



Universidade da Beira Interior

Departamento de Psicologia e Educação

Relatório de Estágio realizado no Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar da Cova da Beira (Covilhã) e actividades levadas a cabo no Lar da Santa Casa da Misericórdia (Alijó), submetido como requisito para a obtenção do Grau de Mestre (2º Ciclo) em Psicologia

MARTA SOFIA LOURENÇO TEIXEIRA

COVILHÃ

2009

Dissertação realizada sob orientação do Professor Doutor Luís Maia apresentada à Universidade da Beira Interior para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia, registado na DGES sob o número R/B – CR – 342/2007

AGRADECIMENTOS

No fim desta etapa lembramos os momentos bons, e os menos bons e, até, os maus. Em todos eles aprendemos e nos formámos sendo por isso que não lamento as fases menos boas.

Inicialmente estive reticente quanto ao mestrado, depois entusiasmei-me e depois, gradualmente, fui perdendo o ânimo porque se revelou mais complexo do que parecia inicialmente. Terminei este relatório feliz e muito agradecida a todos quantos me ajudaram e contribuíram para que este trabalho fosse possível: aos amigos que amparavam as quedas, à família que estava sempre por perto, aos técnicos com quem directa, ou indirectamente, colaborei para obter este resultado final, e às pessoas que generosamente se deixaram ser entrevistados e avaliados a troco de cinco minutos de conversa. Agradeço ainda aos professores que durante toda a formação partilharam comigo o seu saber. O meu muito obrigada ao meu orientador, Professor Doutor Luís Maia.

Obrigada e bem-hajam.

ÍNDICE GERAL

	Página
Introdução	1
Nota Introdutória	2
Casos Clínicos	5
Avaliação Psicológica: Estudos de Caso	60
1. Estudo de caso: jovem do sexo masculino com Perturbação de Pânico e Perturbação Dismórfica Corporal	61
1.1 Informação clínica do doente	61
1.2 Enquadramento teórico	69
1.3 Avaliação realizada	82
1.4 Discussão do caso	86
1.5 Considerações finais	93
2. Estudo de caso: jovem do sexo masculino com Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social)	95
2.1 Informação clínica do doente	95
2.2 Enquadramento teórico	100
2.3 Avaliação realizada	109
2.4 Discussão do caso	115
2.5 Considerações finais	120
3. Estudo de caso: adulto do sexo masculino com Perturbação da Excitação (Disfunção Erétil)	122
3.1 Informação clínica do doente	122
3.2 Enquadramento teórico	123
3.3 Avaliação realizada	129
3.4 Discussão do caso	130
3.5 Considerações finais	132

Intervenção Psicológica: Estudos de caso	135
1. Estudo de caso: adulto do sexo feminino com Perturbação de Pânico	136
1.1 Informação clínica do doente	136
1.2 Enquadramento teórico	139
1.3 Intervenção realizada	144
1.4 Discussão do caso	148
1.5 Considerações finais	150
2. Estudo de caso: adulto do sexo feminino com Perturbação de Humor secundária a um estado físico geral (Fibromialgia)	152
2.1 Informação clínica do doente	152
2.2 Enquadramento teórico	153
2.3 Intervenção realizada	169
2.4 Discussão do caso	171
2.5 Considerações finais	173
3 Estudo de caso: adulto do sexo feminino, gestante, com sintomatologia ansiosa e depressiva	175
3.2 Informação clínica do doente	175
3.2 Enquadramento teórico	180
3.3 Intervenção realizada	184
3.4 Discussão do caso	187
3.5 Considerações finais	194
Investigação	196
Introdução	197
Metodologia	204
Análise estatística	206
Discussão dos Resultados	225
Conclusões	230

Reflexão Crítica	231
Referências Bibliográficas	234
Anexos	259

ÍNDICE DOS QUADROS

	Página
Quadro 1: Síntese dos casos clínicos com os quais a estagiária contactou durante o ano de estágio.	5
Quadro 2: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 7 sessões de D ¹ .	6
Quadro 3: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 5 sessões de D ² .	8
Quadro 4: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 4 sessões de D ³ .	10
Quadro 5: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 9 sessões de D ⁴ .	19
Quadro 6: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 6 sessões de D ⁵ .	14
Quadro 7: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 3 sessões de D ⁶ .	16
Quadro 8: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões de D ⁷ .	18
Quadro 9: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões de D ⁹ .	18
Quadro 10: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 3 sessões de D ¹¹ .	20
Quadro 11: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões de D ¹⁴ .	22
Quadro 12: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 4 sessões de D ¹⁷ .	23
Quadro 13: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões de D ¹⁹ .	25

Quadro 14: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões de D ²⁰ .	25
Quadro 15: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 4 sessões de D ²¹ .	26
Quadro 16: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 8 sessões de D ²³ .	28
Quadro 17: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 6 sessões de D ²⁴ .	32
Quadro 18: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 3 sessões de D ²⁷ .	34
Quadro 19: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 8 sessões de D ²⁸ .	36
Quadro 20: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 5 sessões de D ³⁰ .	38
Quadro 21: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 5 sessões de D ³⁴ .	40
Quadro 22: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 9 sessões de D ³⁵ .	42
Quadro 23: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 5 sessões de D ³⁷ .	44
Quadro 24: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 4 sessões de D ³⁸ .	46
Quadro 25: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 5 sessões de D ³⁹ .	47
Quadro 26: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 5 sessões de D ⁴⁰ .	50
Quadro 27: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 3 sessões de D ⁴¹ .	51
Quadro 28: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões de D ⁴² .	52
Quadro 29: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 3 sessões de D ⁴³ .	53

Quadro 30: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões de D ⁴⁴ .	54
Quadro 31: Instrumentos aplicados a D ²² e interpretação dos resultados.	82
Quadro 32: Instrumentos aplicados a D ³² e interpretação dos resultados.	109

ÍNDICE DAS TABELAS

	Página
Tabela 1: Estatística descritiva da variável idade.	206
Tabela 2: Estatística descritiva da variável sexo de acordo com a idade.	206
Tabela 3: Estatística descritiva da variável institucionalização de acordo com a variável sexo.	207
Tabela 4: Estatística descritiva da variável institucionalização de acordo com a variável idade.	207
Tabela 5: <i>Teste-t</i> para cálculo das diferenças médias das idades de acordo com a institucionalização.	207
Tabela 6: Estatística descritiva das variáveis escolaridade e estado civil.	208
Tabela 7: Estatística descritiva da variável escolaridade categorizada em 2 de acordo com a variável idade.	208
Tabela 8: Estatística descritiva das variáveis reforma e autonomia.	208
Tabela 9: Tabela de dupla entrada para as variáveis institucionalização e autonomia no dia-a-dia.	209
Tabela 10: <i>Chi-quadrado</i> das diferenças no que respeita a variável autonomia no dia-a-dia tendo em conta a variável institucionalização.	209
Tabela 11: Tabela de dupla entrada para as variáveis institucionalização e autonomia no dia-a-dia.	210
Tabela 12: <i>Chi-quadrado</i> das diferenças no que respeita a variável depressão tendo em conta a variável autonomia.	210
Tabela 13: Tabela de dupla entrada para as variáveis deterioro cognitivo e autonomia no dia-a-dia.	211

Tabela 14: <i>Chi_quadrado</i> das diferenças no que respeita a variável presença de deterioro cognitivo de acordo com a variável autonomia no dia-a-dia.	212
Tabela 15: Tabela de dupla entrada para as variáveis pontuação global no MMSE e pontuação global na GDS de acordo com a variável categorias etárias.	213
Tabela 16: <i>Teste-t</i> para cálculo das diferenças médias da variável pontuação global do MMSE de acordo com a variável categorias etárias.	214
Tabela 17: <i>Teste-t</i> para cálculo das diferenças médias da variável pontuação global do MMSE de acordo com a variável institucionalização.	215
Tabela 18: Tabela de dupla entrada para as variáveis orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem, habilidade construtiva e pontuação global do MMSE de acordo com a variável escolaridade.	217
Tabela 19: <i>Teste-t</i> para cálculo das diferenças médias das variáveis orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem, habilidade construtiva e pontuação global do MMSE de acordo com a variável escolaridade.	218
Tabela 20: Correlação de <i>pearson</i> entre as variáveis escolaridade e pontuação global no MMSE.	219
Tabela 21: Correlação de <i>pearson</i> entre as variáveis idade e pontuação global no MMSE.	220
Tabela 22: Estatística descritiva da variável deterioro cognitivo de acordo com a variável pontuação no MMSE.	220
Tabela 23: Tabela de dupla entrada para as variáveis deterioro cognitivo de acordo com a variável institucionalização.	221
Tabela 24: <i>Chi_quadrado</i> das diferenças no que respeita a variável presença de deterioro cognitivo tendo em conta a variável institucionalização.	222
Tabela 25: Estatística descritiva da variável categorias de depressão (de acordo com a GDS).	223
Tabela 26: Estatística descritiva da variável pontuação global da GDS de acordo com a variável institucionalização.	223
Tabela 27: Estatística descritiva da variável pontuação global da GDS de acordo com a variável sexo.	223
Tabela 28: Tabela de dupla entrada para as variáveis sexo e depressão.	224
Tabela 29: <i>Chi_quadrado</i> das diferenças no que respeita a variável depressão de acordo com a variável sexo.	224

Tabela 30: Correlação de *pearson* entre as variáveis escolaridade e pontuação global na GDS.

225

ÍNDICE DOS ANEXOS

Anexo 1: Quadros ilustrativos das sessões, número de pacientes e actividades desenvolvidas durante o estágio.

Anexo 2: Registo de Auto Monitorização.

Anexo 3: Esquema explicativo da Perturbação de Pânico.

Anexo 4: Esquema idiossincrático explicativo da Perturbação de Pânico.

Anexo 5: Esquema idiossincrático explicativo da Fobia Social.

Anexo 6: Entrevista para avaliação da Disfunção Sexual.

Anexo 7: *Tender points*. Imagem retirada de Polo e Medivil (2006), pp. 18.

Anexo 8: Espiral da depressão.

Anexo 9: Formação das ideias, relação entre ambiente, pensamentos e humor.

Anexo 10: Horário de Actividades Semanais.

Anexo 11: Esquema para a identificação e alteração de erros de processamento.

Anexo 12: Exercício do gráfico em forma de tarte.

Anexo 13 : Exemplo da Técnica *Continuum*.

INTRODUÇÃO

Neste relatório está presente produto de 2 anos de trabalho sério na área da Psicologia Clínica. É um trabalho realizado por uma técnica que se encontra no início da sua actividade e que quer, desesperadamente, aprender e contribuir para que a Psicologia ganhe o seu lugar demonstrando o seu valor na área clínica e da saúde.

O trabalho é extenso, sim é um facto, mas não se poderá dizer que não cumpri as regras pois, se me cingisse às 100 páginas, não seria possível abordar os casos como abordei, nem mostraria o meu trabalho. Assim, sacrifiquei o tamanho pelo interesse e pela riqueza na abordagem dos casos.

Este relatório é composto por três grandes áreas: Avaliação Psicológica; Intervenção Psicológica; e Investigação. O grande objectivo é demonstrar que possuo competências nestas três áreas de forma a obter o grau de Mestre em Psicologia.

Inicialmente refiro os contextos de trabalho que suportam este relatórios e logo depois apresento um apanhado geral dos casos clínicos com os quais contactei, da forma mais clara e sintética possível, onde refiro as áreas problemáticas, a evolução dos doentes e a intervenção realizada.

No capítulo destinado à Avaliação Psicológica são apresentados três casos clínicos distintos onde se explica as histórias clínicas de cada um deles e se refere o que foi realizado em termos de avaliação. Para suporte das actividades realizadas existe uma componente teórica.

No que concerne a Intervenção Psicológica, esta segue os mesmo moldes que a avaliação, sendo, então, paralelamente às histórias clínicas e à componente teórica, explicados alguns dos procedimentos de intervenção realizados.

O capítulo final dedica-se à investigação. A investigação aqui presente é subordinada ao tema “*Deterioro Cognitivo e Depressão: diferenças entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*” e pretendeu verificar se existem diferenças entre os idosos de acordo com a institucionalização.

Este trabalho encerra com uma reflexão crítica sobre o trabalho mas, mais ainda, sobre o meu trabalho e como me senti em relação às minhas tarefas e desafios.

Espero que com este meu relatório possa dar o seu contributo, embora pequeno, para a Psicologia e para o seu exercício em Portugal e que a vossa leitura destes textos seja tão prazerosa e enriquecedora como foi para mim a sua elaboração.

NOTA INTRODUTÓRIA

Este relatório é fruto de dois anos de trabalho no âmbito da avaliação, intervenção e investigação na área da Psicologia. A base das primeiras duas partes do relatório (avaliação e intervenção psicológica) foi ano de estágio no Centro Hospitalar da Cova da Beira. Os casos apresentados nestas secções foram seleccionados de uma vasta panóplia de casos (apresentados nesta nota introdutória) sendo que a minha escolha recaiu sobre os casos mais relevantes e ricos do ponto de vista psicopatológico tentando, ainda, mostrar que o meu trabalho abrangeu vários quadros nosológicos. A elaboração do relatório assim como a investigação ocorreu, fundamentalmente, no segundo ano de trabalho. Neste ano revi fichas de doentes, instrumentos aplicados assim como técnicas utilizadas. Esta tarefa revelou-se extremamente rica e árdua uma vez que foi necessário relembrar e rever informação, refazer relatórios, integrar informação e recorrer a muita (muita mesmo) persistência e *suor*. A esta actividade acrescentou-se, ainda, a elaboração da investigação (que apresento na parte final deste relatório) que comportou pesquisa bibliografia e recolha de amostra. Esta investigação foi realizada, de base, durante este ano de forma a alargar os meus conhecimentos e competências pois queria ir além dos trabalhos efectuados no Seminário de Investigação. Como profissional licenciada levei a cabo este novo estudo, de acordo com interesses pessoais e institucionais, que me absorveu no período de 2008/09 e que aqui apresento.

Os casos clínicos aos quais recorro para fundamentar e justificar as aptidões de avaliação e intervenção psicológica, condições necessárias para a obtenção do *Grau de Mestre* de acordo com o *Regulamento da UBI*, foram recolhidos durante o estágio curricular que teve lugar no Departamento de Psiquiatria do Centro Hospitalar da Cova da Beira. Este estágio teve a orientação da Dra. Paula Carvalho e decorreu entre 15 de Outubro de 2007 e 19 de Junho de 2008. A minha prática clínica foi supervisionada por três psicoterapeutas do referido serviço sendo que grande parte da minha actividade foi como observador participante.

O meu estágio neste centro hospitalar decorreu na Consulta Externa de Psicologia no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Este departamento, cujas instalações se inauguraram a 26 de Setembro de 2007, destina-se a fornecer cuidados de saúde mental a adultos dos concelhos da Covilhã, Fundão, Belmonte e Penamacor. Estes cuidados passam por: Consulta Externa de Psiquiatria, Consulta Externa de Psicologia, Hospital Dia, Terapia Ocupacional, Internamento (com 18 camas), Assistência Social, Serviço de Enfermagem.

Este serviço realiza, todas as quartas-feiras de manhã uma visita domiciliária aos doentes para realizar o decanoacto que conta com a presença de uma enfermeira e de uma assistente social.

Neste serviço existem: quatro médicos psiquiatras; dois internos de psiquiatria; três psicólogas clínicas; uma terapeuta ocupacional; uma assistente social; três administrativos; 15 auxiliares e 17 enfermeiros.

Para a realização da investigação estive em contacto com uma outra instituição, a Santa Casa da Misericórdia de Alijó. A Santa Casa da Misericórdia de Alijó é uma IPSS cuja missão é o apoio social especialmente na infância e na terceira idade.

Esta instituição possui várias valências: uma unidade de cuidados continuados integrados, serviço de apoio domiciliário, creche, farmácia e um lar da 3ª idade que fornece alojamento, alimentação, cuidados de higiene e conforto e desenvolve actividades que fomentam o convívio, proporcionando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos seus utentes. Ao serviço do lar estão: uma directora técnica, pessoal administrativo, um médico (em regime de prestação de serviços), uma técnica superior de animação sociocultural, 2 cozinheiras, 1 ajudante familiar, 6 trabalhadoras auxiliares, 1 encarregada geral, 9 ajudantes de lar, e 2 enfermeiras voluntárias. Esta instituição tem acordo de cooperação para 59 utentes e as vagas estão todos preenchidas.

Durante o estágio tive a orientação de 3 psicoterapeutas (às quais atribuo uma designação abstracta: A, B e C). Atribuí a designação de **D** a cada doente e numerei-os de forma a não repetir iniciais que podiam confundir o leitor.

Com a terapeuta A foi-me possível assistir a consultas de seguimento dos casos que julgámos mais relevantes para a minha aprendizagem, a psicoterapia desde o seu início tendo, ainda, assumido 3 dos pacientes atribuídos a esta terapeuta. Desta feita, assisti a consultas de seguimento de 21 pacientes e a 11 casos desde o seu início num total de 32 casos.

Por intermédio da terapeuta B pude contactar com 9 pacientes autonomamente (**D**³³ a **D**⁴¹) contando com a supervisão e apoio técnico desta profissional. Destes 9 pacientes irei apresentar, nesta nota introdutória, apenas 7 uma vez que os pacientes **D**³³ e **D**³⁶ serão apresentados no capítulo Avaliação Psicológica e Intervenção Psicológica respectivamente.

A terapeuta C permitiu-me estar presente em consultas de 10 pacientes (desde o início da avaliação) (**D**⁴² a **D**⁵¹) onde desempenhei, fundamentalmente o papel de observador.

Terminei o seguimento dos casos por dois motivos: primeiro porque as primeiras consultas foram-se sobrepondo aos pacientes antigos e não consegui continuar o acompanhamento destes últimos; e porque terminei o meu período de estágio (a 19 de Junho de 2008).

De seguida são apresentados os casos clínicos com os quais contactei no ano de 2007/2008. Apresento uma caracterização breve acerca de cada um dos casos assim como os procedimentos terapêuticos e áreas problemáticas. Grande número das problemáticas e conteúdo das sessões são apresentados em quadros por considerar ser esta a forma mais adequada de exhibir a informação sem se tornar repetitiva.

CASOS CLÍNICOS

De seguida serão apresentados os casos clínicos com os quais a estagiária contactou durante o estágio. Para que o leitor perceba com mais facilidade o trabalho desenvolvido, foi construído um quadro que esquematiza as actividades realizadas (quadro 1. Para informação mais detalhada ver anexo 1).

Quadro 1: Síntese dos casos clínicos com os quais a estagiária contactou durante o ano de estágio.

Actividades	Nº de casos clínicos	Nº de sessões	Nº estimado de horas
Acompanhamento de casos clínicos de seguimento	21	62	62
Acompanhamento de casos clínicos desde a primeira consulta	18	68	68
Acompanhamentos levados a cabo pela estagiária	12	77	77
Preparação de consultas e elaboração de relatórios			207
Reuniões clínicas			30
	Total de horas		444

Dos casos que acompanhei com a terapeuta A, em 29 assumi o papel de co-terapeuta (casos **D¹** até **D²⁹**) e 3 assumi autonomamente (**D³⁰** até **D³²**). Os casos **D²²** até **D²⁹** foram pacientes que assisti desde o início do seu acompanhamento. Nos casos de seguimento era solicitado aos pacientes que referisse o motivo do seu acompanhamento.

No primeiro caso de seguimento, **D1¹**, o doente (do sexo feminino) apresentava um quadro clínico de **Perturbação de Personalidade Histriónica** e pude estar presente em 8 consultas. Esta doente é casada e tem uma filha que tem problemas de adição (assim como o seu companheiro). **D¹** reside com o seu marido, no Distrito de Castelo Branco, é doméstica, tem 46 anos e realiza trabalhos de bordados, participando em exposições e feiras.

Nas consultas a doente apresenta-se com vestuário e apresentação cuidados, de acordo com a idade e estatuto sócio-económico, consciente e orientada no tempo e no espaço auto e alo psicicamente. O seu humor parece distímico, não exhibe alterações do comportamento motor nem de memória ou da linguagem contudo, parece apresentar alterações ao nível do conteúdo do pensamento, do *insight* e julgamento uma vez que se mostra alheia ao facto de ter um problema de personalidade e de relacionamento com os outros devido a esquemas disfuncionais e padrões rígidos de funcionamento que parecem ser reforçados por uma atitude, alegadamente, protectora e preocupada do cônjuge.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 7 sessões são apresentados no quadro 2.

Quadro 2: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 7 sessões de **D¹**.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	15 Out. 2007	Foi solicitado à doente que justificasse a razão do seu acompanhamento psicoterapêutico sendo que D¹ referiu que este ocorreu numa tentativa de suicídio.	
2	05 Nov. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humor distímico e falta de motivação (“<i>ando triste</i>” (sic) “<i>ando por andar</i>” (sic); 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Reestruturação cognitiva</u> – para debater as suas crenças rígidas e disfuncionais e para

¹ Utilizar-se-á a designação de D para doente sendo que D1 destinar-se-á a identificar o doente 1 e assim sucessivamente.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conflitos familiares (com o pai e irmã); ▪ Ambivalência em relação à proximidade com filha toxicodependente; ▪ Apresenta crenças disfuncionais do tipo “ninguém me dá valor” e “abusam de mim”. 	<p>gerar pensamentos racionais alternativos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Planeamento de actividades de mestria e prazer</u> – a doente faz bordados e expõe em feiras e este seu <i>hobbie</i> é encorajado.
3	20 Nov. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Auto-percepção de vitimização e de abuso (refere que os outros só se aproximam dela para se aproveitarem dela, nomeadamente a filha para pedir dinheiro para o consumo de drogas; e os pais que diz que a atenção é dirigida para a outra irmã e a ela somente recorrem para os levar às consultas e tratamentos). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação de explicações alternativas para os factos descritos pela doente.
4	17 Dez. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humor distímico e choro fácil. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Ventilação emocional.</u>
5	21 Jan. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humor distímico. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Reestruturação cognitiva</u> (pois é a sua estrutura de funcionamento e ao seu esquema de desconfiança abuso).
6	03 Mar. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Resistência à reestruturação (pois a paciente mantém o seu padrão de funcionamento desadequado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Reestruturação cognitiva.</u>

		através do processo de <u>manutenção do esquema</u>).	
7	14 Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humor distímico e choro fácil provocada pela preparação do luto (pai com doença oncológica terminal); ▪ Conflitos com a irmã por percepção de falta de interesse da irmã para com o pai e consequente sobrecarga sua. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Terapia de suporte e ventilação emocional</u> – que permite que a doente verbalize os seus sentimentos em ambiente protegido.

No segundo caso de seguimento, **D²**, o doente (do sexo feminino) apresentou um quadro clínico de **Perturbação do Comportamento Alimentar** (quadro devido qual iniciou o acompanhamento mas que parece ter já entrado em remissão) e apresenta, actualmente, um **esquema de abandono/perda** que pauta o seu estilo relacional, especialmente com indivíduos do sexo oposto. Pude estar presente em 6 consultas.

D² tem 18 anos, estuda no 12º ano no concelho da Covilhã, onde reside com o pai e a mãe. Esta doente apresenta-se às consultas com vestuário adequado à sua idade e estatuto sócio-económico, orientada no tempo e no espaço auto e alo psicologicamente. O seu humor parece eutímico, não exhibe alterações do comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção, memória, *insight* e julgamento.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das sessões são apresentados no quadro 3.

Quadro 3: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 5 sessões de **D²**.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	22 Out. 2007	A doente referiu os motivos do seu acompanhamento. Refere dificuldade em estabelecer relações significativas por medo de rejeição. Iniciou um relacionamento afectivo mas denota algum receio em assumir esta relação “ <i>nunca tive nada assim</i> ”	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Explicação de formas de estudo para as diferentes disciplinas.

		(sic). <ul style="list-style-type: none"> ▪ D² frequenta o 11º ano e diz sentir algumas dificuldades no que concerne a organização e planificação do estudo. 	
2	31 Out. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A paciente percebe abandono sempre que o rapaz com quem tem um relacionamento não a convida para sair. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar em que medida não convidar significa rejeitar. Procurar explicações alternativas para esse facto (<u>criação de pensamentos racionais alternativos</u>); ▪ <u>Role-play</u> – no sentido de treinar uma conversa para confrontar o namorado com o que sente pelo seu afastamento.
3	14 Nov. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humor distímico (diz sentir-se “<i>um bocado triste, mas já estou habituada</i>” (sic)) devido a internamento da mãe que é doente bipolar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A doente parece estar a flexibilização de crenças o que é debatido em consulta.
4	05 Dez. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preocupação acerca da doença da mãe e do importante papel que irá assumir relativo ao controle da medicação da progenitora. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicoeducação acerca da importância da toma da medicação e instrução (com o apoio do psiquiatra) da forma como o fazer.
5	23 Dez. 2007		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação e discussão da toma da medicação pela mãe e do seu papel como tutora.
6	23 Jan. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preocupação com o facto do pai se descomprometer com o tratamento da mãe; ▪ Fruto desta situação refere 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de um plano alimentar; ▪ Discussão sobre a possibilidade de confrontar o pai

		<p>“fui-me um bocado abaixo” (sic);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Retorno ao problema do comportamento alimentar (ingestão compulsiva). 	<p>com o que percebe a desta situação.</p>
--	--	---	--

Foi-me possível assistir ao acompanhamento de um doente (do sexo feminino), **D³**, cujas queixas se relacionavam com **conflitos conjugais, humor distímico e episódios de compulsão alimentar** (estes últimos parecem ter entrado em remissão). Mais tarde iniciou-se uma preparação para o **luto** do pai que sofria de doença grave. Esta paciente apresentava-se consciente e sem alterações visíveis ao nível do comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção, memória, *insight* e julgamento. Exibiu, várias vezes, humor distímico e choro fácil.

D² é educadora de infância de 48 anos (este algum tempo desempregada mas arranhou, recentemente, emprego), tem dois filhos, estudantes, que vivem consigo e com o seu marido no concelho da Covilhã. Na consulta apresenta-se com vestuário e aparência cuidada de acordo com a idade e estatuto sócio-económico.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das sessões são apresentados no quadro 4.

Quadro 4: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 4 sessões de **D³**.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	29 Out. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relacionamento conjugal (mas evita abordar desviando o foco da conversa) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ É incentivada a sua motivação no novo projecto laboral em que está envolvida (terminou a sua situação de desemprego). ▪ Salientou-se a importância de discutir aspectos do seu relacionamento conjugal pois recorre a uma estratégia de <i>coping</i> desadequada para lidar com este problema, o

			evitamento.
2	13 Nov. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas de comportamento do seu filho mais novo; ▪ Gastos excessivos do filho mais velho. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivada a colocação de limites e de regras na educação dos seus filhos.
3	04 Dez. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humor distímico por grave estado de saúde do seu pai. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Terapia de suporte e ventilação emocional.</u>
4	17 Dez. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humor distímico por grave estado de saúde do seu pai. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparação para o luto

O quarto paciente (do sexo feminino) com o qual lidei, **D⁴**, apresentava **Perturbação de Personalidade *Borderline***. Com esta doente estive presente em 9 consultas. Esta doente apresentava-se consciente e orientada, com aparência cuidada e adequada à idade. **D⁴** é divorciada, tem 42 anos, reside no concelho da Covilhã, com as 2 filhas, onde é funcionária administrativa.

Não parecia apresentar alterações ao nível do comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção e memória. Apresenta alterações ao nível do *insight* e julgamento. Apresenta humor lábil. Tem vestuário e aparência cuidada de acordo com a idade e estatuto sócio-económico.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das sessões são apresentados no quadro 5.

Quadro 5: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 9 sessões de **D⁴**.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	30 Out. 2007	A doente referiu vários internamentos por episódios depressivos major e um por actividade delirante. Verbalizou o seu percurso de vida que é pautado por relacionamentos amorosos instáveis e por medo de abandono.	

2	14 Nov. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D⁴ tem um relacionamento amoroso e mantém encontros com o ex-marido. ▪ A doente refere muita ansiedade causada por esta situação acrescentando que não é capaz de dizer não quando o ex-marido lhe faz um convite. ▪ Para diminuir a ansiedade recorre a compras de produtos supérfluos pondo em risco o sustento das suas filhas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Role-play</u> (para ensaiar o dizer não). ▪ Foram discutidas as implicações das compras e criadas soluções alternativas para lidar com a ansiedade.
3	06 Dez. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportamentos compulsivos (compras e ingestão alimentar). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Controlo de estímulos.</u>
4	13 Dez. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ D⁴ reflectiu sobre a sua compulsão de fazer compras e conclui que o faz quando se sente “<i>mais sozinha</i>” (sic). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicoeducação; ▪ Treino de resolução de problemas.
5	31 Jan. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportamentos compulsivos (compras e ingestão alimentar); ▪ Instabilidade e ansiedade provocada pelo envolvimento simultâneo com o namorado e com o ex-marido 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Controlo de estímulos;</u> ▪ Discussão sobre a atitude mais adequada a tomar face à sua vida amorosa; ▪ Explicação da função de evitamento de esquema deste padrão de relacionamento amoroso (para evitar a activação de esquema de abandono/perda).
6	04 Mar.	Continuação da sessão anterior.	

	2008		
7	25 Mar. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demonstra preocupação com a tristeza da filha que terminou o namoro; ▪ Refere dificuldade em terminar o relacionamento com o ex-marido e elevada ansiedade causada por esta situação. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussão acerca das implicações por estar envolvida em dois relacionamentos.
8	01 Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere que a sua vida profissional está a ser afectada pela relação com o ex-marido uma vez que D⁴ “<i>provavelmente por estar sempre a pensar no (ex-marido)</i>” (sic). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussão de formas adequadas para estar no trabalho; ▪ Ensino da estratégia de <u>paragem de pensamento</u>.
9	24 Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deseja testar-se a si própria e confrontar-se com o ex-marido e dizer-lhe que não quer nada com ele. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Role-play</u>.

O quinto doente com que pude contactar, **D**⁵, era do sexo masculino, tinha 53 anos, casado, com 3 filhas e residia, no distrito de Castelo Branco, com a esposa e a filha mais nova. Foi GNR e está, actualmente, reformado sendo que este facto precipitou o que se poderá considerar um quadro **somatoforme**.

Este doente apresenta-se às consultas acompanhado pela esposa (sem excepção) que muitas vezes monopoliza a conversa. **D**⁵ mostra-se consciente e orientado no tempo e no espaço, auto e alo psiquicamente, exhibe humor eutímico e, alegadamente, não mostra alterações do comportamento motor, linguagem, percepção e memória. Parece existir alterações a nível do conteúdo do pensamento, nomeadamente delírio somático pois acredita que o seu corpo não funciona normalmente (apesar de existirem exames médicos que mostram que nada existe de anómalo). De referir que **D**⁵ tem dificuldades auditivas. Este

doente apresenta-se com vestuário e aparência cuidada de acordo com a idade e estatuto sócio-económico.

As consultas são pautadas por constantes queixas somáticas “*tenho estalos na cabeça*” (sic), “*vista turva*” (sic), vertigens, dores de cabeça e desconforto abdominal. A sua farda de guarda, pelo seu valor afectivo e pela realidade que representa (reforma) causa-lhe desconforto e ansiedade referindo que evita vê-la.

Estes sintomas físicos e a sua tristeza pela sua reforma precoce (que levou a perder a sua rotina) geram ansiedade que é atenuada com ansiolíticos (o doente refere que quando se aproxima a hora da toma sente uma exacerbação dos sintomas que reduzem pouco tempo após a toma, o que sugere que a toma do medicamento, e não só a sua acção, tem efeito na redução da ansiedade).

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 6 sessões são apresentados no quadro 6.

Quadro 6: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 6 sessões de D⁵.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	30 Out. 2007	Foi solicitado ao doente que referisse os motivos do seu acompanhamento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação.</u>
2	14 Nov. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere como principal queixa “<i>o problema é sentir na cabeça tipo atordado</i>” (sic). Faz, novamente, alusão à presença de visão turva referindo “<i>quanto mais ocupado ando mais a vista me turva</i>” (sic) “<i>fico atrapalhado de não ter a visibilidade suficiente</i>” (sic). ▪ Em termos mnésicos o paciente refere um funcionamento, aparentemente, sem grandes anomalias “<i>eu de memória sinto-me mais ou menos bem</i>” (sic). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação:</u> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva</u> baseada na evidência no sentido de desconstruir possíveis crenças catastróficas acerca do sintoma e incitar a adopção de estratégias de distração assim como a realização de tarefas de mestria e prazer (o paciente gosta de ler e de ir à biblioteca, sendo este <i>hobbie</i> incentivado).

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ O símbolo da farda parece continuar a causar-lhe desconforto “<i>sinto-me nervoso</i>” (sic) referindo que “<i>ela (farda) têm me passado pela cabeça</i>” (sic) “<i>já me apercebo quando isso acontece</i>” (sic) e “<i>se estiver distraído já não me passa pela cabeça</i>” (sic) parecendo perceber e ser capaz de orientar o seu foco atencional para outros estímulos e verificando que a ansiedade, ao realizar este processo, não é capaz de lhe ser desconfortável. 	
3	19 Dez. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantém as queixas; ▪ Não percepciona melhoras apesar da sua esposa, e das terapeutas, verificarem evolução positiva e de lhe referirem o que melhorou. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Exposição</u> (foi solicitado ao doente que trouxesse a farda e se expusesse a esse estímulo de forma a verificar que a ansiedade e o seu desconforto atinge um pico e depois desce).
4	28 Fev. 2008		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Intenção Paradoxal</u> (é pedido que abane a cabeça para provocar sensação de vertigem e demonstrar que este tipo de sensações é sentido por todos e que não tem de ser patológico). De referir que as terapeutas realizaram o exercício solicitado ao doente.
5	03 Abr. 2008		<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>
6	09 Jun. 2008		

O sexto paciente (do sexo feminino), **D⁶**, apresenta **Perturbação Obsessivo-Compulsiva**. É casada, tem 45 anos, dois filhos, reside e trabalha (é empregada doméstica) no concelho da Covilhã.

Esta doente apresenta-se à consulta com vestuário e aparência cuidada de acordo com a idade e estatuto sócio-económico, consciente, orientada e com humor eutímico. Não parece exibir alterações a nível do comportamento motor, da linguagem, percepção e memória. Parece possuir *insight* e julgamento. Demonstra existirem alterações ao nível do conteúdo do pensamento pois existem obsessões e compulsões. Vem vestida de preto, de luto, pela morte da mãe que aconteceu recentemente.

Assisti a apenas 3 sessões desta doente uma vez que emergiu uma temática cuja discussão causava dor e desconforto pelo que esta pediu que eu não continuasse a assistir.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 3 sessões são apresentados no quadro 7.

Quadro 7: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 3 sessões de D⁶.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	07 No 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere padrões rígidos de funcionamento (que diz se terem flexibilizado um pouco com a terapia). 	
2	29 Nov. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere medo de se suicidar (parece apresentar pensamentos e medos obsessivos e irracionais – medo de se suicidar e de assassinar os filhos). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussão acerca das evidências que justifiquem o seu medo.
3	05 Dez. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Surge um novo tópico, um aborto espontâneo que sofreu; ▪ Sentimentos de tristeza associados a esta situação. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Ventilação emocional;</u> ▪ <u>Terapia de suporte.</u>

O sétimo paciente (do sexo feminino), **D⁷**, padece de *Lúpus Eritematoso* e apresenta **sintomatologia depressiva**. Esta doente parece possuir uma debilidade cognitiva (supõe-se, não averiguado por instrumento de avaliação da inteligência) pelo que não possui *insight* e

juízo. Apresenta-se à consulta consciente, orientado, com humor distímico e tem vestuário e aparência de acordo com a idade e estatuto sócio-económico. Não parece exibir alterações a nível do comportamento motor, do pensamento, da linguagem, percepção e memória.

Esta doente tem 31 anos, reside no concelho da Covilhã juntamente com o seu cônjuge e com a sua filha de 2 anos. Não tem nenhuma actividade profissional em virtude de ser reformada por invalidez.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões em que participei são apresentados no quadro 8.

Quadro 8: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões de D⁷.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	06 Nov. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A doente referiu os motivos deste acompanhamento. Diz ter lúpus e sentir-se triste pois a doença não lhe permite pegar a filha ao colo. O seu marido, refere não a apoiar na sua doença. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Terapia de suporte;</u> ▪ <u>Psicoeducação</u> (com o intuito de “ensinar” à doente que o facto de não poder pegar a filha ao colo não faz dela uma má mãe, como ela pensa.
2	22 Nov. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantém as mesmas queixas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Terapia de suporte.</u>

Ao doente **D⁸** (sexo feminino), foi-me só possível estar presente numa consulta. Esta doente apresentava um **Episódio Depressivo Major**. D⁸ pertence a uma família abastada que possui uma empresa e problemas nos negócios originaram dificuldades económicas o que parece ter levado à emergência deste quadro. Devido a esta alteração nas finanças familiares houve uma mudança acentuada nos hábitos da doente e no seu nível de vida “*dantes dava prendas muito boas aos netos*” (sic) o que não acontece actualmente. A terapia foi, fundamentalmente, de ventilação emocional.

Esta doente, de 65 anos, doméstica, residia no concelho da Covilhã juntamente com o seu marido. Apresenta-se a consulta com vestuário e aparência cuidada de acordo com a idade e estatuto sócio-económico, consciente, orientada e sem alterações visíveis a nível do

comportamento motor, pensamento, linguagem e percepção. O seu humor é distímico e apresenta adequado *insight* e julgamento.

Um outro doente (do sexo feminino), **D⁹**, apresentava **humor distímico** decorrente de uma situação de **luto**. Este doente apresenta-se à consulta consciente, orientado, com humor distímico e choro fácil. Não parece exibir alterações a nível do comportamento motor, da linguagem, pensamento, percepção e memória. O seu nível cognitivo é baixo o que dificulta o *insight* e julgamento da sua situação actual. Tem vestuário e aparência de acordo com a idade e estatuto sócio-económico, apresentando-se de preto. Residia com a sua mãe (que faleceu) no concelho da Covilhã, é doméstica e tem 35 anos.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões são apresentados no quadro 9.

Quadro 9: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões de D⁹.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	12 Nov. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tristeza e choro fácil por falecimento da mãe (luto). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Terapia de suporte.</u>
2	26 Nov. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tristeza e choro fácil por falecimento da mãe (luto). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Terapia de suporte.</u>

Estive presente em apenas uma consulta dum paciente do sexo feminino, **D¹⁰**, que tinha **problemas de relacionamento** com o ex-marido. Esta doente beneficiava de uma terapia de suporte e de treino de resolução de problemas no sentido de descobrir formas alternativas de resolver os problemas e conflitos com o anterior cônjuge. Esta doente mostrava-se orientada, com humor eutímico e consciente, não parecia exibir alterações do comportamento motor, pensamento, linguagem, memória, *insight* e julgamento. Tem vestuário e aparência cuidada de acordo com a idade e estatuto sócio-económico.

Actualmente reside com a sua irmã no concelho da Covilhã onde trabalha no café da família.

Foi-me possível assistir ao acompanhamento de um paciente, do sexo feminino, **D¹¹**, que era acompanhado desde criança devido a um acidente de tractor, aos 7 anos, que lhe deformou uma perna e cujas marcas físicas a perturbam.

Esta jovem tem 18 anos, estuda no 12º ano (agrupamento de ciências), tem uma irmã mais nova (13 anos) e o seu agregado familiar é composto pelos seus pais e irmã.

Este acompanhamento abrangia duas áreas problemáticas: o **constrangimento com a aparência, alterações no comportamento alimentar e dificuldades em discutir regras**. A primeira foi o inicial motivo de acompanhamento e as últimas emergiram durante a terapia.

O seu apetite diz aumentar em altura de maior ansiedade dizendo “*é os testes*” (sic), acrescentando que antes do teste de matemática comeu “*uma fatia de pão com doce*” (sic), alegando não apresentar sentimentos de culpa nem dores de estômago por essa ingestão, pensando por vezes “*há, já comi muito pão, mas depois tenho fome e vou comer outra vez*” (sic), “*é mais fome de cabeça*” (sic). Refere que nas férias de Verão “*engordei muito, as calças eram dois números acima*” (sic). Quando questionado acerca de informação acerca do seu peso refere “*acho que sempre foi os 60 e eu cheguei aos 70*” (sic). Em relação à sua imagem corporal e o peso refere “*não sou obcecada, sou gordinha, pronto!*” (sic), “*olho para mim e digo: podia estar um bocadinho mais magra, mas não me importo*” (sic).

Os episódios de ingestão alimentar excessiva (a *fome de cabeça*) parecem ser um mecanismo de regulação do afecto e uma estratégia de *coping* para lidar com episódios geradores de ansiedade.

Esta doente, ao longo das 3 consultas em que estive presente, fazia-se acompanhar da mãe e apresentava-se consciente e orientada, exibia humor eutímico e nenhuma alteração ao nível do comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção e memória. Possuía adequado *insight* e julgamento. Apresenta um vestuário e aparência de acordo com a idade e estatuto sócio-económico.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 3 sessões são apresentados no quadro 10.

Quadro 10: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 3 sessões de D¹¹.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	13 Nov 2007	A doente refere que o seu corpo não lhe gera tanto constrangimento como outrora. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parece existir dificuldade em discutir regras (os pais não a deixam sair de casa depois de jantar e a doente foge). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Resolução de problemas.</u>
2	28 Jan. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussões frequentes entre a doente e os pais. A paciente diz que é ela a quem é dada mais responsabilidade na lida da casa (em comparação com a irmã mais nova) e sente-se injustiçada; ▪ Discussões com os pais sobre a flexibilização das regras para as saídas são hostis. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Treino de resolução de problemas;</u> ▪ <u>Role-play.</u>
3	11 Mar 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A doente consegue negociar, com menor hostilidade e conflito, as regras com os pais, porém há necessidade de treinar e estimular estas competências de negociação. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Treino de resolução de problemas;</u> ▪ <u>Role-play.</u>

Estive presente numa consulta de um doente **Bipolar**, do sexo feminino, **D¹²**, que apresentou um **quadro depressivo**. Esta doente encontrava-se estabilizada e apresentava-se consciente, orientada, com humor eutímico e sem alterações no seu estado mental. Nesta consulta a doente resumiu o motivo do seu acompanhamento para que eu pudesse compreender. Apresentava vestuário e aparência de acordo com a idade e estatuto sócio-económico.

Esta doente apresentou sintomas de tristeza em virtude de uma infidelidade do marido que, alegadamente já terminou. Como este estado de humor foi reactivo a uma situação pontual, os sintomas depressivos já regrediram. Em relação à doença crónica não parece ter comportamentos de risco e refere tomar a medicação “*sempre certinha*” (sic).

D¹² tinha 45 anos, residia com o seu marido (que por obrigações de trabalho passava algum tempo sem vir a casa) e com os seus 2 filhos no concelho da Covilhã, onde trabalha como operária numa confecção.

Particpei numa consulta de um doente, **D¹³**, do sexo feminino, que sofria de Fibromialgia e apresentava **Perturbação de Humor Secundária a Estado Físico Geral**. Esta doente não apresentava alterações no seu estado mental, exibia apenas humor distímico. Apresenta-se à consulta com aparência e indumentária que se coaduna com a idade e estatuto sócio-económico. Esta doente tinham 49 anos, reside no concelho da Covilhã juntamente com o marido e os seus dois filhos. Refere dificuldade de adaptação à doença física e à mudança de país e de actividade (era emigrante na Suíça mas voltou para Portugal, reformada, deixando de trabalhar).

Com esta doente a terapia era, fundamentalmente, de suporte e de resolução de problemas.

Um outro doente, **D¹⁴**, do sexo feminino, iniciou o acompanhamento devido a **dificuldades na colocação de limites no seu filho** (que é acompanhado na pedopsiquiatria). Estive presente em duas consultas em que a doente exibia humor distímico e dificuldades de *insight* e julgamento, sem outras alterações de relevo no seu estado mental. Apresenta-se à consulta com vestuário de acordo com a idade e estatuto sócio-económico. Esta doente é operária de confecção e tem um filho com quem habita, juntamente com o marido, no concelho da Covilhã.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões são apresentados no quadro 11.

Quadro 11: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões de D¹⁴.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	26 Out. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A doente refere os motivos do acompanhamento para que eu me pudesse inteirar do caso. ▪ Foi sugerido pela equipa de pedopsiquiatria do filho que tivesse acompanhamento. ▪ Refere “<i>o meu filho não pára, está sempre a fazer asneiras</i>” (sic) (de referir que esta criança realiza as tarefas que lhe são propostas e se comporta correctamente nas consultas). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Treino de resolução de problemas.</u>
2	19 Nov 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humor distímico; ▪ Problemas em inculcar regras no seu filho e em fazer com que ele lhe obedeça. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Treino de resolução de problemas.</u>

Um outro doente, **D¹⁵**, do sexo feminino, com 35 anos apresentava **humor distímico**. Foi-me apenas possível estar presente numa das sessões. Para além do humor não era detectável qualquer outra alteração ao nível do comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção, memória, *insight* e julgamento. Na consulta apresenta-se com vestuário e aparência cuidada de acordo com a idade e estatuto sócio-económico. Esta doente residia no concelho da Covilhã onde trabalha como operária têxtil. Reside com o marido e os dois filhos.

O doente **D¹⁶**, do sexo feminino, apresentava **Perturbação de Personalidade Histriónica**. **D¹⁶** tinha 40 anos, era operária de confecção residindo no concelho da Covilhã juntamente com o marido e o filho mais novo deste (fruto de uma anterior relação). Esta doente não parecia possuir *insight* ou julgamento, mostrava humor expansivo sem qualquer alteração relevante a nível do comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção ou memória. Estive apenas presente numa consulta onde apresenta vestuário um pouco excêntrico.

Foi-me possível assistir ao acompanhamento dum outro doente, era do sexo feminino, tinha 42 anos e apresentava uma **Perturbação de Personalidade Obsessivo-Compulsiva**. Estive presente em 4 sessões em que a doente se mostrou consciente e orientada. Apresentava apenas alterações do conteúdo do pensamento sendo que o comportamento motor, linguagem, percepção e memória eram adequados. A doente tinha noção do seu padrão de funcionamento rígido, apresentando adequado *insight* e julgamento. Na consulta apresenta-se, sem exceção, com vestuário e aparência bastante cuidadosos.

Esta doente é responsável numa empresa têxtil, casada e tem uma filha, sendo o seu agregado familiar composto por estes 3 elementos.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 4 sessões são apresentados no quadro 12.

Quadro 12: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 4 sessões de D¹⁷.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	26 Nov. 2007	A paciente refere os motivos do seu acompanhamento. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diz ser muito excessiva e exigente consigo e com os outros. Estes padrões de exigência têm uma interferência negativa na sua vida pessoal e profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>
2	06 Dez. 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere ter flexibilizado algo na sua estrutura de funcionamento (possui um esquema de <i>padrões excessivos/rígidos</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>
3	21 Jan. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A doente nota melhoras no seu funcionamento “<i>noto em mim que estou mudada</i>” (sic), “<i>deixei de ser tão exigente com a casa</i>” (sic). ▪ Refere ter dificuldades em se sentir integrada “<i>continuo sempre a sentir-me diferente</i>” (sic) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>

		acrescentando ter “ <i>dificuldade em perceber e aceitar as pessoas</i> ” (sic).
4	25 Fev. 2008	Continuação da sessão anterior.

O doente **D¹⁸** era do sexo feminino, tinha 2 filhas morando com estas e com o marido no concelho da Covilhã. Esta paciente, actualmente desempregada, apresentava **Episódio Depressivo Major**. Com este doente estive apenas numa sessão. Esta doente apresentou um quadro depressivo típico (“*de livro*”) mas que tinha já entrado em remissão. O acompanhamento desta doente era de *follow-up*. Na consulta mostrava-se consciente e orientada, com humor eutímico e sem alterações visíveis no comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção e memória. O seu *insight* e julgamento são adequados. Nesta consulta apresenta-se com aparência cuidada.

Tive a possibilidade de assistir a um caso de um doente, **D¹⁹**, do sexo masculino, que apresentava um quadro de **Perturbação de Personalidade Anti-Social**. Este tinha 19 anos, era desempregado da construção civil e residia no concelho da Covilhã com a irmã, cunhado e uma sobrinha. **D¹⁹**Mostrava humor eutímico e nenhuma alteração a nível do comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção e memória. Demonstra não possuir *insight* e julgamento uma vez que não percebe as razões do seu acompanhamento nem deseja que a terapia se prolongue. Nas consultas apresentava-se com frequência com vestuários descontraído e pouco cuidado.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões são apresentados no quadro 13.

Quadro 13: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões de D¹⁹.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	04 Dez. 2007	Foi solicitado que o doente referisse os motivos do seu acompanhamento pelo que D ¹⁹ refere que não acha importante a psicoterapia no seu caso. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportamento agressivo; ▪ Dificuldade em aceitar e seguir regras. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação</u> – para fazer perceber a importância do acompanhamento e a disfuncionalidade de alguns dos seus comportamentos.
2	09 Jan. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Postura defensiva e desinteresse na psicoterapia “<i>acho que venho cá mais uma vez e depois não é preciso mais</i>”. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicoeducação; ▪ Reestruturação Cognitiva.

Um outro doente, do sexo feminino, D²⁰, iniciou acompanhamento psicológico motivado por **falta de figura de suporte** e a terapia era, fundamentalmente, de suporte. O humor desta doente apresentava-se eufímico sendo que, por vezes, exibia algumas lágrimas. O seu comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção, memória, *insight* e julgamento não exibiam alterações significativas. Apresentava-se com vestuário e aparência cuidada de acordo com a idade e estatuto sócio-económico. Esta doente encontra-se desempregada, vive sozinha e tem 56 anos.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões são apresentados no quadro 14.

Quadro 14: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões de D²⁰.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	20 Dez. 2007	A doente diz sentir-se só. É viúva e gostava de arranjar um namorado. Actualmente diz sentir-se triste pois está apaixonada e este sentimento parece não ser recíproco.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Terapia de Suporte.</u>
2	14 Fev. 2008	A paciente decidiu terminar com as suas investidas para conquistar quem diz amar. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Humor distímico (encontra-se a preparar o luto deste “relacionamento”). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Terapia de Suporte.</u>

Tive contacto com um doente, do sexo masculino, **D²¹**, que apresentava um quadro de **Esquizofrenia**. Era um doente simpático e comunicativo que aceitava os pontos de vista e as interpretações alternativas geradas pelas terapeutas. **D²¹** tem 30 anos, está desempregado e vive com os seus pais e filho mais velho. Tem 2 filhos. Apresentava-se com humor eufímico e sem alterações visíveis do comportamento motor. A sua fala era, frequentemente, pobre, apresentava alterações do conteúdo do pensamento, nomeadamente delírios místicos. Na consulta não evidenciou alterações da percepção, contudo, e de acordo com o relato do paciente, estas alterações parecem estar bem presentes na sua vida o que gera prejuízos na consciência. **D²¹** mostra dificuldade em evocar determinados acontecimentos o que é consistente com o deterioro que a doença provoca. O seu *insight* e julgamento não são adequados pois tem muita dificuldade em perceber e aceitar que os seus delírios (a sua interpretação das coisas) e as suas alucinações (as coisas que vê e ouve sem que existam) sejam fruto da sua doença e agravados pelo seu consumo de drogas (que diz não conseguir deixar).

Nas consultas apresentava-se, com frequência, com diferentes cortes de cabelo, excêntricos até, e com vestuário pouco cuidado.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 4 sessões são apresentados no quadro 15.

Quadro 15: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 4 sessões de **D²¹**.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	09 Jan. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alucinações auditivas “oiço vozes” (sic); ▪ Delírios místicos “estava a ser atentado pelo demónio” (sic), “não posso negar o destino que tenho (referindo-se ao que diz ser o seu chamamento para ser “bento” e dar consultas para ajudar as pessoas) ” (sic); ▪ Consumo de droga. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Teste de Realidade;</u> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Elaboração de explicações alternativas para as suas interpretações delirantes.</u>
2	23 Jan. 2008	Continuação da sessão anterior (devido ao deterioro cognitivo deste doente as sessões tinham uma duração de no máximo 20 minutos pois este doente não era capaz de estar focado na conversa mais tempo).	

3	20 Fev. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantêm o desejo de “<i>ajudar as pessoas</i>” (sic) e abrir um “consultório”; ▪ Refere a existência de uma proposta de trabalho o que causa alguma indecisão (está indeciso entre aceitar esta oferta de trabalho e abrir um “consultório”); ▪ Consumo de droga. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ São <u>discutidas as implicações</u> de ambas as hipóteses de actividade que o paciente conceptualiza.
4	05 Mar 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O paciente atesta a diminuição das vozes e dos pensamentos delirantes. ▪ Aceitou o trabalho que lhe ofereceram e sente-se satisfeito por essa decisão; ▪ Consumo de droga. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação.</u>

Os pacientes **D²²**, **D³²** e **D³³** serão abordados no capítulo I, Avaliação Psicológica, e os pacientes **D²⁶** e **D³¹** serão apresentados no segundo capítulo, Intervenção Psicológica.

O doente **D²³**, do sexo feminino, iniciou o seu acompanhamento em virtude de uma tentativa de suicídio por rompimento da sua relação amorosa. Esta doente residia no concelho da Covilhã com os pais, tem 24 anos e é enfermeira. Nas consultas exhibe uma aparência cada vez mais cuidada (à medida que a sintomatologia depressiva diminui) e adequada com a sua idade e estatuto sócio-económico.

Apresentava humor distímico e choro fácil, encontrava-se consciente e orientada e sem alterações do comportamento motor, linguagem, percepção e memória. Parecia apresentar alteração do conteúdo do pensamento (tendência ou preocupação do pensamento pois toda a sua preocupação era dirigida para o seu ex-namorado e a sua alegada namorada o que levava a paciente a segui-lo). Ao longo das consultas foi apresentando maior *insight* e julgamento. Não me foi possível estar presente nas 3 primeiras sessões uma vez que a paciente não o permitiu. As consultas, posteriormente, passaram a ser mais espaçadas uma vez que a doente foi trabalhar para Lisboa e não lhe era possível estar na Covilhã de forma mais frequente.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 8 sessões são apresentados no quadro 16.

Quadro 16: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 8 sessões de D²³.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	02 Nov. 2007	Não me foi possível estar presente.	
2	08 Nov. 2007		
3	20 Nov. 2007		
4	29 Jan. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A paciente encontra-se a trabalhar em Lisboa, onde diz não conhecer muita gente nem ter uma rede de suporte. Acrescenta “<i>as pessoas não gostam de mim</i>” (sic) o que lhe gera sentimentos de tristeza “<i>sinto-me entristecida</i>” (sic); ▪ No seu contexto laboral diz levar a cabo comportamentos de verificação por medo de errar pois “<i>sou muito perfeccionista</i>” (sic); ▪ Este perfeccionismo parece reflectir-se na sua percepção de imagem corporal pois, apesar de ter um índice de massa corporal indicador de baixo peso, refere “<i>estou gorda</i>” (sic), sente-se “<i>feia</i>” (sic), “<i>não gosto daquilo que vejo</i>” (sic), “<i>sinto-me um patinho feio</i>” (sic); ▪ Parece ser obsessiva no que 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Terapia de suporte;</u> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>

		<p>concerne à alimentação “<i>vejo sempre se é calórico</i>” (sic) porém acrescenta “<i>ando sempre a comer porcarias</i>” (sic) (é importante operacionalizar o que é andar a comer sempre porcarias).</p> <p>Estes factos parecem denunciar um esquema de indesejabilidade social.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ No que concerne à anterior relação amorosa D²³ diz-se traída apesar de perceber que a sua relação terminou; ▪ Tem por hábito verificar se o seu ex-namorado está em casa, passando várias vezes pelo seu domicílio com o intuito de ver a sua alegada namorada nova. 	
5	31 Jan. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantém a mesma preocupação com o peso e imagem corporal. Refere “<i>já tenho 5 kg a mais</i>” (sic) apesar de dizer “<i>não noto diferença (no meu corpo)</i>” (sic) o que sugere a existência de enviesamentos cognitivos; ▪ Parece alternar comportamentos de ingestão (considerada por si como exagerada, nomeadamente de chocolate) com comportamentos de restrição alimentar; ▪ Continua a evitar situações de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>

		<p>interacção social por se considerar desajustada “<i>o confronto (com os outros, e a sua avaliação) é um terror para mim, então prefiro ficar em casa</i>” (sic). Estes evitamentos mantêm as suas crenças do tipo “<i>sinto-me desajustada</i>” parecem activar suposições como “<i>os outros não vão gostar de mim</i>” e, conseqüentemente, a evitamentos (evita sair) sendo o isolamento o factor de manutenção;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quando o tema é a relação anterior a doente culpabiliza-se pelo seu término “<i>eu era chata</i>” (sic), “<i>eu era desconfiada</i>” (sic), “<i>auto-culpabilizava-me, sempre fui assim</i>” (sic) o que denota o seu autocríticismo; ▪ Diz ter diminuído a passagem pela casa do namorado para tentar ver a sua alegada namorada e o seu ex-namorada. 	
6	03 Mar. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere ter cessado as passagens pela casa do ex-namorado; ▪ Preocupação em averiguar a existência de um relacionamento do seu ex-namorado referindo “<i>confirmei (a sua existência)</i>” (sic) e tentativas para recolher mais informações sobre o assunto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>

		<p>referindo perguntar à mãe “<i>então, soubeste mais alguma coisa</i>” (sic);</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Parece começar a perceber o termo definitivo deste relacionamento “<i>já não faz sentido eu falar sempre dele</i>” (sic); ▪ Percepção de ter sido usada pelo anterior namorado “<i>faz-me sentir usada, acho que ele nunca gostou de mim como devia ter gostado</i>” (sic). 	
7	21 Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantém perfeccionismo, elevado auto-criticismo e esquema de indesejabilidade social; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>
8	04 Jun. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantêm-se em processo de luto da relação (quando o assunto emerge na consulta exibe choro fácil). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>

O doente **D²⁴**, do sexo feminino, tem 50 anos de idade e apresenta-se à consulta por alegada ideação suicida. Exibe humor distímico e choro fácil. Apresenta-se consciente e sem alterações do comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção e memória. Parece apresentar *insight* e julgamento prejudicados.

D²⁴ é divorciada e encontra-se a residir no concelho da Covilhã com o ex-marido e com a filha mais nova (que estuda fora mas regressa aos fins de semana). Tem um outra filha a residir no Porto e um neto. Actualmente não tem qualquer actividade profissional. Nas consultas apresenta-se com aparência cuidada e bastante maquilhada, com excepção da primeira consulta onde o seu vestuário é bastante despreocupado. O seu vestuário parece, por vezes, exuberante.

Inicialmente esta doente sugeria a presença de um **Episódio Depressivo Major** (apresentava humor depressivo, diminuição do interesse ou prazer em quase todas as actividades, insónias, lentificação psicomotora, sentimentos de desvalorização e culpa excessiva e ideação suicida). Contudo, ao longo das sessões emergiu outro diagnóstico, o de **Perturbação de Personalidade Borderline** pela sua instabilidade afectiva, medo de

abandono, impulsividade e tentativas de suicídio. Assim, este caso pareceu um caso de perturbação de personalidade onde estão presentes características depressivas e histriónicas.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 6 sessões são apresentados no quadro 17.

Quadro 17: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 6 sessões de D²⁴.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	15 Jan. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humor distímico; ▪ Postura de vitimização; ▪ Alterações mnésicas “<i>tenho perdas de memória</i>” (sic); ▪ Culpa “<i>culpabilizo-me a mim própria pelas falhas</i>” (sic); ▪ Isolamento “<i>não quero ver ninguém por vergonha</i>” (sic); ▪ Insónias; ▪ Sentimentos de desvalorização; ▪ Ideação suicida (sem plano concreto para a sua concretização). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estabelecimento da Relação Terapêutica;</u> ▪ <u>Terapia de Suporte.</u>
2	18 Jan. 2008	Continuação da sessão anterior.	
3	12 Fev. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apresenta-se à consulta com aparência exuberante, inconsistente com o estado depressivo que diz apresentar; ▪ Recorre a estratégias apelativas “<i>ninguém me entende</i>” (sic), “<i>posso estar com uma aparência óptima mas por dentro estou muito mal</i>” (sic). ▪ Sugere a existência de medo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estabelecimento de Relação Terapêutica;</u> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>

		de avaliação social negativa. Este medo parece activar um <i>auto-focus</i> que aumenta a sua ansiedade social piorando, conseqüentemente, a sua <i>performance</i> .	
4	27 Fev. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estilo interpessoal passivo-agressivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Treino de resolução de Problemas;</u> ▪ <u>Treino Auto-Instrucional.</u>
5	07 Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuficientes competências sociais; ▪ Ansiedade social (derivada dessa sua dificuldade em se relacionar). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Treino de Competências Sociais.</u>
6	22 Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessidade de controlar o assunto debatido nas sessões (o que pode ser interpretado com um evitamento em abordar assuntos desconfortáveis e debate de ideias opostas às suas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Escuta Activa;</u> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>

O doente **D²⁵**, do sexo masculino, foi internado no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental da instituição onde estagiei para realizar desintoxicação de opiáceos tendo sido requerido apoio psicológico pelo psiquiatra assistente.

D²⁵ tem 28 anos, é estudante de engenharia informática, reside no distrito de Castelo Branco e vive em união de facto. Iniciou o consumo de heroína pois, desta forma, conseguia ter energia para trabalhar mais horas e, desta forma, cumprir os objectivos do seu trabalho e estudar.

Este doente apresentava-se consciente, com humor eufímico e orientado auto e alo psiquicamente. Não apresentava alterações visíveis a nível do comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção, memória, *insight* e julgamento. Nas consultas apresentava-se com aparência e vestuário que se coadunam com a idade e estatuto sócio-económico.

A decisão para realizar esta desintoxicação (de referir que realizou já duas mal sucedidas) foi autónoma uma vez que considerava que a sua dependência interferia de forma

negativa na sua vida afectiva (a sua companheira discutia com frequência consigo, alegadamente, devido a esta dependência) e na sua saúde.

Foram realizadas 3 consultas em que se mostrou pouco colaborativo tendo, posteriormente, feito *drop-out*. As sessões, que decorreram em 29 de Novembro e 11 de Dezembro de 2007 e 10 de Janeiro de 2008, foram breves. A primeira delas teve como propósito perceber o motivo do internamento e qual o seu percurso de consumos e as restantes de acompanhamento da desintoxicação e *follow-up* nas quais não se mostrou interessado.

O doente **D²⁷**, do sexo feminino, tem 18 anos, é estudante e reside no concelho do Fundão juntamente com os pais e com um irmão de 12 anos. Esta paciente recebe acompanhamento psiquiátrico e psicológico desde os 9 anos por alegada introversão “*era muito calada, gozavam muito comigo na escola e acabei por me isolar um bocado*” (sic). Apresenta-se à consulta orientada e consciente, com humor eutímico, exibindo uma atitude um pouco tímida e retraída. Não parece apresentar alterações do comportamento motor, linguagem ou memória. Mostra ter *insight* e julgamento no que concerne à sua situação clínica. A sua aparência e vestuário coadunam-se com a idade e estatuto sócio-económico. Parece apresentar características de **Fobia Social** porém, como é já alvo de intervenção há 9 anos, essas características parecem não produzir um grau de incapacitação tal que permita diagnosticá-la como fóbica social. Por este medo excessivo de humilhação pública denota-se a presença de alterações no conteúdo do pensamento.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 3 sessões são apresentados no quadro 18.

Quadro 18: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 3 sessões de **D²⁷**.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	19 Dez 2007	<p>A doente refere o motivo do seu acompanhamento desde os 9 anos de idade. Refere, ainda, os ganhos terapêuticos (“<i>já não sou tão reservada como antes</i>” (sic)).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “<i>sinto-me um pouco insegura, mais nervosa quando estou com estes colegas</i> (que habitualmente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estabelecimento de relação terapêutica;</u> ▪ <u>Psicoeducação.</u>

		<p>gozam com as pessoas) (sic)”; <ul style="list-style-type: none"> ▪ “<i>custa-me a ir a determinados sítios sozinha</i>” (sic) recorrendo a comportamentos de segurança: faz-se acompanhar da mãe e de amigos quando possível. </p>	
2	28 Jan. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportamentos de segurança. 	<p>Eliminação dos comportamentos de segurança e mudança do foco de atenção através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Treino comportamental; ▪ Aproximações sucessivas; ▪ Teste de evidência; ▪ Reestruturação cognitiva.
3	11 Fev. 2008		

O doente **D²⁸**, do sexo feminino, tem 18 anos, é estudante do agrupamento do artes e reside com concelho do Fundão juntamente com a mãe. Apresenta-se à consulta consciente e orientado, exhibe humor eutímico e não aparenta alterações do comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção e memória. Parecem existir défices no que concerne o *insight* e julgamento (uma vez que consome substâncias acreditando na ausência de consequências negativas dessa adição e não se mostra receptiva acreditar em factos, nomeadamente nos efeitos nocivos do consumo para a saúde). Tem uma aparência extravagante com corte de cabelo excêntrico.

D²⁸ parece apresentar traços de **Perturbação de Personalidade Borderline**.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 8 sessões são apresentados no quadro 19.

Quadro 19: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 8 sessões de D²⁸.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	19 Dez. 2007	<p>O seu acompanhamento deveu-se a uma tentativa de suicídio medicamentosa “andava numa fase má” (sic) referindo discussões frequentes com a mãe pelo que “tomei um monte de comprimidos” (sic).</p> <p>Refere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “sempre fui assim: impulsiva, muito nervosa” (sic) acrescentando exibir oscilações de humor e falta de controlo do comportamento “muitas vezes” (sic). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estabelecimento da Relação Terapêutica;</u> ▪ <u>Psicoeducação.</u>
2	10 Jan. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere adição a álcool e cannabis. Diz “não evito álcool, mas é mais moderado (que consumo de cannabis)” (sic). verbaliza “sinto-me realizada por fumar” (sic) pois “a próxima meia hora a 1 hora são mais alegres” (sic). ▪ Acrescenta ter consumido, também, heroína (apenas uma vez). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estabelecimento de Relação Terapêutica;</u> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>
3	31 Jan 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportamentos aditivos e desinteresse pelas consequências negativas; ▪ Conflitos com a mãe. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>
4	27 Fev 2008		
5	17 Abr 2008		

6	08 Mai 2008		
7	28 Mai 2008		
8	12 Jun 2008		

O doente **D²⁹**, do sexo feminino, reside no distrito de Castelo Branco juntamente com o seu marido, alegadamente alcoólico e perpetrador de maus tratos. Esta doente de 59 anos procura apoio psicológico para lidar com esta situação de violência e de tristeza. Actualmente não está a desempenhar nenhuma actividade profissional sendo o seu último trabalho como cozinheira. Apresenta vestuário e aparência adequadas com a idade e estatuto sócio-económico.

Com esta paciente estive apenas presente em 2 sessões que foram fundamentalmente de Ventilação Emocional e Treino de Resolução de Problemas.

O doente **D³⁰** tem 54 anos, é do sexo feminino, casada (pela segunda vez) e tem 2 filhos, um do primeiro casamento, uma mulher (casada, da qual tem 3 netos), e um homem (desta actual relação) que padece de lúpus e consome substâncias. Encontra-se a residir no concelho do Fundão, há 7 anos. A sua anterior residência era em Lisboa onde trabalhava com técnica de venda de móveis. De momento não se encontra a trabalhar pois não encontra ofertas na sua área profissional. O seu marido é engenheiro naval pelo que passa largas temporadas sem estar com a família.

A paciente apresenta-se à consulta vestida de acordo com a idade e estatuto sócio-económico. Mostra-se consciente e orientada no tempo e no espaço auto e alo psicicamente. O seu humor parece distímico, chorando por vezes. Não existem indícios de alterações do comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção e memória. O seu *insight* parece intelectual e o seu julgamento prejudicado.

Habitualmente chega muito atrasada às consultas, faltando algumas vezes sem aviso prévio.

O seu seguimento psiquiátrico vem em seguimento de uma tentativa de suicídio tendo-se seguido um internamento compulsivo. Esta doente parece apresentar um **Episódio Depressivo Major**.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 5 sessões são apresentados no quadro 20.

Quadro 20: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 5 sessões de D³⁰.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	12 Dez 2007	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A doente fez um breve apanhado dos motivos do seu acompanhamento psiquiátrico e consequente psicoterapia. ▪ Refere “há um ano para cá não ando bem” (sic) referindo sintomatologia depressiva; ▪ A doença do filho gera-lhe um sentimento de culpa pois “só a mãe é que transmite a doença” (sic); ▪ Diz sentir culpa por o filho consumir substâncias uma vez que este consumo se iniciou na sua adolescência “e eu não me apercebi de nada” (sic). Foi por se ter iniciado este consumo que saíram de Lisboa para virem viver para o concelho do Fundão (tendo sido uma tentativa, infrutífera, de impedir o seu consumo); ▪ Relação fusional com o filho “o meu filho está mal, eu estou péssima, o meu filho está melhor, eu fico um pouco melhor” (sic); ▪ Reticência perante autonomia do filho. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estabelecimento de Relação Terapêutica;</u> ▪ <u>Ventilação Emocional.</u>
2	04 Mar 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preocupação com o filho (este conduziu alcoolizado). D³⁰ não permite que o filho sofra as 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva;</u> ▪ <u>Planeamento de</u>

		consequências negativas advenientes desse seu comportamento pelo que o vai levar a sair com os amigos e buscá-los às horas que ele deseja prejudicando o seu tratamento farmacológico.	<u>Actividades de Mestria e Prazer.</u>
3	24 Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere uma tentativa de suicídio aos 15 anos “<i>foi uma coisa instantânea</i>” (sic) o que sugere alguma impulsividade. Acrescenta “<i>sempre fui uma pessoa muito ansiosa</i>” (sic); ▪ Mantém preocupação excessiva com o filho sendo o seu discurso quase exclusivamente centrado neste. Mostra-se incapaz de responder às questões focando-se apenas em si. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva;</u> ▪ <u>Planeamento de Actividades de Mestria e Prazer.</u>
4	08 Mai 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A doente refere “<i>não tenho levado o (filho)</i>” (sic) para sair com os amigos. Este facto parece dever-se não ao debatido nas consultas mas à presença do seu marido que defende que o filho deve ser responsabilizado pelos seus actos e que D³⁰ se deve preocupar com ela. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Treino de Resolução de Problemas;</u> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>
5	17 Jun. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incapacidade de ser assertiva no que concerne ao filho. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Treino de Resolução de Problemas;</u> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>

O paciente D³⁴ é do sexo feminino, tem 29 anos de idade, é casada (mas encontra-se em processo de divórcio), tem uma filha de 7 anos, reside no concelho da Covilhã e é funcionária numa sapataria.

Na consulta a doente mostra-se vestida de acordo com a idade e estatuto sócio económico. Apresenta-se consciente e orientada no tempo e no espaço, auto e alo psiquicamente, mostra humor distímico, choro fácil; não parece apresentar alterações da atenção, sugestibilidade, comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção, memória, *insight* e julgamento. A sua aparência é adequada ao seu estatuto sócio-económico e idade. O seu acompanhamento iniciou-se após um episódio de urgência no qual “*não conseguia parar de chorar*” (sic).

Esta doente parecia estar a realizar um **processo de luto** da relação de matrimónio que mantinha há 9 anos, alegadamente pautada por infidelidades da parte do marido. A aparente necessidade de ter uma relação afectiva, e a expressão de emoções como a raiva sugerem a existência de **traços de personalidade borderline**.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 6 sessões são apresentados no quadro 21.

Quadro 21: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 5 sessões de D³⁴.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	07 Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sintomatologia depressiva por separação do marido; ▪ Dificuldade em adormecer, “<i>acordo muita vez</i>” (sic); ▪ Perda de peso “<i>já perdi 7 kg</i>” (sic); ▪ Pensamentos de morte: “<i>apetece-me morrer, desaparecer</i>” (sic); ▪ Diz frequentar determinados locais para ver se encontra o ex-marido. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estabelecimento da Relação Terapêutica;</u> ▪ <u>Terapia de Suporte;</u> ▪ <u>Psicoeducação.</u>
2	15 Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diz sentir “<i>raiva</i>” (sic) do marido e da nova namorada deste; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Terapia de Suporte.</u>

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere medo de perder o emprego por este episódio da sua vida afectiva estar a interferir na sua actividade laboral. 	
3	05 Mai. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere estar interessada, afectivamente, num homem acrescentando “<i>sinto-me muito bem com ele</i>” (sic). ▪ Diz “<i>tenho medo</i>” (sic) que esta relação termine e de ficar sozinha. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>
4	28 Mai. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere que a sua relação afectiva a faz muito feliz; ▪ Os pais, com quem vive com a sua filha depois da separação, discutem com a paciente em virtude das suas frequentes saídas à noite. 	
5	04 Jun. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ As discussões com os pais mantêm-se pelo que “<i>em casa não me sinto bem</i>” (sic). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Treino de Resolução de Problemas.</u>

O doente **D³⁵** iniciou o seu acompanhamento psicoterapêutico durante o internamento psiquiátrico (motivado, este, por tentativa de suicídio medicamentosa).

Durante o internamento teve psicoterapia diariamente (28, 29, 30 e 31 de Janeiro de 2008). Nestas sessões refere medo de fechar os olhos e dormir pois nessa altura lembra-se de uma agressão de que foi vítima no seu anterior internamento (antes do Natal). A paciente diz-se preocupada acerca dos seus pensamentos suicidas, desejando alterá-los. Acrescenta ter falta de equilíbrio, *choques na cabeça* (“*choque que me dá na cabeça*”, sic) e esporádicas dores de cabeça.

D³⁵ mencionou diminuição do apetite antes do internamento, altura em que passava grande parte dos seus dias na cama e acrescenta “*só estava bem às escuras*” (sic), “*não tomava a medicação nem comia*” (sic) e “*nem podia ver ninguém*” (sic).

Nestas consultas iniciais, que tinham uma duração mais breve, recolheu-se dados da história clínica da doente e iniciou-se a psicoeducação assim como o estabelecimento de uma relação terapêutica. Esta doente parecia apresentar estratégias de *coping* desadequadas e reduzida resiliência para com as situações problemáticas acabando por, face a situações adversas, deprimir e recorrer ao serviço de urgência. **D³⁵** parece apresentar **sintomatologia depressiva** reactiva a eventos stressantes sendo, por isso, importante treinar a resolução de problemas.

Esta doente tem 51 anos, é casada, cozinheira (agora desempregada), tem dois filhos (um de 27 anos, casado e com um filha, e um de 25, solteiro) e reside com o seu marido e filho mais novo no concelho da Covilhã.

Apresenta-se às consultas, no internamento, com aparência pouco cuidada exibindo, no acompanhamento posterior de ambulatório uma aparência muito cuidada, adequada à idade. Mostra-se consciente e orientada e sem alterações no comportamento motor, percepção e memória. O seu *insight* e julgamento mostram-se prejudicados. De referir que a sua fala parece excessivamente baixa (o que poderá ser sinal de depressão), condição essa que se mantém mesmo após melhora do quadro de humor. Para além disso, é de salientar a circunstancialidade do seu discurso.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 9 sessões são apresentados no quadro 22.

Quadro 22: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 9 sessões de D³⁵.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	28 Jan. 2008	INTERNAMENTO	
2	29 Jan. 2008		
3	30 Jan. 2008		
4	31 Jan. 2008		
5	13 Fev. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere melhoras “<i>tou bem</i>” (sic); “<i>não me irrita com tanta facilidade</i>” (sic); 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação</u>; ▪ <u>Reestruturação Cognitiva</u>; ▪ <u>Planeamento</u> de

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantém dificuldades “<i>ando muito esquecida</i>” (sic); ▪ Refere sentimentos de alegria por estar viva (e não ter cometido o suicídio). 	<u>Actividades de Mestria e Prazer.</u>
6	26 Fev. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere dores ósseas que diz interferir na sua vida diária, incluindo o sono “<i>não encontro posição para dormir por causas dos ombros</i>” (sic). ▪ Diz que o seu sono (exceptuando estas dores) está normalizado assim como o seu apetite (cozinha e faz todas as refeições mesmo quando está sozinha em casa). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Treino de Resolução de Problemas.</u>
7	14 Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Queixas somáticas; diz estar a aguardar por cirurgia aos pulsos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Terapia de Suporte.</u>
8	13 Mai. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificuldades em lidar com adversidades do quotidiano (reduzidas aptidões de <i>coping</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Treino de Resolução de Problemas.</u>
9	11 Jun. 2008		

A doente **D³⁷** é do sexo feminino, tem 73 anos, é casada, reformada (era comerciante) e reside no Concelho da Covilhã com o marido de 77 anos. Tem um filho e um neto também a residirem naquela localidade. De referir que sofre de doença cardíaca e óssea (osteoporose).

A paciente apresenta-se à consulta com humor distímico, choro fácil, vestida de acordo com a idade e estatuto sócio-económico, consciente e orientada no tempo e no espaço, auto e alo psicicamente. Não parecem existir alterações do comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção e memória. O seu *insight* e julgamento parecem adequados.

As suas queixas principais são humor deprimido “*sinto-me muito triste*” (sic) e diminuição de auto-estima *deixei de gostar de mim*” (sic). **D³⁷** refere “*eu ando doente, não sei*

o que é que tenho” (sic). Esta doente parece apresentar um quadro de **Episódio Depressivo Major**.

Esta doente esteve presente em 5 consultas cujo conteúdo, assuntos debatidos e as técnicas utilizadas são apresentados no quadro 23.

Quadro 23: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 5 sessões de D³⁷.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	30 Jan. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “<i>deixei de gostar de mim, não sei porquê</i>” (sic), “<i>perdi muito o gosto de viver</i>” (sic), “<i>tenho-me ido muito abaixo</i>” (sic). A paciente relata “<i>sinto-me muito triste</i>” (sic) e apresenta choro fácil “<i>choro muita vez, às vezes dou por mim a chorar</i>” (sic), “<i>as lágrimas correm-me sem querer</i>” (sic); ▪ Insónias terminais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estabelecimento de Relação Terapêutica;</u> ▪ <u>Terapia de Suporte;</u> ▪ <u>Planeamento de Actividades de Mestria e Prazer.</u>
2	19 Fev. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traços perfeccionistas “<i>ou faço perfeito ou não faço</i>” (sic). 	
3	10 Mar. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Preocupação em relação à sua casa (é camarária e vai sofrer obras) e está indecisa “<i>se hei-de ficar ou sair</i>” (sic); ▪ Tem sentido “<i>aperto no peito</i>” (sic) por estar preocupada; ▪ “<i>não tenho dormido bem</i>” (sic) referindo-se a insónias terminais; ▪ Não refere alterações do apetite “<i>apetite tenho sempre</i>” (sic). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Treino de Resolução de Problemas;</u> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Planeamento de actividades (caminhar).</u>
4	24 Abr.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “<i>Ando a dormir mal</i>” (sic) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Terapia de Suporte;</u>

	2008	<p>surgindo, para além das insónias terminais, insónias iniciais;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere acerca de sentimentos de tristeza “<i>isso continua</i>” (sic); ▪ Diz ter pensamentos ruminativos “<i>eu vou para a cama e penso em tudo, a minha cabeça parece um computador</i>” (sic); ▪ Mantém-se a preocupação acerca da sua casa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Planeamento de actividades (caminhar).</u>
5	20 Mai. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Queixas somáticas (alergia e preocupação com a possibilidade de ter diabetes); ▪ Humor distímico “<i>não tenho andado bem</i>” (sic). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Psicoeducação; ▪ <u>Planeamento de actividades (caminhar).</u>

O doente **D³⁸** é do sexo feminino, tem 25 anos, é solteira, estuda Gestão (finalista) e reside no distrito de Castelo Branco com os pais e um irmão.

D³⁸ dirige-se à consulta por iniciativa própria pois “*acho que precisava de ajuda*” (sic) tendo chegado, por a situação familiar que vive (o pai é alcoólico e perpetrador de violência doméstica) a pensar pôr termo à vida “*pensei em matar-me*” (sic). Acrescenta ter medo do seu pai, dificuldades em adormecer e “*acordo várias vezes*” (sic), acrescentando que tem pesadelos. A doente diz-se preocupada acerca do que o seu pai poderá fazer à sua mãe quando alcoolizado e ruma acerca dessas ideias.

Apresenta-se à consulta com aparência e vestuário de acordo com a idade e estatuto sócio-económico, mostra-se consciente e orientada e não evidencia alterações do comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção e julgamento. Parece possuir julgamento crítico e *insight* verdadeiro.

Este acompanhamento teve como objectivo apoiar a paciente para que esta fosse capaz de denunciar este caso de **Violência Doméstica** sentindo-se segura para tomar essa decisão.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 4 sessões são apresentados no quadro 24.

Quadro 24: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 4 sessões de D³⁸.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	31 Jan. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere medo do pai: do que ele pode fazer à sua mãe e a si. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estabelecimento de Relação Terapêutica;</u> ▪ <u>Terapia de Suporte;</u> ▪ <u>Psicoeducação.</u>
2	14 Fev. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diz ter pesadelos; ▪ Refere episódio em que a família vinha de um casamento (há cerca de 11 anos) e o pai vinha alcoolizado a conduzir. Deu-se um acidente onde faleceu a sua irmã. A doente culpa muito o pai por esse facto. 	
3	25 Fev. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insónias iniciais e intermédias; ▪ Apesar de ter informação acerca de como funcionam os processos de violência doméstica e as queixas receia que não seja garantida a segurança das vítimas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Terapia de Suporte;</u> ▪ <u>Psicoeducação.</u>
4	02 Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diz-se preocupada com o seu casamento em Agosto e receia que o pai “<i>faça fitas</i>” (sic) descartando a possibilidade de não o convidar; ▪ Medo de denunciar o pai “<i>ele é muito desconfiado, vai achar logo que foi a minha mãe que denunciou e eu tenho medo do que ele lhe possa fazer</i>” (sic). 	

O doente D³⁹ é do sexo feminino, casada, doméstica, tem 52 anos e reside no distrito de Castelo Branco com o marido de 58 anos. Tem 2 filhas, uma casada (da qual tem já uma neta) e uma outra educadora de infância que regressa a casa dos pais nalguns fins-de-semana.

Apresenta-se vestida de acordo com a idade e estatuto sócio económico, consciente e orientada no tempo e no espaço, auto e alo psicicamente. Parece exibir humor eufímico. Não mostra alterações no comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção e memória. Parece ter *insight* e julgamento prejudicado.

D³⁹ refere um internamento recente, com a duração de 15 dias, do qual saiu há, sensivelmente, uma semana. Este internamento parece ter sido motivado por insónias “*estive 3 meses sem dormir*” (sic), “*cansaço*” (sic), “*não me sentia bem em casa, não me sentia bem em lado nenhum*” (sic) e “*gritava muito*” (sic). Actualmente esta paciente parece apresentar perdas de capacidade mnésica “*perco-me, nunca ando sozinha porque perco-me*” (sic) e insónias. D³⁹ refere que quando existe algum problema “*dá-me para chorar e gritar*” (sic) sendo que, por vezes, sai de casa quando esse problema é lá gerado acrescentando “*se me enervar já não como, sou capaz de ficar um dia sem comer*” (sic). Acrescenta que não pode ouvir barulho porque isso a irrita e “*enerva*” (sic). Por tudo o referido a doente parece **não possuir estratégias de coping** para lidar com os problemas quotidianos gritando e fugindo do local onde esse desconforto foi gerado. O seu diagnóstico psiquiátrico é **Depressão Major**, este quadro de perturbação de humor parece ser gerado por as suas estratégias de *coping* desadequadas pelo que é neste aspecto que a intervenção mais incide. Parece, ainda, existir um **luto** mal resolvido da sua mãe.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 5 sessões são apresentados no quadro 25.

Quadro 25: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 5 sessões de D³⁹.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	07 Fev. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de estratégias de <i>coping</i> adequadas para lidar com os problemas e desconhecimento dessa sua incapacidade (face a algum problema ou dissabor “<i>grito</i>” (sic)). ▪ Dificuldade em se levantar de manhã. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estabelecimento da Relação Terapêutica.</u> ▪ <u>Planeamento da rotina diária:</u> indispensável levantar-se de manhã.
2	27 Fev. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sentimentos de tristeza pela morte da mãe (há já 13 anos); a 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Evocação de memórias da</u>

		<p>doente evita falar deste assunto e diz ter escondido as fotografias e outros objectos que lhe fazem lembrar a sua mãe.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Referiu dificuldades em se levantar de manhã e cumprir com o planeado em consulta. 	<p>mãe e da emoção tristeza e conseqüente choro;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ É sugerido à doente que traga fotografias ou outros objectos para <u>activação emocional</u>; ▪ <u>Saturação.</u>
3	27 Mar. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere “<i>falta de equilíbrio</i>” (sic). ▪ Diz sentir-se “<i>muito melhor</i>” (sic). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Activação emocional</u> (com o material trazido pela doente no sentido de vivenciar e resolver o luto).
4	23 Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Somatização de ansiedade em consulta. ▪ A doente refere a existência de ganhos secundários com os seus estados ansiosos e depressivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Técnicas de Distracção</u> (é iniciado diálogo com a doente acerca de outros assuntos que não os seus sintomas e estes reduzem-se gradualmente até cessarem por completo, num intervalo de cerca de 10 minutos). ▪ <u>Psicoeducação</u> (é explicado à doente a existência de ganhos secundários e o motivo de perpetuação do comportamento problema: gritos). ▪ <u>Planeamento de comportamento alternativo</u> (a doente vai reunir as 2 filhas em casa e antecipa que vai gritar muito. É pedido à doente que tente resistir à vontade de o fazer e que esteja atenta às conseqüências por não realizar esse comportamento).

5	20 Mai. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A doente refere ganhos positivos por não ter gritado “<i>as minhas filhas disseram: - a mãe não parece a mesma</i>” (sic) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Reforço Positivo.</u> ▪ <u>Treino de Resolução de Problemas.</u>
---	-----------------	---	--

O doente **D⁴⁰** é do sexo feminino, tem 48 anos, é casada, doméstica, tem duas filhas e um filho (tinha um outro que faleceu com 12 anos num acidente de automóvel) e reside no distrito de Castelo Branco com o marido e o filho mais novo. De referir que foi emigrante em França tendo voltado para Portugal após o falecimento do seu filho.

D⁴⁰ apresenta-se à consulta com indumentária e aparência não congruente com a sua idade. Parece consciente e orientada auto e alo psicologicamente, no tempo e no espaço. Não parece apresentar alterações da atenção, da sugestibilidade, do comportamento, pensamento, linguagem, percepção e memória. Aparenta possuir adequado *insight* e julgamento. Assume uma postura colaborativa, responde ao que é perguntado e fornece informação com facilidade. Mostrou algumas lágrimas durante a consulta exibindo humor, fundamentalmente, eutímico.

D⁴⁰ diz recorrer ao álcool como forma de esquecer os problemas ficando, frequentemente, embriagada. Acrescenta estes consumos são feitos no café da sua localidade ou quando sai à noite (costuma sair com jovens da sua povoação “*gostam muito de sair comigo, tudo me adora*” (sic)). O seu marido não a acompanha nas suas saídas pois, segundo a doente, não gosta de sair e acrescenta que “*se ele sabe que me embebedo já não me deixava ir sair*” (sic). O consumo de álcool parece ser diário tendo, inclusive, ingerido no dia da primeira consulta. De referir, ainda, que tem irmão alcoólico. A paciente gostaria de cessar com os **consumos exagerados de álcool assim como de tabaco** (fuma ao desconhecimento do marido).

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 5 sessões são apresentados no quadro 26.

Quadro 26: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 5 sessões de D⁴⁰.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	08 Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> Consumo excessivo de álcool e tabaco (de acordo com avaliação subjectiva da paciente). 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Estabelecimento de Relação Terapêutica.</u> <u>Ventilação Emocional.</u>
2	21 Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> Refere a existência de relação extra-conjugal que agora termina. Adicção. 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Ventilação Emocional;</u> <u>Aproximações Sucessivas; Planeamento de Objectivos.</u>
3	08 Mai. 2008	<ul style="list-style-type: none"> Episódio de intoxicação alcoólica “<i>fui para o hospital em coma alcoólico, não quero mais beber álcool</i>” (sic). 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducação; <u>Aproximações Sucessivas; Planeamento de Objectivos;</u> <u>Reforço Positivo.</u>
4	03 Jun. 2008	<ul style="list-style-type: none"> Com a aproximação do verão refere sentimentos de tristeza por recordar a vinda dos emigrantes, recordando quando ela própria regressava a Portugal com o seu filho que faleceu “<i>a época de Verão é muito má para mim</i>” (sic). Ideação suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Ventilação Emocional;</u> <u>Terapia de Suporte;</u> <u>Psicoeducação.</u>
5	17 Jun. 2008	<ul style="list-style-type: none"> Refere estar inscrita num curso de ajuda a idosos “<i>tenho vontade de ajudar os outros</i>” (sic). 	<ul style="list-style-type: none"> <u>Reforço Positivo;</u> <u>Treino de Resolução de Problemas.</u>

O doente D⁴¹ é do sexo feminino, tem 2 filhos, é empresária (possui uma empresa juntamente com o marido), é casada e reside com o marido e filhos no concelho da Covilhã. Inicia o acompanhamento por **humor distímico** em virtude de problemas financeiros (devido a falta de pagamento do empréstimo de habitação da sua irmã, de quem é fiadora). Recorda um episódio em que foram devolvidos cheques para pagamento de despesas da empresa e,

desde então, diz-se incapaz de passar um cheque e tem medo de ir às compras por medo de estar a gastar demasiado.

D⁴¹ apresenta-se à consulta com aparência pouco cuidada, vestida de acordo com a idade, consciente e orientada, auto e alo psiquicamente, sem alterações perceptíveis a nível do comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção e memória. Exibe humor distímico e choro fácil. Parece possuir *insight* e julgamento crítico.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 3 sessões são apresentados no quadro 27.

Quadro 27: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 3 sessões de **D⁴¹**.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	28 Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humor distímico. ▪ Insónias e pensamentos ruminativos. ▪ Dificuldade em ir às comprar “só compro marcas brancas, deixei de comprar o meu champô...” (sic). ▪ Tristeza por alterar hábitos e diminuir qualidade de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estabelecimento de Relação Terapêutica.</u> ▪ <u>Ventilação Emocional.</u> ▪ <u>Terapia de Suporte.</u>
2	04 Jun. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cansaço “sinto-me muito cansada” (sic). ▪ Mantém queixas anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação.</u> ▪ <u>Aproximações Sucessivas.</u>
3	11 Jun. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refere ter passado um cheque (“mas estava muito nervosa” (sic)). ▪ Mantém sintomas depressivos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação.</u> ▪ <u>Aproximações Sucessivas.</u> ▪ <u>Estratégias de Resolução de Problemas.</u> ▪ <u>Técnicas de Distracção.</u>

O doente **D⁴²** era do sexo masculino, tinha 25 anos, unido de facto e encontrava-se a cumprir pena de prisão no Estabelecimento Prisional Regional da Covilhã. O paciente tem 2 filhos (um de uma anterior relação) e tem a profissão de mecânico.

D⁴² apresenta-se à consulta, algemado, acompanhado por 2 agentes da autoridade. Está consciente, exhibe humor eutímico e está orientado no tempo e no espaço, auto e alo

psiquicamente. O seu vestuário coaduna-se com a sua idade e estatuto sócio-económico. A sua aparência e atitude na consulta é cativante e agradável. Não apresenta alterações da atenção, sugestionalidade, da forma e conteúdo do pensamento, da linguagem, da percepção e memória. Tem alterações do comportamento motor uma vez que exhibe agressividade. Apresenta *insight* prejudicado (pois tem capacidade reduzida para compreender a realidade objectiva de uma situação) e julgamento prejudicado (pois age desadequadamente perante situações que interpreta como provocadoras).

O acompanhamento deste doente, que parece apresentar um quadro de **Perturbação da Personalidade Anti-Social**, deve-se a uma alegada intenção suicida.

O conteúdo, os assuntos debatidos e as técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões são apresentados no quadro 28.

Quadro 28: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões de D⁴².

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	05 Fev. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agressividade: “<i>dei murros nas paredes, virei o refeitório de patas pó ar</i>” (sic), “<i>parti tabuleiro, parti mesa</i>” (sic), “<i>dei cabeçadas na parede</i>” (sic), “<i>dei murros nas paredes, virei o refeitório de patas pó ar</i>” (sic), “<i>queria morrer nesse dia</i>” (sic); ▪ Ideação suicida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estabelecimento de Relação Terapêutica.</u>
2	05 Mai. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agressividade; ▪ Projecção da culpa nos outros. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estabelecimento de Relação Terapêutica;</u> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>

Tive contacto com um doente, D⁴³, de 46 anos, casado, tem um filho, é operário fabril e reside com a esposa e o filho no concelho da Covilhã. D⁴³ parece apresentar um quadro de **Perturbação Obsessivo-Compulsiva**.

D⁴³ apresenta humor eutímico, encontra-se vestido de acordo com a idade e estatuto sócio-económico e parece orientado no tempo e no espaço, auto e alo psiquicamente. Mostra alteração da fala (gaguez) e no conteúdo do pensamento (obsessões). Não parece exhibir alterações do comportamento motor, memória e percepção. Aparenta timidez e ansiedade

durante a consulta, especialmente quando fala, gaguejando e comprometendo a sua atenção e consequentes respostas (adequadas) ao que lhe é questionado. O seu *insight* e julgamento parecem adequados.

Estive presente em 3 consultas cujo conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas são apresentados no quadro 29.

Quadro 29: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 3 sessões de D⁴³.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	12 Fev. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “<i>Ando sempre muito stressado e enervado</i>” (sic), “<i>afronto-me comigo próprio</i>” (sic) e “<i>tenho medo a quase tudo</i>” (sic). Acrescenta “<i>faço as coisas e fico sempre na dúvida</i>” (sic), “<i>será que me enganei, ou não enganei</i>” (sic), “<i>às vezes volto atrás para verificar se fechei o carro</i>” (sic) apresentando comportamentos de verificação para confirmar de determinada tarefa foi realizada e da forma correcta “<i>é aquela coisa de fazer alguma coisa mal</i>” (sic) (e.g. “<i>será que fechei a porta?</i>” (sic)) questionando-se “<i>para que é que me ponho com estas coisas se sei que fiz bem?</i>” (sic). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estabelecimento de Relação Terapêutica.</u> ▪ <u>Psicoeducação.</u>
2	08. Abr. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ “<i>Tenho medo de falar para as pessoas</i>” (sic). ▪ “<i>Preocupo-me demais</i>” (sic). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva.</u>
3	08 Mai. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Os comportamento de verificação parecem ter-se exacerbado “<i>agora que tenho</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Reestruturação Cognitiva;</u>

		<p><i>menos trabalho é quando ando pior” (sic), estes seus comportamentos “têm vindo a piorar” (sic).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>“eu gosto de me certificar” (sic) sendo que o desconforto que sente diminui quando volta atrás para verificar.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Paragem de Pensamento.</u>
--	--	---	---

Um outro doente, **D⁴⁴**, do sexo feminino, casada, costureira, residente no concelho da Covilhã com o marido e as duas filhas (de 15 e 11 anos), é encaminhada à consulta por **humor distímico** motivado por alegado **desentendimento conjugal**.

Na consulta apresenta-se vestida de acordo com a idade e estatuto sócio-económico e parece orientada no tempo e no espaço, auto e alo psiquicamente. Exibe humor distímico e mostra choro fácil. Não parece ter alterações a nível do comportamento motor, linguagem, memória, percepção e pensamento. Parece existir adequado *insight* e julgamento.

No quadro 30 são referidas as queixas da doente assim como algumas intervenções realizadas durante as 2 consultas em que estive presente.

Quadro 30: Conteúdo, assuntos debatidos e técnicas utilizadas em cada uma das 2 sessões de D⁴⁴.

Sessão	Data	Áreas Problemáticas	Intervenção Realizada
1	19 Fev. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discussões frequentes com o seu cônjuge; <i>“quando é um assunto que não lhe interessa fala-me com asneiras” (sic) e “desde Setembro para cá as coisas têm-se agravado bastante” (sic).</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Estabelecimento de Relação Terapêutica;</u>
2	06 Mar. 2008	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A sua relação conjugal é pautada por discussões e na intimidade <i>“sinto-me um instrumento” (sic) acrescentando que “tenho medo que ele me toque” (sic) apesar de que o</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Terapia de Suporte;</u> ▪ <u>Psicoeducação;</u> ▪ <u>Treino de Resolução de Problemas.</u>

marido “*nunca foi sexualmente agressivo*” (sic). Acrescenta “*agora emagreci um bocado e ele (marido) já me chegou a dizer que agora nem para a cama presto*” (sic).

Outro doente, **D⁴⁵**, do sexo feminino, casada, peixeira de profissão e reside com o marido e 2 filhos no concelho da Covilhã.

Esta paciente, que evidenciava **sintomas depressivos**, apresenta-se vestida de luto (pela morte da sua mãe) e emana um odor a peixe (em virtude de trabalhar numa peixaria e ter vindo directamente desse local). A sua indumentária está de acordo com o seu estatuto sócio-económico e a sua aparência denota falta de cuidado, aparentando uma idade superior à real (está na casa dos 40). O seu humor é distímico e exhibe choro fácil. O seu discurso é monocórdico e pobre com contacto ocular pouco frequente. **D⁴⁵** parece consciente e orientada e não evidencia alterações do comportamento motor, memória, percepção e pensamento. O *insight* e julgamento não parecem adequados. A paciente, que parece obesa, refere muita tristeza e pensamentos acerca da morte.

O seu seguimento em psiquiatria foi motivado por uma tentativa de suicídio (a terceira).

A paciente ficou sem a sua casa e carro que foram penhorados devido a dívidas contraídas pelo seu marido estando actualmente a viver com a sua irmã. Esta situação de penhora gera sentimentos de vergonha “*do que as outras pessoas pensam*” (sic).

D⁴⁵ é vítima de violência doméstica desde a sua primeira gravidez, situação que sempre omitiu aos irmãos, “*contava à minha mãe e ela dizia p’ra aguentar*” (sic).

Estive apenas presente nesta primeira consulta onde se tentou estabelecer uma Relação Terapêutica e fazer recurso a Terapia de Suporte.

D⁴⁶ foi um doente com o qual contactei apenas na primeira consulta. Era do sexo feminino, divorciada, lojista, com 2 filhos (uma menina de 6 e um menino de 14) com quem residia no concelho da Covilhã.

A paciente apresenta-se à consulta com aparência cuidada e de acordo com a sua idade e estatuto sócio-económico. O seu conteúdo verbal é directo e não tem dificuldade em manter o contacto ocular. Mostra-se consciente e orientada, não evidencia alterações do comportamento motor, linguagem, memória, percepção e pensamento. Parece possuir

adequado *insight* e julgamento. Este acompanhamento foi motivado por um episódio de urgência em que ingeriu uma quantidade excessiva de ansiolíticos.

D⁴⁶ parece preocupada e **ansiosa** devido às questões que traz à consulta, nomeadamente **problemas relativos ao seu divórcio e à separação dos bens**. Refere “*é muito difícil aguentar tudo sozinha, o que me vale são os meus pais*” (sic) que prestam ajuda.

Nesta primeira consulta pretendeu-se estabelecer uma Relação Terapêutica e a intervenção foi fundamentalmente Terapia de Suporte e um pouco de Treino de Resolução de Problemas.

Uma outra doente, **D⁴⁷**, esteve presente numa primeira (e única) consulta que eu assisti. **D⁴⁷** era do sexo feminino, tinha 51 anos de idade, era operária têxtil, casada com 3 filhos. Residia no concelho da Covilhã com o marido e o filho mais novo.

A paciente apresenta-se à consulta com aparência bastante cuidada e vestuário adequado ao estatuto sócio económico mas não tanto em relação à idade. M. mostra-se verborreica e com discurso um pouco prolixo. Apresenta humor eutímico e não tem dificuldade em manter o contacto ocular. A doente está consciente e orientada, não exhibe alterações do seu comportamento motor, percepção e pensamento. A capacidade mnésica parece um pouco diminuta uma vez que refere um episódio de internamento psiquiátrico mas diz não se recordar de ter estado na urgência “*não me lembro de nada*” (sic). O seu julgamento e *insight* parecem prejudicados.

Refere preocupação em relação à doença do seu filho mais novo (padece de doença oncológica grave não existindo possibilidade de cura ou melhora). Porém parece demonstrar alguma inconsistência entre o seu discurso analógico e digital denotando pouca ressonância afectiva; quando fala do sofrimento da doença do filho mantém um humor embotado que não é, de todo, consistente com as emoções verbalizadas parecendo existir uma superficialidade na sua expressão emocional.

O seu discurso é muito centrado em si, o sofrimento do filho e a sua eminente é somente vista pelo seu ponto de vista parecendo existir uma diminuta capacidade de empatia, sendo ainda um pouco teatral.

Pelo referido, M. parece apresentar características de **Perturbação de Personalidade Histriónica**.

Nesta primeira consulta a preocupação foi estabelecer uma Relação Terapêutica e recorrer a Terapia de Suporte.

D⁴⁸ era um paciente do sexo feminino, com 34 anos, casada e com 2 filhos, tem formação em gestão de empresas. Reside no concelho da Covilhã com o marido e filhos. Exerceu a função de administrativa numa empresa de construção civil (cerca de 6 anos) na qual entregou há cerca de meio ano a carta de despedimento por as condições de trabalho não corresponderem às suas expectativas.

Actualmente tem uma empresa que dirige com o marido onde todas as responsabilidades são, alegadamente declinadas para si. Refere problemas conjugais e preocupação com a situação dos pais (pai alcoólico a receber tratamento e mãe a acompanhá-lo tendo esta, alegadamente, “*descompensado*” (sic)).

Na consulta apresenta-se consciente e orientada, com humor, aparentemente, eutímico, sem alterações da percepção, pensamento, comportamento motor, linguagem e memória. O seu *insight* e julgamento parecem adequados. Mostra características de liderança e de domínio controlando o curso da conversa assim como toda a consulta.

Nesta consulta, em que não foi perceptível os motivos deste acompanhamento, tentou estabelecer-se a Relação Terapêutica.

Uma outra doente, **D⁴⁹**, era do sexo feminino, tinha 42 anos, era operária têxtil, casada e com 2 filhos com quem residia no concelho da Covilhã.

Apresenta-se à consulta com vestuário adequado com a idade e estatuto sócio-económico, parece consciente e orientada auto e alo psicicamente, no tempo e no espaço e o seu humor parece distímico. Não parece apresentar alterações da atenção, da sugestionabilidade, do comportamento, pensamento, linguagem, percepção, memória, *insight* e julgamento. Assume uma postura colaborativa, responde ao que é perguntado e fornece informação com facilidade. O seu tom de voz é suave, parecendo um pouco tímido. Durante a consulta mostrou choro fácil, em especial quando se referia a uma preocupação de infância, “*achava que a entrada da vagina devia ser um orifício completamente aberto*” (sic) e por isso “*comecei a achar que tinha um problema sério*” (sic).

Refere, ainda, que teve problemas com a sogra, com quem viveu durante 18 anos, e uma depressão aquando a morte da sua mãe (**D⁴⁹** era a filha mais nova e sempre assumiu cuidados à mãe que cegou criando-se, assim, uma relação e maior proximidade).

Esta doente esteve presente em 2 consultas onde teve como preocupação o estabelecimento de uma Relação Terapêutica e iniciar uma Terapia de Suporte.

A doente **D⁵⁰** tinha 43 anos, era do sexo feminino, casada e era chefe de linha numa confecção têxtil. Esta paciente reside com o marido e filho no concelho da Covilhã.

Na consulta apresenta-se vestida de acordo com a idade e estatuto sócio-económico, está consciente e orientada no tempo e no espaço, auto e alo psiquicamente, é colaborante, o seu discurso é claro e coerente. **D⁵⁰** apresenta humor eutímico e não parece ter alterações da atenção, sugestionabilidade, comportamento motor, pensamento, memória, linguagem, memória, *insight* e julgamento.

Esta doente esteve de baixa (por sintomatologia depressiva) e regressou o trabalho há cerca de uma semana. Este regresso pautou-se por algum **desconforto** e **dificuldade de adaptação** pelo que são estes os motivos do acompanhamento psicológico.

Estive presente em duas consultas nas quais se pretendeu estabelecer uma Relação Terapêutica e recorrer a Terapia de Suporte e Treino de Resolução de Problemas.

A doente **D⁵¹** era do sexo feminino, doméstica, viúva, tem 2 filhas e vive sozinha no concelho da Covilhã. **D⁵¹** diz ser acompanhada psiquiatricamente desde o ano transacto em que, alegadamente teve um surto psicótico “*variei*” (sic). Esteve presente em duas consultas onde se apresentou vestida de negro em virtude da sua viuvez. A sua indumentária coaduna-se com a idade e estatuto sócio-económico. A paciente está consciente e orientada no tempo e no espaço, auto e alo psiquicamente, é colaborante, o seu discurso é claro e coerente. Apresenta humor levemente distímico, com algumas lágrimas, e não parece ter alterações da atenção, sugestionabilidade, comportamento motor, pensamento, memória, linguagem, memória, *insight* e julgamento.

Este seguimento psicológico teve, fundamentalmente, como objectivo o estabelecimento de rotinas diárias pois “*não tenho força para trabalhar*” (sic) e “(os comprimidos) *dão-me moleza*” (sic). Acrescenta que “*qualquer bocadinho que tenho vou para a cama*” (sic). Foi, também, prioritário o estabelecimento de uma Relação Terapêutica e posteriormente tentou realizar-se Reestruturação Cognitiva para tentar flexibilizar algumas das suas crenças em relação às escolhas religiosas da filha mais nova. Esta doente esteve presente em 2 consultas em que eu assisti.

Durante o ano de estágio pude contactar com um total de 51 doentes o que se mostrou uma experiência muito enriquecedora pois, como foi possível verificar, na grande maioria dos casos pude participar em mais do que uma sessão. O facto de poder estar presente em mais sessões que permitiu verificar as mudanças nos doentes, os ganhos terapêuticos e a evolução do acompanhamento. Especialmente nos casos que acompanhei desde o início o supra mencionado foi, ainda, mais importante pois pude estar implicada em todos os processos e tive a minha cota parte de responsabilidade na evolução do caso.

Pela riqueza dos casos (inter-caso e intra-caso) pode dizer-se que não houve nenhum caso igual e que, em cada um deles, aprendi e fiz de novo.

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: ESTUDOS DE CASO

1. Estudo de Caso: jovem do sexo masculino com Perturbação de Pânico e Perturbação Dismórfica Corporal

1.1 Informação Clínica do Doente

Este doente (**D²²**) tem 23 anos, reside com os pais no concelho da Covilhã onde estuda no 3º ano de Economia.

D²² é o filho mais novo de uma fratria de dois irmãos (tem uma irmã mais velha). A mãe tem 50 anos e trabalha na biblioteca da universidade, o pai é alfaiate, tem 55 anos e, de acordo com a clínica que acompanha o paciente, este apresenta diagnóstico de perturbação de personalidade borderline o que, de acordo com o relato do utente (**D²²**), “*isso afecta lá em casa*” (sic).

A sua relação com a mãe “*sempre foi mais próxima*” (sic) comparativamente ao pai sendo que este “*mimava-me muito, dava-me mais atenção a mim do que à minha irmã*” (sic) (percepcionado que actualmente é o oposto ou seja, “*agora dá mais atenção à minha irmã, parece que se inverteram os papéis*” (sic)). Com a sua irmã diz “*nunca fomos de falar muito um com o outro*” (sic) porém “*não tenho problemas de falar com ela*” (sic).

O seu desenvolvimento terá sido, alegadamente, normal referindo, quanto ao desenvolvimento da linguagem, “*a minha mãe diz que foi precoce*” (sic). Acrescenta que no infantário “*tinha dificuldade em dormir*” (sic).

O doente refere que a morte do seu avô materno (quando tinha 11 anos) foi um acontecimento significativo na sua vida, não pela relação que tinha com este parente “*mas pelo efeito que teve na minha mãe*” (sic).

Quando tinha 11/12 anos é feito um provável diagnóstico ao doente de Espondilite Aquilante, doença que causava dores nas articulações e que, a longo prazo, levaria a que o doente apresentasse curvatura acentuada da coluna. Parece estar muito informado sobre esta doença referindo causas e consequências. Após o início das crises de pânico diz ter apresentado sintomas da Espondilite Aquilante e, por isso, realizou uma ressonância magnética que não revelou nada de anómalo tendo posto em causa o hipotético diagnóstico. Depois desta evidência diz ter ficado mais calmo. O doente diz que o curso desta doença é crónico mas que pode ser melhorado por exercício físico pelo que ele realizava com frequência.

Actualmente diz não apresentar estes sintomas e não estar preocupado com esta doença sendo que a fonte principal de preocupação é o pânico pois “*como sinto palpitações e é do coração tenho medo que aconteça algo de grave*” (sic).

D²² não se considera “*um aluno muito aplicado*” (sic), estuda Economia, no 3º ano, tendo frequentado o curso de Engenharia Informática durante 3 anos mudando pois “*não era isso que eu queria*” (sic). O doente entrou na universidade, que frequenta actualmente, aos 18 anos, para um pólo que tem, fundamentalmente, elementos do sexo masculino.

Em termos interpessoais menciona que sempre teve “*um melhora amigo, nunca fui de ter muitos amigos e tinha sempre um mais próximo*” (sic) que foi mudando ao longo da sua vida por, alegadas, escolhas da vida profissional. Acrescenta “*neste momento não tenho assim um grupo de amigos*” (sic) sendo que avalia que “*desde que mudei de curso tive mais dificuldade em fazer amizade*” (sic) atribuindo esse acontecimento ao facto de pensar que os colegas de curso “*eram caloiros*” (sic) e que ele seria superior a eles. Acredita que esta sua postura reticente em fazer amizades pode ser interpretada pelos outros como “*este tem um bocado de mania*” (sic).

O doente refere que “*sempre dei muita importância à aparência física*” (sic) e sempre avaliou que a beleza seria um factor facilitador nas relações amorosas e lhe desse uma certa superioridade. O doente refere “*sempre gostei de causar um impacto positivo nos outros*” (sic) sendo que se avaliasse que alguém (especialmente do sexo feminino) “*não me achou giro*” (sic) pensava “*perdi uma parte importante*” (sic).

No seu grupo de amigos o doente refere que sempre se destacou “*estava no meu grupo de amigos e quando olhavam (raparigas) era para mim*” (sic) e que desde pequeno tinha essa influência “*na minha rua todas as raparigas gostavam de mim*” (sic) o que se replicou até final do ensino secundário. Mesmo na universidade diz “*as raparigas reparavam bastante (em mim)*” (sic). Acrescenta que, do seu grupo de amigos do secundário, “*tive mais contacto com raparigas*” (sic) comparativamente com os outros.

D²² refere que o seu pai sempre foi “*pouco coerente e pouco estável*” (sic) sendo que, mesmo antes do seu diagnóstico, o doente se sentia incomodado com a sua conduta. Actualmente caracteriza a sua postura para com a figura paterna como “*menos respeitadora e mais conflituosa*” (sic).

O doente refere um acontecimento em que realizou umas análises que revelaram “*açúcar muito alto*” (sic) o que levou a que não bebesse sumos. Quando percepcionava qualquer aumento de peso ou “*ganhava barriga*” (sic) não recorria a dietas (referindo que nunca fez dieta) fazendo apenas abdominais, por ser suficiente em voltar à sua forma anterior.

Na consulta este doente exhibe aparência cuidada de acordo com a idade e estatuto sócio-económico. Parece estar orientado no tempo e no espaço, auto e alo psiquicamente. Mostra-se consciente, com humor eutímico e parece possuir insight e julgamento.

O paciente refere queixas de taquicardia e arritmias e palpitações pelo que procurou a consulta de psicologia porque acredita poder beneficiar de psicoterapia para a diminuição da sintomatologia uma vez que, nos exames médicos, nada se mostrou de anómalo em termos de funções cardíacas.

D²² refere ter taquicardias e arritmias e que “*não desaparece e limita-me bastante*” (sic), relata batimentos irregulares e crises de taquicardia durante a noite. Acrescenta que sente batimentos irregulares associados a esforço físico pelo que deixou de praticar exercício (costumava andar de bicicleta e fazia flexões e abdominais). Diz que esta sintomatologia tem interferido cada vez mais e evita esforço físico pois “*tenho medo*” (sic), “*sou hipocondríaco*” (sic). Acrescenta que “*a sintomatologia está muito pior agora do que era antes (desde há 2 anos atrás)*” (sic) referindo sentir batimentos irregulares todos os dias.

O paciente relata que “*foco mais no coração*” (sic) e conta que, numa situação, “*o coração começou a bater mais depressa*” (sic) e refere ter sido assolado de pensamentos para ir dar uma volta de carro, pois distrai-se e “*posso ir ao hospital rapidamente*” (sic) se assim o entender, acrescentando que “*já fui algumas vezes (ao hospital)*” (sic), “*não sei se já terá chegado a 10*” (sic). O hospital parece representar securização para o paciente, mas “*não é só por ter o médico que chega, tenho que ver num monitor (as funções cardíacas, por exemplo)*” (sic).

Acrescenta sentir-se, por vezes, zozno mas não ao mesmo tempo em que sente os batimentos irregulares, refere sentir dores no peito e crises de coração muito acelerado, admitindo que nestas situações fica mais ansioso o que conduz a taquipneia.

Diz ter tendência para pôr a mão no pulso que, de acordo com o seu relato, está normalmente regular. Quando sente mudanças no batimento cardíaco “*fico alerta*” (sic), “*vejo logo se há alguma coisa*” (sic).

Relata “*já li muita coisa*” (sic) “*para tentar assegurar que não é nada de grave*” (sic), “*essa informação intensificou bastante (o medo), não foi nada benéfico*” (sic) “*o problema é quando confirma as nossas suspeitas*” (sic), “*já estive bastante assustado*” (sic). Acrescenta que “*sempre tive ideia que era bastante controlado, que controlava as emoções, mas...*” (sic), “*quero pensar que não tenho nada, mas ao pensar nisso (nos sintomas cardíacos) estou a atrair a atenção para este assunto, acaba por ter o efeito contrário*” (sic).

Diz que quando está à espera de algo começa a sentir-se ansioso e o seu coração acelera. Refere que *“de manhã tenho sentido o coração muito acelerado e palpitações durante o dia”* (sic) e que *“quando estou de pé imobilizado tenho tendência a sentir o coração mais acelerado”* (sic). Quando questionado acerca do que receia acontecer-lhe de mal revela *“tenho medo que possa ter uma r/t ventricular”* (sic) acrescentando que fica mais preocupado sempre que sente *“que é uma sensação nova”* (sic) deslocando a sua atenção para o estímulo pois *“é difícil desfocar quando é uma coisa muito incomodativa”* (sic).

D²² parece não evitar situações, *“tento não recusar coisas”* (sic), referindo andar sempre acompanhado, mas *“não por medo, não tenho é hábito de fazer as coisas sozinho”* (sic) pois *“num caso de emergência qualquer pessoa pode ajudar”* (sic).

Diz que *“se ignorar uma explicação lógica (para a sintomatologia) consigo ignorar”* (sic).

Quando a sintomatologia cardíaca está presente refere *“acho que mete sempre em perigo”* (sic), *“o medo da doença está lá sempre”* (sic) avaliando que a génese desta sintomatologia *“teve origem nos meus pensamentos”* (sic).

Refere que quando está ansioso sente mais taquicardia e consegue pensar que *“isto é porque estou ansioso”* (sic), mas que mesmo assim fica com medo que algo aconteça. Para lidar com esta sintomatologia *“tento pensar naquilo que me disse (que é um produto da activação da ansiedade) (sic), acrescentando que “agora só com o tempo porque é difícil”* (sic). Esta sua preocupação é maior que com a alegada doença reumática pois *“pode matar, por isso o coração me preocupa tanto”* (sic).

Refere que existe interpretação catastrófica *“sempre que é uma sensação nova”* (sic) e que *“é difícil desfocar quando é uma coisa muito incomodativa”* (sic).

Este doente conta que experienciou, o que ele designa um ataque de pânico em que sentiu taquicardia, boca seca, falta de ar, tendo sido assaltado por pensamentos como *“vou morrer”* (sic), *“vou ter um ataque cardíaco”* (sic) quando ia a conduzir, tendo pensado *“mas ainda estou longe (do hospital)”* (sic), *“senti-me muito dormente, encostei o carro e tive de pedir ajuda a alguém”* (sic). A partir deste primeiro episódio **D²²** sentiu mal-estar e receio de que este ataque se pudesse repetir.

Relata *“já li muita coisa para me tentar assegurar que não é nada de grave”* (sic) sendo que *“essa informação intensificou bastante (o medo), não foi nada benéfico”* (sic) pois *“o problema é quando confirma as nossas suspeitas”* (sic), *“já estive bastante assustado”* (sic). Acrescenta, que eu *“sempre tive ideia que era bastante controlado, que controlava as*

emoções, mas...” (sic), *“quero pensar que não tenho nada, mas ao pensar nisso (nos sintomas cardíacos) estou a atrair a atenção para este assunto, acaba por ter o efeito contrário”* (sic).

Motivado por esta sintomatologia cardíaca **D²²** refere *“já fiz exames mais do que uma vez nestes dois anos”* (sic), tendo sido a última vez em Março/Abril do corrente ano. Os exames médicos realizados foram: prova de esforço (uma vez) e ecocardiograma (três vezes) que não revelaram nada de anormal e *holters* (duas vezes, da primeira vez não revelou nada de anómalo e da segunda um aumento das sístoles).

O cardiologista consultado referiu ao doente que estes resultados são normais para a ansiedade na sua idade e que *“provavelmente ia parar de sentir as extra-sístoles”* (sic) *“não me disse que ia evoluir mas conclui que sim porque é facto”* (sic). Foi prescrito ao paciente *Inderal®* 10mg (um beta-bloqueador) para as suas queixas cardíacas referindo *“não é coisa que me agrada, tomar medicamentos”* (sic). O paciente justifica esta preocupação pelo facto de ter ocorrido, no meio futebolístico, incidentes relacionados com morte súbita. O doente diz *“um jogador que morreu tinha doença cardíaca e tenho medo”* (sic), *“provavelmente se nunca tivesse morrido nenhum jogador em campo, nunca tinha tido estes problemas”* (sic). Em relação aos jogadores refere que *“eu penso que, se lhe fazem tantos testes e não são detectados...”* (sic), e acrescenta que gostaria de ser securizado por exames mais complexos, mas ao mesmo tempo diz ter medo que estes revelem que padece de algo grave apesar do cardiologista lhe dizer *“que toda a gente tem probabilidade de morte súbita cardíaca”* (sic).

Este doente relata que o seu pai mandou matar o animal de estimação da família, um cão, de que gostavam muito (que era, alegadamente, agressivo) *“nós tínhamos um cão e ele (o pai) concentrou o seu ódio no cão, a vida não lhe corria bem por causa do cão e culminou com ele ter morto o cão, foi uma altura muito difícil. O cão estava connosco há 7 anos, gostávamos muito do cão”* (sic). Meses após este evento **D²²** inicia estas crises, *“provavelmente reflexo dessa situação”* (sic). A morte do cão levou a que o doente sentisse raiva e pena do seu progenitor acrescentando que se sentia *“muito mal”* (sic). Mais tarde, por alegado arrependimento, o seu pai trouxe um novo cão para casa que ainda se mantém com a família.

Esta sintomatologia ansiosa, de acordo com o relato do paciente, teve início há 2 anos.

Paralelamente à sintomatologia ansiosa este doente diz, ainda, recluir parecer-se com o seu pai na sua doença (apresenta perturbação de personalidade borderline) *“não digo que é o que serei, mas já me passou pela cabeça”* (sic).

Outra dificuldade deste paciente tem a ver com o seu actual relacionamento amoroso que refere ser pautado por muitas discussões por ciúmes “*tenho medo de a perder*” (sic), “*ficava mal*” (sic) caso isso acontecesse porém “*não tenho medo que comece a gostar de outra pessoa*” (sic). A relação, de acordo com o verbalizado elo doente, também devido às discussões, é um pouco instável “*no mesmo dia podemos estar muito bem e muito mal*” (sic), acrescentando “*eu falo muitas vezes em acabar, todos os dias quase*” (sic).

O seu envolvimento com a sua actual namorada (primeira namorada) iniciou-se e teve continuidade enquanto ela mantinha um namoro com um outro rapaz e **D²²** refere “*estou obcecado com isso*” (sic), “*se fez com ele também pode fazer comigo*” (sic), revelando medo de ser enganado. Para lidar com este medo faz perguntas frequentes à sua namorada acerca da relação anterior referindo “*pergunto para me tranquilizar*” (sic).

Revela ter “*medo de perder aquelas coisas boas que tenho*” (sic) deste namoro. Acrescenta que “*a relação deles já estava mal e eles acabaram antes de nós começarmos a namorar*” (sic) e “*ela (namorada) já disse que se eu quisesse namorar com ela antes ela acabava com ele*” (sic).

Refere “*não me vejo capaz de estar muito tempo com a mesma pessoa*” (sic), quando questionado sobre como seria a sua vida amorosa daqui a 10 anos diz “*não me consigo imaginar com a mesma pessoa, é tempo de mais, não concebo relações muito longas*” (sic).

D²² acrescenta que a namorada referia, antes deste namoro, que “*ele (actual ex-namorado) tinha coisas que eu nunca ia ser, como ser fofinho*” (sic), “*agora que me conhece melhor, não esperava que fosse assim*” (sic) referindo-se ao facto de ser carinhoso para com ela. O paciente relata, ainda, que “*ela não fala muito (da outra relação), eu é que pergunto, eu é que pergunto saber para me tranquilizar*” (sic) e que “*o que me afecta é a forma como falava antes e o que fala agora*” (sic) uma vez que, e de acordo com o relato do paciente, antes de iniciarem esta relação falava do namorado como sendo carinhoso e, actualmente, parece dizer o oposto e realçar unicamente os aspectos negativos da ex-relação e acrescenta “*eu não me esqueço das conversas que tinha com ela quando namorava com o outro rapaz*” (sic).

Refere que a namorada lhe mente (aleadamente amplificando ou omitindo acontecimentos) acrescentando que “*tenho dificuldade em acreditar*” (sic) “*porque é assim, ela já mentiu uma vez e vi que ela era capaz de mentir*” (sic), “*a forma como ela foi capaz de mentir impressionou-me*” (sic) e que “*nunca gostei de ser enganado*” (sic). Conta que “*ela (namorada) diz que custa que eu não confie nela*” (sic) mas que “*se soubesse que era verdade passava a acreditar mais nela*” (sic). Ainda expõe “*só me custa é que tenha a necessidade de*

contar histórias, isso não me agrada nada” (sic). Este comportamento de mentir parece, de acordo com D²², não ser unicamente para com ele pois *“inventa para os outros também”* (sic). Perante estas situações diz que *“se eu descobrir uma coisa e a confrontar vai reagir muito mal, vai-se embora ou assim”* (sic), *“ficava chateada, mas não era nada de definitivo”* (sic).

Diz que a sua namorada *“gosta de me picar”* (sic), apontando isto como justificação para as suas, alegadas, mentiras.

Quando questionado acerca dos aspectos positivos e negativos da sua namorada diz que *“se precisar dela, de certeza que posso contar com ela”* (sic) e no que respeita aos aspectos negativos refere *“só isso de não saber se posso confiar nela”* (sic) e que *“eu não quero ter uma relação com uma pessoa assim, mas gosto dela”* (sic) e *“eu quero ficar com ela, mas não quero ficar com uma pessoa assim”* (sic). Ultimamente diz sentir-se triste em relação ao seu namoro (*“às vezes sinto-me triste”* (sic)) e diz ser inseguro (*“o inseguro sou eu”* (sic)). Alegadamente a sua namorada queria que ele conhecesse a sua família, porém *“não me apetece conhecer a família, não me sinto confortável”* (sic).

Actualmente diz que a sua tristeza se deve *“às desconfianças do costume”* (sic). Relata um acontecimento que gerou discussão acerca dos contactos que a sua namorada teria e com que comunicaria on-line, queria saber *“quem é que tinha no msn”* (sic) e *“discutimos e quase que acabámos”* (sic). Acrescenta *“tenho dúvidas acerca dos motivos que a levaram a adicionar outras pessoas”* (sic), parecendo reear *“que os ache atraentes”* (sic). O doente diz, ainda, que quando a sua namorada criou esta nova conta no messenger, onde constava o contacto de D²² e de poucos amigos/colegas *“eu gostei”* (sic).

As discussões com a namorada parecem ter como base a desconfiança sendo que estas terminam quando D²² percepção que a namorada está irritada com a sua desconfiança achando que, por se irritar está a falar a verdade.

Quando se questiona o paciente sobre quem confia refere *“a 100% acho que só em mim”* (sic) e acrescenta que, mais próximo de 100% *“a minha mãe, também confio no meu pai apesar de tudo”* (sic) e menciona *“dois ou três amigos em quem confio bastante”* (sic) se bem que assume que *“desconfio”* (sic). Refere que *“eu gosto de ter controlo de tudo mas também gosto de arriscar”* (sic), *“é contraditório”* (sic) e refere, ainda, *“gosto de perceber bem as coisas”* (sic).

Parece reear parecer-se com o seu pai na sua doença (apresenta perturbação de personalidade borderline) *“não digo que é o que serei, mas já me passou pela cabeça”* (sic).

Numa fase posterior da terapia referiu que “*não gosto da minha imagem*” (sic) e, por isso, “*irrito-me e descontro nas pessoas*” (sic). Diz, ainda, “*detesto quando uma rapariga desvia o olhar*” (sic) pois isso significa “*não me achou giro*” (sic).

D²² diz que, por volta dos 16, 17 anos, começa a perceber alterações no seu nariz referindo que, desde então, “*nunca gostei do meu nariz*” (sic).

Aos 18 anos, altura em que ingressa no ensino superior, este doente percebe alterações no seu nariz o que, segundo o doente, contribui para um decréscimo da sua auto-estima. D²² que sempre se habituara a ser um rapaz que era olhado pelas raparigas começa a perceber algum desinteresse por parte destas afirmando que era devido a alterações morfológicas do seu nariz.

O doente refere que “*gostava de me ver ao espelho, bastante, e perdi isso (desde os 18 anos)*” (sic) e acrescenta “*o meu nariz mudou*” (sic). Refere “*com os meus amigos não estou tão à vontade por causa disso (nariz)*” (sic) sendo que “*para me sentir à vontade só quando estou sozinho e não está ninguém a olhar para mim*” (sic). Quando interage com os outros diz sentir-se desconfortável pois “*quando estou a falar sinto o nariz, sinto que está ali*” (sic).

Refere “*não digo aos outros que não gosto do meu nariz porque isso iria levar as pessoas a olhar para outras coisas que nunca repararam*” (sic), “*nunca falo do nariz para não demonstrar que tenho um problema*” (sic) perguntando, a algumas pessoas, “*se estou diferente (mas não digo que é do nariz)*” (sic) sendo que a resposta é sempre negativa.

Quando o doente fala diz “*tu sempre a vê-lo (nariz)*” (sic) acrescentando que costuma tocá-lo e palpá-lo no sentido de verificar que, de facto, é estranho e deformado.

Quando está a interagir com outras pessoas “*torno-me mais frio e mais agressivo*” (sic), “*sou mais desagradável porque não me sinto bem*” (sic). Este doente não tenta, segundo ele, “*”*” (sic). Refere que, por este facto, por “*me tornar mais arrogante*” (sic) “*os outros dizem que sou frio e que tenho a mania*” (sic).

Diz não ter problemas em expor o seu corpo aos outros e que o seu único constrangimento é o nariz. Acredita que os outros o avaliam mais como “*giro*” (sic) do que atraente.

Actualmente diz sentir algum desconforto por perceber um amigo seu de secundário “*mais bonito*” (sic) que ele.

1.2 Enquadramento Teórico

Este doente, por apresentar dois quadros nosológicos distintos, serão abordadas as duas temáticas. Inicialmente falar-se-á de Perturbação de Pânico e posteriormente, por ter sido essa a ordem de apresentação da informação nas consultas, a Perturbação Dismórfica Corporal.

A Perturbação de Pânico (PP) é um dos distúrbios psiquiátricos mais comuns cuja prevalência está entre 1,5% e 3,5% em amostras comunitárias (Kessler et al., 1994 cit. por Dannon, Iancu & Grunhaus, 2002; DiFilippo & Overholser, 1999; Paulino & Godinho, 2002; Kumar & Oakley, 2003 cit. por Ham, Waters & Oliver, 2005) e 9,5% a 10% em amostras clínicas (Raj, Corvea & Dagon, 1993 cit. por DiFilippo & Overholser, 1999, cit. por Beamish, Granello & Belcastro, 2002; APA, 2002; Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). Quase 90% dos indivíduos com PP têm no mínimo mais uma perturbação psiquiátrica no decorrer das suas vidas, sendo que as mais concomitantes são a Depressão Major, Perturbação de Ansiedade Generalizada, Fobia Social, Agorafobia, Perturbação de Stress Pós-Traumático, Perturbação Bipolar e Abuso de Álcool (Kessler et al., 1994, Hettema, Prescott, Myers, Neale & Kendler, 2005, Weissman, Bland & Canino, 1997, cit. por Katon, 2006, cit. por Gorman et al., 1998; Beamish, Granello & Belcastro, 2002; Otto, Polack, Sachs, O'Neil & Roseinbaum, 1992 cit. por Schmidt & Smith, 2005; Gouveia, Carvalho e Fonseca, 2004; APA, 1998, Polack & Marzol, 2000 cit. por Boussard, Gaspar, Labraga & D'Ottone, 2002; Roy-Byrne et al., 1999 cit. por Ham, Waters & Oliver, 2005; DiFilippo & Overholser, 1999). Neste caso o doente apresenta PP em comorbilidade com uma Perturbação Somatoforme e não com outra estatisticamente mais relacionada.

A idade de início característica da PP varia consideravelmente, podendo ser referidos dois picos: um pico no fim da adolescência e um segundo pico no meio da década dos trinta anos (Weissman, Bland, Canino, et al., 1997 cit. por Katon, 2006; APA, 2002) o que vai de certa forma ao encontro de Gouveia, Carvalho e Fonseca (2004) pois referem mesmo que as idades de início apresentam uma média de 24,8 anos segundo resultados do estudo ECA de Robins e Reiger (1991, cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004) e 34,5 anos segundo Witcher, Essau, von Zerssen, Krieg e Zaufig (1992, cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). No nosso país a idade média de início foi 29 anos (Carvalho, 1999 cit. por Gouveia, Carvalho e Fonseca, 2004). Neste caso o diagnóstico é realizado no início da idade adulta, aos 23 anos, o que vai de encontro com Robins e Reiger (1991 cit. por cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

A Perturbação de Pânico (PP) é um distúrbio muito invalidante (Beamish, Granello & Belcastro, 2002; Dattilio, 2001; Cote, 1993; Klerman et al., 1991, Polack & Marzol, 2000, cit.

por Nadiga, Hensley & Uhlenhuth, 2003) que se caracteriza por Ataques de Pânico inesperados e recorrentes em relação aos quais existe uma preocupação constante, tanto pelo seu possível aparecimento inesperado, como pelas implicações disso (APA, 2002). Esta preocupação permanente leva a uma alteração significativa no comportamento relacionada com os ataques (APA, 2002). Pode estar presente Agorafobia e nesse caso estamos perante uma PP com Agorafobia; na Perturbação de Pânico Sem Agorafobia, a Agorafobia está ausente (APA, 2002), como acontece com este doente.

A perturbação tende a ter um curso ou evolução crónicas, com ligeiras remissões espontâneas (Keller & Hanks, 1993 cit. por Massimo-Biondi & Picardi, 2003; Paulino & Godinho, 2002), contudo, de acordo com Gouveia, Carvalho e Fonseca (2004) ela tem também um curso flutuante e muito variável de doente para doente, embora tipicamente a frequência e intensidade das crises diminuam ao longo do tempo, podendo existir períodos de vários anos sem crises seguido de um período de agravamento. Alguma evidência empírica defende que apesar de sem tratamento o prognóstico ser desconhecido, com tratamento o prognóstico é geralmente favorável (Paulino & Godinho, 2002).

As causas do transtorno em questão apontadas na literatura podem ser de ordem biológica e/ou ambiental (German, Kent, Sullivan & Coplan, 2000, cit. por Katon, 2006) existindo uma variedade enorme de modelos explicativos de essência biológica e cognitiva. Outra possibilidade prende-se com o facto de haver uma base genética específica que predispõe o indivíduo para desenvolver a perturbação (Dattilio, 2001; Paulino & Godinho, 2002; Beck, Emery & Greenberg, 1985). Os determinantes ambientais prendem-se com acontecimentos de vida stressantes pelo menos doze meses antes, história de abuso físico e sexual na infância, entre outros (Roy-Byrne, Geraci & Uhde, 1986, Manfro et al., 1996, Kendler et al., 2000, cit. por Katon, 2006). Já Kaplan & Sadock em 1988 (cit. por Cote, 1993) defendem que a sua etiologia é essencialmente biológica e por isso o principal tratamento para a perturbação é farmacológico (Ballenger e Hollister, 1986, cit. por Cote, 1993).

Muitos autores defendem um papel fundamental da amígdala na regulação das respostas de medo e ansiedade (Adolphs et al., 1994, Davis, 1992, Kapp et al., 1992, LeDoux, 1992, cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). Também o sistema septo-hipocâmpico tem sido considerado implicado nas mesmas respostas, quando um acontecimento é aversivo ou inesperado dando-se uma resposta inibitória do comportamento com aumento da vigilância – Teoria Septo-Hipocâmpica (Gray, 1987 cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Gray, 1974, cit. por Dattilio, 2001). Na indução de ataques de pânico está ainda implicada a circunvolução para-hipocâmpica (Reiman et al., 1989, cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca,

2004). Por outro lado, os núcleos do tronco cerebral relacionados com as vias monoaminérgicas, tal como o núcleo de rafe e o *locus coeruleus* parecem também ter um papel importante na mediação das respostas de pânico – Teoria do *Locus Coeruleus* (Charney et al., 1992, Price et al., 1995, Price, Spencer et al., 1995, cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Svensson, 1987, Charney, Heninger & Beier, 1984, cit. por Dattilio, 2001), sendo que os centros cardiorrespiratórios das regiões pontomedulares são fundamentais no desenvolvimento da resposta de pânico (Klein, 1993, cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). Assim as respostas de pânico parecem poder gerar-se ao longo do eixo neuronal que vai do neocortex, nomeadamente das regiões frontal e temporal, até aos centros medulares anatómicos, sendo que o funcionamento normal desta rede é fundamental para serem produzidas respostas apropriadas ao medo e ansiedade (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). Os sistemas neurotransmissores implicados na PP são os monoaminérgicos (serotoninérgicos e noradrenérgicos), GABA, CRF e glutamato que estão alterados quando está presente uma PP, daí a necessidade de intervenção farmacológica (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Shear, 1996). Mais recentemente outros trabalhos têm estudado um possível agente genético do pânico (cck-4), levantado mais hipóteses biológicas explicativas da PP (Bradwejn, Koszycki, Payeur et al., 1992, cit. por Dattilio, 2001).

Cote (1993) refere que, com autores como Barlow (1988, cit. por Cote, 1993), Beck (1988, cit. por Cote, 1993) e Clark e Salkovskis (1989, cit. por Cote, 1993), emergiram as teorias comportamentais e cognitivas explicativas do pânico e conseqüentemente foram desenvolvidas as terapias cognitivo-comportamentais.

Nesta linha de pensamento os modelos cognitivos explicativos da PP centram-se essencialmente no facto de considerarem que um estímulo desencadeante interno (*eg.* um pensamento, imagem) ou externo (*eg.* concentração de muitas pessoas) é percebido como ameaçador levando o sujeito a um estado de apreensão que resulta nas sensações corporais características da resposta ansiogénica, as quais, por sua vez, são interpretadas pelo sujeito de uma forma alarmista o que faz com que se intensifiquem ainda mais e provoquem pensamentos catastróficos, e assim sucessivamente, num ciclo vicioso, numa espiral de ansiedade que vai culminar num ataque de pânico. Uma vez que o existe uma tendência para interpretar de forma catastrófica as sensações físicas, e por temer essas sensações o indivíduo torna-se hipervigilante focando a atenção internamente e dando-se conta de sensações que passam despercebidas à maioria das pessoas, o que contribui para agravar e manter o estado de ansiedade extrema. Os comportamentos de evitamento, típicos do indivíduo com PP fazem reduzir a curto prazo a ansiedade, mas de facto, constituem o principal factor de manutenção

da perturbação. O modelo integrado de Barlow (1988, cit. por Cote, 1993) postula que alguns indivíduos são biologicamente vulneráveis para desenvolver a perturbação e é através do condicionamento que aspectos interoceptivos começam a ser associados com as fases iniciais duma crise de pânico, resultando, por sua vez, em ataques de pânico e possíveis evitamentos comportamentais (“*learned alarms*”) (Hedley, Hoffart & Sexton, 2001). A mesma literatura explica que, se estes indivíduos possuírem uma vulnerabilidade psicológica adicional devida a acontecimentos de vida negativos, provavelmente vão desenvolver um processo de apreensão focalizada na possibilidade de ter mais crises de pânico. Este doente, devido à doença que lhe foi diagnosticada no início da adolescência, Espondilite Aquilosa, à doença psiquiátrica do pai, Perturbação de Personalidade Borderline, e à detecção de extra-sístoles pode ter desenvolvido uma vulnerabilidade psicológica, nomeadamente pela elaboração de um esquema de vulnerabilidade ao mal e à doença que o leva a precauções excessivas para se proteger como a monitorização do ritmo cardíaco.

Dadas as diferenças entre modelos e a variedade deles que se encontra na literatura, importa talvez referir que ambos aqui expostos possuem evidência que os suporta (Warren, Zgourides & Jones, 1989, Clark et al., 1994, Hoffart, 1998, Hunt & Andrews, 1998, Margraf, Barlow, Clark & Telch, 1993, Salkovskis, 1991, cit. por Hedley, Hoffart & Sexton, 2001).

Esta perturbação está associada a uma redução considerável de qualidade de vida e funcionamento psicológico (Mendlowicz & Stein, 2000, Sherbourne, Wells & Judd, 1996, cit. por Massimo-Biondi & Picardi, 2003; Simon et al., 2002, cit. por Schmidt & Smith, 2005), emocional e físico (Levitt, Hofman, Grisham & Barlow, 2001), acarretando também custos económicos e sociais significativamente consideráveis (Leon, Portera & Weissman, 1995, Salvador-Carulla, Seguí, Fernandez-Cano & Canet, 1995, cit. por Massimo-Biondi & Picardi, 2003; Hofman & Spigel, 1999). **D²²** refere preocupações constantes acerca da gravidade dos seus sintomas físicos (o que leva a um desgaste psicológico), realiza exames cardíacos com alguma regularidade (o que leva a custos económicos importantes, e mais ainda se pensarmos que existe um número elevado de pacientes com esta perturbação), altera actividades do seu quotidiano, nomeadamente ter deixado de praticar exercício físico com a regularidade de outrora.

Este doente refere dispor de variada informação acerca dos seus sintomas e até do seu quadro clínico dizendo que teve um ataque de pânico em que sentiu taquicardia, boca seca, falta de ar e foi assaltado por pensamentos como “*vou morrer*” (sic), “*vou ter um ataque cardíaco*”. De acordo com a APA (2002) um ataque de pânico é um período discreto no qual se inicia de forma repentina uma apreensão intensa, medo ou terror, os quais são associados à

sensação de catástrofe iminente. Esta apreensão é acompanhada pelo menos por quatro de treze sintomas de ordem sintomática e/ou cognitiva. Os sintomas incluem palpitações, suores, tremores, dificuldades em respirar, sensações de sufoco, desconforto ou dores no peito, náuseas ou mal-estar abdominal, tonturas ou sensações de cabeça oca, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controlo ou de “enlouquecer”, medo de morrer, parestesias e sensações de frio ou calor. O ataque de pânico tem um início súbito atingindo o seu pico em geral em dez minutos e é frequentemente acompanhado por um impulso para a fuga (APA, 2002).

Existem quatro tipos característicos de ataques de pânico: inesperados (não apresentam sinais de alerta), situacionais (apresentam algumas pistas de alerta), situacionalmente predispostos e as crises de pânico limitadas. (APA, 2002).

A ocorrência de ataques de pânico inesperados é exigida no diagnóstico de PP, com ou sem Agorafobia, podendo um sujeito com esta perturbação também desenvolver ataques de pânico situacionais e/ou situacionalmente predispostos. Além disso, estes dois últimos podem também ocorrer no contexto de outras perturbações da ansiedade (APA, 2002). No caso de **D²²** os ataques de pânico pareciam inesperados.

Muita gente não vive satisfeita com a sua aparência no entanto, algumas pessoas ficam tão ansiosas acerca do seu aspecto que podem desenvolver uma perturbação dismórfica corporal (Buhlmann, Reese, Renaud & Wilhelm, 2008).

A Perturbação Dismórfica Corporal – PDC - (conhecida, também, por dismorfofobia) caracteriza-se por uma preocupação excessiva com um defeito na aparência física (Amâncio, Magalhães, Santos, Peluso, Pires e Dias, 2002; Buhlmann, McNally, Wilhelm e Florin, 2002; Buhlmann, Reese, Renaud e Wilhelm, 2008; Cansever, Uzun, Dönmez e Özşahin, 2003; Cororve e Gleaves, 2001; Feusner, Tobias e Saxena, 2008; Moriyama e Amaral, 2007; Monteiro, 2003; Phillips, Didie, Menard, Pagano, Fay e Weisberg, 2006; Phillips, Menard, Fay e Pagano, 2005; Phillips, Pinto e Jain, 2004; Phillips, Quinn e Stout, 2007; Rabinowitz, Neziroglu e Roberts, 2007; Ramos, Ramos, Huguet e Hubner, 2005; Rosen e Ramirez, 1998; Taylor, Bewley e Melidonis, 2006; Tignol, Gotzamanis, Guehl, Grabot e Aouizerate, 2007; Torres, Ferrão e Miguel, 2005; Veale, 2004; Williams, Hadjistavropoulos, Sharpe, 2006; Williams, Hadjistavropoulos e Sharpe, 2007). Esse defeito poderá não existir, ou ser apenas uma alteração subtil da aparência (Torres, Ferrão e Miguel, 2005).

A PDC foi, primeiramente, definida por Morselli, em 1886, que a caracterizava como um sentimento subjectivo de defeito embora a sua aparência seja considerada normal

(Amâncio, Magalhães, Santos, Peluso, Pires e Dias, 2002; Cansever, Uzun, Dönmez e Özşahin, 2003) mas, segundo Morselli (2001, cit. por Rabinowitz, Neziroglu e Roberts, 2007) a literatura só terá reconhecido esta perturbação em 1891 e a sua inclusão no Manual Estatístico de Diagnóstico de Perturbações Mentais ocorre em 1987 (Rabinowitz, Neziroglu e Roberts, 2007). Actualmente os seus critérios de diagnóstico, de acordo com a APA (2002), são:

- ✘ Preocupação com um defeito imaginado na aparência. Mesmo que uma anomalia física esteja presente, a preocupação tem um carácter marcadamente excessivo;
- ✘ A sua preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou disfunção no funcionamento social, ocupacional e noutras áreas importantes do funcionamento individual;
- ✘ A preocupação não é melhor explicada por outra perturbação mental.

Este doente parece, de facto, apresentar um quadro desta índole uma vez que parece preocupado com um defeito no seu nariz (que nunca tinha sido percebido em consulta e que, após ele ter manifestado essa queixa, parece um defeito mínimo e pouco perceptível. Este seu defeito é sempre tido em consideração quando interage socialmente sendo que “torno-me mais frio e mais agressivo” (sic), “sou mais desagradável porque não me sinto bem” (sic) o que leva a que seja avaliado pelos outros como “arrogante” (sic), “frio e que tenho a mania” (sic).

Até à Primeira Grande Guerra várias nomenclaturas foram atribuídas a este fenómeno como: Vergonha do Corpo, Psicose da Feiura, e Hipocondria da Beleza (Monteiro, 2003) e apesar de ser descrita na literatura ao longo de vários anos, esta alteração na percepção da imagem corporal é, ainda, pouco conhecida (Amâncio, Magalhães, Santos, Peluso, Pires e Dias, 2002).

A PDC tem uma prevalência que varia de 0.7% (Faravelli, Salvatori, Galassi, Aiazzi, Drei e Cabras, 1997; Otto, Wilhelm, Cohen e Harlow, 2001 cit. por Ramos, Ramos, Huguet e Hubner, 2005; Faravelli, Salvatori, Galassi e Aiazzi, 1997, cit. por Rabinowitz, Neziroglu e Roberts, 2007)) a 13% (Biby, 1998, cit. por Rabinowitz, Neziroglu e Roberts, 2007) e parece afectar, de acordo com Monteiro (2003), pessoas de diferentes culturas, denunciando um carácter universal e intemporal da doença e apresenta um curso crónico e perigoso e uma elevada taxa de suicídio (Bowe, Leyden, Crerand, Sarwer e Margolis, 2007; Neziroglu, Patel

e Veadel, 2008; Phillips, McElroy, Keck, Pope e Hudson, 1993 e Figueira, Nardi, Marques e Versiani, 1999, cit. por Moriyama e Amaral, 2007).

Ao se diagnosticar PDC deve excluir-se perturbação do comportamento alimentar. No entanto, estas duas perturbações partilham características como: verificação ao espelho, preocupação e pensamentos acerca da aparência, idealização sobrevalorizada e emoções como depressão e repugnância (Neziroglu e Cash, 2008). Também em ambos os quadros os doentes apresentam diminuta auto-estima (Rosen e Ramirez, 1998).

Os indivíduos diagnosticados com esta perturbação tendem a apresentar baixa auto-estima (Phillips, Pinto e Jain, 2004) e baixa qualidade de vida (Phillips, Menard, Fay e Pagano, 2005). Para além disso, têm ideias acerca da imagem corporal relacionadas com o perfeccionismo e a simetria, pensando que a sua deveria seguir esses princípios (Veale, Gournay, Dryden, Boocock, Shah, Willson *et al.*, 1996) e tendem a pensar que é possível atingir a perfeição, que a felicidade depende de ser bonito e que se não for bonito os outros não gostarão de si. Desta forma, a existência de uma característica que se oponha aos ideais de beleza (“não gosto do meu nariz” (sic)) gera sentimentos negativos acerca de si (Rabinowitz, Neziroglu e Roberts, 2007).

Os doentes experienciam emoções como: vergonha interna, quando se comparam com os outros e hierarquizam a sua aparência como inferior à dos outros; vergonha externa e ansiedade social antecipatória baseada nos julgamentos que os outros poderão fazer de si; depressão e desesperança e percepção de fracasso por não atingirem a sua meta estética; raiva e frustração por alterar a sua aparência (por cirurgia); e culpa e vergonha por alterar a sua aparência por cirurgia estética (Neziroglu, Patel e Veale, 2008). O doente, ao falar sobre este problema, mostrava-se envergonhado e desconfortável, apresentando rubor. Diz ser desconfortável para si sentir que um amigo seu seja “mais bonito” (sic) que ele e parece recear que os outros notem o seu defeito, não falando sobre ele e demonstrando uma postura mais defensiva e hostil socialmente.

Esta perturbação aparece, geralmente, na fase de adolescência (Amâncio, Magalhães, Santos, Peluso, Pires e Dias, 2002; Neziroglu e Yaryura-Tobias, 1993a,b; Phillips *et al.*, 1993; e Rosen, Reiter, Orosan, 1995, cit. por Rabinowitz, Neziroglu e Roberts, 2007; Phillips, Didie, Menard, Pagano, Fay e Weisberg, 2006; Torres, Ferrão e Miguel, 2005) por volta dos 17 anos. O surgimento desta doença na adolescência está relacionado com o facto desta fase ser caracterizada pelo surgimento de mudanças corporais como desenvolvimento dos caracteres sexuais aparência (Rabinowitz, Neziroglu e Roberts, 2007). Apesar do seu surgimento ser numa fase precoce da vida do sujeito, o diagnóstico só ocorre 10 anos depois

(Ramos, Ramos, Huguet e Hubner, 2005). Esta perturbação é subdiagnosticada o que parece dever-se ao secretismo que os doentes mantêm acerca da sua sintomatologia e relutância a procurar tratamento (Neziroglu e Yaryura-Tobias, 1997 e Phillips, 1991 cit. por Cororve e Gleaves, 2001). **D²²** refere que por volta dos 16/17 anos “o meu nariz mudou” (sic) sendo que a sua preocupação com este defeito é mantida em sigilo “não digo aos outros que não gosto do meu nariz porque isso iria levar as pessoas a olhar para outras coisas que nunca repararam” (sic), “nunca falo do nariz para não demonstrar que tenho um problema” (sic). Esta problemática surgiu em consulta de forma indirecta pois **D²²** nunca tinha referido esta preocupação, que parece um problema nuclear neste doente. Este facto corrobora a relutância em procurar tratamento e o secretismo em que envolve os seus sintomas.

Os doentes com PDC parecem ser os doentes mentais que procuram mais os tratamentos dermatológicos e cirúrgicos (Ishigooka, Iwao, Suzuki, Fukuyama, Murasaki e Miura, 1998 e Phillips, Dufresne, Wilkel e Vittorio, 2000, cit. por Ramos, Ramos, Huguet e Hubner, 2005; Moriyama e Amaral, 2007; Rabinowitz, Neziroglu e Roberts, 2007; Sarwer, 2002) desejando alterar o defeito fonte de preocupação e ansiedade.

A PDC desenvolve-se por meio de uma interacção entre factores biológicos, experiências de infância e factores culturais (Veale, Gournay, Dryden, Boocock, Shah, Willson *et al.*, 1996). Podendo ser hipotetizado que para a emergência de um quadro de PDC deverá existir: predisposição biológica; história de reforço da imagem corporal na infância; e aprendizagem vicariante (Neziroglu, Patel e Veale, 2008).

Alguns aspectos relevantes na história de desenvolvimento destes sujeitos são: a educação rígida ou pais super protectores; poucos amigos durante a fase escolar; ganhos secundários; famílias em que se dá maior ênfase em conceitos estereotipados de beleza; comentários, ainda que inócuos ou neutros, em relação à aparência e acidentes traumáticos (Andreasen e Bardach, 1977; Bloch e Glue, 1988; Braddock, 1982; Kaplan, Sadock e Grebb, 1997; Rosen, 1997; Thomas, 1984; cit. por Moriyama e Amaral, 2007).

Os sujeitos que apresentam PDC podem ter experienciado reforços acerca da sua aparência durante a infância. Este facto pode contribuir para que a criança aprenda que a beleza está associada ao seu valor. Também experiências sociais e vicariantes parecem reforçar crenças acerca da relação entre o valor próprio e a aparência (Neziroglu, Patel e Veale, 2008; Rabinowitz, Neziroglu e Roberts, 2007).

Na fase da adolescência, a percepção acerca da aparência física parece ser o factor mais importante na auto-estima global, especialmente em países industrializados (Neziroglu, Patel e Veale, 2008).

O condicionamento clássico parece explicar como a PDC se desenvolve: as experiências características da adolescência (alteração corporal) funcionam como estímulo incondicionado que leva ao surgimento de uma resposta incondicionada negativa como vergonha, repugnância, ansiedade e depressão. Estas respostas podem, depois, tornar-se condicionadas a algumas zonas do corpo, mesmo na ausência de defeito (Neziroglu, Patel e Veale, 2008; Rabinowitz, Neziroglu e Roberts, 2007).

D²² parece ter sido, desde criança, um rapaz que cativava pela sua aparência física pois “na minha rua todas as raparigas gostavam de mim” (sic), acontecendo o mesmo até ao final do ensino secundário. O doente acrescenta que sempre se destacou “estava no meu grupo de amigos e quando olhavam (raparigas) era para mim” (sic). Mesmo na universidade diz “as raparigas reparavam bastante (em mim)” (sic) sendo que **D²²**, comparativamente aos seus amigos, “tive mais contacto com raparigas” (sic). Acrescenta que “sempre dei muita importância à aparência física” (sic)

Os mecanismos de processamento de informação, nomeadamente erros de processamento de informação como a atenção selectiva, contribuem para recolher informação que suporte crenças maladaptativas que mantêm a ideia de que se tem um defeito corporal (Neziroglu, Patel e Veale, 2008; Wilhelm e Neziroglu, 2002, cit. por Rabinowitz, Neziroglu e Roberts, 2007). Esta atenção selectiva poderá focar-se em qualquer parte do corpo sendo que o mais frequente é focar-se em zonas do corpo como: as orelhas, o nariz, a cabeça e a cara (Amâncio, Magalhães, Santos, Peluso, Pires e Dias, 2002; Torres, Ferrão e Miguel, 2005). No caso do **D²²** a sua fonte de preocupação é o nariz.

D²² diz detestar “quando uma rapariga desvia o olhar” (sic) pois isso é processado por si como “não me achou giro” (sic). Acrescenta “sempre gostei de causar um impacto positivo nos outros” (sic) sendo que se avaliasse que alguém (especialmente do sexo feminino) “não me achou giro” (sic) pensava “perdi uma parte importante” (sic).

Estes doentes podem recorrer a estratégias de evitamento (que funcionam, também, como comportamentos de segurança) que incluem a camuflagem (usar determinadas roupas e maquilhagem) ou a alteração da postura para esconder o defeito (Cororve e Gleaves, 2001). O doente diz que “com os meus amigos não estou tão à vontade por causa disso (nariz)” (sic) sendo que “para me sentir à vontade só quando estou sozinho e não está ninguém a olhar para mim” (sic). Diz sentir-se desconfortável nas interações sociais pois “quando estou a falar sinto o nariz, sinto que está ali” (sic). Quando o doente fala diz “tou sempre a vê-lo (nariz)” (sic) acrescentando que costuma tocar-lhe e palpá-lo no sentido de verificar que, de facto, é estranho e deformado.

Esta camuflagem é monitorizada para que estes doentes possam verificar que nenhuma estratégia de esconder permite ocultar o defeito aos outros (Neziroglu, Patel e Veale, 2008; Veale, Gournay, Dryden, Boocock, Shah, Willson *et al.*, 1996).

Este facto poderá justificar-se pela atenção selectiva (uma vez que tendem a perceber e a dar muita atenção ao seu defeito corporal, o que funciona como factor de manutenção do quadro), auto-focus (a sua atenção tende, ainda, a focar-se em si próprio verificando-se vários erros de processamento de informação, designadamente o raciocínio emocional (pois, por exemplo, pelo facto de se avaliarem como inadequados acreditam ser, de facto, inadequados)) e pela leitura de mente (acreditam que os outros farão a mesma avaliação deles, apesar de não existirem evidências para tal) (Neziroglu, Patel e Veale, 2008; Veale, Gournay, Dryden, Boocock, Shah, Willson *et al.*, 1996).

Os doentes com este quadro poderão apresentar comportamentos ritualizados de verificar muitas vezes o defeito e questionar os outros com vista a conformar o defeito (Amâncio, Magalhães, Santos, Peluso, Pires e Dias, 2002). As preocupações mais frequentes destes doentes são as interacções sociais e nestas tentam esconder o seu defeito (real ou imaginado). É, também, característico destes sujeitos compararem-se com outras pessoas e pedir reassuramento acerca do defeito (Moriyama e Amaral, 2007). O doente refere “não digo aos outros que não gosto do meu nariz porque isso iria levar as pessoas a olhar para outras coisas que nunca repararam” (sic), “nunca falo do nariz para não demonstrar que tenho um problema” (sic) porém pergunta a algumas pessoas, “se estou diferente (mas não digo que é do nariz)” (sic) sendo que a resposta é sempre negativa para obter securização.

Os doentes com esta perturbação podem apresentar, ainda, compulsões de dois tipos: verificação ao espelho, ou evitamento de espelho (embora possam existir doentes que apresentem ambas as compulsões). Os doentes do primeiro tipo passam horas a avaliar a sua imagem em superfícies espelhadas, avaliando o grau da sua deformação e o efeito catastrófico percebido nas suas vidas. Esta verificação poderá ter, ainda, como objectivo de corrigir a sua aparência e esconder o defeito e também para se sentirem mais confortáveis quando percebem que conseguem ocultar o defeito ou para se certificarem da severidade deste (Veale, Gournay, Dryden, Boocock, Shah, Willson *et al.*, 1996). Os doentes do segundo tipo removem as superfícies espelhadas das suas casas e cobrem os espelhos que existem. Estes comportamentos compensatórios fazem com que reduzam, temporariamente, o desconforto, reforçando o comportamento (Rabinowitz, Neziroglu e Roberts, 2007). O paciente parece evitar ver-se ao espelho pois, antes de perceber a alteração do seu rosto “gostava de me ver ao espelho, bastante e perdi isso” (sic).

D²² parece ter aprendido, desde a sua infância, que a beleza tem consequências positivas (atenção dos outros, interesse do sexo oposto, o que lhe dava alguma satisfação) pelo que, ao apresentar actualmente uma imagem que não considera tão atraente mostra-se preocupado pela eventualidade de perder os reforços positivos que sempre recebeu dos outros.

A avaliação da PP pode recorrer a instrumentos de avaliação clínica como entrevistas clínicas estruturadas, questionários, inventários e escalas, testes comportamentais e exercícios de casa. Nesta avaliação existe informação que importa recolher como: número e severidade dos ataques de pânico; severidade da ansiedade antecipatória; severidade dos sintomas agorafóbicos; descrição detalhada duma crise de pânico recente (eg. “onde estava?”, “o que estava a fazer?”, “que sensações sentiu?”, “o que pensou?”, “como reagiu?”); evitamentos e comportamentos de segurança (eg. “existem situações que evite por causa da ansiedade?”); ideação suicida; início e evolução; mudanças no funcionamento pessoal, social e laboral/académico (eg. “há coisas que costumava fazer antes de ter desenvolvido o problema e que deixou de fazer agora?”); grau de disfuncionamento global; condições comórbidas, particularmente a Depressão e Abuso de Substâncias; tratamentos prévios; medicação prescrita; e recursos pessoais (Andrews, Oakley-Browne, Castle, Judd & Bailiie, 2003; Clark, 1997; Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

A entrevista constitui uma importante fonte de informação, permitindo obter dados anteriormente referidos. Através da entrevista deverá abordar-se o programa progressivamente, partindo de questões mais globais da vida do paciente para gradualmente focar em perguntas mais detalhadas (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). De entre as entrevistas estruturadas existentes destacam-se:

- *Structural Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)* de Spitzer, Williams e Gibson (1987 cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004): é uma entrevista geral de psicopatologia sendo das mais utilizadas para avaliar perturbações de ansiedade. Permite avaliar, ao longo do ciclo de vida, sintomatologia ansiosa e recolher informação detalhada sobre aspectos clinicamente relevantes (Cunha, 2000).

- *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* (ADIS-IV: NIH, 1991, cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004): permite realizar diagnósticos diferenciais das várias perturbações de ansiedade e depressão e obter dados relacionados com a história do problema ou factores cognitivos e situacionais que interferem na ansiedade (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). Esta entrevista, por ter módulos separados para diferentes perturbações do eixo I (de acordo com o DSM-IV) permite a avaliação isolada de cada um deles (Cunha,

2000).

De entre os questionários, inventários e escalas destaco:

- Questionário de Cognições Agorafóbicas de Chambless, Caputo, Bright e Gallanger (1984, cit. por, Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004): é uma medida de “medo do medo”, nomeadamente dos ataques de pânico e avalia os pensamentos catastróficos típicos da PP;
- Questionário de Sensações Corporais (BSQ) de Chambless, Caputo, Bright e Gallanger (1984, cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004): avalia o grau de medo das sensações corporais associadas ao pânico. Este questionário apresenta 17 itens que descrevem sensações corporais e medos associados. Estes itens são avaliados numa escala que varia de *nada preocupado* até *sempre preocupado*. A pontuação total varia entre 17 e 85 (Ito & Ramos, 1998).
- Escala de Pânico e Agorafobia de Bandelow (1995, cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004);
- Questionário de Medos de Marks e Mathews (1979, cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004): avalia a fobia principal, avalia a fobia total, avalia a ansiedade-depressão e é também uma medida global de sintomas fóbicos;
- Inventário de Mobilidade de Agorafobia (MIA) de Chambless, Caputo, Jasin, Gracely & Williams, 1985:avalia o comportamento de evitamento agorafóbico. Este instrumento de auto-resposta avalia o grau de evitamento numa escala de 0 a 5 sendo que 0 corresponde a *nunca evito* e 5 a *evito sempre*. São apresentadas algumas situações (sendo que o doente tem espaço para referir uma outra que seja significativa) e avaliadas possíveis diferenças no grau de evitamento quando está sozinho ou acompanhado. A pontuação total corresponde à soma das pontuações obtidas em todas as situações (Ito & Ramos, 1998).
- Cognições Associadas a Crises de Pânico – este questionário, concebido por Chambless e colaboradores, avalia sintomas físicos de crises ansiosas (Neto, 1998). Este questionário é constituído por duas partes, na primeira são apresentados 19 itens para serem avaliados numa escala que varia de intensidade de *nunca ocorre* a *sempre ocorre*. Na segunda parte é solicitado ao doente que classifique até que ponto está convencido da veracidade de vinte pensamentos apresentados (Ito & Ramos, 1998).
- Questionário de Ataques de Pânico de Cox, Endler, Lee e Swinson (1992, cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004); Norton *et al.* (1988, cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004): avalia a frequência, duração e intensidade dos ataques de pânico;

- *Inventário da Avaliação de Pânico* de Telch (1987, cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004): avalia consequências catastróficas do pânico, probabilidade do pânico em agorafóbicos e outras situações potencialmente evocadoras de ansiedade e auto-eficácia percebida em lidar com o pânico;
- *Escala de Gravidade da Perturbação de Pânico* de Shear *et al.* (1997, cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004): avalia abrangentemente a gravidade dos sintomas de pânico em pacientes já diagnosticados com esta perturbação;
- *Escala de Pânico e Agorafobia* de Bandelow (1995, cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004): avalia a frequência, duração e gravidade dos ataques de pânico; avalia a frequência do evitamento agorafóbico; avalia a ansiedade antecipatória; avalia a incapacidade; e avalia a preocupação acerca de implicações do pânico relacionadas com a saúde.

Relativamente aos testes comportamentais estes podem revelar-se muito úteis quando o paciente está céptico quanto à origem psicológica dos problemas somáticos (Clark, 1997). O objectivo é obter uma informação tão real quanto possível (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). De acordo com Gouveia, Carvalho e Fonseca (2004) existem dois grandes tipos de testes comportamentais: Teste de Evitamento Comportamental Agorafóbico Estandarizado e Teste de Evitamento Comportamental Individualizado. O primeiro implica o paciente fazer um percurso que está dividido em unidades com a mesma distância e que incorpora uma variedade de contextos com dificuldade crescente, sendo que a medida deste teste é o número de paragens completas ao mesmo tempo que são registadas a frequência cardíaca e a ansiedade subjectiva. O segundo tem o mesmo cariz mas aplicado a avaliação de comportamentos pessoais pertinentes em situações naturais. Para ambos é necessário construir previamente com o paciente uma hierarquia de situações fóbicas (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

Quando as entrevistas, os questionários, os inventários e outros não reúnem todas as informações necessárias para elaborar a formulação cognitivo-comportamental, torna-se necessário complementar estas metodologias com exercícios de casa. Um deles pode ser por exemplo pedir ao paciente que preencha continuamente, por exemplo, um diário/Registo de Auto-Monitorização (*cf.* Anexo 2) registando cada situação e o grau de ansiedade, procedendo a automonitorização ou auto-observação. Esta estratégia é importante para avaliar a frequência, intensidade dos ataques de pânico, tipo e perfil do sintoma. O comportamento de automonitorização é considerado terapêutico pelo facto de incrementar a auto-consciência e para além disso fornece feedback sobre o progresso do doente nas diversas situações (Clark, 1997; Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

1.3 Avaliação Realizada

Em qualquer acto terapêutico importa que o terapeuta possua competências de observação e que realize uma entrevista clínica para aferir o problema e verificar inconsistências entre a linguagem analógico e digital do paciente. Foi recolhida informação de forma a construir-se a sua história clínica incidindo, fundamentalmente, nas suas dificuldades actuais e seu início e desenvolvimento.

Na consulta o doente aparentava um jovem descontraído e preocupado com a imagem, mostrava-se um pouco ansioso e parecia querer receber muita informação (inclusive o rótulo diagnóstico). Este jovem trazia imensa informação acerca de ansiedade e de ataques de pânico, assim como de problemas cardíacos. Na entrevista clínica realizada este referiu ter ataques de pânico e recear ter doença cardíaca.

Inicialmente pareceu um quadro de PP sem agorafobia o que se avaliou através de instrumentos padronizados de auto-resposta. Neste âmbito, foi avaliada a ansiedade geral (através do *Inventário de Ansiedade de Beck*), sintomas associados ao pânico (*Questionário de Sensações Corporais*, *Inventário de Mobilidade para a Agorafobia*, e *Cognições Associadas a Crises de Pânico*), ansiedade social (por ser um diagnóstico diferencial frequente desta patologia (APA, 2000), *Escala de Medo de Avaliação Negativa* e *Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social*, *Escala TKS*) e a presença de características obsessivas (*Inventário O-C do Maudsley* e *Inventário de Pádua*) e o humor (*Inventário Depressivo de Beck*). Achou-se, também, pertinente avaliar as cognições interpessoais (*Inventário de Cognições Interpessoais*), os esquemas (*Inventário de Esquemas de Young*) e os estilos parentais (*Questionário de Estilos Parentais*). Os resultados desta avaliação através de instrumentos de auto-resposta é apresentada no quadro 31.

Quadro 31: Instrumentos aplicados a D²² e interpretação dos resultados.

Instrumento	Cotação	Conclusão
Inventários de Ansiedade de Beck	13 (entre 0 e 63)	Mostra ansiedade reduzida não apresentado os vários sintomas de ansiedade com frequência elevada (refere apenas sentir taquicardia e sentir-se nervoso frequentemente). Não pontua em quase sempre.

Questionário de Sensações Corporais	26 (entre 17 e 85)	O paciente não se mostra <i>muito preocupado</i> nem <i>sempre preocupado</i> com nenhum dos sintomas apresentados. Mostra-se <i>bastante preocupado</i> com apenas 2 sintomas <i>palpitações do coração e pressão ou peso no tórax</i> .
Inventário de Mobilidade para a Agorafobia	76 (entre 26 e 130)	Não existem diferenças nos evitamentos quando sozinho ou acompanhado (os evitamentos quando acompanhado e quando sozinho pontuam ambos 38). Não parece realizar evitamentos com frequência.
Cognições Associadas a Crises de Pânico		Através de uma avaliação qualitativa deste instrumento pode constatar-se que este doente tem, <i>muitas vezes</i> , pensamentos respeitantes a sintomatologia cardiovascular e suas implicações catastróficas. Assim, D²² refere que pensamentos como “ <i>vou ter um ataque cardíaco</i> ” e “ <i>vou ter um ataque</i> ” ocorrem muitas vezes. Parece, também, estar muito convencido acerca da possibilidade de ter um ataque cardíaco (80%), ter um ataque (80%), ter uma doença grave (80%), .fazer figura de parvo (90%), os outros notarem que não está bem (90%) e que vai cair à frente de toda a gente (80%). Acerca de pensamentos sobre sensações corporais várias como desmaiar ou comportamentos como magoar alguém assinala não acreditar neles.
Escala de Medo de Avaliação Negativa	89 (entre 30 e 150)	O paciente parece não apresentar um elevado medo de avaliação negativa encontrando-se no intervalo de normalidade (69, 42 – 99,00).
Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social	Índice de desconforto: 89 (entre 44 e 176); índice de	O paciente não refere desconforto severo em nenhuma das situações sociais. No que concerne ao evitamento não evita <i>quase sempre</i> nenhuma das situações

	<p>evitamento: 70 sociais. Este paciente não apresenta uma (entre 44 e 176); elevada pontuação neste instrumento o índice de que sugere uma reduzida ansiedade desconforto x social.</p> <p>evitamento: 6230. As situações que mais desconforto provocam a este doente são: <i>dar uma festa; juntar-se, numa mesa de café, a um grupo de colegas que não se conhece bem; numa festa, participar em jogos e/ou danças; falar com alguém uma língua estrangeira que não se domina bem; e fazer um exame oral.</i></p>
Escala TKS	<p>Por meio de uma avaliação fenomenológica pode constatar-se que este paciente diz não se conseguir descontraír, mesmo quando entre amigos, sentindo-se inferior perante os outros. A aparência física parece ser o factor causador de maior desconforto, não demonstrando preocupação com as sensações corporais e o facto dos outros as poderem notar.</p>
Inventário O-C do Maudsley	<p>Pontuação total: 5. Este doente não demonstra Na subescala de características obsessivas elevadas verificação, de apresentando uma pontuação que o lentidão/repetição insere no grupo normativo para não e dúvidas obteve 2 obsessivos pontos e não pontuou na sub-escala de limpeza.</p>
Inventário de Pádua	<p>As situações apresentadas neste instrumento não parecem produzir desconforto significativo (<i>nenhum</i> - 0) ou (<i>pouco</i> - 1). Apenas se mostra preocupado com o item 32 <i>quando começo a pensar em certas coisas, torno-me obcecado por elas.</i></p>
Inventário de Cognições Interpessoais	<p>O paciente mostra-se duvidoso acerca das intenções dos outros (temática de desconfiança). D²² refere sentir-se</p>

		diferente dos outros pensado que, também os outros, o vêem como diferente e estranho.
Questionário de Estilos Parentais		A sua mãe aparece como figura de suporte e de vinculação pois considera-a preocupada, zelosa das necessidades do filho e próxima deste. Comparativamente com o pai, a mãe dá mais atenção ao filho, gostava mais dele, dava-lhe mais conselhos, era mais exigente, estabelecendo regras e sacrificava as suas necessidades pelo bem da família. O pai tinha mais mau humor, habitualmente culpava os outros quando as coisas não corriam bem e dava mais atenção ao filho quando sobressaía e quando tinha mais sucesso.
Inventário de Esquemas de Young – YSI-RE2		O doente avalia-se como autónomo e preocupado com a ocorrência de algo de mal. Acrescenta que lhe é difícil aceitar um <i>não</i> .
Inventário Depressivo de Beck	14	D²² apresenta depressão leve neste instrumento o que sugere a existência de reduzidos sintomas ansiosos e não parece inspirar cuidados.

Através dos resultados destes instrumentos verifica-se que o doente apresenta reduzida ansiedade sendo que as sensações corporais associadas a esta emoção que mais o preocupam estão relacionadas com sintomas cardíacos, o que é consistente com o seu medo (medo de ter um ataque cardíaco e ter morte súbita). Não pontua de forma elevada no instrumento para avaliação da agorafobia (o que é consistente com o referido por si nas consultas). As situações que mais evita parecem estar relacionadas com estar com outras pessoas (o que parece estar relacionado com a Perturbação Dismórfica Corporal que, mais tarde, é detectado na terapia). Este mesmo tipo de situações são, também, aquelas que o fazem sentir mais desconfortável. **D²²** parece temer e/ou evitar ou vivenciar com ansiedade e desconforto situações em que impliquem o contacto social uma vez que é o corpo que serve esta comunicação e o seu nariz lhe provoca repulsa. Este seu percepcionado defeito corporal poderá estar a contribuir para que nem entre amigos se sinta à vontade. Assina-la sentir-se diferente dos outros e destes o verem como estranho.

Em relação à avaliação de obsessões (a pertinência desta avaliação prendeu-se com as características de controlo que transpareceu na consulta) não mostra possuir características

suficientes que sugeriram a existência de um quadro desta índole, correspondendo a pontuação a dados normativos para não-obsessivos. Parece estar apenas preocupado com ruminacões e a sua obsessão por certas ideias (neste caso pode dar-se como exemplo as desconfianças acerca da sua namorada e os seus constantes pensamentos acerca da possibilidade de esta o enganar).

O humor foi avaliado por preocupações nossas no estabelecimento de um curial diagnóstico diferencial, e porque é um aspecto extremamente relevante pois um quadro de perturbação de humor pode, muitas vezes, ser comórbido a uma perturbação de ansiedade.

Parece existir uma relação mais próxima com a sua mãe, que alegadamente, se mostra mais disponível e mais presente na relação filho-progenitor, comparativamente ao pai. Este facto corrobora o facto do seu pai ter uma perturbação mental e estar pouco disponível para desempenhar, de forma adequada, o seu papel de pai.

Na PP é relevante determinar, por um lado, a relação funcional entre comportamento de evitamento, padrões cognitivos e pânico, e por outro, sinais internos e externos (Barlow, 1988 cit. por Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). Assim, construímos o modelo idiossincrático da PP (cf. Anexo 3 e 4) para este doente de forma a tornar claras, para ele, e para os terapeutas, as condições e circunstâncias em que esta sintomatologia surge, não sem antes apresentar o racional da ansiedade, distinguindo a adaptativa da patológica. Foi explicado, por meio de psicoeducação, o que acontece num ataque de pânico e todos os mecanismos que mantêm e contribuem para este fenómeno. Desta forma o doente percebeu a relevância de ser avaliada determinada informação como sintomatologia, local de ocorrência, que actividades se encontrava a realizar, se encontrava acompanhado e se sim por quem, o que costumava fazer quando apresentava os sintomas, entre outros.

1.4 Discussão do Caso

Este doente esteve presente em 17 consultas (desde 30 de Outubro a 19 de Junho).

O doente é encaminhado para a consulta de Psicologia através terapeuta (psicóloga clínica no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental) que segue o seu pai. O seu encaminhamento para esta consulta, que se iniciou a 30 de Novembro de 2007, não vinha acompanhado do motivo pelo que a avaliação e diagnóstico eram os objectivos iniciais. No total, até ao momento em que estive presente, foram realizadas 17 consultas, de periodicidade semanal, mantendo-se o seguimento. Este seguimento foi levado a cabo por uma das minhas supervisoras, sendo que eu assumi a postura de co-terapeuta.

A intervenção com este doente não pôde seguir um protocolo estruturado devido a características próprias deste doente pois **D²²** apresentava, desde o início da terapia, uma

postura defensiva e controladora manipulando os assuntos a abordar na consulta o que dificultava seguir uma intervenção estruturada. Parecia, ainda, pouco ressonante afectivamente e pouco colaborativo, dificultando o acesso a informação relevante (e.g. história de desenvolvimento). Gradualmente, e à medida que foram abordadas todas as suas dificuldades **D**²² mostrou-se mais cooperante e solícito (tendo, inclusive, aceite comparecer no serviço para se recolher informação acerca de experiências passadas e história de desenvolvimento) e menos ansioso e desconfiado. Actualmente será possível levar-se a cabo uma intervenção mais estruturada na medida em que parece ter-se descoberto (e estando-se a intervir nesse sentido) o que é nuclear no **D**²² e a perturbação de base: uma perturbação dismórfica corporal.

Na primeira consulta tentou estabelecer-se uma relação terapêutica, empática, de confiança e aceitação de forma a facilitar a verbalização dos seus sintomas e seu impacto no seu dia-a-dia e fomentar a adesão terapêutica. Procurou explorar-se a sua sintomatologia ansiosa, a existência de uma avaliação médica que despistasse doença orgânica, a frequência e intensidade dos ataques de pânico, a presença de evitamentos e comportamentos de segurança. Paralelamente, tentou perceber-se as circunstâncias em que surgem estes sintomas e quando tiveram início (análise dos factores e circunstâncias da vida do sujeito que podem estar relacionados com esta sintomatologia).

A informação que o doente forneceu foi-lhe devolvida com uma leitura dos fenómenos e explicação de possíveis inter-relações. Foi, ainda, fornecido o racional da ansiedade, a sua função adaptativa e explorada a provável função para este doente.

Na consulta seguinte foi apresentado ao doente o racional da terapia cognitivo-comportamental de forma a fundamentar as técnicas e estratégias que serão empregues em terapia. O doente apresenta bom *insight* demonstrando fácil compreensão dos princípios da Terapia Cognitivo-Comportamental. Foi discutida a perigosidade das sensações corporais e sugeridas ao doente formas de lidar com esta (e.g. estratégias de distração). Familiarizou-se o doente com o modelo explicativo da Perturbação de Pânico (de Clark e Salkovskis) e tentou elaborar-se o seu próprio. Nesta sessão o doente manifestou uma grande necessidade de controlo. Nesta consulta são entregues ao doente questionários de auto-resposta de forma a avaliar a gravidade da sintomatologia e outra sintomatologia que pode estar presente.

Na terceira consulta refere um relacionamento amoroso que mantém “há menos de um mês” (sic). Apresenta sentimentos de desconfiança e apreensão pois “comecei a andar com ela ainda a namorar com outra pessoa e isso faz-me pensar que será capaz de fazer o mesmo comigo” (sic). Refere comportamentos disruptivos (“vou ao messenger dela, arranjei um

outro mail para começar a falar com ela como se fosse outra pessoa” (sic)) que parecem ter como objectivo obter securização. Este facto justifica uma intervenção focada nos esquemas (que é muito afectada pela qualidade da relação terapêutica estabelecida). Neste âmbito procedeu-se à identificação dos esquemas relevantes, as circunstâncias nas quais são activados e as respostas cognitivas, emocionais e comportamentais. Os esquemas são conceptualizados de forma a se devolver a informação ao doente caracterizando-se o tipo de esquema e as suas formas de interacção com o meio ambiente e estratégias alternativas de lidar com as situações ambientais ansiógenas (e.g. percepção de falta de controlo dos sintomas corporais; percepção de falta de controlo/submissão no seu relacionamento amoroso. Esta explicação é feita em linguagem compreensiva para o paciente.

Na consulta seguinte o doente continua a verbalizar as suas queixas e as suas interpretações catastróficas dos sintomas fisiológicos. São sugeridos exercícios de distração que o doente percebe como úteis e discutida a validade dos pensamentos automáticos negativos como “*devo ter um problema cardíaco*” (sic) através de flecha descendente e teste de evidência. É, ainda, explicado ao doente o ciclo vicioso que perpetua o seu quadro de pânico pois, ao manifestar apreensão e avaliar as suas sensações corporais como perigosas este tenderá a monitorizar os sinais do seu corpo aumentando a probabilidade de identificar sintomatologia inócua que interpretará como precursora de um ataque cardíaco. Esta necessidade de controlo manifesta-se, também, na sua relação ao monitorizar o comportamento da sua namorada. Este controlo, pela disfuncionalidade que gera, é alvo de reestruturação cognitiva a que o doente resiste por elevada rigidez no seu funcionamento.

As sessões seguintes (5^a a 8^a) destinaram-se, fundamentalmente, à aplicação de técnicas cognitivo-comportamentais, nomeadamente reestruturação cognitiva e terapia focada nos esquemas. Os objectivos passam por: discutir a sua necessidade de controlo que está presente em duas áreas problemáticas que o doente apresenta na psicoterapia (pânico e relacionamento amoroso) e noutras circunstâncias do dia-a-dia das quais não tinha consciência; avaliar e fornecer um modelo explicativo acerca da função da sua necessidade de controlo (relacionar com o provável esquema de desconfiança/abuso e sensibilidade a perceber-se como submisso, ao que responde com raiva/agressividade); que reestruturação das suas crenças disfuncionais e pensamentos automáticos negativos; discussão de evidências que suportem o receio de ter um ataque cardíaco; hipotetizar formas alternativas para lidar com a percepção de falta de controlo. À sua percepção de falta de controlo **D**²² activa raiva pelo que se torna importante avaliar as circunstâncias dessa emoção e os sinais psicológicos e fisiológicos que a

acompanham e antecedem comportamentos agressivos de forma a diminuir a sua frequência através de, por exemplo, verbalização da sua emoção e vontade de passar ao acto.

O doente mostra-se muito rígido cognitivamente sendo difícil atingir os objectivos supra mencionados. As queixas somáticas do pânico não estão presentes com frequência.

Na consulta que se seguiu (9ª) o doente referiu “*necessidade de falar de outras coisas na consulta*” (sic) o que parece sugerir uma menor preocupação com a sua sintomatologia ansiosa (que parece ter diminuído) e/ou um maior desconforto por se estar a discutir aspectos mais nucleares do funcionamento do doente. Parece patente, novamente, o seu controlo e rigidez e algum incómodo por se estar a intervir em características nucleares suas.

Na décima consulta o doente faz-se acompanhar dos resultados de um exame cardíaco que realizou e que não mostra nada de anómalo o que “*tranquilizou-me um pouco*” (sic). Mantém uma postura resistente a confrontação apesar de possuir informação clínica contraditória aos seus receios catastróficos. Refere melhorias no seu relacionamento amoroso (redução de discussões) estando, ainda, patentes padrões disfuncionais de desconfiança e de estratégias para lidar com ela. No fundo não mostra ganhos terapêuticos uma vez que o seu funcionamento é semelhante ao demonstrado no início da intervenção e a vontade expressa para mudar de assunto na consulta poderá estar relacionado com o incómodo pela intervenção nos seus esquemas.

A consulta seguinte é pautada por preocupação manifestada pelo doente acerca da sua agressividade para com a namorada. O paciente refere “*descontrolo-me um bocado*” (sic), “*sou muito agressivo e bruto*” (sic) quando percebe “*que estou a perder o controlo sobre ela*” (sic). Nestas circunstâncias diz sentir raiva e dificuldade em controlar a sua agressividade. Este seu comportamento é criticado por si e receia poder repeti-lo. Foram analisados factores precipitantes deste *acting* assim como manifestações fisiológicas da raiva de forma a poder, noutras situações, identificá-las e tentar evitar a agressividade física.

Na 12ª consulta revela uma nova queixa, que parece apresentar desde a sua entrada na universidade (18 anos), antes mesmo dos episódios de pânico (há 2 anos). O paciente apresenta queixas consistentes com uma perturbação dismórfica corporal e demonstra alguma vergonha quando fala da sua percepção de defeito físico, o nariz. Enquanto fala deste assunto parece mostrar algum desconforto, vergonha apresentando marcada ruborização. Nas sessões seguintes tentou-se recolher informação acerca da sua percepção de defeito físico bem como o contexto em que esta surgiu e alguma informação acerca do seu relacionamento com os pares e de que forma a componente da aparência física o afecta. O facto de falar acerca desta problemática é, em si, terapêutico pois está a expor-se, verbalizando a sua percepção de

defeito corporal, está a lidar com a emoção de vergonha e pode ser considerada uma fase inicial de exposição pois está num contexto protegido – terapia. Futuramente avançar-se-á para exposição ao espelho.

O motivo inicial do acompanhamento psicoterapêutico tem a ver com sintomatologia vegetativa (exacerbação do ritmo cardíaco) e com a interpretação catastrófica referindo “*vou morrer*” (sic), “*vou ter um ataque cardíaco*” (sic) o que lhe gera a emoção de medo (“*tenho medo*” (sic)). Acrescenta que gostaria de poder controlar esta sintomatologia e que esta reduz quando vai ao hospital e é monitorizado ou quando desfoca a atenção. O paciente parece perceber que estes sintomas são psicogénicos e que sente melhoras quando não se foca neles.

Estes sintomas podem ser devidos a uma perturbação de pânico sem agorafobia uma vez que, e de acordo com o DSM-IV-TR:

- ✘ parece apresentar ataques de pânico inesperados (esta sintomatologia emerge, aparentemente, sem motivo aparente) tendo tido ataques de pânico nocturnos;
- ✘ os ataques são seguidos de preocupação acerca da possibilidade de ocorrência de novo ataque e alteração de comportamentos pois refere que passou a monitorizar a pulsação.
- ✘ O paciente receia as suas implicações, tendo medo de ter um ataque cardíaco e medo de morrer e estes sintomas desaparecem pouco tempo depois, quando muda o foco atencional, quando vai às urgências ou quando toma um beta-bloqueador.
- ✘ Esta sintomatologia não se deve a efeitos fisiológicos de substâncias e parece não ser melhor explicada por outra perturbação mental.

D²² parece que, quando sente alterações a nível do batimento cardíaco, percebe este estímulo como ameaçador, sente-se apreensivo e preocupado, centrando o seu foco atencional nas sensações corporais que interpreta de forma catastrófica. Consequentemente mantém-se hipervigilante e, ao perceber alguma alteração, tem pensamentos do género “*vou ter um ataque cardíaco*” (sic), “*vou morrer*” (sic). A acção de monitorizar o ritmo cardíaco constitui um comportamento de segurança.

Este quadro clínico de perturbação de pânico parece ter tido como precipitante a morte do animal de estimação a mando do seu pai pois o doente refere que só a partir desse acontecimento desenvolveu a sua sintomatologia ansiosa. Os enviesamentos cognitivos parecem contribuir para a manutenção deste quadro pois **D²²** tende a formular conclusões como “*vou ter um ataque cardíaco*” (sic) quando percebe taquicardia. Este facto sugere a existência de erros de processamento de informação como inferência arbitrária (formula

conclusões sem evidências suficientes para tal) e catastrofização (pois prevê que algo de muito grave aconteça).

D²² parece, ainda, apresentar um quadro de Perturbação Dismórfica Corporal [F45.2] pois, e de acordo com o DSM-IV-TR pois:

- ✘ Manifesta preocupação com um defeito imaginado na aparência. Mesmo que uma anomalia física esteja presente, a preocupação tem um carácter marcadamente excessivo;
- ✘ A sua preocupação causa sofrimento clinicamente significativo ou disfunção no funcionamento social, ocupacional e noutras áreas importantes do funcionamento individual;
- ✘ A preocupação não é melhor explicada por outra perturbação mental.

D²² parece manifestar uma preocupação com, alegada, alteração morfológica do nariz que não parece tão perceptível quanto o doente tem consciência.

Do relato do seu comportamento e atitudes podemos inferir a existência de receio de ruptura da sua relação amorosa o que o levará a recorrer ao controlo como estratégia para gerir a relação e os sentimentos de ciúme (medo de perda). Este controlo parece ser disfuncional uma vez que é gerador de discórdia e discussão e estas querelas tendem a terminar com a ameaça de ruptura. **D²²** parece assaz reticente em confiar nos outros, parece ter medo de ser traído, abandonado. O facto de ameaçar, com alguma frequência, terminar a sua relação amorosa actual parece denunciar uma instabilidade no seu padrão de relacionamento íntimo e demonstra, ainda, raiva e dificuldades em controlá-la, patente em discussões constantes com a namorada.

A necessidade de controlo e a desconfiança parecem ser, de facto, as áreas problemáticas deste paciente uma vez que parece ser a falta de controlo que exacerba a sintomatologia cardíaca e catalisa os conflitos com a namorada.

D²², quando discute com a namorada, parece orientar-se por inferência arbitrária pois, a conversa quando ela se irrita e ele pensa, por isso, que ela estará a dizer a verdade.

Parece apresentar esquema de vulnerabilidade ao mal e à doença uma vez que as sensações corporais são monitorizadas justificando-o com “*medo de morrer*” (sic) e “*medo de ter um ataque cardíaco*” (sic). Para o desenvolvimento deste esquema parece ter contribuído a doença psiquiatria do pai e o seu diagnóstico, durante a infância, de Espondilite Aquilosa. Esta doença, crónica, levaria a alterações morfológicas da coluna, a alterações da postura

corporal e a dores. Este acontecimento poderá ter levado o doente a prestar mais atenção ao seu corpo, detectando qualquer alteração.

D²² parece, ainda, possuir um esquema de medo de abandono e de desconfiança e abuso patentes no seu relacionamento afectivo actual sugerido pelas discussões frequentes com a sua namorada acerca de outros rapazes e do relacionamento dela com estes. As discussões frequentes parecem denunciar alguma instabilidade afectiva e impulsividade. Este esquema poderá estar relacionado com a instabilidade paterna e com o facto de ter perdido a alegada preferência paterna pois, durante a sua infância “*mimava-me muito, dava-me mais atenção a mim do que à minha irmã*” (sic) mas “*agora dá mais atenção à minha irmã, parece que se inverteram os papéis*” (sic).

O doente refere que sempre foi bastante olhado pelo sexo oposto, “*estava no meu grupo de amigos e quando olhavam (raparigas) era para mim*” (sic), desde pequeno tinha essa influência pois “*na minha rua todas as raparigas gostavam de mim*” (sic), o que acontecia na escola também. **D²²** diz “*sempre dei muita importância à aparência física*” (sic), “*sempre gostei de causar um impacto positivo nos outros*” (sic) e sempre avaliou que a beleza seria um factor facilitador nas relações amorosas e lhe desse uma certa superioridade. Na universidade “*as raparigas reparavam bastante (em mim)*” (sic).

A necessidade de controlo e traços de agressividade poderão ter sido aprendidos por modelagem uma vez que o pai de **D²²** apresenta uma perturbação de personalidade borderline e é tratado no mesmo serviço a que o doente recorre.

O início da sua sintomatologia ansiógena parece estar relacionado com a morte do seu cão (a mando do seu pai) pois o doente justifica o seu surgimento “*provavelmente reflexo dessa situação*” (sic). Estes sintomas parecem mantidos por atenção selectiva (tem tendência a monitorizar o seu corpo), inferência arbitrária (tira conclusões sem evidências suficientes) e catastrofização as alterações cardíacas são interpretadas como “*vou morrer*” (sic).

A sua percepção de defeito corporal parece ter surgido no final do ensino secundário e início do ensino superior o que parece coincidir com o facto de frequentar um pólo onde abundavam elementos do sexo masculino, tinha pessoas de todo o país, e **D²²** parece ter perdido a preferência por parte dos elementos femininos. A atenção selectiva parece funcionar como factor de manutenção do quadro apesar de buscar e obter informação desconfirmatória pois pergunta “*se estou diferente (mas não digo que é do nariz)*” (sic) e a resposta é sempre negativa.

A sua agressividade e problemas de relacionamento com a sua namorada surgem quando **D²²** se torna desconfiando e activa o seu esquema de desconfiança e medo de abandono. Este acontecimento deve-se ao facto de se vincular a uma pessoa e recear que esta o possa enganar (este facto pode denotar a possível existência de uma vinculação ansiosa, gerada, possivelmente, por alegada instabilidade e falta de consistência paterna).

Os seus esquemas construídos desde a infância parecem manter as dificuldades e dificultar a intervenção uma vez que a estrutura cognitiva de **D²²** parece ser extremamente rígida e difícil de se submeter a reestruturação.

De referir que a sua crença “*sou hipocondríaco*” (sic) apenas diz respeito a uma suposição que este doente tem acerca de si. Esta crença de que algo de mal lhe pode acontecer parece estar mais relacionada com um quadro de pânico.

Sugestão terapêutica: é conveniente que este doente continue a ser acompanhado para que a intervenção que foi recentemente iniciada (para a perturbação dismórfica corporal) possa produzir ganhos positivos para este doente pois, parece ser esta problemática, que lhe dificulta o seu comportamento social.

1.5 Considerações Finais

Este doente, de 23 anos, foi o primeiro doente com quem contactei desde a primeira consulta. A avaliação e consequente conceptualização deste caso clínico revestiu-se de elevada complexidade pois inicialmente estabeleceu-se um diagnóstico de Perturbação de Pânico sem Agorafobia, posteriormente emergiram traços de controlo até que, já numa fase avançada deste acompanhamento surge a queixa nuclear deste paciente, o defeito percebido no seu nariz.

Esta última problemática, que parece ter surgido bem antes de todas as outras características, parecia interferir de forma severa no seu quotidiano. O doente, quando em contacto com outras pessoas, nas mais variadas situações, achava que o seu nariz (que não parecia ter qualquer malformação ou defeito) era objecto de olhares e críticas.

Na avaliação deste doente poder-se-ia ter recorrido, ainda, a Registos de Auto Monitorização. Tal não ocorreu pois o doente pareceu diminuir a frequência dos ataques de pânico no início da psicoterapia e não era eu que dirigia este caso. Assim, recorreu-se apenas a instrumentos de auto-resposta e a observação. Relativamente aos instrumentos, estes foram

entregues a **D**²² no final de uma consulta para que este os preenchesse em casa de forma a rentabilizar-se o tempo de consulta. Os resultados desta avaliação deste doente nunca lhe foram, directamente, apresentados por pouca disponibilidade da terapeuta principal e, talvez também, por insistência do doente em os receber, o que parecia demonstrar necessidade de controlo (não satisfação desta sua vontade de forma a não manter o seu esquema).

O contacto com este doente revelou-se de extrema relevância uma vez que se pode contactar com uma Perturbação Dismórfica Corporal, algo pouco frequente e verificar que a Perturbação de Pânico pode ter, muitas vezes, uma outra perturbação subjacente, como neste caso. Neste caso o doente parecia, para além da sua ansiedade relativa à sua imagem, ser ansioso em relação a ser traído e a sentir as coisas fora do seu controlo assim como em apresentar a perturbação do seu pai (Perturbação de Personalidade Borderline). Com este doente esta perturbação de ansiedade teve como função essencial proporcionar a oportunidade de intervenção ao doente que apresenta desconforto com a sua aparência deste os 18 anos.

2. Estudo de Caso: jovem do sexo masculino com Perturbação de Ansiedade Social (Fobia Social)

2.1 Informação Clínica do Doente

D³² tem 18 anos e reside com a sua mãe (de 43 anos) e irmã (de 14 anos) no concelho da Covilhã. Estuda Electromecânica numa escola profissional no mesmo concelho. Sempre viveu com os pais e irmã até 2003 altura em que o pai falece e passam a viver os 3. A sua mãe trabalha num lar no conselho de residência. O pai (que faleceu em 2003) trabalhava na construção civil.

O seu pai, alegadamente, era uma pessoa admirada por todos, “*não tinha medo de nada*” (sic). O seu estilo parecia descontraído “*estilo roqueiro, cabelo grande*” (sic). Dois anos antes da sua morte terá tido um ataque cardíaco e, após esse incidente, não terá cuidado convenientemente da sua e, dois anos depois, sofre um novo ataque cardíaco vindo a falecer.

O paciente era muito próximo do seu pai “*ia com ele para todo o lado, gostava muito*” (sic) vendo o seu pai como um ídolo.

O paciente refere que nos seus tempos livres gosta de jogar à bola, andar de mota (encontra-se a tirar a carta de condução) e sair à noite (o que faz com alguma frequência).

D³² refere não ter namorada nem ter tido algum tipo de relação amorosa que dizendo que “*gostaria de ter*” (sic).

O seu desenvolvimento da linguagem foi mais lento que o dos seus colegas e “*na escola primária não sabia dizer certas palavras*” (sic) referindo que, por isso, “*era gozado*” (sic), “*faziam pouco de mim*” (sic) o que gerava tristeza no doente que era atenuada pelo facto do seu pai (que, alegadamente “*tinha fama*” (sic)) referir “*eu também era assim*” (sic). O paciente acrescenta que o seu pai era admirado por todos.

Na sua infância o paciente recorda-se de discussões frequentes entre os seus pais.

Na escola refere que os professores “*diziam que eu era capaz, só que não queria*” (sic) para justificar o seu desempenho escolar considerado “*como os outros*” (sic). O paciente acrescenta “*passei todos os anos*” (sic), tendo notas “*3 e 4*” (sic), excepto no 7º ano, ano do falecimento do seu pai, em que “*chumbei por faltas*” (sic).

O seu pai falece, em 2003, e posteriormente é convocada uma reunião familiar (pela família paterna) na qual é discutido o pagamento da casa da avó (em virtude de alegadas dificuldades económicas desta e de incapacidade em suportar os encargos inerentes ao pagamento da casa), solicitando-se a colaboração de todos os filhos, de **D**³² e da sua mãe. O paciente e a sua mãe decidem não contribuir para o pagamento da casa por não terem

capacidades económicas para tal. Um outro tio do paciente partilha desta opinião, e acaba por cortar relações com os outros membros da família.

Esta situação, segundo o doente, leva a que seja alvo de retaliação por parte dos tios que se verificam na actividade laboral de férias do **D**³² pois este costumava trabalhar durante as férias com o pai e os tios paternos na construção civil, actividade de que gostava e que nunca lhe tinha trazido problemas. Após o falecimento do seu pai, em 2003, continua a trabalhar nas férias com os tios, com os quais “*o meu pai não se dava tão bem com eles*” (sic), referindo existirem atitudes agressivas por parte destes (não frequentemente). Esta agressividade é atribuída, pelo paciente, ao facto de não contribuir para o pagamento da casa da avó, ouvindo comentários como “*porque é que não pagas*” (sic), “*tu não queres é pagar, porque tens dinheiro*” (sic) pois a sua avó paterna quando resolveu adquirir casa própria solicitou a ajuda dos filhos para realizar o seu pagamento, facto que foi aceite pelo pai do paciente.

Em 2005 **D**³² deixa de estudar e vai trabalhar com os tios durante 9 meses. Este período laboral foi, alegadamente, pautado por discussões com os tios que “*falavam alto e chamavam-me nomes, diziam que eu era como o meu pai*” (sic) e “*nem parece que és da família*” (sic). Os insultos que eram dirigidos ao **D**³² prendiam-se com a sua capacidade e competência “*diziam que era um inútil, que não fazia nada de jeito*” (sic), “*chamavam-me incompetente*” (sic), “*diziam que se andasse assim nunca era nada na vida*” (sic). O doente refere que estes insultos e a sua alegada incompetência estavam relacionados com o facto de **D**³² estar a realizar actividades pela primeira vez, que não sabia executar convenientemente. **D**³² validava-os acreditando, por vezes, que era incompetente e “*isso marcou-me*” (sic).

Estas atitudes por parte dos tios não eram relatadas à mãe, ou se o eram, **D**³² não contava o que de facto acontecia na totalidade, “*não queria fazer queixinhas*” (sic), “*não a queria preocupar*” (sic). Este assunto era apenas abordado com alguns amigos, mas não com frequência. O doente teria, também, algum receio uma vez que “*ameaçavam que me batiam*” (sic). **D**³², perante esta situação, sentia-se revoltado e refere que “*na altura tinha medo deles, agora não*” (sic).

O paciente acrescenta que eram tecidas críticas acerca do seu trabalho que este aceitava (apesar de acreditar que eram infundadas pois “*fazia o meu trabalho bem*” (sic)) e tentava emendar o que não tinha sido realizado da melhor forma. Os únicos elogios que lhe eram tecidos eram pela parte do seu tio paterno mais novo.

O doente relata que houve uma discussão com um seu tio em que ambos tentaram agredir-se fisicamente, foram agressivos verbalmente e **D**³² diz ter dito que ia deixar de trabalhar com eles. Nesta altura (Setembro ou Outubro) resolve procurar um curso para

regressar aos estudos, porém não encontra nada do seu interesse e decide trabalhar na pintura, desempenhando essa função durante cerca de 6 meses. Em Março inicia o curso que frequenta actualmente, deixando de trabalhar.

D³² diz ter cortado relações com a sua família paterna, à excepção de um tio que vive no concelho de Manteigas, que se opôs à contribuição para o pagamento da casa da avó.

Este doente encontra-se a ser seguido em consulta externa de Psiquiatria cujo técnico o encaminha para a consulta de Psicologia. **D³²** apresenta-se pontualmente à consulta vestido de acordo com a idade e estatuto sócio-económico, parece consciente e orientado no tempo e no espaço, auto e alo psiquicamente. Parece apresentar humor eutímico e nível cognitivo baixo (uma vez que tem dificuldade em perceber o que é questionado e em expressar-se). O paciente demonstra bastante ansiedade, evita o contacto ocular, fala através de monossílabos (sim, não), parece reticente em fornecer informações e mostra dificuldades em clarificar e operacionalizar as suas queixas referindo “*sinto-me atrofiado*” (sic).

O doente diz ter “*medo de ficar maluco*” (sic) quando os aparece os sintomas. Estes sintomas são, essencialmente: zozno (primeiro sintoma), perda de capacidades e de conhecimentos, lapsos de memória, dificuldades de concentração, perda da capacidade da falar, cabeça pesada, dores de cabeça e de olhos, falta de equilíbrio e de forças, confusão, dificuldades em pensar e manter uma conversa e vertigens.

São solicitados ao doente registos de auto-monitorização que não mostram que estes sintomas estejam relacionados com situações sociais. Esta informação é corroborada, inicialmente, pelo discurso do doente segundo o qual os sintomas somáticos “*às vezes surgem do nada*” (sic).

Paralelamente aos registos de auto-monitorização, o doente faz-se acompanhar, de forma espontânea, de um diário das suas queixas (até termos negociado com o seu término uma vez que **D³²** referia que esse texto era utilizado para evitar dizer o que sentia e consulta). Este diário era redigido de forma muito confusa e com bastantes erros, quer a nível sintáctico, quer a nível morfológico. Estes registos trazidos pelo doente são sempre realizados em computador.

Esta sintomatologia é temida principalmente em situações em que está acompanhado por temer críticas.

O paciente diz ter “*falta de memória, às vezes sei uma cena bem e depois no dia seguinte é como se não tivesse visto*” (sic) sendo que esta dificuldade mnésica está mais relacionada com situações em que esta será avaliada uma vez que o doente diz recear errar e “*ser gozado*” (sic).

O doente refere que as situações geradoras de ansiedade se relacionam com a sua percepção de que “*vou fazer má figura em frente aos outros*” (sic). Quando percebe esta possibilidade de ser gozado e humilhado pelos outros os seus sintomas vegetativos (supramencionados) aparecem ou exacerbam-se. Quando tal ocorre **D³²** avalia-se como desadequado referindo “*não tenho capacidade para isto (executar determinada tarefa)*” (sic), “*parece que não tenho nada no cérebro*” (sic), “*não faço as coisas bem*” (sic), “*sou um fraco*” (sic), “*não percebo as coisas*” (sic) e a execução das tarefas torna-se deficiente. O doente diz que “*os outros vão reparar que não estou bem*” (sic) e receia “*que os outros notem que estou nervoso*” (sic). Quando percebe que está ansioso “*às vezes digo que estou nervoso*” (sic) ou “*tento pensar que não está lá ninguém*” (sic) para minorar as suas sensações e medo da avaliação negativa dos outros.

D³² refere que teve de estar presente no Dia da Defesa Nacional que implicava uma viagem de autocarro a Lisboa com outras pessoas. No dia anterior o paciente deteve-se com ruminções acerca da possibilidade de se sentir mal “*podia dar-me alguma coisa*” (sic), do seu receio de que pensassem que era “*fraco*” (sic), “*o que me preocupava eram as críticas*” (sic) e que achassem que “*nem pareces da tua família (têm, alegadamente, a fama de ser fortes)*” (sic).

Em situações de desempenho, em que é esperado que mantenha uma conversa ou responda a uma questão (por exemplo), o doente pensa “*'tou lixado*” (sic), “*sou um incapaz*” (sic), “*sou um incompetente*” (sic). Neste sentido, o paciente relata um acontecimento em que teve de falar com a supervisora do curso que frequenta. Nessa situação “*não percebi nada do que ela disse*” (sic), “*não consegui dizer nada*” (sic) e “*não me consigo lembrar do que me disse*” (sic) e ficava-se nas suas sensações corporais (sentiu-se zozzo, vista turva e percebeu perda de capacidade) e pensou que a sua supervisora e outros colegas foram capazes de notar que estava nervoso. Consequentemente **D³²** pensa que não tem competências para lidar com a situação e para as situações seguintes pensa, com frequência, que tal voltará a ocorrer. Quando o desempenho do doente é inferior a algum elemento da turma “*magoa-me porque não gosto de ficar atrás*” (sic), “*não gosto de falhar e culpo-me sempre a mim*” (sic). Acrescenta, “*se alguém tirar uma nota mais alta do que eu fico muito zangado comigo*” (sic), “*sinto-me bué burro*” (sic). A sua irmã, alegadamente boa aluna, critica o seu desempenho e conhecimentos do irmão dizendo, por exemplo, “*como é possível não saberes isso*” (sic). Estes comentários, na óptica do doente, têm-se exacerbado pois a irmã “*antes não fazia (comentários) tanto*” (sic). Estas situações geram-lhe irritabilidade e desconforto.

Após cada situação social, o doente avalia o seu comportamento referindo, por vezes, que o seu desempenho “*podia ter sido melhor*” (sic) e que “*fiz má figura*” (sic). Também antes de cada situação social tem pensamentos como “*não vou fazer nada de jeito*” (sic), “*vou fazer má figura*” (sic), “*vão achar que sou um estúpido*” (sic), “*vão pensar: ele tem algum problema, é fraco*” (sic), “*não tenho capacidade para isto*” (sic).

Em termos de relacionamento interpessoal **D³²** refere “*acho que sou um anti-social*” (sic) por não se sentir à vontade em situações sociais de interacção e por evitar contextos. Por exemplo, o paciente diz evitar iniciar uma conversa com alguém que não conheça bem “*não vou*” (sic) justificando “*para me sentir inferior não vou lá*” (sic) pois “*fico envergonhado*” (sic) e “*podia dizer as coisas mal*” (sic) e “*iam gozar comigo*” (sic). **D³²** diz sentir-se incomodado “*quando tenho de falar com uma rapariga*” (sic) ou quando tem de “*conversar com alguém em posição superior*” (sic).

O paciente diz ficar muito incomodado quando são abordadas as suas dificuldades e erros ficando, por outro lado, satisfeito quando as pessoas falam de aspectos positivos do seu comportamento “*gosto*” (sic).

D³² relata um episódio que ocorreu no verão de há 2 anos, em que trabalhava na construção civil com os tios paternos. Um dia no café com os amigos começou a sentir redução dos níveis de concentração, sensação de desmaio, “*sentia perda de capacidade*” (sic), “*tonto*” (sic) e resolveu ir para casa, pelo caminho “*perdia a memória, não sabia onde estava, e de repente lembrava-me*” (sic). Em casa tentou descansar mas refere a existência de desequilíbrio, diz que “*não conseguia falar e se me esforçasse por falar custa-me*” (sic). Três horas depois, e devido a esta sintomatologia que se fazia acompanhar por pensamentos como “*vou ficar maluco*” (sic), resolveu ir às urgências onde lhe disseram que “*era muito novo para tomar medicação*” (sic) (tinha 16 anos). O paciente, um pouco mais tarde, resolve ir à médica de família e falar-lhe desta sintomatologia e fez exames que, alegadamente, nada manifestaram de anómalo.

Mais tarde dirige-se, novamente, às urgências com as queixas supra mencionadas é lhe prescrito sertralina e inicia seguimento na consulta externa de Psiquiatria. O paciente refere que lhe foi diagnosticada “*depressão nervosa*” (sic). A sua prescrição continua, nessa altura, a conter *sertralina* tendo sido acrescentado um outro medicamento para tomar metade em SOS que o paciente não sabe referir qual, admitindo a hipótese de se tratar de um ansiolítico. Actualmente não faz qualquer tipo de medicação psiquiatria e refere não sentir alterações pelo facto de não tomar a medicação.

D³² refere outros sintomas que diz apresentar “*quando me sinto mais mal*” (sic) que são: cansaço, letargia, dificuldades de concentração, dificuldade em falar por, alegada, cabeça oca. O sono e apetite estão normais, de acordo com a avaliação feita pelo doente. **D**³² refere “*sinto-me atrofiado*” (sic) o que parece ser provocado por sintomas como: “*zozzo (primeiro sintoma), perda de capacidades, perda de conhecimentos, perda de memória, perda de concentração, perda da capacidade da fala, cabeça pesada, dores nos olhos, dores de cabeça, perda de equilíbrio*” (sic) acrescenta ainda “*às vezes sinto falta de forças, sinto-me muito confuso, às vezes tenho brancas, bloqueiam-me os pensamentos e quando estou pior tenho vertigens*” (sic).

2.2 Enquadramento Teórico

A Fobia Social diz respeito a um medo e preocupação intensos acerca da possibilidade de ser humilhado ou avaliado negativamente em situações sociais (Bell, Malizia & Nutt, 1999; March, Entusah, Rynn, Albano & Tourian, 2007; Bhogal & Baldwin, 2007). De acordo com a corrente cognitivo-comportamental este medo de avaliação negativa, um factor importante e frequente na ansiedade social (Priuli, 2004; D’El Rey & Pacini, 2005²; Duke, Krishnan, Faith e& Storch, 2006; Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo & Cunha, 2006; Svrakic, Whitehead, Przbeck & Cloninger, 1993, cit. por Faytout, Tignol, Swendsen, Grabot, Aouizerate & Lépine, 2007; Rapee & Heimberg, 1997 cit. por Carleton, Collimore & Asmundson, 2007), é a característica nuclear deste quadro. (Clark & Wels, 1995 cit. por Weeks, Heimberg e Rodebaugh, 2008; Lamberg, 1998 e Stopa e Clark, 1993 cit. por D’El Rey & Pacini, 2006). Este paciente diz ter sensações corporais incómodas e sensação de desmaio e que, se de facto desmaiasse, preferia que isso acontecesse quando estivesse sozinho pois “ninguém podia gozar comigo” (sic) e não lhe chamarem “fraco” (sic).

As pessoas com fobia social parecem manifestar maior expectativa de avaliação negativa por parte dos outros comparativamente à população geral (Foa, Franklin, Perry, & Herbert, 1996; Halford & Foddy, 1982; Hirsch & Clark, 2004; Wilson & Rapee, 2005 cit. por Rapee & Abbott, 2007). Da mesma forma, estes doentes parecem avaliar-se de forma mais negativa que os sujeitos sem esta perturbação (Rapee & Abbott, 2007).

Vários autores demonstram que os indivíduos socialmente ansiosos subestimam as suas capacidades de falar em público e de interacção social de forma mais marcada que indivíduos poucos ansiosos ou que não apresentam perturbações de ansiedade (Alden & Wallace, 1995; Rapee & Lim, 1992; Stopa & Clark, 1993; cit. por Rapee & Abbott, 2007). De acordo com Clark e Wells (1995 cit. por Cox, Walker, Enns & Karpinski, 2002) os pacientes com fobia

social são idênticos aos depressivos uma vez que têm crenças negativas acerca do seu valor. De facto, este paciente, em situação social percebe-se com frequência como “*incapaz*” (sic).

Na situação social, as pessoas com fobia social, desenvolvem a crença de que a audiência está a avaliá-las e apresentam um sentimento de apreensão e temem comportar-se, de forma humilhante ou embaraçosa em situações sociais devido ao medo de serem avaliados negativamente pelos outros (American Psychiatric Association, 2000 cit. por Gil, Carrillo & Meca, 2000; por Meca, Alcázar & Rodríguez, 2004; por García-López, Olivares & Hidalgo, 2005; por Olivares Rodríguez, Piqueras Rodríguez & Alcázar, 2006; por McEvoy, 2007; Watson & Friend, 1969 cit. por Collins, Westra, Dozois & Stewart, 2005; Knijnik, Kapczinski, Chachamovich, Margisa & Eizirika, 2004; Spokas, Rodebaugh & Heimberg, 2007). D³² diz que nas situações sociais em que “*receio fazer má figura*” (sic) sente “*perda de capacidade, de conhecimentos, de memória, falta de concentração e de forças, perda da capacidade da fala, confusão, dores de cabeça e nos olhos e perda de equilíbrio*” (sic). Estas sensações surgem, de acordo com o relato do paciente, quando percebe a ameaça de avaliação negativa e interferem com o seu rendimento pelo que ele conclui “*não tenho capacidades para isto*” (sic).

Numerosos estudos (Beidel, Turner & Dancu, 1985; Cacioppo, Glass & Merluzzi, 1979; Glasgow & Arkowitz, 1975; Glass, Merluzzi, Biever & Larsen, 1982; Hope, Gansler e Heimberg, 1989; Stopa & Clark, 1993; cit. por Hofmann, 2000) sugerem que os fóbicos sociais tendem a focar a sua atenção neles próprios quando confrontados com a situação receada. Assim, para além destes doentes recearem agir de forma embaraçosa, temem que os seus sintomas de ansiedade se tornem visíveis para os outros (Taylor *et al.* 1997, cit. por D’El Rey & Pacini, 2005¹) e Stopa e Clark (1993 cit. por D’El Rey & Pacini, 2005²). Este medo leva a que a sua performance funcional e social seja prejudicada (Otto, Pollack, Gould, Worthington, McArdle, Rosenbaum & Heimberg, 2000; Schneier *et al.*, 1994 cit. por Overholser, 2002) e que as situações sociais ou de desempenho sejam evitadas ou enfrentadas com elevados níveis de sofrimento (D’El Rey & Pacini, 2005¹).

Quando percebem que os outros os avaliam negativamente a sua ansiedade aumenta o que leva a que aumentem sintomas como: ruborização, tensão muscular, diaforese ou tremores. Estes doentes geralmente sobrestimam a visibilidade destes sintomas e assumem que estes conduzem a avaliações mais negativas dos outros o que leva a que se foquem mais na sintomatologia reduzindo o seu desempenho social (Pinto-Gouveia, 2000; Rachman, Gruter-Andrew & Shafran, 2000 cit. por Wells & Papageorgiou, 2001; Spokas, Rodebaugh &

Heimberg, 2007). O doente diz sentir, quando observado por outros, “*perda de capacidade*” (sic) antecipando um desempenho deficitário “*não vou fazer nada de jeito*” (sic), “*não tenho capacidades para isto*” (sic) acreditando que “*sou um incompetente*” (sic). **D**³² diz recear fazer má figura em frente dos outros pois acredita que “*iam gozar comigo*” (sic).

Na situação social, sempre que estes sintomas se manifestam, o paciente foca muita da sua atenção na sua sintomatologia e nos seus pensamentos automáticos. Desta forma, a atenção que poderia ser dirigida à realização da tarefa é direccionada para as sensações físicas e para a preocupação como “*os outros vão reparar que não estou bem*” (sic).

Numerosos estudos (Beidel, Turner & Dancu, 1985; Cacioppo, Glass & Merluzzi, 1979; Glasgow & Arkowitz, 1975; Glass, Merluzzi, Biever & Larsen, 1982; Hope, Gansler & Heimberg, 1989; Stopa & Clark, 1993; cit. por Hofmann, 2000) sugerem que os fóbicos sociais tendem a focar a sua atenção neles próprios quando confrontados com a situação receada. Assim, para além destes doentes recearem agir de forma embaraçosa, temem que os seus sintomas de ansiedade se tornem visíveis para os outros (Taylor *et al.* 1997, cit. por D’El Rey & Pacini, 2005¹) e Stopa e Clark (1993 cit. por D’El Rey & Pacini, 2005²). Este medo leva a que a sua performance funcional e social seja prejudicada (Otto, Pollack, Gould, Worthington, McArdle, Rosenbaum & Heimberg, 2000; Schneier *et al.*, 1994 cit. por Overholser, 2002) e que as situações sociais ou de desempenho sejam evitadas ou enfrentadas com elevados níveis de sofrimento (D’El Rey & Pacini, 2005¹).

Após a situação o sujeito faz interpretações negativas o que vão reforçar a sua auto-imagem negativa e as expectativas de futuro desempenho deficiente. Estas interpretações, devem-se a enviesamentos, de acordo com Flett, Hewitt e De Rosa (1996) Quadflieg Wendt, Mohr, Miltner e Straube (2007) são responsáveis pela manutenção do quadro. Estes enviesamentos podem ser: atencionais (a atenção é focalizada nas ameaças do meio e na monitorização das suas sensações corporais e comportamento; existe uma diminuição da atenção na informação que desconfirma o “eu defeituoso” o que ocorreu quando o paciente teve de falar com a supervisora da escola que frequenta em que refere “*não percebi nada do que ela disse*” (sic)); mnésicos (a informação consistente com a crença de que o seu desempenho é negativo é mais facilmente evocada, ou seja, **D**³² armazena mais facilmente a informação de acontecimentos em que “*fiz má figura*” (sic)); de interpretação (a informação ambígua é mais facilmente percebida como negativa (Winton, Clark & Edelman, 1995) como, por exemplo, as expressões faciais ambíguas dos outros, este facto foi verificado em consulta na qual, uma expressão ambígua do terapeuta foi interpretada como negativa “*acha*

que sou estúpido” (sic) (Quadflieg Wendt, Mohr, Miltner & Straube, 2007)); e imaginação (Spokas, Rodebaugh e Heimberg, 2007).

De acordo com D’El Rey e Almeida (2002 cit. por D’El Rey & Pacini, 2005²) e Knijnik, Kapczinski, Chachamovich, Margisa e Eizirika (2004) as situações temidas mais comuns são: as situações de desempenho como falar em público, escrever ou comer diante de outras pessoas, porém algumas pessoas; e situações de interação como ir a uma festa, falar com pessoas de sexo oposto (esta parece ser assaz evidente no doente que refere sentir-se incomodado quando “*tenho de falar com uma rapariga*” (sic)) ou “*conversar com alguém em posição superior*” (sic).

Este medo de avaliação negativa leva a que o sujeito recorra a evitamentos como estratégia de coping (Meca, Alcázar & Rodríguez, 2004) não se expondo às situações temidas que poderiam desconfirmar a crença “sou desadequado”. Desta forma são mantidas as distorções cognitivas que, por seu turno, mantêm o quadro (Salkovskis, 1991 cit. por Wells, Clark, Salkovskis, Ludgate, Hackmann & Gelder, 1995; Otto, Smits & Reese, 2004). Estes evitamentos têm como objectivo prevenir a rejeição dos outros (Taube-Schiff, Suvak, Antony, Bieling & McCabe, 2007).

O medo da avaliação negativa, de acordo com Hewitt e Flett (1991b, cit. por Flett, Hewitt & De Rosa, 1996) está positivamente correlacionado com o perfeccionismo socialmente prescrito mas não com o perfeccionismo auto-orientado ou orientado para os outros. Este medo de avaliação negativa que o paciente apresenta poderá estar relacionado com o facto de acreditar que o seu pai, já falecido, era “*admirado por todos*” (sic) reconhecendo nele qualidades que gostaria de apresentar e que o meio parece esperar dele (este último facto parece ser sugerido pelas críticas que lhe fazem os tios paternos que referem “*nem parece que és da família*” (sic)).

Christensen, Danko e Johnson (1993 cit. por Flett, Hewitt & De Rosa, 1996) verificaram que o perfeccionismo socialmente prescrito estava associado com níveis significativos de solidão, vergonha e avaliação negativa. Estas conclusões sugerem que os sujeitos com elevados níveis de perfeccionismo socialmente prescrito adoptaram um padrão de resposta que antecipa o criticismo através do isolamento.

Como características habitualmente associadas a estes pacientes, encontram-se os défices de aptidões sociais, dificuldades de afirmação, baixa auto-estima e sentimentos de inferioridade, hipersensibilidade à crítica e medo de rejeição (Spence, Donovan & Brechman-Toussaint, 1999, cit. por Baptista et al., 2000). Em estudantes, pode ocorrer diminuição no rendimento escolar, evitamento de contactos sociais com colegas e professores, podendo

mesmo haver recusa em ir à escola (Raffety, Smith & Ptacek, 1997 cit. por Baptista et al., 2000).

Muitos dos sintomas fazem com que os doentes realizem muitos exames e recorram a consultas, desnecessariamente por não existir anomalia orgânica. Paralelamente os sujeitos afastam-se do trabalho, faltam sucessivamente a compromissos, perda de contactos sociais e receiam aceitar responsabilidades (Silveira & Valença, 2005).

Nestes doentes parece ser frequente o recurso ao álcool como estratégia de coping de forma a reduzirem o seu desconforto e a sintomatologia (Lepine & Lellouch, 1995, Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle & Kessler, 1996, Maciel & Gentil Filho, 1998, Marques da Silva, 1994, cit. por Silveira & Valença, 2005).

Ao longo da vida estima-se que 3% a 13% da população apresente este quadro (APA, 2000; Silveira & Valença, 2005, Stein & Kean, 2000, Magee et al., 1996, cit. por D'El Rey, Lacava & Cardoso, 2007).

Este quadro, com elevada prevalência na população, de curso crónico e incapacitante tem uma alta prevalência (D'El Rey, Lacava & Cardoso, 2007) parece ser frequente no sexo feminino que no masculino (na proporção de 3 para 2) no que respeita à população geral não se verificando o mesmo em populações clínicas, onde a o sexo feminino aparece como mais frequente (Silveira & Valença, 2005). Como características associadas a este quadro aparecem descritos na literatura o baixo nível sócio-económico e educativo e o início precoce (na adolescência e na segunda década de vida) (Davidson et al., 1993, Furmark et al., 1999, Lépine et al., 1993, Magee et al., 1996, Patel, Knapp, Henderson & Baldwin, 2002, Reinherz et al., 1993, Schneier et al., 1992, Stein et al., 1994, Stein et al., 1996, Weiller et al., 1996, Wells et al., 1994, Wittchen et al., 1999 cit. por Olivares, Caballo, García-López, Alcázar & López-Gollonet, 2003; Olivares, Caballo, García-López, Rosa & López-Gollonet, 2003; Silveira & Valença, 2005). Albano e Detweiler (2001, cit. por Olivares, Beidel, Albano, Turner & Rosa, 2005) acrescentam que a fobia social é uma das 3 mais comuns perturbações na adolescência, tal como se é evidenciado por dados clínicos.

As características deste doente corroboram esta literatura uma vez que ele é do sexo masculina (o mais frequente em amostras clínicas), parece pertencer a um estatuto sócio-económico baixo e a sua sintomatologia iniciou-se na adolescência (16 anos).

Pouco é conhecido sobre as causas da perturbação de ansiedade social, sendo referido por Kashdan e Herbert (2001) os seguintes factores: vulnerabilidade genética, inibição temperamental e experiências ambientais.

Em relação à vulnerabilidade genética em estudos realizados com gémeos, Kendler, Neale, Kessler, Heath e Eaves (1992, cit. por Kashdan & Herbert, 2001) referem existir concordância de 24,4% em gémeas monozigóticas femininas relativamente a 15,3% para gémeos dizigóticos. Schmidt et al. (2000, cit. por Kashdan & Herbert, 2001) e Tiihonen et al. (1997, cit. por Kashdan & Herbert, 2001) salientam que o transportador de serotonina e a densidade de receptores dopaminérgicos estão envolvidos na patogénese da perturbação de ansiedade social e na ansiedade generalizada.

Estudos sugerem que um estilo temperamental caracterizado por tristeza, inibição social e evitamentos na infância são factores de risco para o desenvolvimento da perturbação (Stemberg, Turner, Beidel & Calhoun, 1995, Turner et al., 1990, cit. por Garcia-Lopez et al., 2005). Num estudo realizado por Van Ameringen, Mancini e Oakman (1998, cit. por Kashdan & Herbert, 2001) foi evidenciado que indivíduos com perturbação de ansiedade apresentavam comportamentos de inibição, quando comparados com aqueles que possuem outra perturbação de ansiedade.

As experiências de vida que estão envolvidas no desenvolvimento da perturbação de ansiedade social são ambientes familiares mal-adaptativos com altos níveis de criticismo e controlo parental (Bruch & Heimberg, 1994, Whaley, Pinto & Sigman, 1999, cit. por Kashdan & Herbert, 2001), rejeição e experiências de vitimização (LaGreca & Lopez, 1998, Slee, 1994, Vernberg, Abwender, Ewll & Beery, 1992, cit. por Kashdan & Herbert, 2001) e condicionamentos traumáticos depois de uma experiência de pânico na percepção se uma situação avaliativa social (Barlow, 1988, Hofman, Ehlers & Roth, 1995, cit. por Kashdan & Herbert, 2001). O comportamento parental com excessiva confiança na procura da aprovação dos outros e deficientes na comunicação e na expressão emocional podem contribuir para o fraco desenvolvimento social da criança (Melfsen, Osterlow & Florin, 2000, cit. por Kashdan & Herbert, 2001). Segundo Bruch (1989, cit. por Kashdan & Herbert, 2001) para não expor os seus filhos a novas situações sociais, pais ansiosos podem transmitir o seu próprio medo social para os seus filhos contribuindo para o desenvolvimento e manutenção da ansiedade social.

Asbahr (2004) refere que as respostas exageradas da criança aos estímulos ansiosos ocorrem em indivíduos com susceptibilidade neurológica.

A intervenção nestes pacientes passa por prescrição de fármacos e psicoterapia, sendo aconselhável a combinação destas duas modalidades de tratamento. Dentro dos fármacos adequados para estes sujeitos destacam-se os anti-depressivos, os ansiolíticos e os beta-bloquadores. No que concerne à psicoterapia tem-se provado que a Terapia Cognitivo-

Comportamental se revela mais adequada e benéfica (Silveira & Valença, 2005; D'El Rey, Greenberg, Husni & Cejkinski, 2007).

Para avaliação desta patologia do foro da ansiedade podem ser utilizados vários métodos e instrumentos.

A entrevista clínica é um importante método de avaliação pois permite uma recolha diversificada de informação para uma melhor conceptualização do problema. Através desta técnica é possível compilar a história pessoal do doente assim como conceptualizar a melhor forma de o ajudar. A entrevista deve ser realizada sem pressas e interrupções, num clima de confiança e colaboração mútua. O técnico não deverá assumir uma postura avaliativa e preocupar-se em estabelecer uma boa relação com o paciente para ganhar a sua confiança. Na entrevista vários aspectos podem ser abordados como: início do problema; curso; sintomas; frequência dos sintomas; severidade dos sintomas; circunstâncias associadas; condições que agravam ou reduzem os sintomas; comportamentos de evitamento; grau de interferência; história de desenvolvimento; tratamentos realizados; entre outros. Para além da informação verbal obtida através da entrevista existe informação não-verbal a que se acede que pode ser importante para o diagnóstico como seja: a postura; o contacto visual; tremores, rubor; diaforese; aparência geral (Cunha, 2000). Este tipo de comportamentos na consulta são muito semelhantes para todos os quadros clínicos, podendo adoptar-se para quase toda a generalidade dos casos.

Como questionários saliento alguns, como:

- Inventário de Fobia Social (SPIN – *Social Phobia Inventory*) – é um instrumento de auto-avaliação com 17 itens que englobam três importantes critérios que definem esta perturbação: medo, evitamento das situações e sintomas físicos de desconforto. Neste questionário, considerado um bom instrumento de rastreio da Fobia Social, são abrangidas tanto situações de desempenho, como de interacção, solicita-se ao paciente que assinale quais as situações que o incomodaram na última semana através de uma escala de *likert* de 5 opções em que a primeira corresponde a *nada* e a quinta a *extremamente*. A pontuação de cada questão varia entre 0 e 4 e a pontuação e a total do instrumento entre 0 e 12 sendo que uma pontuação total de 6 deve ser tida em consideração (Vilete, Coutinho & Figueira, 2004; D'El Rey, Lacara & Cardoso, 2007).

- Escala D'El Rey de Medo de Falar em Público (EDMF) – este instrumento pretende avaliar o medo severo de falar em público e tem por base o roteiro de entrevista de Stein

assim como os critérios do DSM-IV. Esta escala pretende identificar apenas as pessoas como Fobia Social com medo de falar em público, avaliar a severidade dos sintomas relacionados com o medo de falar em público e ser capaz de identificar a redução dos sintomas por meio de intervenção.

Esta escala é de auto-avaliação e engloba 10 itens acerca da presença de evitamento relacionado com o medo de falar em público, as cognições associadas e a interferência nas rotinas. Cada um dos itens tem 5 opções de resposta em que *nada* corresponde a 0 e *extremamente* corresponde a 4. A pontuação total varia entre 0 a 40 sendo que quanto maior a pontuação maior a interferência e sofrimento (D'El Rey, 2008).

- Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale*) – esta escala destina-se à avaliação de situações de desempenho e de interação social que os indivíduos com Fobia Social tendem a temer e/ou evitar. Esta escala, uma das aplicadas mais frequentemente nesta população, tem 24 itens divididos, na sua versão inicial, em duas subescalas: interação social (11 itens) e desempenho (13 itens). Estes itens são avaliados numa escala tipo *likert* de quatro pontos (0 a 3). Na codificação, consideram-se seis subescalas (medo, medo de interação social, medo de desempenho, evitamento, evitamento de interação social e evitamento de desempenho) sendo a pontuação total a soma da pontuação de cada uma das sub-escalas (Osório, Crippa & Loureiro, 2005; Terra, Barros, Stein, Figueira, Athayde, Gonçalves et al, 2006). Após uma análise factorial verificou-se que a existência de apenas dois factores (os correspondentes às duas sub-escalas) não fornecia dados adequados. Assim, criaram-se 4 factores: interacção social, falar em público, ser observado pelos outros e comer e beber em público que demonstraram ser medidas de avaliação convergentes e discriminativas. Desta forma provou-se existir 4 categorias globais de medo de avaliação negativa sendo que, enquanto que a ansiedade pela interacção social parece ser uni-factorial, as situações de *performance*/observação podem ser multifactoriais (Terra, Barros, Stein, Figueira, Athayde, Gonçalves et al, 2006).

- Inventário de Ansiedade e Fobia Social (*SPAI – Social Phobia and* – este instrumento, desenvolvido por Turner, destina-se à avaliação específica da Fobia Social de acordo com os critérios do DSM-III. abrangendo os sintomas somáticos, comportamentais e cognitivos. Este inventário apresenta 45 itens divididos em 2 sub-escalas: *fobia social* (item 1 a 32) e *agorafobia* (item 33 a 45). Os itens avaliam a gravidade dos sintomas de ansiedade social e agorafóbica através de uma escala tipo *likert* de 7 opções de resposta que varia de

nunca (0 pontos) até sempre (6 pontos). Este instrumento tem duas escalas: a escala de agorafobia e a escala de fobia social. Na primeira são avaliados sintomas clássicos de ansiedade associada a situações agorafóbicas, o que auxilia na distinção entre os diagnósticos de perturbação de pânico com agorafobia e fobia social. Na segunda avalia a ansiedade presente em diversas situações sociais, levando em consideração quatro diferentes tipos de audiência: estranhos, figuras de autoridade, sexo oposto e pessoas em geral. Cada escala é cotada separadamente; na escala de agorafobia a pontuação total consiste na adição da pontuação de todas as questões, na escala de fobia social geram-se 5 pontuações que são, depois, a pontuação total. A pontuação máxima para a escala de fobia social é de 192 e para a escala de agorafobia é de 78. O SPAI foi testado em adolescentes entre 12 e 18 anos sendo a sua aplicação recomendada para adolescentes a partir de 14 anos (Picon, Gauer, Fachel & Manfro, 2005).

- Escala de Medo de Avaliação Negativa (FNE) – este instrumento é um questionário de auto-resposta constituído por 30 itens. Na versão original as respostas eram dicotómicas (verdadeiro ou falso) e na versão portuguesa foi criada uma escala de resposta tipo *likert*. Nesta versão os sujeitos posicionam-se em relação à forma como o item variando de *nada* a *muíto* (Pinto-Gouveia et al., 1986).

- Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social – esta escala avalia o desconforto e evitamento em situações de desempenho e interação social. Existem duas linhas em branco para que o doente refira duas situações que lhe provoquem desconforto e ansiedade. Este instrumento possui duas subescalas, a *Subescala de Desconforto* e a *Subescala de Evitamento*. A pontuação de cada uma destas escalas varia entre 44 e 176. A partir destas escalas é possível calcular três índices: o de *Desconforto*, o de *Evitamento* e o índice de *Desconforto x Evitamento* (Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador, 2000).

- Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social – este instrumento permite avaliar comportamentos de segurança em situações sociais recadas, ou seja, comportamentos destinados a prevenir as avaliações negativas pelos outros. Este instrumento possui 17 itens que representam comportamentos cobertos, verbais e não-verbais de segurança. As repostas variam entre *nunca* (1 ponto) até *quase sempre* (4 pontos). A pontuação, que é obtida pelo somatório das respostas, varia entre 17 e 68. Existem duas linhas

em branco que permitem que o paciente refira dois comportamentos de segurança que utilize habitualmente e não se encontrem na escala (Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador, 2000).

- Escala de Pensamentos Automáticos na Ansiedade Social – esta escala destina-se à avaliação de pensamentos automáticos negativos frequentes nos fóbicos sociais quando ansiosos. Neste instrumento é solicitada ao doente a avaliação da frequência de cada um dos pensamentos automáticos. As respostas varia entre *nunca* (0 pontos) a quase sempre (3 pontos). A pontuação total, que varia entre 28 e 84, é obtida a partir do somatório das respostas (Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador, 2000).

- Escala de Incapacitação de Sheehan – é um instrumento constituído por três itens que permitem avaliar o grau de incapacitação social no quotidiano do paciente provocado pela ansiedade social. As três áreas avaliadas referem-se à vida: profissional, social e afectiva. O sujeito deve responder às questões numa escala de 10 em que 0 corresponde a *nada incapacitante* e 10 a *Severamente Incapacitante*. Através desta escala obtém-se um índice de incapacitação em quatro escalas: *Incapacitação no Trabalho*, *Incapacitação na Vida Social*, *Incapacitação na Vida Afectiva* e *Total de Incapacitação* (esta última pontuação é obtida através do somatório das três escalas de incapacitação anteriores) (Pinto-Gouveia, Cunha & Salvador, 2000).

2.3 Avaliação Realizada

Para realizar a avaliação deste doente foi realizada uma entrevista cognitivo-comportamental para obtenção de informação biográfica do doente assim como acerca da problemática que o traz à consulta. Aliada à entrevista é, de forma não invasiva, realizada uma observação que permite recolher informação adicional que complementa a informação verbal. Através da observação são recolhidas informações adicionais, nomeadamente encontradas algumas inconsistências (e.g. o doente refere que não é incómodo falar de determinado aspecto, ficando ruborizado), que enriquecem a avaliação, e que, de outra forma, não seria possível. Como forma de recolher mais informação acerca da sua sintomatologia no contexto e momento da sua ocorrência construiu-se um quadro para que o doente pudesse efectuar um Registo de Auto Monitorização (RAM) (*cf.* 2). Porém, o doente pareceu não perceber as instruções dadas para o seu preenchimento e começou a fazer um relato, por escrito (referindo não ser capaz de verbalizar as suas queixas). Este comportamento considerou-se como sendo um evitamento (evita verbalizar as suas queixas oralmente por

receio de avaliação negativa por achar-se desadequado e incapaz) que foi trabalhado na intervenção. Através do RAM foi possível avaliar, não tanto aquilo que seria o propósito de avaliação – os sintomas e condições de ocorrência – mas os comportamentos de evitamento pelo seu receio de verbalizar as suas queixas e de explicar os seus sintomas. Assim, este doente sugeriu medo de avaliação negativa por parte do terapeuta por evitar verbalizar oralmente, o mais possível, o que o preocupava. Paralelamente podemos verificar que este apresentava dificuldades na escrita (escreve com erros sintácticos e morfológicos) o que torna a leitura e compreensão dos seus registos extremamente difícil. Os RAM parecem, assim, ter cumprido várias funções:

- 1º Aceder às queixas do doente;
- 2º Tomar consciência da sua dificuldade em as verbalizar;
- 3º Verificar as dificuldades linguísticas do doente (que, de outra forma não se tornariam evidentes por este as negar e referir não ter dificuldades comparativamente aos outros);
- 4º Iniciar uma intervenção – através de cessar com o evitamento e de iniciar a exposição em meio protegido (verbalizar oralmente as suas queixas em consulta).

Numa das primeiras consultas, e porque se torna difícil perceber as queixas deste doente, são aplicados instrumentos de auto-resposta para avaliação sintomatologia depressiva e ansiosa presentes no quadro 32.

Quadro 32: Instrumentos aplicados a D³² e interpretação dos resultados.

Instrumento	Cotação	Discussão
Inventários de Ansiedade de Beck	32 (entre 0 a 63)	Demonstra ansiedade considerável consistente com o seu comportamento na consulta. De acordo com as suas respostas a este instrumento apresenta todos os sintomas (<i>nunca</i> não é pontuado). A resposta <i>quase sempre</i> não é pontuada.
Questionário de Sensações Corporais	40 (entre 17 e 85)	O paciente mostra-se <i> muito preocupado</i> apenas uma vez (em relação a <i> sentir-se desorientado ou confuso</i>). Refere nunca estar <i> sempre preocupado</i> com nenhum dos sintomas apresentados. Mostra-se <i> pouco preocupado</i> apenas com <i> formigueiro na ponta dos</i>

		<i>dedos.</i>
Inventário de Mobilidade para a Agorafobia	81 (entre 26 e 130)	Parece evitar situações sociais mais frequentemente quando está sozinho (e.g. <i>viajar de autocarro, estar numa bicha, festas ou reuniões sociais</i>). Estes comportamentos são consistentes com o seu quadro clínico.
Cognições Associadas a Crises de Pânico		Este paciente parece recluir não só os sintomas e possíveis patologias orgânicas mas também <i>fazer figura de parvo, descontrolar-se e cair à frente de toda a gente.</i>
Escala de Medo de Avaliação Negativa	87 (entre 30 e 150)	Este doente encontra-se dentro do intervalo de normalidade (69,42 – 99,00) o que sugere que este doente não apresenta o quadro de Fobia Social. Como não se pode basear o diagnóstico num instrumento de avaliação aplicaram-se outros (assim como outras técnicas como a observação) para estabelecer o seu diagnóstico.
Escala de Fobia Social	35 (entre 0 e 80)	O doente refere que nenhuma das frases apresentadas <i>é extremamente característico da minha maneira de ser</i> assim como nenhuma é seleccionada como <i>não é nada característico da minha maneira de ser.</i>
Escala de Incapacitação de Sheehan na Ansiedade Social	16 (entre 0 e 30). Na subescala trabalho/estudos e vida afectiva pontua 5. Na subescala vida social pontua 6.	Este paciente apresenta um grau de desconforto moderadamente incapacitante em cada uma das subescalas e no índice global o que demonstra que D³² sente uma interferência significativa na sua vida devido aos seus sintomas.
Escala de Ansiedade e Evitamento em Situações de Desempenho e Interação Social	Índice de desconforto: 109 (entre 44 e 176); índice de evitamento: 89 (entre 44 e 176);	Este doente frequentemente apresenta desconforto <i>ligeiro</i> , sendo que apenas apresenta <i>nenhum</i> desconforto ao beber num local público. Nesta subescala apresenta desconforto <i>severo</i> ao falar com alguém uma língua estrangeira que não se domina bem. As situações sociais que mais desconforto lhe

	índice de desconforto x evitamento: 9701.	provoca são: <i>participar numa actividade de grupo; tentar convencer alguém para um relacionamento romântico/sexual (cortejar); numa festa, participar em jogos e/ou danças; falar com alguém uma língua estrangeira que não domina bem; e tomar a iniciativa de colocar uma questão ou pedir um esclarecimento numa aula ou reunião.</i>
Escala de Comportamentos de Segurança na Ansiedade Social	41 (entre 17 a 68).	Não refere comportamentos de segurança que <i>nunca</i> utilize nem que utilize <i>quase sempre</i> . D ³² recorre aos comportamentos de segurança apresentados <i>às vezes</i> na maior parte dos casos – 10.
Escala de Pensamentos Automáticos na Ansiedade Social	43 (entre 0 e 84)	Não refere pensamentos automáticos que <i>nunca</i> tenha, nem que tenha <i>quase sempre</i> . Parece ser muito frequente apresentar estes pensamentos (<i>muitas vezes</i>).
Escala TKS		O doente não considera falsas nem totalmente falsas nenhuma das afirmações apresentadas. Demonstra uma auto-avaliação negativa receando incomodar os outros com os seus tremores. Entre os sintomas menos receados encontra-se o corar, não se conseguir descontraír com os amigos e a família descobrir que algo está errado com ele e isso os possa perturbar. D ³² parece temer apresentar aos outros voz trémula, tremer com as várias partes do seu corpo, ser olhado nos olhos pelos outros e a sua aparência (que considera desagradável aos outros).
Inventário de Pádua		Pelo avaliado neste instrumento não parece demonstrar pensamentos obsessivos. Apenas considera que os pensamentos “ <i>se toco em alguma coisa que penso que está “contaminado”, tenho de me lavar ou limpar imediatamente</i> ” e “ <i>quando me vêm dúvidas e preocupações à cabeça, não descanso enquanto não tiver falado sobre elas com uma pessoa que me tranquilize</i> ” o perturbam muito. D ³² não conta o dinheiro várias vezes, não se preocupa em repetir certos números sem razão, não pensa que quando ouve falar de um desastre a culpa é sua, não se sente tentado em tirar as roupas em público, não se sente tentado a roubar coisas nas superfícies comerciais nem sente impulsos para magoar pessoas.

Questionário de Estilos Parentais	De acordo com as suas respostas podemos verificar que o seu pai o protegia, era caloroso, não era medroso, fazia-o sentir-se especial e ensinou a ter responsabilidades. Por sua vez, a sua mãe é mais fóbica e criticava mais que o seu cônjuge, é mais pessimista, não é tão chegada ao filho (como era o seu marido) e dá mais atenção ao filho quando este sobressai.	
Inventário de Esquemas de Young – YSI-RE2	As frases que o caracterizam perfeitamente dizem respeito à falta de capacidade percebida, ao facto de não ter ninguém que se preocupe consigo e ao facto de acreditar que quando as coisas correm bem isso será temporário. De um modo geral, as respostas neste instrumento sugerem algum pessimismo e passividade ao que se acrescenta a percepção que não vai ser amado por ninguém e de falta de alguém que lhe dê conselhos assim como falta de confiança.	
Inventário Depressivo de Beck	34	Este doente apresenta depressão severa de acordo com este instrumento o que pode ser alvo de intervenção futura. Como o doente se mostra preocupado e triste com esta sua sintomatologia os dados do inventário são consistentes com o observado na consulta.

Como **D**³² fornecia informação que fazia suspeitar da existência de ataques de pânico e ansiedade social aplicou-se o *Inventário de Ansiedade de Beck*, para avaliar os sintomas somáticos e cognitivos de ansiedade. Este doente parece não ter compreendido as instruções da totalidade questionários deixando perguntas por responder, algumas delas por não ter compreendido a linguagem das questões (segundo o relato subjectivo). Quando lhe é solicitado que responda às questões em falta mostra-se envergonhado, ruborizando. Algumas questões ficaram mesmo por responder.

Verificou-se pontuação considerável o que é consistente com a descrição dos sintomas que este doente tinha, já, realizado. Este doente não refere ter sentido todos os sintomas apresentados. Para avaliar sintomatologia panicogénica aplicou-se o *Questionário de Sensações Corporais*, *Inventário de Mobilidade para a Agorafobia* e *Cognições Associadas a Crises de Pânico*. O primeiro instrumento demonstrou resultados consistentes com os do *Inventário de Ansiedade de Beck* uma vez que **D**³² refere ter elevado número de sintomas com

os quais fica um *pouco e bastante preocupado*. Este doente, de acordo com o *Inventário de Mobilidade para a Agorafobia*, evita um elevado número de contextos, especialmente quando sozinho – o que vem ao encontro do seu medo de avaliação negativa. Em relação aos pensamentos quando emerge a sua sintomatologia ansiosa, este preocupa-se com os seus sintomas mas, mais ainda, com a *figura de parvo* que pode vir a fazer o que corrobora o referido medo de avaliação negativa.

Através da bateria de questionários para avaliar a ansiedade social, verificou-se que o paciente caracteriza a sua maneira de ser como “*sinto-me tenso quando falo à frente de outras pessoas*”. Nenhuma das frases presentes na *Escala de Fobia Social* são excluídas pelo doente para caracterizar a sua maneira de ser. Apesar de apresentar uma pontuação que o coloca dentro do grupo normativo de sujeitos não fóbicos (na *Escala de Medo de Avaliação Negativa*) **D**³² diz ter pensamentos automáticos característicos de ansiedade social *muitas vezes* o que pode manter o facto de ser caracterizar como tal e sentir desconforto, que leva ao evitamento e a incapacitação moderada no trabalho/estudos, vida social e afectiva. Parece vivenciar com elevada ansiedade as situações de interacção social uma vez que o contacto ocular, assim como a sua aparência, lhe provocam elevado desconforto e ansiedade o que impede uma interacção social adequada. Não parece possuir características obsessivas.

O *Questionário de Estilos Parentais* parecia existir uma maior proximidade com o seu pai (falecido) que com a sua mãe. O facto de considerar o seu pai como destemido e como protector, caloroso e de o ter perdido pode explicar o facto de gostar de ser como ele e de se sentir ansioso por se considerar incapaz e inferior. Em relação aos esquemas do paciente, este parece ser pessimista e passivo referindo, ainda, falta de uma figura forte para o proteger, que era o papel desempenhado pelo pai.

Em termos de humor, este paciente pontua alto no questionário o que se justifica pelo facto de estar muito preocupado com a sua sintomatologia e desejar ser diferente daquilo que é (é fóbico e parece querer ser como era o pai, destemido).

Posteriormente familiarizou-se o doente com o modelo da Fobia Social (cf. Anexo 5) de forma a conceptualizar o seu quadro tornando evidente todos os mecanismos que contribuem para a sua manutenção. Na realização desta tarefa a linguagem teve de ser adequada ao doente (que não entendida palavras um pouco mais elaboradas) da forma mais simples possível pois este, mesmo quando não compreendia, não era capaz de pedir para explicar. Foi construído o modelo teórico juntamente com o doente e, posteriormente, foi elaborado o seu modelo idiossincrático partindo de uma situação relatada por ele. Nesta tarefa foi pedido ao paciente que escrevesse no esquema aquilo que estava a debater com o terapeuta. Mostrou-se muito

ansioso, ruborizou e não foi capaz de passar da primeira frase do esquema sublinhando, vezes sem conta, esta frase.

2.4 Discussão do Caso

Este doente é encaminhado para a consulta de Psicologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira pelo seu psiquiatra assistente da mesma Instituição hospitalar. O seu encaminhamento deveu-se ao facto de **D³²** se sentir atrofiado e de apresentar sensações corporais desconfortáveis.

O acompanhamento psicoterapêutico de **D³²** contou, até ao momento, com 10 sessões, de frequência quinzenal, tendo início em 16 de Janeiro de 2008. Este doente assumi-o, individualmente, desde a primeira consulta sendo que a informação sobre o curso da consulta, sintomatologia e intervenção era discutida com a terapeuta supervisora.

Este processo terapêutico revelou-se difícil devido à minha inexperiência, à dificuldade em obter informação do paciente e também ao baixo nível cognitivo que **D³²** parece apresentar. Inicialmente pareceu-me apresentar um quadro de perturbação de pânico sem agorafobia sendo que as perguntas que lhe eram feitas eram acerca de sintomatologia característica deste quadro sendo que este confirmava os critérios para perturbação de pânico talvez por deseabilidade social, uma vez que a sua sintomatologia parece ser consistente com Fobia Social.

De referir que **D³²** nunca faltou a nenhuma consulta e se apresenta sempre antes do horário da mesma. Nas consultas mostra tendência, gradual, a fornecer informação acerca do seu dia-a-dia que parece ter como objectivo o prolongamento da sessão.

As primeiras 4 consultas tiveram, fundamentalmente, como objectivos a recolha de informação e a construção de uma relação terapêutica empática e de confiança. Inicialmente a intervenção era, na sua maioria, psicoeducativa. Gradualmente inicia-se uma intervenção visando a diminuição dos comportamentos de segurança.

Na 1ª e 2ª sessões foram discutidas as razões do acompanhamento terapêutico e as expectativas do doente para esse processo que estava a iniciar. O doente foi inquirido acerca da sua sintomatologia referindo percepção de perda de capacidades, de concentração, falta de equilíbrio entre outros. Refere que as suas dificuldades têm início há cerca de 2 anos, que já tomou psicofármacos mas que actualmente não tem qualquer prescrição. Mostra-se inibido e pouco verborreico sendo difícil recolher informação para caracterizar as suas dificuldades e conceptualizar o seu quadro clínico. Foi pedido um registo de auto-monitorização (RAM) para que fosse possível perceber quando é que surgiam os sintomas (*cf.* Anexo 2).

Na 3ª consulta avaliou-se o RAM e um diário acerca dos sintomas que **D³²** decidiu trazer. Nesta sessão referiu as circunstâncias do início da sua sintomatologia. Este paciente mostra dificuldades em concretizar o seu discurso escrito que apresenta erros sintácticos e gramaticais.

Na 4ª sessão traz, novamente, mesmo sem se ter solicitado, um registo diário das suas queixas uma vez que mantêm uma postura retraída e pouco verborreico. Diz ocultar o seu problema e preocupações aos colegas referindo “invento sempre uma história” (sic) para justificar a sua ausência nas aulas para ir às consultas. Foi pedido a **D³²** que referisse 3 desejos sendo que este referiu: “ser feliz; tentar seguir o meu sonho, ser electricista; e estar bem socialmente” (sic).

Na 5ª consulta refere informação acerca do seu desenvolvimento escolar referindo não existirem dificuldades parecendo evitar assumir as suas dificuldades por medo de crítica. Refere conflitos com os tios que “chamavam-me incompetente” (sic) que parecem ter despoletado a sintomatologia e contribuído para a sua visão do eu como incompetente. Como o facto do doente trazer as suas queixas e sintomas parece constituir um evitamento esse facto foi discutido e negociado o seu termo, sendo que se iria aproximar o doente ao seu receio: o medo da crítica e de não conseguir “dizer nada de jeito” (sic).

Na sessão seguinte, 6ª consulta, o doente foi confrontado com o facto de referir não ter dificuldades de aprendizagem mas mostrar erros sintácticos e morfológicos na forma como escrevia os seus registos que apresentava, voluntariamente, na consulta. **D³²** mostra-se muito envergonhado com essa confrontação, admitindo ter dificuldades mas contrariando-se posteriormente ao racionalizar “acontece a toda a gente” (sic). Nesta sessão a conceptualização de um quadro de ansiedade social torna-se mais nítida percebendo-se, mais claramente, o foco do medo do doente: o medo da crítica negativa dos outros e não das sensações corporais, sendo que estas só surgem em situações de desempenho ou quando **D³²** avalia, retrospectivamente, o mesmo.

Na 7ª consulta são abordados aspectos da sua sintomatologia visando a construção do modelo idiossincrático que é, depois, construído com o doente a partir de uma situação social que ele refere em consulta. Todos os componentes do modelo cognitivo-comportamental são explicados ao doente.

Como o doente parece mostrar interesses na terapia não compatíveis com a relação terapeuta-paciente (uma vez que o terapeuta mostra uma aceitação incondicional **D³²** pode ter percebido que seria possível existir um relacionamento amoroso) foram explicitadas as

características da relação terapêutica, e solicitado ao doente que delineasse objectivos terapêuticos.

Na consulta seguinte, 8^a, **D**³² mostra-se ansioso e envergonhado. Refere um conflito com um colega de curso em que parece ter-se sentido humilhado respondendo a essa situação com agressividade (deslocada). Desta forma foram discutidas formas alternativas de resposta a essa situação através de *role-play*. Este tipo de práticas comportamentais parecem ser de difícil execução para este doente.

Na 9^a consulta **D**³² refere ter pesquisado informação privada acerca do terapeuta parecendo não perceber o papel da técnica e que a atenção e o cuidado que lhe são dirigidos têm a ver com a sua função profissional. Estas questões foram novamente abordadas. Nesta sessão foi dito ao doente que na próxima consulta estaria presente a Terapeuta supervisora e que seria esta que iria continuar o seu acompanhamento psicoterapêutico.

Na décima e última consulta **D**³² mostra-se ansioso e ruborizado, talvez pela presença de um outro elemento, que ele já conhecia, mas que não era presença habitual nas consultas. Visando recolher mais informação para se perceber melhor o surgimento desta ansiedade social foram questionadas as circunstâncias do falecimento do seu pai. **D**³² mostrou-se colaborante porém referiu que lhe era difícil fazê-lo.

Neste processo terapêutico não parecem ter existido melhoras significativas o que pode ser explicado pelo baixo nível cognitivo do doente (a linguagem era simplificada para que o doente pudesse perceber o que lhe era dito, porém **D**³² não referia quando não compreendia, o que ficava patente nas suas respostas e RAM), pela dificuldade em conceptualizar as dificuldades do doente e por incongruência entre objectivos terapêuticos e objectivos do doente pois quando discutido este assunto e referido os objectivos que poderiam ser levados em conta na terapia **D**³² referiu “não é por isso que estou cá” (sic).

D³², estudante de 18 anos, aparece à consulta enviado pelo psiquiatra. Nas consultas refere, inicialmente, queixas consistentes com crise de sintomas limitados (não cumpre critérios para ataque de pânico) uma vez que refere queixas como: sentir-se zozzo, perda de capacidades e de conhecimentos, lapsos de memória, dificuldades de concentração, perda da capacidade da falar, cabeça pesada, dores de cabeça e de olhos, falta de equilíbrio e de forças, confusão, dificuldades em pensar e manter uma conversa e vertigens. Estes sintomas causam mal-estar clinicamente significativo não parecem ter precipitante (tendo em conta o relato inicial do paciente).

Posteriormente percebe-se que estes sintomas são precipitados pelo receio de “fazer má figura” (sic) e de “ser gozado pelos outros” (sic) o que se torna mais consistente com um quadro de Fobia Social uma vez que:

- ✘ apresenta medo persistente de situações sociais e desempenho nas quais está exposto à observação dos outros;
- ✘ a exposição à situação social temida provoca quase sempre ansiedade, que assume, neste caso, a forma de uma crise de sintomas limitados situacional ou situacionalmente predisposto;
- ✘ o evitamento, antecipação ansiosa e mal-estar nas situações sociais e de desempenho interferem com o funcionamento académico e actividades sociais e existe mal-estar acentuado por ter a fobia;
- ✘ os sintomas existem há mais de 6 meses;
- ✘ o medo e evitamento não são produzidos por efeitos fisiológicos de uma substância ou estado físico geral ou outra perturbação mental.

O paciente parece desejar intensamente causar uma impressão favorável nos outros uma vez que diz gostar que sejam comentados aspectos positivos da sua conduta.

Ao longo do seu desenvolvimento **D**³² aprendeu que existiam aspectos no seu comportamento que eram alvo de crítica nomeadamente: as suas dificuldades em falar quando andava na escola primária e a sua competência de trabalho quando trabalhava com os seus tios. As críticas acerca da linguagem eram atenuadas pelo facto do pai do doente, que “tinha fama” (sic), referir que também era assim enquanto pequeno. No trabalho, quando ainda trabalhava na companhia do pai, não existiam críticas laborais. O pai do doente parecia funcionar como meio protector que atenuava os efeitos das críticas parecendo sugerir possíveis traços dependentes e fracas estratégias de coping por parte do paciente, uma vez foi após a morte do seu progenitor que emergiu a sua sintomatologia ansiosa e que se iniciaram os insultos por parte dos seus tios. O paciente, através destas experiências, parece ter desenvolvido as suposições de que “não faço as coisas bem” (sic), “sou um fraco” (sic), “não percebo as coisas” (sic). Para além destas suposições parece existir *handicap* em termos linguísticos que pode reforçar as crenças do doente acerca da sua incapacidade e desadequação.

Numa situação social **D**³² activa as suas suposições o que leva a que percepcione as situações sociais como ameaçadoras e como perigosas (para o doente existe um perigo social). Desta feita, o doente vai realizar um processamento do eu como um objecto social, focando-se

no seu corpo e nos seus pensamentos. Os sintomas fisiológicos experimentados pelo doente são, no decorrer destes pensamentos e percepções, sentir-se zozzo, perda de capacidades e de conhecimentos, lapsos de memória, dificuldades de concentração, perda da capacidade de falar, cabeça pesada, dores de cabeça e de olhos, falta de equilíbrio e de forças, confusão, dificuldades em pensar e manter uma conversa e vertigens. Perante estas sensações (sintomas somáticos) tem pensamentos (sintomas cognitivos) como: vou “fazer má figura” (sic), vou “ser gozado” (sic), “não faço as coisas bem” (sic), “sou um fraco” (sic), “não percebo as coisas” (sic). O auto-focus do sujeito leva a que tenha maior consciência dos sintomas e à sua exacerbação.

O doente tenta combater estes receios de fazer má figura, de ser avaliado negativamente e de que os outros notem que está nervoso através do emprego de comportamentos de segurança como sejam: “tento pensar que não está lá ninguém” (sic) e “às vezes digo que estou nervoso” (sic).

Após as situações sociais o sujeito costuma avaliar a sua performance como deficiente e insatisfatória “podia ter sido melhor” (sic) memorizando os seus fracassos (autópsia). Esta sua alegada evidência de inadequação social pode contribuir para que realize processamento antecipatório uma vez que refere pensamentos como “vou fazer má figura” (sic), “vão achar que sou um estúpido” (sic), “vão pensar: ele tem algum problema, é fraco” (sic). Este tipo de processamento vai aumentar a probabilidade de activação da suposição numa próxima situação social.

O paciente parece avaliar-se como defeituoso sugerindo a presença de um esquema de incompetência e indesejabilidade social. O paciente foca-se, essencialmente, nos erros e na comparação social pois diz que gostava de estar no mesmo patamar dos outros pois, em tal não acontecendo, “sinto-me bué burro” (sic) acrescentando “não gosto de falhar e culpo-me sempre a mim (sic). É possível que o doente se isole (ele refere que tem grupo de amigos, no entanto não fala muito sobre o assunto nem refere actividades concretas que realize com estes) o que torna mais difícil desconfirmar de que é possível interagir com os outros e que o facto de ter determinados sintomas fisiológicos e receios não impede uma performance adequada e não implica que a sua ansiedade seja avaliada negativamente. Evitar certas exposições e pensamentos como “tento pensar que não está lá ninguém” (sic) parece constituir um obstáculo ao desenvolvimento de estratégias de coping e a conhecer que a ansiedade é uma emoção que atinge um pico mas que desce, independentemente de recorrer a comportamentos de segurança ou evitamentos.

De facto, **D**³² parece ter défices em termos cognitivos que podem interferir no seu desempenho académico e também na interacção com os outros. Estas dificuldades parecem sofrer influência de défices interpessoais, que parecem existir, o que dificulta que o doente se envolva em experiências desconfirmatórias pois diz não saber o que dizer e existem poucas competências sociais.

Para a construção dos seus esquemas de incompetência, indesejabilidade social e defeito parecem ter contribuído as experiências de humilhação na infância em que **D**³² era gozado pelos colegas pela sua dificuldade em dizer determinadas palavras e os insultos acerca da competência e futuro profissional por parte dos seus tios.

As experiências de gozo na infância podem ter predisposto a uma maior sensibilidade à crítica. A morte do seu pai leva a que o factor protector deixasse de existir e emergisse uma maior vulnerabilidade à crítica dos outros. O quadro de fobia social, que **D**³² parece apresentar, parece ter sido precipitado pelos insultos dos seus tios e pelo seu receio de fracassar.

Actualmente o facto de apresentar erros de processamento de informação, nomeadamente abstracções selectivas (e.g. focar-se essencialmente nos pontos negativos do seu comportamento e desempenho) e inferência arbitrária (e.g. achar que os outros vão notar as suas sensações corporais por ele as estar a sentir; “vão pensar: ele tem algum problema, é fraco), o recurso a comportamentos de segurança (“às vezes digo que estou nervoso” (sic) ou “tento pensar que não está lá ninguém” (sic), a processamento antecipatório e autópsia funcionam como factores de manutenção uma vez que as suas crenças de que é inadequado e incapaz são reforçadas e dificultada a sua desconfirmação.

Sugestão terapêutica: a manutenção do acompanhamento a este paciente revela-se de extrema necessidade pois, com esta terapeuta, pôde-se apenas trabalhar a relação terapêutica e os objectivos da intervenção. Assim, parece prioritário que, numa primeira fase, se treine o doente em competências sociais.

2.5 Considerações Finais

O contacto com este doente revestiu-se de dificuldades pois inicialmente foi difícil estabelecer o diagnóstico e depois foi complicadíssimo iniciar a intervenção. Estas dificuldades prenderam-se com o facto do doente aparentar um nível cognitivo baixo o que dificultava o contacto e a discussão da sintomatologia e sua conceptualização; por mais simples que pudesse ser a linguagem utilizada esta, algumas vezes, revelava-se inteligível

para o doente. A explicação dos termos técnicos e conceptualização da perturbação era feita mais de forma muito rudimentar havendo, mesmo assim, dúvidas acerca da sua compreensão por parte de **D**³². Posteriormente pareceu existir um interesse mais na terapeuta que propriamente no processo terapêutico pelo que foram dedicadas à explicação do que é um processo terapêutico e criação de objectivos terapêuticos cerca de duas consultas. Contudo, **D**³² manteve a sua postura de fazer corte (chegando a trazer apresentações de *power point* com fotografias suas e com as suas queixas escritas) o que atrasava a intervenção e os possíveis ganhos terapêuticos. Este doente pode ter desenvolvido uma *paixoneta* pela terapeuta pelo facto de ser retraído socialmente, por se considerar desadequado e por conseguinte, por não se envolver em contactos sociais por medo de rejeição. Como no contexto da terapia o terapeuta aceita o paciente tal como é e é criado um ambiente de confiança, **D**³² pode ter entendido, de forma errónea, que o comportamento que teve, projectando o seu afecto na terapeuta, seria adequado e retribuído. Este facto teve de ser muito bem explicado ao paciente para que ele não interpretasse como sendo uma rejeição. Ao mesmo tempo que isto ocorria o estágio teve de cessar e este doente teve de ser acompanhado por outro técnico o que lhe causou intenso mal-estar e ansiedade, chegando a ser assistido na urgência (de acordo com informações da terapeuta actual).

Este doente, que inicialmente achei que tinha sido um castigo (pois revelou-se muito difícil trabalhar com ele e gerou-me algum desconforto), representou uma grande oportunidade de aprendizagem pois, de forma assistida, foi-me possível lidar com o doente e com as emoções que esta situação me despoletou. Cheguei a sentir raiva quando numa consulta **D**³² referiu que sabia coisas da minha vida pessoal, que tinha andado a investigar-me. Senti a raiva a emergir da minha barriga e senti controlá-la, não a deixei subir, e continuei um diálogo empático com o doente sem, contudo, deixar de o confrontar e questionar acerca da importância dessa informação para a melhoria dos seus sintomas. Senti-me invadida, abusada (apesar da informação que ele possuía não corresponder à verdade) e até senti um certo medo...quando um jovem de 18 anos consegue fazer-me sentir isto, imagino como seria se fosse um adulto, e se soubesse, de facto, informações pessoais a meu respeito.

Esta situação (*panicogénica* para mim) representou uma experiência riquíssima de aprendizagem graças ao auxílio da minha supervisora local e da minha orientadora de estágio. Agora, olhando para este caso, fico contente por o ter apanhado durante o estágio, onde pude contactar com apoio dos técnicos, de forma a lidar com esta situação num ambiente mais protegido, achando-me agora mais preparada para outros casos similares.

3. Estudo de Caso: adulto do sexo masculino com Perturbação da Excitação (Disfunção Erétil)

3.1 Informação Clínica do Doente

Adulto heterossexual do sexo masculino (D³³), de 57 anos, casado (primeiro e único casamento, esposa 61 anos), com dois filhos (um do sexo masculino e uma do sexo feminino) e reformado.

Apresenta-se sozinho à consulta, vestindo de acordo com a idade e estatuto sócio económico. Mostra-se consciente e orientado, não aparenta alterações do comportamento motor, pensamento, linguagem, percepção ou memória. O seu humor parece um pouco distímico. Este doente parece ter um *insight* e julgamento prejudicado.

Não refere problemas de saúde até aos 48/49 anos, altura em que começa a ter problemas de Disfunção Erétil. O doente diz ter possuído um negócio de restauração e que, por esse motivo, tinha “*falta de repouso*” (sic). As preocupações com esse negócio aumentaram quando este mostrou problemas económicos culminado com o seu fecho. Diz que lidou bem com o fecho do negócio (pois estava cansado de dormir pouco e trabalhar muitas horas) e que não evita passar em frente ao edifício onde este funcionava.

Em 1998 foi submetido a uma intervenção cirúrgica, em Coimbra, ao prepúcio uma vez que apresentava dores durante o coito. Devido a esta cirurgia o doente absteve-se de relações sexuais durante um mês. Quando retomou a sua actividade sexual refere que a sua esposa estava pouco disponível para momentos de intimidade (devido a doença dos pais que, nesta altura, co-habitavam com casal) sendo que esta, alegadamente, referiria durante o coito “*vê se te despachas*” (sic) sendo que o doente reprovava tal atitude que o constrangia “*para mim era a morte*” (sic). Este comportamento da esposa durante o relacionamento sexual do casal, segundo a própria, devia-se ao facto desta ter os seus pais doentes em casa, estando mais ocupada devido ao seu papel de cuidador. Mais tarde os pais da esposa do doente falecem e esta mostra menos desejo sexual (consistente com a fase de luto) o que desagrada muito o paciente. De salientar que o relacionamento sexual do casal era iniciado pelo marido sendo que a esposa considera que “*os homens é que têm que tomar a iniciativa*” (sic) encarando o sexo como uma forma do marido “*descarregar as energias*” (sic). O paciente assumia sempre a relação sexual que era encarada pela esposa como uma necessidade apenas do cônjuge. De facto, quando o casal decide ter sexo estes não recorrem a preliminares “*quando eu estou a ter*

uma erecção a minha mulher põe um creme (para se lubrificar (uma vez que é menopausica e um dos sintomas frequentes é a secura vaginal) *e tentamos* (concretizam o coito).” (sic).

Em 2000 o doente inicia a visualização de filmes pornográficos e à masturbação como forma de obtenção de prazer dado que a mulher, devido aos factores supra mencionados, não se mostrava disponível para o sexo (comportamentos reprovados pela esposa). Este comportamento é censurado pela sua esposa, algo que gera conflitos conjugais.

Gradualmente, desde 1998, o doente foi mostrando dificuldades em atingir e manter uma erecção tendo recorrido a tratamentos psicológicos e farmacológicos (*vardenafil, sildenafil*) para o seu problema sexual não revelando ganhos positivos significativos. A principal dificuldade actual que o doente expressa é a incapacidade de apresentar uma erecção para ter relações sexuais com a sua esposa (o doente diz não ter mais parceiras sexuais pelo que não é possível avaliar se o seu desempenho é diferente com outra mulher) sendo que a erecção é mais facilmente atingida quando visualiza filmes pornográficos e se masturba.

De acordo com os médicos que consultou não existe problema físico para o seu estado actual pelo que é apontada a ansiedade como a causa mais provável (estando, neste sentido, a ter acompanhamento psiquiátrico e a fazer medicação ansiolítica (*stablón, triticum e olcadil*).

Importa referir que o doente receia “*maçar a minha mulher*” (sic) com a relação sexual pelo que tenta que esta seja o mais rápido possível e fica ansioso por não atingir a erecção tão depressa como idealiza o que parece levar a que realize interpretações negativas acerca do seu desempenho reduzindo, conseqüentemente, as expectativas de um relacionamento sexual satisfatório.

Diz ter realizado umas análises, há cerca de 3 anos, que revelaram reduzidos níveis de testosterona o que é interpretado pelo doente como a existência de um problema físico irreversível (o que, medicamente, não existe).

Gradualmente foi-se percebendo que o doente atribui uma grande importância ao sexo (podendo, mesmo, ser excessiva) referindo “*um homem sem sexo é como uma árvore seca*” (sic) parecendo menosprezar outros aspectos duma relação de casal como companheirismo, carícias, conversa. Num gráfico de tarte foi possível verificar que mas de metade da tarte se atribuía ao sexo e aos pensamentos acerca do sexo pois “*os pensamentos sobre sexo vêm-me à cabeça 50 vezes ao dia*” (sic).

3.2 Enquadramento Teórico

A Disfunção Erétil (DE) é caracterizada pela APA (2002) como incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma adequada erecção até completar a

actividade sexual de uma forma satisfatória, causando assim acentuado mal-estar ou dificuldades interpessoais. Wagner (1981, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Lowy, 2006) refere-se à DE como uma falha persistente para conseguir a erecção suficiente de forma a ser possível uma penetração vaginal e/ou a incapacidade para manter esta fase de rigidez do pénis até à ejaculação. Este quadro clínico destaca-se culturalmente de entre todas as disfunções sexuais como o mais temido porque sem erecção não há procriação mediante os meios naturais (Cordioli, 1998).

Estima-se que mais de 152 milhões de homens de todo o mundo experienciaram DE em 1995, e que estes números atingiriam os 322 milhões no ano de 2005 (Ayta, McKinlay & Krane, 1999, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001). Dados provenientes dos Estados Unidos sugerem que 12% da população masculina com menos de 18 anos é afectada pela DE (Furlow, 1985, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001) e 25% a 30% da população masculina com idades compreendidas entre os 60 e os 70 anos (Kinsey, Pomeroy & Martin, 1948, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Shiavi, Schreiner-Engel, Mandeli, Shanzer & Cohen, 1990, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Finger, Lund & Slage, 1997, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001). Por sua vez, Gregoire (1999) aponta prevalências de 40% em homens com 40 anos de idade e 70% em homens com 70 anos de idade. Em Portugal esta perturbação afecta mais de meio milhão de portugueses (Dias, 2006). Estes dados parecem demonstrar que à medida que os homens envelhecem maior a probabilidade de desenvolver DE (20% dos homens com 60 anos a 75% dos homens com 80 anos) (Declaux & Gutiérrez, 1980, cit. por Cordeiro, 2002; Lowy, 2006; Ribeiro & Santos, 2005).

Esta perturbação pode ter sempre existido (designando-se por primária), pode ter sido adquirida ou ser situacional, sendo que a primária é muito rara antes dos 35 anos e tipicamente se deve a problemas psicológicos ou endócrinos graves enquanto que a transitória é muito frequente e afecta aproximadamente 50% da população masculina (Cordeiro, 2002).

A DE, que afecta homens de todas as faixas etárias, pode ter causas orgânicas, sociais e/ou emocionais.

A DE de origem orgânica é uma consequência de doenças ou situações clínicas que conduzem a uma deterioração dos vasos sanguíneos e nervos implicados na erecção ou que interferem na produção de testosterona (Dias, 2006). Estas causas orgânicas da DE podem ser agrupadas em doenças sistémicas e endócrinas, neurológicas, vasculares ou transtornos locais (no pénis) (Walsh & Wilson, 1987, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001) sendo, provavelmente, a insuficiência vascular maior causa orgânica da Disfunção Sexual no homem (Myer, 1985, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Leriche & Morel, 1948, cit. por

Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Goldstein, Siroky, Nath, McMillian, Menzoian & Krane, 1982, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Forstner, Hricack, Kalbhen, Kogan & McAnich, 1995, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Meuleman & Diemont, 1995, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Mooradian, Viosca, Kaiser, Morley & Korenman, 1988, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001).

As estatísticas indicam que 20% a 50% dos homens com DE têm uma base orgânica na base da sua patologia, sendo que os efeitos secundários da medicação podem também impedir o funcionamento sexual normal (Cordeiro, 2002).

O consumo de tabaco, que pode ser considerado um comportamento social é considerado um dos maiores factores de risco para desenvolver DE (Mannino, Klevens & Flanders, 1994, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane & McKinlay, 1994, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Dias, 2006).

Relativamente à etiologia psíquica, quando ocorre insucesso na erecção, instala-se aquilo a que a literatura chama de “ansiedade de desempenho”, e se ocorrer nova falha exacerba-se a ansiedade e estabelece-se um círculo vicioso da disfunção, sendo que a ansiedade antecipatória prejudica a erecção e o resultado insatisfatório gera nova tensão que afecta a conduta nas próximas situações (Cordioli, 1998).

A DE está, ainda, muito correlacionada com sintomas depressivos e outras patologias (Araújo, Durante, Feldman, Goldstein & McKinlay, 1998, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Shabsigh, Klein, Seidman, Kaplan, Lehrhoff & Ritter, 1998, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001). A associação entre a DE e a Perturbação de Pânico também é muitas vezes referida (Sbrocco, Weisberg, Barlow & Carter, 1997, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001), assim como entre aquela e o perfeccionismo (DiBartolo & Barlow, 1996, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001).

Cordeiro (2002) e Dias (2006) sugerem que o diagnóstico desta perturbação deve-se, com grande frequência, a situações mistas onde cerca de 50% dos casos diagnosticados têm subjacentes aos factores orgânicos, factores de ordem psicológica tais como ansiedade, depressão, problemas conjugais e ansiedade de desempenho (Gregoire, 1999; Dias, 2006).

Neste sentido pode, ainda, acrescentar-se o contributo de agentes farmacológicos (tais como: anti-hipertensivos e psicotrópicos) pois estes podem influenciar adversamente o funcionamento sexual no homem (Crenshaw & Goldberg, 1996, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Finger, Lund & Slagle, 1997, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001). Até ao presente ainda não está claro se as drogas aditivas como o álcool, metadona e a heroína

reduzem a potência sexual influenciando a secreção e o metabolismo dos androgénios ou mediante a deterioração associada no estado físico e psicológico devidos à adicção (Walsh & Wilson, 1987, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Crenshaw & Goldberg, 1996, cit. por Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001).

Pelo supra mencionado parece que o mecanismo e a resposta erétil são vulneráveis a uma variedade de factores, tanto psicológicos (eg. ansiedade, distração, exigências de desempenho) como físicos (eg. diabetes, problemas circulatórios, lesões na coluna vertebral, medicação e outras) (Cordioli, 1998).

O tratamento da DE deve ser individualizado e direccionado à etiologia subjacente (Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Gregoire, 1999). Como a maioria dos pacientes tem doenças de foro médico, estes devem receber primeiramente um tratamento para a sua doença primária e só depois, se ainda se mantiver o problema sexual, é indicado um Aconselhamento Psicosexual apropriado, farmacoterapia e/ou procedimentos cirúrgicos (Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001). Os mesmos autores referem que, no âmbito do Aconselhamento psicológico e comportamental, presentemente estas intervenções terapêuticas (Terapia Sexual comportamental, psicodinâmica e psicoanálise) devem ser acompanhadas por tratamentos médicos específicos em pacientes com DE orgânica.

No que concerne ao tratamento farmacológico são utilizadas algumas substâncias sendo as mais frequentes o *sildenafil*, *vardenafil* e *tadalafil* cujos nomes comerciais são, respectivamente, Viagra, Levitra e Cialis.

O *sildenafil* é muito prescrito sendo que ele só actua com a estimulação sexual e restabelece a função erétil através do aumento do fluxo sanguíneo no pénis (Cordeiro, 2002; Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Gregoire, 1999; Lowy, 2006). Este composto é um inibidor da fosfodiesterase tipo 5 que impede a quebra intracorporal do monofosfato de guanosina cíclico (GMPc) (Cordeiro, 2002). No entanto, a terapêutica com o *sildenafil* é contra-indicada em homens medicados com nitratos pelo risco de hipotensão e em indivíduos com patologias cardiovasculares graves (Cordeiro, 2002).

Existem outros tratamentos para a DE como as bombas de vácuo, anéis constritores da base do pénis, auto-injecção nos corpos cavernosos, inserção uretral de matérias vasoactivos (prostaglandinas, papaverina e fenoxibenzamina) e tratamentos cirúrgicos como a cirurgia vascular, as próteses no pénis ou o sistema de um dispositivo insuflável para obter uma erecção no momento desejado (Cordeiro, 2002; Kandeel, Koussa & Swerdloff, 2001; Lowy, 2006; Dias, 2006).

Na DE o homem também pode ser aconselhado a masturbar-se para perceber que são possíveis a erecção completa e a ejaculação (Cordeiro, 2002).

Uma Terapia Sexual para a DE focaliza-se essencialmente no modelo comportamental, procurando-se a resolução dos problemas e também a modificação dos antecedentes sexuais dos sintomas (Cordioli, 1998). Segundo o autor, os objectivos primários na terapia sexual da DE são eliminar os medos acerca do desempenho sexual e recorrer à FS em três diferentes fases como foi atrás descrito (Cordioli, 1998). O mesmo autor também refere que a terapia farmacológica também pode ser útil, a colocação de prótese, e nos casos mais resistentes é indicada a Psicoterapia Sistemática ou mesmo a Psicanalítica.

Uma vez que os homens com DE têm dificuldade em dirigir a atenção para estímulos eróticos sobretudo quando se desenvolve uma erecção, havendo a tendência de em vez disso pensar no desempenho sexual, o terapeuta deve especificamente encorajar o indivíduo a concentrar-se nas sensações de prazer que está a experienciar (Hawton, 1997). Quando as erecções estiverem a ocorrer regularmente o terapeuta deve sugerir que o casal interrompa as carícias durante uma sessão e assim permitir que a erecção decline e logo retomar as carícias de forma a que a erecção volte a acontecer, este exercício de alternância entre aumento e declínio devem ser repetidos duas a três vezes em cada sessão e podem ajudar a eliminar o medo que o homem tem de que a erecção irá declinar e não retornará (Hawton, 1997). Quando a penetração for introduzida no programa, deve ser mantida por períodos de tempo breves e a parceira deve proporcionar estimulação genital adicional se for necessário (Hawton, 1997).

Recentemente aplicou-se a realidade virtual ao tratamento das perturbações sexuais masculinas, designadamente a DE e a ejaculação precoce. Existem evidências de que estas técnicas conseguem acelerar o processo de cura, favorecendo uma rápida solução para os problemas sexuais conduzindo a uma performance sexual satisfatória. A realidade virtual integra métodos visuais e auditivos que, precedidos de narrativas, consegue gerar novas cenas imaginárias, estimulando a memória a longo prazo e activando as deduções lógicas consequentes. Modificando e enriquecendo de alguma forma o mapa mental podemos pensar que são provocadas alterações funcionais podendo ser hipotetizado que são facilitadas algumas conexões sinápticas, noutras modificada a magnitude das suas conexões, favorecendo conexões intersinápticas (Optale, Pastore, Marin, Bordin, Nasta & Pianon, 2006).

Quando esta perturbação está presente é essencial que ambos os elementos do casal estejam presentes nas sessões terapêuticas pois este quadro diz respeito não só ao homem mas também à sua parceira (neste caso parceira por se tratar de uma relação heterossexual) e à

forma como interação sexualmente. No processo de avaliação a presença do parceiro sexual permite obter mais informação sobre a problemática assim como avaliar a presença de inconsistências da informação (que em si mesmo é um dado importante) podendo eliciar distorções perceptivas e mal entendidos (Wilson, Spence & Kavanagh, 1995).

Poderão existir casos em que o parceiro sexual do paciente esteja relutante em participar das sessões de intervenção devendo ser encorajado (e.g. informando acerca da confidencialidade da informação recolhida e da pertinência da sua presença). Poderão ser úteis entrevistas em conjunto e depois separadamente. Quando as entrevistas são consuzidas separadamente, o terapeuta deve discutir com o entrevistado (paciente e cônjuge) a informação que este deseja partilhar com o seu parceiro e outra que prefira manter fora do seu conhecimento (Wilson, Spence & Kavanagh, 1995).

O paciente pode sentir-se relutante em partilhar informação tão íntima sendo muito importante a construção de uma relação empática e de confiança (Wilson, Spence & Kavanagh, 1995).

Os termos utilizados devem ser compreensíveis para o casal e devendo ser correctos cientificamente e ao mesmo tempo de fácil compreensão (dar explicação dos termos técnicos, se necessário). De referir, ainda, que o doente deve ser aconselhado a procurar um médico, caso não o tenha feito, para despistar qualquer causa orgânica (Wilson, Spence & Kavanagh, 1995).

Para avaliação desta problemática pode recorrer-se a instrumentos como:

- Inventário I.H.E. de Sexualidade Masculina forma D.E. III – este inventário tem por objectivo recolher informações complementares à entrevista psicológica. As áreas abordadas têm a ver com o desenvolvimento psicosexual, a resposta sexual, possíveis disfunções sexuais aliadas à DE associadas às fases de resposta sexual, dados relevantes acerca da vida sexual do sujeito e tratamentos realizados (Rodrigues & Costa, 1993). Este instrumento permite a obtenção desta informação sem ansiedade como ocorreria numa entrevista na presença de um profissional podendo, ainda, comparar-se os dados obtidos deste inventário com os dados fornecidos por meio de entrevistas (Rodrigues & Costa, 1993).

O Inventário I.H.E. de Sexualidade Masculina forma D.E. III é um questionário composto de 36 questões de escolha múltipla que apresenta queixas habituais de pacientes com esta perturbação sexual. Solicita-se ao paciente que responda a todas as questões fazendo observações e complementando suas respostas sempre que necessário ou que considere de relevância fazê-lo (Rodrigues & Costa, 1993).

Pode, ainda, recorrer-se a entrevistas comportamentais para avaliar a natureza do problema. Neste tipo de entrevistas o primeiro passo é determinar os motivos que levaram o doente a procurar ajuda e identificar a natureza do problema (Wilson, Spence & Kavanagh, 1995). A entrevista que se aplicou a este doente baseou-se nestes princípios.

3.3 Avaliação Realizada

Para se avaliar este doente recorreu-se, fundamentalmente, a observação e a uma entrevista não estruturada para abordar os motivos da consulta de forma mais geral. Procurou recolher-se informação biográfica, de início e desenvolvimento das dificuldades actuais, tratamentos efectuados e exploradas as expectativas para a psicoterapia. É, ainda, importante verificar se os seus sintomas se devem a alguma substância ou a doença orgânica (o que foi, já, avaliado por um clínico que despistou esses problemas). A idade poderá ser o motivo para esta problemática, porém, neste doente este problema surgiu quando tinha 48 anos e, de acordo com o psiquiatra, deve-se a um problema de ansiedade.

Com o decorrer da primeira sessão ficou clara a existência de um quadro de DE pelo que se avaliou esta problemática de forma mais estruturada através de uma entrevista para avaliação da disfunção sexual (*cf.* Anexo 6).

Através da entrevista recolheu-se informação relevante sobre a sua problemática. O doente referiu que padecia de DE pelo que é esse o motivo para procurar ajuda. Este problema, segundo ele, afecta os dois elementos do casal uma vez que este considera que não cumpre o seu papel de homem e diz “*maçá-la*” (sic) com as suas tentativas e investidas para terem relações sexuais. A sua perturbação de excitação parece ocorrer em todos os contextos existindo desde que foi submetido a uma cirurgia ao prepúcio. O doente diz que é sempre difícil atingir a erecção, sendo um pouco mais fácil quando visualiza filmes pornográficos.

O doente diz ser capaz de se sentir fisiologicamente excitado (intumescência e lubrificação do pénis) tendo, nestas circunstâncias, pensamentos como “*vamos lá ver se agora consigo* (manter a erecção até levar a cabo uma relação sexual satisfatória)” (sic). Habitualmente, quando o doente se sente capaz de ter uma erecção, chama a sua esposa para terem relações sexuais. Por vezes esta recusa-se o que leva a que o doente se sinta rejeitado e irritado. Quando a sua companheira aceita ter relações sexuais, este refere que ela coloca um creme lubrificante e iniciam, de imediato o coito. O paciente refere tentar ter relações sexuais, quase, diariamente. Estas iniciativas têm lugar na casa onde residem, geralmente à noite. D³³ diz que gostaria que a esposa tomasse a iniciativa para terem relações sexuais, o que nunca acontece por esta achar que é um papel que não lhe compete e “*fica mal*” (sic).

Quando questionado acerca de quem leva a cabo a primeira aproximação este refere que é sempre ele, pois a esposa acredita que à mulher “*fica mal*” (sic) este papel. Este casal diz não praticar preliminares sendo que **D³³** refere que gosta de visualizar filmes pornográficos (algo que a esposa censura) e gostaria que a sua companheira o masturbasse, o que nunca aconteceu.

Durante o coito o doente refere que nem sempre consegue atingir o orgasmo, o que o deixa muito triste. Por seu turno, refere que a esposa atinge o orgasmo com facilidade e rapidamente sendo que este não pretende manter a relação sexual por receio de a incomodar e “*maçar*” (sic). Este doente diz que atinge o orgasmo apenas quando recorre a auto-estimulação visualizando filmes pornográficos, não recordando a última vez que teve um orgasmo enquanto penetrava a mulher. Durante o sexo diz sentir-se ansioso e tem pensamentos do género “*não vou ser capaz*” (sic), “*estou aqui a maçá-la (à esposa)*” (sic) o que pode contribuir para o aumento da sua ansiedade e para a redução da qualidade do seu desempenho. Este doente parece não tentar alterar o que costuma fazer antes de depois do sexo.

D³³ refere que o facto de não conseguir atingir e manter uma erecção é um problema para si pois gostaria de ter relações sexuais diariamente, que a sua esposa tomasse a iniciativa para iniciarem o contacto sexual. Este doente desejaria que todas as relações sexuais que inicia conduzissem a um orgasmo (que acredita ser o propósito de um envolvimento mais íntimo) e que tivessem uma duração superior ao que é actualmente). Gostaria de praticar sexo oral e masturbação com a sua esposa pois acredita que estas práticas conduziriam a um envolvimento sexual satisfatório.

3.4 Discussão do Caso

Este doente esteve presente em sete sessões, com periodicidade quinzenal, desde 7 de Abril a 17 de Junho de 2008. O seu acompanhamento psicológico deveu-se a um encaminhamento por este seu médico assistente. **D³³** acedeu com facilidade a esta intervenção não tendo, porém, expectativas positivas.

Na primeira sessão recolheu-se informação acerca do seu problema e das abordagens de tratamento e seus ganhos e procurou estabelecer-se uma relação terapêutica. O doente demonstra uma grande preocupação com a sua problemática acreditando que o problema é mais pessoal que conjugal. Neste sentido foi desenvolvida uma psicoeducação acerca da DE e explicada, sobretudo, o carácter dual deste problema. **D³³** apresentou-se sozinho sendo que,

devido ao explicado, lhe foi dito para se fazer acompanhar da sua esposa nas consultas seguintes (o que sempre aconteceu).

Na segunda consulta, em que se apresentou com a sua esposa, foi debatido com a esposa e com o doente a problemática sexual que os traz à consulta e iniciada uma psicoeducação para ambos os elementos do casal. A esposa mostra-se disponível para responder às questões e para o tratamento e céptica quando é abordada a temática dos preliminares (especialmente a masturbação e visionamento de filmes eróticos).

A terceira sessão foi dedicada à recolha de dados adicionais importantes que constam de uma entrevista para avaliação da disfunção sexual (adaptado e traduzido de Wilson, Spence & Kavanagh, 1995, pp. 126) de forma ao problema ser mais facilmente percebido e delineada uma estratégia de intervenção.

As sessões seguintes (4ª a 6ª) destinaram-se à intervenção. Na 4ª sessão foi solicitado ao casal para não levar a cabo, na semana seguinte, qualquer tipo de penetração e que se dedicassem, fundamentalmente aos preliminares. Paralelamente iniciou-se uma reestruturação cognitiva com o objectivo do doente flexibilizar algumas das suas características como o facto de se avaliar tendo em conta o seu desempenho sexual. **D³³** foi encorajado a realizar tarefas de mestria e prazer de forma a manter-se ocupado (uma vez que é reformado) (este refere gostar de tratar da horta, o que foi encorajado).

Na sessão seguinte o doente e a esposa referem que o facto de se manter ocupado faz com que pense menos em sexo ao que o doente acrescenta “*faço muito esforço* (para não pensar em sexo)” (sic). Quanto aos preliminares **D³³** refere ter feito “*um frete*” (sic) referindo que não se envolveu nesse acto sexual. Foram aconselhados a não pensar no coito como objectivo final do coito mas antes a tirar partido de todas as actividades sexuais discutidas na consulta. Se, depois de alcançada esta meta, o desejassem foi sugerida a penetração.

Na 6ª sessão referem ter sido capazes de tirar prazer dos preliminares e de levar a cabo uma relação sexual satisfatória embora não como o doente refere querer. Neste sentido foi discutido com o casal que as mudanças deverão ser graduais.

A última sessão, por necessidade do serviço, foi de *follow-up* tendo sido avaliados os ganhos da terapia (o doente refere existirem ganhos porém diz não estar satisfeito). Nesta sessão preparou-se o casal para a prevenção de recaídas e para a alta terapêutica.

Este doente parece apresentar um quadro de DE uma vez que apresenta:

- ✘ Incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter uma adequada erecção até completar a actividade sexual;

- ✘ A perturbação causa acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal;
- ✘ A DE não se explica melhor por outra perturbação do Eixo I (excepto outra disfunção sexual) e não é devida exclusivamente aos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou um estado físico geral.

Este quadro parece ter sido precipitado após a cirurgia que realizou ao prepúcio após a qual absteve-se, durante um mês, de praticar sexo. Nessa altura, também, a sua esposa mostrava-se menos disponível para o sexo por ter, na sua casa, os pais adoentado a quem prestava cuidados. Quando iniciavam relações sexuais a esposa referia “*vê-se te despachas*” (sic) o que parecia reduzir o entusiasmo e o apetite sexual de D³³. Pouco tempo mais tarde, os sogros do doente falecem e a sua esposa mostra uma redução marcada no apetite sexual, o que o frustra.

D³³ é um homem que sempre atribuiu uma grande importância ao sexo referindo “*um homem sem sexo é como uma árvore seca*” (sic). Este facto parece demonstrar que o doente dá extrema importância à virilidade acreditando estar diminuído por não ser capaz de atingir uma erecção, assim como de ter e obter prazer sexual. Assim, e devido à sua DE, parece ter desenvolvido um esquema de fracasso segundo o qual se avalia como incapaz de ter um desempenho tão eficaz como os seus pares no que concerne ao sexo.

Este seu esquema de fracasso, as suas crenças e os constantes pensamentos acerca de sexo “*os pensamentos sobre sexo vêm-me à cabeça 50 vezes ao dia*” (sic) podem estar a contribuir para a manutenção desta problemática.

Sugestão terapêutica: a manutenção do acompanhamento a este paciente seria de extrema importância uma vez que mostrava melhoras significativas na sua sintomatologia, contudo não foi possível assegurar esta intervenção ao doente.

3.5 Considerações Finais

Para o acompanhamento deste doente assumi quase toda a responsabilidade pois eu pedi aquele caso de disfunção erétil que iria ficar sem intervenção psicológica. Pedi o caso porque aquele era um caso diferente da grande maioria dos casos que apanhamos (humor, ansiedade e perturbações de personalidade) e achei que poderia pôr em prática os conhecimentos que tinha adquirido no ano anterior quando, com uma colega, me propus investigar as perturbações sexuais.

Marquei aquela que viria a ser a primeira consulta de acordo com a minha agenda e fui pesquisar o que se fazia com perturbações sexuais (tinha de lembrar a

informação). Quando fui confrontada com o doente na sala de espera (a secretária disse que o Sr. já tinha chegado) fiquei assustada, o senhor tinha o cabelo completamente branco assim como o seu bigode. Fui chamá-lo e entrámos para a sala onde foi discutido o problema assim como a necessidade da sua esposa estar presente nas consultas.

O inicial desconforto passou com a mesma velocidade com que o casal se apresentou na consulta seguinte (cerca de uma semana depois). Nestas consultas com o casal foram discutidos aspectos da sua sexualidade sobre os quais não mostravam reservas em falar, se bem que pareciam algo desconfortáveis com o relato de certos eventos.

Este casal estava na casa dos 50 anos e achei interessante poder verificar a forma como a sexualidade é encarada para eles: o homem terá necessidades de satisfazer os seus impulsos e a esposa deverá, apenas, ceder a essa necessidade do marido. Nunca, em nenhuma das consultas, ficou presente que a esposa teria necessidades sexuais e vontade de as satisfazer. Esta, por sua vez, refere que não é à mulher que compete ter a iniciativa para levarem a cabo uma interacção sexual. Este facto parecia desiludir o paciente que, de acordo com o seu relato, gostaria que a sua esposa “*tomasse a iniciativa*” (sic).

Em suma, este caso revelou-se uma oportunidade única de aprendizagem pois consegui controlar um desconforto inicial pela problemática agravado pelo facto do paciente ter alguma idade e aparentar mais ainda. Paralelamente, pude lidar com o caso de perturbação sexual e ver como, de facto, se avaliam esses aspectos e como se pode intervir e, mais importante ainda, que as técnicas resultam mesmo.

A avaliação é um processo de extrema importância uma vez que é nesta fase que se traçam diagnósticos e que se estabelece uma linha condutora para a intervenção e acções a levar a cabo. Uma correcta avaliação será fundamental para uma eficaz intervenção e para resultados terapêuticos satisfatórios.

Este processo é dinâmico sendo que não ficou concluída nas primeiras sessões, uma vez que se foi recolhendo informação de forma directa e indirecta durante a fase dita de intervenção. Se assim não fosse alguns diagnósticos traçados não corresponderiam à verdade e a intervenção revelar-se-ia infrutífera.

Nos dois primeiros doentes as medidas estandardizadas de recolha de informação foram os questionários, no último doente recolheu-se a uma entrevista estruturada para avaliação das perturbações sexuais. A observação e a entrevista não-estruturada foram recurso frequente nestas avaliações.

INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA: ESTUDOS DE CASO

1. Estudo de Caso: adulto do sexo feminino com Perturbação de Pânico

1.1 Informação Clínica do Doente

Esta paciente, **D**²⁶, é do sexo feminino, casada, tem 44 anos, é cabeleireira (possui o seu próprio salão onde trabalha sozinha), reside na Guarda e tem 2 filhos, uma rapariga com 22 anos e um rapaz com 8. O marido tem 46 anos e é empregado têxtil.

A doente relata “*não tive uma infância nem uma adolescência feliz*”. Refere, ainda, “*toda a vida fui muito energética, de controlar tudo e muito independente, nunca tive medo de nada*” (sic).

A paciente refere ser cabeleireira há 25 anos e que “*cheguei a ter duas funcionárias*” (sic) mas que “*há nove anos que trabalho sozinha*” (sic).

A paciente refere ser muito perfeccionista relatando “*não uso a esfregona, ando de joelhos com um pano a limpar todos os cantinhos*” (sic) sendo que muitas clientes já lhe elogiaram a limpeza exímia do seu salão acrescentando que nunca viram um cabeleireiro sempre tão limpo e arrumado, o que deixa a paciente bastante satisfeita e feliz.

Refere que na infância “*era gorda*” (sic) e “*a minha mãe batia-me para comer*” (sic).

A paciente apresenta-se à consulta vestida de preto e acompanhada do marido. Parece consciente e orientada no tempo e no espaço, auto e alo psiquicamente. Tem expressões de afecto para com o marido um pouco exageradas (pega na mão do marido para falar e abraça-o durante a consulta). Apresenta, por vezes, alguma circunstancialidade no seu discurso. Não demonstra alterações da percepção, memória, humor e pensamento. O seu *insight* e julgamento parecem adequados.

A doente foi encaminhada pela reumatologista para o médico de família que a medicou durante 2 meses tendo, depois, sido orientada para a consulta de psiquiatria. Vem encaminhada pelo psiquiatra assistente devido a sintomatologia ansiosa, mais especificamente, devido a “*ataques de pânico*” (sic), referindo, ainda, “*eu venho aqui só para procurar ajuda*” (sic).

D²⁶ demonstra preocupação com o peso e forma corporal “*todos os 8 dias me peso*” (sic) tendo um peso a rondar os 47,5 kg. Quando o seu peso sofre algum aumento a doente fica preocupada. Refere evitar comer chocolate sendo que, quando o faz, mastiga e não o deglute deitando-o fora por receio de engordar “*se o engolissem ficava com muita raiva de mim, e a seguir tenho de vomitar, é a vontade que tenho (mas nunca cheguei a vomitar)*” (sic). Acrescenta que teve acne até aos 30 anos e que evita, também, a ingestão de chocolate por

recear que o acne volte a aparecer. Diz, ainda, fazer uma alimentação rica em legumes e fruta o que é encarado como prazer “*gosto de comer isso*” (sic) e não sacrifício.

Encontra-se a tomar *Alprazolam*, *Triticum*[®], *Dumirox*[®] e *Anticortex*. Esta paciente refere apresentar ataques de pânico dizendo que “*no espaço de 2 semanas tive 2 ataques de pânico, mas com menor intensidade e mais curtos*”(sic) (comparativamente aos ataques de pânico iniciais).

Refere a ocorrência de um ataque de pânico durante o seu trabalho, no salão de cabeleireiro que possui, quando lavava a cabeça a uma cliente referindo “*só de olhar para a água tive um ataque de pânico, senti o coração a bater e sufoco, dá vontade de saltar pela janela*” (sic) e acrescenta que “*a sensação que se tem é que se vai ficar sem ar e se vai morrer*” (sic), sentido necessidade de “*bater em qualquer coisa com força*” (sic) pois “*parece que me alivia*” (sic). O primeiro ataque de pânico que experienciou foi inesperado e, posteriormente, recebeu a ocorrência de novos ataques.

Durante os ataques de pânico refere sentir “*medo que aquele não pare e venha outro*” (sic). Estes ataques de pânico tinham a duração inicial de 15 a 20 minutos. O último ataque de pânico que experienciou foi no dia anterior à consulta decorrente de um atraso a um compromisso referindo que foi motivado por “*medo de não chegar a tempo*” (sic).

A primeira sensação dos ataques de pânico desta doente é “*boca seca*” (sic) pensando “*já aí vem (um ataque de pânico)*” (sic). Posteriormente relata ter a “*sensação do coração a bater*” (sic), ficando depois muito cansada. Acrescenta que “*se estiver sozinha é quando me acontece mais (ter um ataque de pânico)*” (sic).

Quando ansiosa apresenta a seguinte sintomatologia: aperto no estômago, tremores, sudorese, taquicardia, taquipneia e sensação de sufoco.

A paciente diz não ter pensamentos acerca de morte iminente (“*eu ontem pensei que ia morrer disto*” (sic)) com tanta frequência quando apresenta esta sintomatologia vegetativa e acrescenta que nestas situações “*tento arranjar formas de me distrair*” (sic). Acrescenta “*estamos sempre com medo que aconteça algo de mal aos nossos, e desde que foi diagnosticado aquilo (neoplasia cerebral) ao meu marido pior*” (sic).

D²⁶, em relação a esta sua condição clínica, refere “*irrita-me porque eu não sou assim, eu não quero ficar assim*” (sic), “*irrita-me profundamente eu, que era tão forte, não controlar isto, é uns nervos!*” (sic) e “*o que me tortura é pensar: eu não era assim, eu não era assim!*”(sic) referindo ter sentimento de “*revolta, se pudesse batia-me, fazia qualquer coisa para me magoar porque irrita-me isto!*” (sic). Acrescenta, ainda, “*o que me chateia é que*

tenho tudo, tenho um bom marido, bons filhos, um cabeleireiro, boas clientes, amigas e não estou bem, é irritante!” (sic).

Refere ter deixado de realizar determinadas actividades como medo de não as concluir eficazmente patente quando verbaliza que durante o verão *“rezava para que não aparecesse uma noiva para pentear, o que aparecesse um trabalho que tinha medo de não fazer bem”* (sic). Acrescenta a presença de lentificação psicomotora uma vez que revela *“em casa estou mais lenta”* (sic).

D²⁶ relata que evita locais com muita gente verbalizando *“locais com muita gente, nem pensar”* (sic) e que quando vai à igreja *“quando está muita gente fico à porta porque se acontecer alguma coisa fujo”* (sic).

A paciente acrescenta ter medo de conduzir na auto-estrada *“não consigo conduzir na auto-estrada, tenho medo de ir bater nos separadores de betão, estou-me sempre a ver bater contra os separadores”* (sic) acabando por optar por conduzir nas estradas nacionais.

D²⁶ diz que o seu marido é muito pontual e que isso, por vezes lhe gera ansiedade *“fico em stress”* (sic).

Em relação ao dia da consulta diz *“hoje levantei-me toda a tremer só por pensar que vinha para aqui”* (sic).

D²⁶, na tentativa de minorar a sua ansiedade e desconforto recorreu ao *Reiki*, referindo sentir-se mais calma com esses exercícios. A sua família, de acordo com a doente, não concorda com estas estratégias de diminuir a ansiedade o que gera, com alguma frequência, discussões e sentimentos de tristeza e incompreensão. Aliado a este facto, **D²⁶** mostra dificuldade em perceber perspectivas e opiniões diferentes das suas.

Quando a filha mais velha saiu de casa para ir estudar para a Covilhã *“custou a separação”* (sic), referindo que nessa altura *“discutíamos (ela e a filha) muito”* (sic). Acrescenta que nesta altura *“deixei de dormir e tomei uma temporada Alprazolam”* (sic).

Há um ano atrás foi diagnosticado ao seu marido uma neoplasia cerebral, *“disseram-me: o seu marido tem um tumor na cabeça e isso mexeu comigo de uma maneira...”* (sic). O marido de **D²⁶** acrescenta que *“ao lermos no relatório: tem um tumor na hipófise com 2,5 centímetros associámos a morte”* (sic). O sogro da paciente faleceu devido a um carcinoma e esta crê que o seu marido teme que tal lhe venha acontecer e refere *“tento tirar-lhe isso da cabeça, nem que eu me prejudique”* (sic). **D²⁶** justifica a sua ansiedade perante esta informação pelo facto do seu marido ser, para si, *“meu amigo, meu amante, meu tudo, não*

posso imaginar a minha vida sem ele” (sic). Esta condição clínica do marido revelou-se inócua uma vez que foram informados da ausência de perigo e que existia tratamento.

Após este acontecimento a paciente refere que em Maio *“já não me andava a sentir bem”* (sic) e que em Junho *“não tinha vontade de trabalhar”* (sic). Em Agosto foi de férias com o marido e filhos, 15 dias, *“mas era como se lá não estivesse”* (sic). Quando voltaram de férias relata que *“não preguei olho durante 4 dias”* (sic).

1.2 Enquadramento Teórico

Para intervir neste quadro clínico pode recorrer-se a técnicas cognitivas e comportamentais sendo frequente recorrer-se a Reestruturação Cognitiva. Esta técnica tem como objectivo a modificação das crenças disfuncionais, pensamentos automáticos negativos e comportamentos associados ao medo das sensações corporais e consequentemente a sua substituição por outros alternativos. Por outras palavras, pretende-se reestruturar o significado que o paciente atribui às suas sensações corporais, desconfirmando as suas crenças e encontrando em conjunto com ele auto-verbalizações alternativas mais adequadas (Beamish, Granello & Belcastro, 2002).

Antes de mais importa que o paciente conheça a relação entre pensar, sentir e comportar. O paciente deve ser encorajado a considerar a evidência das suas cognições e a encontrar possibilidades alternativas (Beamish, Granello & Belcastro, 2002; Levitt, Hoffman, Grisham & Barlow, 2001).

De seguida deve ser feita uma análise do conteúdo dos pensamentos no que diz respeito à sua validade e probabilidade do acontecimento temido (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004), ou seja, as estratégias referidas de seguida devem ajudar o doente a reconhecer os conteúdos dos seus pensamentos e a avaliar a sua eficácia (Rayburn & Otto, 2003).

A descatastrofização é também ela fundamental nesta secção, devendo ser demonstrado ao doente que não existe utilidade em ficar o dia todo a pensar ou antecipar algo que não pode evitar, por exemplo a morte (Clark, 1987). Assim o doente alcança a ideia de que os pensamentos catastróficos para além de não terem utilidade nenhuma, contribuem para aumentar a sua ansiedade e consequentemente produzir um ataque de pânico (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). Devem ser sugeridas e trabalhadas formas alternativas de pensar as sensações e avaliar as situações, sendo que elas devem ser sugeridas pelo próprio paciente (Ricketts & Donohoe, 2000).

Estas metas podem ser atingidas mediante:

- Confrontação verbal dos pensamentos automáticos

(diálogo socrático, análise lógica, teste de hipóteses, formulação de pontos de vista alternativos e lidar com as consequências)

1. “Que indícios tenho para este pensamento?”
2. “Em que se baseia para pensar isso?”
3. “Há alguma forma alternativa de ver esta situação?”
4. “Como pensaria outra pessoa a respeito da situação?” (como outra pessoa analisaria a situação)
5. “Os seus pensamentos baseiam-se naquilo que sentiu ou naquilo que fez?” (a forma como se comportam de facto é adequada embora o doente não a veja assim)
6. “Não estará a concentrar-se demasiado em factos irrelevante e a esquecer outros importantes?” (desempenhos bem sucedidos)
7. “Está a pensar em termos de tudo ou nada?” (avaliação de si e dos acontecimentos em extremos – pensamento dicotómico)
8. “Qual a probabilidade de isto acontecer?”
9. “E se acontecer, o que pode de pior acontecer?” (analisar detalhadamente as implicações de um determinado acontecimento promove a ideia de que se acontecer de facto será menos desastroso do que o previsto e/ou de ocorrência menos provável)
10. “Como acha que serão as coisas daqui a 3 anos?” (perspectiva e preparação para o futuro).

- Registo de Auto-Monitorização (RAM) com preenchimento da coluna para pensamentos racionais alternativos.

Os RAM devem ser trabalhados em consulta com o doente pelo menos nesta secção, devendo ser dada continuidade mas pelo doente em casa, até porque eles são boa fonte de avaliação do progresso do processo terapêutico, para além de recurso avaliativo do próprio doente e forma de intervenção também.

Neste sentido, o doente é instruído para monitorizar continuamente as crises de pânico, registar as cognições ansiógenas e agora nesta fase registar também pelo menos um pensamento alternativo para cada pensamento automático negativo (Gorman *et al.*, 1998; Goldberg, 1998; APA, 1998). A utilidade e necessidade dos registos foi previamente exposta ao doente na fase psicoeducativa.

▪ Testes de Exposição Interoceptiva e Intenção Paradoxal

A reestruturação cognitiva é tanto mais eficaz quanto mais ela acontecer num contexto com elevados níveis de ansiedade, para isso deve ser obtido o consentimento do doente para tentar induzir ataques de pânico em consulta (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Goldberg, 1998). O recurso às técnicas interoceptivas torna mais efectiva toda a reestruturação cognitiva (Dattillio, 2001).

O principal objectivo no tratamento do pânico é modificar as interpretações catastróficas que o paciente faz das sensações corporais que experiencia durante os ataques de pânico, pela constatação de que não aconteceu o que realmente pensa (Hoffman & Spigel, 1999).

Assim, surge aqui a possibilidade de recorrer aos exercícios comportamentais tais como os testes de exposição interoceptiva, como forma de exercitar cognições e trabalhar alternativas enquanto se está ansioso, reduzindo assim a crença acerca da perigosidade dos sintomas (Rickets & Donohoe, 2000; Beamish, Granello & Belcastro, 2002).

Trata-se essencialmente de testar a validade dos pensamentos negativos e com isso podemos estar a recorrer talvez à forma mais eficaz de alterar crenças na PP (Clark, 1997).

É importante instruir o paciente previamente para se focar nas sensações corporais produzidas pelos exercícios (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

De acordo com os mesmos autores, estes testes consistem em:

1. Hiperventilar (respiração rápida) durante 2 minutos, ou;
2. Abanar a cabeça rapidamente de um lado para o outro, ou;
3. Olhar fixamente para uma luz fluorescente durante 1 minuto, ou;
4. Fazer tensão em todos os músculos enquanto se está sentado numa cadeira.

De seguida é pedido ao paciente que avalie a intensidade das sensações, que elabore uma lista de pensamentos ou imagens que surgiram no decorrer dos exercícios e dizer se teve ou não uma crise de pânico. Nesta fase o terapeuta deve avaliar se existe ou não algum tipo de evitamento das sensações que o exercício provoca. É necessário fazer constatar ao doente que a probabilidade da hiperventilação ter um papel fundamental no desenvolvimento do ataque de pânico é grande e mostrar com isto a necessidade de reavaliar o significado dos seus sintomas do controlo da respiração (Clark, 1997; Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004). Assim o doente verifica que nada que receou que ameaçasse a sua sobrevivência, aconteceu (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

- Role-Play

Podem utilizar-se as representações de papéis para analisar como paciente a forma como lidou com a situação simulada em consulta. Em conjunto, terapeuta e paciente sugerem alternativas que são depois praticadas pelo doente (Clark, 1997). Inicialmente isto é feito em gabinete, mais tarde será feito *in vivo* (sessão 11).

Baseando-me na hipótese de que a respiração rápida (hiperventilação) faz diminuir os níveis de dióxido de carbono no sangue e conseqüentemente induz sintomas semelhantes aos dos ataques de pânico (sessões anteriores), há necessidade de trabalhar uma respiração controlada em consulta e como exercício de casa - treino de controlo respiratório (Clark, 1997, Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Bushnell, 1998; Rickets & Donohoe, 2000; Gorman *et al.*, 1998; Meuret, Wilhelm & Roth, 2004; Beamish, Granello & Belcastro, 2002; Levitt, Hoffman, Grisham & Barlow, 2001; APA, 1998).

O objectivo destas sessões é ensinar ao doente um padrão respiratório oposto ao da hiperventilação.

Uma das estratégias efectivas para colmatar a hiperventilação é a respiração diafragmática, a qual restaura os níveis de dióxido de carbono no sangue e combate a três dimensões da resposta ansiogénica (triplo sistema de resposta) (Bushnell, 1998). A respiração diafragmática consiste no oposto da hiperventilação, ou seja, é uma respiração lenta e profunda. O terapeuta deve servir de modelo para ensinar a estratégia e deve informar sobre a necessidade de a mesma ser trabalhada em casa. Para iniciar o treino pode fazer-se recurso à respiração para um saco de papel cujo efeito é nivelar os níveis de dióxido de carbono (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Levitt, Hoffman, Grisham & Barlow, 2001).

De salientar que é necessário cautela com esta técnica no sentido de verificar se é demasiado usada e como forma de comportamento de segurança por parte do doente (Rickets & Donohoe, 2000).

As vantagens do treino de controlo de respiração passam pela sua simplicidade, o que permite fazer uso sem dificuldade e a possibilidade da sua utilização em qualquer situação, até porque a sua acção de diminuição da intensidade das sensações corporais é muito rápida (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

Estes doentes beneficiam de técnicas de exposição cujo principal objectivo é eliminar os comportamentos de evitamento e de segurança do paciente. Neste sentido, deve utilizar-se não só a exposição a estímulos externos e situacionais (exposição *in vivo*) como também a

estímulos internos tais como as sensações corporais e cognitivas (exposição em imaginação, exposição interoceptiva) (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Rickets & Donohoe, 2000; Gorman *et al.*, 1998; Rayburn & Otto, 2003, DiFillippo & Overholser, 1999).

A exposição para intervir sobre o pânico é geralmente interoceptiva, enquanto para combater a agorafobia ela pode ser tanto interoceptiva como ambiental, sendo que a interoceptiva é tipicamente conduzida em gabinete e depois praticada pelo doente em sua casa e em situações realistas (Gorman *et al.*, 1998).

A exposição aqui proposta será a interoceptiva, a qual é composta por três passos essenciais: apresentação do racional ao doente, construção da hierarquia e indução dos sintomas (Beamish, Granello & Belcastro, 2002; Hoffman & Spiegel, 1999; APA, 1998). Logo que o paciente demonstre capacidade para lidar com os sintomas físicos e cognitivos provocados, é sugerido que pratique o mesmo exercício em casa (Beamish, Granello & Belcastro, 2002).

Deve ser indicado ao paciente que, para que não percepcione as crises de pânico como perigosas, é necessário passar por esta experiência e que não constatou isso antes porque não dispunha de tanta informação como dispõe neste momento (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

Deve ser construída, com o doente, uma hierarquia de situações menos temidas até às mais ansiógenas, para que a exposição seja gradual. Esta deve constituir-se como um recurso repetido para que a ansiedade à situação seja efectivamente eliminada; e deve ser, simultaneamente, prolongada (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Gorman *et al.*, 1998; Rayburn & Otto, 2003; DiFillippo & Overholser, 1999).

Faz-se então recurso a uma exposição sistemática e gradual para que o paciente constate que pode ter controlo sobre os ataques, que estes não são perigosos como os sentia devido à interpretação catastrófica que fazia das sensações corporais (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

Com este tipo de intervenção o doente ultrapassará gradualmente os evitamentos agorafóbicos e constatará que os locais e circunstâncias anteriormente temidos são seguros (Rayburn & Otto, 2003, Beamish, Granello & Belcastro, 2002).

O relaxamento pode ser uma técnica útil para mostrar ao doente que ele é capaz de ter controlo sobre os sintomas (Massimo-Biondi & Picardi, 2003; Overholser, 1990 cit. por DiFillippo & Overholser, 1999).

Uma sugestão para esta sessão é construir com o paciente uma lista com uma hierarquia

de actividades prazerosas e relaxantes e fazer com isto um planeamento do seu dia-a-dia. O objectivo é proporcionar mais uma ferramenta ao doente para lidar, no presente e no futuro, com situações geradoras de ansiedade.

Não é aqui proposto um treino estruturado de relaxamento porque este tem contra-indicações no tratamento do pânico, podendo suscitar respostas paradoxais, nomeadamente o aumento da *auto-focus* implícita no relaxamento (Kiselica & Baker, 1992 cit. por Dattillio, 2001).

Pela importância dos mecanismos de atenção na PP (hipervigilância, *auto-focus*, atenção selectiva, consciência corporal, sobrestimação dos aspectos internos e subestimação de aspectos externos), torna-se pertinente trabalhar a capacidade e controlo da focalização da atenção (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

O objectivo destas técnicas é ensinar ao doente a focar a atenção em objectos ou aspectos da situação em que está afastando-a das sensações corporais e pensamentos, imagens de catástrofe iminente. Estas técnicas podem aplicar-se tanto às sensações corporais como aos pensamentos catastróficos (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

Assim, o doente é instruído para quando notar o início das sensações corporais ou pensamentos catastróficos recorrer a estratégias como:

1. Externalização Simples – distração através da simples descrição pormenorizada de algum estímulo do lugar ou indivíduo com quem está (*eg.* se estiver a conversar com alguém procurar focalizar-se numa característica física da pessoa, como a cor dos olhos);
2. Exercícios Mentais – iniciar alguma actividade mental que requeira bastante atenção por parte do sujeito (*eg.* contar de 3 em 3 por ordem decrescente a partir de 100);
3. Actividades Absorventes – actividades quotidianas que requeiram atenção (*eg.* conversar com alguém, ler um livro)

É importante debater com o doente as vantagens e utilidade daqueles exercícios, sendo que, ao recorrer a um foco externo, diminui a atenção das sensações corporais pois desvia a atenção para outros estímulos e diminui a consciência das sensações físicas.

Na fase final de um processo terapêutico para além de verificar se a aprendizagem das

estratégias foi efectiva, é muito importante preparar o paciente para o fim da terapia para prevenir recaídas (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004; Rayburn & Otto, 2003; DiFillippo & Overholser, 1999; Dattillio, 2001).

Nestas sessões mais espaçadas entre elas pretende-se averiguar a manutenção da mudança e identificar e debater estratégias para lidar com potenciais áreas problemáticas futuras. Através do recurso a role-play é possível verificar as respostas racionais que o doente dá às situações simuladas, podendo o terapeuta contesta-las no sentido do doente contra-argumentar com mais respostas alternativas. Outra estratégia é pedir ao paciente que elabore uma lista de tudo o que aprendeu durante a terapia e um plano para lidar com quaisquer episódios futuros de ansiedade.

Em suma, é pertinente nesta fase chamar atenção ao doente para a possibilidade de poder vir a ter crises de pânico futuramente e salientar quais os factores que desencadeiam crises e como actuar face a eles (Gouveia, Carvalho & Fonseca, 2004).

Seria adequado estabelecer com o paciente pelo menos três sessões de *follow-up* no sentido de avaliar existência de dificuldades ou possíveis recaídas, assim como avaliar a eficácia do tratamento.

1.3 Intervenção Realizada

Esta doente foi acompanhada durante 5 consultas no período compreendido entre 12 de Dezembro de 2007 e 21 de Abril de 2008. Com esta doente iniciou-se a intervenção na segunda consulta (logo após a conceptualização do quadro, possível através da informação da primeira consulta). a intervenção nesta doente teve como base técnicas cognitivo-comportamentais. Desta forma, recorreu-se a técnicas como psicoeducação, resolução de problemas e reestruturação cognitiva, mais especificamente Terapia Focada nos Esquemas. Foi inserida uma técnicas das terapias evolucionistas, a desfusão, para lidar com a emoção raiva.

No que respeita a psicoeducação, foi explicado à doente o que era a Perturbação de Pânico assim como os possíveis factores de manutenção para que doente perceba o que está a manter o quadro e se envolva na terapia percebendo quais os pressupostos das técnicas utilizadas. Foi explicado que a ansiedade e a tensão eram problemas normais e que todas as pessoas experimentam estas sensações. Aliás, estas alterações que experienciamos no nosso corpo e no nosso pensamento são, muitas vezes, adaptativas e visam proteger o nosso organismo de situações de perigo que possam atentar a nossa vida. Esta percepção de perigo ou ameaça, que prepara o nosso corpo para lutar ou

fugir, leva a que o nosso corpo acelere e sintamos, por exemplo, aumento do ritmo cardíaco, respiração acelerada, ruborização, entre outros. Por vezes, e é nessas circunstâncias que um quadro patológico surge, o organismo “dispara” quando não existe um perigo, de facto, mas o percebe-o. Nestes casos, como acontece com esta doente, surge a patologia e a consequente necessidade de intervenção por existir mal-estar e prejuízo significativo no funcionamento.

O pânico pareceu estar a entrar em remissão, tendo existido alguns ataques de pânico e alguma agorafobia. Como esta sintomatologia panicogénica estava menos acentuada pareceu essencial intervir no que estaria (em suposição) na base desta ansiedade: os esquemas. Nesta doente identificaram-se quatro esquemas: *vulnerabilidade ao mal e à doença, medo de perder o controlo, padrões excessivos e abandono/perda.*

Para se intervir nos esquemas, que de acordo com Beck (1976, cit. por Leahy, 2006) estão na base de qualquer perturbação, recorreu-se à Terapia Focada no Esquemas. Assim, foi explicado à doente o que são esquemas e qual a sua importância na manutenção do quadro clínico e de determinadas características disfuncionais da sua personalidade. A doente foi informada que os esquemas são compensados e evitados para que se mantenham e permaneçam no tempo. Foi explicado que aquilo que pensamentos tem elevada influência no nosso comportamento e nos nossos sentimentos. Assim, quando a doente percebe que não teve um desempenho seguindo elevados parâmetros de realização, critica-se e sente raiva. De forma a elucidar os esquemas cognitivos na base de disfunções no seu comportamento recorreu-se à técnica de flecha descendente. Assim, para se verificar a existência de um esquema de medo de perder o controlo, iniciamos a flecha descendente abordando a temática do peso e forma corporal. A doente referia que não comia chocolate ao que se questionou o porquê desse comportamento e que, se o fizesse, o que isso significaria. A paciente refere que iria engordar, ficar horrível e com raiva de si e queria comer mais e iria engordar mais. Este facto denuncia o medo de perder o controlo e o seu recurso a uma estratégia de evitamento de esquema (evita comer chocolate para não comer mais e, consequentemente, engordar e sentir raiva de si). A partir deste exercício a paciente foi capaz de, ela própria, “descobrir” e identificar os outros esquemas inerentes ao seu padrão de funcionamento.

Para se contestar os esquemas desta doente inicia-se uma distinção entre pensamentos e factos para que a doente perceba que aquilo que se pensa não

corresponde, obrigatoriamente, aos factos. Paralelamente quantificou-se o grau em que acredita em cada esquema e possíveis pensamentos alternativos. Assim, avalia-se a disfunção (o terapeuta e o paciente) dos esquemas havendo a possibilidade de se criarem alternativos para que possam reger comportamentos futuros. Esta doente mostrou-se extremamente rígida e de difícil produção de ganhos positivos com esta técnica.

A doente mostrou-se fóbica no que respeita a condução, considera que esta actividade poderá ser perigosa para si e para os outros. O evitamento que realiza, ao conduzir apenas nas estradas nacionais e somente em caso de necessidade, importava sofrer intervenção. Neste sentido, foram discutidas os possíveis acontecimentos no caso desta conduzir na auto-estrada: bater no separador, ter um acidente, magoar alguém (consequências negativas), conduzir a uma velocidade adequada, chegar sem quaisquer danos ao destino, apresentar uma condução correcta e segura (consequências positivas). Após terem sido discutidas estas possíveis consequências foram debatidas as evidências de que iria bater no separador central quando conduzisse na auto-estrada ao que a paciente referir não existirem. Posto isto, e após se ter acordado tentar conduzir na auto-estrada, tenta-se uma resolução de problemas (não tão estruturada como a referida na literatura). Assim, definido o problema (medo de conduzir) criam-se alternativas para essa problemática (deixar de conduzir): andar de transportes públicos; o marido faltar ao trabalho para a acompanhar; ir a pé; faltar às consultas; conduzir. Discutidas estas alternativas a doente decide tentar conduzir. Este comportamento não sofre aproximações sucessivas sendo que a doente, na consulta seguinte, refere ter vindo sozinha e a conduzir na auto-estrada onde diz ter tido um desempenho bastante satisfatório (verificação e implementação positiva).

Como esta paciente mostra a emoção de raiva frequentemente achou-se importante intervir nesta emoção. Desta feita, explicou-se que a raiva é uma emoção natural do ser humano e que esta surge com mais frequência em sujeitos com altas expectativas (o que é consistente com **D**²⁶ que mostra ser perfeccionista). Se a doente aprender a identificar os despoletadores desta emoção e se a conseguir controlar atempadamente, esta será reduzida e o seu comportamento e atitudes serão mais adequadas e menos *stressantes*. Neste âmbito ensinou-se à doente a técnica de desfusão (das teorias evolucionistas) solicitando à doente que escolhesse uma música e que aplicasse, nessa melodia, uma frase muito frequente no seu discurso *tenho raiva de mim*. A doente escolheu a música dos parabéns e cantou. Esta estratégia leva a que uma

sensação desagradável (ter raiva de si) seja associada a uma emoção positiva, através da música, perdendo a sua carga negativa e indutora de ansiedade e mal-estar resultante do seu auto-criticismo (a doente parece sentir raiva quando algo não ocorre como desejaria – tendo inerente o seu perfeccionismo – criticando-se).

Sugestão terapêutica: esta doente, que parece possuir padrões de funcionamento disfuncionais, necessitaria de mais intervenção de forma a flexibilizar certos padrões de pensamento e de comportamento.

1.4 Discussão do Caso

D²⁶ esteve presente em 5 sessões terapêuticas no período compreendido entre 12 de Dezembro de 2007 e 21 de Abril de 2008. Na primeira sessão fez-se acompanhar do marido e mostrou-se bastante prostrada e preocupada com a sua sintomatologia ansiosa. Nesta fase, a terapia foi de ventilação emocional havendo, ainda, a preocupação de se estabelecer uma relação empática de confiança.

As duas consultas seguintes (2^a e 3^a) foram dedicadas a psicoeducação acerca da Perturbação de Pânico (PP) de forma a descatastrofizar os pensamentos acerca da perigosidade dos sintomas ansiógenos. Foram ensinados exercícios de desfusão de forma a diminuir emoções negativas, como a raiva, que diz sentir de si própria com frequência. Também se introduziu a técnica de resolução de problemas para que a doente seja capaz de lidar com a sua dificuldade em conduzir em auto-estradas.

Na consulta seguinte refere sentir-se melhor, embora “*não me sinto ainda como eu era*” (sic). Acrescenta que, vindo para a consulta, foi capaz de conduzir na auto-estrada “*acho que fiz uma excelente condução*” (sic). Este seu comportamento parece ter sido planeado “*mentalizei-me que tenho de ir para a auto-estrada*” (sic) acrescentado que esta decisão implicou uma reflexão pelo período de uma semana (de acordo com o relato subjectivo). O facto de ter atingido uma meta que planeava gerou na doente sentimentos de felicidade “*já me sinto feliz por fazer isso*” (sic). No que respeita os ataques de pânico diz “*já há muito tempo que não tenho*” (sic).

A 5^a sessão destinou-se a reestruturação cognitiva para que a doente flexibilize alguns traços obsessivos que parece possuir. Esta doente mostra-se resistente à confrontação e disputa racional. Parece existir, ainda, uma dificuldade em ser empática pois parece ter dificuldade em perceber que possa existir uma perspectiva diferente da sua.

Esta doente, casada e com 44 anos, parece apresentar um quadro de PP por cumprir os seguintes critérios:

Estes sintomas podem ser devidos a uma perturbação de pânico com agorafobia uma vez que, e de acordo com o DSM-IV-TR:

- ✘ parece apresentar ataques de pânico inesperados (esta sintomatologia emerge, aparentemente, sem motivo aparente);
- ✘ os ataques são seguidos de preocupação acerca da possibilidade de ocorrência de novo ataque e preocupação acerca das implicações de um novo ataque pois a paciente receia as suas implicações, tendo medo de ter um ataque cardíaco e medo de morrer. Refere ter “*medo que ele (ataque de pânico) não pare e venha outro*” (sic) e “*a sensação que se tem é que se vai ficar sem ar e se vai morrer*” (sic).
- ✘ esta sintomatologia não se deve a efeitos fisiológicos de substâncias e parece não ser melhor explicada por outra perturbação mental.
- ✘ Presença de agorafobia: a doente refere evitar locais onde a fuga seja difícil ou embaraçosa caso se sintam mal. **D²⁶** refere “*locais com muita gente, nem pensar*” (sic) e que quando vai à igreja “*quando está muita gente fico à porta porque se acontecer alguma coisa fujo*” (sic).

Esta doente parece possuir padrões de realização e exigência elevados e uma lavada intolerância ao erro e ao fracasso. No seu dia-a-dia refere ter preocupações como a arrumação da casa e do seu salão de cabeleireiro. Refere ter tido clientes que muito elogiaram a limpeza e arrumação do seu salão de cabeleireiro. Estes elogios deixam esta doente assaz satisfeita o que pode constituir um reforço cognitivo e factor de manutenção destas suas características. Esta sua preocupação excessiva com a limpeza e arrumação parece denunciar um esquema de padrões excessivos/rígidos.

Poderá, ainda, estar presentes traços de personalidade dependente por expressa necessidade de se fazer acompanhar pelo marido às consultas e demonstrada tristeza quando tal não ocorre. Este facto pode denunciar um esquema de abandono/perda mantido pela constante preocupação e alegada sobreprotecção do marido. Mostra, ainda, preocupações irreais com medo de ser entregue a si própria, nomeadamente no que refere à condução.

D²⁶ diz recear engordar acrescentando que evita comer chocolate sendo que, quando o faz, mastiga e deita fora (para reduzir a quantidade de alimento absorvido pelo seu organismo). Esta restrição alimentar é justificada pela sua preocupação com o seu peso e imagem corporal e por problemas de acne que apresentou até aos 30 anos de idade. De acordo

com relato da doente, quando era pequena, *era gorda*” (sic) e “*a minha mãe batia-me para comer*” (sic). Este acontecimento parece ter predisposto as actuais preocupações com o peso e imagem corporal pois “*todos os 8 dias me peso*” (sic) tendo um peso a rondar os 47,5 kg e faz uma alimentação rica em legumes e fruta. Quando o seu peso aumenta refere preocupação. Este facto, aliada ao medo de ser entregue a si própria (supramencionado) parecem denunciar um esquema de medo de perder o controlo (do peso), presente também no que respeita a sintomatologia ansiosa (medo de perder o controlo e enlouquecer).

A doente demonstra medo que algo de mal possa acontecer-lhe a si (medo de morrer e de perder o controlo), ao seu marido (medo que tenha doença oncológica) e à sua filha o que sugere um esquema de vulnerabilidade ao mal e à doença, talvez predisposto pela morte do seu sogro e precipitado pelo surgimento de um tumor ao seu cônjuge e pela saída da sua filha de casa (para estudar fora). Estes factores que contribuíram para construção deste esquema parecem ter sido responsáveis pela emergência da PP. Este seu quadro parece mantido pelas suas interpretações catastróficas.

1.5 Considerações Finais

Esta paciente mostrou uma postura que alternava entre a prostração e o humor eufímico parecendo a primeira postura estar relacionada com a presença do marido (o que pode denunciar uma atitude de passividade como forma a obter ganhos positivos: atenção do marido, companhia para as consultas, atitude protectora e de cuidado).

Como o meu papel nesta intervenção era de co-terapeuta a intervenção seguiu, fundamentalmente uma linha definida pela terapeuta principal (minha supervisora). As técnicas utilizadas pareceram-me muito pertinentes e mostraram-se adequadas ao caso, porém penso que teria sido importante socializar a doente com o modelo da PP para que esta compreendesse o que acontecia consigo. Digo acontecia porque a PP que parece ter existido inicialmente pareceu ir entrando em remissão (graças aos psicofármacos, sobretudo, uma vez que, logo após a primeira consulta, não refere a ocorrência de ataques de pânico). Penso que os RAM poderiam ter sido úteis pois a doente, se eventualmente sentisse sintomas semelhantes a um ataque de pânico registaria (não havendo a possibilidade de se esquecer que este tinha ocorrido não fazendo menção disso na consulta). Um registo dos pensamentos automáticos negativos poderia ser importante (isto até numa fase posterior da intervenção, até porque esta doente estava apenas a ser seguida há 5 sessões quando terminei o meu estágio) para serem debatidos

em consulta e, juntamente com as terapeutas, serem criados pensamentos racionais alternativos, mas adequados e de forma a diminuir o *stress* da doente.

Um dado interessante diz respeito ao uso abusivo e também desadequado das técnicas ensinadas a **D**²⁶. Esta referia que as práticas debatidas nas consultas eram discutidas e “ensinadas” às suas clientes do salão de cabeleireiro o que, por vezes, fazia com que nos questionássemos acerca da correcta compreensão dos propósitos das estratégias e das mesmas estratégias por parte da doente.

Esta doente era muito verborreica dificultado, por vezes, a intervenção do terapeuta na discussão. Mostrava-se interessada por meios alternativos de “intervenção” frequentando o *reiki*.

2. Estudo de Caso: adulto do sexo feminino com Perturbação de Humor secundária a um estado físico geral (Fibromialgia)

2.1 Informação Clínica do Doente

A doente, **D³¹**, tem 43 anos, é casada, tem 2 filhos (ambos do sexo masculino com 19 e 22 anos) com quem reside no distrito de Castelo Branco juntamente com o seu cônjuge. Trabalha na sua residência, como doméstica, referindo que confeccionava o próprio pão (não o realiza com tanta frequência devido à sua doença).

O marido desta doente sofre de doença bipolar, o que causou alguns problemas no casamento por gastos extravagantes. Apesar destes problemas “*sempre estive ao lado dele*” (sic) e “*sempre o apoiei*” (sic). Alegadamente, a doença do marido “*afectou o meu sistema nervoso*” (sic). Actualmente o seu marido está estabilizado, diz cumprir a medicação não tendo tido crises.

A doente diz ser muito exigente referindo uma situação em que cortou o cabelo e não ficou satisfeita tendo, nessa mesma semana, ido a 4 cabeleireiros diferentes para que “*ficasse bem*” (sic).

Antes do diagnóstico da Fibromialgia **D³¹** diz que realizava bordados (de que gosta muito) confeccionava os seus próprios bolos “*os meus filhos nunca comeram bolos de compra, eu tinha sempre bolos caseiros*” (sic), amassava e cozia o seu pão, realizava todas as suas tarefas domésticas e trabalhava numa fábrica como costureira. Estas actividades, segundo a própria, teriam de ser realizadas de forma irrepreensível pois só assim estava satisfeita.

Refere ter sido assediada por um primo do seu marido, situação ocorrida há alguns anos e que se manteve em segredo até há pouco tempo (contou apenas à sua mãe e sogra), segundo o relato subjectivo de **D³¹**. Este seu primo cortou relações consigo e com o seu agregado familiar e apresentou uma queixa contra o seu marido (que tinha uma oficina de marcenaria a funcionar de forma ilegal).

Na primeira consulta esta doente apresenta-se na companhia do marido, veste-se de acordo com a idade e estatuto sócio-económico. Mostra-se consciente e orientada, não parece exhibir alterações do pensamento, comportamento motor, percepção e memória demonstrando adequado *insight* e julgamento. Parece apresentar pressão para falar (mostra-se muito verborreica) e seu humor é distímico, exibindo, choro fácil e ideação suicida acrescentando “*não presto para nada*” (sic) (o que sugere uma visão desvalorizada de si mesma).

O motivo do seu acompanhamento psicoterapêutico prende-se com o recente diagnóstico de Fibromialgia e com as implicações deste “*sinto-me cansada e com dores no corpo*” (sic) tendo abandonado a sua actividade profissional por esse motivo. **D³¹** diz, ainda, sentir-se desamparada e incompreendida pela sua família “*não me sinto amparada*” (sic) e perceber falta de capacidade pois não consegue realizar as actividades que antes levava a cabo. Refere sentimentos de tristeza e choro frequente justificados pela percepção de incapacidade “*não consigo fazer as coisas*” (sic) e “*canso-me muito*” (sic). Acrescenta que a sua família nuclear não partilha as actividades domésticas relatando que o filho mais velho “*não entende a minha doença*” (sic) e tem comportamentos desadequados no que respeita à arrumação do seu quarto “*deixa as meias e as cuecas espalhadas pelo chão*” (sic) o que muito incomoda **D³¹**. Este seu filho costuma dizer, ainda, que a mãe é preguiçosa e que finge os seus sintomas e queixas para não realizar as tarefas domésticas.

Acerca do sono a paciente refere estar normal, quanto ao apetite parece estar alterado “*tenho menos apetite*” (sic), “*está mais ou menos*” (sic). Os pensamentos acerca da morte estão muito presentes não existindo, porém, um plano para levar a cabo o suicídio.

D³¹ relata que iniciou tratamento psiquiátrico há 2 anos “*andava a ser tratada em Coimbra*” (sic) motivado por sintomatologia ansiosa. Desde essa época diz recear recintos fechados (não manifestando comportamentos de evitamento ou excessiva ansiedade quando nesses locais).

2.2 Enquadramento Teórico

A Fibromialgia é uma doença reumática de origem não conhecida que se caracteriza pela existência de dor músculo – esquelética difusa sem processos inflamatórios articulares (Berber, Kupek & Berber, 2005). Os doentes com esta patologia apresentam dor em várias regiões corporais (os denominados *tender points*) (Wolfe, Smythe, Yunus, Bennett, Bombardier & Goldenberg, 1990, citados por Cavalcante, Sauer, Chalot, Assumpção, Lage, Matsutani et al, 2006; Santos, Assumpção, Matsutani, Pereira, Lage & Marques, 2006).

O termo *fibromialgia* foi adoptado pelo Colégio Americano de Reumatologia (*American College of Rheumatology – ACR*) de forma a definir-se esta doença e a incrementar o seu estudo (Polo & Medivil, 2006).

São levantadas três hipóteses de explicação de génese desta patologia que são elas:

1. Alterações neuroendócrinas → diminuído funcionamento do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal;

2. Alterações no sistema nervoso central → diminuição da concentração de serotonina;
3. Alterações no sistema músculo-esquelético → possíveis alterações metabólicas deste sistema (Ignachewski, Semeghini & Garcia Junior, 2004).

Associados a esta doença, que tem um impacto negativo na qualidade de vida e nas actividades quotidianas do dia-a-dia, poderão estar: a fadiga, alterações do sono, dispneia, rigidez matinal, cefaleias, distúrbios intestinais, parestesias, fenómeno de *Raynaud*, ansiedade e depressão (esta última, um dos problemas mais comuns nos doentes fibromiálgicos, em cerca de 30 a 80% dos pacientes) (Martinez, 1997; Marques, Matsutani, Ferreira & Mendonça, 2002 citados por Cavalcante, Sauer, Chalot, Assumpção, Lage, Matsutani et al, 2006; Ignachewski, Semeghini & Garcia Junior, 2004). Aspectos Fisiopatológicos e Neuroendócrinos. *Saúde em Revista*. Piracicaba, 6 (12): 55-58.

Berber, Kupek & Berber, 2005; Santos, Assumpção, Matsutani, Pereira, Lage & Marques, 2006). Estes quadros clínicos psiquiátricos que podem surgir dificultam o tratamento necessitando de intervenção psicológica (Provenza, Pollak, Martinez, Paiva, Helfenstein, Heymann, et al, 2004).

Nesta doente, tal como a literatura refere, estão presentes sintomas depressivos por percepção de perda de capacidade e ter deixado de realizar determinadas tarefas e/ou de deixar de as realizar tão bem como dantes. Esta doente realizava as tarefas domésticas com elevado grau de exigência, fazia bolos de vários tipos, confeccionava o seu próprio pão, bordava, entre outros. Com o surgimento da doença passou a ter mais dificuldade em executar as tarefas e em manter o mesmo rendimento. Desta forma, ao se tornar impossível manter os seus níveis de rendimento de outrora deprimiu.

Para o diagnóstico desta doença os médicos baseiam-se apenas em critérios clínicos pois não existem exames complementares que a identifiquem. O Colégio Americano de Reumatologia estabeleceu critérios de diagnóstico que são:

- dor difusa presente no esqueleto axial ou em ambos os hemisférios, acima e abaixo da cintura;
- dor em 11 ou mais dos 18 *tender points* (cf. Anexo 7) ;
- e dor crónica com duração superior a 3 meses (Martinez, 1997; Cavalcante, Sauer, Chalot, Assumpção, Lage, Matsutani et al, 2006).

Devem ser pesquisadas as seguintes zonas: suboccipital, cervical baixo, trapézios, supra-espinhosos, segundo espaço intercostal, epicôndilos laterais, glúteos, trocantérico e interlinha medial dos joelhos (Martinez, 1997; Provenza, Pollak, Martinez, Paiva, Helfenstein, Heymann, et al 2004).

Utilizando-se a palpação digital pode-se obter uma pontuação de acordo com a seguinte escala:

- 0 – ausência de dor;
- 1 – dor leve;
- 2 – exclamação verbal de dor;
- 3 – movimento de retirada ou expressão facial de dor.

Nesta escala a pontuação varia de 0 a 54 (a pontuação máxima corresponde aos 18 pontos numerosos multiplicado por 3 – pontuação mais elevada na escala da palpação digital) (Provenza, Pollak, Martinez, Paiva, Helfenstein, Heymann, et al, 2004).

Por o diagnóstico se basear em factores subjectivos, e por isso, controversos, estão a tentar elaborar-se novos critérios de classificação e diagnóstico mais objectivos e menos dúbios (Polo & Medivil, 2006).

A prevalência desta doença, a reumatológica mais frequente (superada apenas pela osteoartrite degenerativa) (Berber, Kupek & Berber, 2005) parece ser bastante superior em mulheres, cerca de 8 vezes mais (Cavalcante, Sauer, Chalot, Assumpção, Lage, Matsutani et al, 2006). Em Espanha, de acordo com Polo e Medivil (2006), cerca de 2 a 3% da população sofre desta doença, supondo-se que sejam afectadas mais de um milhão de pessoas com mais de 18 anos, a maioria com idades entre os 30 e os 55 anos. De acordo com estes autores, 90% dos casos serão do sexo feminino. Santos, Assumpção, Matsutani, Pereira, Lage e Marques (2006) apontam como idade para início desta patologia um intervalo entre os 40 e os 55 anos.

É importante realizar um diagnóstico diferencial com as seguintes patologias: lupus eritematoso sistémico, síndrome de *Sjögren*, artrite reumatóide, espondiloartropatias, vasculites sistémicas ou miopatias, atroses poliarticulares, tumores, laxitude articular ou poliomiialgia reumática, osteomalacia, hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, síndrome de *Cushing*, radiculopatias, neuropatias periféricas, esclerose múltipla, miastenia grave, doença de Parkinson, perturbação de somatização e somatoforme. Dever-se-á ter em conta que a supressão rápida de tratamento com corticoesteróides pode provocar sintomas similares aos da

fibromialgia (Provenza, Pollak, Martinez, Paiva, Helfenstein, Heymann et al, 2004; Polo & Medivil, 2006).

A base do tratamento para estes doentes é a educação e informação dos pacientes, a prática de exercício físico adequado às suas capacidades, terapia psicológica e fármacos (Polo & Medivil, 2006), acupuntura (Provenza, Pollak, Martinez, Paiva, Helfenstein, Heymann et al, 2004)

A Sociedade Espanhola de Reumatologia preconiza 10 regras para lidar com esta doença:

1. aprender a conviver com a sua dor;
2. controlar as suas emoções;
3. controlar a sua ansiedade;
4. evitar a fadiga;
5. praticar exercício;
6. relacionar-se com os outros;
7. proteger a sua saúde;
8. usar os medicamentos com precaução;
9. recorrer às medicinas alternativas com precaução;
10. ser constante.

Estes doentes muitas vezes necessitam de variados fármacos que são eles: analgésicos para controlar a dor; indutores de sono para lidarem com as insónias; antidepressivos para lidarem com alterações de humor; e ansiolíticos para diminuir a ansiedade (Polo & Medivil, 2006).

Em relação a intervenção psicológica nestes doentes Polo e Medivil (2006) referem que a Terapia Cognitivo-Comportamental se tem revelado eficaz na diminuição da dor e da fadiga, na melhoria da capacidade funcional e no estado de humor (Provenza, Pollak, Martinez, Paiva, Helfenstein, Heymann, et al, 2004).

A Depressão é uma perturbação comum, séria e tratável (Ellis, Hickie & Smith, 2003).

Diferentes autores defendem que a depressão constitui uma das perturbações psicológicas que mais tem estimulado o desenvolvimento de modelos teóricos e de estratégias terapêuticas (Maia, 1999; Reis & Grenyer, 2004). Este interesse deve-se quer ao facto de se tratar de uma das experiências humanas mais dolorosas e incapacitantes, quer ao número de pessoas atingidas (Maia, 1999).

Assim, e dada a incapacidade extremamente marcada que a perturbação depressiva acarreta, o tratamento exige um trabalho afinado com o paciente, este sempre como um agente activo no processo (Karp, 2002). Este autor refere ainda que para vencer a depressão é fundamental querer fazê-lo, usar o próprio sofrimento como um escudo contra novos “ataques” e aprender a estar atento aos sinais de aviso, porque a luta raramente é definitiva.

De acordo com Reesal, Lam e CANMAT (2001), apenas recentemente a depressão major tem vindo a ser considerada uma doença crónica e/ou recorrente em vez de uma doença aguda. Acrescentam, neste sentido, que esta reavaliação tem implicações inerentes no tratamento na medida em que estes pacientes tendem a exhibir episódios recorrentes e/ou sintomas residuais crónicos.

Segundo Dawson, Michalak, Waraich, Anderson e Lam (2004), existe uma vasta gama de tratamentos efectivos para a perturbação depressiva major, como é o caso da psicoterapia e da farmacoterapia. Contudo, na perspectiva de diferentes autores (Snow *et al.*, 2000; Andreasen, Lascher & Mottur-Pilson 2003; Wulsin, 2001) a experiência clínica tem vindo a comprovar a eficácia do tratamento destas perturbações através essencialmente de três tipos de terapias: a farmacoterapia, a psicoterapia e a terapia electroconvulsiva. No sentido de restabelecer a função social do paciente pode ser vantajoso um outro tipo de reabilitação, como é o caso da terapia ocupacional, da terapia familiar e da terapia de casal (Reesal, Lam & CANMAT, 2001).

Em pacientes com depressão, a resposta a uma abordagem cognitivo- comportamental, pode ter início após 12 a 16 semanas de terapia (Milgrom, Martin & Negri, 1999). Por outro lado, a farmacoterapia, nomeadamente os antidepressivos actualmente disponíveis podem levar de 3 a 4 semanas para exercerem efeitos terapêuticos significativos, embora os seus efeitos possam ser observados mais cedo (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003). Esta diferença de tempo de resposta ao tratamento, pode ser relevante em indivíduos que possam estar, por exemplo, perante uma situação de perda de emprego ou outras consequências, caso o tempo de resposta seja muito longo (Milgrom, Martin & Negri, 1999).

Contudo, como referem Cameron, Bloye e Davies (2004), o tratamento da depressão deve ser biopsicossocial, ou seja, deverá abordar e considerar o tratamento particular dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais da depressão.

Os grandes objectivos do tratamento na Perturbação Depressiva Major são essencialmente os de auxiliar a uma remissão completa dos sintomas da depressão, bem como a restauração de um funcionamento social e laboral regular, isto é, regressar a um nível prémorbido (Kay & Tasman, 2006).

De acordo com Reesal, Lam e CANMAT (2001), o curso e o tratamento da depressão é, tradicionalmente, definido em termos de resposta, remissão, recaída e recorrência.

A **resposta** é definida como uma redução significativa dos sintomas depressivos para um nível abaixo do limiar para perturbação depressiva *major* (Reesal, Lam & CANMAT, 2001). Na fase aguda de tratamento procura-se também remover todos os sinais e sintomas do episódio depressivo actual e restaurar o funcionamento psicossocial e ocupacional – remissão (Ministry of Helth, 2004). Assim, por **remissão** considera-se a resolução dos sintomas depressivos ou um retorno ao “bem-estar” *major* (Reesal, Lam & CANMAT, 2001). A exacerbação dos sintomas depressivos que ocorre durante o mesmo episódio depressivo ou dentro dos seis meses após o paciente ter alcançado a remissão denomina-se **recaída** (Ministry of Helth, 2004). Por outro lado, a **recorrência** é vista como um novo episódio depressivo, isto é, os sintomas surgem após um período de pelo menos seis meses de remissão (Reesal, Lam & CANMAT, 2001).

O tratamento da depressão *major* é habitualmente dividido em três fases sequenciais, nomeadamente a fase aguda, para alcançar resposta, a fase de continuação, para prevenir a recaída e a fase de manutenção, para prevenir a recorrência (Reesal, Lam & CANMAT, 2001). Neste sentido, podem ser sistematizadas da seguinte forma estas fases (Community Collaborative on Health Care Quality, 2003; Gelder, Mayou & Geddes, 1999):

Fase Aguda: o principal objectivo é alcançar a remissão dos sintomas, geralmente num período de 6 a 12 semanas. Nesta fase os pacientes devem ser monitorizados uma ou duas vezes por semana para assim controlar os efeitos colaterais da medicação, o ajustamento da dosagem e o suporte.

Fase de Continuação: nesta fase procura-se prevenir a recaída num período de , normalmente, 4 a 9 meses. Os pacientes devem ser continuamente monitorizados quer em relação à farmacoterapia quer em relação à psicoterapia.

Fase de Manutenção: o objectivo fundamental é prevenir a recorrência, especialmente em pacientes com história de episódios depressivos anteriores. A duração desta fase não está claramente definida, podendo ocorrer por um longo período de tempo.

Souza (1999) diz-nos que o tratamento moderno da depressão apresenta uma gama de opções que permitem uma flexibilidade aos clínicos, no sentido de adequar a melhor abordagem terapêutica para cada paciente. Neste sentido, na explanação que se segue, são descritos os dois tratamentos mais utilizados na depressão, por um lado uma abordagem mais biológica/química, através do uso de farmacologia e outra mais psicossocial, através das psicoterapias actuais.

Pode recorrer-se a tratamento farmacológico e psicoterapêutico. No que respeita os psicofármacos, todas as classes de anti-depressivos têm eficácia similar, portanto, a escolha deve ser baseada nas características da depressão, efeitos colaterais, risco de suicídio, outras perturbações clínicas, terapia concomitante, tolerabilidade, custo, danos cognitivos, etc. (Souza, 1999, Fleck *et al*, 2001).

A resposta ao anti-depressivo não é imediata e costuma ocorrer entre a segunda e a quarta semana de uso. Melhoras nas primeiras semanas de tratamento estão associadas a um maior índice de resposta. Ausência de resposta em quatro semanas diminui o índice de poder haver resposta posterior com o mesmo tratamento, embora alguns pacientes possam vir a responder seis semanas. Quando um paciente não reage ao tratamento, a recomendação é conferir os factores relacionados à não resposta que são: diagnóstico correcto, avaliando a possibilidade de doença médica ou psiquiátrica concorrente; adesão ao tratamento anti-depressivo, pois é relativamente baixa, variando de 40% a 90% em diferentes estudos, com a média de 65%; longa duração da doença; dificuldades sociais crónicas e eventos de vida persistentes; e episódio grave ou com sintomas psicóticos (Kocsis, Croughan, Katz, *et al*, 1990; Fleck *et al*, 2003).

As estratégias utilizadas quando um paciente não responde ao tratamento com medicamento anti-depressivo consistem em: aumento de dose; potencialização com lítio ou tri-iodotironina (T3); associação de antidepressivos; troca de antidepressivo; ECT (electroconvulsivo terapia); e associação com psicoterapia (Sotsky, Glass, Shea, Pilkonis, Collins, Elkin *et al.*, 1991; Mynor-Wallis & Gath, 1997).

No que respeita ao tratamento psicoterapêutico, Schestatsky & Fleck (1999) referem que as psicoterapias são intervenções sociais e técnicas efectivas no tratamento e ou manejo das psicopatologias, incluindo as perturbações depressivas. Foi sobretudo na área da depressão que nas últimas décadas se realizaram os maiores estudos e melhor controlados metodologicamente, sobre a eficácia de pelo menos 4 tipos de psicoterapia: a cognitiva, a comportamental, a interpessoal e psicodinâmica.

Os estudos demonstram que as terapias cognitivo-comportamentais são eficazes no tratamento da depressão, no entanto parece haver uma associação benéfica entre o tratamento farmacológico já descrito e as abordagens psicoterapêuticas (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005).

A terapia cognitivo-comportamental é uma intervenção psicológica que tem como alvo os processos cognitivos e os comportamentos dos pacientes depressivos (Chan *et al*, 2002).

Na *psicoterapia comportamental* os modelos mais frequentemente praticados são os de autocontrolo e o de treino de habilidades sociais. Assume-se que a depressão e os reforços sejam fenómenos relacionados, e que os deficits nas habilidades sociais contribuam para a incapacidade do paciente de obter os reforços positivos disponíveis no ambiente social e/ou de lidar com as adversidades do quotidiano. Há quatro elementos básicos nesta terapia: análise funcional do contexto dos sintomas, monitorização e planeamento de actividades com o paciente, manuseamento de experiências aversivas e desenvolvimento de habilidades sociais (Schestatsky & Fleck, 1999; McGinn, 2000)

O modelo de Beck é o mais pesquisado na *psicoterapia cognitiva*. A terapia cognitiva é definida como uma terapia estruturada, limitada no tempo, directiva, com ênfase nos pensamentos e sistema de crenças. Pacientes deprimidos expressariam "*pensamentos automáticos negativos*" sobre si mesmos, seu mundo e seu futuro. Beck notou que essas cognições negativas se mantinham por meio de um modelo distorcido de processar informações, criando um círculo vicioso, em que o afecto deprimido aumentava a intensidade dos pensamentos negativos que, por seu lado, aumentavam os distúrbios afectivos, cognitivos e comportamentais. As cognições negativas surgiriam da activação de crenças disfuncionais subjacentes, aprendidas, construídas e mantidas, de forma inconsciente, desde a infância (Zalaquett & Stens, 2006).

A característica essencial desta terapia é o uso de uma abordagem colaborativa, de "testagem" das hipóteses distorcidas do paciente. Os sintomas agudos da depressão são enfrentados com o uso de técnicas comportamentais e verbais (identificação, enfrentar e desafiar as cognições negativas). As intervenções têm como alvo desafiar as crenças disfuncionais mais enraizadas e assim, tentar diminuir a vulnerabilidade do paciente a episódios futuros, através de um processo de reestruturação cognitiva. A adição de técnicas comportamentais às estratégias cognitivas faz com que frequentemente se associe ambos os modelos e se fale numa psicoterapia cognitivo-comportamental para a depressão (Scott, 1995; Maddux & Winstead, 2005; Paradise & Kirby, 2005).

É habitual que os pacientes deprimidos manifestem confusão e vergonha do seu estado, neste sentido, é essencial suprimir possíveis percepções negativas da perturbação, através de, por exemplo explicações acerca das causas, mecanismos e impacto da doença (The New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2004). Desta forma, a psicoeducação poderá passar pela exploração e explicação do conceito de depressão, expectativas de resposta (estabelecimento de esperança) e a necessidade de adesão ao tratamento (Reesal, Lam &

CANMAT, 2001). De uma forma geral, na fase da psicoeducação, devem ser englobadas as seguintes etapas (Ministry of Health, 2004):

- Educar o paciente acerca da doença, clarificando incertezas e desfazendo malentendidos;
- Educar o paciente acerca do seguimento da sua perturbação, promovendo assim uma maior adesão ao tratamento e permitindo monitorizar e detectar precocemente possíveis alterações da condição;
- Explicar o tipo de tratamento e a sua duração. Caso o paciente tome antidepressivos, é importante alertar para a necessidade da sua toma continuada e dos seus possíveis efeitos;
- Aconselhamento de mudanças no estilo de vida, tais como o aumento de exercício e a redução de *stress*.

Neste sentido, inicialmente deve ser discutido com o paciente, a forma como foi elaborado o diagnóstico, as implicações da perturbação, em que aspectos a perturbação afectará a vida social e laboral do paciente, o seu curso e as opções de tratamento (Reesal, Lam & CANMAT, 2001). Para facilitar a compreensão da doença e do seu curso, poderá ser apresentado e explicado um esquema ao paciente (cf. Anexo 8e 9).

Ainda de acordo com Reesal, Lam e CANMAT (2001), os pacientes devem ser instruídos acerca das regras e responsabilidades que têm para com o processo de tratamento, é importante que percebam que a sua motivação é crucial.

É ainda importante que se envolvam, com o consentimento do paciente, os seus familiares e amigos, promovendo assim um melhor suporte deste (Ministry of Health, 2004). Para os referidos autores, este aspecto é particularmente importante no caso de existir risco de suicídio.

Nas fases iniciais do tratamento é importante o planeamento de actividades para contrapor a perda de motivação, esperança e ruminação excessiva (Young, Beck & Weinberger, 1999). Como referem DeRubeis, Tang e Beck (2006), a programação de actividades pode cumprir duas funções, por um lado aumentar a probabilidade do paciente se envolver em actividades que te vindo a evitar, por outro lado remover possíveis obstáculos da tomada de decisão antes da actividade. Os mesmos autores referem que as actividades programadas podem ser de três domínios: aquelas que são associadas à aprendizagem e prazer (podendo ser esta informação recolhida através dos registos de auto-monitorização); aquelas que foram gratificantes no passado mas que o paciente passou a evitar (possivelmente pelo

estado depressivo); novas actividades que o paciente e o terapeuta acordam em realizar podendo ser gratificantes ou informativas.

O planeamento de actividades pode ser realizado a partir de informação recolhida previamente através da construção de um horário de actividades semanais (cf. Anexo 10).

Neste horário pede-se ao paciente que registre as actividades que realiza em cada hora e que as avalie numa escala que vai de 0 a 10 para situações de controlo (C) e de prazer (P) (DeRubeis, Tang & Beck, 2006; Fennell, 1995). As avaliações P revelam o quanto a pessoa sentiu prazer na actividade, as avaliações C evidenciam a forma como a pessoa se sentiu no momento, o quanto a actividade representou em termos de conquista (Fennell, 1995).

Ao programar as actividades o terapeuta deve tentar ajudar o paciente a prever possíveis obstáculos ambientais ou cognitivos que poderão interferir na realização das actividades programadas (DeRubeis, Tang & Beck, 2006). Segundo Steiman e Dobson (2002) a ajuda que é dada ao paciente na estruturação das actividades deve ocorrer ao longo das diferentes sessões.

Outra estratégia que pode ser introduzida nesta fase do tratamento para auxiliar o paciente a aprender a reduzir a intensidade das emoções dolorosas é a designada técnica de distração (Young, Beck & Weinberger, 1999). Esta, segundo estes autores, permite que o paciente aprenda a desviar-se de possíveis pensamentos negativos através da realização de actividades físicas, contactos sociais, trabalho, jogos e lembranças agradáveis.

Gonçalves (2004) refere que, quer Ellis, quer Beck consideram que as nossas cognições se encontram limitadas à superficialidade do nosso diálogo interno ou das nossas verbalizações cobertas, mas antes são vistas como estando organizadas em esquemas. Beck (1979 citado por Neto & Ito, 1998) propõe que a experiência pessoal nos leva a formar pressupostos sobre nós próprios, sobre o mundo e o futuro, os quais são, de acordo com a teoria hipoteticamente armazenados como estruturas cognitivas ou esquemas. Estes constituem assim as unidades estruturais mais básicas do funcionamento cognitivo e são eles que definem os modos específicos de construção da realidade (Gonçalves, 2004), uma vez que são estes que constituem o nosso sistema de valores e crenças auxiliando na previsão de atitudes e no sentido que damos às nossas experiências (Neto & Ito, 1998). Estes últimos autores consideram ainda que alguns destes esquemas são rígidos, extremistas, resistentes à mudança e, desta forma, disfuncionais e contraproducentes. Referem que, quando activados, levam ao surgimento de pensamentos automáticos negativos. Subjacentes aos pensamentos automáticos, estão muitas vezes erros cognitivos, que são: *inferência arbitrária* (chegar a uma conclusão específica na ausência de evidências que a confirmem); *abstracção selectiva*

(chegar a uma conclusão baseando-se em detalhes fora do contexto); *sobregeneralização* (chegar a uma conclusão global e ampla, baseando-se num aspecto isolado da informação); *magnificação e minimização* (exagero no significado de acontecimentos negativos e minimização no significado de acontecimentos positivos); *personificação* (relacionar a ocorrência de acontecimentos externos consigo próprio, na ausência de uma base realista para essa associação); e *pensamento dicotómico* (colocar todas as experiências numa ou duas categorias opostas) (Gonçalves, 2004).

Beck e cols. (1979, cit. por Neto & Ito, 1998) consideram que a manutenção de esquemas depressivos é uma consequência da falha no sistema de processamento de informação, na qual o indivíduo extrai conclusões ilógicas derivadas desses mesmos erros.

Para se obterem interpretações alternativas para as formas de pensamento disfuncionais do paciente, é necessário que se tenha acesso a aspectos específicos das situações em questão (Williams, 1996 citado por Percher *et al.*, 2004), o que pode ser conseguido através dos registos de auto-monitorização. Desta forma, a partir dos registos elaborados pelo paciente proceder-se-ia a uma análise conjunta (paciente e terapeuta), de cada situação apresentada por este e dos pensamentos associados a ela. Posteriormente tentar-se-ia identificar os erros subjacentes aos pensamentos irracionais, possíveis pensamentos alternativos e sentimentos inerentes a estes. Esta actividade poderá ser conseguida através da elaboração de um esquema (cf. Anexo 11).

A maioria das pessoas começa a apresentar melhorias significativas após 2 meses de psicoterapia (National Advisor Communittee on Health and Disability, 1996). Pesquisas sugerem também que pode ser indicado, pelo menos 8 sessões ao longo de aproximadamente 6 semanas, ou no caso de depressões mais severas, 16 semanas. A eficácia terapêutica deve em todos os casos ser revista após 8 sessões, caso não haja mudança positiva nos sintomas do paciente, o plano terapêutico deve ser revisto e alterado, considerando-se outras alternativas de intervenção (National Advisor Communittee on Health and Disability, 1996). Uma estratégia para esta avaliação poderia passar pela aplicação do BDI e posterior comparação dos resultados com os anteriormente recolhidos, na fase de avaliação.

Leahy (2006) refere que a auto-crítica é um componente central da depressão, sendo que, quando algo de mau acontece, o paciente pode pensar que é 100% culpado pelo ocorrido, isto é, personaliza o acontecimento inteiro e a causalidade é atribuída em termo de tudo ou nada. O autor refere que uma intervenção útil na contestação deste tipo de pensamento é o gráfico em forma de tarte. Este exercício consiste em pedir ao indivíduo para considerar uma tarte com fatias de diferentes tamanhos, que representam diferentes graus de responsabilidade

para um acontecimento (Leahy, 2006) (cf. Anexo 12). Como explica o autor, o paciente deve indicar todas as possíveis causas para o acontecimento e o tamanho que deveria ter a fatia para cada causa. Finalmente considera a causa restante, ele mesmo, e pondera acerca da forma como essa fatia reflecte o seu grau de responsabilidade.

Poder-se-á recorrer à técnica da flecha descendente. Esta técnica refere-se a uma série de questões que podem ser feitas para quase todas as inferências, na qual cada resposta do paciente propõe uma nova questão (DeRubeis, Tang & Beck, 2006). De acordo com estes mesmos autores o objectivo de cada questão é investigar o significado pessoal da inferência para o paciente, até que surja uma inferência que traga benefícios com o trabalho da terapia. Como refere Leahy (2006), o uso desta técnica permite ainda a identificação de esquemas acerca da forma como o paciente se vê a si próprio e aos outros.

Como refere Fennell (1995), esta técnica envolve a identificação de uma situação problema e as emoções desagradáveis e os pensamentos negativos associados a ela. Este autor propõe que em vez de se contestar os pensamentos em si o terapeuta poderá perguntar: “Supondo que fosse verdade, o que significaria isso para si?” ou ainda “O que isso diria a seu respeito?”, “O que aconteceria então?” e “Se assim fosse, o que haveria de mau nisso?”. Este tipo de questões são repetidas até que seja possível formular uma afirmação geral que englobe não só a situação problema original mas também outras situações em que a mesma regra se aplica (Fennell, 1995).

É importante que o terapeuta compreenda que os significados são idiossincráticos e muitas vezes difíceis de prever, mesmo que o terapeuta conheça bem o paciente (DeRubeis, Tang & Beck, 2006).

Como referido anteriormente, o pensamento depressivo é dicotómico, do tipo tudo ou nada, sendo que este tipo de pensamento pode ser avaliado através do uso da técnica do *continuum* (Leahy, 2006). De acordo com o referido autor, o objectivo desta técnica é ajudar o paciente a pensar em termos de graus ou variações, em vez de tudo bom ou tudo mau. Esta técnica, como refere o autor, requer assim que o indivíduo veja um acontecimento numa escala de 0 a 100%, na qual o 0 corresponde à falta de algo negativo e 100 corresponde ao pior resultado possível imaginário (cf. Anexo 13).

O doente depressivo pode beneficiar, ainda, de técnicas como o questionamento socrático, a confrontação verbal, a testagem de hipóteses e resolução de problemas.

De acordo com DeRubeis, Tang e Beck (2006) o questionamento socrático significa estabelecer um equilíbrio entre conduzir o paciente onde o terapeuta gostaria que ele fosse e permitir que este faça “associações livres”. Estes autores referem que uma razão pela qual se

acredita que este tipo de questionamento é especialmente produtivo na terapia é o facto do paciente se envolver ao máximo para pensar sobre o problema discutido, bem como na sua solução. Consideram ainda que um bom questionamento socrático prevenirá a ocorrência de um problema comum, que é o facto de que o terapeuta se convença de que os pensamentos do paciente estão errados mas deixá-lo com dúvidas e preocupações idiossincráticas que não foram abordadas na discussão.

O objectivo da confrontação verbal consiste em ensinar aos pacientes como avaliar por si próprios os seus modos de pensar, assim não deve ser o terapeuta a fazer todo o trabalho (Fennell, 1995). Desta forma, a principal estratégia de mudança implica a evocação de alternativas por parte do paciente, através do questionamento sistemático, em vez da oferta de alternativas através de debates, doutrinação ou interpretação por parte do terapeuta (Fennell, 1995). Neto e Ito (1998) sugerem assim algumas perguntas úteis que os pacientes podem fazer a si próprios: “Qual é a evidência de que este pensamento é verdadeiro?”, “Que outras alternativas eu teria para pensar, além desta?”, “Quais as vantagens e desvantagens em pensar dessa maneira?” e “Quais os erros mais comuns contidos nessa forma de pensar?”.

De acordo com Neto e Ito (1998) o paciente deve ser ensinado a analisar os seus pensamentos como hipóteses prováveis e não como factos, podendo assim testá-los. Neste sentido Young, Beck e Weinberger (1999) mencionam que o terapeuta e o paciente podem isolar um pensamento automático chave, abordando-o como uma hipótese testável. Referem ainda que o terapeuta poderá abordar a testagem dos pensamentos automáticos solicitando ao paciente que elabore uma lista de evidências pró e contra a sua hipótese. Estes autores apontam que, por vezes, após considerarem as evidências, os pacientes rejeitam de imediato o pensamento automático, reconhecendo assim que este está distorcido ou é realmente falso.

Steiman e Dobson (2002) referem que por vezes a depressão pode estar relacionada com respostas mal-adaptativas e dificuldades na resolução de problemas. Neste sentido, mencionam que pode ser importante ajudar o paciente a identificar e resolver problemas, assim como ensinar competências que ajudarão a enfrentar possíveis problemas futuros.

Com base no modelo de resolução de problemas de D’Zurilla e Goldfried (1971 citado por Gonçalves, 2004), é importante ajudar o paciente na utilização de um processo sistemático de solução de problemas que lhe permita enfrentar criativa e positivamente os diferentes problemas ou acontecimentos de vida.

Gonçalves (2004) refere cinco fases de resolução de problemas, que são elas:

- Orientação Geral: nesta, o paciente é treinado na identificação ou reconhecimento dos problemas, através de por exemplo, sentimentos, emoções ou comportamentos ineficazes

que funcionem como pistas. É também importante que o paciente seja instruído na utilização de estratégias de confronto de solução de problemas, através de: Relativização do problema e atribuição deste a causas de natureza transitória e controlável; concepção do problema como um desafio, uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento; promoção de expectativas de auto-eficácia em relação ao problema; promoção de uma atitude de comprometimento de tempo e esforço face ao problema.

- Definição do Problema: o paciente deve ser treinado na recolha de informação concreta e relevante acerca da situação. Deve também ser ensinado a identificar algumas distorções cognitivas na formulação e definição do problema (erros cognitivos, trabalhados anteriormente). Após a recolha de informação, o paciente é levado a compreender o problema através da identificação das condições que tornam a situação problemática, quais as mudanças desejáveis e os obstáculos à mudança. É fundamental treinar o paciente no estabelecimento de objectivos concretos, relevantes e realistas. Finalmente passa-se à aplicação das etapas anteriores ao problema em questão e procede-se a uma reavaliação do problema tendo em vista o reajustamento da definição da situação problemática.

- Criação de Alternativas: nesta fase é importante estimular a criatividade do paciente, sendo que este deve ser treinado no desenvolvimento do maior número possível de soluções alternativas (estimulação do pensamento divergentes, privilegiando a quantidade, variedade, combinação e suspensão do julgamento crítico). É ainda importante a criação de soluções alternativas relevantes para a partir seleccionar aquelas que se mostrem mais adequadas para os objectivos definidos, através da definição da estratégia (plano geral) e da definição de cursos de acção específicos (descrição em termos comportamentais das acções instrumentais alternativas).

- Tomada de Decisão: é importante que o paciente seja capaz de antecipar e avaliar potenciais resultados de cada uma das alternativas, numa escala de 0 a 5, em termos de quatro critérios que são a resolução do problema, o bem-estar emocional, o tempo/esforço e o bem-estar geral, pessoal e social. A partir desta avaliação deverá ser levada a cabo uma elaboração de um dos três diferentes planos de acção: simples (é implementado unicamente um curso de acção); combinado (há uma combinação de soluções alternativas, implementadas em simultâneo); contingencial (é escolhida uma combinação de soluções a serem implementadas

contingencialmente, ou seja, se a solução A não funcionar, implementa-se a solução B e assim sucessivamente).

- Implementação e Verificação: nesta fase o paciente deve ser levado a colocar em pratica o plano de solução seleccionado, deve também proceder à monitorização dos resultados da aplicação das suas acções alternativas (frequência, duração, latência, intensidade e produto das respostas, bem como as respectivas componentes cognitiva e emocional). Finalmente, os resultados da implementação da solução, devem ser avaliados utilizando o mesmo conjunto de critérios utilizados na avaliação dos potenciais resultados.

À medida que se aproxima o final do tratamento, muitos pacientes preocupam-se com a possibilidade de não serem capazes de enfrentarem as situações sozinhas, sendo importante abordar, nas fases mais avançadas do tratamento, essas preocupações da mesma forma que são abordadas as outras cognições perturbadoras (Fennell, 1995). Este autor refere que é fundamental encorajar o paciente a expressar as suas cognições e a avaliar os indícios da sua legitimidade. DeRubeis, Tang e Beck (2006) mencionam que após se ter desenvolvido um relacionamento de trabalho colaborativo é fundamental que o terapeuta comece a colocar mais responsabilidade pelo tratamento no paciente, de forma a que o terapeuta adopte um papel mais de consultor do que de interveniente activo. Os autores referem ainda que esta mudança gradual pode funcionar como contexto para testar a capacidade do paciente resolver os seus próprios problemas. Deste modo, o que se pretende é que o paciente saiba lidar por si mesmo com as principais estratégias aprendidas, sendo capaz de reconhecer um pensamento negativo e de o modificar (Neto & Ito, 1998).

Para exercitar os novos comportamentos adquiridos pode utilizar-se uma técnica que consiste na dramatização, nomeadamente *role-playing* e *role-reversal* (Young, Beck & Weinberger, 1999). Esta técnica pode também ser utilizada através de trabalhos de casa, de forma a orientar o paciente a praticar e dedicar-se às novas respostas cognitivas. O *role-reversal* pode auxiliar os pacientes a testarem a forma como as outras pessoas poderão perceber o seu comportamento, sendo que esta técnica consiste na troca ou inversão de papéis entre o paciente e o terapeuta (Young, Beck & Weinberger, 1999).

De acordo com Milgrom, Martin, e Negri, (1999), uma importante parte de qualquer terapia cognitivo-comportamental, mas muitas vezes esquecida está relacionada com o fim das sessões e o que acontece após o término da terapia. Esta é uma fase importante do tratamento, uma vez que é frequente os pacientes ficarem confusos relativamente à importância das competências que aprenderam (DeRubeis, Tang & Beck, 2006). Estes autores

mencionam que muitos pacientes atribuem a sua recuperação a mudanças do ambiente, mesmo que estas tenham ocorrido devido aos seus próprios esforços.

Uma vez que o paciente, habitualmente, nesta fase já apresenta melhorias, é importante que as suas competências sejam testadas e demonstradas, uma vez que é muito provável que sejam necessárias em situações futuras difíceis e inevitáveis (DeRubeis, Tang e Beck, 2006). Neste sentido os autores sugerem que na fase final da terapia se faça uma revisão dos ganhos obtidos ao longo do tratamento, concentrando-se a terapia na prevenção de recaída.

A prevenção de recaída implica um trabalho em conjunto, no qual o terapeuta e o paciente prevêm os problemas ou situações difíceis que podem surgir no futuro e que poderão por à prova as competências que o paciente adquiriu ao longo do tratamento (DeRubeis, Tang e Beck, 2006). Assim, a possibilidade de recaída deve ser abordada com o paciente, sendo este instruído a identificar situações futuras que possam fomentar um episódio depressivo (Neto & Ito, 1995). Podem, neste sentido, ser descritos eventos futuros específicos, tais como, a morte de um familiar, a saída de casa de um filho, a reforma, entre outros, estabelecendo-se planos para eventuais formas de lidar com este tipo de situações (Fennell, 1995). Segundo este autor a um nível mais geral, pode ser importante elaborar um sumário das técnicas que o paciente considera úteis, contendo de um lado as dificuldades experimentadas, e do outro as técnicas específicas para as superar. Este sumário deverá ficar sempre “à mão” do paciente ou de um familiar ou amigo próximo, para que possa ser utilizada sempre que necessário.

Como foi referido anteriormente à medida que o fim do tratamento se aproxima é importante que o paciente tenha desenvolvido competências para lidar com situações que o tornem mais vulnerável a retrocessos ou recaídas. Este aspecto pode ser trabalhado através da prevenção de recaída mas também ao longo de todo o processo terapêutico através do “uso de contratempos”. Desta forma de acordo com Fennell (1995) os pacientes devem praticar regularmente as competências cognitivas e comportamentais para lidar com a depressão. Segundo o autor os pacientes podem ser instruídos, inclusive ao longo das sessões de *follow-up*, a encarar estes contratempos como parte normal da recuperação, oferecendo uma oportunidade preciosa para praticar aquilo que foi aprendido.

Neto e Ito (1998) referem que após o fim da terapia o paciente deve ser seguido, a princípio mensalmente, adequando-se o espaçamento à evolução concreta de cada paciente. Jarrett e cols. (1998 citado por DeRubeis, Tang & Beck, 2006) referem que as sessões mensais são importantes na redução na taxa de recaídas e recorrências. Já as sessões menos

frequentes (por exemplo três vezes por ano) podem ser benéficas para manter o foco do paciente nos ganhos que foram feitos no decurso da terapia (DeRubeis, Tang & Beck, 2006).

2.3 Intervenção Realizada

Esta doente beneficiou de seis consultas no período entre 10 de Janeiro e 12 de Junho de 2008. A intervenção neste caso concreto iniciou-se quase na primeira consulta pois, com esta doente, houve uma grande preocupação com a psicoeducação. Assim, em várias consultas foram discutidos aspectos relacionados com a sua doença: as características; as implicações; os tratamentos existentes; que comportamentos da doente poderão agravar ou atenuar os sintomas. Foi referido que a Fibromialgia é uma doença que interfere negativamente na vida dos doentes impedindo que estes realizem as actividades como outrora (mesma forma, mesma frequência, mesma rapidez). Este facto, muitas vezes, tem um impacto negativo no humor, sendo muito frequente estes doentes exibirem humor distímico (como neste caso). Esta informação pareceu produzir um efeito ansiolítico pois compreendeu que mais pessoas passam pelo que está a passar tendo sido importante relatar-se o caso de uma doente, também com essa doença reumática, seguida na consulta de psicologia.

Foram discutidos alguns dos fenómenos que parece apresentar que podem aumentar a dor tais como: pouca actividade (a actividade tem um efeito distractor sendo que quando o nível de actividade é mais elevado os doentes referem menos dores); depressão (leva a que o doente se envolva em menos actividade e conseqüentemente a menos sentimentos positivos e oportunidades de diversão. O humor piora, assim como as dores); e *stress* e tensão (pois a tensão muscular leva a que se experiencie mais dor). Para tentar lidar-se com a dor a doente é encorajada a: cumprir a medicação analgésica; realizar massagens, experimentar a acupuntura ou a hidroginástica; aumentar os níveis de actividade (dentro de padrões de realização tangíveis para esta doente); aprender a relaxar-se (encorajar a ouvir as suas músicas preferidas, a descansar uma sesta, por exemplo); planear objectivos realistas para si (planear actividades tendo em conta as suas limitações e capacidades).

Para se produzir ganhos a nível do humor, para além de se ter explicado a natureza do problema físico e das implicações no seu humor, aliadas a certas características de personalidade (como o perfeccionismo) tentou trabalhar-se as seguintes áreas: pensamentos negativos; nível de actividade; sistemas de suporte; e assertividade.

Para lidar com os pensamentos negativos da doente (de desvalorização, pensamentos automáticos negativos) explicou-se que a forma como pensamos determina a forma como nos sentimos (cf. Anexo 6) sendo, por parte da doente, percebida a importância de identificar quais os pensamentos negativos que ocorrem na sua cabeça. Após esta identificação dos pensamentos discutimos quais os sentimentos que acompanham estas cognições, geralmente sentimentos de tristeza e desvalorização. Este facto não explica, por si só, o quadro depressivo mas é um coadjuvante de peso. Após esta fase a doente é levada a criar pensamentos alternativos, reais e não imaginário ou irrealistas, associando-lhe emoções. A doente é levada a aplicar estas aprendizagens no seu dia-a-dia e a monitorizar as consequências: que impacto tiveram os seus “novos pensamentos” no seu comportamento e nas suas emoções e sentimentos.

Paralelamente, e como forma de reduzir tempos mortos em que a doente pode ruminar acerca das suas ideias negativistas e depreciativas acerca de si, são pesquisadas áreas de interesse desta doente. **D**³¹ refere gostar de bordados mas que não os pode executar como antes pois tem dores nas articulações e sente muita fadiga. Acrescenta gostar de fazer bolos, arranjar a casa e passear. De facto, os doentes com Fibromialgia não podem executar as actividades que gostam diariamente (pois há dias em que não se conseguem levantar da cama por fadiga excessiva e dores intensas) sendo, pois, negociado com esta doente que, quando se sentisse bem, realizasse as actividades que gosta (e.g. limpar a casa) mas que não excedesse as suas capacidades, ou seja, a doente consegue perceber quando está a esforçar-se mais que as suas possibilidades sabendo que, no dia seguinte, não será capaz de fazer nada. Desta feita, negocia-se com esta doente a realização das tarefas que deseja elucidando que, quando abusar e fizer mais do que consegue, isso irá impedir que faça outras coisas nos dias seguintes e, conseqüentemente, conduzirá a um aumento dos pensamentos negativos acerca de si. A doente referia, também, que se sentia incompreendida pela família e que gostava que estes se envolvessem mais nas actividades da casa e que percebessem que ela não era capaz de fazer a lida da casa como antes de ter esta doença. Ao mesmo tempo tenta-se desenvolver competências de assertividade, através de *role-play*, para discutir com a família os aspectos da sua doença e das implicações nas rotinas da casa.

Além de se ter trabalhado todas estas áreas, não pode deixar de referir-se que a psicoterapia, nomeadamente a terapia de suporte, e a relação terapêutica teve um papel muito importante na redução do humor distímico pois, de acordo com o relato da doente, “*faz-me muito bem vir aqui*” (sic).

Finalmente iniciou-se uma Terapia Focada nos Esquemas de forma a flexibilizar o seu esquema de *padrões excessivos* (perfeccionismo) que parece estar a contribuir, de forma irrefutável, para o quadro de humor aqui presente. Assim, através de flecha descendente conseguiu fazer com que a doente percebesse que, nas várias situações apresentadas como geradoras de tristeza, o mote era sempre o seu perfeccionismo que resultava depois em auto-criticismo e humor depressivo. Após esta compreensão por parte de D³¹ inicia-se um questionamento socrático como forma de debater a pertinência e adequação do esquema de *padrões excessivos* (perfeccionismo). A doente consegue perceber que o seu pensamento é desadequado no que respeita à forma como encara a vida doméstica e é incentivada a referir formas alternativas de pensar a respeito da arrumação da casa e do facto de não realizar determinadas tarefas ou de não as realizar como antes (criação de pensamentos racionais alternativos em resposta aos seus pensamentos auto-críticos). Esta intervenção terminou nesta fase em que este caso foi passado para a supervisora de estágio por término do estágio curricular.

Sugestão terapêutica: a manutenção do acompanhamento a este paciente revela-se de extrema necessidade pois o seu humor melhorou significativamente e é ainda necessária esta figura de suporte que representa o terapeuta.

2.4 Discussão do Caso

A doente veio encaminhada pelo seu médico psiquiatra e esteve presente em 6 sessões terapêuticas. Este acompanhamento teve como objectivo principal educar a paciente acerca da sua doença (implicações, comportamentos adequados e consequências por não levar a cabo comportamentos adequados).

Na primeira consulta a doente apresentou-se na companhia do marido, que pretendia sensibilizar para a sua problemática. Verbalizou as suas queixas que se prendiam, fundamentalmente, com a falta de capacidade percebida e com a falta de apoio por parte da sua família nuclear. Nesta queixa os objectivos terapêuticos passaram pela construção de uma relação terapêutica e por informar a doente e seu marido acerca da Fibromialgia e suas implicações. Esta primeira sessão destinou-se, essencialmente, para a doente ventilar as suas emoções e para se estabelecer uma relação terapêutica.

Na segunda sessão a paciente introduz uma nova temática, nomeadamente o assédio por parte de um primo que manteve em silêncio. Nesta consulta referiu melhorias no que respeita à atitude do marido acerca da sua doença. Aferiu-se a presença de ideação suicida e plano

para pôr termo à vida. Ideias de morte estavam presentes, porém a doente referiu não existir plano para o suicídio tendo sido discutidos motivos a favor e contra manter-se viva. Esta consulta foi, fundamentalmente, de psicoeducação onde se forneceu à doente informação acerca da sua doença, das implicações e de formas de lidar com as suas limitações.

Nas sessões seguintes avaliou-se a presença de ideação suicida (que foi desaparecendo). Nestas consultas (da 3^a a 4^a) a doente recebeu mais informação acerca da doença e de comportamentos adequados (tais como não realizar tarefas que exijam elevado esforço, descansar, quando se sentir com energia não realizar muitas tarefas nem tarefas extenuantes) (psicoeducação) de forma a evitar fadiga intensa e minorar a necessidade de permanecer dias na cama. Tentou planear-se actividades de mestria e prazer (a doente refere gostar de realizar trabalhos de bordados) de forma adequada às suas limitações. Foi combinado com a doente que, nos dias em que se sentisse bem fisicamente poderia bordar sem, no entanto, traçar objectivos irrealistas e que implicassem um emprego de esforço extra (o que se podia traduzir em fadiga intensa e impossibilidade de sair da cama no dia seguinte). Paralelamente, através de reestruturação cognitiva, tentou-se discutir a sua auto-crítica para que doente fosse capaz de avaliar-se não só por aquilo que consegue fazer, mas por aquilo que é.

Foram, ainda, nas 5^a e 6^a sessões, discutidas estratégias para envolver todos os elementos do agregado familiar nas tarefas domésticas de forma a **D**³¹ não se sobrecarregar (treino de resolução de problemas). A doente aprendeu a dividir tarefas e a ser assertiva no que respeita a essa divisão. Para avaliar essas competências realizaram-se *role-plays* das possíveis formas de discutir com os filhos sobre esta temática assim como sobre as características da sua doença. Adicionalmente recorreu-se a reestruturação cognitiva com o intuito da doente flexibilizar o seu perfeccionismo e a sua auto-crítica (recorremos a questionamento socrático e flecha descendente).

A terapia parece ter produzido mudanças significativas uma vez que a doente aprendeu a lidar com as suas limitações físicas, com a ansiedade que lhe causavam as coisas não arrumadas de forma irrepreensível.

Esta doente parece ser bastante perfeccionista e exigente consigo mesma sugerindo a existência de um esquema de padrões excessivos/rígidos pois o que quer que realize não é suficientemente bem feito e, devido à sua doença, por não ser capaz de realizar as tarefas que antes realizava da forma como o fazia exhibe sentimentos de tristeza por percepção de perda de capacidade e por poder pensar que os outros não gostam tanto dela porque acham que é preguiçosa ou incompetente. Estes seus sentimentos de tristeza, aliados a outros sintomas

parecem corresponder a um quadro de perturbação de humor secundária a um estado físico geral com características semelhantes a um episódio depressivo pois apresenta:

- ✘ Humor depressivo durante a maior parte do dia;
- ✘ Diminuição do prazer nas actividades realizadas;
- ✘ Perda de apetite;
- ✘ Sentimentos de desvalorização;
- ✘ Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto;
- ✘ Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo e deficiência no funcionamento social e ocupacional;
- ✘ Os sintomas não são melhor explicados por luto.

Este quadro parece ter sido precipitado pelo diagnóstico da Fibromialgia e pela emergência dos sintomas e limitações inerentes. Paralelamente surgem os sentimentos de incompreensão por parte do marido e sentimentos de desvalorização do *self* “*não presto para nada*” (sic). Um possível quadro de agorafobia, cerca de dois anos antes do diagnóstico desta doença reumática, e tratamento dos sintomas ansiógenos pode ter contribuído para uma vulnerabilidade para o desenvolvimento desta perturbação de humor e, talvez, para as diminutas aptidões de *coping* face a esta doença. Os seus padrões de funcionamento e realização elevados podem, também, ter contribuído para a forma como esta lida com a doença (apresenta uma maior desconforto por ter ser perfeccionista e exigente consigo mesma) e, conseqüentemente, para o seu humor distímico. Para além disso, estas suas características de personalidade funcionam como mecanismo de manutenção de esquema perpetuando a sua forma de funcionamento, a sua auto-crítica e a conseqüente perturbação de humor.

2.5 Considerações Finais

Esta doente mostrou-se muito fragilizada no início da terapia, muito triste e incompreendida. Ao longo da intervenção, que teve muito de suporte, a doente mostrou grandes melhorias do seu humor, estava sorridente a maior parte das vezes e era capaz de se rir quando algo não estava feito como gostaria.

No que dizia respeito à resolução de problemas, nomeadamente no envolvimento dos filhos nas actividades domésticas, houve uma evolução muito significativa na atitude da doente. Inicialmente mostrava-se muito passiva, sentia-se muito triste por os filhos não a compreenderem e por não ajudarem nas tarefas de casa mas não era capaz de pedir ajuda, preferia prejudicar-se e realizar as actividades com extrema dificuldade.

Numa fase posterior mostrava-se agressiva referindo um episódio em que tirou a roupa de cama de um dos filhos e colocou a lavada em cima da mesma sem pedir ao filho que arrumasse a sua cama. Finalmente mostra-se capaz de ser assertiva e discutir com a família acerca da sua doença e limitações inerentes e da lida da casa no sentido de dividir as tarefas por todos os elementos do agregado familiar.

Esta doente repetia, muitas vezes, que não sabia o que teria sido se não iniciássemos a psicoterapia atribuindo elevada importância à relação terapêutica que mantínhamos. Este facto fez-me pensar acerca da importância da escuta activa, de uma postura empática e do papel que o psicoterapeuta tem (ou devia ter). Esta doente foi extremamente importante para perceber que a psicoterapia não é o que vem escrito nos livros, não algo estanque e objectivo, tem muito de afecto e de amor, pois na relação terapêutica o terapeuta que não “ame” os doentes, que não sinta (ou que não tente sentir) o sofrimento dos doentes não os pode ajudar. As melhoras que são produzidas são produto do saber (sem dúvida), das técnicas objectivas, mas só ocorrem pela díade doente-terapeuta que só me parece capaz de produzir efeito quando o doente percebe que o terapeuta o compreende e que o quer ajudar, que foi o que aconteceu, fundamentalmente, neste caso.

3. Estudo de Caso: adulto do sexo feminino, gestante, com sintomatologia ansiosa e depressiva

3.1 Informação Clínica do Doente

Paciente de 31 anos, do sexo feminino, grávida de 26 semanas. É casada, há 10 anos, e refere que é um casamento feliz, caracterizando o seu relacionamento como “*bom*” (sic). De acordo com o cônjuge, “*sou muito perfeccionista*” (sic). Refere “*tenho um cão, labrador, dentro de casa e larga muito pelo e estou sempre a aspirar o pêlo porque não gosto de ver no chão*” (sic).

A paciente é fumadora há alguns anos referindo que “*fumo desde os tempos de escola*” (sic).

A doente é filha única e os seus pais são comerciantes, “*os meus pais tinham um negócio e não tinham tempo para mim*” (sic) e acrescenta que “*com 8 anos cozinhava*” (sic), “*tive de crescer muito depressa*” (sic). Os seus pais, de acordo com a doente, não prestava a atenção e o carinho de que gostaria.

A paciente refere que a sua mãe “*teve muitas depressões*” (sic) e caracteriza-a como “*muito nervosa*” (sic).

Pouco tempo após o seu casamento faleceu o seu avô “*eu vi morrer o meu avô*” (sic), “*eu era uma neta querida para ele*” (sic) referindo que “*talvez me tenha assustado*” (sic) e tenha emergido o “*medo de perder as pessoas que estão à minha volta*” (sic).

Tem uma filha, a R., de 9 anos, e refere que “*o parto foi complicado*” (sic) e que “*se naquela hora (trabalho de parto) não me pusessem o registo (para monitorizar o bebé) a minha filha podia não ter sobrevivido*” (sic), “*ela esteve em risco de vida*” (sic). A sua filha foi asmática até aos 7 anos de idade, “*noto que criei uma grande ansiedade nessa altura*” (sic).

O relacionamento com a filha é de extrema preocupação, a paciente diz que não quer que a filha sinta a falta dos pais como ela sentiu “*eu não quero que a minha filha (mais velha) tenha uma infância como a minha*” (sic). Diz participar em vários interesses da filha, ouvindo a música que gosta, estando presente nas cerimónias dos escuteiros, leva a filha à escola e vai buscá-la, “*eu estudo com ela*” (sic). Em relação ao próximo nascimento da bebé, a paciente diz ter falado com os seus familiares próximos no sentido de manterem a atenção que dão à sua filha mais velha quando a bebé nascer “*já lhes disse para a R. não se sentir excluída, quando alguém tiver com a bebé alguém tem de ir para ao pé da R.*” (sic).

Apresenta-se sozinha à consulta à qual chega pontualmente. Encontra-se vestida de acordo com a idade e estatuto sócio-económico e parece consciente e orientada no tempo e no espaço, auto e alo psiquicamente. Apresenta choro fácil perante a temática morte. O seu discurso é coerente e directo e o tom de voz é adequado. Responde facilmente ao que lhe é pedido, sem rodeios, apresentando uma postura bastante colaborativa. Mantém contacto ocular sem dificuldade não manifestando desconforto por falar acerca dos problemas justificando “*preciso da vossa ajuda*” (sic). Parece preocupada e ansiosa pela sua sintomatologia. Por se encontrar grávida foi-lhe sugerido o abandono da medicação psiquiátrica.

A doente refere que desde há 3 anos apresenta “*pânico*” (sic) e que esse facto lhe provoca muito mal-estar e apreensão. Diz ter medo da morte e das implicações da sua situação clínica.

A paciente relata a existência de insónias iniciais, taquicardia, cefaleias e diz sentir-se “*muito agoniada*” (sic) acrescentando que esta sintomatologia “*vem do nada*” (sic). Estas crises iniciam-se com enjoos sendo que os sintomas mais intensos são “*pressão muito forte na cabeça e falta de ar*” (sic) o que leva a que se sinta “*muito aflita porque parece que não consigo respirar*” (sic). Esta sintomatologia, geralmente, dura poucos minutos e após estes sintomas a doente manifesta sentimentos de preocupação acerca da eventualidade de surgirem, de novo estes sintomas. Estas queixas ressurgiram em Junho, altura em que experienciou uma nova recaída, tendo uma nova “*crise*” (sic).

A paciente relata que, perante estes sintomas “*começo a ficar assustada*” (sic) pensando “*eu devo ter outro problema de saúde*” (sic). Esta sua preocupação aumenta à medida que se foca nas sensações corporais exacerbando-se, também, os sintomas.

Ao final do dia diz sentir tensão abdominal preocupando-se acerca da possibilidade de ter um parto prematuro e de ter algum problema. Esta “*barriga rija*” (sic) poderá dever-se, de acordo com o seu obstetra, à sua ansiedade.

A paciente diz ter “*medo de ir para algum lado e acontecer-me alguma coisa*” (sic) e “*quando tinha aquelas crises, em casa estava bem*” (sic). A paciente evita locais com muita gente.

Esta sintomatologia ansiosa, de acordo com os registos de auto-monitorização parece surgir quando a paciente não está focalizada na realização de uma tarefa, ou seja, quando “*não estou a fazer nada*” (sic) nomeadamente “*jantar*” (sic), “*estava sentada no sofá*” (sic).

A paciente relata um episódio em que planeou sair uma tarde com o marido, a filha e um casal amigo, o que se concretizou, porém, no local onde estavam todos reunidos começou a sentir taquicardia e a “*sentir-me agoniada*” (sic) tendo regressado a casa.

Esta sintomatologia não parece interferir na sua vida profissional já que vai, diariamente, para a sua loja. No que respeita à família a doente diz que interfere nas rotinas uma vez que se recusa a realizar actividades com o marido e filha por recear o surgimento da sintomatologia e que algo de mal lhe aconteça. Passatempos como passear, ir às compras, ir de férias, viajar, que antes de emergirem estes sintomas eram consideradas actividades prazerosas, constituem motivo de apreensão e desconforto para a doente que, por estes motivos, diz ter alterado comportamentos (evita ir a locais com muita gente ou, quando tem de os frequentar, abandona-os o mais rapidamente possível). As suas áreas de interesse pré-mórbido, como ir de férias e passear, não constituem fonte de prazer, antes de preocupação.

Actualmente, e por esta situação, encontra-se a tomar *alprazolam*.

O seu marido diz-se incomodado com o problema da esposa que, de acordo com este, “*preocupa-se demais*” (sic). A paciente, por seu turno, diz-se incompreendida pelo marido “*ele não compreende o meu problema*” (sic) entristecendo-se com esse facto. Acrescenta que as atitudes de incompreensão são partilhadas pelos seus pais “*o meu pai diz-me: és uma fracota*” (sic) e acrescenta “*ninguém compreende o meu sofrimento*” (sic).

Diz ter muito medo de morrer acrescentando “*acho que sou muito obsessiva com a minha filha e tenho medo de deixá-la sozinha se morrer*” (sic). A paciente é fumadora e percebe que ter fumado na primeira gestação contribuiu para que a sua filha tivesse problemas respiratórios (asma) referindo “*sinto-me muito culpada, sinto-me muito má mãe*” (sic), “*sinto-me frustrada e depois culpada, muito muito*” (sic).

A paciente teve um parto complicado na sua primeira gravidez pelo que se encontra a ser seguida pelo médico de família mas também por uma ginecologista particular pois esse facto dá-lhe alguma segurança em relação à sua gravidez. Diz ter “*medo do parto*” (sic) baseando-se na sua anterior experiência aquando da gravidez da sua primeira filha. Refere que tem uma amiga que estava grávida e que teve de fazer um aborto devido a deficiência do feto e mostra-se receio de que tal aconteça consigo, temendo que o facto de fumar possa ter alguma implicação numa possível má-formação do seu bebé. No início da gravidez teve “*perdas de sangue*” (sic), “*descolamento da placenta, pensei que estava a perder o bebé*” (sic) e teve de ter “*repouso durante 3 semanas*” (sic). Acrescenta “*tenho um horror ao hospital, um horror, um horror*” (sic) e “*acho que o meu medo e ansiedade vem daí (de estar grávida)*” (sic).

Esta gravidez não foi planeada pelo que se encontrava medicada com *paroxetina* e *alprazolam*, que teve de cessar referindo ter sido “*muito complicado*” (sic). Por este facto diz criticar-se “*critico-me muito porque não foi isto que eu idealizei*” (sic) pois “*antes de engravidar queria ter terminado o tratamento e deixado de fumar*” (sic).

A presente gestação está a ser cuidadosamente acompanhada medicamente “*tenho dois obstetras*” (sic) opção tomada pela doente que diz sentir-se mais tranquila desta forma. Esta sua decisão baseia-se no facto de um deles permitir a realização de ecografias todos os meses “*faço ecografias todos os meses*” (sic) e de outro ter a possibilidade de acompanhar o seu parto no hospital. Após estes exames a doente diz sentir-se “*mais tranquila, mas dois dias depois estou na mesma (preocupada)*” (sic). Acrescenta “*já perguntei aos médicos de faz mal ao bebé tantas ecografias, mas eles disseram que não, assim penso que não há problema*” (sic). Mostra-se insegura e revoltada pelo facto do seu obstetra (que a assistirá no hospital) não perceber as suas queixas e o seu medo do parto “*tenho medo de não conseguir contribuir*” (sic). Estas questões, seguindo a doente, seriam minoradas se o médico aceitasse realizar o parto por cesariana porém este diz “*está tudo a correr para um parto normal*” (sic). A paciente tem, ainda, um acompanhamento psiquiátrico.

A doente é fumadora e esta sua adição constitui um motivo de grande preocupação “*eu gostava de ter deixado de fumar antes de engravidar, mas não foi planeado (a gravidez)*” (sic). A paciente refere fumar, em média, 10 cigarros diários acrescentando “*não consigo reduzir*” (sic). A sua percepção de falta de controlo no comportamento de fumar parece gerar sentimentos de culpabilidade “*culpo-me muito por fumar, a R. tem problemas de asma e tenho medo que o bebé sofra por eu fumar*” (sic). O consumo de tabaco antes da gravidez era semelhante ao actual sendo que, quando mais ansiosa ou preocupada, “*fumo mais cigarros*” (sic). Este consumo não consegue ser reduzido actualmente uma vez que os objectivos (e.g. reduzir um cigarro) não são cumpridos e, por não conseguir o resultado esperado, critica-se e fuma mais.

A paciente que gosta de passear, fazer sky e de “*conviver e estar com os amigos*” (sic) diz “*acabo por ficar deprimida porque não consigo estar bem-disposta*” (sic), “*sinto-me um bocado incapaz*” (sic). Acrescenta “*não tenho alegria para nada*” (sic), “*sinto muita tristeza e angústia*” (sic) referindo, ainda, desmotivação, perda de apetite, dificuldades em dormir (insónias iniciais, intermédias), ideias acerca da morte, desvalorização “*acho-me muito má mãe*” (sic) e culpa excessiva “*culpo-me muito*” (sic). Esta sintomatologia, que refere não perceber o porquê do seu surgimento “*não tenho motivos nenhuns para estar assim*” (sic), motivou o início de um tratamento farmacológico com *sertralina*.

Este tratamento medicamentoso parece ser fonte de preocupação para a doente “*tenho medo que faça mal ao bebé, os médicos dizem que não mas também se enganam*” (sic). Para além disto, esta medicação vai impedir que a paciente possa amamentar a sua filha. Estas duas questões activam a sua autocrítica pois a paciente refere “*isso faz-me sentir que sou má mãe*” (sic). Acrescenta “*não estou preparada para ser mãe*” (sic) e “*não vou cuidar da bebé convenientemente*” (sic).

O actual estado de humor da doente parece ser fonte de preocupação para o marido “*ele tem medo que eu me vá abaixo como das outras vezes*” (sic). Este seu estado de humor parece ser, de acordo com a paciente, verificado quase todos os dias a maior parte do dia.

D³⁶ diz que, se o seu estado de humor fosse diferente “*gozava a gravidez, e eu não estou eufórica como devia estar*” (sic) e “*ia para todo o lado*” (sic), “*assim não me apetece ir para lado nenhum, não tenho vontade*” (sic) acrescentando “*não era para estar assim*” (sic).

As ideias de morte estão muito presentes, refere “*tenho muito medo que morra alguém de quem eu gosto*” (sic), e provocam elevado sofrimento, “*desde que o meu avô morreu*” (sic) sendo que esta diz não ser capaz de ver as fotografias deste familiar ou mesmo o seu filme de casamento (em que ele aparece nos últimos tempos de vida, já bastante debilitado) “*quando o via passava sempre à frente as cenas em que aparecia o meu avô*” (sic).

A paciente parece muito motivada para a terapia uma vez que refere que estas problemáticas interferem negativamente na sua vida causando sofrimento. Como tal, tenta levar a cabo o que é trabalhado em consulta e acredita em mudanças terapêuticas.

Estas dificuldades surgiram há 3 anos e na época “*pensei que me estava a dar alguma coisa cardíaca*” (sic) tendo experienciado taquicardia, sudorese, “*não conseguia falar*” (sic), cefaleias e medo de morrer. Nesta altura recorre ao serviço de urgência onde lhe foi prescrito *sedoxil*. A paciente não manifestou melhoras na sua sintomatologia tendo voltado, no dia seguinte, ao hospital. Os sintomas de ansiedade têm coexistido com depressivos ao longo deste período sendo que a paciente não consegue identificar um acontecimento que possa ter iniciado qualquer um dos episódios.

Este verão tinha planeado umas férias com o marido e a filha referindo “*tive que ir ao médico lá*” (sic) acrescentando que a antecipação da viagem lhe causou muita ansiedade. Durante essas férias passou a maior parte do tempo na cama não acompanhando a família à praia. Nesta altura a doente encontrava-se a fazer um tratamento psiquiátrico (*paroxetina*) para queixas de ansiedade e humor ao qual diz ter tido problemas de adaptação. Este tratamento, ao contrário dos outros que “*deixava de tomar quando me sentia bem, que está errado*” (sic) pois acredita que o tratamento psiquiátrico deve ser encarado de forma séria e a

sua cessação deve ser por orientação médica. Encontrava-se, actualmente a realizar um tratamento que estava a ser encarado com maior conhecimento e responsabilidade por si “*eu queria fazer o tratamento direitinho*” (sic). No entanto o tratamento teve de ser interrompido de forma abrupta uma vez que “*fiquei grávida*” (sic)

A problemática de humor distímico surge após o surgimento de problemas de ansiedade mas a doente não consegue identificar um acontecimento despoletador. Na consulta o que foi visível um gradual surgimento de sintomas depressivos. Estes sintomas, de acordo com a doente, agrava, o seu estado uma vez que se sente mais desmotivada para trabalhar, passear, ir às compras (entre outros).

3.2 Enquadramento Teórico

A gravidez é uma fase que implica alterações significativas nas mulheres (e também nos homens) que sofre influência do *stress* e do suporte social. Algumas das fontes mais importantes de *stress* incluem a alteração de papel, do estilo de vida e dificuldades no relacionamento. As consequências destes factores podem ser amplificadas por alterações hormonais e por acontecimentos de vida negativos (Glazier, Elgar, Goel & Holzapfel, 2004). Nesta fase, a capacidade da mulher se visualizar como mãe desempenha um papel central na preparação psicológica para a parentalidade (Coleman, Nelson & Sundre, 1999). A paciente, nesta fase, está muito preocupada acerca da sua capacidade para desempenhar o seu papel de mãe e cuidar da sua nova filha referindo “*não estou preparada para ser mãe*” (sic) e “*não vou cuidar da minha filha (mais velha) convenientemente*” (sic).

A gravidez e o pós-parto são exemplos de situações indutoras de *stress* em que se supõe que as mulheres empreguem estratégias de regulação das emoções e *stress* e resolução de problemas que constituem um factor *stressor*. No caso destas não existirem as mulheres terão maior propensão a experimentar sintomas ansiosos e depressivos (Cury, Tedesco, Kahhale, Menezes & Zugaib; 2004), os mais comuns nestas fases (Cooper *et al.*, 1988, cit. por Börjesson, Ruppert & Strindlund, 2005; Van Pragg, 2001, cit. por Diego, Field, Hernandez-Reif, Cullen *et al.*, 2004). Esta doente, que apresenta história passada de PP e depressão, parece, de facto, não possuir estratégias de *coping* adequadas que lhe permitam lidar com preocupações acerca da gravidez e do seu estado de saúde geral, podendo isso a vulnerabilizar para o quadro depressivo que manifesta actualmente. A paciente avalia o seu estado actual como uma possível consequência da sua gravidez “*acho que o meu medo e ansiedade vem daí (de estar grávida)*” (sic).

Marcus, Flynn, Blow e Barry (2003, cit. por Bonari, Pinto, Ahn, Einarson, Steiner & Koren, 2004) referem que cerca de 20% das mulheres experienciam depressão durante a gravidez, fase que juntamente com a de pós-parto, pode precipitar sintomatologia desta índole (Cohen, Nonacs, Bailey, Viguera, Reminick, Altshuler *et al.*, 2004). Durante a gestação, fase que é descrita, com frequência, como uma fase de bem estar-emocional (Kendell *et al.*, 1987, cit. por Cohen, Nonacs, Bailey, Viguera, Reminick, Altshuler *et al.*, 2004; Bonari, Pinto, Ahn, Einarson, Steiner & Koren, 2004) e felicidade (Bonari, Pinto, Ahn, Einarson, Steiner & Koren, 2004), grande parte destas mulheres não procura tratamento manifestando sentimentos de culpa por apresentar esta sintomatologia. Estes sentimentos de culpa estão, também, presentes nesta doente que se avalia, por se sentir triste e deprimida, como “*muito má mãe*” (sic) acrescentando que, por apresentar estes sintomas nesta fase gestacional, “*culpo-me muito*” (sic) acrescentando “*não era para estar assim*” (sic).

Corroborando o supra mencionado Buist (2000, cit. por Bonari, Pinto, Ahn, Einarson, Steiner & Koren, 2004), Cohen, Nonacs, Bailey, Viguera, Reminick, Altshuler *et al.* (2004) referem que a gravidez parece constituir um factor de risco para a mulher desenvolver depressão major o que contraria a ideia de que este estado seria protector pois parece existir uma taxa de cerca de 50% de reintrodução de antidepressivos durante a gravidez em mulheres que cessaram a sua toma perto da concepção (Cohen *et al.* 2004b, cit. por Cohen, Nonacs, Bailey, Viguera, Reminick, Altshuler *et al.*, 2004; Cohen, Nonacs, Bailey, Viguera, Reminick, Altshuler *et al.*, 2004) o que sugere a presença de recaída, sendo que esta tende a ser mais rápida em mulheres com história de depressão severa (Nonacs & Cohen, 2002; Altshuler, Hendrick & Cohen, 1998; Marcus, Flynn, Blow & Barry, 2003, cit. por Bonari, Pinto, Ahn, Einarson, Steiner & Koren, 2004). A paciente tem uma história, desde há 3 anos, de episódios depressivos e ansiosos. Este facto parece ter contribuído para, nesta fase de maior vulnerabilidade, a doente recair. De referir que, antes de ter engravidado (gravidez não planeada), se encontrava a fazer um tratamento farmacológico. Este tratamento foi suspenso pelo seu psiquiatra (o seu obstetra defendia que o tratamento farmacológico deveria ser mantido) e, mais tarde, mesmo recorrendo a psicoterapia, a paciente recaí e é-lhe, novamente, introduzido o anti-depressivo.

Existem, ainda, evidências para se afirmar que as mulheres em idade fértil apresentam, com frequência, depressão *major* (Stocky & Lynch, 2000; D’Alfonso, Lovenitti, Casacchia & Carta, 2002 cit. por Bonari, Pinto, Ahn, Einarson, Steiner & Koren, 2004) o que explica, de certa forma, a elevada taxa de depressão na gravidez.

A sintomatologia depressiva parece aumentar do primeiro para o segundo trimestre (Hoffman & Hatch, 2000, cit. por Diego, Field, Hernandez-Reif, Cullen *et al.*, 2004) e diminuir desde o terceiro trimestre até ao fim da gestação (Backawalter *et al.*, 1999; Ritter, Hobfoll, Lavin, Cameron & Hulsizer, 2000 cit. por Diego, Field, Hernandez-Reif, Cullen *et al.*, 2004). Nesta doente isso foi notório uma vez que a sintomatologia que apresentava no início do acompanhamento (às 16 semanas de gestação) se prendia com ansiedade. Gradualmente foi manifestando sintomatologia ansiosa que ia aumentando sendo que, no final da gestação a sua ansiedade, medo do parto, visão negativa do eu, do futuro e do mundo e outros sintomas depressivos diminuíram significativamente (percepção partilhada pelo terapeuta e doente).

A depressão nesta fase é, com frequência, sub-diagnosticada e como esta sintomatologia se tende a agravar no pós-parto pois em casos em que existem elevados níveis desta sintomatologia durante o segundo e terceiro trimestre há um maior risco de dificuldades de adaptação no puerpério. A aproximação do parto levou a um aumento de sentimentos de ansiedade e receio relativamente ao parto e pós-parto “*tenho medo de piorar*” (sic) (Misri, Oberlander, Fairbrother, Carter, *et al.*, 2004). Assim, torna-se essencial a sinalização e tratamento de sintomas depressivos durante a gestação de forma a reduzir os custos de saúde e, mais importante, o sofrimento das mulheres (Cohen, Nonacs, Bailey, Viguera, Reminick, Altshuler *et al.*, 2004; Glazier, Elgar, Goel & Holzapfel, 2004; Nysten, Segre & O’Hara, 2005).

Esta sintomatologia durante a gravidez terá o contributo de vários factores como: conflitos com o cônjuge; acontecimentos de vida negativos; percepção de estar menos saudável que as outras grávidas; e sentimentos de insatisfação com a gravidez. A paciente refere sentir-se incompreendida pelo marido “*ele não compreende o meu problema*” (sic) o que a entristece. Nesta fase, a doente parece activar memórias referentes ao seu parto anterior, dificuldades e perigos associados “*o parto foi complicado*” , “*a minha filha (...) esteve em risco de vida*” (sic) acrescentando ter “*medo do parto*” (sic) e “*medo de não conseguir contribuir*” (sic). Como D³⁶ é fumadora (e isso pode estar relacionado com problemas de asma da filha mais velha) e receia prejudicar a bebé “*culpo-me muito por fumar, a R. tem problemas de asma e tenho medo que o bebé sofra por eu fumar*” (sic). Paralelamente, ao facto de fumar, doente pode avaliar a sua saúde como mais afectada que as outras mulheres também pelo facto de, no início da gestação ter tido “*perdas de sangue*” (sic), “*descolamento da placenta, pensei que estava a perder o bebé*” (sic).

Por outro lado, o suporte social percebido parece funcionar como factor protector de sintomatologia ansiosa e depressão e com um aumento de auto-estima e satisfação durante a gravidez e puerpério (Glazier, Elgar, Goel & Holzapfel, 2004). A doente não percebe o suporte social pois entende que o marido não a compreende, assim como alguns amigos e os seus pais “*o meu pai diz-me: és uma fracota*” (sic).

As mulheres grávidas deprimidas tendem a fumar mais (e a ter outros comportamentos aditivos) durante a gravidez que mulheres grávidas não deprimidas (Zuckerman, Amaro, Bauchner & Cabral, 1989, cit. por Diego, Field, Hernandez-Reif, Cullen *et al.*, 2004; Bonari, Pinto, Ahn, Einarson, Steiner & Koren, 2004) o que sugere que a presença de sintomatologia depressiva constitui um factor preditor de fumar durante a gravidez (Zuckerman, Amaro, Bauchner, & Cabral, 1989; Hanna, Faden & Dufour, 1994; Pritchard, 1994; Zhu & Valbo, 2002) justificado pelo facto deste comportamento aditivo ser, tendencialmente, omitido ao médico assistente (Anda, Williamson, Escobedo, Mast, Giovino & Remington, 1990; Covey, Glassman & Stetner, 1999; Niaura, Britt, Shadel, Goldstein, Abrams & Brown, 2001; Burgess, Kahler, Niaura, Abrams, Goldstein & Miller, 2002; Blalock, Fouladi, Wetter & Cinciripini, 2005). De facto, diz não ser capaz de deixar de fumar (e os objectivos, pouco ambiciosos, delineados na consulta não conseguiram ser atingidos). A doente é fumadora e esta sua adição constitui um motivo de grande preocupação “*eu gostava de ter deixado de fumar antes de engravidar, mas não foi planeado (a gravidez)*” (sic). A paciente refere fumar, em média, 10 cigarros diários acrescentando “*não consigo reduzir*” (sic). Acrescenta “*culpo-me muito por fumar, a R. (filha mais velha) tem problemas de asma e tenho medo que o bebé sofra por eu fumar*” (sic). Quando se sente ansiosa, “*fumo mais cigarros*” (sic).

Esta sintomatologia depressiva pode manifestar-se, ainda, no pós-parto sendo que existem alguns factores que a podem predispor.

A raça parece ser um factor que influencia a ocorrência de sintomatologia depressiva no pós-parto pelo que as mulheres brancas têm maior probabilidade de apresentar este tipo de sintomatologia no pós-parto (Kessler *et al.*, 1994 cit. por Cury, Tedesco, Kahhale, Menezes & Zugaib, 2004). A submissão a tratamentos psiquiátricos e a existência de psicopatologia durante a gestação constituem factores de risco para um quadro depressivo no puerpério (as mulheres deprimidas durante a gravidez tendem a recair no pós parto) (Bernazzani *et al.*, 1997; Kumar & Robson, 1984; O’Hara & Swain, 1996; Zuckerman *et al.*, 1989, cit. por Börjesson, Ruppert & Strindlund, 2005; Perren, Wyl, Bürgin, Simoni. & Klitzing, 2005; Börjesson, Ruppert & Strindlund, 2005). Esta doente é de raça branca e foi já submetida a

tratamentos psiquiátricos antes desta gravidez por presença de psicopatologia o que pode vulnerabilizado para o quadro que apresenta actualmente.

O'Hara e Swain (1996, cit. por Perren, Wyl, Bürgin, Simoni. & Klitzing, 2005) e Beck (2001, cit. por Perren, Wyl, Bürgin, Simoni. & Klitzing, 2005) acrescentam como factores de risco: história de psicopatologia; história de familiar ou pessoal de depressão; existência de perturbação psicológica durante a gravidez; ansiedade pré-natal; baixa auto-estima ansiedade para cuidar do bebé; temperamento difícil do bebé; nascimento da criança; acontecimentos de vida negativos; falta de suporte social; relação conjugal pobre; *blues* materna; estado civil (ser solteira); baixo nível sócio económico; e gravidez não planeada. Esta paciente apresenta: história passada de psicopatologia; história de depressão pessoal e da sua mãe (“*teve muitas depressões*” (sic) e é “ *muito nervosa*” (sic)); presença de psicopatologia durante a gravidez; ansiedade pré-natal referindo medo que algo de mal possa acontecer, medo de perder o bebé, medo de que o tabaco possa causar problemas à criança, medo de não ser uma boa mãe; baixa auto-estima e ansiedade para cuidar do bebé referindo “*não estou preparada para ser mãe*” (sic) e “*não vou cuidar da Ana convenientemente*” (sic). Teve uma experiência traumática no primeiro parto (a filha “*esteve em risco de vida*” (sic)) e refere sentimentos de incompreensão por parte do marido, família e amigos.

3.3 Intervenção Realizada

Esta doente recebeu acompanhamento quase todas as semanas no período compreendido entre 28 de Janeiro e 9 de Junho de 2008. Iniciou a psicoterapia por várias razões, que são elas: pareceu um caso de ansiedade elevada; mostrava humor distímico; estava grávida; tinha história de perturbação de humor e ansiosa; e era fumadora. A doente mostrava-se muito preocupada com o parto e ansiosa no que dizia respeito ao facto de fumar e de, com esse comportamento, prejudicar a saúde da sua bebé. A intervenção neste caso iniciou-se na segunda consulta.

Numa primeira fase achou-se pertinente dedicar a intervenção a terapia de suporte para que a doente se sentisse apoiada e pudesse falar do que sente sem reservas ou restrições (o que acontecia no seu meio familiar). A doente referia a importância que este

D³⁶ parecia possuiu esquemas de *vulnerabilidade ao mal e à doença, padrões excessivos* (perfeccionismo) e *abandono/perda*. Para que a doente tomasse conhecimento deste seu funcionamento cognitivo recorreu-se à técnica fecha

descendente. A doente, por exemplo relativamente ao esquema de padrões excessivos, foi levada a descobri-lo de forma guiada através de questões como se ilustra de seguida:

Terapeuta: *Como se sente quando as coisas estão fora do lugar?*

Paciente: *Sinto-me ansiosa porque não gosto das coisas desorganizadas.*

Terapeuta: *Porquê?*

Paciente: *Porque acho que as pessoas devem ter as coisas organizadas e a casa limpa.*

Terapeuta: *E se não tiver, o que pensa?*

Paciente: *Que sou incompetente.*

Terapeuta: *Então quem não tiver as coisas organizadas é incompetente?*

Paciente: *Não. Eu é que acho isso de mim.*

Terapeuta: *E quando não faz assim as coisas, o que faz?*

Paciente: *Critico-me.*

Este diálogo parece ilustrar a presença de um esquema de padrões excessivos que leva ao autocrítico quando os padrões elevados não são atingidos. Este facto foi explicado à paciente, que compreendeu de forma adequada. Esta estratégia foi repetida de forma mais ou menos estruturada para que a doente compreendesse a presença dos outros dois esquemas supramencionados.

Após identificados estes esquemas (que prejudicam o funcionamento e contribuem para o aumento da ansiedade e humor distímico) e percebida a relação deste com o pensamento e os sentimentos (cf. anexo 6) é iniciada uma Terapia Focada nos Esquemas. Para tal pareceu importante identificar pensamentos automáticos negativos e criar, para cada um deles, um ou vários pensamentos racionais alternativos. Assim, para contestar os esquemas, estabeleceu-se uma distinção entre pensamentos e factos (por pensar que é desmazelada por não ter a casa impecavelmente limpa não significa que o seja), pediu-se à doente que registasse os seus pensamentos automáticos negativos (tendo-se, previamente, explicado que estes pensamentos eram gerados por erros de processamento de informação e por esquemas disfuncionais – e foram explicados estes construtos de forma simplista) e solicitou-se que criasse o maior número possível de alternativas, ou seja, de pensamentos racionais alternativos. Posteriormente era solicitado à doente que avaliasse de 0 a 100 o grau em que acreditava em cada um dos pensamentos. Após esta avaliação estes pensamentos eram discutidos, recorria-se muitas vezes a testes de evidências. Numa fase final pedia-se à doente que defendesse os pensamentos racionais alternativos que lhe pareceram mais adequados enquanto que

o terapeuta defendia os pensamentos automáticos negativos. Desta forma a doente era levada a pensar em argumentos a favor destes pensamentos o que poderia beneficiar a sua compreensão e fomentar adesão a estas formas alternativas de pensar sobre as suas realidades.

Estes esquemas, que pareciam interferir de forma negativa no funcionamento da doente, foram o alvo de quase todas as sessões terapêuticas. No entanto, como a doente apresentava sintomatologia ansiosa, nomeadamente panicogénica sentiu-se a necessidade de intervir na ansiedade. Para tal recorreu-se a psicoeducação acerca da ansiedade e do que são ataques de pânico e perturbação de pânico. Explicou-se que esta sintomatologia é extremamente desagradável porém não tem consequências mais graves que o desconforto e a sensação de falta de ar (sintoma muito proeminente nesta paciente). Explicou-se o que é a ansiedade e distinguiu-se a ansiedade normal da patológica e que estes sintomas atingem um pico mas que depois volta ao estado basal. Abordaram-se as três componentes da ansiedade: a cognitiva, fisiológica e a motora. No caso de **D³⁶** pensa que lhe vai faltar o ar e vai morrer, sente aperto no peito e falta de ar e evita sair com os amigos ou vai ao hospital para ser assistida. Também foi explicado o modelo da PP e construído o seu idiossincrático com a sua participação (cf. Anexo 2).

Para que a doente não se foque nos sintomas ansiosos tentou-se trabalhar técnicas de relaxamento e distração, nomeadamente tomar um banho quente, receber uma massagem, sentar-se confortavelmente no sofá e ouvir música (o relaxamento muscular progressivo não foi empregue neste caso por a doente se encontrar grávida e por haver literatura que não aconselha estas práticas durante a gestação). Também se recorreu a técnicas cognitivas para lidar com os sintomas da perturbação de pânico de forma similar ao que foi discutido quando foi referida a intervenção nos esquemas.

Quando a doente mostrou os primeiros sintomas depressivos iniciou-se a psicoterapia explicando-se o que é a depressão (uma perturbação do humor que é experienciada por um grande número de pessoas) e que parece ser bastante comum durante a gestação. O facto da doente ter sido informada da frequência deste quadro em mulheres grávidas parece ter contribuído para reduzir o seu auto-criticismo.

Foi explicada à doente a relação entre o pensamento, humor e comportamento (cf. Anexo 6) e sugeridas formas para reduzir os sentimentos depressivos que são: compreender o problema (foi explicado à doente as possíveis razões para a emergência destes sintomas); discutir a forma de pensar e contestar os pensamentos automáticos negativos; aumentar os níveis de actividade (e.g. aceitar os convites dos amigos, não se

fechar em casa, ir passear o cão, entre outros) de forma a diminuir o isolamento melhorando o humor (cf. Anexo 5) planeando, eventualmente actividades numa grelha semanal; e ter um sistema de suporte (implicar a família na doença e perceber que o terapeuta é um suporte e que a apoiará em qualquer condição).

D³⁶ é fumadora e durante a gestação gostaria de deixar de fumar mas diz que não consegue. Acrescenta que quando está mais ansiosa fuma mais e que aumentou o consumo durante a gestação. Fumar é uma dependência, mas também é um hábito sendo, por isso, relevante que a doente esteja motivada e que seja capaz de registar numa folha os cigarros que consome e em que circunstâncias (o que estava a fazer, o que estava a pensar, o que estava a sentir). A doente foi instruída para que avaliasse em que circunstâncias é que fumava mais frequentemente. Esta referiu que era no café após tomar café, assim aconselhamo-la a frequentar cafés para não fumadores (controlo de contingências). Paralelamente foi planeada a redução dos cigarros consumidos por dia de forma gradual e suave (planeamento de objectivos tangíveis): a doente fuma aproximadamente 10 cigarros diários sendo que o objectivo a atingir foi fumar 9 cigarros na semana seguinte. Para este planeamento discutiu-se sobre o meio de ocorrência de cada cigarro e decidiu-se eliminar o que parecia mais fácil: o de antes de jantar que só era fumado quando a paciente referia não ter que fazer. Assim, combinou-se que a doente, quando estava sozinha antes de jantar iria descansar as pernas no sofá e ver um pouco de televisão para se distrair. Este planeamento foi repetido durante 3 semanas mas sempre sem êxito (a doente não conseguiu reduzir nenhum cigarro, chegando até a aumentar o número de cigarros fumados) e como este facto parecia contribuir para o aumento de ansiedade e de humor distímico foi decidido terminar com esta intervenção.

Sugestão terapêutica: o acompanhamento desta doente parece assaz importante uma vez que a doente mostra humor distímico e muito sofrimento assim como factores de risco para desenvolver depressão pós-parto.

3.4 Discussão do Caso

Esta doente é encaminhada para a consulta de Psicologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira através do Serviço de Urgência da mesma Instituição hospitalar. Esse episódio de urgência deveu-se a sintomatologia ansiosa, possivelmente compatível com um ataque de pânico, de acordo com o

relato da doente. Nesta fase foi retirado o tratamento farmacológico em virtude de se encontrar grávida.

O acompanhamento psicoterapêutico de **D³⁶** contou, até ao momento, com 13 sessões, de periodicidade semanal, tendo início em 28 de Janeiro de 2008. A intervenção da PP que parece apresentar tem, fundamentalmente, quatro componentes: avaliação da sintomatologia; psicoeducação; suporte; e reestruturação cognitiva.

As primeiras sessões (1^a e 2^a) foram, fundamentalmente, de avaliação e nela foram inquiridos aspectos acerca da sua sintomatologia actual, psicopatologia anterior e história de vida. Verificou-se que a doente tinha antecedentes de perturbação depressiva e pânico, apresentando, no momento, sintomas congruentes com este último quadro como *“pressão muito forte na cabeça e falta de ar”* (sic), sensações que interpreta como perigosas.

De referir que na primeira sessão esteve presente a Terapeuta supervisora sendo que, após essa primeira consulta, eu assumi o caso de forma independente discutindo aspectos acerca da sintomatologia e intervenção com a psicóloga responsável.

Foi explicado um pouco do racional da ansiedade e dito que as sensações somáticas desconfortáveis que ela experiencia atingem um pico mas voltam a descer e não constituem, por si só, uma ameaça à sua saúde e integridade física. Esta intervenção tem como base a interpretação catastrófica que **D³⁶** realiza de sensações corporais normais. Foram, ainda, abordados aspectos relativos à morte, o que despoletou uma reacção emocional intensa, especialmente quando referiu as circunstâncias da morte do seu avô. **D³⁶** manifesta um elevado medo da morte e que algo de mal aconteça justificando que este fenómeno pelo facto da morte do avô *“me tenha assustado”* (sic) imergindo daí o *“medo de perder as pessoas que estão à minha volta”* (sic).

A sua sintomatologia e os seus medos foram aceites devolvendo-se à doente a explicação desses fenómenos e leitura do seu caso clínico. A partir desta avaliação foi introduzida uma abordagem psicoeducativa com o objectivo de informar a doente acerca de factores que parecem ter predisposto esta sintomatologia actual, padrões de funcionamento (perfeccionismo) e percepção de fracasso.

A paciente referiu que se sentiu mais calma por saber que *“não vou morrer disto”* (sic). Como lhe foi retirada a medicação foram discutidas estratégias de relaxamento para lidar com a ansiedade que diz sentir. Assim, treinaram-se estratégias de distracção (através da focalização da atenção em estímulos musicais, ou descrição minuciosa de objectos) e de relaxamento (através de indução de imagem de paz e não por relaxamento muscular progressivo, pois é desaconselhado a grávidas). Desta forma poder-se-ia reduzir, também, o

consumo de tabaco uma vez que, quando ansiosa, “*fumo mais cigarros*” (sic). Foi pedido à doente um registo de auto-monitorização (RAM, cf. Anexo 2) para os sintomas ansiógenos com o intuito de avaliar as circunstâncias, reacções emocionais e comportamentos relacionados a uma crise de ansiedade.

Na consulta seguinte, 3ª sessão, diz estar a tomar um ansiolítico (prescrito pelo seu obstetra) motivado por elevada ansiedade e pessimismo da doente “andava muito nervosa e muito pessimista” (sic). Parecem existir ganhos percebidos por **D³⁶** que diz “*ando mais tranquila, mais calma e já não me vêm aqueles pensamentos negativos*” (sic). O consumo de tabaco diminuiu “*até me esqueço de fumar*” (sic). Nesta fase a doente foi reforçada pelos ganhos terapêuticos (os ataques de pânico pareciam estar a entrar em remissão). Foi analisado o RAM verificando-se a presença de pensamentos negativos apenas em situações nas quais a sua atenção não está focalizada em nenhuma actividade (focando-se nas sensações corporais). Este facto foi discutido com a doente enfatizando-se a necessidade de envolvimento em actividades agradáveis e o emprego de técnicas de relaxamento. O objectivo foi sensibilizar a doente a envolver-se em tarefas de mestria e prazer de forma a focalizar a atenção em estímulos que não os sintomas somáticos e as suas interpretações catastróficas.

Na 4ª sessão a doente apresenta sintomatologia depressiva como: choro fácil, humor distímico, sentimentos de culpa excessiva “*culpo-me muito*” (sic) e de frustração (a doente fala em idealizações que tinha acerca da gravidez, que deveria ocorrer de forma planeada, após ter cessado o consumo de tabaco e ter levado a cabo o tratamento psiquiátrico). Nesta consulta fica patente o perfeccionismo e um elevado auto-criticismo. Levou-se a cabo relaxamento (através de indução de imagem de paz) e estratégias de distração (e.g. focalização na letra duma música) com o intuito de cessar as rumações críticas acerca do eu e percepção de fracasso. Paralelamente, tentou-se introduzir técnicas de reestruturação cognitiva para intervir nos seus pensamentos automáticos negativos. O seu humor distímico constituiu um obstáculo à reestruturação cognitiva planeada optando-se por psicoterapia de suporte de forma a reforçar que o terapeuta está presente e funciona como figura de suporte, compreensão e aceitação incondicional. Este facto parece reduzir a tristeza de **D³⁶** que diz ter falta de apoio e de compreensão para com a sua doença.

Nas consultas seguintes (5ª a 7ª) assistiu-se a um aumento dos sintomas e da gravidade da sintomatologia depressiva que era percebido pela doente. Consequentemente, a terapia foi, fundamentalmente, de suporte uma vez que refere que “*ninguém compreende o meu sofrimento*” (sic). **D³⁶** diz ter aumentado o consumo tabágico (aumentando, também, a sua auto-crítica). São referidas dificuldades em empregar as estratégias de distração e de

relaxamento. Mostra tendência a antecipar dificuldades e potencial perigosidade perante situações inócuas. Esta perigosidade percebida denota características agorafóbicas pois refere que “*quando tinha aquelas crises, em casa estava bem*” (sic) acrescentando evitar locais com muita gente. Os sintomas de pânico parecem aumentados.

Como a sintomatologia se agravou, as estratégias cognitivas são usadas menos frequentemente sendo que o foco principal prende-se com terapia de suporte.

Na 8ª consulta faz-se acompanhar do marido visando sensibilizá-lo para a compreensão do seu estado psicológico. Este facto prende-se com a falta de compreensão que **D³⁶** percepciona do cônjuge acerca da sua doença e estado actual. Nesta fase encontra-se a fazer tratamento farmacológico antidepressivo o que parece ter aumentado os sintomas de ansiedade e insónias. A doente é já capaz de racionalizar as suas sensações corporais pois refere que quando os sintomas surgem “*penso que não é nada, que já baixa*” (sic).

Nesta sessão foi realizada uma psicoeducação ao marido no sentido de lhe explicar as características da doença e, de forma indirecta, aumentar o suporte social da doente que funcionará como factor protector. A doente refere medo de ser “*má mãe*” (sic) e, neste âmbito, são discutidos aspectos do seu comportamento enquanto mãe para com a filha mais velha e para com a bebé. O objectivo é, através das evidências concretas, tentar reestruturar a sua crença de defeito e fomentar uma interpretação da sua competência e comportamento mais adequada.

As sessões seguintes (9ª a 13ª), em que estava patente uma melhoria dos sintomas depressivos da doente, foram destinadas, essencialmente a reestruturação cognitiva. Estas estratégias tinham como principal objectivo a modificação de crenças enviesadas por uma visão negativa de si (sintoma depressivo) e do mundo e a flexibilização de traços perfeccionistas. Este objectivo, agora que a doente apresenta um humor mais eufímico, é mais fácil de atingir uma vez que a visão negativa, característica da depressão, é mais fácil de alterar quando os sintomas depressivos estão em remissão. É explicada à doente (através de psicoeducação) a função adaptativa do seu medo do parto e debatidas formas alternativas de pensar acerca do parto, puerpério e sua competência materna. Foram discutidos problemas e dúvidas relacionados com o parto com o intuito de preparar a doente para um acontecimento que receia desde que iniciou este tratamento. A capacidade de conceptualizar alternativas adequadas à situação mostra-se melhorada sendo que esta capacidade é constantemente treinada através de treino de resolução de problemas (tentar conceptualizar o maior número de soluções possíveis e avaliar a sua eficácia ao contexto específico), flecha descendente e teste de evidência. É importante que a doente desenvolva capacidades para gerir a fase de puerpério

uma vez que, à medida que o parto se vai aproximando, aumentam, também, os receios e inseguranças.

A paciente parece apresentar um quadro ansioso de PP com agorafobia [F40.01] uma vez que, de acordo com o DSM-IV-TR, apresenta:

- ✘ Ataques de pânico inesperados e recorrentes;
- ✘ Os ataques de pânico são seguidos por um mês (ou mais) por:
 - Preocupação persistente acerca de ter novos ataques;
 - Preocupação acerca das implicações dos ataques ou das suas consequências (morrer, “ter qualquer coisa cardíaca”);
 - Uma alteração significativa no comportamento relacionada com os ataques (evitando sair de casa).
- ✘ Presença de agorafobia (evita locais com muita gente):
- ✘ Os ataques de pânico não são melhor explicados pelos efeitos fisiológicos directos de uma substância ou um estado físico geral;
- ✘ Os ataques de pânico não são melhor explicados por outra perturbação mental.

Desde o início do acompanhamento psicoterapêutico a doente, gradualmente, foi manifestando sintomas depressivos apresentando, de acordo com o DSM-IV-TR um episódio depressivo major uma vez que apresenta:

- ✘ Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjectivo (“*não tenho alegria para nada*” (sic), “*sinto muita tristeza e angústia*” (sic) “*acabo por ficar deprimida porque não consigo estar bem disposta*” (sic));
- ✘ Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades, durante a maior parte do dia quase todos os dias (“*assim não me apetece ir para lado nenhum, não tenho vontade*” (sic));
- ✘ Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- ✘ Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- ✘ Sentimentos de desvalorização “*acho-me muito má mãe*” (sic) e culpa excessiva “*culpo-me muito*” (sic) ou inapropriada quase todos os dias.
- ✘ Pensamentos recorrentes acerca da morte.

As ideias de morte parecem ser fonte de elevada tristeza para a doente que diz “*tenho muito medo que morra alguém de quem eu gosto*” (sic). Neste âmbito também parece que o luto do seu avô, falecido há 10 anos, não foi bem elaborado uma vez que, desde a sua morte, se recusou ver fotografias ou mesmo o filme do seu casamento “*quando o via passava sempre à frente as cenas em que aparecia o meu avô*” (sic).

A paciente, alegadamente, está a antecipar dificuldades e problemas no parto deste segundo filho traumáticas que marcaram o seu primeiro parto em que a sua filha correu risco de vida “*o parto foi complicado*” (sic), “*ela esteve em risco de vida*” (sic).

Na primeira gravidez era fumadora e os seus sentimentos de crítica para com o seu papel de mãe parecem ter-se desenvolvido nesta altura uma vez que R. desenvolveu asma “*noto que criei uma grande ansiedade nessa altura*” (sic). A paciente refere que a R. tinha crises de asma muito fortes e frequentes que esta experienciava com muito receio e apreensão. Este problema de saúde da filha parece, então, ser encarado pela doente como da sua responsabilidade pelo facto de ter fumado durante a gestação. Talvez para tentar compensar um esquema de abandono/perda que pode ter sido formado através de acontecimentos como a morte do seu avô de quem era muito próxima e do seu primeiro parto, que se revestiu de grande perigosidade tenta fazer tudo aquilo que avalia como sendo característico de uma boa mãe como seja: ir levar a filha à escola, ajudá-la nos trabalhos de casa e a estudar para os testes (possivelmente para que R. seja uma menina perfeita já que a paciente não o consegue ser), sobreprotegendo a menina.

Para esta perturbação de humor poderá ter contribuído o facto da sua mãe, alegadamente, ter tido “*muitas depressões*” (sic) e de ser “*muito nervosa*” (sic). A paciente poderá ter aprendido por modelagem este tipo e problemáticas e/ou poderá ter sofrido a influência genética. O facto de os seus pais a terem privado de carinho e atenção e dela ter sido obrigada a “*crescer muito depressa*” (sic) poderão ter favorecido a criação de um esquema de privação emocional que tenta compensar com a sua filha “*não quero que R. tenha uma infância como a minha*” (sic).

O facto do seu avô ter falecido e de ter tido um parto da primeira filha algo doloroso e traumático (a bebé entrou em sofrimento) pode ter contribuído para desenvolver esquemas depressiogénicos e uma possível emergência de sintomatologia depressiva que esteve latente até há 3 anos atrás quando começou a manifestar problemas de ansiedade e depressão. As ideias de medo que algo de mal aconteça, a si e à sua família, e o medo de morte parece ter sido estimulada pela actual gravidez. A paciente receia ter de passar pelo mesmo sofrimento e perigosidade do parto. Este quadro, que surgiu de forma insidiosa, não parece ter precipitantes

claramente definidos apenas predisponentes como sejam: a morte do avô; a gravidez; o medo da morte; o facto da doente ter interrompido os tratamentos sucessivamente; o receio de não ocupar o papel de mãe de forma conveniente.

Os frequentes estados depressivos da sua mãe, assim como a sua percepção de que a sua filha “escapou” à morte poderão ter contribuído para um esquema de vulnerabilidade ao mal e à doença já que, actualmente, receia que algo de mal acontece a si, às suas filhas e à restante família.

Este quadro pode ter sido predisposto pelos acontecimentos negativos durante o parto da filha mais velha e pela preocupação elevada que daí pode ter surgido. O facto da R. ter tido problemas de asma poder ter levado a mãe a desenvolver uma maior preocupação acerca das sensações físicas uma vez que R. apresentava crises frequentes e intensas de asma.

A sintomatologia característica do pânico não parece ter um estímulo desencadeante “*vem do nada*” (sic) sendo que percebe uma ameaça pelo facto de sentir “*pressão na cabeça, falta de ar*” (sic) enjoos, taquicardia, cefaleias.

Esta segunda gravidez parece ter activado medos latentes como o medo da morte, medo que algo de mal possa acontecer, medo de perder o bebé, medo de que o tabaco possa causar problemas à criança levando a sentimentos de muita tristeza e ansiedade em a paciente manifesta choro fácil aquando esta temática, temendo morrer e não poder cuidar da filha, que tenha um aborto deste bebé ou que este tenha mal formações.

Parece apresentar uma preocupação acerca da gravidez e das implicações do facto de ser fumadora. Esta paciente parece ser perfeccionista e muito exigente o que pode justificar os sentimentos de culpabilização e o facto de se sentir “*má mãe*” (sic) (onde está presente a inferência arbitrária, uma vez que esta conclusão de que é má mãe não é demonstrada pela evidência). O perfeccionismo que o terapeuta pode avaliar em algumas esferas da vida da doente é corroborado pelo seu cônjuge pois este refere que “*sou muito perfeccionista*” (sic). O facto de se envolver em actividades de limpeza para restaurar a ordem em casa é manifesto dessa mesma característica da doença (não está presente a execução de rituais nem de crenças de que se não fizer determinada actividade algo de mal acontece). Além disso, a forma como, alegadamente, planeava a sua segunda gravidez “*queria ter terminado o tratamento e deixado de fumar*” (sic) e como se refere à sua idealização da gravidez denota vontade de que tudo fosse “perfeito”.

Esta sua característica (perfeccionismo) parece proporcionar o surgimento de sentimentos de culpabilização quando os objectivos que traça para si (demasiado elevados e

rígidos; e.g. deixar de fumar, não ter sintomatologia ansiosa, estar alegre) não são alcançados sendo que esta assume “*culpo-me muito*” (sic).

As suas sensações corporais são interpretadas como catastróficas “*começo a ficar assustada*” (sic) pensando “*eu devo ter outro problema de saúde*” (sic). Estas preocupações levam a uma hipervigilância e a uma maior evidência das sensações físicas (a doente fica alerta sendo mais facilmente percebido algum sinal corporal como catastrófico, sendo notória a catastrofização/magnificação).

O medo das sensações corporais e de que algo de mal aconteça é mantido através de erros de processamento de informação mormente através de catastrofização/magnificação pois acredita que dor de cabeça será indicador de doença grave.

Para contrariar as suas crenças de que algo de mal pode acontecer, a doente está a ter um acompanhamento mais específico (por dois ginecologistas paralelamente ao do médico de família) como forma de securização. Este acompanhamento por dois ginecologistas prende-se com o facto de ter ganhos diferentes de um e outro acompanhamento: um deles realiza-lhe uma ecografia todos os meses; e o outro poderá assisti-la no parto. É, ainda assistida por um psiquiatra que a trata desde há 3 anos. Estes tratamentos que fez tinham subjacentes queixas de ansiedade e depressão sendo que a doente não cumpria a terapêutica até ao fim.

Antes de saber que estava grávida encontrava-se a realizar um tratamento que tencionava encarar com seriedade “*eu queria fazer o tratamento direitinho*” (sic) o que não pôde acontecer uma vez que teve de abandonar a medicação de imediato quando descobriu que ia ter um bebé. Esta gravidez não correu como “*eu idealizei*” (sic) pois “*antes de engravidar queria ter terminado o tratamento e deixado de fumar*” (sic). Como tal não se verificou a paciente adoptou uma postura mais crítica “*critico-me muito*” (sic).

Esta sintomatologia é mantida e acentuada por idealizações e por pensamentos autocríticos e de desvalorização uma vez que a paciente não aceita que, estando grávida, se sinta desta forma acreditando que “*não estou preparada para ser mãe*” (sic) e “*não vou cuidar da bebé convenientemente*” (sic).

3.5 Considerações Finais

Esta doente mostrou ser um caso muito complexo: tinha história de perturbação de ansiedade e de humor, a sua mãe tinha história de depressão, encontrava-se a fazer tratamento farmacológico para sintomatologia depressiva e ansiosa quando descobriu que estava grávida e, por esse motivo, teve de abandonar, abruptamente, a medicação, e fumava. A intervenção neste caso foi complexa porque não era possível seguir uma

linha orientadora pois, a cada consulta, a doente mostrava-se ou mais deprimida, ou mais ansiosa, ou mais ruminativa e estas rumações relacionavam-se com o conteúdo esquemático que, também ele, era variado.

A intervenção seguia as necessidades da doente sendo que, quando se mostrava mais ansiosa e preocupada com os ataques de pânico a intervenção ia nesse sentido (o mesmo para os sintomas depressivos) sendo que a reestruturação cognitiva por excelência era introduzida nas consultas em que a doente se mostrava mais estabilizada.

A intervenção terminou devido a *drop-out* da paciente por ter dado à luz e referir que era complicado ir às consultas com a bebé pequena e, com o final do meu estágio, esta doente seria entregue a outra terapeuta. Acredito que se o seu acompanhamento fosse realizado pela mesma terapeuta (neste caso por mim e que não tivesse terminado o estágio) o seu acompanhamento ainda se manteria pois tínhamos estabelecido uma relação terapêutica muito forte na qual a doente se sentia muito à vontade para falar das suas preocupações e apoiada.

Esta doente levou-me a conhecer que fumar na gravidez é bastante comum entre doentes deprimidas e ansiosas e, devido a pesquisa bibliográfica neste sentido, **D**³⁶ mostrou-se uma doente padrão pois apresentava as características mais frequentes descritas na literatura.

A intervenção nestes doentes, e em virtude da minha formação, foi essencialmente cognitivo-comportamental. Estas técnicas visavam alterar padrões comportamentais assim como esquemas disfuncionais de funcionamento.

Como pontos fortes destas intervenções podemos destacar a intervenção focada nos esquemas que tem consequências positivas por levar a que os doentes pensem sobre os seus padrões de funcionamento e a conceptualizarem formas alternativas de pensar e agir.

Pelo contrário, uma das limitações encontradas prende-se com o facto do terapeuta ter mudado (terminei o acompanhamento no final do estágio) e do plano de acção não poder ter sido levado a cabo. Este facto não permitiu verificar os ganhos terapêuticos na totalidade sendo que estes poderão ter sido afectados pela mudança de terapeuta.

INVESTIGAÇÃO

DETERIORO COGNITIVO E DEPRESSÃO: DIFERENÇAS ENTRE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E NÃO INSTITUCIONALIZADOS

Resumo

Foram avaliados 72 idosos do distrito de Vila Real, 36 dos quais se encontravam institucionalizados. Os idosos institucionalizados não se mostraram-se mais deprimidos que os não institucionalizados mais sim com maior prejuízo cognitivo. As mulheres mostraram ser o sexo com maior incidência de humor distímico. A autonomia e a escolaridade parecem ser factores protectores contra o humor distímico e deterioro cognitivo.

Palavras-chave: Idoso, Deterioro Cognitivo, Depressão, Institucionalização.

Abstract

72 old people were evaluated in the district of Vila Real, which 36 were institutionalized. The institutionalized old people didn't show more depressed than the non institutionalized but they were who had more cognitive impairment. The women showed to be the sex with the biggest incidence of distímico mood. The autonomy and scholarity seem to be prtotector factors against distímico mood and cognitive impairment.

Key-words: Age; Cognitive Impairment; Depression; Institutionalization.

Introdução

A população idosa tem aumentado significativamente em todo o mundo (Ramos, Veras e Kalache, 1987 citados por Wajman, Bertolucci & Osório, 2004; Stela, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Sousa, Galante & Figueiredo, 2003; Gazalle, Hallal & Lima, 2004; Fichman, Caramelli, Sameshima & Nitrini, 2005; Duarte & Rego, 2007; Irigaray & Schneider, 2007; Fonseca & Rizzotto, 2008; Rodrigues, 2008), não só nos países desenvolvidos, como nos em desenvolvimento (Varela, Chávez, Galvez & Méndez, 2004), daí que o estudo da velhice seja um dos pontos de atenção dos governos assim

como da medicina (Gazalle, Hallal & Lima, 2004; Benedetti, Borges, Petroski & Gonçalves, 2008).

Dados da ONU revelam que em 2000 a população com idade igual ou superior a 65 anos correspondia a 6,9% da população mundial (Abarca, Chino, Llacho, Gonzales, Mucho, Vázquez et al., 2008). Uma projecção realizada pela *United Nations Population Division* (2006, citado por Abarca, Chino, Llacho, Gonzales, Mucho, Vázquez et al., 2008) refere que a porção da população idosa aumentará, em 2050, para 16,2%. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001 citado por Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003) em 2025 mais de 1,2 biliões de pessoas terão mais de 60 anos, sendo o grupo dos muito idosos (com idade igual ou superior a 80 anos) o grupo que regista maior crescimento.

Portugal é o quinto país da União Europeia (EU) com menor taxa de população idosa, estando abaixo da média da UE. No entanto verifica-se um aumento da proporção entre idosos versus população jovem (Oliveira, 2001).

O envelhecimento normal não se considera incapacitante, porém uma parte significativa dos idosos desenvolverá alguma incapacidade ou perturbação (Rocha & Lianza, 2007) pois, à medida que se vai envelhecendo, surgem alterações na saúde e no humor que importa avaliar e tratar pois sintomas depressivos devem ser considerados patologia e não manifestação de envelhecimento (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Gazalle, Hallal & Lima, 2004; Duarte & Rego, 2007). Estes sintomas passam, muitas vezes, despercebidos pelos pacientes e profissionais de saúde o que faz com que os idosos sofram desnecessariamente ao não receber tratamento e piorem as suas condições de vida (Almeida & Almeida, 1999; Larrea, 2002; Cheloni, Pinheiro, Cavalcanti Filho & Medeiros, 2003; Ávila & Bottino, 2006).

Com o aumento da idade é maior a probabilidade de desenvolver doenças, nomeadamente doenças neuropsiquiátricas como é o caso da depressão e demências (Almeida, 1999; Frisoli Júnior, D'Amorin, Szejnfeld, Vieira, 2001; Stela, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Fichman, Caramelli, Sameshima & Nitrini, 2005; Araújo, 2006; Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006; Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006; Serrano, Allegri, Caramelli, Taragano, & Camera, 2007; Fonseca & Rizzotto, 2008). Estas doenças, nomeadamente a depressão, poderão contribuir para o agravamento de quadros patológicos pré-existentes e aumentar o risco de morbilidade e mortalidade (Paradela, Lourenço & Veras, 2005). Stela, Gobbi, Corazza e Costa (2002) acrescentam que a expectativa para doenças mentais aumenta de 43% aos 61 anos para 67% aos 81

anos sendo que a avaliação e estudo do envelhecimento e doenças associadas se revestem de grande importância (Veras e Coutinho, 1991).

A depressão e os défices cognitivos são dos principais problemas de saúde mental na terceira idade, sendo comum que ambas as condições apareçam em simultâneo causando piora na qualidade de vida, deterioro funcional, aumento de mortalidade e morbidade e aumento da utilização dos serviços de saúde (Ávila & Bottino, 2006; Fonseca & Rizzotto, 2008).

Défices cognitivos atingem 10% a 15% dos idosos europeus e dos Estados Unidos da América acima dos 65 anos de idade enquanto que a depressão afecta cerca de 15% (Silberman, Souza, Wilhems, Kipper, Wu., Diogo, et al. 1995).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde a depressão é um quadro clínico que afecta um elevado número de população (no ano de 2020 será a primeira doença mais comum em países em desenvolvimento e a segunda em países em desenvolvimento) sendo considerada das doenças mais caras de todas em todo mundo (Almeida, 1999; Coutinho, Gontiès, Araújo & Sá, 2002, citados por Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa & Cardoso, 2009) e o quarto maior agente incapacitante das funções sociais e outras actividades do quotidiano (Almeida & Almeida, 1999; Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006; Reys, Bezerra, Vilela, Keusen, Marinho, Paula et al., 2006; Benedetti, Borges, Petroski & Gonçalves, 2008; Giavoni, Melo, Parente & Dantas, 2008). Esta perturbação de humor apresenta taxas mais elevadas quando existem doenças físicas pré-mórbidas (Almeida & Almeida, 1999).

Moraes, Deslandes, Ferreira, Pompeu, Ribeiro e Laks (2007) referem que os sintomas depressivos em idosos são mais acentuados que em jovens, contribuindo este facto para o declínio cognitivo (Yaffe, Blackwell, Gore, Sands, Reus & Browner, 1999, citados por Moraes, Deslandes, Ferreira, Pompeu, Ribeiro & Laks, 2007) e o condicionamento cardiorrespiratório (Hollenberg, Haight & Tager, 2003, citados por Moraes, Deslandes, Ferreira, Pompeu, Ribeiro & Laks, 2007).

De entre os diversos problemas que afectam os idosos a depressão merece especial atenção uma vez que nesta população os quadros depressivos têm características peculiares nomeadamente diminuição da resposta emocional e ruminação sobre o passado (Gazalle, Hallal & Lima, 2004). Este quadro, nos idosos, tende a ser acompanhado por queixas somáticas, hipocondria, baixa auto-estima, sentimento de

inutilidade e ideação paranóide (Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa & Cardoso, 2009).

Blazer e Williams (1980, citados por Gazalle, Hallal & Lima, 2004), Cornoni-Huntley, Brock, Osfeld et al. (1986, citados por Gazalle, Hallal & Lima, 2004) e Aguiar e Dunningham (1993, citados por Gazalle, Hallal & Lima, 2004) indicam que os sintomas depressivos ocorrem em cerca de 15% dos idosos. Outros investigadores mostram percentagens superiores de idosos deprimidos: Perlotas fala em 20%; e Veras em 19,1% até 35,1% (Gazalle, Hallal & Lima, 2004).

Almeida (1999) refere que a depressão poderá afectar entre 5% a 35% dos idosos. Por sua vez, Kaplan et al. (1997, citados por Stella, Gobbi, Corazza e Costa, 2002) referem que 15% da população geral apresenta depressão. De acordo com Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa e Cardoso (2009) a depressão afecta entre 1% a 16% dos idosos, sendo que em sujeitos com doenças clínicas essa taxa tende a aumentar e a agravar os quadros patológicos preexistentes. Irigaray e Schneider (2007) referem que cerca de 6,4% a 59,3% dos idosos apresentam sintomas depressivos embora não cumpram todos os critérios para o seu diagnóstico.

Poderá dizer-se que a depressão no idoso tem um carácter multi-factorial (Bottino, 2003 citado por Ávila & Bottino, 2006) uma vez que vários factores e acontecimentos podem contribuir para a emergência desta perturbação, nomeadamente: morte do conjugue ou ente querido (risco maior no primeiro ano de viuvez) (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Araújo, 2006); doença médica ou cirúrgica (Penninx et al, 2000, citado por Borges, Benedetti & Mazo, 2007; Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Araújo, 2006; Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006); incapacidade e perda de funcionalidade (Penninx et al, 2000, citado por Borges, Benedetti & Mazo, 2007; Araújo, 2006; Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006); escasso suporte social (Araújo, 2006); isolamento social e falta de convívio (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Araújo, 2006; Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2006); baixa qualidade de vida (Araújo, 2006); aumento do uso de serviços de saúde (Araújo, 2006); deterioro cognitivo (Penninx et al, 2000, citado por Borges, Benedetti & Mazo, 2007; Araújo, 2006; Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006); risco de cronicidade; maior risco de evento vascular e mortalidade; elevado risco de suicídio (Araújo, 2006); idade avançada (Cacciatore, 1998, citado por Borges, Benedetti & Mazo, 2007; Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006); ser do sexo feminino (Cacciatore, 1998, citado por Borges, Benedetti & Mazo, 2007; Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006); estado civil (Camarano, 1999,

citado por Borges, Benedetti & Mazo, 2007); condições sociais precárias (Camarano, 1999, citado por Borges, Benedetti & Mazo, 2007; Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006); reforma (que gera, muitas vezes, sentimentos de inutilidade) (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Agostinho, 2004); e perda de papéis sociais (Stella, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

Outros factores que poderão, ainda, contribuir para este quadro são: alterações biológicas, vasculares, estruturais e funcionais; e disfunções neuroendócrina e neuroquímica (Ávila & Bottino, 2006).

O diagnóstico deste quadro é dificultado uma vez que os idosos apresentam quadros atípicos, ou particularidades, como problemas sociais e clínicos que podem levar a dificuldades de diagnóstico (Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006; Borges, Benedetti & Mazo, 2007), permanecendo, muitas vezes não diagnosticadas e não tratados (Oliveira, Gomes & Oliveira, 2006). Também nesta fase do ciclo vital os idosos deprimidos tendem a apresentar mais sintomas somáticos que cognitivos (Giavoni, Melo, Parente & Dantas, 2008). Por outro lado, os idosos estão relutantes ou omitem os sintomas depressivos que permeiam as suas queixas somáticas (Stela, Gobbi, Corazza & Costa, 2002) e os médicos não questionam com frequência acerca da sua existência (Gazalle, Hallal & Lima, 2004).

Há quem considere que a depressão e as suas características fazem parte do envelhecimento negligenciando esta sintomatologia o que conduz a sub-tratamentos e, conseqüentemente, a desnecessário sofrimento. (Gazalle, Hallal & Lima, 2004).

A função cognitiva de um sujeito é o resultado do funcionamento global de diferentes áreas intelectuais que incluem: o pensamento; a memória; a percepção; a comunicação; a orientação; o cálculo; a compreensão; e a resolução de problemas. Esta função muda com a idade o que faz com que, regra geral, os idosos percam algumas destas capacidades e/ou se tornem diminuídas (Varela, Chávez, Galvez & Méndez, 2004).

O envelhecimento implica o declínio da capacidade cognitiva que poderá estar relacionado com o normal envelhecimento ou com um estágio de transição para um quadro demencial sendo que idosos que mostram um maior declínio cognitivo têm maior probabilidade de desenvolver Doença de Alzheimer (Stela, Gobbi, Corazza & Costa, 2002; Fichman, Caramelli, Sameshima & Nitrini, 2005).

Os sintomas depressivos e deterioro cognitivo podem ocorrer de forma independente ou coexistir sem aparente relação, porém existem cada vez mais dados que

suportam uma correlação que pode chegar a ser etiológica (Larrea, 2002; Ávila e Bottino, 2006). As amostras clínicas, de acordo com Larrea (2002), indicam que entre 30% a 50% dos pacientes com deterioro cognitivo exibem sintomas depressivos. Estes sintomas são uma importante fonte de incapacidade funcional adicional à causada pelo deterioro cognitivo.

Rasking (1998, citado por Stela, Gobbi, Corazza & Costa, 2002), por sua vez, refere que 50% dos pacientes com depressão evoluem para um quadro demencial sendo que a comorbilidade entre estas duas condições contribui para um comprometimento das suas capacidades funcionais. A memória parece ser a faculdade cognitiva mais afectada pela depressão pelo que poder-se-á referir que estes apresentam pseudodemência depressiva (Xavier, Ferraz, Bertollucci, Poyares & Moriguchi, 2001; Stela, Gobbi, Corazza & Costa, 2002).

O deterioro cognitivo dos idosos favorece diferentes síndromes geriátricas o que leva a uma sobrecarga do cuidador e a um conseqüente aumento do risco de institucionalização (Marques, Rodríguez, & Camacho, 2004). A depressão precede um declínio cognitivo o que poderá levar a desorientação e a problemas de memória. Este risco de deterioro cognitivo parece ser superior em idosos institucionalizados (Plati, Covre, Lukasova & Macedo, 2006).

A institucionalização parece ser um factor que predispõe a ocorrência de depressão pois, e de acordo com Coutinho, Gontiès, Araújo e Sá (2002, citados por Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa & Cardoso, 2009), este quadro chega a atingir 5% a 13% dos pacientes hospitalizados e 12% a 16% dos residentes em lares. De acordo com a mesma fonte, cerca de 13 % dos idosos residentes em lares desenvolvem um episódio depressivo dentro de um ano. Irigaray e Schneider (2007) referem que cerca de 22% dos idosos institucionalizados apresentam depressão contra 4,8% a 14,6% dos idosos da comunidade.

Addonizio e Alexopoulos (1993, citados por Munk & Laks, 2005) verificaram que 10% dos idosos residentes em lares no Brasil apresentavam um episódio depressivo maior no período de um ano enquanto que 20% dos idosos recém admitidos apresentavam depressão no primeiro ano.

Rocha e Lianza (2007) referem que a hospitalização aguda poderá aumentar um aumento do deterioro nos idosos uma vez que estes alteram a sua rotina, o sono e vigília e aumentam o consumo de medicamentos.

Oliveira, Santos, Cruvinel e Néri (2006) mostraram que os idosos que habitam em asilos apresentam uma maior incidência de sintomas depressivos (assim como ansiosos) comparativamente aos demais idosos. Estes sintomas poderão ser reduzidos nos lares que oferecem condições para que os idosos realizem actividades facilitadoras da sua autonomia e independência.

Os idosos residentes na comunidade apresentam depressão em 2% a 14% dos casos (Edwards, 2003 citado por Stella, Gobbi, Corazza e Costa, 2002) enquanto que os idosos institucionalizados apresentam uma prevalência de depressão superior, 30% (Pamerlee et al., 1989, citados por Stella, Gobbi, Corazza e Costa, 2002).

Estudos internacionais mostram que cerca de 10,3% a 13,5% da população com idade igual ou superior a 65 anos residente na comunidade apresenta depressão (Snow, 2002, citado por Munk & Laks, 2005).

Pelo averiguado na literatura foram postuladas as seguintes hipóteses para este estudo:

H¹: Os sujeitos institucionalizados apresentam indicadores depressivos mais elevados nos valores da GDS (Escala de Depressão Geriátrica, do Inglês, *Geriatric Depression Scale*) quando comparados com sujeitos não institucionalizados.

H²: Os sujeitos institucionalizados apresentam níveis superiores de deterioro cognitivo formal, mensurável pelos valores do MMSE, quando comparados com sujeitos não institucionalizados.

H³: Os sujeitos do sexo feminino apresentam indicadores depressivos mais elevados nos valores da GDS quando comparados com os sujeitos do sexo masculino.

H⁴: Os sujeitos do sexo feminino apresentam níveis superiores de deterioro cognitivo formal, mensurável pelos valores do MMSE, quando comparados com sujeitos do sexo masculino.

H⁵: Os sujeitos que, de acordo com a GDS, apresentam categorização de presença de sintomatologia depressiva (categorias clínicas) apresentam inferior desempenho no MMSE.

Metodologia

Amostra

No presente estudo participaram idosos com idade igual ou superior a 60 anos. Esta amostra é constituída por 72 idosos, com idades compreendidas entre os 60 e os 101 anos. Estes idosos avaliados encontravam-se no distrito de Vila Real sendo 36 institucionalizados e 36 não institucionalizados. Em cada grupo (institucionalizados e não institucionalizados) existem 23 mulheres e 13 homens.

Instrumentos

Foram aplicados três instrumentos de avaliação, nomeadamente:

- Ficha de Dados Sócio-Demográficos, construída para esta investigação. Através deste instrumento são recolhidas as seguintes informações: idade; sexo; estado civil; escolaridade; profissão; número de elementos do agregado familiar; doenças que possui; número de filhos; e institucionalização.

- Escala de Depressão Geriátrica (GDS), um instrumento de rastreio de depressão em idosos largamente utilizado (Almeida & Almeida, 1999; Xavier, Ferraz, Marc, Escosteguy & Moriguchi, 2003). A escala tem trinta itens, de compreensão relativamente fácil, e cujas respostas variam entre “sim” e “não”. Poderá ser auto-aplicado ou por um entrevistador (Almeida & Almeida, 1999; Paradela, Lourenço & Veras, 2005; Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa & Cardoso, 2009). Esta escala tem sido amplamente aplicada em vários países demonstrando possuir adequados índices de validade e confiabilidade (Almeida & Almeida, 1999). Este instrumento permite-nos realizar um rastreio rápido de sintomas depressivos ou vulnerabilidade à depressão na velhice (Batistoni, Neri & Cupertino, 2007). Nesta investigação utilizou-se a GDS-30 que se revelou, de acordo com Sousa, Medeiros, Moura, Souza e Moreira (2007), ser mais sensível e fidedigna que a sua versão com 15 itens.

- Mini Mental State Examination (MMSE), considerado o teste cognitivo de rastreio mais difundido em todo o mundo (Wajman, Bertolucci & Osório, 2004; Plati, Covre, Lukasova & Macedo, 2006) para avaliação do estado mental que o concretiza de forma simples, breve e quantificável (Abarca, Chino, Llacho, Gonzales, Mucho, Vázquez et al., 2008). Este teste é composto por seis dimensões cognitivas, que são elas: orientação; retenção; atenção e cálculo; evocação; linguagem e habilidade

construtiva. Os resultados variam de 0 a 30 sendo que quanto maior o resultado melhor a performance (Silberman, Souza, Wilhems, Kipper, Wu., Diogo, et al. 1995).

Procedimento

Foram aplicados os questionários aos idosos não institucionalizados aos quais foi solicitada a permissão para a recolha de informação e informados acerca dos objectivos de estudo (Consentimento Informado). Para serem inquiridos os idosos institucionalizados foi solicitada a permissão (Consentimento Informado), à Santa Casa de Misericórdia de Alijó para avaliar os idosos do Lar da Santa Casa de Misericórdia de Alijó. A recolha dos dados decorreu entre 14 de Novembro de 2008 e 15 de Maio de 2009.

Para tratamento estatístico dos dados foi utilizada a Versão 15.0 do Programa Estatístico para Ciências Sociais, SPSS, efectuando-se as seguintes análises:

- Análise de frequências e da distribuição dos dados para caracterização da amostra e das dimensões avaliadas;
- Análise da correlação de *pearson*, para verificar se existe relações entre variáveis (tal como refere a literatura e se explicita nas hipóteses);
- Comparação de médias de dois grupos através de teste *t-student* para se verificar diferenças nos índices de depressão de acordo com o género;
- Análise de distribuição com teste *chi_ quadrado*.

Análise Estatística

• Dados Descritivos da Amostra

A amostra em estudo é constituída por idosos com idades compreendidas entre os 60 e os 101 anos sendo a média 78,08 anos de idade como é possível observar na tabela 1.

Tabela 1: Estatística descritiva da variável idade.

		Idade
N	Válido	72
Média		78,08
Desvio Padrão		9,176
Valor Mínimo		60
Valor Máximo		101

A grande maioria dos idosos inquiridos para este estudo são mulheres (46 mulheres para 26 homens (conforme indicado na tabela 2). De acordo com o sexo, podemos verificar que a média das idades é muito semelhante: 78,13 anos para as mulheres; 78,00 anos para os homens sendo o grupo do sexo feminino que apresenta uma maior oscilação nas idades ($\sigma = 9,551$) (tabela 2). Através de um *teste-t* verificou-se que as diferenças existentes entre as médias etárias de acordo com o sexo não são estatisticamente significativas ($t = 0,058$; $p = 0,954$).

Tabela 2: Estatística descritiva da variável sexo de acordo com a variável idade.

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão
Idade	Feminino	46	78,13	9,551
	Masculino	26	78,00	8,653

Esta amostra apresenta um número igual de sujeitos nos grupos *institucionalizados* e *não institucionalizados*, com 36 indivíduos de cada grupo, semelhança essa que está patente no número de sujeitos de cada sexo pois existem 23 mulheres institucionalizadas e não institucionalizadas e 13 homens institucionalizados e não institucionalizados (tabela 3).

Tabela 3: Estatística descritiva da variável institucionalização de acordo com a variável sexo.

		Institucionalização		Total
		Sim	Não	
Sexo	Feminino	23	23	46
	Masculino	13	13	26
Total		36	36	72

A idade dos sujeitos de acordo com o grupo a que pertencem (*institucionalizados e não institucionalizados*) parece diferir em 10,11 anos sendo os institucionalizados mais velhos, com 83,14 anos, para 73,03 (tabela 4). Esta diferença de idade parece ser estatisticamente significativa de acordo com um *test-t* (pois $t = 5,580$; $p = 0,000$ (tabela 5)).

Tabela 4: Estatística descritiva da variável institucionalização de acordo com a variável idade.

	Institucionalização	N	Média	Desvio Padrão
Idade	Sim	36	83,14	7,896
	Não	36	73,03	7,474

Tabela 5: *Teste-t* para cálculo das diferenças médias das idades de acordo com a institucionalização.

		Teste Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para igualdade de médias						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença média	Erro típico de dif.	Intervalo de confiança de 95%	
		Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.
Idade	Igualdade de variâncias assumida	,101	,752	5,580	70	,000	10,111	1,812	6,497	13,725
	Igualdade de variâncias não assumida			5,580	69,789	,000	10,111	1,812	6,497	13,725

Mais de metade destes idosos têm, apenas a escolaridade primária (69,4%) sendo quase um quinto dos inquiridos analfabetos (tabela 6). A média de idades dos sujeitos com literacia mostra-se inferior à dos iliterados (77,52 anos e 80,43 anos, respectivamente) (tabela 7). Estas diferenças não mostram significância estatística ($t = 1,067$; $p = 0,290$).

Pode, ainda, constatar que, no que respeita o estado civil, a grande maioria destes idosos são viúvos (35 indivíduos) representando os casados uma grande fatia desta amostra (29 pessoas). existem, ainda, 7 sujeitos solteiros e 1 viúvo (tabela 6).

Tabela 6: Estatística descritiva das variáveis escolaridade e estado civil.

		Escolaridade		Estado civil			
N	Válido	72		72			
		Iliteracia	Literacia	Solteiro	Casado	Viúvo	Divorciado
Frequência		14	58	7	29	35	1
Porcentagem		19,4	80,6	9,7	40,3	48,6	1,4

Tabela 7: Estatística descritiva da variável escolaridade categorizada em 2 de acordo com a variável idade.

		Escolaridade categorizada em 2	N	Média	Desvio padrão
Idade	Iliteracia		14	80,43	5,140
	Literacia		58	77,52	9,857

Os sujeitos inquiridos são, quase na totalidade, reformados (apenas um indivíduo não o é) (tabela 8). Quanto à variável autonomia, 70,8% destes sujeitos referem serem autónomos no que respeita as suas actividades quotidianas (tabela 8).

Tabela 8: Estatística descritiva das variáveis reforma e autonomia.

		Reforma		Autonomia	
N	Válido	72		72	
		Sim	Não	Sim	Não
Frequência		71	1	51	21
Porcentagem		98,6	1,4	70,8	29,2

Quando a variável autonomia é avaliada mediante a variável institucionalização verifica-se que a grande maioria dos autônomos no dia-a-dia (33 sujeitos do total de 51 autônomos no dia-a-dia) não estão institucionalizados, por seu turno, apenas 3 idosos não autônomos não se encontram institucionalizados (tabela 9). Estas diferenças encontradas encontram suporte estatístico através de um teste *chi-quadrado* ($\chi^2 = 15,126$; $p = 0,000$) (tabela 10).

Tabela 9: Tabela de dupla entrada para as variáveis institucionalização e autonomia no dia-a-dia.

		Institucionalização		Total
		Sim	Não	
Autonomia no dia-a-dia	Sim	18	33	51
	Não	18	3	21
Total		36	36	72

Tabela 10: *Chi-quadrado* das diferenças no que respeita a variável autonomia no dia-a-dia tendo em conta a variável institucionalização.

	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15,126(b)	1	,000		
Continuity Correction (a)	13,176	1	,000		
Likelihood Ratio	16,365	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	14,916	1	,000		
N de casos válidos	72				

a Calculada apenas para uma tabelas 2x2 .

b 0 células (0,0%) esperam resultados inferiores a 5. O mínimo esperado é 10,50.

Quando cruzamos as variáveis depressão e autonomia no dia-a-dia verificamos que apenas 1 sujeito sem autonomia não apresenta sintomatologia depressiva relevante. Por sua vez, 95,2% dos sujeitos sem autonomia apresenta depressão (tabela 11). Estes dados têm uma elevada validade estatística ($\chi^2 = 9,296$; $p = 0,002$) (tabela 12).

Tabela 11: Tabela de dupla entrada para as variáveis institucionalização e autonomia no dia-a-dia.

			Autonomia no dia-a-dia		Total
			Sim	Não	
Depressão	Sem sintomatologia depressiva	Count	21	1	22
		% within Dep	95,5%	4,5%	100,0%
		% within autonomia no dia-a-dia	41,2%	4,8%	30,6%
		% of Total	29,2%	1,4%	30,6%
	Com sintomatologia depressiva	Count	30	20	50
		% within Dep	60,0%	40,0%	100,0%
		% within autonomia no dia-a-dia	58,8%	95,2%	69,4%
		% of Total	41,7%	27,8%	69,4%
Total		Count	51	21	72
		% within Dep	70,8%	29,2%	100,0%
		% within autonomia no dia-a-dia	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	70,8%	29,2%	100,0%

Tabela 12: *Chi_quadrado* das diferenças no que respeita a variável depressão tendo em conta a variável autonomia.

	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,296(b)	1	,002		
Continuity Correction(a)	7,659	1	,006		
Likelihood Ratio	11,487	1	,001		
Fisher's Exact Test				,002	,001
Linear-by-Linear Association	9,167	1	,002		
N de casos válidos	72				

a Calculado apenas para uma tabela.

b 0 células (,0%) esperam resultados inferiores a 5. O mínimo esperado é 6,42.

Analisando os dados provenientes de uma tabela de dupla entrada para as variáveis autonomia no dia-a-dia e deterioro cognitivo verifica-se que 47,6% dos idosos não autônomos apresentam deterioro cognitivo, enquanto que apenas 23,5% dos autônomos apresenta estes défices cognitivos. Por outro lado, dos sujeitos que não apresentam deterioro 76,5% são autônomos (tabela 13). Estes resultados são relevantes do ponto de vista estatístico ($\chi^2 = 4,068$; $p = 0,044$) (tabela 14).

Tabela 13: Tabela de dupla entrada para as variáveis deterioro cognitivo e autonomia no dia-a-dia.

			Autonomia no dia-a-dia		Total
			Sim	Não	
Deterioro cognitivo	Ausência de deterioro	Count	39	11	50
		% within Ausência ou presença de deterioro cognitivo	78,0%	22,0%	100,0%
		% within autonomia no dia-a-dia	76,5%	52,4%	69,4%
		% of Total	54,2%	15,3%	69,4%
	Presença de deterioro	Count	12	10	22
		% within Ausência ou presença de deterioro cognitivo	54,5%	45,5%	100,0%
		% within autonomia no dia-a-dia	23,5%	47,6%	30,6%
		% of Total	16,7%	13,9%	30,6%
Total	Count	51	21	72	
	% within Ausência ou presença de deterioro cognitivo	70,8%	29,2%	100,0%	
	% within autonomia no dia-a-dia	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	70,8%	29,2%	100,0%	

Tabela 14: *Chi_quadrado* para a presença de deterioro cognitivo de acordo com a autonomia no dia-a-dia.

	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,068(b)	1	,044		
Continuity Correction(a)	3,012	1	,083		
Likelihood Ratio	3,917	1	,048		
Fisher's Exact Test				,054	,043
Linear-by-Linear Association	4,012	1	,045		
N de casos válidos	72				

a Calculada apenas para uma tabelas 2x2 .

b 0 células (0,0%) esperam resultados inferiores a 5. O mínimo esperado é 6,42.

- **Resultados**

Analisando os dados provenientes dos instrumentos para avaliar estado mental e depressão, nomeadamente o MMSE e a GDS, verificou-se que a média da pontuação no MMSE se situa nos 22,69 com um mínimo de 9 e máximo de 30 e a da GDS situa-se nos 13,46 com um mínimo de 2 e um máximo de 26.

Foram construídas duas classes etárias de forma a obter dois grupos: o dos menos idosos (até 79 anos) e o dos mais idosos (a partir dos 80 anos). Através da comparação entre médias da pontuação global da GDS e do MMSE de acordo com estas categorias etárias constata-se uma maior pontuação média no MMSE e uma menor presença de sintomatologia depressiva no grupo dos mais novos (tabela 15). Estas diferenças mostram-se estatisticamente significativas para a variável pontuação global no MMSE ($t = 3,339$; $p = 0,001$) (tabela 16).

Tabela 15: Tabela de dupla entrada para as variáveis pontuação global no MMSE e pontuação global na GDS de acordo com a variável categorias etárias.

	Categorias etárias	N	Média	Desvio Padrão
Pontuação Global do MMSE	até 79 anos	41	24,32	4,315
	a partir de 80 anos	31	20,55	5,259
Pontuação Global da Escala de Depressão Geriátrica	até 79 anos	41	12,34	5,593
	a partir de 80 anos	31	14,94	5,603

Tabela 16: *Teste-t* para cálculo das diferenças médias da variável pontuação global do MMSE de acordo com a variável categorias etárias.

		Teste Levene para igualdade de variâncias		Test-t para igualdade de médias						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença média	Erro típico de dif.	Intervalo de confiança de 95%	
		Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.
Pontuação global do MMSE	Igualdade de variâncias assumida	6,012	,017	-4,786	70	,000	-5,000	1,045	-7,084	-2,916
	Igualdade de variâncias não assumida			-4,786	61,362	,000	-5,000	1,045	-7,089	-2,911

Quando se analisa a pontuação do MMSE de acordo com a institucionalização dos sujeitos da amostra verifica-se uma diferença de 5 pontos sendo que os institucionalizados os que apresentam pior desempenho. Estas diferenças são corroboradas por um *teste-t* que demonstra a significância estatística desta diferença ($t = -4,786$; $p = 0,000$) (tabela 17).

Tabela 17: *Teste-t* para cálculo das diferenças médias da variável pontuação global do MMSE de acordo com a variável institucionalização.

		Teste Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para igualdade de médias						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença Média	Erro típico de diferença	Intervalo de confiança de 95%	
		Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.
Pontuação Global do MMSE	Igualdade de variâncias assumida	1,751	,190	3,339	70	,001	3,769	1,129	1,517	6,020
	Igualdade de variâncias não assumida			3,248	57,203	,002	3,769	1,160	1,445	6,092
Pontuação Global da Escala de Depressão Geriátrica	Igualdade de variâncias assumida	,025	,876	-1,947	70	,056	-2,594	1,332	-5,251	,063
	Igualdade de variâncias não assumida			-1,947	64,691	,056	-2,594	1,333	-5,256	,068

Comparando as médias da pontuação no MMSE de acordo com a variável sexo parece existir uma diferença de 1,45 sugerindo um melhor desempenho dos sujeitos do sexo masculino nesta prova de aferição cognitiva pois as mulheres apresentam uma pontuação média de 22,17 e os homens de 23,62. No entanto, esta diferença não tem suporte estatístico ($t = -1,162$; $p = 0,249$).

Parece existir uma influência relevante da variável literacia/iliteracia no que concerne ao desempenho dos sujeitos no MMSE. Assim, verifica-se que os sujeitos que têm escolaridade mostram desempenho superior em todas as tarefas do MMSE sendo que a média da pontuação global deste instrumento difere 7,78 pontos, obtendo os sujeitos escolarizados uma média de 24,21 pontos. Na sub-escala de orientação os sujeitos com literacia pontuam 8,81 enquanto que os iletrados 5,36, na sub-escala de

retenção os primeiros pontuam 2,91 para 2,36 dos iletrados, no que respeita a atenção e cálculo esta diferença de média chega a 2,31 dando clara vantagem para os sujeitos que frequentaram a escola. No que se refere às restantes sub-escalas o cenário é o mesmo: na sub-escala de evocação os letrados têm uma vantagem de 0,62, na de linguagem essa vantagem passa para 0,47 e na sub-escala habilidade construtiva a vantagem é de 0,4. A superioridade dos letrados parece, então, menor nas três últimas sub-escalas sub-escalas (evocação, linguagem e habilidade construtiva) (tabela 18)

Posto isto, e para verificar se a relação entre as variáveis escolaridade e capacidades cognitivas, efectuou-se uma análise através de *teste-t* que mostrou existirem diferenças significativas no desempenho entre letrados e iletrados. Estas diferenças foram estatisticamente significativas para a pontuação global no MMSE e em todas as sub-escalas, à excepção da de linguagem ($p = 0,091$). Assim, e para um nível de significância $\leq 0,01$, mostraram-se significativas a pontuação global do MMSE ($t = -6,464$; $p = 0,000$), as sub-escalas orientação ($t = -6,368$; $p = 0,000$), retenção ($t = -3,516$; $p = 0,001$), atenção e cálculo ($t = -4,860$; $p = 0,000$) e habilidade construtiva ($t = -2,658$; $p = 0,010$). Para um nível de significância $\leq 0,005$ mostraram-se estatisticamente significativas as diferenças existentes nos sujeitos, de acordo com a escolaridade, na sub-escala de evocação ($t = -2,019$; $p = 0,047$) (tabela 19).

Tabela 18: Tabela de dupla entrada para as variáveis orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem, habilidade construtiva e pontuação global do MMSE de acordo com a variável escolaridade.

	Escolaridade categorizada	N	Média	Desvio Padrão
Orientação	Iliteracia	14	5,36	2,405
	Literacia	58	8,81	1,659
Retenção	Iliteracia	14	2,36	,842
	Literacia	58	2,91	,431
Atenção e Cálculo	Iliteracia	14	1,50	1,345
	Literacia	58	3,81	1,649
Evocação	Iliteracia	14	,79	1,051
	Literacia	58	1,41	1,044
Linguagem	Iliteracia	14	6,36	,842
	Literacia	58	6,83	,939
Habilidade Construtiva	Iliteracia	14	,07	,267
	Literacia	58	,47	,537
Pontuação Global do MMSE	Iliteracia	14	16,43	4,702
	Literacia	58	24,21	3,874

Tabela 19: *Teste-t* para cálculo das diferenças médias das variáveis orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem, habilidade construtiva e pontuação global do MMSE de acordo com a escolaridade.

		Teste Levene para igualdade de variâncias		Teste-t para igualdade de médias						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença média	Erro típico de dif.	Intervalo de confiança de 95%	
		Inf.	Sup.	Inf.	Sup	Inf.	Sup	Inf.	Sup	Inf.
Orientação	Igualdade de variâncias assumida	4,591	,036	-6,368	70	,000	-3,453	,542	-4,535	-2,372
	Igualdade de variâncias não assumida			-5,087	16,109	,000	-3,453	,679	-4,891	-2,015
Retenção	Igualdade de variâncias assumida	24,126	,000	-3,516	70	,001	-,557	,158	-,872	-,241
	Igualdade de variâncias não assumida			-2,399	14,680	,030	-,557	,232	-1,052	-,061
Atenção e Cálculo	Igualdade de variâncias assumida	,660	,419	-4,860	70	,000	-2,310	,475	-3,258	-1,362
	Igualdade de variâncias não assumida			-5,507	23,443	,000	-2,310	,419	-3,177	-1,443
Evocação	Igualdade de variâncias assumida	,017	,897	-2,019	70	,047	-,628	,311	-1,249	-,008
	Igualdade de variâncias não assumida			-2,010	19,670	,058	-,628	,313	-1,281	,024
Linguagem	Igualdade de variâncias assumida	,421	,518	-1,714	70	,091	-,470	,275	-1,018	,077
	Igualdade de variâncias não assumida			-1,833	21,539	,081	-,470	,257	-1,003	,062

Habilidade Construtiva	Igualdade de variâncias assumida	63,344	,000	-2,658	70	,010	-,394	,148	-,690	-,098
	Igualdade de variâncias não assumida			-3,927	41,650	,000	-,394	,100	-,597	-,192
Pontuação Global do MMSE	Igualdade de variâncias assumida	1,056	,308	-6,464	70	,000	-7,778	1,203	-10,178	-5,379
	Igualdade de variâncias não assumida			-5,737	17,502	,000	-7,778	1,356	-10,632	-4,924

Através de uma análise correlacional de *pearson*, a escolaridade parece estar relacionada de forma positiva, existindo uma correlação moderada, com a pontuação global no MMSE, sendo que quanto maior a escolaridade maior a pontuação no MMSE ($r = 0,559$; $p = 0,000$) (tabela 20). De referir que a média de idades em indivíduos com literacia é inferior à dos sujeitos analfabetos (77,52 anos e 80,43 anos, respectivamente).

Tabela 20: Correlação de *pearson* entre as variáveis escolaridade e pontuação global no MMSE.

		Pontuação Global do MMSE	Escolaridade
Pontuação Global do MMSE	Correlação de Pearson	1	,559(**)
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	72	72
Escolaridade	Correlação de Pearson	,559(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	72	72

** A correlação é significativa para um nível de significância de 0.01 (2-tailed).

Podemos verificar uma associação negativa entre as variáveis idade de pontuação global no MMSE. Existe uma correlação baixa ($r = - 0,271$) porém estatisticamente significativa ($p = 0,021$) (tabela 21).

Tabela 21: Correlação de *pearson* entre as variáveis idade e pontuação global no MMSE.

		Pontuação Global do MMSE	Idade
Pontuação Global do MMSE	Correlação de Pearson	1	-,271(*)
	Sig. (2-tailed)		,021
	N	72	72
Idade	Correlação de Pearson	-,271(*)	1
	Sig. (2-tailed)	,021	
	N	72	72

* A correlação é significativa para um nível de significância de 0.05 (2-tailed).

No que concerne ao deterioro cognitivo, que é possível despistar com o auxílio do MMSE, concluiu-se que quase 70% desta amostra não apresentava deterioro cognitivo de acordo com este instrumento. Por sua vez, a percentagem de idosos desta amostra que mostra deterioro é 30,6% (tabela 22).

Tabela 22: Estatística descritiva da variável deterioro cognitivo de acordo com a variável pontuação no MMSE.

	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Cumulativa
Ausência de deterioro	50	69,4	69,4	69,4
Presença de deterioro	22	30,6	30,6	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Quando se avalia a presença de deterioro de acordo com a institucionalização podemos verificar que 47,2% dos sujeitos institucionalizados apresentam deterioro cognitivo contra 13,9 dos não institucionalizados. Por sua vez, 86,1% dos sujeitos não institucionalizados não apresenta deterioro para 52,8% dos institucionalizados. Esta diferença tem significância estatística de acordo com um teste *chi_quadrado* ($\chi^2 = 9,425$; $p = 0,002$) (tabela 23 e 24).

Tabela 23: Tabela de dupla entrada para as variáveis deterioro cognitivo de acordo com a variável institucionalização.

			Institucionalização		Total
			Sim	Não	
Ausência ou Presença de Deterioro Cognitivo	Ausência de deterioro	Count	19	31	50
		% within Ausência ou presença de deterioro cognitivo	38,0%	62,0%	100,0%
		% within institucionalização	52,8%	86,1%	69,4%
		% of Total	26,4%	43,1%	69,4%
	Presença de deterioro	Count	17	5	22
		% within Ausência ou presença de deterioro cognitivo	77,3%	22,7%	100,0%
		% within institucionalização	47,2%	13,9%	30,6%
		% of Total	23,6%	6,9%	30,6%
Total		Count	36	36	72
		% within Ausência ou presença de deterioro cognitivo	50,0%	50,0%	100,0%
		% within institucionalização	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	50,0%	50,0%	100,0%

Tabela 24: *Chi quadrado* das diferenças no que respeita a variável presença de deterioro cognitivo tendo em conta a variável institucionalização.

	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,425(b)	1	,002		
Continuity Correction(a)	7,920	1	,005		
Likelihood Ratio	9,825	1	,002		
Fisher's Exact Test				,004	,002
Linear-by-Linear Association	9,295	1	,002		
N de casos válidos	72				

a Calculada apenas para uma tabela 2x2.

b 0 células (0,0%) têm um valor esperado inferior a 5. O mínimo esperado é 11,00.

Dos sujeitos da amostra, 69,6% das mulheres não apresenta deterioro assim como 69,2% dos homens. Por outro lado, o cenário é idêntico quando se trata da presença de deterioro (30,4% das mulheres e 30,8% dos homens). Assim, parecem não existir grandes diferenças no que concerne ao deterioro cognitivo de acordo com o sexo. Estas diferenças mostram-se, ainda, não significativas através de um teste *chi quadrado* ($\chi^2 = 0,001$; $p = 0,976$).

Quanto à depressão, a GDS estabelece 3 classes no que respeita o humor distímico (ausência de depressão, depressão moderada e depressão grave). Nesta amostra podemos verificar que mais de metade dos inquiridos apresentava depressão moderada (56,9%), 30,6% apresentava ausência de critérios que poderiam sugerir perturbação de humor e apenas 12,5% (ou seja, 9 sujeitos) apresentavam um elevado número de sintomas que sugerem depressão grave (tabela 25).

Tabela 25: Estatística descritiva da variável categorias de depressão (de acordo com a GDS).

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem Válida	Porcentagem Cumulativa
Ausência	22	30,6	30,6	30,6
Moderada	41	56,9	56,9	87,5
Grave	9	12,5	12,5	100,0
Total	72	100,0	100,0	

Quando se procuram diferenças entre sujeitos institucionalizados e não institucionalizados, no que respeita à média das pontuações na GDS, podemos constatar uma diferença de 1,47 (tabela 26). Através de um *teste-t* pode concluir-se que esta diferença não é estatisticamente significativa ($t = 1,096$; $p = 0,277$). Por seu turno, no que respeita ao sexo, as mulheres parecem ser as mais deprimidas umas vez que a sua média na GDS é 2,34 superior à dos homens (tabela 27), no entanto, e através de um *teste-t*, esta diferença também não se mostra estatisticamente significativa ($t = 1,695$; $p = 0,094$).

Tabela 26: Estatística descritiva da variável pontuação global da GDS de acordo com a variável institucionalização.

	Institucionalização	N	Média	Desvio Padrão
Pontuação global da Escala de Depressão Geriátrica	Sim	36	14,19	5,600
	Não	36	12,72	5,795

Tabela 27: Estatística descritiva da variável pontuação global da GDS de acordo com a variável sexo.

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão
Pontuação global da Escala de Depressão Geriátrica	Feminino	46	14,30	5,181
	Masculino	26	11,96	6,365

Cruzando as variáveis sexo e depressão verifica-se que 82,6% das mulheres apresentam sintomatologia depressiva considerável sendo que dos homens, apenas 46,2% se mostra deprimido de forma moderada ou grave (tabela 28). Este facto é corroborado por um teste *chi_quadrado* ($\chi^2 = 10,404$; $p = 0,001$) (tabela 29).

Tabela 28: Tabela de dupla entrada para as variáveis sexo e depressão.

		Depressão			
		Sem critérios para depressão	Com critérios para depressão	Total	
Sexo	Feminino	Count	8	38	46
		% within sexo	17,4%	82,6%	100,0%
		% within Dep	36,4%	76,0%	63,9%
		% of Total	11,1%	52,8%	63,9%
	Masculino	Count	14	12	26
		% within sexo	53,8%	46,2%	100,0%
		% within Dep	63,6%	24,0%	36,1%
		% of Total	19,4%	16,7%	36,1%
Total	Count	22	50	72	
	% within sexo	30,6%	69,4%	100,0%	
	% within Dep	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	30,6%	69,4%	100,0%	

Tabela 29: *Chi_quadrado* das diferenças no que respeita a variável depressão de acordo com a variável sexo.

	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	10,404(b)	1	,001		
Continuity Correction(a)	8,756	1	,003		
Likelihood Ratio	10,235	1	,001		
Fisher's Exact Test				,003	,002
Linear-by-Linear Association	10,259	1	,001		
N de casos válidos	72				

a Calculada apenas para uma tabela 2x2.

b 0 células (,0%) esperam resultados inferiores a 5. O mínimo esperado é 7,94.

Através de uma análise de associação entre variáveis podemos constatar uma correlação negativa significativa entre a escolaridade e a pontuação global na GDS ($r = -0,337$; $p = 0,004$) (tabela 30).

Tabela 30: Correlação de *pearson* entre as variáveis escolaridade e pontuação global na GDS.

		Escolaridade	Pontuação Global da Escala de Depressão Geriátrica
Escolaridade	Correlação de Pearson	1	-,337(**)
	Sig. (2-tailed)		,004
	N	72	72
Pontuação Global da Escala de Depressão Geriátrica	Correlação de Pearson	-,337(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,004	
	N	72	72

** A correlação é significativa para um nível de significância de 0.01 (2-tailed).

Quando se avalia a presença de deterioro cognitivo em sujeitos que apresentam depressão moderada ou grave (de acordo com a GDS), conclui-se que não existem evidências que suportem essa suposição ($\chi^2 = 0,915$; $p = 0,339$). Também não existe evidência estatística que comprove a associação entre as variáveis pontuação global no MMSE e na GDS ($r = -0,218$; $p = 0,066$).

Discussão dos Resultados

Investigações realizadas em idosos institucionalizados mostram uma elevada taxa de depressão: Cherloni, Pinheiro, Filho e Medeiros (2003) verificaram que 51% dos idosos institucionalizados em Mosoró (Rio Grande do Sul, Brasil) apresentava depressão; Oliveira, Gomes e Oliveira (2003, citados por Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa & Cardoso, 2009). Aguiar e Dunningham (citados por Oliveira, Gomes e Oliveira, 2003, citados por Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa & Cardoso, 2009), por seu turno, demonstraram que apenas 15% dos idosos da comunidade apresentavam depressão. Estes dados sugerem que os idosos institucionalizados

tenderão a ser mais deprimidos. Plati, Covre, Lukasova e Macedo (2006) verificaram, também, que os idosos institucionalizados apresentavam maior número de sintomatologia depressiva. Nesta amostra tal não se verifica sendo que recusamos a hipótese 1 (os sujeitos institucionalizados apresentam indicadores depressivos mais elevados nos valores da GDS quando comparados com sujeitos não institucionalizados) ($\chi^2 = 1,047; p = 0,306$).

Plati, Covre, Lukasova e Macedo (2006) concluíram que os idosos institucionalizados têm um pior desempenho cognitivo. Estes autores sugerem que a estimulação das actividades do dia-a-dia podem ser importantes para minimizar as perdas cognitivas em idosos institucionalizados. O mesmo é sugerido por Rocha e Lianza (2007) que referem que o deterioro em idosos hospitalizados poderá relacionar-se com o facto dos funcionários desempenharem tarefas antes atribuídas ao doente. Nesta amostra verifica-se uma diferença estatisticamente significativa de 5 valores entre a média dos idosos institucionalizados e não institucionalizados sendo os primeiros a ter pior desempenho cognitivo. Desta feita, aceita-se a hipótese 2 (os sujeitos institucionalizados apresentam níveis superiores de deterioro cognitivo formal, mensurável pelos valores do MMSE, quando comparados com sujeitos não institucionalizados) ($\chi^2 = 9,425; p = 0,002$) (tabela 24).

Rocha e Lianza (2007) verificaram que os doentes idosos hospitalizados apresentavam pontuações mais reduzidas no MMSE (não considerando o nível de literacia). Neste estudo corrobora-se, de certa forma, os achados destes investigadores pois a institucionalização parece ter um efeito negativo no resultado no MMSE.

Vários estudos demonstram uma maior incidência de depressão em idosos do sexo feminino. Almeida e Almeida (1999, citados por Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa & Cardoso, 2009) verificaram que 67,3% dos deprimidos da amostra pertenciam ao sexo feminino. Porcu, Fritzen, Cano, Bemvides e Columbari (2002, citados por Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa & Cardoso, 2009) e Linhares, Coelho, Guimarães, Campos e Carvalho (2003, citados por Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa & Cardoso, 2009) concluíram, igualmente uma maior prevalência de depressão no sexo feminino. Duarte e Rego (2007) verificaram, também, que a depressão é mais frequentemente diagnosticada em mulheres.

Pelo contrário, Siqueira, Vasconcelos, Duarte, Arruda, Costa e Cardoso (2009) verificaram maior índice de depressão entre idosos do sexo masculino (64,3% para os homens e 35,5% para as mulheres). Neste estudo verificamos que, de facto, existem

diferenças entre as pontuações na GDS entre os sujeitos do sexo masculino e do sexo feminino sendo a média dos primeiros 11,96 e das mulheres de 14,30 (tabela 27). Esta perturbação de humor mostra-se mais frequente no sexo feminino verificando-se que, das 46 mulheres da amostra, 82,6% apresentam depressão para 46,2% dos 26 homens (tabela 28 e 29). Desta forma, a hipótese 3 deste estudo (os sujeitos do sexo feminino apresentam indicadores depressivos mais elevados nos valores da GDS quando comparados com os sujeitos do sexo masculino) é aceite ($\chi^2 = 10,404$; $p = 0,001$) (tabela 29).

Leite, Carvalho, Barreto e Falcão (2006) concluíram, ainda, que as mulheres alcançam idades mais avançadas e nelas se regista uma maior incidência de doenças crónicas, nomeadamente a depressão. Verificaram, ainda, que o maior número de idosos deprimidos tinham idades compreendidas entre os 70 e os 79 anos de idade. Nesta amostra, nos grupos etários construídos (até 79 anos e a partir de 80 anos) não verificamos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

Varela, Chávez, Galvez e Méndez (2004) verificaram a existência de uma associação positiva entre deterioro cognitivo e idade, grau de instrução, situação sócio-económica, confusão aguda, privação sensorial auditiva, imobilidade, quedas, incontinência urinária e fecal, desnutrição, depressão e estado funcional. Concluíram, ainda, que o deterioro cognitivo era maior em idosos hospitalizados. Neste estudo, corroborando o supra mencionado, a pontuação no MMSE mostra ser sensível à variável idade pois, e de acordo com as classes etárias construídas, os mais velhos apresentam maior comprometimento no seu estado mental que os idosos com idades até 79 anos de idade apresentam uma pontuação média de 24,32 enquanto que os mais idosos, com idade igual ou superior a 80 anos, obtêm uma pontuação média de apenas 20,55 ($t = -4,786$; $p = 0,000$) (tabela 15 e 16). Para além disso, existem evidências para afirmar que a pontuação no MMSE tende a ser menor quanto maior for a idade ($r = -0,271$; $p = 0,021$) (tabela 21).

Leite, Carvalho, Barreto e Falcão (2006) e Cacciatore (1998 citado por Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006) verificaram uma associação entre depressão e escolaridade sendo que os idosos com maior nível de escolaridade apresentam menor índices de depressão. Contrariamente Black e Markides (1998, citados por Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006) observaram uma fraca associação entre depressão e o grau de escolaridade. Nesta amostra verificou-se uma associação negativa estatisticamente significativa entre as variáveis escolaridade e pontuação obtida na GDS

($r = -0,337$; $p = 0,004$) (tabela 30) o que sugere que quanto maior a escolaridade menor será a pontuação na GDS e vice-versa o que corrobora os estudos referidos. A escolaridade poderá constituir um factor de protecção contra alterações de humor.

Benson e colaboradores (2005, citados por Abarca, Chino, Llacho, Gonzales, Mucho, Vázquez 228 tal., 2008) concluíram que um maior nível educativo funcionaria como *factor protector* contra o deterioro cognitivo uma vez que parece existir uma relação significativa entre deterioro cognitivo e baixo nível educativo. Paralelamente, corroboram a existência de uma relação entre idade e deterioro cognitivo. Estes idosos avaliados demonstraram o referido nas conclusões destes autores, ou seja, a escolaridade encontra-se correlacionada positivamente com a pontuação no MMSE ($r = 0,559$; $p = 0,000$) (tabela 20), isto é, quanto maior a escolaridade maior a pontuação no MMSE. Borges, Benedetti e Mazo (2007) tiraram conclusões semelhantes verificando que quanto maior a escolaridade melhor o desempenho no MMSE.

Quando se analisa a presença de diferenças entre idosos com iliteracia e literados verifica-se que os primeiros pontuam menos nas sub-escalas do MMSE. As diferenças parecem ser menores nas escalas retenção (literados – 2,91 e iliterados – 2,36), linguagem (literados – 6,83 e iliterados – 6,36) e habilidade construtiva (literados – 0,47 e iliterados – 0,07). Os idosos iliterados apresentam, em média, uma pontuação inferior no MMSE àqueles que possuem algum grau de escolaridade (16,43 e 24,21, respectivamente) (tabela 18).

Avaliando a relação entre a literacia e estas variáveis podemos constatar uma influência significativa nos resultados nas variáveis orientação, retenção, atenção e cálculo, habilidade construtiva e pontuação global no MMSE a um nível de significância \leq a 0,01. A variável evocação parece, também, relacionar-se com a escolaridade mas a um nível de significância \leq a 0,05. Estes resultados sugerem, assim, que as diferenças nestas pontuações podem ser explicadas pela variável escolaridade. A escolaridade não parece estar relacionada com a idade (até porque parece haver sensivelmente, apenas, 2 anos de diferença entre as médias das idades relativamente à escolarização), nem com a sub-escala linguagem do MMSE (tabela 19).

Podemos constatar, ainda, que 47,2% dos idosos institucionalizados desta amostra apresenta deterioro enquanto que apenas 13,9% dos idosos não institucionalizados mostra comprometimentos no seu estado mental ($\chi^2 = 0,001$; $p = 0,976$) (tabela 22 e 23).

Borges, Benedetti e Mazo (2007) verificaram uma relação inversa entre as pontuações do MMSE e a GDS sugerindo que quanto maior a pontuação no MMSE,

menor a na GDS. Nesta amostra tal não se verificou pois a fraca associação negativa entre as variáveis pontuação global no MMSE e na GDS não se revelou estatisticamente significativa. Tentou procurar-se uma relação entre as variáveis presença de deterioro e presença de depressão que, igualmente, se mostrou infrutífera ($\chi^2 = 0,917$; $p = 0,339$) o que faz com que a hipótese 5 (Os sujeitos que, de acordo com a GDS, apresentam categorização de presença de sintomatologia depressiva (categorias clínicas) apresentam inferior desempenho no MMSE) seja rejeitada.

Partindo do pressuposto de que os sujeitos deprimidos apresentavam resultados inferiores no MMSE comparativamente com os não deprimidos construiu-se a hipótese 4 (os sujeitos do sexo feminino apresentam níveis superiores de deterioro cognitivo formal, mensurável pelos valores do MMSE, quando comparados com sujeitos do sexo masculino) que foi rejeitada pois não se verificam diferenças no que respeita a presença de depressão de acordo com o sexo ($\chi^2 = 0,001$; $p = 0,976$).

Quando analisamos a autonomia verifica-se que entre os institucionalizados existem mais idosos não autónomos comparativamente com os idosos não institucionalizados. Estes resultados podem indicar uma maior satisfação destes idosos autónomos de acordo com Moraes e Souza (2005) que verificaram que a manutenção da independência para as actividades da vida diária, autonomia e satisfação com o relacionamento familiar e amizade são factores preditivos independentes do envelhecimento bem-sucedido, tanto para homens como para mulheres. Nesta amostra verificamos que a maioria dos idosos não institucionalizados são autónomos (33 contra 3 não autónomos) e que dos 36 sujeitos institucionalizados apenas 18 referem ter autonomia no que respeita às suas actividades de vida diária ($\chi^2 = 15,126$; $p = 0,000$) (tabela 9). Esta autonomia parece estar relacionada com alterações de humor, sendo que quase a totalidade dos indivíduos sem autonomia apresenta depressão (tabela 12). A autonomia parece, ainda estar relacionada com o deterioro cognitivo sendo que os menos autónomos parecem ser os sujeitos com maiores prejuízos no que respeita ao seu estado mental.

Abarca, Chino, Llacho, Gonzales, Mucho, Vázquez 229 tal. (2008) verificaram que existe uma relação clara entre deterioro cognitivo e idade. Estes autores demonstraram, ainda, que os idosos mais velhos obtinham menores pontuações no MMSE que sugerem um deterioro cognitivo. A população analfabeta que fazia parte da amostra destes autores obteve pontuações mais reduzidas.

Conclusões

1. Neste estudo, contrariamente a uma grande panóplia de estudos realizados neste âmbito, não se verifica uma associação positiva entre institucionalização e presença de depressão podendo afirmar-se que, nesta amostra, a variável institucionalização parece não estar relacionada com alterações de humor, nomeadamente depressão.
2. Os sujeitos institucionalizados, se bem que não apresentem maior tendência a exibir alterações de humor, comparativamente com os não institucionalizados, mostram maior prejuízo cognitivo.
3. Os sujeitos que se mostram deprimidos não parecem apresentar deterioro cognitivo de realce.
4. A autonomia no dia-a-dia parece contribuir para uma melhor performance cognitiva assim como para a redução de sintomatologia depressiva.
5. A escolaridade parece estar relacionada de forma positiva com a capacidade cognitiva dos sujeitos sendo que, sugerindo estes dados que, quanto maior a escolaridade, melhor a pontuação no MMSE. Paralelamente a literacia parece produzir, também, alterações positivas no humor.

REFLEXÃO CRÍTICA

Durante o ano de estágio pude contactar com uma vasta panóplia de doentes, com quadros diversificados, o que me permitiu avaliar e intervir em perturbações de humor, de ansiedade, sexuais, de personalidade, psicóticas e de abuso de substâncias. Para fazer face a estes desafios terapêuticos valeram-me as aprendizagens acumuladas ao longo do curso, as discussões dos casos com a orientadora de estágio e com as supervisoras, ler livros, artigos, e mais livros e mais artigos. De facto, pude constatar que aprender é uma necessidade constante e efectiva de quem quer realizar bem o seu trabalho, preocupando-se com a melhoria dos doentes.

Quando iniciei a minha prática clínica tinha a ideia (ERRADA) que o estabelecimento de relação terapêutica seria algo simples e no qual eu não necessitaria de estar muito envolvida (ERRADO). Com o decorrer das consultas verifiquei que nada era mais errado pois, se não me envolvesse (até certo ponto) com os problemas dos doentes, a intervenção não produziria os mesmos resultados: os doentes *sentiam* que eu estava distante; e a minha distância não permitiria que me envolvesse nos problemas dos doentes ao ponto de intervir eficazmente. Com o decorrer do ano a minha concepção (ERRADA) caiu por terra e pude verificar o quão prazerosa (e benéfica) é o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Gostei de avaliar os doentes, gostei de conduzir uma entrevista, de preencher as fichas dos doentes, de construir anamneses e de estabelecer diagnósticos. Gostei de elaborar planos de intervenção e, mais ainda, de os aplicar e confirmar que, de facto, o psicólogo consegue fazer a diferença, conseguimos ajudar os doentes a funcionarem de forma mais adequada e a diminuírem o seu sofrimento.

Surpreendentemente gostei muito de trabalhar com idosos (surpreendentemente pois tinha a ideia que seria uma população que não me despertaria qualquer interesse). Gostava imenso daquela senhora amorosa que vinha sempre a horas nas consultas, e que me cumprimentava sempre que me via na rua. E adorei quando fui entrevistar idosos para o meu estudo.

Este relatório deu-me imenso gozo e prazer (mas também, também não poderia ser de outra forma, suor e lágrimas). Foi proveitosa toda a recolha de informação realizada, todas as frases escritas, todas as aprendizagens realizadas. Para avaliar os doentes tive que investigar:

o que faz com doentes com perturbação de pânico, que testes aplicar, que aspectos a despistar num diagnóstico diferencial, que tipo de abordagem a ter de acordo com a idiossincrasia do doente. De cada vez que avaliava um doente era como que iniciasse toda uma nova tarefa, do zero pois o que resulta num paciente pode revelar-se inútil com outros...

A intervenção foi o que me deu mais gozo. Sentir que era responsável por um doente fez-me aperceber da nossa importância enquanto técnicos, e devo confessar que, a cada melhora que via, sentia-me como uma mãe que vê o seu filho dar os primeiros passos e dizer as primeiras sílabas, orgulhosa. Orgulhosa do meu trabalho, do trabalho dos doentes e, sobretudo, da profissão que escolhi.

No que respeita a investigação, quis fazer tudo de novo, partir do zero e aprender mais. Sim, porque encarei este trabalho de mestrado como, mais que qualquer outra coisa, uma oportunidade de aprender e de alargar o meu conhecimento em áreas que quase que desconheço. E daí surgiu a ideia de trabalhar com idosos: não tinha grande vontade com o tema e acho que são uma população com que todos iremos trabalhar. A estatística...afinal parece que não é um bicho de 7 cabeças, tem só 6...o que é facto é que fazer análises estatísticas, procurar relações entre variáveis, avaliar diferenças de médias (...) mostrou-se tão divertido quanto interessante, cada teste que executava levava-me a pensar em dados interessantes para estudar também e acredito, sinceramente, que se o prazo se alargasse ainda estaria a fazer análises estatísticas pois uma base de dados tem immenso potencial.

No final deste relatório, e olhando em retrospectiva para estes dois anos de trabalho, aprez-me dizer que pude ter experiências muito ricas e diversificadas, tudo foi um aperfeiçoar constante, uma busca sôfrega por aprender, por poder intervir autonomamente, por crescer enquanto profissional.

Não posso mentir e dizer que gostei mais *disto* que *daquilo*, não sei de que gostei mais, sei que gostei de trabalhar, sei que gostei de me sentir terapeuta e de me tentar construir enquanto tal. Não vou dizer que foi tudo bom, não, estaria a mentir, houve experiências menos boas, recordo-me até de más...mas a minha persistência e vontade ajudaram-me a superar as adversidades e sinto que me tornaram mais forte. As coisas boas, muitas, muitas mesmo, o abraço dos doentes quando terminei o estágio, o apoio dos técnicos que me orientaram, os colegas, o que aprendi e o que fiz, o que aconteceu e mais importante, o que fiz com o que aconteceu: reflecti, aprendi, integrei.

Sinto que sei menos do que gostaria, sinto que estes dois anos de trabalho me levaram a aprender mas também a ter consciência que nunca sabemos e que o nosso conhecimento e prática não nos inocula de erros. Vão sempre existir coisas que não correm tão bem, vai

sempre haver necessidade de ir aos livros entre as consultas e, mais importante, não há mal nenhum em reconhecer que não sabemos pois vamos ter que estar sempre a aprender. Aprendi, ainda, que a intuição é algo que devemos pôr a trabalhar a nosso favor. Sim, é claro que temos de ter conhecimento, mas é essa busca de conhecimento, alguma propensão nossa e a prática que nos ajudam a ser intuitivos, a traçar hipóteses de diagnóstico, a traçar objectivos de intervenção pois a Psicologia permite-nos abstrair um pouco das convenções, desde que, logicamente fundamenta.

Ao olhar em retrospectiva é impossível não ter a lágrima no canto do olho por tudo o que me aconteceu e por tudo o que fiz com que acontecesse, é impossível não me ver nas experiências que ocorreram e é impossível eu não me ter construído a partir delas. A psicologia, no final desta aprendizagem, ajudou-me a perceber como se faz, como se ajuda, mas, e muito subjectivamente, quem sou e de onde venho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abarca, J.C., Chino, B.N., Llacho, M.L.V., Gonzales, K., Mucho, K, Vázquez, R. et al. (2008). Relación entre Educación, Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en una Muestra de Adultos Mayores de Arequipa. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8 (2): 1-9.

Agostinho, P. (2004). Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6 (1), 31 – 36.

Almeida, O.P. (1999). Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 21 (1), 12 – 18.

Almeida, O.P. & Almeida, S.A. (1999). Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão em Geriatria (GDS) versão reduzida. *Arq. Neuropsiquiatr*, 57 (2-B), 421 – 426.

Amâncio, E. J., Magalhães, C. C. P, Santos, A. C. G., Peluso, C. M., Pires, M.F.C. & Dias, A.P. P. (2002). Tratamento do transtorno dismórfico corporal com venlafaxina: relato de caso. *Rev Bras Psiquiatr*, 24(3), 141-143.

Anda, R.F., Williamson, D.F., Escobedo, L.G., Mast, E.E., Giovino, G.A. & Remington, P.L. (1990). Depression and the Dynamics of smoking: a national perspective. *Journal of the American Medical Association*, 264 (12), 1541-1545.

Andreasen, N. C. (2003). *Admirável Cérebro Novo - Dominar a Doença Mental na Era do Genoma*. Lisboa: Climepsi Editores.

Andrews, G., Oakley-Browne, M., Castle, D., Judd, F. & Bailie, A. (2003). Summary of guideline for the treatment of panic disorder and agoraphobia. *Australian Psychiatric*, 11 (1), 29-33.

American Psychiatric Association (1998) – Practice guideline for treatment of patients with panic disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155 (5), 1-35.

American Psychiatry Association (2002¹). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.

Araújo, L. A. (1998). Escalas de avaliação do transtorno obsessivo-compulsivo em adultos. *Revista de Psiquiatria Clínica – Edição Internet*. 25 (6).

Araújo, J.L. (2006). *Depressão em idosos e sua relação com a autopercepção da dinâmica familiar*. Tese não publicada. Universidade Estadual Vale do Acaraú. Sobral – Ceará.

Asbahr, F. R. (2004). Anxiety Disorders in Childhood and Adolescence: Clinical and Neurobiological Aspects. *Jornal de Pediatria*, 80 (2), 28-34.

Ávila, R. & Bottino, C.M.C. (2006). Atualização sobre alterações cognitivas em idosos com síndrome depressiva. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 28 (4), 316 – 320.

Batistoni, S.S.T., Neri, A.L. & Cupertino, A.P.F.B. (2007). *Rev Saúde Pública*. 41 (4): 598 – 605.

Beamish, P., Granello, D. & Belcastro, A. (2002). Treatment of Panic Disorder: Practical Guidelines. *Journal of Mental Health Counseling*, 24 (3), 224-237.

Beck, A., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders And Phobias*. New York: Basic Books Publishers.

Beck, A. & Steer, R. (1993). *Beck Depression Inventory – Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.

Bell, C. J., Malizia, A. L. & Nutt, D. J. (1999). The neurobiology of social phobia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 249 (Suppl. 1), S11 – S18.

Benedetti, T.R.B., Borges, L.J., Petroski, E.L. & Gonçalves, L.H.T. (2008). Atividade física e estado de saúde mental de idosos. *Rev. Saúde Pública*, 42 (2), 302 – 307.

- Berber, J. S. S., Kupek, E. & Berber, S. C. (2005). Prevalência de Depressão e sua Relação com a Qualidade de Vida em Pacientes com Síndrome da Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*, 45 (2), 47-54.
- Bhogal, K.S. & Baldwin D. S. (2007). Pharmacological treatment of social phobia. *Psychiatry*, 6 (5), 217-223.
- Blalock, J.A., Fouladi, R.T., Wetter, D.W. & Cinciripini, P.M. (2005). Depression in pregnant women seeking smoking cessation treatment. *Addictive Behaviours*, 30, 1195-1208.
- Blankstein, K. R. & Segal, Z. V. (2006). Avaliação Cognitiva: Processos e Métodos. In Dobson, K. S. (Ed.), *Manual de Terapias Cognitivo-comportamentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Boeckel, M. G. & Sarriera, J. C. (2005). Análise factorial do Questionário de Estilos Parentais (PAQ) em uma amostra de adultos jovens universitários. *Psico-USF*, 10 (1), 1-9.
- Borges, L.J., Benedetti, T.R.B. & Mazo, G.Z. (2007). Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. *J Bras Psiquiatr*, 56 (4), 273 – 279.
- Boussard, M., Gaspar, E., Labraga, P. & D'Ottone, A. (2002). Pautas terapêuticas de los transtornos de ansiedad. *Revista de Psiquiatria del Uruguay*, 66 (2), 130-152.
- Bowe, W.P., Leyden, J.J., Crerand, C.E., Sarwer, D.B. & Margolis, D.J. (2007). Body dysmorphic disorder symptoms among patients with acne vulgaris. *J. Am. Dermatol*, 57 (2), 222-230.
- Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M. & Koren, G. (2004). Perinatal Risks of Untreated Depression During Pregnancy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (11), 726-734.
- Börjesson, K., Ruppert, S. & Strindlund, M.B. (2005). A longitudinal study of psychiatric symptoms in primiparous women: relation to personality disorders and sociodemographics factors. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 232-242.

- Buhlmann, U., McNally, R.J., Wilhelm, S. & Florin, I. (2002). Selective processing of emotional information in body dysmorphic disorder. *Anxiety Disorders*, 16 (2002), 289-298.
- Buhlmann, U., Reese, H. E., Renaud, S. & Wilhelm, S. (2008). Clinical considerations for the treatment of body dysmorphic disorder with cognitive-behavioral therapy. *Body Image*, 5 (2008), 39–49.
- Burgess, E.S., Kahler, C.W., Niaura, R., Abrams, D.B., Goldstein, M.G. & Miller, I.W. (2002). Patterns of change in depressive symptoms during smoking cessation: Who's at risk for relapse? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), 356-361.
- Calil, H.M. & Pires, M.L.N. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação de depressão. *Revista de Psiquiatria Clínica – Edição Internet*. 25 (5).
- Cameron, A. D., Bloye, D. & Davies, S. (2004). *Crash Course Psychiatry*. Spain: Editor Dan Horton – Szar.
- Cansever, A., Uzun, Ö., Dönmez, E. & Özşahin, A. (2003). The Prevalence and Clinical Features of Body Dysmorphic Disorder in College Students: A Study in a Turkish Sample. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (1), 60-64.
- Carleton, R.N., Collimore, K.C. & Asmundson, G.J.G. (2007). Social anxiety and fear or negative evaluation: Construct validity of the BFNE-II. *Journal of Anxiety Disorders*, 21 (2007), 131–141.
- Carneiro, R.S. Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. & Prette, A. (2006). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20 (2), 229 – 237.
- Cavalcante, A. B., Sauer, J. F., Chalot, S. D., Assumpção, A., Lage, L.V., Matsutani, A. & Marques, A. P. (2006). A Prevalência de Fibromialgia: uma Revisão de Literatura. *Rev Bras Reumatol*, 46 (1), 40-46.

Chan, R., Rey, J. & Hazell, P., (2002). Clinical practice guidelines for depression in young people: are the treatment recommendations outdated? *MAJ*, 177, 440-443.

Cheloni, C.F.P., Pinheiro, F.L.S., Cavalcanti Filho, M. & Medeiros, A.L. (2003). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica. *Universidade do Estado do Rio Grande do Norte Expressão*, Mossoró, 34 (1-2), 61 – 73.

Cohen, L.S., Nonacs, R.M., Bailey, J.W., Viguera, A.C., Reminick, A.M., Altshuler, L.L. et al. (2004). Relapse of depression during pregnancy following antidepressant discontinuation: a preliminary prospective study. *Archives of Women's Health*, 7, 217-221.

Coleman, P., Nelson, E.S. & Sundre, D.L. (1999). The relationship between prenatal expectations and postnatal attitudes among first-time mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 17 (1), 27-39.

Collins, K.A., Westra, H.A., Dozois, D.J.A. & Stewart, S.H. (2005). The validity of the brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Anxiety Disorders*, 19 (2005), 345-400.

Community Collaborative on Health Care Quality (2003). Management of Adult Depression: A Guide for the Primary Care Provider. Retirado de <http://www.healthcarequality.com/p/articles/2.pdf> em 14 de Dezembro de 2008.

Cordeiro, J. C. (2002). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Cororve, M. B. & Gleaves, D. H. (2001). Body Dysmorphic Disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clinical Psychology Review*, 21 (6), 949–970.

Cordioli, A. V. (1998). *Psicoterapias*. São Paulo: Artmed.

Cote, G. (1993). Le Traitement Cognitivo-comportamental du Trouble de Panique: Une Recension Critique des Ecrits. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 25 (1), 45-60.

Covey, L.S., Glassman, A.H. & Stetner, F. (1999). Depression and depressive symptoms in smoking cessation. *Comprehensive Psychology*, 71 (2), 292-301.

Cox, B. J., Walker, J. R., Enns, M.W. & Karpinski, D. C. (2002). Self-Criticism in Generalized Social Phobia and Response to Cognitive-Behavioral Treatment. *Behaviour Therapy*, 33, 479-491.

Cunha, M. (2000). Estratégias de Avaliação Clínica na Fobia Social. In Pinto-Gouveia, J. (2000). *Ansiedade Social. Da Timidez à Fobia Social*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cury, A.F., Tedesco, J.J.A., Kahhale, S., Menezes, P.R. & Zugaib, M. (2004). Postpartum depression: in relation to life events and patterns of coping. *Archives of Women's Mental Health*, 7, 123-131.

Dannon, P., Iancu, I. & Grunhaus, L. (2002). Psychoeducation in Panic Disorder Patients: Effect of a Self-Information Booklet in a Randomized, Masked-Rater Study. *Depression and Anxiety*, 10, 16-71.

Dattilio, F. (2001). Crisis Intervention Techniques for Panic Disorder. *American Journal of Psychotherapy* 55 (3), 388- 406.

Dawson, M.Y., Michalak, E.E., Waraich, P., Anderson, J.E., & Lam, R.W. (2004). Is remission of depressive symptoms in primary care a realistic goal? A meta-analysis. *BMC Family Practice*, 5-19.

D'El Rey, G. J. F. & Pacini, C. A. (2005¹). Comorbilidade com a dependência de substâncias nos subtipos da Fobia Social. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama*, 9(3), 207-210.

D'El Rey, G.J.F. & Pacini, C.A. (2005²). Tratamento da Fobia Social circunscrita por Exposição ao Vivo e Reestruturação Cognitiva. *Rev. Psiq. Clín*, 32 (4), 231-235.

- D'El Rey, G.J.F. & Pacini, C.A. (2006). Terapia Cognitivo-Comportamental da Fobia Social: Modelos e Técnicas. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 11 (2), 269-275.
- D'El Rey, G. J. F., Greenberg, P. N., Husni, M. A. & Cejkinski, A. (2007). Terapia Cognitivo-Comportamental de Grupo no Tratamento da Fobia Social. *Psicol. Argum., Curitiba*, 25 (50), 305-311.
- D'El Rey, G. J. F., Lacava, J. P. L. & Cardoso, R. (2007). Consistência interna da versão em português do Mini-Inventário de Fobia Social (Mini-SPIN). *Rev. Psiq. Clín.*, 34 (6): 266-269.
- D'El Rey, G. J. F. (2008). Escala D'El Rey de Medo de Falar em Público: Elaboração de um instrumento de auto-avaliação. *Psicol. Argum.*, 26 (52), 67 – 72.
- DeRubeis, R. J. Tang, T. Z. & Beck, A. T. (2006). Terapia Cognitiva. In Dobson, K. S. *Manual de Terapias Cognitivo-comportamentais*. Porto Alegre: Artmed.
- DiFilippo, J. & Overholser, J. (1999). Cognitive-Behavioral Treatment of Panic Disorder: Confronting Situational Precipitants. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 29 (2), 99-113.
- Dias, R. (2006). Prevenção da Disfunção Erétil. *Saúde, Grupo Português Saúde*, 6-10.
- Diego, M.A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Cullen, C. *et al.* (2004). *Prepartum, Postpartum, and Chronic Depression Effects on Newborns*. *Psychiatry*, 67 (1), 63-80.
- DiFilippo, J. & Overholser, J. (1999). Cognitive-Behavioral Treatment of Panic Disorder: Confronting Situational Precipitants. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 29 (2), 99-113.
- Duarte, M.B. & Rego, M.A.V. (2007). Comorbilidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. *Cad. Saúde Pública*, 23 (3), 691 – 700.
- Duke, D., Krishnan, M., Faith, M. & Storch, E.A. (2006). The psychometric properties of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale. *Anxiety Disorders*, 20 (2006), 807-817.

- Ellis, P. M., Hickie, I.B. & Smith, D. A. (2003). Summary of guideline for the treatment of depression. *Australasian Psychiatry*, 11 (1), 34-38.
- Faytout, M., Tignol, J., Swendsen, J., Grabot, D., Aouizerate, B. & Lépine, J.P. (2007). Social phobia, fear of negative evaluation and harm avoidance. *European Psychiatry*, 22 (2007), 75-79.
- Fennel, M.J. (1995). Depression. In Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J., & Clark, D. *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatry Problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Feusner, J. D., Tobias, J. Y. & Saxena, S. (2008). The pathophysiology of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 5 (2008), 3–12.
- Flecka, M.P.A., Laferb, B., Sougeyc, E.B., Del Portod, J.A., Brasile, M.A., & Juruenaf, F. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (2), 114-122.
- Fleck, M., Lafer, B. & Sougey, E. (2001). Diagnóstico e Tratamento da Depressão. *Associação Brasileira de Psiquiatria*, 1-7.
- Fichman, H.C., Caramelli, P., Sameshima, K. & Nitrini, R. (2005). Declínio da capacidade cognitiva durante o envelhecimento. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 27 (12), 79 – 82.
- Flett, G.L., Hewitt, P.L. & De Rosa, T. (1996). Dimensions of Perfeccionism, Psychosocial adjustment and Social Skills. *Person. individ. Diff*, 20 (2), 143.150.
- Fonseca, F.B. & Rizzotto, M.L.F. (2008). Construção de instrumento para avaliação sócio-funcional em idosos. *Texto Contexto Enferm*, 17 (2), 365-373.
- Fontes–Burgos, A.C.G, Neri, A.L. & Cupertino, A.P.F.B. (2007). Eventos Estressantes, Estratégias de Enfrentamento, Auto-Eficácia e Sintomas Depressivos entre Idosos Residentes na Comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21 (1), 74 – 82.

- Frisoli Júnior, A., D'Amorin, A.B., Szejnfeld, V.L., Vieira, J.G. H. (2001). Manifestações Neuropsiquiátricas do Hiperparatiroidismo Primário no Idoso: Relatos de Casos e Revisão da Literatura. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab*, 45 (3), 302 – 308.
- Garcia-Lopez, L. J.; Olivares, J.; Beidel, D.; Albano, A. M.; Turner, S. & Rosa, A. (2005). Efficacy Of Tree Treatment Protocols For Adolescents With Social Anxiety Disorder: a 5-year Follow-Up Assessment. *Journal Of Anxiety Disorders*.
- García-López, L.J., Olivares, J. & Hidalgo, M.D. (2005). A pilot study on sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia in Spanish adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (2), 385-392.
- Gazalle, F.K., Hallal, P.C. & Lima, M.S. (2004). Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Rev. Bras. Psiquiatr*, 26 (3), 145 – 149.
- Gelder, M., Mayou, R. & Geddes, J. (1999). *Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Giavoni, A., Melo, G.F., Parente, I. & Dantas, G. (2008). Elaboração e validação da Escala de Depressão para Idosos. *Cad. Saúde Pública*, 24 (5), 975 – 982.
- Gil, P. J. M., Carrillo, F. X. M. & Meca, J. S. (2000). Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema*, 12 (3), 346-352.
- Glazier, R.H., Elgar, F.J., Goel, V. & Holzapfel, S. (2004). Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25 (3/4), 247-255.
- Goldberg, C. (1998). Cognitive-Behavioral Therapy for Panic: Effectiveness and Limitations. *Psychiatric Quartely*, 69 (1), 23-44.
- Gonçalves, O. (2004). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. Porto: Edições Afrontamento.

- Gorestein, C. & Andrade, L. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica – Edição Internet*, 25 (5).
- Gorman, J., Shear, K., Cowley, D., Cross, C., March, J., Roth, W., Shehi, M. & Wang, P. (1998). *Treatment of Patients With Panic Disorder*. APA Practice Guidelines.
- Gouveia, J. P., Carvalho, S. & Fonseca, L. (2004). *Pânico: Da Compreensão ao Tratamento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Gregoire, A. (1999). ABC of sexual health: assessing and managing male sexual problems. *BMJ*, 318, 314-317.
- Ham, P., Waters, D. & Oliver, N. (2005). Treatment of Panic Disorder. *American Family Physician*, 71 (4), 733-739.
- Hanna, E.Z., Faden, V.B. & Dufour, M.C. (1994). The motivational correlates of drinking, smoking, and illicit drug use during pregnancy. *Journal of Substance Abuse*, 6, 155-167.
- Hawton, K. (1997). Disfunções Sexuais. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark. *Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos: Um Guia Prático*. (527-574). São Paulo: Martins Fontes.
- Hawton, K., Salkovskis, P. & Clark, D. (1997). *Terapia Cognitivo-Comportamental Para Problemas Psiquiátricos – Um Guia Prático*. São Paulo: Martins Fontes
- Hedley, L., Hoffart, A. & Sexton, H. (2001). The Change Progress in a Cognitive-Behavioral Therapy: Testing a Cognitive, a Behavioral and an Integrated Model of Panic Disorder With Agorafobia. *Psychotherapy Research*, 11 (4), 401-417.
- Hogdson, R. J. & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389 – 395.

- Hofman, S. & Spigel, D. (1999). Panic Control Treatment and its Applications. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 8 (1), 3-12.
- Hofmann, S. G. (2000). Self-focused attention before and after treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (2000), 717-725.
- Ignachewski, L. E. R., Semeghini, T. A. & Garcia Junior, J. R. (2004). Aspectos Fisiopatológicos e Neuroendócrinos. *Saúde em Revista. Piracicaba*, 6 (12), 55-58.
- Irigaray, T.Q. & Schneider, R.H. (2007). Características de personalidade e depressão em idosos da Universidade para a Terceira Idade (UNITI/UFRGS). *Rev. Psiquiatr R.*, 29 (2), 169 – 175.
- Ito, L.M. & Ramos, R.T. (1998). Escalas de avaliação clínica: transtorno de pânico. *Revista de Psiquiatria Clínica – Edição Internet*, 25 (6).
- Kandeel, F., Koussa, V. & Swerdloff, R. (2001). Male Sexual Function and Its Disorders: Physiology, Pathophysiology, Clinical Investigation, and Treatment. *Endocrine Reviews*, 22(3), 342-388.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. São Paulo: Artmed.
- Karp, D. A. (2002). *Diz-me porque estás tão triste?* Coimbra: Quarteto Editora.
- Kashdan, T. B. & Herbert, J. D. (2001). Social Anxiety Disorder In Childhood And Adolescence: Current Status And Future Directions. *Clinical Child And Family psychology Review*, 4 (1), 37-61.
- Katon, W. (2006). Panic Disorder. *The New England Journal of Medicine*, 354 (22), 2360-2369.
- Kay, J. & Tasman, A. (2006). *Essentials of Psychiatry*. West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.

Knijnik, D. Z., Kapczinski, F., Chachamovich, E., Margisa, R. & Eizirika, C.L. (2004). Psicoterapia psicodinâmica em grupo para fobia social generalizada. *Rev Bras Psiquiatr*, 26(2), 77-81.

Kocsis, J., Croughan, J., Katz, M. et al. (1990). Response to treatment with antidepressants of patients with severe or moderate nonpsychotic depression and of patients with psychotic depression. *Am. J. Psychiatr*, 147, 621-624.

Larrea, J.A.M. (2002). Síndromes depressivas associados a deterioro cognitivo. *ANALES Sis San Navarra*, 25 (3), 105 – 115.

Leahy, R. L. (2006). *Técnicas de Terapia Cognitiva – manual do terapeuta*. Porto Alegre: ArtMed.

Leite, V.M.M., Carvalho, E.M.F., Barreto, K.M.L. & Falcão, I.V. (2006). Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Rev. Bras.Saúde Matern. Infant*, 6 (1), 31-38.

Levitt, J., Hofman, E., Grisham, J. & Barlow, D. (2001). Empirically Supported Treatments for Panic Disorders. *Psychiatric Annals*, 31 (8), 478-488.

Lowy, M. (2006). Disorders of Male Sexual Function. *Sexual Function and Sexuality*, 8(3), 30.

Maddux, J. & Winstead, B., (2005). *Psychopathology: Foundations For a Contemporary Understanding*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Maia, A. C. (1999). Estatuto empírico das terapias cognitivo-comportamentais da depressão. *Revista Psiquiatria Clínica*, 20 (3), 205-212.

Maia, A. C. (2001). Modelos de Avaliação da Experiência Depressiva. *Psiquiatria Clínica*, 22, 197 – 204.

- March, J. S., Entusah, A. R., Rynn, M., Albano, A. M. & Tourian, K. A. (2007). A Randomized Controlled Trial of Venlafaxine ER Versus Placebo in Pediatric Social Anxiety Disorder. *Biol Psychiatry*, 62, 1149-1154.
- Martinez, J. E. (1997). Fibromialgia: o que é, como diagnosticar e como acompanhar? *Acta Fisiátrica*, 4 (2), 99 – 102.
- Marques, A., Rodríguez, J.P. & Camacho, O.L. (2004). Prevalencia de deterioro cognitivo en mayores de 70 años ingresados en un Servicio de Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna*, 21 (3), 123 – 125.
- Massimo-Biondi & Picardi, A. (2003). Increased Probability of Remaining in Remission From Panic Disorder With Agorafobia After Drug Treatment in Patients Who Received Concurrent Cognitive-Behavioral Therapy: A Follow-Up Study. *Psychosomatics*, 72 (1), 34-43.
- McEvoy, P. M (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (2007), 3030–3040.
- McGinn, L.K., (2000). Cognitive Behavioral Therapy of Depression. *Amer. J. of Psychotr*, 54 (2), 257-262.
- Meca, J.S., Alcázar, A.I.R. & Rodríguez, J.O. (2004). El tratamiento de la fobia social específica y generalizada en Europa: Un estudio meta-analítico. *Anales de Psicología*, 20 (1), 55-68.
- Milgrom, J. Martin, P. R. & Negri, L. M. (1999). *Treating Postnatal Depression – A Psychological Approach for Health Care Practitioners*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ministry of Health (2004). *Clinical Practice Guidelines – Depression*. Singapore: Golden City Colour Printing Ltd.

Misri, S., Oberlander, T.F., Fairbrother, N., Carter, D. *et al.* (2004). Relation between prenatal maternal mood and anxiety and neonatal. *Canadian Journal of Psychiatr.*, 49 (10), 684-690.

Monteiro, A.C. (2003). *Espelho, Espelho Meu...: Percepção Corporal e Categorização Nosográfica no Transtorno Dismórfico Corporal*. Tese de Mestrado não publicada. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

Moraes, H., Deslandes, A., Ferreira, C., Pompeu, F.A.M.S., Ribeiro, R. & Laks, J. (2007). O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. *Rev. Psiquiatr. RS*, 29 (1), 70 – 79.

Moraes, J.F.D. & Souza, V.B.A. (2005). Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 27 (4), 302 – 308.

Moreira, P., Gonçalves, O. & Beutler, H. (2005). *Métodos de Seleção de Tratamento*. Porto: Porto Editora.

Moriyama, J.S. & Amaral, V.L.A.R. (2007). Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9 (1), 11-25.

Munk, M. & Laks, J. (2005). Depressão em idosos em um lar protegido ao longo de três anos. *J. Bras. Psiquiatr.*, 54 (2), 98 – 100.

Mynor-Wallis, L. & Gath, D. (1997). Predictors of treatment outcome for major depression in primary care. *Psychol. Med.*, 27, 731-736.

Nadiga, D., Hensley, P. & Uhlenhuth, E. (2003). Review of the long-term effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy compared to medications in Panic Disorder. *Depression and Anxiety*, 17, 58-64.

National Advisory Committee on Health and Disability. (1996). *Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals*. Retirado de http://www.nzgg.org.nz/guidelines/0039/depression_guideline.pdf em 25 de Abril de 2008.

Neto, F.L. (1998). Escalas para Avaliação de Fobias. *Revista de Psiquiatria Clínica – Edição Internet*, 25 (6).

Neto, F. L. & Ito, L. M. (1998). Terapia Comportamental-Cognitiva da Depressão. In Corioli, A.V. (Ed.). *Psicoterapias: abordagens Actuais*. Porto Alegre: ARTEMED.

Neziroglu, F., Patel, S. K. & Veale, D. (2008). Social learning theory and cognitive behavioral models of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 5 (2008), 28–38.

Neziroglu, F. & Cash, T. F. (2008). Body dysmorphic disorder: Causes, characteristics, and clinical treatments. *Body Image*, 5 (2008), 1–2.

Niaura, R., Britt, D.M., Shadel, W.G., Goldstein, M., Abrams, D. & Brown, R. (2001). Symptoms of depression and survival experience among three samples of smokers trying to quit. *Psychology of Addictive Behaviours*, 15 (1), 13-17.

Nylen, K. J., Segre, L.S. & O’Hara, M.W. (2005). Public Health Implications of Postpartum Depression. *Psychiatric Annals*, 35 (7), 599-609.

Olivares, J.; Caballo, V. E.; García-López, L. J.; Alcázar, A. I. Y & López-Gollonet, C. (2003). Una Revisión de los Estudios Epidemiológicos Sobre Fobia Social en Población Infantil, Adolescente Y Adulta. *Psicología Conductual*, 11 (3), 405-427.

Olivares Rodríguez, J., Piqueras Rodríguez, J.A. & Alcázar, A. I. R. (2006). Características sociodemográficas y psicológicas de la fobia social en adolescentes. *Psicothema*, 18 (2), 207-212.

Oliveira, C.R. (2001). Research on aging in Portugal. *Experimental Gerontology*, 36 (10), 1599 – 1607.

Oliveira, D.A.A.P., Gomes, L. & Oliveira, R.F. (2006). Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev. Saúde Pública*, 40 (4), 734 – 736.

Oliveira, K.L., Santos, A.A.A., Cruvinel, M. & Néri, A.L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 351 – 359.

Optale, G., Pastore, M., Marin, S., Bordin, D., Nasta, A. & Pianon, C. (2006). Male Sexual Dysfunctions: Immersive Virtual Reality and Multimedia Therapy. *Cybertherapy, Internet and Virtual Reality as Assessment and Rehabilitation Tools for Clinical Psychology and Neuroscience*. Amesterdão: IOS Press

Osório, F. L., Crippa, J. A. S. & Loureiro, S. R. (2005). Instrumentos de avaliação do transtorno de ansiedade social. *Rev. Psiq. Clín*, 32 (2), 73-83.

Otto, M.W., Pollack, M.H., Gould, R.A., Worthington, J.J., McArdle, E.T., Rosenbaum, J.F. & Heimberg, R.G. (2000). A Comparison of the Efficacy of Clonazepam and Cognitive-Behavioral Group Therapy for the Treatment of Social Phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14 (4), 345–358.

Otto, M.W., Smits, J.A.J. & Reese, H.E. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for the Treatment of Anxiety Disorders. *J Clin Psychiatry*, 65 (5), 34-41.

Overholser, J.C. (2002). Cognitive-Behavioral Treatment of Social Phobia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32 (2/3), 125-144.

Paradela, E.M.P., Lourenço, R.A. & Veras, R.P. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev. Saúde Pública*, 39 (6), 918 – 923.

Paradise, L. & Kirby, P. (2005). The treatment and prevention of depression: Implications for counseling and counselor training. *J. of Counseling & development*, 83, 116-119.

Paulino, M. & Godinho, J. (2002). Perturbações da Ansiedade. *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Percher, G. K., Stein, L. M. & Wainer, R. (2004). Studies on Memory in Depression: Findings and Implications for Cognitive Therapy. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (2), 82-90.
- Perren, S., Wyl, A., Bürgin, D., Simoni, H. & Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across parenthood: Associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26 (3), 173-183.
- Phillips, K. A., Didie, E. R., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C. & Weisberg, R. B. (2006). Clinical features of body dysmorphic disorder in adolescents and adults. *Psychiatry Research*, 141 (2006), 305– 314.
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C. & Pagano, M. E. (2005). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46 (2005), 254– 260.
- Phillips, K. A., Pinto, A. & Jain, S. (2004). Self-esteem in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1(2004), 385–390.
- Phillips, K. A., Quinn, G. & Stout, R. L. (2007). Functional impairment in body dysmorphic disorder: A prospective, follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 42 (2008), 701–707.
- Picon, P., Gauer, G. J. C., Fachel, J. M. G. & Manfro, G. G. (2005). Desenvolvimento da versão em português do Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI). *Rev Psiquiatr RS*, 27(1), 40-50.
- Pinto-Gouveia, J. (2000). Apresentação Clínica. In Pinto-Gouveia, J. (2000). *Ansiedade Social: Da Timidez à Fobia Social*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. & Salvador, M. C. (2000). Um Protocolo para a Avaliação Clínica da Fobia Social através de Questionários de Auto-Resposta. In Pinto-Gouveia, J. (2000). *Ansiedade Social. Da Timidez à Fobia Social*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Pinto-Gouveia et al. (1986). Ansiedade Social: utilização dos questionários de auto-resposta SAD, FNE e SISST numa população Portuguesa. *Psiquiatria Clínica*, 7 (1), 43-48.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A. & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cog. Ther. Res*, 30, 571-584.
- Plati, M.C.F., Covre, P., Lukasova, K. & Macedo, E.C. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 28 (2), 118 – 21.
- Polo, R.G. & Mendivil, J.G. (2006). Fibromiagia. *Boletín de Información Farmacoterapéutica de Navarra*, 14 (3), 17-25.
- Pritchard, C.W. (1994). Depression and smoking in pregnancy in Scotland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48, 377-382.
- Priuli, R.M.A. (2004). Estratégias de reestruturação cognitiva no tratamento da fobia social. *Arq Ciênc Saúde*, 11 (1), 59-62.
- Provenza, J. R., Pollak, D. F., Martinez, J. E., Paiva, E. S., Helfenstein, M., Heymann, R. et al (2004). Fibromialgia. *Projecto Directrizes*.
- Quadflieg, S., Wendt, B. Mohr, A., Miltner, W. H.R. & Straube, T. (2007). Recognition and evaluation of emotional prosody in individuals with generalized social phobia: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (2007), 3096–3103.
- Rabinowitz, D., Neziroglu, F. & Roberts, M. (2007). Clinical Application of a Behavioral Model for the Treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14 (2007), 231–237.
- Ramos, M.G., Ramos, M.R.C., Huguet, R.B. & Hubner, C.K. (2005). Qual o Diagnóstico? Transtorno Dismórfico Corporal. *Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba*, 7 (3), 20-21.

- Rayburn, N. & Otto, M. (2003). Cognitive-Behavioral Therapy for Panic Disorder: A Review of Treatment Elements, Strategies, and Outcomes. *CNS Spectrums*, 8 (5), 356-361.
- Reesal, R. T., Lam, R. W. & CANMAT, Depression Work Group. (2001). Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders - Principles of Management. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46 (1), 21-28.
- Reis, S. & Grenyer, B. S. (2004). Fearful Attachment, Working Alliance and Treatment Response for Individuals with Major Depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 414-424.
- Reys, B.N., Bezerra, A.B., Vilela, A.L.S., Keusen, A.L, Marinho, V., Paula, E. et al. (2006). Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. *Rev. Assoc. Med. Bras*, 52 (6), 401 – 404.
- Ribeiro, J. P. & Santos, A. (2005). Estudo exploratório da relação entre função erétil, disfunção erétil e qualidade de vida em homens portugueses saudáveis. *Análise Psicológica*, 3(23), 341-349.
- Rickets, T. & Donohoe, G. (2000). Anxiety And Panic. *Handbook of Counselling and Psychotherapy*. London: SAGE Publications.
- Rocha, E.M.C. & Lianza, S. (2007). Evaluation of the impairments presented by the elderly admitted in a general hospital. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 19, 8-15.
- Rodrigues Jr., O. M. & Costa, M. (1993). Disfunção Erétil: avaliação através do inventário I.H.E. de sexualidade masculina, forma D.E. III. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 4 (2), 181 – 199.
- Rodrigues, R.M.C. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Rev Panam Salud Public*, 23 (2), 109 – 115.

- Rokke, P.D., & Rehm, L.P. (2006). Terapias de Autocontrole. In Dobson, K.S. (Ed.). *Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais*. Porto Alegre: Artmed
- Ronald M. Rapee, R.M. & Abbott, M.J. (2007). Modelling relationships between cognitive variables during and following public speaking in participants with social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (2007), 2977–2989.
- Rosen, J.C. & Ramirez, E. (1998). Comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (3/4), 441–449.
- Santos, A. M. B., Assumpção, A., Matsutani, L. A., Pereira, C. A. B., Lage, L. V. & Marques, A. P. (2006). Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Rev. Bras. Fisio. São Carlos*, 10 (3), 317-324.
- Sarwer, D.B. (2002). Awareness and Identification of Body Dysmorphic Disorder by Aesthetic Surgeons: Results of a Survey of American Society for Aesthetic Plastic Surgery Members. *Aesthetic Surgery Journal*, November/December, 531-535.
- Serrano, C.M., Allegri, R.F., Caramelli, P., Taragano, F.E. & Camera, L. (2007). Deterioro cognitivo breve, encuesta sobre atitudes de medicos e especialistas y generalistas. *Medicina*, 67 (1), 19 – 25.
- Schestatsky, S. & Fleck, M., (1999). Psicoterapia das Depressões. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 21, 41-47.
- Scott, J., (1995). Psychological treatments for depression. An update. *Brit. J. Psychiatry*, 167, 289-92.
- Schmidt, N. & Smith, J. (2005). Do medications matter in the context of Cognitive-Behavioral Therapy for Panic Disorder? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19 (4), 347-355.
- Shear, K. (1996). Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: revisiting the attachment-separation paradigm. *The American Journal of Psychiatric*, 153 (7), 125-137.

Silberman, C., Souza, C., Wilhems, F., Kipper, L., Wu., V., Diogo, C., et al. (1995). Cognitive deficit and depressive symptoms in a community group of elderly people: a preliminary study. *Rev. Saúde Pública*, 29 (6), 444 – 450.

Siqueira, G.R., Vasconcelos, D.T., Duarte, G.C, Arruda, I.C., Costa, J.A.S. & Cardoso, R.O. (2009). Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do Abrigo Cristo Redentor através da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica (EDG). *Ciência e Saúde Colectiva*, 14 (1), 253 – 259.

Silveira, D. G. & Valença, A.M. (2005). Fobia Social: Clínica e Tratamento. *Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal*, 99 (2), 21-25.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de Vida e Bem-Estar nos Idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública* , 37 (3), 364-371.

Sousa, R.L., Medeiros, J.G.M., Moura, A.C.L., Souza, C.L.M. & Moreira, I.F. (2007). Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. *J Bras Psiquiatr*, 56 (2), 102 – 107.

Souza, F.G. (1999). Tratamento da depressão. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 21, 18-23.

Snow, V., Lascher, S. & Mottur-Pilson, C. (2000). Pharmacologic Treatment of Acute Major Depression and Dysthymia. *Annals of Internal Medicine*, 132 (9), 738-742.

Sotsky, S., Glass, D., Shea, M., Pilkonis, P., Collins, J., Elkin, I. et al. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am. J. Psychiatr*, 148, 997-1008.

Spokas, M.E., Rodebaugh, T.L. & Heimberg, R.G. (2007). *Cognitive biases in social phobia. Psychiatry*, 6 (5), 201-210.

- Steiman, M. & Dobson, K. S. (2002). Cognitive – Behavioral Approaches to Depression. In Kaslow, F. W. & Patterson, T. (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy - Cognitive – Behavioral Approaches*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Stela, F., Gobbi, S., Corazza, D.I. & Costa, J.L.R. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Actividade Física. *Motriz*, 8 (3), 91-98.
- Taube-Schiff, M., Suvak, M. K., Antony, M. M., Bieling, P. J. & McCabe, R. E.(2007). Group cohesion in cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (2007), 687–698.
- Taylor, R. E., Bewley, A. e Melidonis, N. (2006). Psychodermatology. *Psychiatry*, 5 (3), 81-84.
- Terra, M. B., Barros, H. M. T., Stein, A. T., Figueira, I., Athayde, L. D., Gonçalves, M. S. et al. (2006). Internal consistency and factor structure of the Portuguese version of the Liebowitz Social Anxiety Scale among alcoholic patients. *Rev Bras Psiquiatr*, 28(4), 265-269.
- Tignol, J., Gotzamanis, L. B., Guehl, C. M., Grabot, D. & Aouizerate, B. (2007). Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: Evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. *European Psychiatry*, 22 (2007), 520-524.
- Torres, A.R., Ferrão, Y.A. & Miguel, E.C. (2005). Transtorno dismórfico corporal: uma expressão alternativa do transtorno obsessivo-compulsivo? *Rev Bras Psiquiatr*, 27(2), 95-6.
- The New York City Department of Health and Mental Hygiene (2004). Detecting and Treating Depression in Adults. *City Health Information*, 23 (1), 1 – 8.
- Varela, L.P, Chávez, H.J., Galvez, M.C. & Méndez, F.S. (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev. Soc.Per.Med.Int*, 17 (2), 37-42.

Vaz Serra, A. (1995). IACLIDE – Inventário de Avaliação Clínica da Depressão. *Provas Psicológicas em Portugal*, I, 181-191.

Vaz Serra, A. S. & Pio Abreu, J. L.(1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I. Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, xx, 623 – 644.

Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A. Shah, F., Willson, R. et al.. (1996). Body dysmorphic: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behav. Res. Ther*, 34 (9), 717-729.

Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1 (2004), 113–125.

Veras, R.P. & Coutinho, E.S.F. (1991). Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos, Brasil. *Rev. Saúde públ*, 25 (3), 209 – 217.

Vilete, L. M. P., Coutinho, E. S. F. & Figueira, I. L. V. (2004). Confiabilidade da versão em português do Inventário de Fobia Social (SPIN) entre adolescentes do município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Publica*, 20 (1), 89-99.

Wajman, J.R., Bertolucci, P.H.F. & Osório, C.A.M. (2004). Alterações Neuropsiquiátricas e sobrecarga dos Cuidadores nas Demências. *Boletim de Iniciação Científica em Psicologia*, 5 (1), 45-58.

Weeks, J.W., Heimberg, R.G. & Rodebaugh, T.L. (2008). Exploring the relationship between fear of positive evaluation and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (2008), 386–400.

Wells, A., Clark, D.M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A. & Gelder, M. (1995). Social Phobia: The Role of In-Situation Safety Behaviours in Maintaining Anxiety and Negative Beliefs. *Behaviour Therapy*, 26, 153-161.

- Wells, A. & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39 (2001), 713–720.
- Williams, J., Hadjistavropoulos, T. & Sharpe, D. (2006). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (2006), 99–111.
- Williams, J, Hadjistavropoulos, T. & Sharpe, D. (2007). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44 (2006), 99–111.
- Wilson, P.H., Spence, S. H. & Kavanagh, D. J. (1995). *Técnicas de entrevista clínica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Winton, E.C., Clark, D.M. & Edelman, R.J. (1995). Social anxiety, fear of negative evaluation and the detection of negative emotion in others. *Behav. Res. Ther*, 33 (2), 193-196.
- Wulsin, L. R. (2001). Depressive Disorders. In Jacobson, J. & Jacobson, A. M., *Psychiatric Secrets*. Philadelphia: Hanhey & Belfus, Inc.
- Xavier, F.M.F., Ferraz, M.P.T., Bertollucci, P., Poyares, D. & Moriguchi, E.H. (2001). Episódio depressivo maior, prevalência e impacto sobre qualidade de vida, sono e cognição em octogenários. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 23 (2), 62 – 70.
- Xavier, F.M.F., Ferraz, M.P.T, Marc, N., Escosteguy, N.U. & Moriguchi, E.H. (2003). Elderly people's definition of quality of life. *Rev. Bras. Psiquiatr*. 25 (1): 31 – 39.
- Young, J. E., Beck, A. T. & Weinberger, A. (1999). Depressão. In Barlow, D. H. (Ed.), *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Zalaquett, C. & Stens, A., (2006). Treatments for Major Depression and Dysthymia in Older Adults. *J. of Counseling & Development*, 84, 192-201.

Zhu, S.H. & Valbo, A. (2002). Depression and smoking during pregnancy. *Addictive Behaviours*, 27, 649-658.

Zuckerman, B., Amaro, H., Bauchner, H., & Cabral, H. (1989). Depressive symptoms during pregnancy: Relationship to poor health behaviours. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 160 (5), 1107-1111.

ANEXOS

Anexo 1: Quadros ilustrativos das sessões, número de pacientes e actividades desenvolvidas durante o estágio.

Continuação de acompanhamentos (início da intervenção anterior ao início do período de estágio) (Terapeuta A)

Paciente	Papel da estagiária	Número de consultas em que participei	Número de horas de consulta estimado	Número de horas para elaboração de relatórios e para preparação de consultas
D1	Observador/co-terapeuta	7	7	7
D2.	Observador/co-terapeuta	5	5	5
D3	Observador/co-terapeuta	4	4	4
D4	Observador/co-terapeuta	9	9	9
D5	Observador/co-terapeuta	6	6	6
D6	Observador/co-terapeuta	3	3	3
D7	Observador/co-terapeuta	2	2	2
D8	Observador/co-terapeuta	1	1	1
D9	Observador/co-terapeuta	2	2	2
D10	Observador/co-terapeuta	1	1	1
D11	Observador/co-terapeuta	3	3	3
D12	Observador/co-terapeuta	1	1	1
D13	Observador/co-terapeuta	1	1	1
D14	Observador/co-terapeuta	2	2	2
D15	Observador/co-terapeuta	1	1	1
D16.	Observador/co-terapeuta	1	1	1
D17	Observador/co-terapeuta	4	4	4
D18	Observador/co-terapeuta	1	1	1
D19	Observador/co-terapeuta	2	2	2
D20	Observador/co-terapeuta	2	2	2
D21	Observador/co-terapeuta	4	4	4

	D22	Observador/co-terapeuta	15	15	15
	D23	Observador/co-terapeuta	8	8	8
	D24	Observador/co-terapeuta	6	6	6
	D25	Observador/co-terapeuta	3	3	3
Pacientes seguidos desde o início do acompanhamento (terapeuta A)	D26	Observador/co-terapeuta	6	6	6
	D27	Observador/co-terapeuta	3	3	3
	D28	Observador/co-terapeuta	8	8	8
	D29	Observador/co-terapeuta	2	2	2
	D30	Terapeuta	5	5	5
	D31	Terapeuta	6	6	6
	D32	Terapeuta	10	10	10
	D33	Terapeuta	7	7	7
	D34	Terapeuta	5	5	5
	D35	Terapeuta	9	9	9
Pacientes seguidos desde o início do acompanhamento (terapeuta B)	D36	Terapeuta	13	13	13
	D37	Terapeuta	5	5	5
	D38	Terapeuta	4	4	4
	D39	Terapeuta	5	5	5
	D40	Terapeuta	5	5	5
	D41	Terapeuta	3	3	3
	D42	Observador/co-terapeuta	2	2	2
Pacientes seguidos desde o início do acompanhamento (terapeuta C)	D43	Observador/co-terapeuta	3	3	3
	D44	Observador/co-terapeuta	2	2	2
	D45	Observador/co-terapeuta	1	1	1

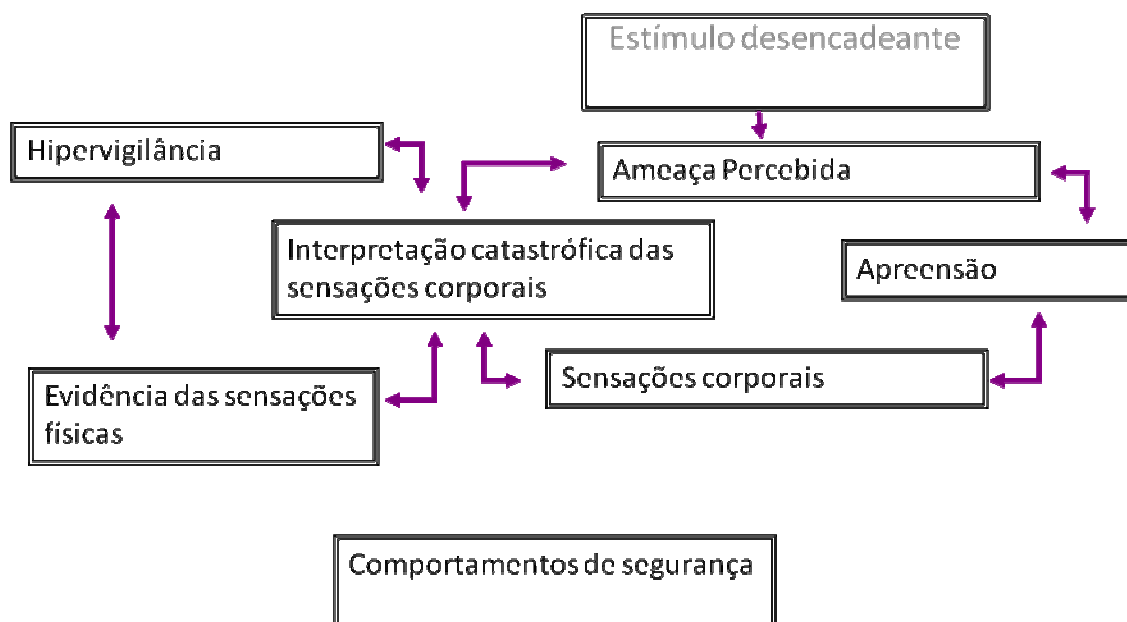
D46	Observador/co-terapeuta	1	1	1
D47	Observador/co-terapeuta	1	1	1
D48	Observador/co-terapeuta	1	1	1
D49	Observador/co-terapeuta	2	2	2
D50	Observador/co-terapeuta	2	2	2
D51	Observador/co-terapeuta	2	2	2

Total de pacientes	51
Total de horas em consultas	207
Total de horas para preparação de consultas e elaboração de relatórios	207
Horas em reuniões clínicas	30
Total de horas	444

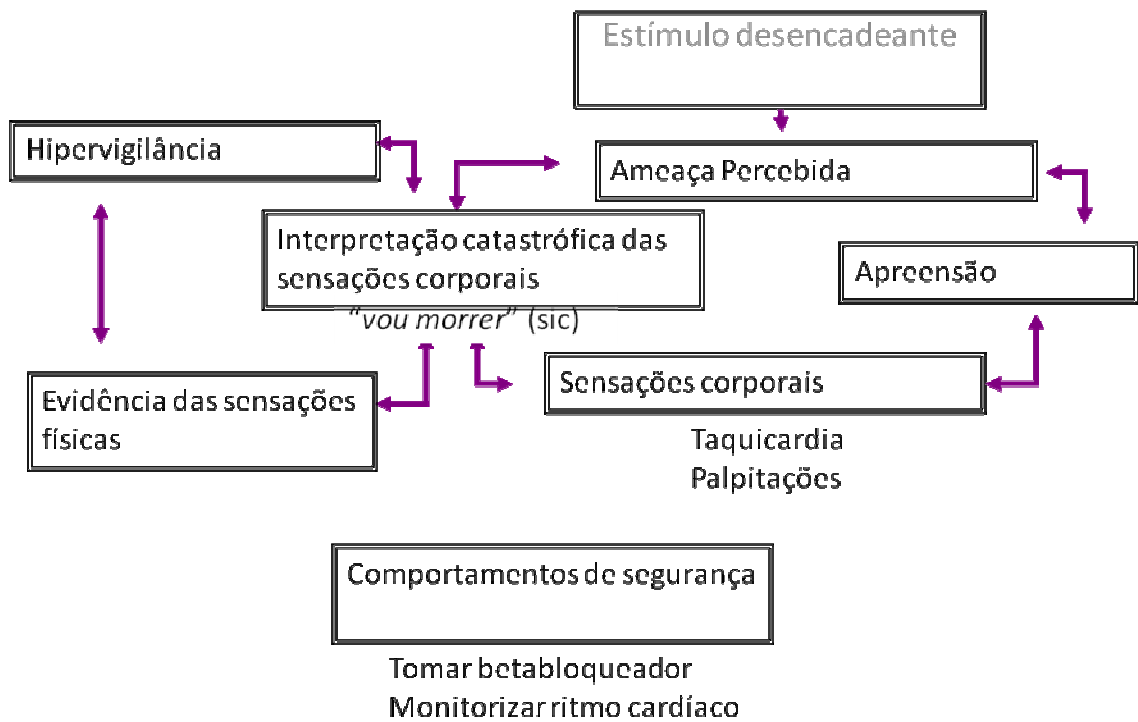
Anexo 2: Registo de Auto Monitorização

Data	Situação (o que estava a acontecer)	Comportamento(s) (o que fiz?)	Dimensão Vegetativa (o que senti?)	Pensamentos (o que pensei?)

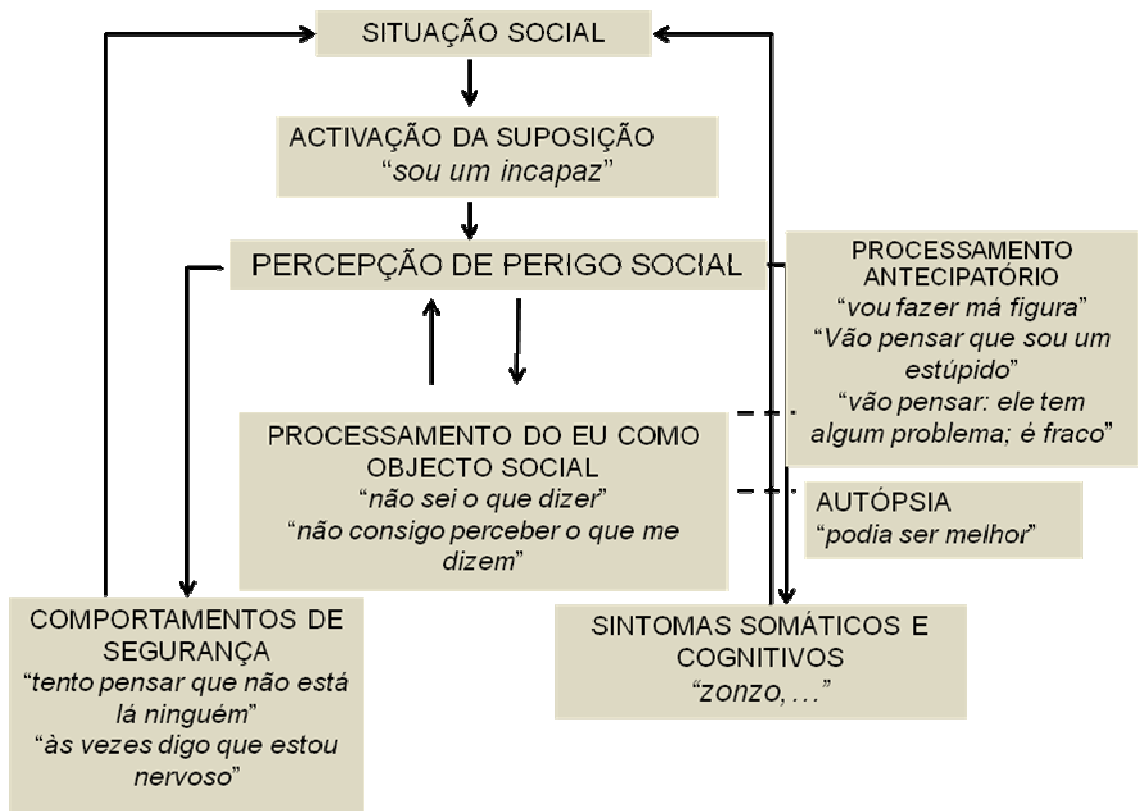
Anexo 3: Esquema explicativo da Perturbação de Pânico



Anexo 4: Esquema idiosincrático explicativo da Perturbação de Pânico



Anexo 5: Esquema idiosincrático explicativo da Fobia Social



Anexo 6: Entrevista para Avaliação da Disfunção Sexual (adaptado e traduzido de Wilson, Spence & Kavanagh, 1995, pp. 126).

1. Qual acredita ser o problema?
2. O que é que o levou a solicitar ajuda?
3. Para quem é o problema?
4. Que efeitos tem o problema para si e para o seu companheiro(a)?
5. Sobre que circunstâncias é que o problema ocorre: quando, com quem e em que sítio?
6. Este problema sempre existiu ou só acontece em determinadas circunstâncias?
7. Quando é que não está presente o problema?
8. Pode descrever-me o que é que habitualmente acontece na sua interacção sexual neste momento?
9. Com que frequência tenta ter relações sexuais?
10. Onde é que se encontra e quando é que tenta (hora do dia, etc.)?
11. Quem leva a cabo a primeira aproximação? De que forma?
12. O que é que diz o seu companheiro(a)?
13. Que tipo de "jogos" preliminares utiliza?
14. Durante quanto tempo?
15. Qual é o tipo de "jogo" preliminar que prefere? Com que frequência recebe ou dá este tipo de estimulação?

Importante Avaliar:

- A existência ou não de ansiedade e/ou depressão;
- Possíveis doenças orgânicas que estejam a contribuir para o problema (lesões ao nível do sistema nervoso, doenças vasculares, perturbações hormonais ou endócrinas, problemas ao nível dos órgãos genitais como inflamações, infecções, entre outros;
- Possível interferência de substâncias químicas como é o caso de medicação prescrita, drogas ilícitas ou álcool;
- A possibilidade das mudanças ocorridas na resposta sexual serem consequência da idade.

16. Algum de vocês tem um orgasmo durante o coito?
17. Quanto tempo depois da penetração costuma atingir o orgasmo?
18. Que métodos utiliza para ajudar a alcançar o orgasmo?
19. Tem o orgasmo durante o coito, mediante a carícia ou através da auto-estimulação?
20. Que tipo de estimulação precisa?
21. Há alguma coisa que o seu companheiro(a) possa fazer para o ajudar e que não esteja a fazer agora?
22. Como se sente emocionalmente durante o sexo?
23. Que tipos de pensamentos tem durante as diferentes fases? Chega a sentir-se excitado (a) fisiologicamente (por exemplo erecção no homem e lubrificação na mulher)?
24. Esta situação é um problema para si?
25. Tenta mudar o que costuma fazer antes e durante o sexo?
26. Pode dizer-me como desejaria que fosse a sua relação sexual?
27. Com que frequência desejaria ter relações sexuais?
28. Com que frequência espera ter um orgasmo?
29. Em que tipo de actividades sexuais gostaria de estar envolvido?
30. Pode descrever-me como pensa que deveria ser o sexo satisfatório?
31. Quanto tempo gostaria que durasse o coito?

Anexo 7: Tender points.

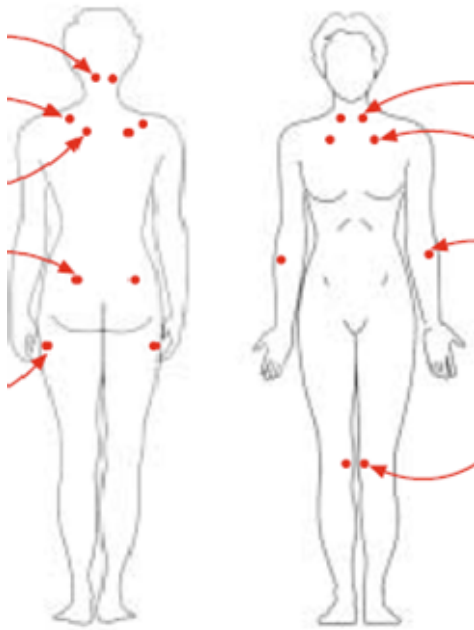
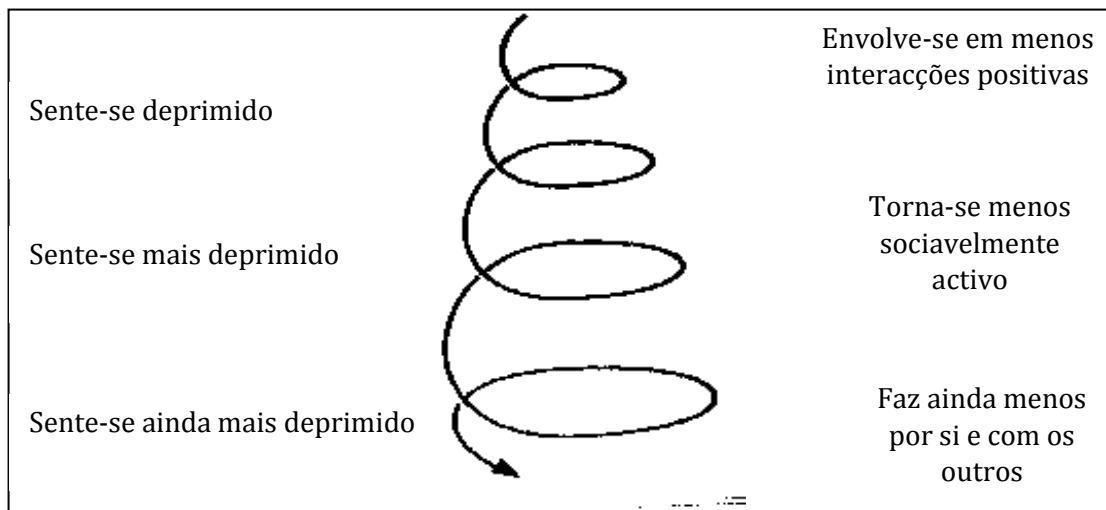


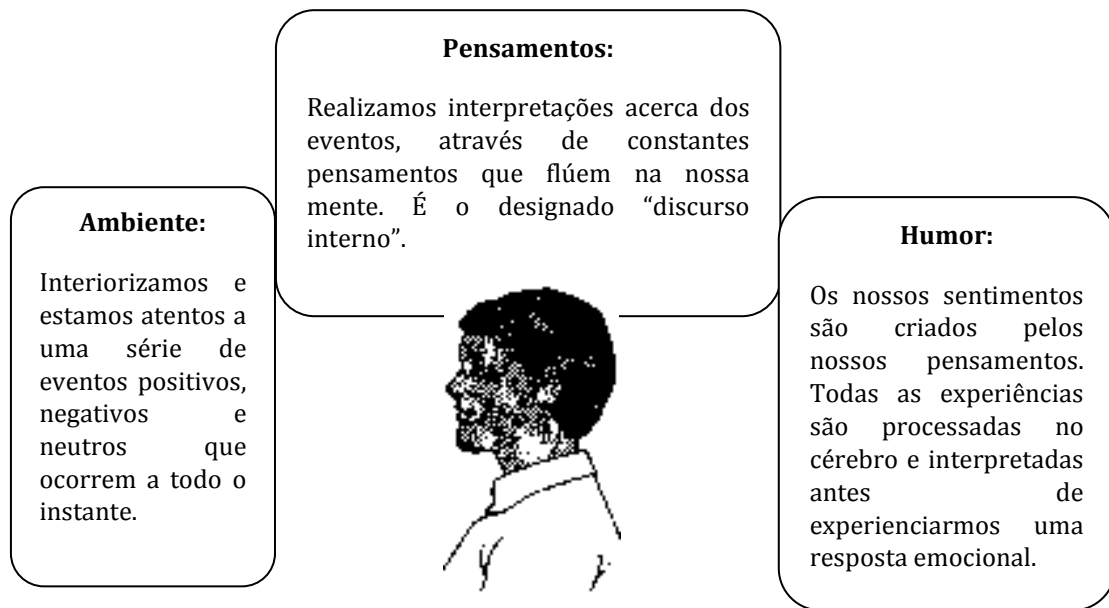
Imagem retirada de Polo e Medivil (2006), pp. 18.

Anexo 8: Espiral da depressão.



Traduzido e adaptado de Milgrom, Martin & Negri, (1999), pp. 87.

Anexo 9: Formação das ideias, relação entre ambiente, pensamentos e humor.



Traduzido e adaptado de Powell (2000), pp. 74.

Anexo 10: Horário de Actividades Semanais.

Nota: Classifique as actividades C para controle e P para prazer 0-10.

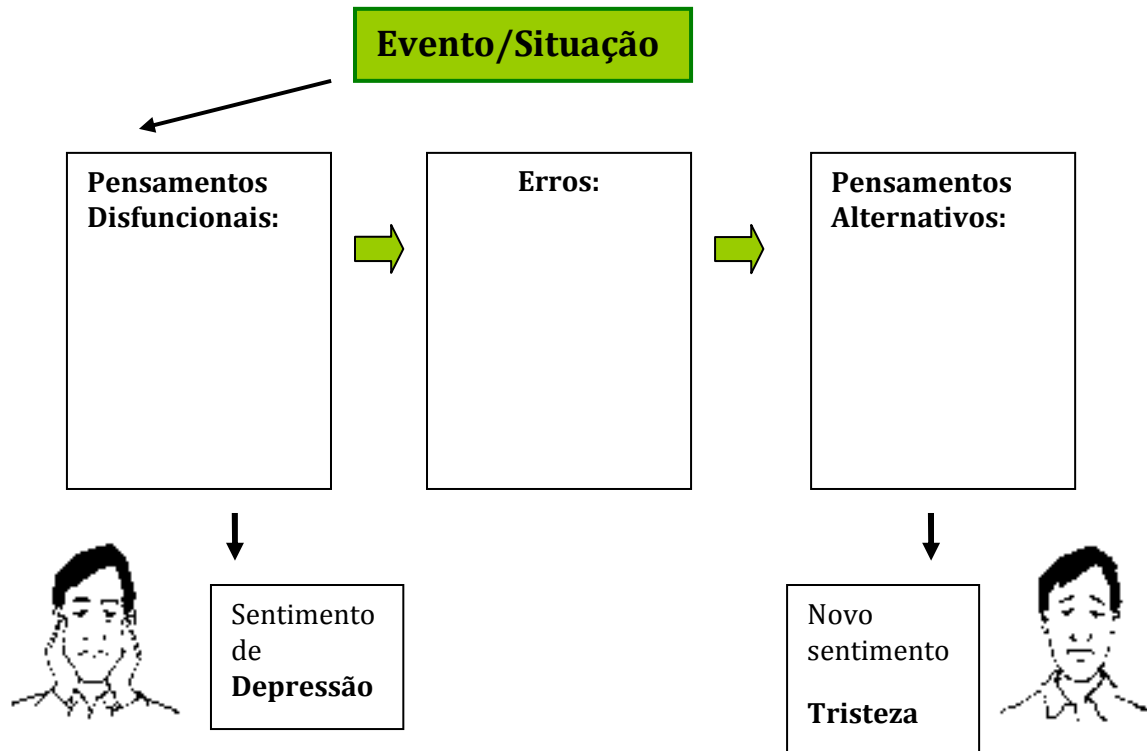
		Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sáb.	Dom.
Manhã	6-7							
	7-8							
	8-9							
	9-10							
	10-11							
	11-12							
	12-13							
Tarde	13-14							
	14-15							
	15-16							
	16-17							
	17-18							
	18-19							
	19-20							
Noite	20-21							
	21-22							
	22-23							
	23-24							
	24-6							

Observações:

.....

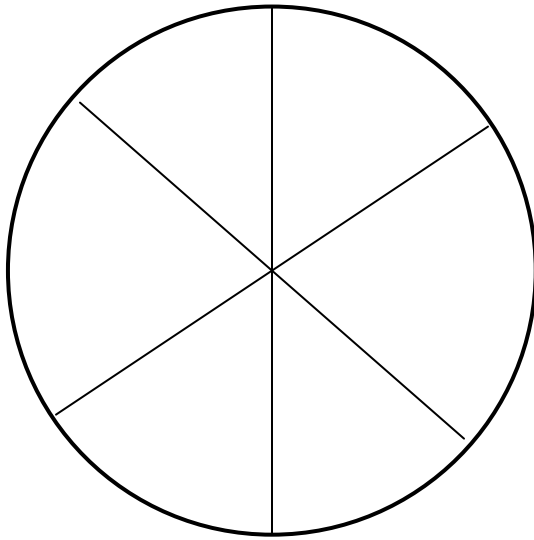
Retirado de Young, Beck & Weinberger, (1999), p.288.

Anexo 11: Esquema para a identificação e alteração de erros de processamento.



Adaptado de Powell, (2000, p. 75).

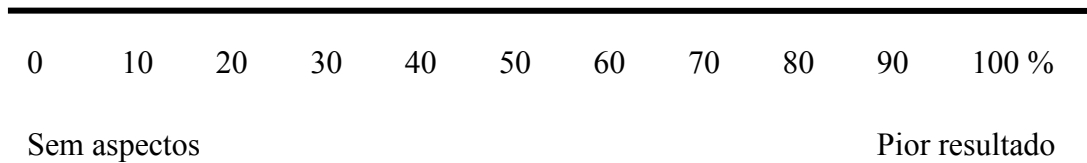
Anexo 12: Exercício do gráfico em forma de tarte.



Baseado em Leahy, (2006, p. 229).

As instruções, de acordo com Leahy (2006, pp. 229) podem ser as seguintes:
“Considere as diferentes fatias da tarte. Cada fatia representa uma causa do acontecimento; algumas causas podem requerer mais de uma fatia, pois tiveram mais influência sobre o acontecimento. Enumere cada fatia como possível causa do acontecimento. Qual o tamanho que sobra para si como causa do acontecimento?”.

Anexo 13 : Exemplo da Técnica Continuum.



Baseado em Leahy, (2006, p. 209).

Leahy (2006, pp. 230), sugere as seguintes instruções para a aplicação desta técnica:
“Usando a escala, indique onde colocaria o acontecimento actual que o incomoda. Agora insira acontecimentos para cada marca de 10 pontos da escala. É difícil preencher alguns pontos que estejam abaixo do acontecimento actual? Porquê? Consideraria reclassificar o desfecho actual ou acontecimento após ter preenchido esta escala? Qual a razão pela qual reclassificaria, ou não, o desfecho ou acontecimento?”