrat.pdf, a 29 de Março de 2008.
- Dobrow, I. J., Kamenetz, C., & Devlin, M. J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 24 (3), 63-67.
- Doval, H. C. (2006). La epidemia de obesidad: ¿resolución individual o social? *Revista Argentina de Cardiología*, 74 (4), 341-348.
- Erdogan, A., Akkurt, H., Boettier, N., Yurtseven, E., Can, G., & Kiran, S. (2008). Prevalence and behavioural correlates of enuresis in young children. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 44 (5), 297-30.
- Faria, L. (2005). Desenvolvimento do auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *Análise Psicológica*, 4 (23), 361-371.
- Feliciano, R. L. (2005). Luto e melancolia: reconstituição de uma história na relação terapêutica. *Revista de Psicanálise*, 1 (1), 41-45.
- Fernandes, A. R. (2007). *Avaliação da imagem corporal, hábitos de vida e alimentares em crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares de Belo Horizonte*. Tese de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Fernandes, E. & António, J. P. (2004). Perturbação de hiperactividade com défice de atenção. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20 (2), 451-454.
- Ferriani, M. G., Dias, T. S., Silva, K. Z. & Martins, C. S. (2005). Auto-imagem corporal de adolescentes atendidos em um programa multidisciplinar de assistência ao adolescente obeso. *Revista Brasileira de Saúde Materno- Infantil*, 5 (1), 27-33.
- Fonseca, A. L., & Mariano, M. S. (2008). A Psicanálise. *Psicologia & m foco*, 1 (1), 1-8.
- Forte, M. G., Picciani, R. G., Forte, A. J. & Maya, C. S. (2004). Overweight and Obesity Prevalence in Adolescents from the Outpatient Clinic of Albert Sabin Children Hospital in Fortaleza. *Revista de Pediatria do Ceará*, 4 (2), 19-27.
- Fountoulakis, K. N., Lacovides, A., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2006). Life events and clinical subtypes of major depression: A cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 143 (2), 235– 244.

- Friis, R. H., Wittchen, H., Pfister, H., & Lieb, R. (2002). Life events and changes in the course of depression in young adults. *European Psychiatry*, 17 (2), 241-253.
- Friman, P. & Vollmer, P. (1995). Successful use of the nocturnal urine for diurnal enuresis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28 (1), 89-90.
- Fritz, G. & Rockney, R. (2004). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Enuresis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (12), 1540–1550.
- Gandini, R. C., Martins, M. C., Ribeiro, M. P., & Santos, D. T. (2007). Inventário de Depressão de Beck – BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. *Psico-USF*, 12 (1), 23-31.
- Geerts, E., & Van, T. W. (2008). Poor nonverbal communication, negative interpersonal events, and recurrence of depression. *European Psychiatry*, 23 (1), 80-81.
- Giordano, P. C., Phelps, K. D., Manning, W. D. & Longmore, M. A. (2007). Adolescent academic achievement and romantic relationships. *Social Science Research*, 1 (3), 1-18.
- Grevet, E. H., & Knijnik, L. (2001). Diagnóstico de depressão maior e distímia. *Revista AMRIGS*, 45 (3,4), 108-110.
- Grisanti, R. S., Lange, E.S., & Ribeiro, E. A. (2003). A criança acidentada atendida no hospital: um estudo psicanalítico do imaginário infantil. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 4 (2), 44-55.
- Grøholt, E., Stigum, H., & Nordhagen, R. (2008). Overweight and Obesity Among Adolescents in Norway: Cultural and Socio-Economic Differences. *Journal of Public Health*, 30 (3), 258-265.
- Guedes, D. P. (2006). Recursos antropométricos para análise da composição corporal. *Revista Brasileira Educação Física*, 20 (5), 115-119.
- Guedes, D. P., Paula, I. G., Guedes, J. E., & Stanganelli, L. C. (2006). Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes: estimativas relacionadas ao sexo, à idade e à classe socioeconômica. *Revista Brasileira de Educação Física*, 20 (3), 151-163.
- Guenter, R. (2000). A obesidade feminina. *Análise Psicológica*, 1 (18), 59-70.
- Harding, S., Teyhan, A., Maynard, M., & Cruickshank, J. (2008). Ethnic differences in overweight and obesity in early adolescence in the MRC DASH study: the role of adolescent and parental lifestyle. *International Journal of Epidemiology*, 37 (2), 162–172.
- Hernández-Jiménez, S. (2004). Fisiopatología de la obesidad. *Gaceta Médica de México*, 140 (2), 27-32.
- Hjalmas, K. (2002). Enuresis in children. *Brazilian Journal of Urology*, 28 (3), 232-249.
- Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., Antikainen, R., Haatainen, K., Tanskanen, A., et al. (2004). Do Stressful Life-Events or Sociodemographic

- Variables Associate With Depression and Alexithymia Among a General Population?—A 3-Year Follow-Up Study. *Comprehensive Psychiatry*, 45 (4), 254-260.
- Jain, A. (2004). What works for obesity?. *British Medical Journal*. Retirado de <http://www.unitedhealthfoundation.org/obesity.pdf> a 4 de Dezembro de 2007.
- Jamus, D. R., Mader, M. J. (2005). A Figura Complexa de Rey e Seu Papel na Avaliação Neuropsicológica. *Journal of Epilepsy Clinical Neurophysiology*, 11 (4), 193-198.
- Jess, P. S. (2004). Atomoxetine for the treatment of pediatric nocturnal enuresis, *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 14 (3), 443-447.
- Johnson, M. (1998). Nocturnal Enuresis. *Urology Nursing*, 18 (4), 259-273.
- Júnior, J. C., & Silva, K. S. (2008). Sobrepeso/Obesidade em Adolescentes Escolares da Cidade de João Pessoa - PB: Prevalência e Associação com Fatores Demográficos e Socioeconômicos. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 14 (2), 104-108.
- Justo, J. S. (2005). O “ficar” na adolescência e paradigmas de relacionamento amoroso da contemporaneidade. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, 17 (1), 61-77.
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 74-79.
- Kohn, Y., Zislin, J., Agid, O., Hanin, B., Troudart, T., Shapira, B., et al. (2001). Increased Prevalence of Negative Life Events in Subtypes of Major Depressive Disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42 (1), 57-63.
- Krebs, N., Himes, J., Jacobson, D., Nicklas, T., Guilday, P., & Styne, D. (2007). Assessment of Child and Adolescent Overweight and Obesity. *Pediatrics*, 120 (4), 193-228.
- Kresst, A., Peterson, M. P. & Hartzell, M. C. (2006). Association between obesity and depressive symptoms among U.S. Military active duty service personnel, 2002. *Journal of Psychosomatic Research*, 60 (3), 263– 271.
- Kronmüller, K., Pantel, J., Götz, B., Köhler, S., Victor, D., Mundt, C. et al. (2008) Life events and hippocampal volume in first-episode major depression. *Journal of Affective Disorders*, 104 (1), 1-7.
- Kumar, H., Mohanan, P., Kotian, S., Sajjan, B., & Kumar, G. (2008). Prevalence of Overweight and Obesity Among Pre-school Children in Semi Urban South India. *Pediatrics*, 45 (17), 497-499.
- Kuttler, A. F. & Greca, A. M. (2004). Linkages among adolescent girls' romantic relationships, best friendships, and peer networks. *Journal of Adolescence*, 27 (4), 395-414.
- Lane, W., & Robson, M. (2008). Current management of nocturnal enuresis. *Current Opinion in Urology*, 18 (2), 425-430.

- Latner, J. L., Stunkard, A. J. & Wilson, G. T. (2005). Stigmatized Students: Age, Sex, and Ethnicity Effects in the Stigmatization of Obesity. *Obesity Research*, 13 (7), 1226-1231.
- Li, C., Engstrom, G., Hedblag, B., Callig, S., Berglund, G. & Janzon, L. (2006). Sex differences in the relationships between BMI, WHR and incidence of cardiovascular disease: a population-based cohort study. *International Journal of Obesity*, 30 (2), 1775-1781.
- Lima, S. C., Arrais, R. F. & Pedrosa, L. F. (2004). Evaluation of usual diet of obese and overweight children and adolescents. *Revista de Nutrição*, 17 (4), 469-477.
- Lopes, R. M., Nascimento, R. F., & Bandeira, D. R. (2005). Avaliação do transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade em adultos (TDAH): uma revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, 4 (1), 65-74.
- Lora, M. H. & Corrales, B. S. (2007). Composición corporal y actividad física como parámetros de salud en niños de una población rural de Sevilla. *Revista Internacional de Ciencias del Deporte*, 6 (3), 52-62.
- Machado, P., Veríssimo, M., Torres, N., Peceguina, I., Santos, A. J. & Rolão, T. (2008). Relações entre o conhecimento das emoções, as competências académicas, as competências sociais e a aceitação entre pares. *Análise Psicológica*, 3 (26), 463-478.
- Magalhães, T. (2007). Quem sou eu? O adolescente e seu olhar sobre si mesmo. *Revista Lusófona de Educação*, 11 (1), 199-201.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria*, 25 (1), 65-74.
- Martins, M. J. (2005). Condutas agressivas na adolescência: Factores de risco e de protecção. *Análise Psicológica*, 2 (23), 129-135.
- Matos, M. I., Aranha, L. S., Faria, A. N., Ferreira, S. R., Bacaltchuck, J. & Zanella, M. T. (2002). Binge eating disorder, anxiety, depression and body image in grade III obesity patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (4), 165-169.
- Matos, E., Matos, T. M., & Matos, G. (2006). Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos clínicos e psicodinâmicos. *Estudos de Psicologia*, 23 (2), 173-179.
- McNelles, L.R., & Connolly, J. A. (1999). Intimacy Between Adolescent Friends: Age and Gender Differences in intimate Affect and Intimate Behaviours. *Journal of Research on Adolescence*, 9 (2), 143-159.
- Meneghello, M. H., Pereira, R. F., & Silveira, E. F. (2006). Eficácia em longo prazo no tratamento comportamental com uso de alarme para enurese noturna em crianças e adolescentes. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8 (2), 102-111.
- Mèredieu, F. (2006). *O desenho infantil*. São Paulo: Cultrix.
- Mitchell, P. B., Parker, G. B., Gladstone, G. L., Wilhelm, K., & Austin, M. P. (2003). Severity of stressful life events in first and subsequent episodes of depression: the relevance of depressive subtype. *Journal of Affective Disorders*, 73 (2), 245-252.

- Morse, J., & Robins, C. J. (2005). Personality–life event congruence effects in late-life depression. *Journal of Affective Disorders*, 84 (1), 25–3.
- Nascimento, E., & Figueiredo, L. M. (2002). WISC-III e WAIS-III: Alterações nas Versões Originais Americanas Decorrentes das Adaptações para Uso no Brasil. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3), 603-612.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). Depression: management of depression in primary and secondary care. Retirado de <http://www.scamfyc.org/documentos/depresion%20NICE.pdf>, a 10 de Junho de 2008.
- National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. (2000). Dieting and the Development of Eating Disorders in Overweight and Obese Adults. *Archives International Medicine*, 160 (1), 2581-2589.
- Neto, F. L. (2004). Terapia comportamental cognitiva para pessoas com transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3), 44-46.
- Neto, F. L., & Ito, L. M. (1998). Terapia Comportamental-Cognitiva da Depressão. In Cordioli, A. V. *Psicoterapias Abordagem Actuais*. Porto Alegre: ARTMED.
- Nunes, M. A., Olinto, M. T., Barros, F. C. & Camey, S. (2001). Influence of body mass index and body weight perception on eating disorders symptoms. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (1), 21-27.
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W., Joyce, A. S., Weideman, R., McCallum, M., Azim, H. F. *et al.* (2003). Differentiating Symptoms of Complicated Grief and Depression Among Psychiatric Outpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (2), 87-93.
- Oliveira, F. C. (2001). Um método para a apreensão dos conteúdos emocionais da criança em odontopediatria. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 11 (150), 32-35.
- Oliveira, M. F. (2005). *Entrevista Psicológica – o caminho para aceder ao outro*. Retirado de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0031.PDF>, a 19 de Maio de 2009.
- Oliveira, A. M., Cerqueira, E. M., Souza, J. S. & Oliveira, A. C. (2003). Sobrepeso e Obesidade Infantil: Influência de Fatores Biológicos e Ambientais em Feira de Santana, BA. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica*, 47 (2), 144-151.
- Oliveira, C. L. & Fisberg, M. (2003). Obesidade na Infância e Adolescência – Uma Verdadeira Epidemia. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica*, 47 (2), 107-108.
- Oliveira, M., Rigoni, M., Andretta, I., & Moraes, J. F. (2004). Validação do Teste Figuras Complexas de Rey na População Brasileira. *Avaliação Psicológica*, 3 (1), 33-38.
- Ohayon, M. M. (2007). Epidemiology of depression and its treatment in the general population. *Journal of Psychiatric Research*, 41 (2), 207–213.
- Östgård-Ybrandt, H. (2004). *Self-concept, inner residue of past relationships, and social functioning in adolescence: A study of age and gender differences in*

- groups of normal and antisocial adolescents*. Tese de doutoramento, Umeå University, Umeå.
- Padez, C. (2002). Actividade física, obesidade e saúde: uma perspectiva evolutiva. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20 (1), 11-20.
- Pagliuso, L., & Pasian, S. R. (2007). As Figuras Complexas de Rey: Normas preliminares com crianças de 9 e 10 anos. *PSICO*, 38 (2), 148-156.
- Palácio, J. D., Castellanos, F. X., Pineda, D. A., Lopera, F., Arcos-Burgos, M., Quiroz, Y. T., et al. (2004). Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder and Comorbidities in 18 Paisa Colombian Multigenerational Families. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (12), 1506-1515.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança*. Amadora: GrawHill.
- Pearce, M. J., Boergers, J. & Prinstein, M. J. (2002). Adolescent obesity, overt and relational peer victimization, and romantic relationships. *Obesity Research*, 10 (5), 386-393.
- Peixoto, F., Alves-Martins, M., Mata, L. & Monteiro, V. (1997). Escala de auto-conceito para adolescentes de Susan Harter. In: Gonçalves, M., Ribeiro, I., Araújo, S., Machado, C., Almeida, L. & Simões, M. (Eds.). *Avaliação psicológica: Formas e contextos*, (pp. 277–284). Braga: APPORT.
- Pereira, H., Araújo, A. P., & Mattos, P. (2005). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH): aspectos relacionados à comorbidade com distúrbios da atividade motora. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5 (4), 391-402.
- Pereira, M. G., & Lopes, C. (Eds.). (2005). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Picon, P. X., Leitão, C. B., Gerchman, F., Azevedo, M. J., Silveiro, S. P., Gross, J. L. et al. (2007). Medida da Cintura e Razão Cintura/Quadril e Identificação de Situações de Risco Cardiovascular: Estudo Multicêntrico em Pacientes Com Diabetes Melito Tipo 2. *Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica*, 51 (3), 443-449.
- Pitanga, F. J. & Lessa, I. (2007). Associação entre indicadores antropométricos de obesidade e risco coronariano em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10 (2), 239-48.
- Pontes, L. M., & Portela, B. O. (2008). Prevalência de obesidade e análise do risco do excesso de peso na incidência de hipertensão em assistidos pelo programa de saúde da família de Picos (PI). *Revista Digital*, 13 (123), 1-10.
- Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 6- 11.
- Ravindran, A. V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z., & Anisman, H. (2002). Stress, coping, uplifts, and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders*, 71 (2), 121–130.
- Rebelo, J. E. (2005). Importância da entreaajuda no apoio a pais em luto. *Análise Psicológica*, 4 (23), 373-380.

- Richardson, L. P., Davis, R., Poulton, R., McCauley, E., Moffitt, T. E., Caspi, A. et al. (2003). A Longitudinal Evaluation of Adolescent Depression and Adult Obesity. *Archives Pedriatrie Adolescent Medical*, 157 (3), 739-745.
- Reinehr, T., Holl, R. W., & Wabitsch, M. (2008). The German Working Group of Obesity in Childhood and Adolescence (AGA): Improving the Quality of Care for Overweight and Obese Children in Germany. *Obesity Facts – The European journal of Obesity*, 1 (1), 26 -32.
- Rebelo, A., & Leal, I. (2007). Factores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 3 (25), 467-477.
- Richardson, L. P., Garrison, M. M., Drangsholt, M., Mancl, L. & LeResche, L. (2006). Associations between depressive symptoms and obesity during puberty. *General Hospital Psychiatry*, 28, 313– 320.
- Robson, L. M., Leung, A. K., & Van Howe, R. (2005). Primary and Secondary Nocturnal Enuresis: Similarities in Presentation. *Pediatrics*, 115 (2), 956-959.
- Rocha, T. H., Ribeiro, J. E., Pereira, G. A., Aveiro, C. C. & Silva, L. C. (2006). Sintomas depressivos em adolescentes de um colégio particular. *Psico-USF*, 11 (1), 95-102.
- Rodrigues, E. M. & Boog, M. C. (2006). Problem-posing as a nutritional education strategy with obese teenagers. *Caderno de Saúde Pública*, 22 (5), 1-14.
- Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontinac, S., & Polanczykd, G. (2000). Transtorno de déficit de atenção/ Hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 7- 11.
- Rowland, T. W. (2007). Effect of obesity on cardiac function in children and adolescents: A review. *Journal of Sports Science and Medicine*, 6 (4), 319-326.
- Rupke, S. J., Blecke, D., Renfrow, M. (2006). Cognitive Therapy for Depression. *American Family Physician*, 73 (1), 83-86.
- Russell-Mayhew, S. (2007). Eating Disorders and Obesity as Social Justice Issues: Implications for Research and Practice. *Journal for Social Action in Counseling and Psychology*, 1 (1), 1-13.
- Sá, E. (2008). Comissão Proteger. Comunicação apresentada no 1º Encontro da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo, Covilhã, Portugal.
- Sabia, R. V., Santos, J. E. & Ribeiro, R. P. (2004). Efeito da atividade física associada à orientação alimentar em adolescentes obesos: comparação entre o exercício aeróbio e anaeróbio. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 10 (5), 349, 355.
- Safford, S. M., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., & Crossfield, A. G. (2007). Negative cognitive style as a predictor of negative life events in depression-prone individuals: A test of the stress generation hypothesis. *Journal of Affective Disorders*, 99 (2), 147–154.
- Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I., & Jorge, Z. (1999). *Doenças do Comportamento Alimentar, Manual para o Clínico Geral – Prémio Bial de Medicina Clínica 1998*. Edições ASA.

- Santos, M. A. (2006). *Sofrimento e Esperança: Grupo de Pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosas*. Medicina, Ribeirão Preto, 39 (3), 386-402.
- Santos, A. D., Battochio, A. P., Silva, C. R., Rugulo, L. M. & Coelho, C. A. (2003). Repercussões tardias dos distúrbios nutricionais intra-uterinos e neonatais. *Pediatria*, 25 (1/2), 43-50.
- Sayegh, F. (2007). Influência da Obesidade na Intimidade dos Relacionamentos entre pares na Adolescência. *Picopedagogia - Educação e Saúde Mental* [On Line], 1-7. Retirado de <http://www.picopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?entrID=914> a 30 de Outubro de 2007.
- Sauvé, C. (2006). *Domesticar a hiperactividade e o défice de atenção*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Schoen-Ferreira, T. H., Aznar-Farias, M. & Silves, E. M. (2003). A construção da identidade em adolescentes: um estudo exploratório. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), 107-115.
- Schoen-Ferreira, T. H., Marteleto, M. F., Medeiros, E., Fisberg, M., & Aznar-Farias, M. (2007). Levantamento de enurese noturna no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 17 (2), 31-36.
- Seixas, S. R. (2006). *Comportamentos de Bullying entre Pares: Bem-estar e Ajustamento escolar*. Tese de Doutoramento. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Sharabany, R. (1994). Intimate Friendship Scale: Conceptual Underpinnings, Psychometric Properties, and Construct Validity. *Journal of Social and Personal Relationships*, 11 (3), 449-469.
- Sharabany, R., Eshel, Y., & Hakim, C. (2007). Boyfriend, Girlfriend in a Traditional Society: Parenting Styles and Development of Intimate Friendships Among Arabs in School. *International Journal of Behavioral Development*, 32 (1): 66- 75.
- Shreeram, S., He, J., Kalaydjian, A.M Brothers, S., Merikangas, K., & Kathleen, R. (2009). Prevalence of Enuresis and Its Association With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among U.S. Children: Results From a Nationally Representative Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48 (1), 35-41.
- Silva, K, S., Nahas, M. V., Hoefelmann, L. P., Lopes, A. S., & Oliveira, E. S. (2008). Associações entre actividade física, índice de massa corporal e comportamentos sedentários em adolescentes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11 (1), 159-168.
- Silva, A. I., Perez, R. F., Fernandes, L. C. (2007). Índice de Massa Corporal e Perímetro da Cintura de Árbitros de Futebol da CBF. *Revista de Educação Física*, 18 (1), 41-47.
- Simões, D. & Meneses, R. (2007). Auto-Conceito em Crianças Com e Sem Obesidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 246-251.

- Sisto, F., Bartholomeu, D., Rueda, F., & Fernandes, D. (2004). Auto-conceito e emoções. In C. Machado, L. S. Almeida, M. M. Gonçalves & V. Ramalho (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (Vol. 10, pp. 68-74). Braga, Portugal: Psiquilíbrios.
- Sousa, P. M. (2008). Body-Image and Obesity in Adolescence: A Comparative Study of Social-Demographic, Psychological, and Behavioral Aspects. *The Spanish Journal of Psychology*, 11 (2), 551-563.
- Souza, I., Serra, M. A., Mattos, P., & Franco, V. A. (2001). Comorbilidade em crianças e adolescentes com transtorno do deficit de atenção. *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 59 (2), 401-406.
- Souza, D. P., Silva, G. S., Oliveira, A. M. & Shinohara, N. K. (2007). Etiologia da obesidade em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 22 (1), 72-6.
- Steinbeck, K. (2007). Adolescent overweight and obesity - How best to manage in the general practice setting *Australian Family Physician*, 36 (8), 606-612.
- Tamayo, A., Campos, A. P., Matos, D., Mendes, G., Santos, J. & Carvalho, N. (2001). A influência da Atividade Física Regular sobre o Auto-conceito. *Estudos de Psicologia*, 6 (2), 157-165.
- Temple, J. L., Giacomelli, A. M., Kent, K. M., Roemmich, J. N. & Epstein, L. H. (2007). Television watching increases motivated responding for food and energy intake in children. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 85 (2), 355-361.
- Tomain, M. C. (2007). *Imagem corporal, comportamentos alimentares e autoconceito de pré-adolescentes com sobrepeso, obesos e não obesos*. Retirado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-26062007-135106/>, a 15 de Março de 2009.
- Toren, P., Ratner, S., Laor, N., Lerer-Amisar, D., & Weizman, A. (2005). A possible antienuretic effect of roboxetine in children and adolescent with attention deficit/hyperactivity disorder: case series. *Neuropsychobiology*, 51 (4), 239-242.
- Torres, S., Guerra, M. P., Lencastre, L., Williamson, D. A., & Roma-Torres, F. V. (2008). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa da Entrevista de Diagnóstico das Perturbações do Comportamento Alimentar-IV (IDED-IV) Específica para a Anorexia Nervosa. *Arquivos de Medicina*, 22 (4/5), 113-119.
- Van Hoecke, E., Baeyens, D., Walle, J. V., Hoebeke, P. & Roeyers, H. (2003). Socioeconomic status as a common factor underlying the association between enuresis and psychopathology. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 24 (2), 109-114.
- Van Hoecke, E., Baeyens, D., Vanden, B. H., Hoebeke, P., & Vande, W. J. (2007). Early detection of psychological problems in a population of children with enuresis: construction and validation of the Short Screening Instrument for Psychological Problems in Enuresis. *The Journal of Urology*, 178 (6), 2611- 2615.
- Van Hoecke, E., Fruyt, F., Clercq, B., Hoebeke, P., & Walle, J. V. (2006). Internalizing and Externalizing Problem Behavior in Children with Nocturnal and Diurnal Enuresis: A

- Five-Factor Model Perspective. *Journal of Pediatric Psychology* 31 (5), 460–468.
- Vasconcelos, M. A., & Lima, E. M. (2004). Enurese Noturna Primária Monossintomática. *Textos científicos Sociedade Mineira de Pediatria*. Retirado de http://www.smp.org.br/atualizacao/download/nefrologia_pediatria.pdf, a 23 de Abril de 2008.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*, 4 (20), 611-624.
- Vieira, M. F., Araújo, C. L., Neutzling, M. B., Hallal, P. C., & Menezes, A. M. (2007). Diagnosis of overweight and obesity in adolescents from the 1993 Pelotas Birth Cohort Study, Rio Grande do Sul State, Brazil: comparison of two diagnostic criteria. *Caderno de Saúde Pública*, 23 (12), 2993-2999.
- Vieira, M. A., Atihê, R. D., Soares, R. C., Damiani, D. & Setian, N. (2004). Adesão inicial ao tratamento de adolescentes obesos em programas de redução de peso. *Pediatria*, 26 (4), 240-246.
- Vital, M., & Hazin, I. (2008). Avaliação do desempenho escolar em matemática de crianças com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH): um estudo piloto. *Ciências & Cognição*, 13 (3), 19-36.
- Wang, F. & Veugelers, P. J. (2008). Self-esteem and cognitive development in the era of the childhood obesity epidemic. *International Association for the Study of Obesity*, 1-9. Retirado de: http://consultingservices.epsb.net/08_09DAYS/OR_2008_self%20esteem_learning_obesity.pdf, a 16 de Março de 2009.
- Wardle, J. & Cooke, L. (2005). The impact of obesity on psychological well-being. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 19 (3), 421-440.
- Wilson, B. A., & Kritsonis, W. A. (2008). Hierarchical Self-Esteem And the Relationship to Bariatric Surgery. *The Lamar University Electronic Journal of Student Research*. Retirado de <http://dept.lamar.edu/1ustudentjnl/VOLUME%208/doctoral%20research/National%20Crisis.%20The%20Educational%20Achievement%20Gap%20Between%20High%20and%20Low%20SocioEconomic%20Students.pdf>, 16 de Março de 2009.
- Windsor, T. D., Anstey, K. J., Butterworth, P., & Rodgers, B. (2008). Behavioral approach and behavioral inhibition as moderators of the association between negative life events and perceived control in midlife. *Personality and Individual Differences*, 44 (11), 1080–1092.
- Woringer, V. & Schütz, Y. (2004). Obésité en Suisse - Percentiles d'indice de masse corporelle (IMC) d'une population d'enfants et d'adolescents nés en 1980 à Lausanne et écart avec les normes suisses (1955). *Paediatrica*, 15 (2), 22-24.
- Yang, H., Chiu, Y., Soong, W., & Chen, W. (2008). The Roles of Personality Traits and Negative Life Events on the Episodes of Depressive Symptoms in Nonreferred Adolescents: A 1-Year Follow-Up Study. *Journal of Adolescent Health*, 42 (2) 378–385.

Anexos

Anexo 1. Hospital Pêro da Covilhã



Anexo 2. Consultas Externas de Especialidade do CHCB

-Anestesia	-Estudo do Sono	
-Apoio Dador de Sangue	-Fisiatria	
-Apoio Plasmaferese	-Gastro	
-Alcoologia	-Alergologia Pediátrica	-Consulta de Coagulação
-Cardiologia	-Consulta de Desenvolvimento	-Hepatologia
-Cardiologia-Pace	-Psiquiatria	-Hipertensão/Dislipidémias
-Cardiologia Pediátrica	-Psicologia	-Imunoalergologia
-Cirurgia Cardio-Toracica	-Pedopsiquiatria	-Imunohemoterapia
-Cirurgia Geral	-Planeamento Familiar/	-Medicina Interna
-Cirurgia Dermatológica	Obstetrícia	-Medicina Intensiva
-Cirurgia Plástica	-Pneumologia	-Medicina Paliativa
-Consulta da Dor	-Urologia	-Nefro-Urologia Pediátrica
-Consulta Risco Neonatal	-Consulta de Doença	-Neurologia
-Consulta de Imunidade	-Infantil Intestinal	-Nutrição e Dietética
-Dermatologia	-Ginecologia	-Obstetrícia
-Dermatologia	-Ginecologia/ Colposcopia	-Diagnóstico Pré-Natal
-Pediátrica	-Consulta da Menopausa	
-Diabetes	-Hematologia	
-Diabetes Ocular		
-Estomatologia		