

**Capítulo I**  
**Contexto Organizacional**

Neste capítulo serão descritas as instituições onde foi desenvolvido o Estágio Curricular (cf. anexo I), como sejam, o Núcleo de Apoio Psicológico e Comunitário da Covilhã – NAPsiCC (cf. anexo II), a Comissão de Protecção e Crianças e Jovens em Perigo – CPCJP (cf. anexo III) da Covilhã e o Núcleo de Estudos e Intervenção em Psicologia – NEIP (cf. anexo IV).

### **Núcleo de Apoio Psicológico e Comunitário da Covilhã - NAPsiCC**

O Núcleo de Apoio Psicológico e Comunitário da Covilhã - NAPsiCC, é um serviço que funciona desde Junho de 2007, no Edifício da Câmara Municipal da Covilhã, na Praça do Município, sendo que as consultas (cf. anexo V) têm lugar na sala de atendimento médico desta Câmara.

Na sua origem estiveram duas entidades: o Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior e a Câmara Municipal da Covilhã.

Os objectivos que este serviço se propõe são três: 1- Prestar Apoio Psicológico a crianças, adolescentes, adultos, idosos e famílias (cf. anexo VI) (stress, ansiedade, violência, depressão, relações interpessoais, solidão, alcoolismo, toxicoddependência, suicídio, sexualidades, ...); 2- Desenvolver Programas de Prevenção/Intervenção em Situações de Risco/Crise (nas áreas da Prevenção de Saúde Geral – Toxicoddependência, Alcoolismo, Tabagismo, HIV/SIDA e da Gerontopsicologia – Promoção e Manutenção da Qualidade de Vida dos Idosos) e 3-Intervir em Situações de Catástrofe (Apoio Psicológico a vítimas de catástrofes).

Actualmente, o NAPsiCC encontra-se a prestar serviços no domínio dos objectivos 1 e 2, sendo que no âmbito deste último está a ser desenvolvido um Programa de Intervenção Comunitária junto dos Idosos do Concelho da Covilhã (cf. anexo VIII). A apresentação (cf. anexo IX) do mesmo à população realizou-se no dia 14 de Fevereiro de 2008, no Cine Centro da Covilhã. Estiveram presentes cerca de 100 pessoas. O objectivo principal deste programa passa pelo combate ao isolamento e solidão dos idosos, através do desenvolvimento de várias actividades. O objectivo 3 será a próxima etapa a ser atingida por este serviço de atendimento à população Covilhanense.

No desenrolar do estágio neste contexto houve a necessidade de desenvolver alguns materiais (cf. anexo X) para as sessões de apoio psicológico.

*Funções do Psicólogo:*

- Fornecer apoio psicológico aos indivíduos (crianças, adolescentes, adultos e idosos), casais e famílias que estão a passar por dificuldades psicológicas e relacionais nas suas vidas;
- Desenvolver Programas de Prevenção/Intervenção em Situações de Risco/Crise e,
- Intervir em Situações de Catástrofe.

Os Psicólogos que trabalham no NAPsiCC movem-se por um espírito de ajuda aos utentes na sua fragilidade psicológica, prestando-lhes o apoio necessário para minimizarem o seu sofrimento. Estes técnicos norteiam-se por um absoluto respeito pelas diferenças individuais de quem procura o serviço, mantendo total confidencialidade nos serviços que presta.

**Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo da Covilhã - CPCJP**

A Comissão de Protecção e Crianças e Jovens em Perigo da Covilhã – CPCJP existe desde o ano de 1999.

O Município da Covilhã, promove e organiza a Comissão de Protecção de Crianças e Jovens – CPCJ, do Concelho da Covilhã, instalada pela portaria n.º 568/99 de 28 de Julho de 1999, ficando com sede de funcionamento em edifício da Câmara Municipal.

É constituída nos termos do art.º 13 do Decreto - Lei n.º 189/91, de 17 de Maio, pelos seguintes elementos:

- a) Um agente do Ministério Público;
- b) Um representante do Município;
- c) Um representante do Centro Regional de Segurança Social;
- d) Um representante dos Serviços locais do Ministério da Educação;
- e) Um representante do Instituto Português da Juventude;
- f) Um representante das Instituições Particulares de Solidariedade Social;
- g) Um psicólogo;
- h) Um médico, em representação do Centro de Saúde;
- i) Um representante da Guarda Nacional Republicana;
- j) Um representante da Polícia de Segurança Pública e,
- k) Um representante das Associações de Pais.

O seu âmbito de intervenção abrange não apenas as situações de menores de 12 anos, previstos no art.º 13 da Organização Tutelar de Menores, mas ainda independentemente da idade do menor, as situações referidas na alínea a) do n.º 3 do art.º 62.º da lei n.º37/87, de 23 de Dezembro (“medidas relativamente a menores que sejam vítimas de maus tratos, de abandono ou de desamparo ou se encontrem em situações susceptíveis de colocarem em perigo a sua saúde, segurança, educação, ou moralidade”).

A Presidência da Comissão é assegurada pelo Membro Representante do Município.

O apoio logístico traduz-se em trabalho administrativo, fornecimento de equipamento informático, telefone, fax, fotocopiadora, viaturas de deslocação, para além do fornecimento de energia eléctrica e limpeza os quais são assegurados pela Câmara Municipal.

O principal objectivo da CPCJ visam a promoção dos direitos das crianças e dos jovens, prevenindo ou colocando termo a situações susceptíveis de afectar a sua segurança, saúde, formação e desenvolvimento.

O período de funcionamento é diário e o horário praticado é o normal de expediente, com apoio técnico fornecido pela Câmara Municipal. As instalações encontram-se sedeadas no Edifício de Cultura, Educação e Desporto, Casa dos Ministros, Rua Portas do Sol, n.º 122, 6200-167 Covilhã.

Os destinatários são crianças ou jovens (com menos de 18 anos ou com menos de 21 anos desde que solicitada a continuação da intervenção), nas seguintes situações:

- ψ Abandonados ou vivendo entregues a si próprios;
- ψ A sofrer de maus-tratos físicos, psíquicos ou sexualmente abusados;
- ψ Sem cuidados/afeição adequados à idade e situação pessoal;
- ψ Obrigados a trabalhos excessivos ou inadequados à sua idade;
- ψ Sujeitos a comportamentos que afectem a sua segurança/equilíbrio emocional e,
- ψ Com comportamentos/actividades ou consumos que afectem a sua saúde, segurança, formação e desenvolvimento.

A CPCJ intervém a partir do conhecimento de situações que envolvam menores, com base em informação ou participação fundamentada quanto possível: de cada um dos membros; de familiares do menor; de quaisquer elementos da comunidade (professores, médicos, vizinhos, entre outros) e de todas as entidades públicas e particulares que se encontrem directa ou indirectamente envolvidas em matéria de infância e juventude.

A participação de qualquer situação de risco pode ser feita pessoalmente ou por escrito, sendo que todos os processos sobre os quais a CPCJ intervir são confidenciais, de forma a salvaguardar a vida privada dos menores e das suas famílias.

As comissões de protecção funcionam nas modalidades de comissão alargada e de comissão restrita. A CPCJ realiza, semanalmente, reuniões ordinárias da Comissão Restrita na qual participam os elementos pertencentes a esta. As reuniões ordinárias da Comissão Alargada são realizadas mensalmente. Sempre que a situação o justifique, são efectuadas reuniões extraordinárias.

A comissão restrita (cf. anexo XI) funciona em permanência e sempre que se verifique situação qualificada de emergência. Os membros exercem funções em regime de tempo completo ou de tempo parcial, a definir na respectiva portaria de instalação, consoante as necessidades. É composta por um número ímpar, não inferior a cinco, dos membros que integram a comissão alargada, designados por esta, sendo membros por inerência: o presidente; o representante do município, (ou da freguesia nos casos especiais) e o representante da segurança social, quando não exerçam a presidência. Tem competência para intervir nas situações concretas em que uma criança ou jovem está em perigo e para proceder à decisão de caso.

A comissão alargada (cf. anexo XII) plenário ou por grupos de trabalho para assuntos específicos, reunindo no mínimo de 2 em 2 meses. É composta por todos os representantes que integram a comissão de protecção. Está vocacionada para desenvolver acções de âmbito geral de sensibilização da comunidade, de promoção de direitos da criança ou do jovem e de prevenção das situações de perigo.

Realiza, também, convocatórias (cf. anexo XIII) ou visitas domiciliárias (cf. anexo XIV) com o intuito de analisar os processos em acompanhamento ou novos processos.

Relativamente a cada processo, o presidente faz constar de acta, em forma sumária, as deliberações tomadas e a sua fundamentação, bem como as diligências de instrução realizadas perante a Comissão.

Para a validade das deliberações exige-se a presença do Presidente e de, pelo menos mais três membros, tendo o presidente voto de qualidade. O processo é secreto ainda que já se encontre arquivado, e não pode ser requisitado por outras entidades, nem dele podem ser extraídas certidões, exceptuando quando estas estejam indispensáveis a salvaguardar interesses legítimos do menor.

#### Caracterização qualitativa dos menores em acompanhamento:

- ☞ Elevado número de crianças que crescem desacompanhadas, entregues a si próprias, mal tratadas, mal alimentadas, sem acompanhamento escolar, no meio do maior desinteresse familiar. Jovens sem ocupação, são causa de comportamento desviante, absentismo escolar.
- ☞ Na escola dificilmente chegam ao 2.º ciclo, quase nunca ultrapassando esse nível. O insucesso é massivo.

- ☞ Degradação familiar, conflitos latentes; existência de famílias com graves disfunções psicossociais, vivendo muito aquém do limite máximo da dignidade humana;
- ☞ Elevado índice de dependência do consumo de álcool, pelos progenitores;
- ☞ Ausência de planeamento familiar;
- ☞ Elevado índice de promiscuidade;
- ☞ Ausência de regras ou hábitos de trabalho;
- ☞ Analfabetismo, a falta de qualificação profissional, com especial incidência nas mulheres, levam a uma situação de trabalho precário, de desemprego e debilidade económica agravada das famílias e,
- ☞ Parcos rendimentos económicos.

Em suma, trata-se de uma população marginalizada dos padrões de vida, costumes e actividades correntes da comunidade mais vasta a que pertence, situação esta tendencialmente agravada, pela exclusão cada vez mais generalizada dos «menos aptos», às exigências das estruturas produtivas, quanto á mão de obra cada vez mais habilitada e tecnologicamente mais especializada que absorve.

O desenraizamento cultural, os valores culturais e tradicionais são ignorados. Existe uma forte dependência dos serviços sociais, as pessoas não tentam resolver os seus problemas, por ser mais fácil, recorrer aos profissionais das diversas instituições, e conseguir sem grande esforço, os bens de que necessitam.

No âmbito das actividades desenvolvidas num período de 15 meses a esta parte, a Comissão, no seu percurso de trabalho diário privilegia o acompanhamento de todas as situações aos mais diversos níveis, salienta a família, a saúde, o ensino, a habitação, o emprego, a segurança social, tendo por isso optado por uma dinâmica de trabalho articulada, rentabilizando todos os recursos existentes.

A CPCJ definiu como objectivo concreto, tendo as solicitações de maior índice numérico, a promoção do sucesso educativo das crianças, pretendendo assegurar os níveis de escolaridade mínimos obrigatórios, protegendo-as de situações de risco, proporcionado aos jovens as condições necessárias para um crescimento harmonioso e equilibrado; ajuda a descobrir a importância da família na realização e na felicidade de cada indivíduo; educa para a saúde; promove a integração sócio familiar e profissional dos progenitores; desenvolve trabalho familiar específico; a criação de respostas sociais, estabelece cooperações com todas as famílias na superação da situação de exclusão social.

*Funções do Psicólogo:*

- Realizar acompanhamento psicológico (cf. anexo XV) às crianças e jovens em perigo (e fazer encaminhamento da família para outros serviços, se o necessitar);
- Realizar convocatórias, visitas domiciliárias e reuniões ordinárias (comissão restrita e alargada);
- Intervir em situações de perigo iminente e,
- Participar, sempre que possível, em formações (cf. anexo XVI) na área de actuação da CPCJ.

**Núcleo de Estudos e Intervenção em Psicologia - NEIP**

O NEIP é parte integrante do Departamento de Psicologia e Educação da Universidade da Beira Interior. Oferece, desde 2007, serviços de consulta, supervisão e consultadoria psicológica nos domínios da Psicologia Clínica e da Saúde, Psicologia Escolar e da Educação e Psicologia Social e das Organizações, com o objectivo geral de apoiar o estudante universitário nas suas tarefas principais, isto é, nos processos de ensino, aprendizagem e desenvolvimento.

Os serviços prestados por este núcleo englobam a consulta psicológica individual (cf. anexo XVII) (oferece serviços de aconselhamento psicológico, gratuito e confidencial, junto da comunidade universitária com o objectivo de potenciar os seus recursos pessoais na resolução de problemas); consulta psicológica em grupo (tem como objectivo a aquisição e desenvolvimento de competências, a flexibilização de padrões de comportamento e a troca de experiências); formação e consultadoria (serviço indirecto desenvolvido em equipa com o objectivo de desenvolver competências e otimizar recursos pessoais da comunidade universitária); e a supervisão (orientação de estágios curriculares de alunos finalistas do Mestrado em Psicologia e estágios profissionais de Psicólogos. Inclui ainda as reuniões de discussão de casos (cf. anexo XVIII) que se encontram em seguimento e a elaboração de projectos, como as Tertúlias (cf. anexo XIX), a I Semana da Saúde (cf. anexo XX) e os Dias da UBI (cf. anexo XXI), actividades desenvolvidas ao longo deste Estágio.

Para além destes serviços realiza, ainda, alguns projectos como seja o caso do Projecto Arco (cf. anexo XXII) (Auto-regulação na Covilhã), que visa desenvolver estratégias e processos de auto-regulação da aprendizagem, tais como o estabelecimento de objectivos académicos, a organização do tempo de estudo ou a tomada de apontamentos.

É dirigido a alunos do 1.º ano e tem como ferramenta de trabalho o livro: “Cartas do Gervásio ao seu Umbigo” (Rosário, Nuñez e Pienda, 2006), no qual Gervásio, aluno do 1º

ano, reflecte sobre o seu papel na Universidade, nos seus processos de auto-regulação e estratégias de aprendizagem.

A equipa é constituída por 6 elementos: Carina Guimarães – Coordenadora/Psicóloga; Fátima Simões - Psicóloga; Ludovina Ramos - Psicóloga; Marta Alves – Psicóloga; Paula Carvalho – Psicóloga e João Freire – Psicólogo.

*Funções do Psicólogo:*

- Realizar aconselhamento psicológico, individual e em grupo;
- Participar em reuniões de discussão de casos que se encontram em seguimento;
- Elaborar e desenvolver projectos para a comunidade universitária.

**Capítulo II**  
**Actividades de Avaliação e**

### **Actividades de Avaliação**

Ao longo deste capítulo serão descritos alguns casos que foram alvo de avaliação, mais concretamente quatro avaliações psicológicas a pedido de escolas em que se utilizou a WISC-III, uma avaliação de despiste de dislexia, uma situação de luto, uma de alcoolismo e uma de baixa auto-estima.

De seguida são apresentados relatórios destas mesmas avaliações.

#### Relatório 1

Problemática: Dificuldades de Aprendizagem

Nome: A. M.

Idade: 7 anos

Data da Avaliação: 12 de Março de 2008

Data da realização do relatório: 26 de Março de 2008

#### **Análise dos Resultados Obtidos**

Os resultados da Escala de Inteligência de Wechsler para crianças (WISC-III) sugerem a existência de um funcionamento intelectual que aponta para o nível médio inferior na escala verbal e inferior na escala de realização e na escala completa.

A Compreensão Verbal encontra-se no nível médio inferior, a Organização Perceptiva encontra-se no nível inferior e a Velocidade de Processamento encontra-se no nível muito inferior.

Obteve resultados dentro da média:

- Completamento de gravuras: memória visual de longo prazo (agudez visual, sentido de observação exacta, adaptação à realidade).

Obteve resultados abaixo da média:

- Disposição de gravuras: adaptação prática e social e estruturação temporal (percepção e compreensão de situações sociais, captação de sequências causais, organização lógica de uma situação, antecipação de consequências, referências temporais, sequência temporal).
- Labirintos: aptidões intelectuais na procura progressiva de uma direcção e através dela à adaptação social (implica uma coordenação perceptivo-motriz e o controle da impulsividade).

- Informação: nível de conhecimentos gerais e factuais (assimilação de experiências, memorização dos dados escolares e sócio-culturais, investimento e aquisições escolares, conhecimentos gerais); expressão verbal (comunicação ao nível do grupo).
- Vocabulário: expressão verbal e verbalização (desenvolvimento da linguagem, riqueza e tipo de linguagem, compreensão e fluidez verbal, denominação e representação precisa das coisas por palavras, conhecimento de palavras, linguagem relacional).
- Memória de Dígitos: memória auditiva imediata, atenção concentrada e representação simbólica.

Obteve resultados muito abaixo da média:

- Semelhanças: o conhecimento lógico-abstracto (compreensão de relações conceptuais, pensamento abstracto e associativo, capacidade de generalização, de pensamento categórico a partir de dados concretos, conceptualização, abstracção).
- Aritmética: capacidade de computação (concentração, raciocínio e cálculo numérico, manejo automático de símbolos); representação simbólica e mental (realização de operações mentais a partir de situações concretas representadas por números).
- Compreensão: Integração das normas sociais e parentais e juízo prático (demonstração de informação prática, avaliação e uso de experiências passadas, compreensão e adaptação social, comportamento social aceitável e eficaz, socialização).

Obteve resultados acima da média:

- Código: memória visual imediata (por percepções visuais repetidas, previsão associativa, velocidade psicomotora); capacidade de aprendizagem; velocidade de execução e perspicácia.
- Cubos: estruturação espacial e lateralização (percepção visual de relações espaciais, coordenação motora e visuo-motora, motricidade fina); representação simbólica (análise do todo a partir dos seus componentes, reestruturação de esquemas espaciais abstractos e mentalmente decompostos); conceptualização (capacidade de abstracção através de análise e síntese, formação de conceitos não-verbais).
- Composição de Objectos: estruturação espacial e lateralização (integração no todo, adaptação à realidade, esquema corporal/ imagem corporal, antecipação das

relações entre as partes, flexibilidade, manipulação digital habitual, benefício do feedback sensório-motor).

### **Síntese**

A. M., 7 anos de idade, frequenta o 2º ano de escolaridade na Escola EB1 Penedos Altos, e tem vindo a revelar dificuldades na percepção, sendo desta forma, a imagem um recurso fundamental para a sua aprendizagem. Ao nível da matemática destacam-se as dificuldades ao nível do raciocínio lógico, dependendo do adulto para a realização das tarefas escolares. As dificuldades ao nível da fala também são notórias, e daí o seu acompanhamento pelo terapeuta da fala do agrupamento de escolas.

Da avaliação realizada podemos afirmar que A. M. revela dificuldades muito acentuadas no que respeita à capacidade de computação (concentração, raciocínio e cálculo numérico, manejo automático de símbolos), à representação simbólica e mental (realização de operações mentais a partir de situações concretas representadas por números), ao conhecimento lógico-abstracto (compreensão de relações conceptuais, pensamento abstracto e associativo, capacidade de generalização, de pensamento categórico a partir de dados concretos, conceptualização, abstracção); às aptidões intelectuais na procura progressiva de uma direcção e através dela à adaptação social (implica uma coordenação perceptivo-motriz e o controle da impulsividade) e à integração das normas sociais e parentais e juízo prático (demonstração de informação prática, avaliação e uso de experiências passadas, compreensão e adaptação social, comportamento social aceitável e eficaz, socialização).

Demonstra, ainda, dificuldades acentuadas ao nível da 1) adaptação prática e social e estruturação temporal (percepção e compreensão de situações sociais, captação de sequências causais, organização lógica de uma situação, antecipação de consequências, referências temporais, sequência temporal); 2) aptidões intelectuais na procura progressiva de uma direcção e através dela à adaptação social (implica uma coordenação perceptivo-motriz e o controle da impulsividade), 3) nível de conhecimentos gerais e factuais (assimilação de experiências, memorização dos dados escolares e sócio-culturais, investimento e aquisições escolares, conhecimentos gerais) e expressão verbal (comunicação ao nível do grupo), 4) expressão verbal e verbalização (desenvolvimento da linguagem, riqueza e tipo de linguagem, compreensão e fluidez verbal, denominação e representação precisa das coisas por palavras, conhecimento de palavras, linguagem relacional) e 5) memória auditiva imediata, atenção concentrada e representação simbólica.

Encontra-se desenvolvida, como é esperado para a sua faixa etária, a memória visual de longo prazo (agudez visual, sentido de observação exacta, adaptação à realidade).

Apesar das dificuldades desta criança, a mesma possui capacidades que se encontram acima do que é esperado para a sua idade, como sejam a memória visual imediata (por percepções visuais repetidas, previsão associativa, velocidade psicomotora) e capacidade de aprendizagem; velocidade de execução e perspicácia; a estruturação espacial e lateralização (percepção visual de relações espaciais, coordenação motora e visuo-motora, motricidade fina), representação simbólica (análise do todo a partir dos seus componentes, reestruturação de esquemas espaciais abstractos e mentalmente decompostos), conceptualização (capacidade de abstracção através de análise e síntese, formação de conceitos não-verbais) e a estruturação espacial e lateralização (integração no todo, adaptação à realidade, esquema corporal/ imagem corporal, antecipação das relações entre as partes, flexibilidade, manipulação digital habitual, benefício do feedback sensorio-motor).

Com base nos dados da avaliação por nós efectuada, que vai ao encontro do mencionado pela professora, podemos concluir que A. M. revela grandes dificuldades no que se refere à aritmética, mais concretamente dificuldades na representação mental, na concentração, no raciocínio, no cálculo numérico e no manejo automático de símbolos. A compreensão encontra-se também prejudicada no que diz respeito ao juízo prático, compreensão e possível adaptação a situações sociais que poderão não ser aceitáveis e eficazes. Este resultado poderá apontar para uma alegada incapacidade, por parte de António, de integração das normas sociais e parentais. Para além da aritmética e da compreensão, existe outra área que se encontra afectada de igual modo, e que diz respeito à abstracção, em que se denota um comprometimento da capacidade de generalização, de pensamento categórico a partir de dados concretos e pensamento abstracto e associativo.

Contudo, esta criança possui outras capacidades que se encontram desenvolvidas, nomeadamente a adaptação à realidade (integração do todo), a capacidade de aprendizagem (desejo de não falhar e expressão motora) e a memória visual imediata. Estas capacidades que se encontram intactas (com o auxílio de forma imprescindível do apoio individualizado fornecido pelo adulto) poderão ser a base para que todas as outras possam ser treinadas e exploradas, com o objectivo da criança poder realizar as tarefas escolares e assim progredir em termos escolares.

O acompanhamento pelo terapeuta da fala é, de todo, muito importante, visto a criança revelar grandes dificuldades na componente verbal.

Desta forma, parece-nos importante para que se assegure o seu bem-estar psicológico e a sua integração no meio escolar, que A. M. beneficie de apoio individualizado e de terapia da fala.

## Relatório 2

Problemática: Dificuldades de Aprendizagem

Nome: D. B.

Idade: 15 anos

Data da Avaliação: 17 de Abril de 2008

Data da realização do relatório: 22 de Abril de 2008

### **Análise dos Resultados Obtidos**

Os resultados da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III) sugerem a existência de um funcionamento intelectual que aponta para o nível inferior na escala verbal e muito superior na escala de realização, na escala completa o nível é médio.

A Compreensão Verbal encontra-se no nível muito inferior, a Organização Perceptiva encontra-se no nível médio inferior e a Velocidade de Processamento encontra-se no nível médio.

Obteve resultados acima da média:

- Disposição de Gravuras: adaptação prática e social e estruturação temporal (percepção e compreensão de situações sociais, captação de sequências causais, organização lógica de uma situação, antecipação de consequências, referências temporais, sequenciação temporal).

Obteve resultados dentro da média:

- Semelhanças: o conhecimento lógico-abstracto (compreensão de relações conceptuais, pensamento abstracto e associativo, capacidade de generalização, de pensamento categórico a partir de dados concretos, conceptualização, abstracção);
- Aritmética: capacidade de computação (concentração, raciocínio e cálculo numérico, manejo automático de símbolos); representação simbólica e mental (realização de operações mentais a partir de situações concretas representadas por números);
- Memória de Dígitos (a representação simbólica e mental (realização de operações mentais a partir de situações concretas representadas por números);

- Completamento de Gravuras: memória visual de longo prazo (agudez visual, sentido de observação exacta, adaptação à realidade);
- Código: memória visual imediata (por percepções visuais repetidas, previsão associativa, velocidade psicomotora); capacidade de aprendizagem; velocidade de execução e perspicácia;
- Cubos: estruturação espacial e lateralização (percepção visual de relações espaciais, coordenação motora e visuo-motora, motricidade fina); representação simbólica (análise do todo a partir dos seus componentes, reestruturação de esquemas espaciais abstractos e mentalmente decompostos); conceptualização (capacidade de abstracção através de análise e síntese, formação de conceitos não-verbais);
- Pesquisa de Símbolos
- Labirintos (aptidões intelectuais na procura progressiva de uma direcção e através dela a adaptação social e a coordenação perceptiva motriz e controlo da impulsividade).

Obteve resultados abaixo da média:

- Informação: nível de conhecimentos gerais e factuais (assimilação de experiências, memorização dos dados escolares e sócio-culturais, investimento e aquisições escolares, conhecimentos gerais); expressão verbal (comunicação ao nível do grupo);
- Compreensão: Integração das normas sociais e parentais e juízo prático (demonstração de informação prática, avaliação e uso de experiências passadas, compreensão e adaptação social, comportamento social aceitável e eficaz, socialização);
- Composição de objectos: estruturação espacial e lateralização (integração no todo, adaptação à realidade, esquema corporal/ imagem corporal, antecipação das relações entre as partes, flexibilidade, manipulação digital habitual, benefício do feedback sensório-motor).

Obteve resultados muito abaixo da média:

- Vocabulário: expressão verbal e verbalização (desenvolvimento da linguagem, riqueza e tipo de linguagem, compreensão e fluidez verbal, denominação e representação precisa das coisas por palavras, conhecimento de palavras, linguagem relacional).

## Síntese

Daniel Barroso, de 15 anos de idade, possui um diagnóstico de Dislexia desde o seu 4º ano de escolaridade o qual lhe acarreta variadas limitações, enquanto aluno. Estas limitações vão de encontro às dificuldades referidas pelo Conselho de Turma da Escola (nomeadamente a falta de atenção/concentração; baixa auto-estima; pouca autonomia; dificuldades ao nível da compreensão (como se pode verificar durante a avaliação, em que esta capacidade se encontra abaixo da média) e da interpretação de textos (visível na prova de aritmética, quando o Daniel tinha de ler e interpretar um texto escrito, para depois responder ao problema na área da matemática e, que depois essa dificuldade se reflectia uma vez que a resposta dada não era a correcta, podendo estar relacionado com o facto de não perceber o enunciado e daí responder de forma errada).

Da avaliação realizada ao podemos afirmar que o Daniel revela dificuldades muito acentuadas no que respeita à expressão verbal e verbalização (encontrando-se afectadas variadas áreas, como sejam o desenvolvimento da linguagem, a riqueza e tipo de linguagem, a compreensão e fluidez verbal, a denominação e representação precisa das coisas por palavras, o conhecimento de palavras e a linguagem relacional).

Demonstra, ainda, dificuldades acentuadas ao nível de 1) conhecimentos gerais e factuais (assimilação de experiências, memorização dos dados escolares e sócio-culturais, investimento e aquisições escolares, conhecimentos gerais); a expressão verbal (comunicação ao nível do grupo); 2) integração das normas sociais e parentais e juízo prático (demonstração de informação prática, avaliação e uso de experiências passadas, compreensão e adaptação social, comportamento social aceitável e eficaz, socialização) e 3) estruturação espacial e lateralização (integração no todo, adaptação à realidade, esquema corporal/ imagem corporal, antecipação das relações entre as partes, flexibilidade, manipulação digital habitual, benefício do feedback sensorio-motor), encontram-se abaixo da média mas de forma menos acentuada que a anterior.

Apesar das limitações do Daniel, este possui outras capacidades desenvolvidas, como é esperado para a sua faixa etária, mais especificamente: 1) o conhecimento lógico-abstracto (compreensão de relações conceptuais, pensamento abstracto e associativo, capacidade de generalização, de pensamento categórico a partir de dados concretos, conceptualização, abstracção); 2) a capacidade de computação (concentração, raciocínio e cálculo numérico, manejo automático de símbolos); 3) a representação simbólica e mental (realização de operações mentais a partir de situações concretas representadas por números); 4) a memória auditiva, a atenção concentrada e a representação simbólica; 5) a memória visual de longo prazo (agudez visual, sentido de observação exacta, adaptação à realidade); a memória visual imediata (por percepções visuais repetidas, previsão

associativa, velocidade psicomotora); a capacidade de aprendizagem; a velocidade de execução e a perspicácia; 6) a estruturação espacial e lateralização (percepção visual de relações espaciais, coordenação motora e visuo-motora, motricidade fina); a representação simbólica (análise do todo a partir dos seus componentes, reestruturação de esquemas espaciais abstractos e mentalmente decompostos) e a conceptualização (capacidade de abstracção através de análise e síntese, formação de conceitos não-verbais) e 7) as aptidões intelectuais na procura progressiva de uma direcção e através dela a adaptação social e a coordenação perceptiva motriz e controlo da impulsividade.

A adaptação prática e social e estruturação temporal (percepção e compreensão de situações sociais, captação de sequências causais, organização lógica de uma situação, antecipação de consequências, referências temporais, sequenciação temporal), encontra-se desenvolvida e com valor acima da média para a sua faixa etária.

Com base nos dados da avaliação por nós efectuada, sugerimos que o Daniel continue a beneficiar do Decreto-Lei 319/91 de 23 de Agosto uma vez que possui um diagnóstico de Dislexia, e que por isso necessita de adaptações curriculares.

Para além disto, parece-nos que o Daniel necessita de reforços positivos após o seu sucesso nas tarefas escolares de forma a incrementar-se a sua auto-estima e autonomia, e incentivos perante os erros, esperados para um sujeito com dislexia, com o objectivo de diminuir a sua frustração.

Desta forma, é na nossa opinião importante para que se assegure o seu bem-estar psicológico e a sua integração no meio escolar, que o Daniel beneficie de apoio individualizado através da Educação Especial e continue ao abrigo do Decreto-Lei anteriormente mencionado, e se possível, o seu seguimento por um técnico especializado na área das dificuldades de aprendizagem, especificamente a dislexia, de forma a trabalhar com ele exercícios específicos da sua dificuldade.

---

### Relatório 3

Problemática: Dificuldades de Aprendizagem

Nome: A. G.

Idade: 13 anos

Data da Avaliação: 22 de Abril e 19 de Maio de 2008

Data da realização do relatório: 27 de Maio de 2008

#### **Análise dos Resultados Obtidos**

Os resultados da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III) sugerem a existência de um funcionamento intelectual que aponta para o nível inferior na escala verbal e um nível muito superior na escala de realização, na escala completa o nível é médio superior.

A Compreensão Verbal encontra-se no nível inferior, a Organização Perceptiva encontra-se no nível médio e a Velocidade de Processamento encontra-se no nível médio superior.

Obteve resultados acima da média:

- Completamento de Gravuras: memória visual de longo prazo (agudez visual, sentido de observação exacta, adaptação à realidade);
- Cubos: estruturação espacial e lateralização (percepção visual de relações espaciais, coordenação motora e visuo-motora, motricidade fina); representação simbólica (análise do todo a partir dos seus componentes, reestruturação de esquemas espaciais abstractos e mentalmente decompostos); conceptualização (capacidade de abstracção através de análise e síntese, formação de conceitos não-verbais);
- Pesquisa de Símbolos:
- Labirintos: aptidões intelectuais na procura progressiva de uma direcção e através dela a adaptação social (implica a coordenação perceptiva motriz e controlo da impulsividade).

Obteve resultados dentro da média:

- Aritmética: capacidade de computação (concentração, raciocínio e cálculo numérico, manejo automático de símbolos); representação simbólica e mental (realização de operações mentais a partir de situações concretas representadas por números);

- **Compreensão:** Integração das normas sociais e parentais e juízo prático (demonstração de informação prática, avaliação e uso de experiências passadas, compreensão e adaptação social, comportamento social aceitável e eficaz, socialização);
- **Disposição de Gravuras:** adaptação prática e social e estruturação temporal (percepção e compreensão de situações sociais, captação de sequências causais, organização lógica de uma situação, antecipação de consequências, referências temporais, sequenciação temporal);
- **Código:** memória visual imediata (por percepções visuais repetidas, previsão associativa, velocidade psicomotora); capacidade de aprendizagem; velocidade de execução e perspicácia.

Obteve resultados abaixo da média:

- **Informação:** nível de conhecimentos gerais e factuais (assimilação de experiências, memorização dos dados escolares e sócio-culturais, investimento e aquisições escolares, conhecimentos gerais); expressão verbal (comunicação ao nível do grupo);
- **Semelhanças:** o conhecimento lógico-abstracto (compreensão de relações conceptuais, pensamento abstracto e associativo, capacidade de generalização, de pensamento categórico a partir de dados concretos, conceptualização, abstracção);
- **Vocabulário:** expressão verbal e verbalização (desenvolvimento da linguagem, riqueza e tipo de linguagem, compreensão e fluidez verbal, denominação e representação precisa das coisas por palavras, conhecimento de palavras, linguagem relacional);
- **Composição de objectos:** estruturação espacial e lateralização (integração no todo, adaptação à realidade, esquema corporal/ imagem corporal, antecipação das relações entre as partes, flexibilidade, manipulação digital habitual, benefício do feedback sensorio-motor).

## Síntese

Da avaliação realizada à A. G., podemos afirmar que esta revela dificuldades acentuadas no que diz respeito aos conhecimentos gerais e factuais (mais concretamente à assimilação de experiências, memorização dos dados escolares e sócio-culturais, investimento e aquisições escolares, conhecimentos gerais); à expressão verbal e à

verbalização (comunicação ao nível do grupo e desenvolvimento da linguagem, riqueza e tipo de linguagem, compreensão e fluidez verbal, denominação e representação precisa das coisas por palavras, conhecimento de palavras, linguagem relacional)); ao conhecimento lógico-abstracto (compreensão de relações conceptuais, pensamento abstracto e associativo, capacidade de generalização, de pensamento categórico a partir de dados concretos, conceptualização, abstracção) e à estruturação espacial e lateralização (integração no todo, adaptação à realidade, esquema corporal/ imagem corporal, antecipação das relações entre as partes, flexibilidade, manipulação digital habitual, benefício do feedback sensório-motor).

Apesar das dificuldades que a A. G. apresenta, ela parece possuir capacidade de computação (concentração, raciocínio e cálculo numérico, manejo automático de símbolos); representação simbólica e mental (realização de operações mentais a partir de situações concretas representadas por números); parece conseguir integrar normas sociais e parentais, como também juízo prático (demonstração de informação prática, avaliação e uso de experiências passadas, compreensão e adaptação social, comportamento social aceitável e eficaz, socialização) e demonstra facilidade no que diz respeito à adaptação prática e social e estruturação temporal (percepção e compreensão de situações sociais, captação de sequências causais, organização lógica de uma situação, antecipação de consequências, referências temporais, sequenciação temporal). A memória visual imediata também (por percepções visuais repetidas, previsão associativa, velocidade psicomotora); capacidade de aprendizagem; velocidade de execução e perspicácia.

A A. G. revela uma capacidade acima da média no que se refere à memória visual de longo prazo (agudez visual, sentido de observação exacta, adaptação à realidade); à estruturação espacial e lateralização (percepção visual de relações espaciais, coordenação motora e visuo-motora, motricidade fina); à representação simbólica (análise do todo a partir dos seus componentes, reestruturação de esquemas espaciais abstractos e mentalmente decompostos) e à conceptualização (capacidade de abstracção através de análise e síntese, formação de conceitos não-verbais). Revela também aptidões intelectuais na procura progressiva de uma direcção e através dela a adaptação social (o que implica a coordenação perceptiva motriz e controlo da impulsividade).

A natureza dos resultados e as dificuldades verificadas na avaliação realizada à Andreia, parece estar relacionada com o facto desta manter uma relação limitada com os pares e pouco estimulante em termos emocionais e com as possíveis dificuldades escolares que parecem estar associadas a uma atitude resistente em temas que lhe podem suscitar ansiedade. Para além destes factores, o negativismo, a distorção dos processos de pensamento e por vezes a desconfiança, podem estar de igual modo a influenciar as

dificuldades apresentadas. Todos estes dados vão ao encontro do que foi dito no relatório elaborado pela escola. Contudo, a A. G. parece revelar capacidade de planeamento, organização perceptiva e controlo visuo-motor, velocidade e precisão.

Desta forma, é na nossa opinião importante que a A. G. beneficie de um acompanhamento escolar com o objectivo de incentivar e motivar para a participação nas actividades escolares e, reforçar positivamente e elogiar após o sucesso nas mesmas, e assim incrementar a sua motivação.

Em relação aos seus traços de personalidade a A. G. apresenta alguma resistência em falar de si própria parecendo que é um traço que a define desde “sempre”. No que diz respeito a este aspecto o que se propõe é que possa beneficiar de acompanhamento psicológico de forma a serem trabalhados aspectos relacionados com a sua auto-estima e auto-eficácia, de modo a garantir o seu bem-estar físico e psicológico.

---

#### Relatório 4

Problemática: Dificuldades de Aprendizagem

Nome: C. R.

Idade: 15 anos

Data da Avaliação: 14 e 24 de Abril de 2008

Data da realização do relatório: 29 de Abril de 2008

#### **Análise dos Resultados Obtidos**

Os resultados da Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças (WISC-III) sugerem a existência de um funcionamento intelectual que aponta para o nível inferior na escala verbal e médio na escala de realização, na escala completa o nível é inferior.

A Compreensão Verbal encontra-se no nível médio inferior, a Organização Perceptiva encontra-se no nível médio e a Velocidade de Processamento encontra-se no nível muito inferior.

Obteve resultados acima da média:

- Completamento de Gravuras: memória visual de longo prazo (agudez visual, sentido de observação exacta, adaptação à realidade).

Obteve resultados dentro da média:

- Informação: nível de conhecimentos gerais e factuais (assimilação de experiências, memorização dos dados escolares e sócio-culturais, investimento e aquisições escolares, conhecimentos gerais); expressão verbal (comunicação ao nível do grupo);
- Semelhanças: o conhecimento lógico-abstracto (compreensão de relações conceptuais, pensamento abstracto e associativo, capacidade de generalização, de pensamento categórico a partir de dados concretos, conceptualização, abstracção);
- Disposição de Gravuras: adaptação prática e social e estruturação temporal (percepção e compreensão de situações sociais, captação de sequências causais, organização lógica de uma situação, antecipação de consequências, referências temporais, sequenciação temporal);
- Cubos: estruturação espacial e lateralização (percepção visual de relações espaciais, coordenação motora e visuo-motora, motricidade fina); representação simbólica (análise do todo a partir dos seus componentes, reestruturação de esquemas espaciais abstractos e mentalmente decompostos); conceptualização (capacidade de abstracção através de análise e síntese, formação de conceitos não-verbais).

Obteve resultados abaixo da média:

- Vocabulário: expressão verbal e verbalização (desenvolvimento da linguagem, riqueza e tipo de linguagem, compreensão e fluidez verbal, denominação e representação precisa das coisas por palavras, conhecimento de palavras, linguagem relacional);
- Compreensão: Integração das normas sociais e parentais e juízo prático (demonstração de informação prática, avaliação e uso de experiências passadas, compreensão e adaptação social, comportamento social aceitável e eficaz, socialização);
- Código: memória visual imediata (por percepções visuais repetidas, previsão associativa, velocidade psicomotora); capacidade de aprendizagem; velocidade de execução e perspicácia;
- Composição de objectos: estruturação espacial e lateralização (integração no todo, adaptação à realidade, esquema corporal/ imagem corporal, antecipação das relações entre as partes, flexibilidade, manipulação digital habitual, benefício do feedback sensorio-motor).

Obteve resultados muito abaixo da média:

- Aritmética: capacidade de computação (concentração, raciocínio e cálculo numérico, manejo automático de símbolos); representação simbólica e mental (realização de operações mentais a partir de situações concretas representadas por números).

### **Síntese**

Da avaliação realizada ao C. R., podemos afirmar que o mesmo revela dificuldades muito acentuadas no que diz respeito à capacidade de computação (concentração, raciocínio e cálculo numérico, manejo automático de símbolos); representação simbólica e mental (realização de operações mentais a partir de situações concretas representadas por números). Estas dificuldades poderão indicar distração e dificuldades em focalizar a atenção, causadas por ansiedade que invade os processos de pensamento. O défice no aproveitamento escolar, derivado de estimulação emocional, poderá estar a influenciar o desenvolvimento do aparelho cognitivo do C. R.. O seu isolamento social poderá ser consequência de uma possível perturbação emocional (resultante da sua situação familiar) e daí uma possível perda de contacto com a realidade. A ansiedade atrás referida parece estar relacionada com a falta de meios económicos que existem na sua família e com os quais o Cláudio se depara dia após dia.

Apesar das limitações do C. R., este possui conservadas algumas capacidades, como sejam a agudez visual, o sentido de observação exacta e a adaptação à realidade. Encontram-se também desenvolvidas, como o esperado para a sua faixa etária, a percepção visual de relações espaciais, a coordenação motora e visuo-motora, a motricidade fina, a representação simbólica, a conceptualização, a percepção e compreensão de situações sociais, a captação de sequências causais, a organização lógica de uma situação, a antecipação de consequências, as referências temporais, a sequenciação temporal, a assimilação de experiências, a memorização dos dados escolares e sócio-culturais, o investimento e aquisições escolares, os conhecimentos gerais e a expressão verbal.

Desta forma, é na nossa opinião importante para que se assegure o seu bem-estar psicológico e a sua integração no meio escolar, que o C. R. seja acompanhado a nível escolar no sentido da escolha de uma futura profissão (por exemplo: encaminhamento para um curso de formação profissional, dando-lhe a conhecer quais os cursos existentes e as respectivas saídas profissionais), uma vez que a sua motivação para os estudos encontra-se afectada. O reforço positivo e o elogio face a situações de sucesso serão medidas de incrementar a motivação do C. R. e, também, o incentivar a participar no decorrer da aula (para que sinta que o outro sabe que ele existe e, assim valorizar-se).

## Relatório 5

Problemática: Suspeita de Dislexia

Nome: V. P.

Idade: 7 anos

Escola: EB 1 do Canhoso

Data da Avaliação: 19 de Fevereiro de 2008

Data da realização do relatório: 5 de Maio de 2008

Da avaliação realizada à V. P. podemos verificar que esta apresenta dificuldades ao nível da linguagem e da escrita.

Ao nível da expressão escrita, a partir de uma avaliação cuidadosa que integrou a cópia e o ditado bem como os seus livros e trabalhos, verificámos que a mesma caracteriza por erros sistemáticos que afectam a palavra mas não o seu traçado ou grafia.

Com base no ditado da V. P., observámos que dava variados tipos de erros, nomeadamente:

- Erros de carácter linguístico-perceptivo
  - Omissões de fonemas (“nuves” em vez de “nuvens”, “qando” em vez de “quando”, “tepu” em vez de “tempo”, “fasma” em vez de “fantasma”);
  - Adições de fonemas por exagero na análise da palavra (“abrire” em vez de “abrir”, “vere” em vez de “ver”, “emi” em vez de “em”, “chescola” em vez de “escola”);
  - Inversões de grafemas em sílabas e em palavras (“same” em vez de “saem”, “ramáio” em vez de “armário”);
  
- Erros de carácter visuo-espacial
  - Confusão em palavras com fonemas que admitem dupla grafia (“u” em vez de “o”, “touse” em vez de “troux”);
  
- Erros relativos ao conteúdo
  - União de palavras (“comele” em vez de “com ele”);
  - Substituição e Confusão de letras que têm o mesmo som (“viro” em vez de “frio”, “juva” em vez de “chuva”, “jubiu” em vez de “subiu”, “camiçola” em vez de “camisola”).

A leitura é uma outra área onde a V. P. apresenta dificuldades. Em voz alta, a Vânia apresenta uma leitura vacilante com momentos de fixação sentindo necessidade de auxiliar a mesma com o dedo. É notória a confusão que faz entre letras que têm som semelhante, nomeadamente entre: f – v; j – ch; s – j; x – s; s – ç; g – f; s – ch.

Face ao exposto, a V. P. parece apresentar características de um quadro de Dislexia mas pensamos que seja prioritário o encaminhamento da aluna para um terapeuta da fala para um possível despiste da mesma, uma vez que esta apresenta dificuldades na linguagem. Estas dificuldades são mais acentuadas na leitura onde se verifica a confusão de letras com som semelhante.

Após a consulta com o terapeuta da fala e, estando provado que não se trata de uma dificuldade ao nível da fala seria importante encaminhar a aluna para um serviço competente ao nível das dificuldades da leitura e da escrita.

---

### Relatório 6

Problemática: Processo de luto

Nome: G. N.

Idade: 6 anos

Data da Primeira Consulta: 21 de Janeiro de 2008

Data da realização do relatório: 18 de Fevereiro de 2008

O G. é uma criança que se encontra a passar por um processo de luto resultante da morte de uma pessoa próxima, o seu avô paterno, apresentando a necessidade de esclarecer algumas dúvidas que advêm deste processo, nomeadamente necessidade de falar da morte e das reacções que esta acarreta.

A forma como o G. organiza e expressa a sua compreensão e os seus sentimentos, face ao processo de luto, está relacionada com o seu desenvolvimento afectivo e cognitivo. O G. enquanto uma criança de 6 anos encontra-se a passar por uma mudança em termos escolares. Assim, a sua vida escolar está a torna-se mais intensa aumentando a sua importância, uma vez que é neste contexto que a criança aperfeiçoa o seu sentido de actividade e obtém gratificação pelo sucesso. Em termos cognitivos, apesar do seu pensamento ainda ser concreto, começa a ocorrer a preocupação com regras. A ideia de morte no G. ainda não é universal, isto é, ele pensa que não acontece a todos. Há uma tendência clara no G. de representar a morte como algo desconhecido. Contudo, ele já consegue chegar a uma conclusão de que a morte é algo irreversível não podendo ser evitada.

O G. refere que as alturas em que mais pensa no seu avô são à noite, quando vai para a sua cama e na escola durante a realização das tarefas.

Da avaliação realizada ao G. podemos afirmar que este está a vivenciar o processo de luto com uma certa idealização na medida em que verbaliza que o avô está a vê-lo do céu e relembra geralmente apenas os melhores momentos, deixando de lado o momento da morte e do desaparecimento físico do seu avô. Este processo é também caracterizado por diversas reacções, salientando-se a agressividade, a desatenção, a baixa concentração e as oscilações de humor (durante as consultas a criança oscila entre momentos de alegria e outros de maior tristeza e apreensão/apatia). Convém salientar que todas estas respostas parecem estar relacionadas ao processo de luto que varia de criança para criança tanto em termos temporais como em termos de diferentes reacções e, que é portanto, considerado normativo.

Pelo descrito anteriormente, consideramos que o G. deve ser acompanhado em consultas de Psicologia, bem como poder obter por parte da sua professora e auxiliares uma atenção especial, uma vez que também é na escola que a criança refere lembrar-se com muita frequência do avô, diminuindo o reforço negativo e incrementando a explicação e a ventilação emocional nessas alturas, dando-lhe espaço e oportunidade para explicar o que sente.

---

Relatório 7

Problemática: Alcoolismo (por parte da progenitora)

Nome: F. F.

Idade: 7 anos

Data da Primeira Consulta: 5 de Dezembro de 2007

Data da realização do relatório: 12 de Fevereiro de 2008

O F., como a escola refere, faz parte de um família disfuncional em termos parentais, uma vez que existem problemas de alcoolismo por parte da sua progenitora, a qual é encarregue pela guarda da criança como também de mais dois irmãos.

O ambiente familiar é, portanto, desfavorável no que toca a estabelecimento de regras, limites e educação. Apesar das limitações, o F. ao longo das várias consultas em que já participou, ainda que retraído e de olhar distante e poucas vezes directo, mostrou-se meigo e carinhoso.

No que toca ao seu comportamento, ao nível da interacção nas consultas, este demonstrou receios, vergonha e timidez, e um falar melancólico e agressivo que parece estar relacionado com a situação actual e passada da sua história de vida, isto é, ao facto da sua mãe ter problemas alcoólicos e à ausência do pai.

Relativamente à sua auto-estima e auto-confiança, o F: apresenta lacunas a estes níveis na medida em que não se valoriza nem confia em si mesmo, estando agarrado à mãe sempre que esta esteve presente nas consultas, apesar da mesma não corresponder quanto aos seus pedidos e quereres e, procura constantemente o reforço e só através deste é que consegue obter a atenção da mãe.

O comportamento da mãe do F. poderá de certa forma estar a influenciar o seu comportamento actual, nomeadamente a nível escolar, isto é, a debilitada relação em termos emocionais e afectivos por parte da sua progenitora, encontra-se prejudicada, e é reforçada pelos irmãos na medida em que estes parecem não frequentar a escola quando o deveriam fazer. Quando confrontado com a situação dos irmãos o F. demonstra uma opinião negativa e parece não existir um clima de conforto, amizade e partilha entre os estes.

É, ainda, de salientar, que o acesso aos cuidados alimentares parecem ser deficitários.

O F. demonstra uma concepção de família idealizada diferente da que possui actualmente. A figura materna não constou no desenho, o que poderá apontar para a fraca e debilitada relação que a criança estabelece com a mesma, e ainda, a fuga e a vergonha face à situação em que a mãe se encontra (aparentemente parece demonstrar problemas com o álcool, os quais nega constantemente).

A figura paterna encontra-se presente em todos os desenhos realizados pelo Francisco, o que pode representar a necessidade de um pai na família que possui no momento. Perante a ausência do pai, o F. revela um sentimento de tristeza, revolta e dúvidas quanto ao seu paradeiro e, até mesmo quanto ao seu papel de pai.

É de referir, ainda, que num dos desenhos feitos pelo F., a presença da mãe foi evidente apesar do seu afastamento em relação aos restantes elementos da família, sendo desenhada num canto da folha, o que poderá declarar que a mesma não mantém uma relação de proximidade com os demais elementos da família ou que o F. possui um sentimento de “desprezo” pela mesma, devido à situação de alcoolismo da mãe, como já foi referido anteriormente.

Da avaliação efectuada ao F. pode dizer-se que este revela grande rigidez, insegurança e ansiedade face à situação actual, o que pode constituir um indicador de baixa auto-estima, sentimento de inferioridade e de afecto pouco dinâmico, salientando-se a expressão de raiva, tristeza e ansiedade.

Pelo atrás exposto, consideramos que o F. deve ser acompanhado em consultas de Psicologia, bem como deverão ser acatadas todas as medidas sociais de forma a garantir o bem-estar e o desenvolvimento do seu potencial de forma mais segura.

---

### Relatório 8

Problemática: Baixa Auto-estima

Nome: A. S.

Idade: 13 anos

Data da Primeira Consulta: 22 de Outubro de 2007

Data da realização do relatório: 28 de Fevereiro de 2008

A A. é a segunda irmã de uma fratria de cinco, tem 13 anos e encontra-se a frequentar uma escola da Covilhã.

A nível escolar a A. demonstra algum mal-estar por frequentar a escola, uma vez que não estabelece relações de amizade com facilidade não se sentindo, portanto, integrada. Este facto pode encontrar-se afectado pela sua falta de higiene o que provoca um afastamento por parte dos colegas de turma e outros.

Quanto à questão familiar é de salientar que não existem condições quer físicas quer a nível de competências para apoiar a A. e todos os seus irmãos, contudo a A. é o elemento que se sente mais desprotegido e excluído no seio familiar. Os progenitores parecem não proporcionar à Andreia um ambiente de protecção e daí a sua tristeza, revolta e visão neutra face a si, ao futuro e aos outros.

De referir, ainda que por tudo até agora mencionado, a A. apresenta algumas lacunas ao nível da sua imagem corporal, auto-conceito e auto-estima, que se encontram marcadamente diminuídos.

Pelo descrito anteriormente, consideramos que a A. beneficiará com a institucionalização ao nível da sua integridade física e psicológica (quando confrontada com esta possibilidade a A. refere “*fazia-me bem*”), como também se recomenda o seguimento em consultas de Psicologia, pelo NAPSICC, uma vez que já se encontra estabelecida uma aliança terapêutica e de confiança com a mesma.

---

## Actividades de Intervenção

No que se refere à componente de intervenção, serão apresentados dois casos clínicos dos dois locais de estágio distintos, o Caso A (Episódio Depressivo *Major*) no NAPsiCC e o Caso B (Perturbação de Personalidade *Borderline*) no NEIP.

### Caso A

#### I. Dados Biográficos

Nome: M.

Idade: 38 anos de idade

Sexo: Feminino

Estado Civil: Casada

Habilitações Literárias: 11º ano

Profissão: Empregada de Ourivesaria

Agregado Familiar: Constituído por 4 elementos: o cônjuge, com 40 anos de idade, e dois filhos, o mais velho com 8 anos de idade e a mais nova com 4 anos de idade

Naturalidade/Residência: Concelho da Covilhã

#### II. Motivo da Consulta

M. vem à consulta de Psicologia no dia 14 de Abril de 2008, apresentando como motivo *“já ando outra vez igual, estou outra vez quase no fundo”* (sic). Acrescenta que *“agora só choro, e não me apetece fazer nada, queria que ninguém me chateasse, e depois sou agressiva sem querer, mais para os meus filhos e eles já notam que eu ando muito triste”* (sic). M., afirma ainda que *“não consigo dormir durante a noite, ando sempre agitada, não paro”* (sic). E, por vezes *“quando vou de carro, penso em acabar comigo e que o carro haveria de ir contra a parede, só não o faço porque os meus filhos vão comigo e eles não têm culpa de cá estarem, se não os tivesse era diferente, já não estava casada...”* (sic).

#### III. Dificuldades Actuais

M., 38 anos de idade, empregada numa ourivesaria, chega à consulta sozinha apresentando uma aparência física descuidada. Os temas de tristeza e aspectos negativos da sua vida são evidentes. Por vezes desvia o olhar, e o choro é frequente ao longo da toda a sessão, sendo o seu estado emocional caracterizado por uma tristeza profunda. O seu discurso é acompanhado por um tom de voz baixo e uma fraca entoação, estando patente um sentimento de raiva e irritabilidade *“estou farta disto, a minha vida não tem sentido, quando tinha a minha mãe não me sentia assim”* (sic).

A paciente refere também que *“já andei assim, há três anos atrás, quando a minha mãe morreu. Fui ao médico e ele passou-me medicamentos para a depressão, um calmante e um anti-depressivo. Fiz 6 meses de tratamento e depois deixei de tomar porque já me sentia melhor”* (sic). Há cerca de 2 meses volta a sentir-se *“muito triste, desorientada, tudo cai sobre mim, não posso contar com ninguém a não ser comigo”* (sic). Nesta altura começa a tomar *lexotam* mas não nota mudanças, pelo que deixa de tomar, sendo que actualmente encontra-se a tomar metade de um comprimido de manhã e um à noite *“para dormir melhor e andar mais calma”* (sic).

Refere que a sua relação conjugal *“não é boa nem má, mas não me ajuda a fazer nada, é tudo eu, pensa mais nele que nos outros”* (sic). M. afirma que às vezes *“sou agressiva sem querer”* (sic).

Actualmente, chora todos os dias, muitas vezes ao dia, e pensa *“queria desaparecer para passar um tempo sem ninguém me chatear”*, acrescentando *“eu não sou mãe, não deveria ser mãe, sinto-me rejeitada”* (sic).

Reforça a ideia do seu sofrimento referindo *“às vezes pergunto-me porque é que ainda estou aqui, pego no carro e quero espetar-me mas não o faço”* (sic). Estas ideias começam a tornar-se mais frequentes *“após a minha irmã se tentar suicidar, tomando medicamentos. Ela não quis que eu soubesse para não me afligir, mas eu senti que é porque me acha fraca”* (sic).

Quando confrontada com o impacto que toda esta situação poderá estar a causar nos outros, M. refere que *“o meu homem não me compreende, sai de casa e eu é que tenho de cuidar dos filhos”* (sic).

M. aponta como preocupação *“já não quero saber de mim, é tudo para os filhos. Já não saio com ninguém porque não os posso deixar sozinhos e o pai não fica com eles. Primeiro ainda ia à ginástica mas agora não tenho tempo para nada”* (sic).

Estes dados vêm de encontro à pontuação obtida no inventário da depressão de Beck, onde M. pontua 30 o que nos indica que a mesma se encontra num nível moderado a severo de depressão.

#### **IV. Início e Desenvolvimento das Dificuldades**

O primeiro episódio depressivo deu-se há cerca de três anos a esta parte após o falecimento da mãe de M., com quem mantinha um relacionamento muito próximo. M. acrescenta que *“ela era tudo para mim, perdi uma parte de mim, senti-me só, como hoje me sinto”* (sic). Este acontecimento de vida significativo de M. despoletou nela alguns sintomas como o choro fácil, a irritabilidade, insónias, sonhos e cansaço. Face a estes sintomas, M. vê-se obrigada a recorrer ao seu médico de família o qual a medica com anti-depressivos, acabando por fazer um tratamento durante seis meses. Após estes seis meses verificou-se

uma melhoria dos sintomas anteriormente descritos *“melhorei ao nível dos sintomas de cansaço, irritabilidade e das insónias, mas em relação aos sentimentos nada mudou chorava muito, como ainda hoje faço”* (sic).

Há dois meses a esta parte os sintomas voltam a surgir, coincidindo com a tentativa de suicídio (por ingestão medicamentosa) da irmã mais nova. Nessa altura M. refere que *“senti que estava sozinha”* (sic).

Actualmente M. refere que *“já estou igual, sinto as mesmas coisas e o meu marido não ajuda, pensa mais nele que nos outros”* (sic).

M. procura a consulta de psicologia porque quer sair deste *“poço”* (sic) manifestando vontade de colocar fim a esta situação ou como cita *“se não for para acabar que seja para melhorar e falar com alguém porque não posso e não tenho com quem falar”* (sic), o que revela a carência de ventilação emocional por parte de M.

## **V. História do Desenvolvimento e Aprendizagens Prévias**

Não existem dados relativos à gravidez e ao parto de M., contudo, refere *“sempre fui saudável e cresci normalmente”* (sic), apesar de aos 5 anos de idade *“ter entrado em coma com uma meningite”* (sic).

M. tem 38 anos de idade e é a segunda irmã de uma fratria de três, tendo um irmão mais velho com 40 anos de idade o qual caracteriza como *“mais calado, eu falo mais”* (sic) e uma irmã mais nova com 30 anos de idade. A interacção familiar é caracterizada por uma coligação forte entre M. e o pai sendo que a relação com o seu irmão, apesar de terem sido sempre muito próximos até mais do que em relação à irmã, tem sido algo *“agitada, devido a uns problemas financeiros que ele teve e quem teve de pagar foi o meu pai”* (sic). Quanto à irmã, M. refere que *“ela sempre teve tudo que quis da minha mãe porque andava a estudar fora e acha-se mais do que os outros por ter o curso, pedia e exigia e eu não e, também por ser a filha mais nova”* (sic).

Relativamente a dados escolares de M. esta menciona que *“fiz o 12º ano e não quis seguir mais, fiquei com a minha mãe na loja desde os meus 20 anos, onde me inculiram desde logo responsabilidade e daí eu só gastar 2 quando tenho 4, o que não acontece com o meu irmão”* (sic).

Aos 15 anos de idade M. inicia um relacionamento amoroso que dura cerca de 12 anos, referindo que *“nunca fui feliz, ele mandava em mim, não podia sair para lado nenhum nem gozei a minha juventude”* (sic). Quando completa 27 anos de idade, M. termina este relacionamento e, dois anos mais tarde casa após um ano de namoro. No que se refere ao casamento actual que já dura há 11 anos, M. parece revelar arrependimento face ao mesmo quando afirma *“estou arrependida de ter casado, se já não tivesse filhos já me tinha separado”* (sic) acrescentando que *“faço tudo em função dos outros”* (sic). Deste casamento

nascem dois filhos, um rapaz que actualmente tem 8 anos e uma rapariga de 4 anos de idade.

M. aponta dois acontecimentos de vida negativos, a morte da sua mãe que era o suporte emocional que possuía e a tentativa de suicídio por parte da sua irmã.

Quanto aos padrões de sono refere *“não durmo nada porque estou sempre a pensar no que tenho de fazer no dia seguinte e penso no porquê de eu estar aqui”* (sic), a alimentação por vezes é descuidada, acabando por não realizar algumas refeições nomeadamente o almoço pois *“fico na loja a arrumar e a organizar porque não tenho tempo depois”* (sic).

No que concerne ao seu auto-conceito, M. verbaliza *“não sou boa mãe e não o deveria ser, sinto-me rejeitada, apetece-me desaparecer para passar tudo”* (sic), o que revela um auto-conceito baixo e deteriorado.

## VI. Formulação

Com base em toda a informação recolhida até ao momento, M. parece apresentar um quadro clínico de *Perturbação Depressiva Major, Recorrente* (296.3X-F33.X), de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002) (cf. anexo XXIII).

Quanto à identificação de factores deste quadro clínico e em específico no caso de M., é de salientar que a mesma faz parte de uma família em que a interacção se caracteriza por uma coligação forte entre M. e o pai sendo que a relação com o seu irmão, apesar de terem sido sempre muito próximos até mais do que em relação à irmã, tem sido algo *“agitada, devido a uns problemas financeiros que ele teve e quem teve de pagar foi o meu pai”* (sic). M., quanto à irmã, refere que *“ela sempre teve tudo que quis da minha mãe porque andava a estudar fora e acha-se mais do que os outros por ter o curso, pedia e exigia e eu não e, também por ser a filha mais nova”* (sic).

M. menciona *“fiz o 12º ano e não quis seguir mais, fiquei com a minha mãe na loja desde os meus 20 anos, onde me inculiram desde logo responsabilidade e daí eu só gastar 2 quando tenho 4, o que não acontece com o meu irmão”* (sic).

Aos 15 anos de idade M. inicia um relacionamento amoroso que dura cerca de 12 anos, referindo que *“nunca fui feliz, ele mandava em mim, não podia sair para lado nenhum nem gozei a minha juventude”*. Aos 27 anos de idade, M. termina este relacionamento e, dois anos mais tarde casa após um ano de namoro. No que se refere ao casamento actual que já dura há 11 anos, M. parece revelar arrependimento face ao mesmo quando afirma *“estou arrependida de ter casado, se já não tivesse filhos já me tinha separado”* (sic) acrescentando que *“faço tudo em função dos outros”* (sic). Deste casamento nascem dois filhos, um rapaz que actualmente tem 8 anos e uma rapariga de 4 anos de idade.

M. aponta dois acontecimentos de vida negativos, a morte da sua mãe que era o suporte emocional que possuía e a tentativa de suicídio por parte da sua irmã.

Quanto aos padrões de sono M. refere ter insónias e no que toca à alimentação cita que *“fico na loja a arrumar e a organizar porque não tenho tempo depois”* (sic).

O seu auto-conceito parece ser baixo e deteriorado como se pode verificar quando a mesma afirma *“não sou boa mãe e não o deveria ser, sinto-me rejeitada, apetece-me desaparecer para passar tudo”* (sic).

Há cerca de três anos a esta parte M. refere que teve a *“primeira depressão”* (sic) após o falecimento da sua mãe com quem mantinha um relacionamento muito próximo acrescentado *“ela era tudo para mim, perdi uma parte de mim, senti-me só, como hoje me sinto”* (sic). Este acontecimento de vida significativo de M. despoletou nela alguns sintomas característicos de um quadro clínico de depressão mas também coincidentes e alguns aspectos com os sintomas após uma situação de luto. M. vê-se obrigada a recorrer ao seu médico de família o qual lhe diagnosticou uma depressão e a medicou com anti-depressivos, acabando por fazer um tratamento durante seis meses. Após estes seis meses verifica-se uma melhoria dos sintomas anteriormente descritos *“melhorei ao nível dos sintomas de cansaço, irritabilidade e das insónias, mas em relação aos sentimentos nada mudou chorava muito, como ainda hoje faço”* (sic).

Após os 6 meses de tratamento M. refere *“melhorei”* (sic), acrescentando *“andei uma fase melhor mas depois a minha irmã fez aquilo e voltei ao mesmo como estou agora”* (sic). Este novo episódio depressivo parece ter sido despoletado pela tentativa de suicídio da irmã há alguns meses atrás, afirmando que *“já estou igual, sinto as mesmas coisas e o meu marido não ajuda, pensa mais nele que nos outros”* (sic).

M. procura a consulta de psicologia porque quer sair deste *“poço”* (sic) manifestando vontade de colocar fim a esta situação ou como cita *“se não for para acabar que seja para melhorar e falar com alguém porque não posso e não tenho com quem falar”* (sic), o que revela a carência de ventilação emocional por parte de M.

O quadro clínico de M. é caracterizado pela tríade cognitiva da depressão (visão negativa de si, dos outros e do futuro) como se pode verificar quando refere *“eu não valho nada, os outros metem-me raiva e o futuro vai ser mau”* (sic).

O que parece estar a manter este quadro clínico é a existência de alguns esquemas disfuncionais que M. foi construindo ao longo da sua vida de acordo com as suas experiências, como seja o esquema de subjugação *“tenho de fazer tudo em função dos outros”* (sic), o esquema de indesejabilidade social *“incutiram desde logo responsabilidade”* (sic) e *“o meu pai está habituado a que eu vá para a loja sempre que me chama, que não lhe diga que não”* (sic), o esquema de vulnerabilidade ao mal e à doença *“”* (sic), o esquema de abandono/perda quando refere que *“um dia o meu pai vai morrer e fico sozinha porque*

*não posso contar com os meus irmãos para nada e, mais do que isso tenho medo que me tirem a loja*” (sic) salientando que *“sinto que não sou valorizada pelo que faço”* (sic) o que indica um outro esquema, o de desvalorização *“não valho nada, não presto, ano ando cá a fazer nada”* (sic) e, o esquema de privação emocional relativamente à privação de afeição *“o meu marido não me dá afecto, carinho nem atenção”* (sic), à privação de protecção *“estou sozinha não tenho apoio de ninguém”* (sic) e à privação de empatia *“não me compreende, eu falo e ele já está a discutir”* (sic).

A activação destes esquemas leva a que a paciente apresente erros de processamento de informação que representam as distorções que se verificam ao nível do pensamento, no sentido de adaptar a realidade aos esquemas negativos. Estes erros reforçam a crença que M. possui dos seus conceitos depressivos, ocorrendo automaticamente e parecendo-lhe óbvios e normais. Os erros que a paciente apresenta são a inferência arbitrária *“se eu não for ajudar o meu pai ele não consegue fazer sozinho”* (sic), *“sinto-me rejeitada”* (sic) e a personalização *“a culpa das pessoas não pagarem na loja é minha porque eu não consigo dizer não”* (sic).

A relação conjugal conflituosa caracterizada por discussão constante e falta de diálogo aliada à não realização de actividades prazerosas parecem ser dois factores de manutenção deste quadro clínico, aliados à existência de esquemas disfuncionais e consequentes erros de processamento cognitivo.

## **VII. Protocolo Terapêutico**

A proposta deste plano terapêutico é realizada com base no modelo cognitivo da depressão de Beck, que se caracteriza por atribuir importância às mudanças que ocorrem no pensamento da pessoa deprimida. Assim, a formulação cognitiva da depressão, não esquecendo a importância dos factores biológicos, entende os sintomas depressivos como resultado das distorções cognitivas de conteúdo negativo este conteúdo por si só poderá não despoletar depressão mas é um aspecto importante na manutenção da perturbação (Lima, Knapp, Blaya, Quarantini, Oliveira & Lima, 2004).

Neste sentido, o protocolo geral de tratamento para a depressão, com base em Beck e colaboradores (1979, *cit. in* Lima, *et al.*, 2004) e Leahy e Holland (2000, *cit. in* Lima, *et al.*, 2004) engloba 7 objectivos principais, que são:

### **1. Avaliação:**

-Identificação dos défices e excessos nas áreas da vida do paciente deprimido;

-Utilização do *Beck Depression Inventory* (BDI) para avaliar a intensidade da depressão a partir de um conjunto de sintomas (poderá ser preenchido pelo paciente não só nesta fase mas também nas seguintes);

- Avaliar o risco de suicídio, recorrendo à Escala de Ideação Suicida de Beck (cf. anexo VII);

- Estabelecimento da relação terapêutica para que o terapeuta e o paciente desenvolvam uma relação colaborativa e de suporte, na qual se pretende que paciente tenha um papel de participante activo para que seja ele próprio agente da mudança, que deverá ser trabalhada no decorrer de todo o processo terapêutico, apesar de ter uma importância especial nos primeiros contactos e,

- Desenhar a terapia cognitiva para o paciente com base nas distorções cognitivas que são muito particulares.

**2. Estabelecimento de objectivos individuais e específicos** com o auxílio de uma lista de problemas que deve ser o mais clara e objectiva possível e, encarada como um mapa que guia os caminhos para o objectivo final da terapia. A partir desta lista o terapeuta deve auxiliar o paciente a identificar objectivos a curto, a médio e a longo prazo.

### **3. Familiarização com o modelo cognitivo:**

- Informar sobre como funciona o tratamento e o que se espera de cada uma das partes da dupla terapêutica (paciente/terapeuta);

- Explicar ao paciente que a utilização de testes e de tarefas são instrumentos importantes na terapia, para que seja desde o início aceite. Neste momento poderão ser fornecidos ao paciente resumos com o plano da TC para que ele possa ler em casa como uma primeira tarefa de aprendizagem.

### **4. Formulação cognitiva do caso:**

- Elaborar a formulação cognitiva do caso juntamente com o paciente de modo ao paciente corrigir ou acrescentar dados que tornem a formulação mais aperfeiçoada;

- Desenhar em conjunto, paciente e terapeuta, o plano de tratamento que inclua os vários aspectos da sua perturbação.

### **5. Intervenções cognitivas e comportamentais:**

Durante esta fase poderão ser utilizadas dois tipos de técnicas, as cognitivas e as comportamentais.

A vantagem deste modelo é que trabalha de forma directa com os sintomas específicos (Leahy, 1996, *cit. in* Lima, *et al.*, 2004). Os seus objectivos, em traços gerais, resumem-se a:

- Promover a activação comportamental;
- Aumentar os comportamentos que despoletam gratificação e recompensa;
- Estimular as relações sociais;
- Melhorar a auto-estima e diminuir a auto-crítica e,
- Auxiliar o paciente no desenvolvimento de perspectivas a curto, médio e longo prazo.

**Técnicas Cognitivas** têm como objectivo cessar o ciclo vicioso que mantém a depressão através de técnicas de activação comportamental e identificar e modificar os pensamentos e as crenças disfuncionais que mantêm o quadro, tornando o sujeito vulnerável a futuros episódios.

As técnicas cognitivas podem ser utilizadas para modificar cada um dos três níveis de cognição (pensamentos automáticos - PA, crenças subjacentes e crenças nucleares – esquemas).

#### 1- PA

- Perguntar directamente os PA;
- Descoberta guiada – procura de significados (através do questionamento socrático);
- Análise ABC;
- Registo de pensamentos disfuncionais;
- Identificação de pensamentos disfuncionais;
- Identificação das emoções;
- Avaliação do grau de emoção associada ao pensamento (e.g. avaliar a tristeza e quanto acredita no pensamento negativo numa escala de 0 a 100);
- Categorizar as distorções cognitivas;
- Testar as evidências;
- Definir termos (análise semântica);
- Analisar vantagens e desvantagens de manter um certo pensamento ou comportamento;
- Colocar a situação em perspectiva (analisar a situação num *continuum* de 0 a 100) e,
- Substituir os pensamentos negativos por pensamentos alternativos.

## 2- Crenças Subjacentes

- Flecha descendente;
- Salientar e questionar directamente os pressupostos e as regras (e.g. “Se...então”, “devo” e “tenho que”);
- Técnicas comportamentais;
- Lista de vantagens e desvantagens das crenças;
- Desenvolver pressupostos e regras adaptativas;
- Cartões – lembrete;
- *Role-play*;
- Utilização da imaginação e,
- Adequação histórica.

## 3- Crenças nucleares (Esquemas)

- Psicoeducação;
- *Continuum*;
- Registo das crenças;
- Teste histórico e,
- Reestruturação de memórias (através do *role-play*).

**Técnicas Comportamentais** visam aumentar o comportamento positivo e diminuir o negativo, de forma a aumentar a auto-eficácia do paciente e a estimular o empenho em novos comportamentos mais adaptativos.

De seguida são apresentadas as técnicas comportamentais:

- Auto-Monitorização;
- Programação de Actividades (planeamento de actividades agradáveis e gratificantes ao longo do dia);
- Atribuição de tarefas graduais;
- Solução de Problemas;
- Treino da Assertividade, da Comunicação e da Escuta activa e,
- Outras técnicas (modelagem, exposição com prevenção de resposta; hierarquia de respostas/estímulos, auto-recompensa/reforço, treino de relaxamento).

## 6. Prevenção da recaída:

- Ajudar o paciente a antecipar eventos futuros que poderão trazer dificuldades emocionais;
- Preparar o paciente para o fim da terapia e,
- Promover a colaboração activa do paciente neste processo, e identificar e estimular um projecto de vida que promova um sentido existencial para o paciente;

Através do recurso a *role-play* é possível verificar as respostas racionais que o paciente dá às situações simuladas, podendo o terapeuta contestá-las no sentido do paciente contra-argumentar com mais respostas alternativas. Algumas questões que podem ser úteis para promover a prevenção da recaída: *“Quais são os sinais iniciais de que pode estar a haver um desequilíbrio no estágio emocional do paciente? Como identificá-los antes que se tornem difíceis de controlar?”*.

## 7. Término do tratamento:

Esta etapa do protocolo pressupõe uma relação de colaboração que se verifica quando a lista de problemas e a lista de metas estão resolvidas.

Neste momento é necessário trabalhar as crenças e pressupostos relacionadas ao término do tratamento.

Neste seguimento, existem pacientes que solicitam a continuação do tratamento para resolver problemas que não faziam parte da lista inicial de problemas, podendo o terapeuta alargar o tratamento não esquecendo de elaborar e trabalhar, em conjunto com o paciente, uma nova lista de metas (Lima, *et al.*, 2004).

## VIII. Feedback Terapêutico

O processo terapêutico teve início no dia 14 de Abril de 2008 e terminou no dia 16 de Junho de 2008. A periodicidade das consultas foi semanal sendo estas dirigidas por mim.

Os objectivos gerais para esta intervenção foram: 1) Reduzir a sintomatologia depressiva de forma a atenuar o sofrimento do paciente e 2) Ajudar no aumento da comunicação, colaboração e confiança no processo terapêutico (Young, Beck & Weinberger, 1999, *cit in*. Barlow, 1999).

Na primeira consulta, dia 14 de Abril, procedeu-se ao estabelecimento da relação terapêutica, através da demonstração de aceitação, compreensão e empatia. Ainda nesta sessão definiram-se os objectivos da terapia e de seguida, fez-se a recolha de informação de forma a reunir dados da história clínica, para se perceber o motivo da consulta, as dificuldades da paciente e os recursos disponíveis (suporte familiar, por exemplo).

Já numa segunda consulta (21 de Abril), após a análise do caso, recorreu-se ao BDI (cf. anexo XXIV) para avaliar o grau de depressão da paciente (pontuou 30, o que indica um grau severo de depressão). Posteriormente realizou-se a Psicoeducação recorrendo à explicação da relação entre ambiente, pensamentos e humor (cf. anexo XXV) em relação à depressão, que passou por: 1) Educar o paciente acerca da doença familiarizando-o com o modelo cognitivo da depressão (cf. anexo XXVI), clarificando as incertezas e desfazendo malentendidos; 2) 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; 3) Explicar o tipo de tratamento e a sua duração (caso o paciente tome anti-depressivos, é importante alertar para a necessidade da sua toma continuada e dos seus possíveis efeitos) e 4) Aconselhamento de mudanças no estilo de vida, tais como o aumento de exercício e a redução de *stress*.

A terceira consulta, dia 30 de Abril, em continuação do trabalho realizado na consulta anterior e, com o intuito de facilitar a compreensão da doença e do seu curso, foram apresentados e explicados à paciente esquemas ilustrados acerca da formação das ideias (cf. anexo XXVII), e a espiral da depressão (cf. anexo XXVIII). Ainda nesta sessão foram utilizados outros materiais nomeadamente a técnica do *continuum* (cf. anexo XXIX), para avaliar o pensamento dicotómico característico desta patologia. O objectivo foi ajudar o paciente a pensar em termos de graus ou variações, em vez de tudo bom ou tudo mau, requerendo à paciente capacidade para ver um acontecimento numa escala de 0 a 100%, na qual 0 corresponde à falta de algo negativo e 100 corresponde ao pior resultado possível imaginário.

A técnica da tarte (cf. anexo XXX) também foi utilizada nesta consulta uma vez que a auto-crítica é um componente central da depressão. Esta técnica consiste em pedir ao indivíduo para considerar uma tarte com fatias de diferentes tamanhos, que representam diferentes graus de responsabilidade para um acontecimento e, a partir dela a paciente teve de 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. Face a esta técnica pode verificar-se que a paciente atribuiu 50% da causa a si mesma e 50% ao seu marido, o que poderá indicar que já considera que também pode ser a causa, apesar de não excluir a culpa do marido. Parece-me importante referir uma expressão que a paciente colocou na sua fatia que diz “*Nunca devia existir*” (sic).

Face a esta última referência e com base na informação recolhida até ao momento pareceu existir o risco de suicídio e, como tal, realizaram-se algumas questões directas para avaliar o mesmo (actual ideação ou plano suicida; história anterior de tentativas de suicídio e os sentimentos associados ao insucesso da tentativa; aceder ao significado do suicídio;

avaliar o uso de substâncias; rompimento de relações interpessoais importantes). Nesta sessão recorreu-se à Escala de Ideação Suicida de Beck (1978) (cf. anexo XXXI), onde o valor foi de 19, o que reflecte um grau moderado de ideação suicida.

No final foi introduzido um Registo de Auto-Monitorização – RAM (uma vez que nas duas primeiras a paciente se recusou a preencher os mesmos) (cf. anexo XXXII) de forma a me familiarizar com dados da vida real sobre o funcionamento quotidiano do paciente relativamente a um comportamento problemático. Permitem também testar pensamentos automáticos do paciente e identificar os seus esquemas a fim de ajudar o próprio e o terapeuta a perceberem a construção que o paciente faz da realidade. Foi também fornecido à paciente nesta sessão um horário de actividades semanal (cf. anexo XXXIII), e pedido que o preenchesse e colocasse a letra “P” nas actividades que lhe fossem prazerosas. No final, pediu-se à paciente que preenchesse os materiais fornecidos para os podermos analisar na próxima consulta.

No dia 28 de Maio, na quarta consulta, iniciou-se a sessão com a revisão dos materiais que tinha levado para casa salientando as actividades prazerosas, incentivando que as realizasse com maior frequência. Posteriormente foi realizado um exercício de resolução de problemas (cf. anexo XXXIV) ao qual a paciente aderiu bem. Este tipo de exercício visa aumentar o comportamento positivo e diminuir o negativo, fomentando a auto-eficácia e estimulando o empenho em novos comportamentos mais adaptativos. Foi ainda trabalhado o treino da assertividade, da comunicação e da escuta activa, com o mesmo objectivo da técnica anteriormente descrita.

Na quinta consulta, dia 2 de Junho, o objectivo passou por ajudar a paciente a antecipar situações futuras que lhe poderão trazer dificuldades emocionais e também preparar a paciente para o fim da terapia, promovendo sempre a colaboração activa do paciente neste processo. Após esta tarefa foi pedido à paciente para identificar o seu projecto de vida de modo a estimular um sentido existencial para ela.

No final da sessão foi passado o BDI (cf. anexo XXIV), onde a paciente pontuou 19 o que representa um grau moderado de depressão.

A sexta consulta foi realizada no dia 16 de Junho, e o objectivo foi realizar o término do tratamento e, apesar deste só dever acontecer quando a lista de problemas e de metas/objectivos estejam alcançados, este término teve de ser realizado uma vez que o estágio estava a terminar e não haveria possibilidade de dar continuidade ao processo terapêutico. Assim, a paciente foi encaminhada para outro técnico do NAPsiCC visto encontrar-se num nível moderado de depressão, apesar da sintomatologia depressiva ter diminuído (um dos objectivos da terapia, inicialmente BDI=30 e agora BDI=19), a capacidade de comunicação e de colaboração (outro objectivo da terapia) não foram alvos de aumentos tão significativos.

## IX. Comentário Teórico

A depressão é uma perturbação descrita desde tempos remotos e tem sido nomeada como o maior problema de saúde (Young, Beck, & Weinberger, 1999) devido ao reduzido reconhecimento e à inadequação, por vezes, do seu tratamento (Forsell, Jorm & Winblad, 1998; Fennell, 2002; Kaplan & Sadock, 2003). De acordo com a Organização Mundial de Saúde, até 2020, espera-se mesmo que a depressão constitua a doença médica mais séria (Murray & Lopez, 1997 *cit. in* McKendree-Smith, Floyd & Scogin, 2003).

Esta patologia tem início depois dos 20 anos, como se verifica no caso de M., contudo pode surgir a qualquer idade (Karasu, Gelenberg, Merriam & Wang, 2000; Wulsin, 2001; Kaplan & Sadock, 2003). Caracteriza-se por um ou mais episódios depressivos *major* (isto é, pelo menos duas semanas de humor depressivo, ou perda de interesse, acompanhado pelo menos por quatro sintomas adicionais de depressão), que se pode verificar neste caso clínico (o primeiro episódio há cerca de três anos a esta parte e este último agora), sem história de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos que também não se verificaram nesta paciente (Arantes-Gonçalves & Almeida, 2004).

A duração de um episódio depressivo *major* pode ser variável, sendo que, sem tratamento, pode durar seis meses ou muito mais tempo (Karasu *et al.* 2000).

A depressão segundo Al-Zuabi e Al-Suwayan (2004), pode afectar actividades básicas, como é o caso da energia, do sexo, do apetite, do sono e da capacidade de lidar com a vida. No caso da M., as principais áreas afectadas devido a esta patologia são o sono e a alimentação, actividades que lhe fornecem prazer e, de uma forma geral como os autores referem, a capacidade de lidar com a vida.

Apesar das bases causais para esta perturbação serem ainda desconhecidas (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003; Puri, Laking & Treasaden, 2002; Kaplan & Sadock, 2003), diversos autores como Kairalla, Bressan e Mari (2004), Horwitz e Wakefield (2005), têm sugerido que os desencadeantes da depressão parecem ser multifactoriais, deste modo a depressão parece ser uma perturbação orgânica que envolve variáveis biológicas, psicológicas e sociais. Nas palavras de Rivera e Monterrey (1995), os estados depressivos são resultado da interacção de múltiplos factores, tais como factores genéticos, evolutivos, bioquímicos e interpessoais. Desta forma, e de um modo geral, os factores causais podem então ser catalogados em factores biológicos, genéticos e psicossociais (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003). Relativamente a M., o quadro clínico de Depressão *Major* Recorrente, parece ter surgido no seguimento de acontecimentos de vida negativos, como seja a morte da sua mãe e mais recentemente a tentativa de suicídio da sua irmã, aliados às suas experiências prévias que como a própria refere “*não gozei a minha juventude, não podia fazer nada*” (sic) e, “*desde logo me incutiram responsabilidade*” (sic).

O estado depressivo tem influência sobre as relações interpessoais, o ambiente e tipo de gratificações, tornando experiências de perda, desamparo e stress, em situações depressivas, que por sua vez influenciam a actividade neurotransmissora, criando-se assim um ciclo vicioso que tende a manter indefinidamente o processo de depressão (Rivera & Monterrey, 1995).

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; Cunha, 2002). Este interesse deve-se tanto ao facto de se tratar de uma das experiências humanas mais dolorosas e incapacitantes, como ao número de pessoas atingidas (Maia, 1999).

Steiman e Dobson (2002) referem que uma pessoa que experiencia um episódio depressivo *major* possui um alto risco de poder vir a ter uma recaída e um novo episódio. O mesmo tem sucedido com a paciente, como se pode verificar quando esta refere *“já ando outra vez igual, estou outra vez quase no fundo”* (sic).

Os mesmos autores acrescentam ainda que no prazo de dois anos após recuperação de um episódio inicial, metade das pessoas poderá sofrer uma recaída (Besler & Costello, 1988),

Assim, e dada a incapacidade extremamente marcada que a perturbação depressiva acarreta, o tratamento exige um trabalho afincado 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.

O tratamento da depressão deve ser biopsicossocial, ou seja, deverá abordar e considerar o tratamento particular dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais da depressão (Cameron, Bloye & Davies, 2004; Kaslow & Ptterson, 2002).

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 (cf. figura 1).

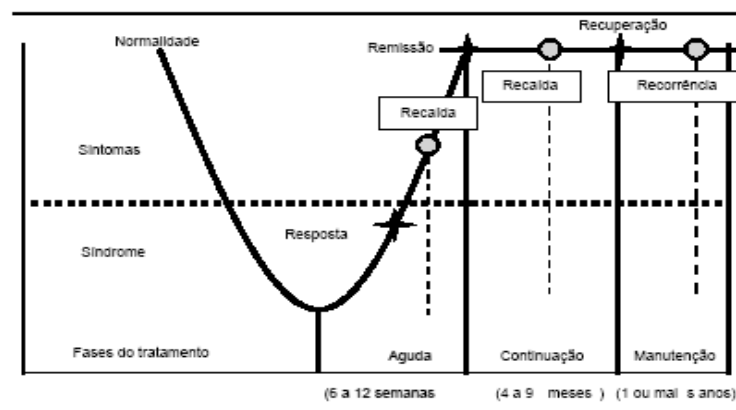


Figura 1: Curso do Tratamento da Depressão  
(retirado de Flecka, Laferb, Sougeyc, Del Portod, Brasile & Juruenaf, 2003, p. 118).

Com base na informação recolhida pude deparar-me com um dado muito importante e característico deste quadro clínico, o risco de suicídio. Este último é a complicação mais grave que pode advir da perturbação depressiva, sendo que a prevalência do risco de suicídio em pacientes com perturbações de humor é de 10 a 15% (Ministry of Health, 2004; Wilkinson, Moore & Moore, 2003). Estudos retrospectivos de autópsias psicológicas de vítimas de suicídios apontam para o facto das perturbações de humor, principalmente a depressão *major*, estarem presentes em quase todos os casos (Lehmann, 2003). Nesta paciente não se verificam, até ao momento, tentativas de suicídio, mas existe a ideação suicida.

Quando confrontada com esta temática a paciente demonstrou alguma resistência negando inicialmente a sua existência; sabe-se que perguntar ao paciente aspectos relacionados com pensamentos ou planos suicidas não faz com que estas ideias surjam nem tão pouco nutre a acção suicida (Sederer & Kolodny, 2004), mas permite detectar factores de risco para o suicídio podendo ajudar a “poupar” vidas.

Neste sentido, Reesal, Lam e CANMAT (2001); Gelder, Mayou e Geddes (1999; Wilkinson, Moore e Moore (2003) apontam um conjunto de factores gerais de risco para o suicídio (cf. tabela 1).

---

Presença de ansiedade, agitação e ataques de pânico

Insónia global persistente

Anedonia e dificuldades de concentração

Sentimentos de desamparo e desesperança

Impulsividade

Abuso de substâncias

Homens com idades entre os 20 e 30 anos e acima dos 50anos

Mulheres com idades entre os 40 e 60 anos

Idades avançadas

Tentativas de suicídio prévias

História familiar de comportamentos suicidas

---

Tabela 1: Factores de risco para o suicídio  
(traduzido e adaptado de Reesal, Lam & CANMAT, 2001, p. 25).

Perante esta descrição de factores de risco, pude constatar que M. apresenta alguns deles, nomeadamente a insónia “*fico a noite toda sem dormir*” (sic), anedonia “*não me apetece fazer nada, só ficar na cama todos os dias*” (sic), sentimentos de desamparo e desesperança “*quando o meu pai falecer vou ficar sozinha*” (sic) e, historia familiar de comportamentos suicidas “*há alguns meses atrás a minha irmã tentou matar-se*” (sic).

Apesar de inicialmente a paciente se mostrar inflexível e negar a existência de ideação suicida, com o avançar da terapia foi compreendendo o porquê da sua existência e até afirmando que *“é difícil admitir que tenho essas ideias”* (sic).

Uma vez que a terapia não pode ter continuidade devido ao terminar do estágio teve de ser realizado o término da mesma. Esta fase é muito importante uma vez que os pacientes revelam confusão relativamente à importância das competências que aprenderam (DeRubeis, Tang & Beck, 2006; Dobson, & cols, 2006; Fennel, 1997). No caso da M., contrariamente a muitos pacientes que atribuem a sua recuperação a mudanças do ambiente, mesmo que estas tenham ocorrido devido aos seus próprios esforços, ela atribuiu algumas das suas competências actuais/adquiridas ao seu esforço pela mudança e à vontade de recuperar, entendendo que algumas das situações mais negativas são sobrevalorizadas ocorrendo erros de processamento de informação e, daí realizar atribuições menos realistas.

Durante a terapia foram alcançados vários sucessos nomeadamente a redução da sintomatologia depressiva (diminuição da pontuação no BDI), e o aumento da comunicação ao longo das sessões. A paciente revelou ter capacidade para atribuir, perante um problema, parte da responsabilidade a si mesma, o que em pacientes deprimidos é muito escasso.

M. demonstrou ao longo das sessões, através da resolução de problemas, ser capaz de aumentar os comportamentos positivos em detrimento dos negativos, fomentando a auto-eficácia e estimulando o empenho na realização das actividades. Um outro sucesso vivenciado com a paciente refere-se à capacidade de delinear um sentido existencial para a sua vida.

## Caso B

### I. Dados Biográficos

Nome: T.

Idade: 22 anos de idade

Sexo: Feminino

Estado Civil: Solteira

Habilitações Literárias: 1º ano de uma licenciatura da Universidade da Beira Interior

Profissão: Estudante

Agregado Familiar: Composto por 5 elementos, pai, mãe e dois irmãos mais novos.

Naturalidade/Residência: Concelho de Castelo Branco

### II. Motivo da Consulta

Consumo excessivo de álcool e iminência de poder vir a consumir cocaína. A paciente refere *“nunca fui assim, era contra a droga e agora estou a isto de começar a consumir”* (sic) e *“agora quando saio só paro de beber quando caio para o lado”* (sic) acrescentando *“sempre fui contra e agora estou quase lá”* (sic).

### III. Dificuldades Actuais

A paciente apresentou-se sozinha na consulta. Encontrava-se vestida de acordo com a sua idade e estatuto sócio-económico. Manteve um contacto ocular directo na maioria das vezes.

A nível do conteúdo verbal, pareceu “perdida” e desorganizada nas respostas. O discurso era marcado por um tom monocórdico e na maioria das vezes hesitante, salientando-se a manifestação de fuga de ideias. Ao nível emocional T. pareceu ansiosa por não saber como resolver a situação pela qual está a passar, sendo que em determinados momentos, demonstrou alguma tristeza.

Quando confrontada do porquê do seu comportamento, T. refere que *“é por causa de muitos problemas, cansei-me de ser certinha, mas também não quero tornar-me nisto”* (sic). Durante as semanas sente que o seu humor oscila, passando por momentos em que se sente *“excêntrica”* (sic) e outros em que se sente *“muito mal, não falo a ninguém e sou muito agressiva com os outros”* (sic).

No que se refere à interferência que esta situação causa nas várias áreas da sua vida, T. demonstrou receio no que toca aos seus amigos no sentido de se poderem *“fartar”* (sic) desta sua atitude, acrescentando que o mesmo acaba por acontecer com ela, sendo que a solução é sair do local em que se encontra e conhecer um novo, onde faz novas amizades e onde tudo é novo. Refere que isto tem sucedido consigo ao longo destes anos,

afirmando *“quando estou na Covilhã quero ir para casa, quando estou em casa quero vir para a Covilhã, nunca estou bem em lado nenhum”* (sic). A nível familiar refere *“dou-me bem com todos, mas mais com o meu irmão, é por ser mais novo e ele entende-me. A ele dou abraços coisa que nunca fiz com a minha irmã que vive comigo aqui na Covilhã. Mas dou-me bem com ela, não falamos muito. Com a minha mãe a relação é boa e com o meu pai comecei a dar-me melhor há dois anos para cá”* (sic).

Para além disto, o seu problema parece estar a interferir com o seu desempenho académico uma vez que afirma *“ não durmo e depois de manhã não consigo levantar-me para ir às aulas e não vou”, “tenho tantas coisas para fazer e não faço nada”* (sic).

Desde que a situação se agravou, T. evita sair com os amigos pois se o mesmo acontecer não consegue controlar-se e acaba por ingerir bebidas alcoólicas e, segundo ela *“é sempre igual saio, bebo, bebo, bebo ate não poder mais, para esquecer as coisas e depois só paro quando caio para o lado”* (sic).

#### **IV. Início e Desenvolvimento das Dificuldades**

A situação problema pela qual a paciente chega à consulta parece ter surgido em Março de 2008. T., refere que *“ando muito mal, sinto-me esquisita, e à beira de fazer uma loucura, estou quase e por isso decidi vir, já sei como sou, é uma fase má. Sinto-me excêntrica e tenho bebido até cair para o lado e fumado muito e, eu sou contra isso. Eu não sou assim. Quando começo a beber não paro mais”* (sic).

T. afirma que *“ando farta dos meus amigos, eu farto-me rápido das pessoas. Agora estou na Covilhã mas daqui a pouco apetece-me ir para a minha terra. É estranho, não aguento muito tempo no mesmo sítio e tenho necessidade de fazer novas amizades quando as que tenho começam a saber muito de mim”* (sic). Esta descrição provoca na paciente o sentimento de raiva como a mesma refere *“sinto muita raiva e depois bebo, bebo e bebo sem parar. Estou a descontrolar-me, não é normal”* (sic).

Com base na informação recolhida estas situações que começaram a agravar-se desde Março, parecem ter coincidido com a ruptura de um relacionamento que mantinha desde Novembro de 2007 que *“não era nada mas eu agarrei-me a ele e agora ele deixou-me mas eu ainda gosto dele mas não posso continuar. Ele não é pessoa para mim porque sou contra o que ele faz, anda metido na droga”* (sic); e com a situação médica da sua mãe que como refere a paciente *“anda sem medicação e não pode, ela é doente bipolar e anda insuportável”* (sic).

As tentativas de resolução do problema resumem-se na vinda à consulta onde T. acrescenta *“eu andava a adiar mas sabia que precisava mas não queria vir, não tinha vontade”* (sic), e no afastamento da pessoa com quem mantinha o relacionamento, *“tive de me afastar porque só assim é que consegui mas agora estou mal porque ainda gosto dele e,*

*saio à noite para o controlar estou obcecada por ele” (sic). Para além destes comportamentos, T. ainda refere que tentou o suicídio cortando-se nas mãos para colocar um final à situação.*

## **V. História do Desenvolvimento e Aprendizagens Prévias**

Não foram obtidos dados relativamente à gravidez, ao parto e ao seu desenvolvimento psicomotor. T. nasceu no Brasil mas foi viver muito nova (nos primeiros anos de vida) para um país do continente africano. Permaneceu neste até aos seus 12 anos antes de regressar a Portugal. Durante esses anos a sua vida é caracterizada por agitação e mudanças constantes relativamente à habitação, tendo esta estado a viver em três locais distintos e frequentado diferentes escolas.

T. refere que nessa altura *“era muito feliz, eu tinha uma empregada só para mim, a minha irmã outra para ela e o meu irmão outra fora as empregadas da mansão” (sic),* relembra com nostalgia *“era muito rica vivia muito bem, os miúdos iam todos para minha casa! A minha mãe fazia compras todos os dias porque eles assaltavam o frigorífico. Mas eu adorava viver lá. Não era preconceituosa e sempre me dei muito bem com todos os meninos de todas as nacionalidades, até tinha facilidade de fazer amizades” (sic).*

Nesse tempo segundo palavras de T. *“era feliz, mas passava muito pouco tempo com os meus pais, eles trabalhavam na empresa do meu pai e só regressavam a casa já de noite” (sic).* Reforça a ideia de que *“éramos muito ricos, o meu pai tinha fortunas e, de repente perdeu tudo...e, tivemos de ir para outro país” (sic).* A educação da T. e dos seus irmãos, no que se refere a reforços e punições, foi *“não tínhamos castigos porque nunca estávamos com eles e, quando estávamos era para aproveitar. Nunca se zangavam connosco” (sic).*

As relações familiares segundo T. *“não somos muito próximos” (sic),* apesar de referir *“dou-me bem com todos, mas mais com o meu irmão, é por ser mais novo e ele entende-me. A ele dou abraços coisa que nunca fiz com a minha irmã que vive comigo aqui na Covilhã. Mas dou-me bem com ela, não falamos muito. Com a minha mãe a relação é boa e com o meu pai comecei a dar-me melhor há dois anos para cá” (sic).*

No que concerne à sua escolaridade, T. encontra-se actualmente a frequentar uma licenciatura na Universidade da Beira Interior, tendo estado anteriormente noutra universidade do país a frequentar um curso.

Ao longo do seu desenvolvimento T. salienta que *“sempre me dei bem com todos, as coisas mudaram desde que vim para Portugal” (sic).*

As mudanças regulares de habitação e de local de residência às quais T. esteve exposta, o regresso a Portugal com 12 anos de idade e o tempo em que a mãe se ausentou do país (indo para o Brasil) numa das fases de mania características da patologia que sofre

- doença bipolar, após gastos extravagantes de dinheiro, ficando a T. como irmã mais velha, encarregue dos irmãos mais novos, parecem ser factores que a paciente refere com significativos na sua vida.

Relativamente ao historial de saúde, é de referir que T. beneficiou de apoio psiquiátrico há dois anos atrás tendo sido medicada com anti-depressivos e um anti-psicótico (*anafranil, zyprexa, cypralex e alprazolam*) durante um ano, acabando por deixar a medicação pois *“dava-me sono e andava aérea”* (sic).

Ainda dentro da história de saúde, T. dá conhecimento que usufruiu de acompanhamento psicológico durante um ano, quando se encontrava no Brasil a estudar. Afirma que na altura *“andava desorientada, os meus tios esperavam muito de mim e não podia desiludi-los, eles sempre acharam que eu era uma santa, era a princesa deles”* (sic). Acrescenta que essa altura foi *“agitada”* (sic), uma vez que *“eu fui para lá mas antes estive noutra universidade de Portugal mas não estava satisfeita e, quis ir para lá. Lá tive amigos que se metiam na droga mas pesada, eu nunca me meti nisso e até tinha pena deles, só fumava ganza e tabaco”* (sic).

Após estar então esse ano noutra país, T. regressa a Portugal, e vai estudar para outra cidade. Nessa altura T. relembra *“foi horrível, detestei, olhavam para mim de forma estranha e com preconceito por eu vir daquele país, senti-me muito mal”* (sic). Acrescenta que *“as pessoas da terra para onde fui viver são más”* (sic). T. relembra este acontecimento referindo *“marcou-me muito, viemos sozinhos para cá e não percebi o porquê nem hoje percebo muito bem, os meus pais ficaram lá, viemos viver para casa de uma tia”* (sic).

De salientar que a mãe de T. é doente bipolar com diagnóstico, segundo T., *“há muitos anos”* (sic). T. refere que já teve anorexia e que actualmente não se encontra medicada.

No que toca a padrões de sono e de alimentação, a paciente afirma que *“tenho insónias, custa-me a adormecer”* (sic). É fumadora desde a adolescência, e já consumiu algumas substâncias ilícitas, e consome álcool quase todas as vezes que sai à noite sendo que actualmente já consegue controlar a ingestão referindo *“já não bebo sempre que saio e, já não tenho vontade como tinha antes”* (sic).

Não pratica qualquer actividade física mas afirma que *“no verão vou inscrever-me num ginásio”* (sic).

Quando questionada acerca do que acha de si, T. cita *“ eu posso ser má pessoa e não quero porque eu não sou assim”* (sic) referindo que *“gostaria de voltar a ser como antes, de ser realmente como sou, boa pessoa”* (sic). Relativamente ao que os outros acham de si T. afirma com determinação que *“os outros gostam muito de mim e eu sei disso, dá para ver”* (sic).

## VI. Formulação

Após a recolha de toda a informação do caso de T. esta parece apresentar um quadro clínico de Perturbação de Personalidade *Borderline* (301.83-F60.31), de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002) (cf. anexo XXXV).

T. nasce no Brasil indo, durante a sua infância (5 anos de idade), para um país africano com os seus pais e irmã. Ficam nesse continente até aos 12 anos de idade de T., altura em que regressa a Portugal juntamente com os seus irmãos. Durante esse período de tempo T. passa por constantes mudanças de locais e de residência. Apesar destas mudanças T. adapta-se fazendo amizades e estabelecendo relações com as pessoas com quem convive, fazendo relações que hoje ainda recorda e algumas ainda mantém contacto esporádico via Internet.

Nessa altura afirma que *“era muito feliz, eu tinha uma empregada só para mim, a minha irmã outra para ela e o meu irmão outra fora as empregadas da mansão”* (sic), lembrando com nostalgia *“era muito rica vivia muito bem, os miúdos iam todos para minha casa! A minha mãe fazia compras todos os dias porque eles assaltavam o frigorífico. Mas eu adorava viver lá. Não era preconceituosa e sempre me dei muito bem com todos os meninos de toadas as nacionalidades, até tinha facilidade de fazer amizades”* (sic). Esse tempo segundo palavras da T. era *“feliz, mas passava muito pouco tempo com os meus pais, eles trabalhavam na empresa do meu pai e só regressavam a casa já de noite”* (sic). Reforça a ideia de que *“éramos muito ricos, o meu pai tinha fortunas e, de repente não sei como perdeu tudo...e, tivemos de ir para outro país”* (sic). A educação de T. e dos seus irmãos, no que se refere a reforços e punições, foi *“não tínhamos castigos porque nunca estávamos com eles e, quando estávamos era para aproveitar. Nunca se zangavam connosco”* (sic).

A nível familiar, as relações caracterizam-se pela distância que permanece desde sempre *“não somos muito próximos”* (sic), e que actualmente *“ainda é assim, apesar de estarmos um pouco mais próximos”* (sic).

Estes anos parecem ter sido importantes na formação da sua personalidade parecendo que a vida inconstante e a não convivência com os pais teve um papel fundamental na situação actual de T., na medida em que não foi desenvolvendo a capacidade para construir raízes relativamente a pessoas e locais e ainda o facto de ter crescido em contexto de guerra civil.

Relativamente a questões de saúde é de salientar que T. durante os dois últimos anos teve apoio psiquiátrico e psicológico, tendo sido medicada durante um ano. Refere que *“já tive anorexia”* (sic). Actualmente não se encontrando medicada. A mãe sofre de uma perturbação de humor diagnosticada já há alguns anos, os restantes membros da família segundo T. são saudáveis.

O regresso a Portugal, quando T. tinha 12 anos, parece ter sido o factor relevante para a sua condição actual, como também o relacionamento que manteve durante dois anos com uma pessoa que tinha um comportamento dominador sobre si. O facto de mudar de país e de continente levou a uma ruptura cultural que como refere T. *“eu adorava viver lá. Não era preconceituosa e sempre me dei muito bem com todos os meninos de toadas as nacionalidades, até tinha facilidade de fazer amizades”* e *“foi horrível, detestei, olhavam para mim de forma estranha e com preconceito por eu vir daquele país, senti-me muito mal”* (sic). Acrescenta que *“as pessoas da terra para onde fui viver são más”* (sic). T. relembra este acontecimento referindo *“marcou-me muito, viemos sozinhos para cá e não percebi o porquê nem hoje percebo muito bem, os meus pais ficaram lá, viemos viver para casa de uma tia”* (sic).

Actualmente T. aponta como principais dificuldades *“ando muito mal, sinto-me esquisita, e à beira de fazer uma loucura, estou quase e por isso decidi vir, já sei como sou, é uma fase má. Sinto-me excêntrica e tenho bebido até cair para o lado e fumado muito e, eu sou contra isso. Eu não sou assim. Quando começo a beber não paro mais”* (sic). Reforça ainda que *“ando farta dos meus amigos, eu farto-me rápido das pessoas. Agora estou na Covilhã mas daqui a pouco apetece-me ir para a minha terra. É estranho, não aguento muito tempo no mesmo sítio e tenho necessidade de fazer novas amizades quando as que tenho começam a saber muito de mim”* (sic). Esta descrição provoca na paciente o sentimento de raiva como a mesma refere *“sinto muita raiva e depois bebo, bebo e bebo sem parar. Estou a descontrolar-me, não é normal”* (sic).

O agravamento da situação ocorre a partir de Março de 2008, altura em que se dá a ruptura de um relacionamento que mantinha desde Novembro de 2007 o qual *“não era nada mas eu agarrei-me a ele e agora ele deixou-me mas eu ainda gosto dele mas não posso continuar. Ele não é pessoa para mim porque sou contra o que ele faz, anda metido na droga”* (sic); e com a situação médica da sua mãe que como refere a paciente *“anda sem medicação e não pode, ela é doente bipolar e anda insuportável”* (sic).

Neste sentido, T., age fazendo esforços no sentido de resolver o problema, que se caracterizam pela vinda à consulta psicológica, onde T. acrescenta *“eu andava a adiar mas sabia que precisava mas não queria vir, não tinha vontade”* (sic), e no afastamento da pessoa com quem mantinha o relacionamento, *“tive de me afastar porque só assim é que consegui mas agora estou mal porque ainda gosto dele e, saio à noite para o controlar estou obcecada por ele”* (sic). O parassuicídio que se dá em Abril de 2008 (onde corta os pulsos) é mais vista pela paciente como mais uma tentativa de resolução do problema (que parece ser uma chamada de atenção para com os outros).

Perante a sua situação, T. explica o seu comportamento referindo que *“é por causa de muitos problemas, cansei-me de ser certinha, mas também não quero tornar-me nisto”*

(sic). Ao longo da semana refere que se dá conta de alterações de humor, afirmando que passa por momentos em que se sente “*excêntrica*” (sic) e outros em que se sente “ *muito mal, não falo a ninguém e sou muito agressiva com os outros*” (sic).

Estas situações acarretam interferência em varias áreas da sua vida, nomeadamente o receio no que toca aos seus amigos no sentido de se poderem “*fartar*” (sic) desta sua atitude, acrescentando que o mesmo acaba sempre por acontecer, sendo a solução sair do local em que se encontra e conhecer um novo, onde faz novas amizades e onde tudo é novo. Refere que isto tem sucedido consigo ao longo destes anos, afirmando “*quando estou na Covilhã quero ir para casa, quando estou em casa quero vir para a Covilhã, nunca estou bem em lado nenhum*” (sic). A nível familiar refere que “*dou-me bem com todos, mas mais com o meu irmão, é por ser mais novo e ele entende-me. A ele dou abraços coisa que nunca fiz com a minha irmã que vive comigo aqui na Covilhã. Mas dou-me bem com ela, não falamos muito. Com a minha mãe a relação é boa e com o meu pai comecei a dar-me melhor há dois anos para cá*” (sic).

Para além disto, o seu problema parece estar a interferir com o seu desempenho académico uma vez que afirma “*não durmo e depois não consigo levantar-me para ir às aulas e não vou*”, “*tenho tantas coisas para fazer e não faço nada*” (sic).

Desde que a situação se agravou, T. faz um evitamento, mais precisamente, evita sair com os amigos pois se o mesmo acontecer não consegue controlar-se e acaba por ingerir bebidas alcoólicas e, segundo ela “*é sempre igual saio, bebo, bebo, bebo ate não poder mais, para esquecer as coisas e depois só paro quando caio para o lado*” (sic).

Para além deste evitamento que se apresenta como um factor de manutenção deste quadro clínico existem outros que também contribuem para tal. São eles os esquemas cognitivos e os erros de processamento de informação. Relativamente aos esquemas pôde constatar-se a existência de cinco esquemas: auto-sacrifício “*preocupo-me muito com os outros, ..., não posso chorar porque senão preocupo a minha irmã, nunca choro ao pé dela*” (sic), que pode ser explicado a partir da posição que teve de assumir quando os seus pais ficaram noutra país e ela teve de ficar encarregue aos seus irmãos mais novos; vulnerabilidade ao mal e à doença quando a paciente afirma “*não quero ser como a minha mãe que toma montes de medicamentos, eu sou muito nova e não sou doidinha*” (sic), o facto da mãe ser doente bipolar parece ter impacto na vida da T., apresentando constantemente o medo de poder vir a sofrer da mesma patologia e, a partir daí negar esse possibilidade; medo de perder o auto-controlo “*sinto muita raiva e depois bebo, bebo e bebo sem parar. Estou a descontrolar-me, não é normal*” (sic), sempre que sai o medo de poder descontrolar-se aumenta; privação emocional quando diz “*ninguém me satisfaz nem corresponde aos meus padrões*” (sic), que pode ser comprovada com base na elevada e exagerada exigência para com o outro que é visto de forma inferior e sempre com

desconfiança “*não confio em ninguém, eles são todos iguais*” (sic) e apoiada na privação emocional por parte dos pais na infância, uma vez que os mesmos eram pouco afectuosos e empáticos “*era feliz, mas passava muito pouco tempo com os meus pais, eles trabalhavam na empresa do meu pai e só regressavam a casa já de noite*” (sic), “*não tínhamos castigos porque nunca estávamos com eles e, quando estávamos era para aproveitar. Nunca se zangavam connosco*” (sic); e limite insuficientes, uma vez que a paciente ignora as necessidades e erros dos outros. Não tolera a frustração nem controla os seus impulsos (como seja o fumar e o beber bebidas alcoólicas de forma excessiva).

Perante a existência destes esquemas cognitivos disfuncionais, a paciente apresenta como consequência determinados erros de processamento da informação nomeadamente a catastrofização “*agora vem o verão e não já sei que vai ser muito mau, vamos estar todos em casa, vai ser uma confusão*” (sic); pensamento dicotómico “*se eu chorar a minha irmã preocupa-se comigo*”, “*se eu beber muito sou má pessoa*” (sic); leitura da mente “*os outros gostam muito de mim e eu sei disso, dá para ver*” (sic); inferências arbitrárias “*não sou normal*”, “*sou horrível e má pessoa*”, (sic).

## VII. Protocolo Terapêutico <sup>1</sup>

A terapia para este tipo de perturbação deve ser altamente estruturada de modo a evitar o comportamento de fuga por parte do paciente, caminhando gradualmente para a desestruturação, isto é, de forma progressiva levar a paciente a desconstruir a sua estruturação inflexível e enraizada (Sousa, 2003).

Os principais objectivos da terapia são a modificação de crenças disfuncionais, a desconstrução de esquemas e finalmente a reestruturação cognitiva.

### Técnicas Cognitivas

Para que o paciente perceba a conexão entre pensamentos, emoções e comportamentos, podem ser utilizadas as três primeiras técnicas:

- ❖ **Psicoeducação;**
- ❖ **Questionamento Socrático ou Descoberta Guiada** (essencial na elucidação das crenças básicas e dos pensamentos automáticos);
- ❖ **Role-play;**
- ❖ **Registo diário dos pensamentos automáticos** (auxiliar o paciente na compreensão da relação entre pensamentos, emoções e comportamentos);

---

<sup>1</sup> O protocolo será baseado em três terapias: Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) baseada no modelo de esquemas de Young, Terapia Cognitiva (TC) com base no modelo de Beck (1995) e Terapia Dialéctica Comportamental de Beck, Freeman & Davis (2004).

- ❖ **Modificação de esquemas** (face ao enraizamento dos seus esquemas mal-adaptativos deve colocar-se uma maior ênfase em: provas comportamentais para colocar à prova a validade das suas crenças; ir desconstruindo as suas crenças e não tentar intervir de forma intensa com o objectivo de as eliminar em poucas sessões; fomentar a sua vida diária, apoiada numa maior abertura aos outros e no estabelecimento de relações mais estreitas. Este último objectivo da intervenção é baseado na terapia cognitiva focada nos esquemas, a partir do treino de habilidades de gestão da ansiedade).
- ❖ **Procura do significado idiossincrático;**
- ❖ **Teste de evidências** (para testar e desafiar os pensamentos irracionais);
- ❖ **Hierarquização** (colocar as experiências em perspectiva e reduzir a tendência de percebê-las isoladamente);
- ❖ **Ganhar a confiança** do paciente ao mesmo tempo que se impõem limites aos seus actos/tentativas, nomeadamente às chamadas excessivas de atenção e às “crises” (especial atenção à transferência e a possíveis reacções emocionais para com o terapeuta, podendo recorrer-se a técnicas cognitivas; sempre que seja possível devemos centra-nos no pensamento dicotómico, fazendo ver ao paciente que muitos dos seus conceitos são melhor explicados vendo-os como uma parte de um *continuum* e que uma falha não significa que está tudo mal);
- ❖ **Reatribuição** (é especialmente útil ao paciente que atribui responsabilidades de forma estereotipada) e,
- ❖ **Auto-instrução** (encoraja e guia o paciente no uso de novos padrões de acção).

### Técnicas Comportamentais

- ❖ **Auto-Monitorização e Programação de actividades** (ajudam os pacientes a regular os seus níveis diários de actividade);
- ❖ **Relaxamento e técnicas de distração** (podem ser utilizadas quando a ansiedade do paciente aumenta face à mudança);
- ❖ **Exposição “in vivo”** (de a uma situação problemática e uma hierarquia de tarefas por grau de dificuldade são particularmente úteis no processo de mudança, associadas ao incentivo na aquisição de competência, acompanhadas de reforço e elogios);
- ❖ **Treino de competências sociais** é aconselhável para estes pacientes e pode ser realizado através de cassetes de vídeo em que o sujeito visualiza os seus

comportamentos para posteriormente serem discutidos com o terapeuta; pode também recorrer-se à modelagem, ao treino de assertividade e a *role-plays*);

- ❖ **Controlo das emoções** (o objectivo é melhorar o seu pensamento dicotómico; podem utilizar-se técnicas como colocar à prova os seus pensamentos e o paciente aprender a expressar as suas emoções de forma adequada - assertividade);
- ❖ **Controlo dos impulsos** (os métodos utilizados são semelhantes ao do controlo das emoções, mas deve deixar-se claro que não se pretende forçar o paciente mas sim ajudá-lo a desenvolver a capacidade de saber quando deve actuar e quando é que se trata de um mero impulso para que não tenha um comportamento que posteriormente o faça lamentar/arrepende-lo de o ter tido);

- **Fortalecer o seu sentido de identidade** (a melhoria no controlo das emoções e dos impulsos facilita este objectivo; o que se pode fazer é recorrer aos elogios sinceros face a comportamentos adequados, ao feedback positivo e a qualquer auto-avaliação realista);

- **Farmacoterapia monitorizada**

È vista como um complemento útil e importante para a psicoterapia, no tratamento destes pacientes mas é necessário ter cautela, uma vez que tem de se ter em conta os efeitos secundários/contra-indicações dos medicamentos, problemas de adesão, abuso de drogas e tentativas de suicídio. O objectivo é controlar as manifestações clínicas (sintomáticas) de forma a controlar a impulsividade, a agressividade e a estabilização do humor (Barlow, 1999; Dal'Pizol, Lima, Ferreira, Martins, Corrêa, Alves, Giuliani & Buttes, 2003).

- **Redução do Risco de suicídio**

Em seguida são apresentadas algumas linhas de orientação para a manutenção clínica deste tipo de pacientes mais concretamente em relação a uma situação de crise e iminência de tentativa de suicídio:

- 1- Fornecer mais reassuramento do que o habitual;
- 2- Construir objectivos mas evitar metas demasiado ambiciosas;
- 3- Abordar os factores desencadeantes trazidos pelo doente;
- 4- Trabalhar as distorções cognitivas;
- 5- Reforçar os vínculos saudáveis do paciente;
- 6- Fortalecer a sensação subjectiva de “pertença” do indivíduo, em termos de grupos, comunidades, instituições;

- 7- Se o indivíduo usou uma tentativa de suicídio como forma de mudar o ambiente e/ou pedir ajuda, trabalhar com a finalidade de desenvolver outras estratégias, que não a tentativa de suicídio, para os mesmos fins;
- 8- Nos casos de psicoterapia, não confundir “neutralidade” terapêutica com “passividade” terapêutica, ou seja, podem ser necessárias medidas activas por parte do terapeuta;
- 9- Farmacoterapia pode ser usada não só para o tratamento das perturbações psiquiátricas que possam vir a ser diagnosticadas, como também para eliminar sintomas-alvo (e.g. impulsividade).

### VIII. Feedback Terapêutico

O processo terapêutico decorreu entre o dia 15 de Abril de 2008 e o dia 17 de Junho de 2008, tendo sido realizadas 8 consultas. As duas primeiras foram de observação, a terceira, a quarta e a quinta foram realizadas por mim sob supervisão do Dr. João Freire e, as restantes três foram asseguradas por mim devido à incompatibilidade de horário com o Dr. João Freire.

Os objectivos gerais da terapia foram melhorar o controlo emocional e de impulsos, fortalecer a identidade do paciente, reduzir o risco de suicídio.

Na primeira consulta (15 de Abril de 2008) a paciente apresentou-se com um humor inconstante, sendo que a tristeza, a raiva e a incompreensão foram os sentimentos mais notórios ao longo de toda a sessão. Revelou uma labilidade emocional acompanhada pela fuga de ideias. O seu discurso, por vezes, era incongruente, apesar de ter *insight* acerca do seu problema.

T. é a irmã mais velha de uma fratria de três referindo que a relação que sempre foi mais próxima no seu núcleo familiar foi com o seu irmão mais novo, sendo que actualmente, também mantém uma relação próxima com a mãe e irmã. Relativamente ao pai, afirma que só há cerca de dois anos é que a relação estabilizou sendo que antes disso *“nunca me dei bem com ele”*.

A queixa principal relatada por T. é o facto de consumir bebidas alcoólicas em quantidades exageradas sempre que sai à noite, citando *“nunca fui assim”* e *“agora quando saio só paro quando caio para o lado”*. Aliada a esta situação encontra-se a vontade de consumir drogas que tem vindo a ser cada vez maior *“sempre fui contra e agora sinto que estou quase lá”*. Quando confrontada dos motivos que a levam a ter este comportamento a T. aponta que *“é por causa de muitos problemas, cansei-me de ser certinha mas também não quero tornar-me nisto”*.

Ao longo da semana T. cita que o seu humor oscila, tendo momentos em que se sente *“excêntrica”* e outros em que se sente *“muito mal, não falo a ninguém e sou muito*

*agressiva com os outros*". Perante isto, T. demonstra receio no que toca aos seus amigos, uma vez que estes se podem "*fartar*" (sic) da sua atitude, pois ao longo da sua vida refere que "isto acaba sempre por acontecer" e a solução é sair do local onde se encontra e ir para um novo e, aí conhece novas pessoas fazendo novas amizades e "*tudo é novo*" (sic).

Durante o ano passado T. foi acompanhada por um psiquiatra que lhe prescreveu vários medicamentos (*anafranil, zyprexa, cypralex e alprazolam*). Actualmente não se encontra a fazer nenhuma medicação referindo que "*dava-me muito sono e ainda sou muito nova para tomar tantos medicamentos*" (sic).

Nesta sessão refere que a sua mãe é doente bipolar encontrando-se por isso medicada. No final da consulta refere uma outra situação que se passou a semana passada "*sentí que ia acabar, que já não aguentava*", o que nos indicou que esta paciente poderá ter ideias/tentativas de suicídio.

O trabalho de casa pedido a T. foi fazer tentativas de não beber, mesmo que isso a impedisse de sair à noite e, assim dormir cedo para que conseguisse levantar-se na manhã seguinte e ir às aulas, às quais falta constantemente posta à necessidade de sono resultante do ciclo vicioso de "deitar tarde levantar tarde".

No dia 22 de Abril de 2008, segunda consulta, sendo que se continuou a recolha de informação relativa ao problema de T. para se poder reunir os dados necessários para delinear a intervenção terapêutica mais adequada.

Ao longo da consulta tentou-se consciencializar T. a para a importância de voltar a tomar medicação, referindo que esta componente é útil para que a psicoterapia tenha resultados a curto prazo, isto é, mais imediatos.

A Psicoeducação foi introduzida, também, nesta sessão onde foi abordada a questão da higiene do sono como um pilar fundamental para a sua progressão na terapia. Salientou-se a necessidade de haver um restabelecimento do círculo circadiano, dando-lhe o racional do porquê da sua importância no processo terapêutico.

O trabalho de casa pedido a T. para o período em que vai passar até à próxima consulta foi começar por restabelecer o círculo circadiano.

A terceira consulta decorreu no dia 13 de Maio de 2008 e continuou-se a recolha da história clínica relativamente ao início e desenvolvimento das dificuldades e à história do desenvolvimento e aprendizagens prévias.

Pode verificar-se no decorrer da consulta que a paciente apresentava um humor deprimido e um discurso negativista em relação ao seu futuro, aos outros e a si própria. Quando confrontada do porquê do motivo da tristeza observável durante toda a sessão e do constrangimento e evitamentos que foi fazendo, a paciente referiu que um dos motivos que a faz sentir mal é o facto da sua mãe já ter feito duas tentativas de suicídio, sendo a última

há cerca de três meses a esta parte. Perante estes acontecimentos a paciente demonstra uma tristeza profunda e uma culpabilização constante do mesmo estar a suceder.

Relata, ainda que o ambiente familiar é caracterizado por um clima de incerteza relativamente ao comportamento da mãe, que é doente bipolar, e à resposta do pai perante o mesmo. Este último, segundo a paciente, era um homem com inúmeros objectivos na vida e estava muito bem posicionado nela, até que perderam tudo. Esta transição parece ter causado e despoletado como também ser o precipitante para a situação actual da paciente.

Um outro dado importante para a compreensão da situação actual da paciente, parece ter sido o facto de viver a maior parte da sua infância só com o pai e os irmãos, uma vez que a sua mãe se encontrava no Brasil em tratamento psiquiátrico, após ter tido gastos extravagantes (durante uma possível fase de mania) e onde permaneceu até há cerca de 2/3 anos a esta parte, que coincidiu com a data em que a família regressa a Portugal, depois de alguns anos a viver em Moçambique.

O trabalho de casa dado à paciente foi continuar a fazer a higiene do sono e fazer por descansar, evitando sair para assim reduzir o consumo de bebidas alcoólicas e de substâncias. Foi também sugerido que a paciente comesse a partilhar as suas emoções e as suas opiniões com o objectivo de diminuir os sentimentos de culpa e de raiva que resultam por não existir diálogo com o outro.

A quarta consulta (dia 19 de Maio de 2008), foi iniciada com uma revisão acerca do trabalho de casa proposto na última consulta à paciente. O que se pode verificar foi que em relação à higiene do sono a paciente fez algumas tentativas para alcançar o equilíbrio do seu círculo circadiano. Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas a paciente referiu que diminuiu o consumo mas não abandonou por completo, não fazendo por referência ao consumo de substâncias. No que toca à partilha de emoções, a paciente continua a mostrar alguma resistência no que se refere a esta parte, continuando desta forma a ter sentimentos de culpa e raiva, apesar de nesta consulta os sentimentos verbalizados passarem pela saudade imensa do seu passado, altura em que se encontrava “feliz”, recordando o mesmo com bastante nostalgia.

De seguida foram explorados dados relativos aos predisponentes da sua situação actual, sendo fornecidos pela paciente alguns dados relativos à sua infância, época que a paciente relata com felicidade e saudade.

O trabalho de casa dado à paciente foi continuar a tentar evitar as bebidas alcoólicas, como fazer a manutenção do sono e, partilhar as suas emoções com o outro na medida em que poderá trazer benefícios em termos terapêuticos, ou seja, com o objectivo de reduzir a sua raiva e culpa.

No dia 27 de Maio de 2008 teve lugar a quinta consulta. No início da consulta verificou-se se a paciente tinha realizado os trabalhos de casa propostos na última consulta,

verificando-se que a mesma os realizou como era esperado excepto em relação ao consumo de bebidas alcoólicas que continua a ingerir e aos relacionamentos instáveis e superficiais que mantém com as pessoas que lhe são próximas, e à fuga no que se refere as suas emoções.

Neste sentido, o objectivo da consulta foi ensinar técnicas específicas no que diz respeito ao controlo das emoções e dos impulsos visto serem duas áreas problemáticas nesta paciente e, ainda o confronto com a existência em si de pensamentos dicotómicos “Se chorar vou preocupar a minha irmã”. Após o confronto com estes pensamentos, começou por se explicar o porquê da sua existência e ensinou-se formas de os poder alterar com o objectivo de testar a sua validade, e assim encontrar respostas racionais para as situações.

O trabalho de casa foi fazer então o treino de respostas alternativas e racionais em relação aos pensamentos negativos e dicotómicos (muito frequentes neste d«tipo de patologia).

A sexta consulta (3 de Junho de 2008) iniciou-se com a revisão do trabalho de casa (treino de respostas alternativas e racionais em relação aos pensamentos negativos e dicotómicos) e a paciente forneceu o feedback acerca da semana passada, referindo que “*a vontade de consumir bebidas alcoólicas é cada vez menor*”. Pode verificar-se que a paciente está a cumprir os limites e regras estabelecidas nas sessões anteriores.

Seguidamente foram abordadas duas áreas que já tinham sido referidas noutras sessões, a emocional e os impulsos, nomeadamente o controlo das mesmas, continuando assim o seu treino.

Durante toda a sessão foi fortalecido o sentido de identidade da paciente levando a mesma a caracterizar-se, com o objectivo de ela própria se identificar como pessoa, com qualidades e defeitos, como todo o ser humano e, deixar claro que de certa forma os seus pensamentos por vezes poderão não ser os mais correctos ou os únicos.

Os esquemas foram uma outra área trabalhada nesta consulta, levando a paciente a colocar à prova as suas crenças para que de alguma forma se comece a modificar algumas delas. Neste sentido, foi dado à paciente o questionário de esquemas de *Young* (cf. anexo XXVI) para levar para casa e preencher, tendo sido esclarecidas dúvidas e explicações acerca do seu preenchimento e qual o seu objectivo.

Por último foi introduzida a temática do suicídio que se encontra presente nesta paciente. Numa primeira abordagem ao problema tentou-se saber a história relativamente ao número de tentativas e de ideações de suicídio para que se possa saber o tipo de ideação bem como os motivos de tais situações.

Para terminar deixou-se claro que o falar acerca desta temática, que é vivida pela paciente com um sofrimento marcado, não se pretende que volte a fazer o mesmo mas sim fortalecer as suas defesas no que toca a esta situação, para que em momentos futuros,

consiga lidar de uma forma mais adequada não sendo esta a única solução para o seu problema.

Como trabalho de casa, a paciente ficou de continuar o treino de controlo de emoções e de impulsos como também fazer o jogo do auto-conhecimento para se auto-conhecer, e assim definir metas e objectivo realistas para si própria.

No dia 12 de Junho de 2008 foi a sétima consulta e esta iniciou-se com a revisão do trabalho de casa (treino de controlo de emoções e de impulsos como também o jogo do auto-conhecimento de modo a definir metas e objectivos realistas para si própria).

Nesta consulta colocaram-se à prova os pensamentos da paciente e continuou-se a trabalhar a assertividade como também o fortalecimento do sentido de identidade através do reforço positivo, de elogios pelos comportamentos adequados e por qualquer auto-avaliação realista relativamente a si própria.

Continuou-se a trabalhar a mudança de esquemas colocando desta forma à prova as suas crenças (ir de pouco a pouco desvalorizando-as) e, incutir na paciente a importância para o sucesso da terapia dela própria ir aumentando a abertura aos outros e estabelecer relações mais próximas/estreitas.

Para finalizar a consulta foi abordada a temática do suicídio mais especificamente levar a paciente a pensar acerca dos seus impulsos suicidas e nas situações que os despoletam, de modo a incutir-lhe a necessidade e a importância da redução dos mesmos.

O trabalho de casa foi que a paciente continuasse o treino quer do controlo das emoções quer dos impulsos (suicidas e outros), e dar oportunidade a si própria de estabelecer relações mais estreitas, diminuindo desta forma as relações mais superficiais e momentâneas.

A oitava consulta foi realizada no dia 17 de Junho e iniciou-se com a revisão do trabalho de casa (treino de controlo de emoções e de impulsos suicidas e outros). Esta revisão permitiu verificar que a paciente tem colaborado neste sentido e, tem retirado ganhos terapêuticos deste trabalho.

Continuou-se o trabalho da assertividade e a preparação para o período de férias que, segundo a paciente, será um colocar à prova as competências que aprendeu durante estas consultas, insistindo que a mesma realize avaliações realistas tanto a si como aos outros. Neste sentido, também se continuou a mudança de esquemas colocando à prova as suas crenças que parece que tem vindo a ser produtivo com a ajuda da flexibilidade da paciente.

Como foi a última consulta, devido ao *timing* do meu estágio, o que se focou em jeito de término da terapia foi que a paciente deveria ir de forma gradual aumentando a abertura aos outros estabelecendo relações mais sólidas com a ajuda de todas as competências que foi adquirindo ao longo do processo terapêutico. Nesta linha de pensamento, a paciente,

com a minha ajuda, realizou um resumo de tudo aquilo que tivera apreendido e adquirido em consulta no sentido de poder recorrer ao mesmo em situações futuras de crise.

Ficaram alguns aspectos por desenvolver, devido à escassez temporal, mais pormenorizadamente, como seja a questão do suicídio, da farmacoterapia (como um complemento útil para a psicoterapia e como auxílio para a melhoria do seu funcionamento global, depressão, sintomas esquizotípicos e comportamento agressivo-impulsivo), e do abuso de substâncias.

Assim, pareceu importante encaminhar a paciente para um serviço de psicologia uma vez que o apoio psicológico se mostrou muito importante nomeadamente na ajuda do estabelecimento de metas/limites e objectivos os quais eram negligenciados pela paciente e, que actualmente já começam a fazer sentido na sua vida; o risco do suicídio (explorando não tanto o suicídio e si mas os benefícios que retira de tais actos para conseguir a atenção dos demais), a farmacoterapia (que se mostrou resistente desde o início até ao final da terapia mesmo depois de lhe ter sido explicada a sua importância no tratamento da sua patologia) e o abuso de substâncias (que parece ter diminuído após o estabelecimento de limites).

## IX. Comentário Teórico

A palavra personalidade deriva do latim *persona* e a sua raiz *peessoa* é usada de forma comum no sentido empírico de *manifestação da pessoa*. Significa a própria pessoa, tal como se revela nas suas manifestações empíricas. Mais tarde *persona* passou a significar o actor colocado atrás da máscara, isto é, o seu verdadeiro conjunto de qualidades íntimas e pessoais (Allport, 1966; Debray & Nollet, 2004).

O termo personalidade oscilou entre vários sentidos mesmo no latim clássico (Dias, 2003; Debray & Nollet, 2004).

A personalidade corresponde a um padrão de funcionamento, uma forma intrínseca de agir, que resulta de uma matriz de variáveis determinadas pelo desenvolvimento bio psicológico (Alchieri, Cervo & Núñez, 2005; Beck, Freeman & Davis, 2005). O seu desenvolvimento afige da influência dos factores biológicos e dos factores psicológicos, que passam a interagir como numa espiral sem fim, onde cada giro desta constrói-se sobre as interacções prévias, criando assim novas bases para as próximas interacções (Alchieri, Cervo & Núñez, 2005; Beck, Freeman & Davis, 2005).

Hill, Swales e Byatt (s.d.) caracterizam as perturbações da personalidade como:

- Manifestações de padrões de desajuste ao nível do comportamento, funcionamento interpessoal e social e

- Relacionadas de forma estreita com violência, agressividade, abuso de drogas, comportamentos auto-destrutivos, delinquência, baixo rendimento académico e inibição relacional.

Harrison, Geddes e Sharpe (2002), Cais e Steffanello (s.d.), certificam que as personalidades que se dizem diferentes do normal, fazem sofrer tanto o indivíduo quanto aqueles que o rodeiam; para este autor as personalidades anormais representam variações não normais da natureza humana e que, na eventualidade de se sobreporem a elas algum processo, tornar-se-ão personalidades propriamente mórbidas (doentias). Estes autores abordam o tema sob a óptica das variações do existir humano de origem constitucional (que fazem parte da pessoa).

A diferença entre os conceitos de normalidade e patologia reside na maneira diferente e mais ou menos estável da capacidade demonstrada pelo sujeito para enfrentar eficazmente as situações no seu meio (Kirchner, Torres & Forns, 1998).

Em suma, o conhecimento das características da personalidade é fundamental para a compreensão da forma pela qual um indivíduo pode lidar com o stress psicológico desencadeado pelas manifestações de uma doença e do seu tratamento, ou outras situações stressantes que podem ocorrer no seu ciclo vital (Ayache & Costa, 2005; Kirchner, Torres & Forns, 1998, Harrison *et al.*, 2002; Dowson & Grounds, 1995).

Kaplan *et al.* (2003) faz a distinção, no que toca aos aspectos etiológicos, entre os diferentes agrupamentos de perturbações da personalidade (A, B e C).

A Perturbação da Personalidade Borderline faz parte do grupo B que inclui as Personalidades Anti-Social, Estado-Limite ou também designada de *Borderline*, Histriónica e Narcísica, e as pessoas parecem usualmente dramáticas, emocionais ou inconstantes (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003; Cameron, Bloye & Davies, 2004; Puri, Lacking & Treasaden, 2002; Echeburúa & Marañón, 2001; Randy, 2004; Joyce-Moniz, 2003).

Cameron *et al.* (2004) referem que a prevalência de qualquer perturbação da personalidade se situa entre os 4% e os 13%, contudo, este valor altera-se de acordo com a população em estudo.

A Personalidade *Borderline* ou Estado-Limite tem como característica essencial um padrão invasivo de instabilidade dos relacionamentos interpessoais (o que se verifica na paciente, que refere que já teve alguns relacionamentos mas quando se estão a tornar mais sérios tem necessidade de os abandonar), auto-imagem e afectos, e acentuada impulsividade que começa no início da idade adulta e está presente numa variedade de contextos (Dowson & Grounds, 1995; Barlow, 1999; Cunha & Azevedo, 2001; Koenigsberg *et al.*, 2002, Sousa, 2003; Debray & Nollet, 2004).

Os sujeitos fazem esforços frenéticos para evitarem um abandono real ou imaginado (como aconteceu durante a terapia a paciente comportava-se de forma excêntrica para evitar a perda em relação ao terapeuta) e, a percepção da separação ou rejeição iminente ou a perda da estrutura externa podem ocasionar profundas alterações na auto-imagem, afecto, cognição e comportamento. São muito sensíveis às circunstâncias ambientais (Barlow, 1999; Cunha & Azevedo, 2001; Harrison *et al.*, 2002; Koenigsberg *et al.*, 2002; Ferreira, Lopes, Lourenço, Melo & Maia, s.d.; Sousa & Vandenberghe, 2005).

Podem apresentar instabilidade afectiva, devido a uma acentuada reactividade do humor (e.g. disforia episódica intensa, irritabilidade ou ansiedade). O humor disfórico básico dos indivíduos com Personalidade *Borderline* muitas vezes é perturbado por períodos de raiva, pânico ou desespero (a paciente refere *“as pessoas metem-me confusão, são chatas e as crianças são irritáveis e quando pego em alguma só me apetece deitá-la para o chão e esmagá-la, não sei”* (sic)) e, raramente, é aliviado por períodos de bem-estar ou satisfação. Esses episódios podem reflectir a extrema reactividade do indivíduo a stresses interpessoais (Ferreira *et al.*, s.d.; Cunha & Azevedo, 2001; Granberg & Armelius, 2003; Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999; Barlow, 1999).

Eles podem exibir extremo sarcasmo, persistente amargura ou explosões verbais. A raiva frequentemente vem à superfície quando um cuidador ou amante é visto como negligente, omissivo, indiferente ou prestes a abandoná-lo (o que se verifica na paciente quando afirma *“quero ir viver sozinha, estou farta da minha irmã mas eu sei que ela gosta de mim”* (sic)). Tais expressões de raiva são seguidas de vergonha e culpa e contribuem para o sentimento de ser mau (T. refere que após discussões ou zangas sente culpa do que aconteceu e sente que *“sou horrível e má pessoa”* (sic)). Durante períodos de extremo stress, podem ocorrer ideação paranóide ou sintomas dissociativos transitórios (e.g. despersonalização) mas estes em geral têm gravidade ou duração insuficiente para indicarem um diagnóstico adicional. Os sintomas tendem a ser transitórios, durando minutos ou horas (a T. chega à consulta com sintomatologia dissociativa afirmando *“não sei bem o que tenho nem quem sou só sei que estou no limite que também não tenho noção de qual é”* (sic)) (Ferreira *et al.*, s.d.; Cunha & Azevedo, 2001; Granberg & Armelius, 2003; Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999; Barlow, 1999).

Apresentam um padrão de relacionamentos instáveis e intensos e podem idealizar potenciais cuidadores ou amantes já no primeiro ou no segundo encontro (neste seguimento destaco uma situação que ilustra bem esta característica na T. onde cita *“conheci uma rapariga na noite fiquei logo com o número dela para lhe poder ligar para saber as informações que procurava. No dia seguinte marquei um encontro e fiquei horas a falar com ela e, no final já sabia a vida todinha dela, fui mesmo premeditada e maquiavélica, não é normal”* (sic), exigir que passem muito tempo juntos e compartilhar detalhes extremamente

íntimos na fase inicial de um relacionamento (Ferreira *et al.*, s.d.; Cunha & Azevedo, 2001; Granberg & Armelius, 2003; Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999; Barlow, 1999).

Pode haver, entretanto, uma rápida passagem da idealização para a desvalorização, por achar que a outra pessoa não se importa o suficiente, não dá o bastante, não está "ali" o suficiente. Estes indivíduos podem sentir empatia e carinho por outras pessoas, mas apenas com a expectativa de que a outra pessoa "estará lá" para também atender às suas próprias necessidades, quando exigido (Ferreira *et al.*, s.d.; Cunha & Azevedo, 2001; Granberg & Armelius, 2003; Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999; Barlow, 1999) (no caso da T., parece que os relacionamentos que estabelece não são só baseados no sentimento mas também com o objectivo dos mesmos responderem ao que necessita).

Estes pacientes encontram-se inclinados a mudanças súbitas (que reflectem a desilusão com uma pessoa cujas qualidades foram idealizadas ou cuja rejeição ou abandono são esperados) e dramáticas nas suas opiniões sobre os outros, que podem ser vistos alternadamente como suportes benévolos ou como cruelmente punitivos (Ferreira *et al.*, s.d.; Cunha & Azevedo, 2001; Barlow, 1999). Em relação à T., pude verificar que ela estabelece padrões quanto às outras pessoas e, se em algum momento esses padrões não são satisfeitos, acaba por abandonar essa pessoa atribuindo-lhe culpa pelo abandono e caracteriza-a de forma dramática e cruel.

Os indivíduos com esta personalidade exibem impulsividade, em pelo menos duas áreas, potencialmente prejudiciais para si próprio. Eles podem jogar, fazer gastos irresponsáveis, comer em excesso, abusar de substâncias (o que tem sucedido com a T., que refere *"eu estou à beira de consumir drogas pesadas mas não quero e charros já consumi muitos e às vezes fumo mas não gosto do sabor"* (sic)), envolver-se em sexo inseguro ou conduzir de forma imprudente (a T. refere uma noite em que saiu com os amigos onde bebeu muito e fumou, afirmando *"trouxe o carro para casa não sei como, eu não sou assim nem nunca fiz isso, foi só uma vez"* (sic)). Apresentam, de maneira recorrente, comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou comportamento auto-mutilantes (no início da terapia aconteceu um episódio em que a paciente se auto-mutilou após discussão com a pessoa com quem mantinha um relacionamento, mas depois arrependeu-se parecendo que foi um comportamento com intenção de chamar a atenção e para expressar o medo extremo do abandono). O suicídio ocorre em 8 a 10% desses indivíduos, e os actos de auto-mutilação (e.g. cortes ou queimaduras), ameaças e tentativas de suicídio são muito comuns. As tentativas recorrentes de suicídio são a razão pela qual estes indivíduos procuram ajuda (Ferreira *et al.*, s.d.; Cunha & Azevedo, 2001; Barlow, 1999; Dal'Pizol, Lima, Ferreira, Martins, Corrêa, Alves, Giuliani & Buttes, 2003; Cais & Stefanello, s.d.).

**Capítulo III**  
**Actividades de Investigação**

Deste capítulo faz parte o artigo de investigação realizado no âmbito da componente de investigação no decorrer do ano de estágio. A investigação consistiu em avaliar os níveis de depressão em idosos e verificar quais as estratégias de *coping* que estes mais utilizam, analisando a relação, existente ou não, entre estas e os níveis de depressão.

## **Avaliação dos níveis de Depressão e Estratégias de *Coping* em Idosos da Cidade da Covilhã**

---

### **Resumo**

O presente estudo pretendeu avaliar os níveis de depressão em idosos da cidade da Covilhã e verificar quais as estratégias de *coping* que estes mais utilizam, analisando a relação que existe ou não, entre os níveis da patologia com a utilização das estratégias.

Os resultados indicaram que a depressão é uma patologia presente nos idosos da cidade da Covilhã, sendo o nível “moderada a severa” o mais frequente e, o nível “severa” o menos frequente, ao passo que a percentagem de participantes com ausência de depressão também se revela similar ao nível “moderada a severa”.

As estratégias de *coping* mais utilizadas pelos participantes foram o “auto-controlo” e a “reavaliação positiva”.

Este estudo permitiu verificar que a utilização das estratégias de *coping* difere de acordo com o nível de depressão que os participantes apresentam, sendo que estratégias mais adaptativas são utilizadas por participantes com baixos níveis de depressão. O nível sócio-económico e o sexo são variáveis que influenciam a escolha deste tipo de estratégias.

**Palavras-Chave:** Depressão, Estratégias de *Coping*, Idosos.

---

### **Introdução**

*“Ser idoso não passa apenas pela idade definida em anos de vida, mas implica um conjunto de alterações a nível biológico, psicológico e social.”* (Agostinho, 2004, p. 31).

O Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População, em 2002, e mais tarde, em 2004, Gazalle, Hallal e Lima afirmam que com a transição demográfica, a população idosa está a aumentar a nível mundial, acrescentando que esta transição ocorre sobretudo de forma diferenciada entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento.

As teorias do envelhecimento bem sucedido defendem que o sujeito adopta uma posição proactiva, regulando a sua qualidade de vida através da definição de objectivos e lutando para os alcançar, acumulando desta forma recursos que são úteis na adaptação à mudança

e activamente envolvidos na manutenção do bem-estar (Scambler, Bond, Bowling e Being, 2000).

Segundo Gazalle, *et al.* (2004) e Cheloni, Pinheiro, Filho e Medeiros (2003) a depressão é uma doença de alta incidência na população em geral, dispendendo grande parte do orçamento público e privado na saúde. Lafer, Almeida, Fráguas e Miguel (2000) referem que as taxas de depressão têm vindo a aumentar em jovens e idosos. A este respeito Leite, Carvalho, Barreto e Falcão (2006), Scazufca e Matsuda (2002) e Snowdon (2002), afirmam ainda que na população envelhecida, a depressão surge entre as doenças crónicas mais frequentes.

A depressão na terceira idade possui particularidades que dificultam o processo de diagnóstico e, conseqüentemente, a procura de tratamento, porque o quadro depressivo é composto por uma série de sintomas que traduzem estados de sentimentos que diferem de indivíduo para indivíduo (Oliveira e Vollet, 2007; Ruipérez e Llorente, 1998).

Num estudo realizado por Galdino (2000) verificou-se que uma percentagem significativa da amostra, cerca de 47,5%, apresentava sintomatologia depressiva e que os níveis de ansiedade estavam presentes num nível médio a baixo. No que se refere à prevalência da depressão na população idosa, que requer intervenção clínica, é de destacar que mais de 10% dos idosos apresentam quadros depressivos (Snowdon, 2002; Ruipérez e Llorente, 1998). Fernandes (2002) e Jacob (2006), referem que a depressão é a perturbação psíquica mais frequente nos idosos e que aqueles com maior depressão evidenciam menores índices de actividades de lazer e maiores índices de solidão (Fernandes, 2002). Contudo, existem autores que argumentam que a depressão é menos comum na terceira idade e citam, ainda, estudos que revelam uma menor prevalência da depressão em idosos (Snowdon, 2002).

A depressão é influenciada por inúmeros factores, desde diferenças a nível grupal, idade, profissão, estado civil, local de residência e ainda a regularidade de actividade física (Rodrigues e Raposo, 2006).

Um dado curioso a referir é que a depressão é menos prevalente em idosos que se encontram institucionalizados do que naqueles que estão em hospitais públicos ou em lares de países desenvolvidos. Esta perturbação foi identificada em 31% dos idosos, sendo que 3,9% foram em idosos jovens e 2,9% em idosos com 85 ou mais anos de idade (Oliveira, Gomes e Oliveira, 2006; Munk e Laks, 2005).

A depressão como patologia mais frequente na terceira idade e na população geral tem sido alvo de inúmeros estudos e investigações (Bahls, 1999). A conclusão a que se chega relativamente aos fundamentos da depressão é unânime. Assim, quando falamos em depressão podemos referir-nos a dois tipos de fundamentos: o biológico e o cognitivo. O primeiro tem a sua base em estudos sobre neurotransmissores cerebrais e os seus receptores, embora outras áreas também estejam sob investigação.

As monoaminas constituem a principal hipótese no estudo dos neurotransmissores. Estas subdividem-se em catecolaminas: dopamina (DA) e noradrenalina (NE), e na indolamina: serotonina (5HT), e a sua hipótese baseia-se no conceito da deficiência das aminas biogénicas, particularmente NE, 5HT e DA, como a causa da depressão. A primeira hipótese aminérgica de Schildraut (1965, citado por Bahls, 1999) e Bunney e Davis (1965, citado por Bahls, 1999) foi denominada hipótese catecolaminérgica, pois propunha que a depressão se associava a um défice das catecolaminas, principalmente de NE. Posteriormente surgiram duas hipóteses: a) serotoninérgica, de Van Praag e Korf (1971, citado por Bahls, 1999), e b) dopaminérgica de Willner (1990, citado por Bahls, 1999), devido à implicação da DA nos fenómenos de recompensa cerebral, estando envolvida na fisiopatologia da anedonia característica da depressão.

Quanto ao estudo dos receptores dos neurotransmissores é de salientar que o interesse a respeito da sua importância na biologia da depressão derivou dos seguintes dados: a) a diminuição de monoaminas provoca um aumento compensatório do número de receptores pós-sinápticos; b) estudos *post-mortem* mostraram um acréscimo no número de receptores 5HT<sub>2</sub> no córtex frontal; c) a activação de alguns subtipos do mesmo receptor provoca efeitos diversos e opostos, como no caso dos receptores 5HT<sub>2</sub> e 5HT<sub>1A</sub> (Graeff e Brandão, 1993; Stahl, 1998; Willner, 1990, citado por Bahls, 1999). A hipótese mais recente é de que a depressão se baseia no desequilíbrio de receptores serotoninérgicos, sugerindo um défice na neurotransmissão dos receptores 5HT<sub>1A</sub>, e um excesso na neurotransmissão dos receptores 5HT<sub>2</sub> (Graeff e Brandão, 1993, citado por Bahls, 1999).

Por sua vez, o modelo cognitivo postula que todos os afectos são secundários à cognição, sendo este o modo peculiar de como vivenciamos e interpretamos os acontecimentos (Bahls, 1999). Seligman (1977, citado por Bahls, 1999) é um outro autor que vai de encontro aos conceitos cognitivistas, com a sua teoria do desânimo aprendido. Este refere que é através da compreensão do desânimo aprendido da impotência perante os acontecimentos, que o paciente deprimido constrói uma representação cognitiva do fracasso, característica dos pacientes deprimidos.

Beck (1963, citado por Bahls, 1999) é um dos autores que mais tem contribuído para o estudo da cognição como factor determinante na depressão. Com os seus estudos reforça a importância dos componentes cognitivos como elemento primário da cadeia sintomatológica da patologia. Propõe assim um modelo cognitivo de compreensão da depressão apresentando três conceitos clássicos para explicar o substrato psicológico da mesma: a tríade cognitiva (visão negativa de si próprio, do mundo e do futuro) os esquemas cognitivos disfuncionais e as distorções ou erros cognitivos (Bahls, 1999).

Um outro autor que se destaca nesta área é Bandura, que em 1969, afirma que pessoas deprimidas apresentam expectativas de desempenho excessivamente elevadas, o que as

conduz a experimentar pouco sucesso e muitos fracassos. Deste modo, são induzidos a prestar atenção selectiva aos acontecimentos negativos, o que poderá levar a uma auto-avaliação negativa (Bahls, 1999). Para Schreiber (1978, citado por Bahls, 1999), as distorções negativistas dos pacientes depressivos podem ser comparadas, no que toca à sua importância, aos sintomas básicos da depressão.

Ferster, em 1973, apresenta um outro modelo para a depressão onde afirma que as características marcantes das pessoas deprimidas são as perdas de determinados tipos de actividade associadas ao aumento de comportamentos como queixas, choro excessivo, irritabilidade e autocrítica. Este modelo centra-se principalmente nos comportamentos de fuga e esquiva causados por condições aversivas que impedem a emissão dos comportamentos controlados por reforço positivo (Jacobson, Martell e Addis, 2001).

Na sequência do referido, Lewinsohn, Biglan e Zeiss (1976) defendem que os sentimentos de disforia da pessoa com depressão são resultado da redução na taxa de respostas contingentes ao reforço positivo. Segundo o autor, há três razões pelas quais as baixas taxas de respostas contingentes ao reforço positivo podem ocorrer: 1) perda na efectividade reforçadora dos eventos que outrora serviam como reforços positivos; 2) mudança no ambiente do indivíduo, de modo que os antigos reforços não estariam mais disponíveis (aqui, novamente, nota-se uma semelhança de raciocínio com Ferster) e 3) competências insuficientes para conseguir aceder aos reforços que continuam disponíveis no ambiente (por vezes, o indivíduo não os possui).

Face à alta incidência desta patologia na população, surge um conceito associado à mesma que é o conceito de *coping*. Este tem sido descrito como um factor estabilizador, na medida em que facilita o ajustamento individual ou a adaptação quando estamos perante situações ou em momentos stressantes, como a depressão (Holahan e Moos, 1987, citado por Pais-Ribeiro, 2007).

Segundo a teoria de *coping* de Lazarus e Folkman (Lazarus, 1992, citado por Pais-Ribeiro e Santos, 2001) a maior parte das pessoas recorre a cerca de oito estratégias de *coping* (*coping* confrontativo, distanciamento, auto-controlo, procura de suporte social, aceitar a responsabilidade, fuga-evitamento, resolução planeada do problema e reavaliação positiva) perante os acontecimentos de stress.

Estas estratégias encontram-se agrupadas em duas dimensões do *coping*: o focado no problema e o focado na emoção. O primeiro refere-se aos esforços desencadeados para gerir ou alterar a relação perturbadora da pessoa com o ambiente, que é fonte de stress, enquanto que o *coping* focado nas emoções refere-se aos esforços desencadeados pelo sujeito para regular emoções stressantes (Pais-Ribeiro e Santos, 2001).

Tem-se verificado que os estilos de *coping* diferem consoante o local de residência dos idosos; na medida em que os idosos que viviam nas suas casas em comparação com os

institucionalizados, utilizavam estratégias para modificar o significado e a relevância do problema; iniciativa no desenvolvimento de acções concretas para resolver o problema; procura activa de alternativas gratificantes; manutenção, em maior grau, do equilíbrio afectivo através da resignação, apoiando-se nas suas crenças religiosas; controlo externo de atribuição; e através da exteriorização do mal-estar gerado pela situação de stress (Stefani e Feldberg, 2006).

As estratégias de *coping* são utilizadas em maior ou menor grau, sendo que a mais utilizada é o suporte social e, em seguida por ordem decrescente, resolução planeada de problemas, auto-controlo, distanciamento, reavaliação positiva, confrontativo, assumir a responsabilidade e fuga-evitamento (Pais-Ribeiro e Santos, 2001).

Os idosos que apresentam níveis de depressão mais baixos usam maioritariamente a estratégia suporte social (Moraes e Peniche, 2003). Contudo, existem condições e situações que promovem ou impedem o desenvolvimento de estratégias de *coping*, sendo a morte e a separação de familiares as situações adversas mais significativas e, a sabedoria, a experiência, a reforma e a própria família as mais favoráveis no que refere a este aspecto (Trentini, Silva, Valle e Hammerschmidt, 2005).

Quanto aos estilos de *coping* mais utilizados pelos idosos, o estilo optimista, sustentativo e confrontativo são os mais utilizados, sendo o estilo de *coping* emotivo o que se apresentou correlacionado com a presença de ansiedade e sintomatologia de depressão nesta população (Galdino, 2000).

Cupertino *et al.* (s.d.) verificaram que os stressores e a disciplina compensatória durante a infância têm impacto nos sintomas depressivos.

Sendo a doença de Alzheimer (DA) uma doença característica da faixa etária idosa, é importante referir um estudo que é visto como um contributo para a reflexão sobre as estratégias de *coping* mais utilizadas por esta população. O estudo foi realizado por Souza, Chaves e Caramelli (2007) e chegou-se à conclusão de que a intensidade da experiência de stress e a elaboração do *coping* dependem, principalmente, da avaliação cognitiva feita pelo indivíduo. De facto, e embora não se tenham encontrado diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de doentes com DA e o grupo de controlo, verificou-se no primeiro grupo um predomínio do *coping* focado na emoção e no segundo o *coping* focado no problema. Este estudo, permitiu também constatar que quanto melhor é o desempenho cognitivo dos idosos com DA, maior é a tendência em utilizar estratégias de *coping* focadas no problema ( $p=0,0074$ ) (Souza, Chaves e Caramelli, 2007).

Ainda neste estudo, verificou-se que o *coping* centrado na emoção está presente na resposta a situações adversas quando o indivíduo tenta agir sobre o impacto emocional que as dificuldades diárias provocam no seu dia-a-dia, dado que o seu comprometimento

cognitivo prejudicou a elaboração de acções confrontativas e de resolução do problema (Souza, Chaves e Caramelli, 2007).

Na sequência do referido a eleição pelo estilo de *coping* focado no problema ou na emoção irá depender não apenas da interpretação do indivíduo sobre a ameaça, mas também da percepção que tem dos recursos disponíveis para elaborar estratégias coerentes com a sua capacidade individual de reagir e enfrentar determinada situação adversa (Souza, Chaves e Caramelli, 2007).

Na terceira idade os estilos de *coping* são bastante uniformes ao longo da velhice e estabelecem relações importantes com a satisfação pessoal vital (Bueno e Navarro, 2002).

Bowling (2001) considera o termo Qualidade de Vida (QV), como o nível óptimo de funcionamento físico, mental, social e de desempenho, incluindo relações sociais, percepções da saúde, bom nível de condição física, satisfação com a vida e bem-estar. Este constructo tem sido alvo de uma variedade de definições ao longo dos anos, variando de indivíduo para indivíduo (Jacob, 2004).

Num estudo realizado por Guedea *et al.* (s.d.), foram analisadas relações entre as estratégias de *coping*, o apoio social e variáveis sócio-demográficas, com o bem-estar subjectivo de uma amostra de idosos. O que se pode verificar foi que: a) a satisfação com a vida é maior em mulheres, nas pessoas que recebem pensão, que estão satisfeitas com o apoio recebido, que dão apoio aos outros e que enfrentam os problemas de forma directa e numa reavaliação positiva; b) os afectos positivos aumentam com a satisfação do apoio recebido, com o *coping* directo e reavaliativo e a diminuição do *coping* de esquiva/fuga, c) os afectos negativos diminuem ao dar apoio e aumentam com o *coping* de esquiva.

Com a realização deste estudo é meu intuito verificar a existência ou não, de depressão nos Idosos da Covilhã e qual o *Coping* utilizado face à patologia.

Os objectivos que este estudo pretende dar resposta são: 1- avaliar a depressão; 2- avaliar as estratégias de *coping*; 3- comparar as diferenças nas estratégias de *coping* entre grupos de diferentes níveis de depressão, e 4- averiguar diferenças entre grupos de comparação com base em variáveis sócio-demográficas.

## Metodologia

---

### a) Amostra, Instrumentos, Procedimentos

#### Amostra

Tal como podemos verificar a partir da tabela 2, o *n* da amostra desta investigação era constituído por 57 idosos do concelho da Covilhã, sendo 27 participantes do sexo masculino e 30 do sexo feminino. A faixa etária encontrava-se compreendida entre os 65 anos e os 80 anos de idade, sendo que 77,2% se situavam no grupo etário dos 65-75 anos e, 22,8%

possuía idade superior a 75 anos. A amostra era constituída exclusivamente por participantes reformados (100%).

Quanto ao nível sócio-económico (nse) da amostra podemos verificar que mais de metade possuía um nível médio (61,4%) contra 38,6% que tinha um nse baixo.

Tabela 2

*Dados sócio-demográficos da amostra, tendo em conta o n e a percentagem*

<i>Variável</i>	<i>n</i>	<i>Percentagem (%)</i>
<b>Idade</b>		
65-75	44	77.2
>75	13	22.8
<b>Sexo</b>		
Feminino	30	52.6
Masculino	27	47.4
<b>Profissão</b>		
Reformado	57	100
Outra	0	0
<b>NSE</b>		
Baixo	22	38.6
Médio	35	61.4
Alto	0	0

### **Instrumentos**

Neste estudo foram utilizados três instrumentos: o Questionário sócio-demográfico, o Inventário da Depressão de Beck e o Questionário de Estratégias de *Coping* (cf. anexo XXXVII).

O Questionário sócio-demográfico inclui itens como idade, sexo, profissão e nível sócio-económico.

O Inventário da Depressão de Beck (BDI) foi construído por Beck, Ward, Mendelson e Erbaugh em 1961, com o objectivo de diferenciar elementos de uma população depressiva de uma outra não depressiva e avaliar a gravidade da depressão. Em 1972 é validado para a população portuguesa, numa população psiquiátrica por Vaz-Serra e Abreu (McIntyre e Soares-Araújo, 1999). Tornou-se um dos instrumentos mais utilizados para a detecção de estados depressivos da população normal (Steer, Beck e Garrison, 1986, citado por McIntyre e Soares-Araújo, 1999).

A escala original contém 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cuja intensidade varia de 0 a 3, reflectindo a gravidade da sintomatologia depressiva (Gorestein e Andrade, 1996). Para cada item são apresentadas quatro frases perante as quais o sujeito terá de escolher a que melhor descreve a forma como se tem sentido durante a última semana, incluindo o dia de preenchimento (McIntyre e Soares-Araújo, 1999). O resultado final consiste na soma das notas de cada grupo sintomatológico permitindo identificar um quadro depressivo inexistente ou existente (leve, moderado ou grave).

A versão utilizada neste estudo (McIntyre e Araújo-Soares, 1999) é idêntica à original, sendo que os autores não providenciaram pontes de corte para classificar a depressão. Contudo, existem várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão no que se refere ao BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh, 1961; Oliver e Simmons, 1984; Tanaka-Matsumi e Kameoka, 1986; Louks *et al.*, 1989, citado por McIntyre e Soares-Araújo, 1999). Assim, os pontos de corte mais usados e também utilizados neste estudo, segundo McIntyre e Araujo-Soares (1999), são de 0 a 9 podemos dizer que estamos perante a ausência de depressão, de 10 a 15 depressão média, de 16 a 19 depressão moderada, de 20 a 29 depressão moderada a severa e valores superiores a 29 depressão severa.

O Questionário de Estratégias de *Coping* da autoria de Folkman e Lazarus (1988) foi adaptado para a versão portuguesa por Pais-Ribeiro e Santos, em 2001. Inicialmente foi utilizado como um instrumento de investigação acerca dos componentes e dos determinantes do modo como os indivíduos lidam e reagem aos acontecimentos. O seu objectivo visava identificar pensamentos e acções a que os indivíduos recorriam para lidar com acontecimentos stressantes específicos (Pais-Ribeiro e Santos, 2001).

Com o passar do tempo foram propostas pelo autor inúmeras dimensões desta teoria, até chegar à versão mais recente com duas dimensões gerais de *coping*: focado no problema e focado nas emoções (Edwards & O'Neil, 1998 citado por Pais-Ribeiro e Santos, 2001).

O questionário encontra-se dividido em 8 subescalas relativas ao *Coping*: confrontativo; Distanciamento; Auto-controlo; Procura de Suporte Social; Aceitar a Responsabilidade; Fuga/Evitamento; Resolução Planeada do Problema e Reavaliação Positiva. Cada escala ou forma de *coping* é tipificada e avaliada por itens e os indivíduos respondem a cada item numa escala ordinal de 4 pontos, indicando com que frequência recorrem a cada estratégia: 0-nunca usei; 1-Usei de alguma forma; 2- sei algumas vezes; 3-Usei muitas vezes (Pais-Ribeiro e Santos, 2001).

A análise da consistência interna e do conteúdo dos itens permitiu identificar as alterações a introduzir relativamente ao questionário original e por isso dois itens são retirados ficando o mesmo com 48 itens. O *alpha* de *cronbach* é aceitável e a validade está garantida (Pais-Ribeiro e Santos, 2001).

## Procedimentos

Num primeiro momento foi solicitada a autorização para a utilização dos instrumentos aos autores dos mesmos.

O passo seguinte incluiu a aplicação dos questionários a 57 idosos da cidade da Covilhã, sendo previamente realizado o consentimento informado. A aplicação decorreu em três momentos diferentes (3 dias) tendo sido realizada nas ruas da cidade e na Divisão de Educação, Cultura e Desporto da Câmara Municipal da Covilhã.

As variáveis deste estudo diziam respeito aos níveis de depressão (variável independente) e às estratégias de *coping* (variável dependente).

A amostra desta investigação possui características específicas que poderão vir fazer a diferença em termos dos resultados. Assim, é de salientar que esta é constituída por idosos utilizadores de serviços da Câmara Municipal da Covilhã (por exemplo: projecto comunitário, passeios, baile, entre outras actividades com o intuito de quebrar o isolamento) pelo que estes demonstram um maior grau de autonomia e eventualmente possuem competências sociais e estabelecem pontes significativas como o suporte social.

Posteriormente, procedeu-se à realização da análise estatística dos dados recolhidos através do Programa Estatístico SPSS, mais especificamente à análise de variância<sup>2</sup>, à diferença de médias<sup>3</sup> e frequências.

## b) Resultados

Primeiramente, apresentam-se os resultados para a avaliação dos níveis globais da amostra de depressão e de *coping* decorrentes dos objectivos 1 e 2 respectivamente, para se descrever o comportamento da amostra a este nível.

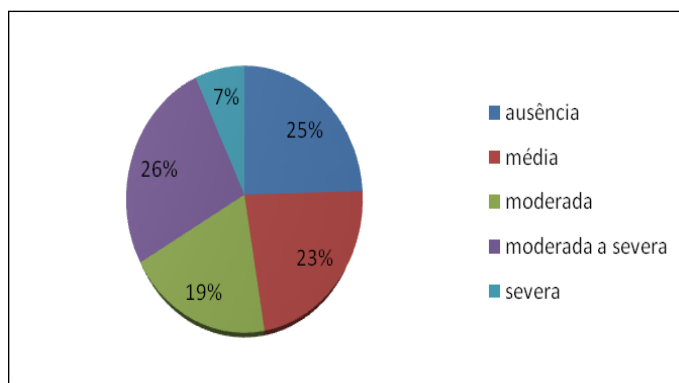
Decorrente do objectivo 1, como se pode verificar na figura 2, o nível de depressão “moderada a severa” é o que apresenta uma maior percentagem (26,3%), em detrimento do nível “severa” que apresenta um valor de 7%. Convém referir que o nível “ausência” também representa uma parte significativa de percentagem na amostra (24,6%), ou seja, a percentagem de participantes com níveis de depressão “moderada a severa” é similar à dos participantes com “ausência” de depressão.

---

<sup>2</sup> ANOVA: compara os valores da média de dois grupos diferentes.

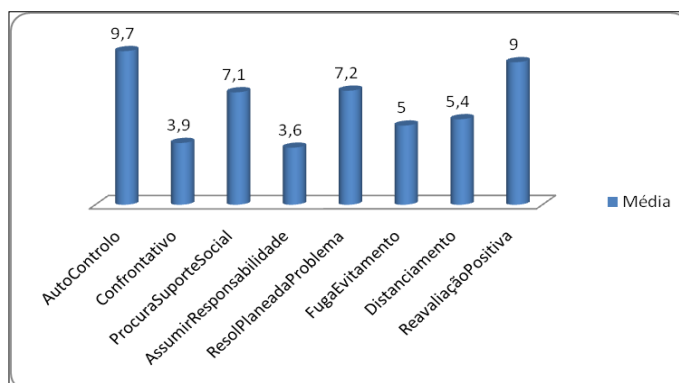
<sup>3</sup> T-Test: avalia o efeito de duas ou mais variáveis independentes sobre uma variável dependente.

Figura 2  
Níveis de Depressão



Consequente do objectivo 2, verificaram-se os resultados ilustrados na figura 3.

Figura 3  
Estratégias de coping



Como podemos verificar na figura 3 a estratégia de *coping* a que os idosos mais recorrem é o “auto-controlo” seguida da “reavaliação positiva”.

Na análise do objectivo 3 podemos verificar os seguintes resultados:

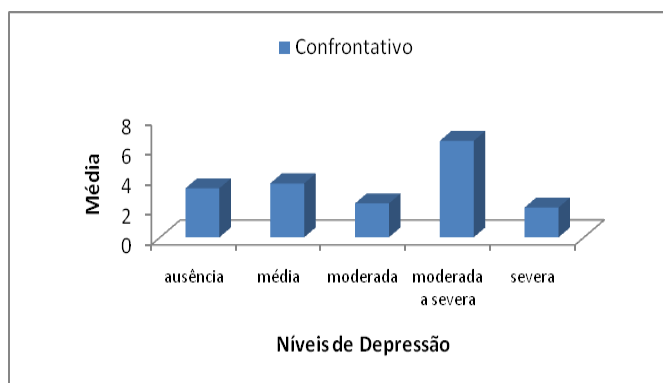
**Tabela 3**  
*Estratégias de Coping de acordo com o nível de depressão e respectiva média e nível de significância*

<b>Estratégias de Coping</b>	<b>Níveis de Depressão</b>	<b>Média</b>	<b>Nível de Significância</b>
Confrontativo	Moderada a severa	6,466666667	0,001244
Auto-Controlo	Moderada	13,09090909	0,00103
Procura de Suporte Social	Média	9,923076923	0,000171
Assumir Responsabilidade	Moderada	5,727272727	0,029592
Resolução Planeada do Problema	Moderada	10,18181818	0,000925
Fuga/Evitamento	Moderada a severa	6,2	,000
Distanciamento	Média	6,692307692	0,114699
Reavaliação Positiva	Moderada	12,81818182	0,001528

Como observamos na tabela 3, todas as estratégias de *coping* revelam valores significativos no que se refere a um determinado nível de depressão, isto é, uma dada estratégia é mais utilizada em determinado nível de depressão. Podemos afirmar que o nível de depressão em que os participantes se encontram influencia a “escolha” da estratégia de coping. Em seguida, podemos observar os dados da tabela 3 de forma mais detalhada.

Para a estratégia de *coping* “confrontativo”, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ( $F(148,71; 367,85) = 5,256; p=0,001$ ) que nos indicam que são os participantes com depressão “moderada a severa” aqueles que mais utilizam este estilo de *coping* tal como se pode observar na figura 4.

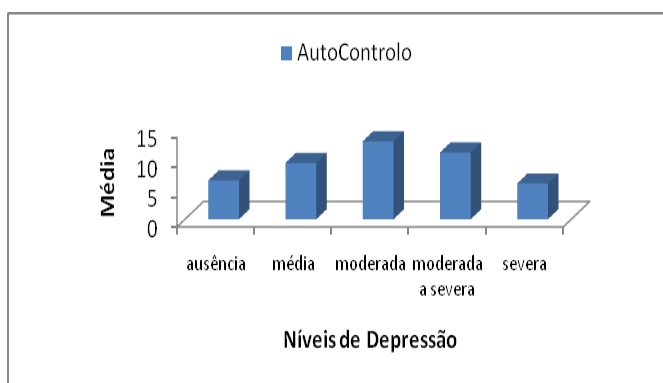
Figura 4  
 Comparação de médias entre níveis de depressão e o estilo "confrontativo" de coping



( $n=57; F(148,71; 367,85) = 5,256; p=0,001$ )

Para a estratégia de *coping* “auto-controlo”, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ( $F(358,94; 864,04) = 5,401; p=0,001$ ) que nos indicam que são os participantes com depressão “moderada” aqueles que mais utilizam este estilo de *coping* tal como se pode observar na figura 5.

Figura 5  
 Comparação de médias entre níveis de depressão e o estilo "auto-controlo" de coping

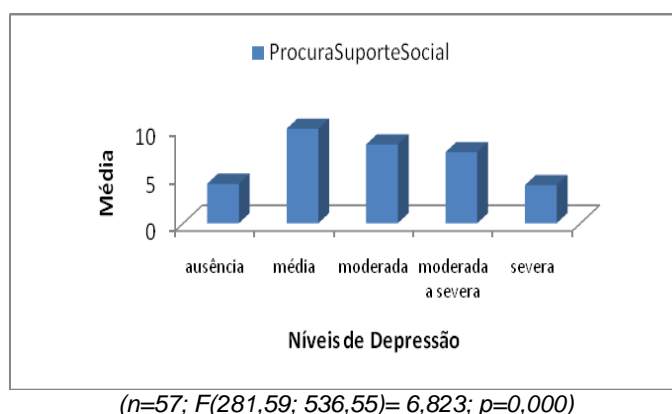


( $n=57; F(358,94; 864,04) = 5,401; p=0,001$ )

Para o estilo “procura de suporte social” verificam-se diferenças estatisticamente significativas ( $F(281,59; 536,55)= 6,823; p<0,001$ ) que apontam que são os participantes com níveis de depressão média que recorrem em maior frequência a este estilo de *coping*, como se verifica na figura 6.

Figura 6

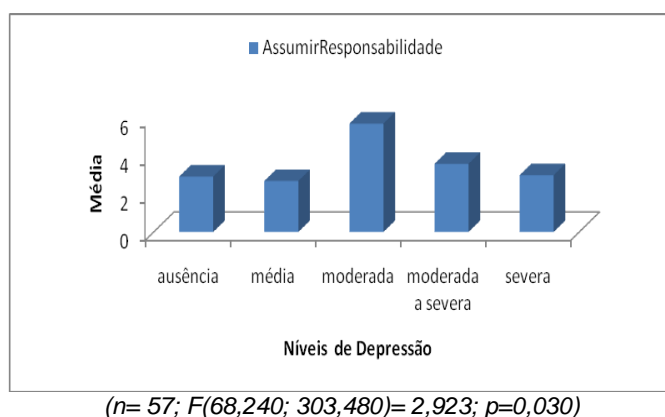
*Comparação de médias entre níveis de depressão e o estilo “procura de suporte social”*



Para o estilo “assumir responsabilidade” verificam-se diferenças estatisticamente significativas ( $F(68,240; 303,480)= 2,923; p=0,030$ ) que indicam que são os participantes com níveis de depressão moderada que recorrem em maior frequência a este estilo de *coping*, como se verifica na figura 7.

Figura 7

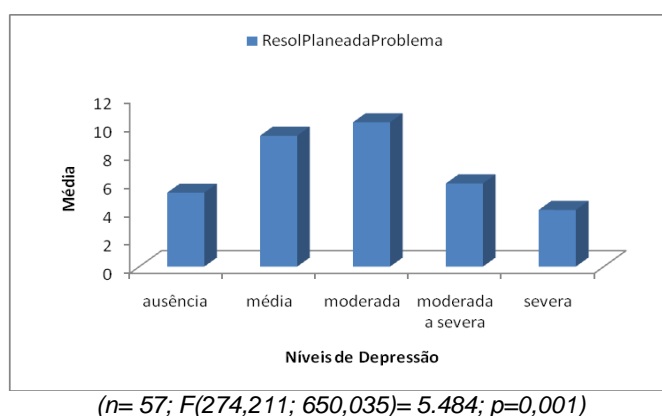
*Comparação de médias entre níveis de depressão e o estilo “assumir responsabilidade”*



Para a estratégia de *coping* “resolução planeada do problema”, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ( $F(274,211; 650,035)= 5.484; p=0,001$ ) que nos indicam que são os participantes com depressão “moderada” aqueles que mais utilizam este estilo de *coping* tal como se pode observar na figura 8.

Figura 8

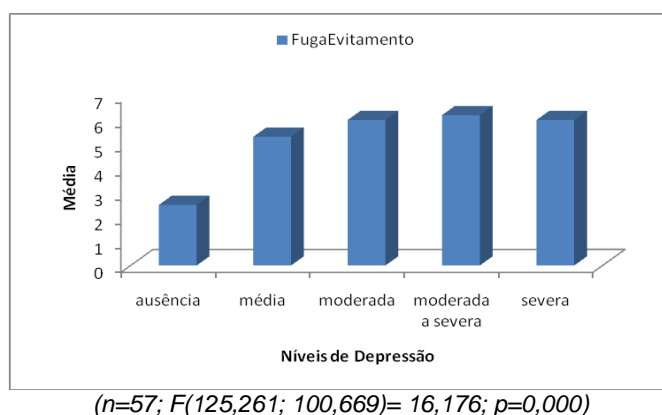
*Comparação de médias entre níveis de depressão e o estilo “resolução planeada do problema”*



Para a estratégia de *coping* “fuga/evitamento”, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ( $F(125,261; 100,669)= 16,176; p<0,001$ ) que nos indicam que são os participantes com depressão “moderada a severa” aqueles que mais utilizam este estilo de *coping* tal como se pode observar na figura 9

Figura 9

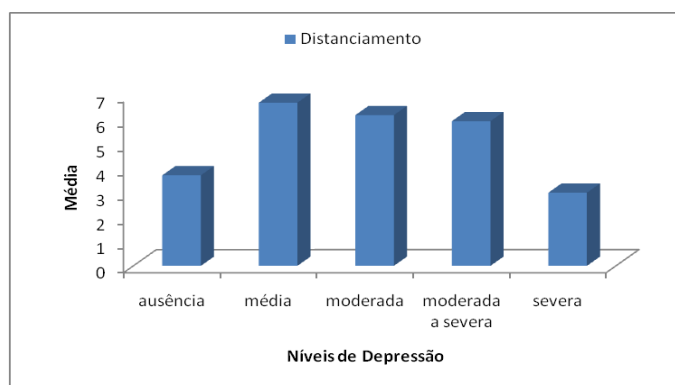
*Comparação de médias entre níveis de depressão e o estilo “fuga/evitamento”*



Para a estratégia de *coping* “distanciamento”, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ( $F(95,523; 634,196)= 1,958; p=0,115$ ) que nos indicam que são os participantes com depressão “moderada a severa” aqueles que mais utilizam este estilo de *coping* tal como se pode observar na figura 10

Figura 10

*Comparação de médias entre níveis de depressão e o estilo “distanciamento”*

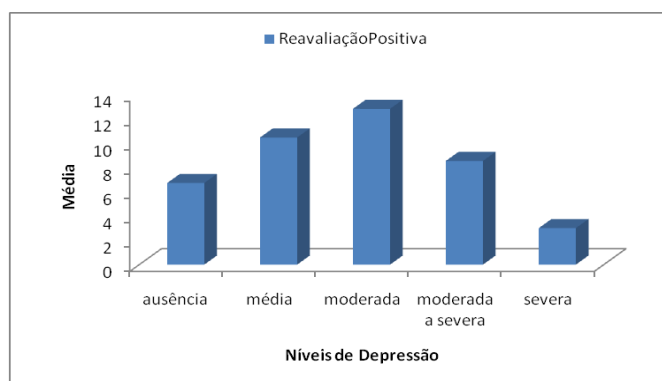


( $n=57; F(95,523; 634,196)= 1,958; p=0,115$ )

Para a estratégia de *coping* “reavaliação positiva”, verificam-se diferenças estatisticamente significativas ( $F(408,472; 1041,458)= 5,099; p=0,002$ ) que nos indicam que são os participantes com depressão “moderada” aqueles que mais utilizam este estilo de *coping* tal como se pode observar na figura 11

Figura 11

*Comparação de médias entre níveis de depressão e o estilo “reavaliação positiva”*



( $n=57; F(408,472; 1041,458)= 5,099; p=0,002$ )

Decorrente do objectivo 4, podemos verificar, recorrendo à tabela 4 que as estratégias de *coping* “confrontativo” e “resolução planeada do problema”, são aquelas em que a diferença estatística é significativa, sendo que os participantes com nse baixo recorrem mais ao *coping* “confrontativo” e os indivíduos com nse médio à “resolução planeada do problema”, como a tabela 5 justifica.

Tabela 4

*Nível de Significância para as estratégias de coping de acordo com a variável “NSE”*

<b>Estratégias de Coping</b>		<b>t</b>	<b>Graus de Confiança</b>	<b>Valor de Significância</b>
Confrontativo	Variâncias iguais assumidas	2,526	55	,014
	Variâncias iguais não assumidas	2,383	36,635	,022
Resolução Planeada do Problema	Variâncias iguais assumidas	-2,996	55	,004
	Variâncias iguais não assumidas	-2,995	44,681	,004

Tabela 5

*Média do nível da variável “NSE” de acordo com as estratégias de coping significativas*

<b>Estratégias de Coping</b>	<b>NSE</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>
Confrontativo	Baixo	22	5,136364
	Médio	35	3,142857
Resolução Planeada do Problema	Baixo	22	5,272727
	Médio	35	8,371429

Perante a tabela 6 verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas em todas as estratégias, no que se refere à variável “sexo”, à excepção da estratégia “distanciamento”, sendo os participantes do sexo masculino os que mais recorrem à sua utilização, como prova a tabela 7

Tabela 6

*Nível de Significância para as estratégias de coping de acordo com a variável sexo*

<b>Estratégias de Coping</b>		<b>t</b>	<b>Grau de confiança</b>	<b>Valor de Significância</b>
Auto-Controlo	Variâncias iguais assumidas	-2,591	55	,012
	Variâncias iguais não assumidas	-2,630	53,331	,011
Procura de Suporte Social	Variâncias iguais assumidas	-4,050	55	,000
	Variâncias iguais não assumidas	-4,058	54,713	,000
Assumir Responsabilidade	Variâncias iguais assumidas	-3,764	55	,000
	Variâncias iguais não assumidas	-3,783	54,989	,000
Resolução Planeada do Problema	Variâncias iguais assumidas	-2,176	55	,034
	Variâncias iguais não assumidas	-2,199	54,560	,032
Fuga/Evitamento	Variâncias iguais assumidas	-2,648	55	,011
	Variâncias iguais não assumidas	-2,772	33,995	,009
Reavaliação Positiva	Variâncias iguais assumidas	-2,943	55	,005
	Variâncias iguais não assumidas	-2,935	53,665	,005

Tabela 7

*Média da variável “sexo” de acordo com as estratégias de coping significativas*

<b>Estratégias de Coping</b>	<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>Média</b>
Confrontativo	Feminino	30	3,80
	Masculino	27	4,04
Auto-Controlo	Feminino	30	8,20
	Masculino	27	11,26
Procura de Suporte Social	Feminino	30	5,40
	Masculino	27	9,04
Assumir Responsabilidade	Feminino	30	2,50

	Masculino	27	4,81
	Feminino	30	6,10
Resolução Planeada do Problema	Masculino	27	8,37
	Feminino	30	4,40
Fuga/Evitamento	Masculino	27	5,74
	Feminino	30	7,20
Reavaliação Positiva	Masculino	27	10,93

Relativamente à variável sócio-demográfica “idade”, não se observam diferenças estatisticamente significativas.

### c) Discussão dos Resultados

Com a realização deste estudo podemos verificar que a percentagem de participantes com “ausência” de depressão se encontra próxima da dos participantes com níveis de depressão “moderada a severa”, em contrapartida a percentagem de sujeitos com depressão “severa” é muito inferior às anteriores. Este último dado indica que a depressão na terceira idade não é tão frequente, o que vai de encontro ao que refere Snowdon (2002). Isto poderá indicar que o facto da amostra usufruir de serviços da Câmara Municipal da Covilhã (por exemplo: projecto comunitário, passeios, baile, entre outras actividades com o intuito de quebrar o isolamento) se encontra relacionado com uma menor percentagem em níveis de depressão “severa”.

As estratégias de *coping* neste estudo surgem associadas à problemática da depressão, o que é reforçado por Lazarus e Folkman (Lazarus, 1992, citado por Pais-Ribeiro e Santos, 2001). Os participantes recorrem a todas as estratégias de coping, sendo que a umas mais frequentemente e outras não tão frequentes, facto também corroborado pelos autores anteriormente referidos.

As estratégias mais utilizadas pelos participantes são o “auto-controlo” e a “reavaliação positiva”, sendo ambas consideradas estratégias mais adaptativas. Estas estratégias também são referidas por Galdino (2000) como mais utilizadas e, Pais-Ribeiro e Santos (2002) indica o auto-controlo como a terceira mais utilizada.

Esta alta percentagem da sua utilização poderá estar ligada ao facto dos participantes poderem participar em actividades que promovem a partilha de ideias e experiências o que lhes dá ferramentas para poderem vir a lidar mais eficazmente com acontecimentos stressantes e de forma mais assertiva. Este facto é reforçado por Stefani e Feldberg (2006), quando referem que as pessoas que não se encontram institucionalizadas, o caso dos

participantes, utilizam mais acções concretas para resolver o problema (auto-controlo e reavaliação positiva).

A “escolha” destas estratégias, segundo a análise de dados, encontra-se influenciada pelo nível de depressão em que os participantes se encontram. Assim, podemos verificar que no nível “médio” de depressão os sujeitos recorrem com maior frequência à estratégia “procura de suporte social”. Já os sujeitos com depressão “moderada” utilizam estratégias como o “auto-controlo”, “assumir a responsabilidade”, “resolução planeada do problema” e “reavaliação positiva”.

Esta “escolha” poderá revelar que em níveis “médio” e “moderado” da patologia os participantes ainda mantêm alguma competência para lidar com os seus problemas utilizando estratégias mais adaptativas (isto é, *coping* focado no problema) e por conseguinte mais auto-controladas. Participantes que se encontrem num nível mais avançado de depressão, como seja o nível “moderada a severa”, recorrem a estratégias menos adaptativas (“confrontativo”, “fuga/evitamento” e “distanciamento”) e consequentemente acabam por se esquivar dos seus problemas utilizando métodos fugazes.

Este estudo permitiu, ainda, verificar que o nível sócio-económico (nse) e o sexo são variáveis que interferem na “escolha” das estratégias, sendo que participantes com nse baixo recorrem mais à estratégia “confrontativo” ao passo que aqueles que possuem nse médio utilizam mais a “resolução planeada do problema”. Isto poderá sugerir que o nse condiciona a atitude dos participantes face a acontecimentos stressantes, sendo que quanto mais elevado é o nse mais a estratégia de *coping* é adaptada.

A variável “sexo” nesta amostra, parece ser importante na escolha das estratégias, sendo que são os homens os que mais recorrem às mesmas, o que poderá estar relacionado com a atitude de camuflagem no que toca aos seus sentimentos/emoções referindo-os somente através do questionário. Por sua vez, as mulheres verbalizam, na maioria das vezes, os seus sentimentos e desta forma ventitam mais não sentindo a necessidade de responderem (no questionário) de forma tão “negativa” face aos problemas.

Ao longo do estudo deparamo-nos com algumas limitações, nomeadamente, o nível de literacia dos participantes, o facto de não responderem com veracidade, os dogmas sociais, as experiências vividas, entre outras. O tamanho da amostra também foi um factor determinante para as conclusões a retirar deste estudo, na medida em que não sendo muito grande (<60) limitou a análise, isto é, os resultados não foram tão aproximados da realidade logo não tão representativos da população idosa.

Neste estudo foram conseguidas respostas às questões/objectivos propostos, contudo, em futuras investigações nesta área poderão incluir-se outras variáveis sócio-demográficas que estão associadas à depressão que foram referidas por Rodrigues e Raposo (2006) (como

seja o estado civil, local de residência, diferenças a nível grupal, idade e regularidade de actividade física) que não foram contempladas neste estudo e que poderão enriquecer o mesmo.

**Capítulo IV**  
**Reflexão Crítica**

O percurso foi fantástico!

O Estágio um barco importante para a viagem que se avizinha.... Dele a recordação dos momentos inigualáveis de aprendizagem e crescimento pessoal!

Este ano permitiu fazer, sentir, dizer, um pouco de tudo, ficando na lembrança as boas e as não tão boas experiências. Hoje tudo faz mais sentido, após alguns anos de estudo finalmente colhi o fruto! Fruto esse recheado de inúmeras experiências, cada uma mais rica que a outra, um caso mais singular que o outro... e, daí a aquisição das competências esperadas que um psicólogo alcance e desenvolva num determinado contexto profissional

O facto de ter estagiado em três locais distintos (NAPsiCC, CPCJ e NEIP), cada um com características próprias, foi uma mais valia no que se refere à interacção com diversas áreas de intervenção.

Assim, do NAPsiCC, fica a imensa oportunidade que tive de contactar com diversas faixas etárias e variadas problemáticas e, sem dúvida uma experiência única no que toca à elaboração e desenvolvimento de um programa de intervenção comunitária com uma população que “me deu tanto” em termos de experiência de vida, os idosos. Nesta componente foi necessário estabelecer as características dos indivíduos/grupo através de métodos adequados (elaboração de material de avaliação) e criação de materiais adequados para a intervenção.

A oportunidade de puder crescer e evoluir face às tarefas exigidas, foi característica principal no NEIP. Neste contexto pude perceber que o trabalho do psicólogo vai mais além da consulta de psicologia uma vez que participei noutros projectos de igual relevância na área (que passaram pela definição de objectivos, planificação de actividades e criação de diversos materiais para a concretização das actividades propostas).

De um outro contexto, a CPCJ da Covilhã, fica a recordação do constante desafio que era o contactar com um novo caso, o saber actuar perante o perigo e o risco aos quais as crianças e os jovens estavam expostos. A experiência que retiro da CPCJ é uma bagagem de competências que só foram possíveis no contacto com esta realidade, desde os momentos de avaliação (muito particulares) passando para a intervenção.

De um modo geral, estes três contextos profissionais ofereceram-me a aquisição das competências para que seja capaz de executar as funções de um psicólogo de forma adequada e independente...

Para terminar este percurso fica a gratidão a todos aqueles que foram os meus mestres durante esta etapa, pois sem eles tudo seria diferente e, é com esta palavra que termino o meu discurso: foi Diferente!

---

### Referências Bibliográficas

- Agostinho, P. (2004). Perspectiva Psicossomática do Envelhecimento. *Revista Portuguesa de Psicossomática*: 6 (1): 31-36.
- Alchieri, J. C., Cervo, C. S., & Núñez, J. C. (2005). *Avaliação de estilos de personalidade segundo a proposta de Theodore Millon*. Porto Alegre: 175-179.
- Allport, G. M. (1966). *Personalidade – Padrões de Desenvolvimento*. São Paulo: Ender.
- Al-Zuabi, H. F., & Al-Suwayan, M. H. (2004). The Role of the Family Physician in Managing Depression. *Middle East Journal of Family Medicine*, 2 (2).
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição, Texto Revisto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Arantes-Gonçalves, F. & Almeida, P. (2004). Os contornos bioéticos de um caso clínico de perturbação depressiva major. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 6 (2), 127-140.
- Ayache, D. C. G. & Costa I. P. (2005). Alterações da Personalidade no Lúpus Eritematoso Sistémico. *Rev Bras Reumatol*, 313-18.
- Bahls, S. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *InterAÇÃO*, 3, 49-60.
- Ballone, G. J. (2005). *Transtornos da Personalidade*. Retirado de [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br) no dia 14 de Dezembro de 2007.
- Barlow, D. (1999). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva da personalidade*. São Paulo: Artmed.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4:561-571.

Bowling, A. (2001). *Measuring disease: A review of disease-specific quality of life measurement scales*. Buckingham: Open University Press.

Bueno, B., & Navarro, N. A. (2002). Identificación de los problemas, afrontamiento y relación con la satisfacción vital en personas muy mayores. *Mapfre Medicina*, 14, 1.

Debray, Q. & Nollet, D. (2004). *As personalidades patológicas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Cais, S. C. F., & Stefanello, S. (s.d.). *Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipas de saúde mental*. Ministério da Saúde – Brasil: Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. Organização Pan-Americana da Saúde. Universidade Estadual de Campinas, 1-71.

Cameron, A. D.; Bloye, D. & Davies, S. (2004). *Psychiatry*. Toronto: Elsevier Science.

Cameron, A. D., Bloye, D., & Davies, S. (2004). *Psychiatry*. Toronto: Mosby.

Cheloni, C. F. P., Pinheiro, F. L. S., Filho, M. C., & Medeiros, A. L. (2003). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo escala de depressão geriátrica (Yesayage). *Expressão*, 34 (1-2); 61-73.

Clarkin, J.; Yeomans, F., & Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. Canada: John Wiley & Sons, Inc.

Cunha, J. (2002). *Psicodiagnóstico*. Porto Alegre: Artmed.

Cunha, P. J., & Azevedo, M. A. S. B. (2001). Um Caso de Transtorno de Personalidade Borderline Atendido em Psicoterapia Dinâmica Breve. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília 5-11.

Cupertino, A. P. F. B., Oliveira, B. H. D., Guedes, D. V., Coelho, E. R., Milano, R. S., Rubac, J. S., & Sarkis, S. H. (s.d.). Stress e Suporte Social na Infância e Adolescência relacionados com Sintomas Depressivos em Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), 371-378.

Dal’Pizol, A., Lima, L. D., Ferreira, L. M., Martins, M. C., Corrêa, P. O., Alves, M., Giuliani, S., & Buttes, V. (2003). Programa de abordagem interdisciplinar no tratamento do transtorno de personalidade borderline – relato da experiência no ambulatório Melanie Klein do Hospital Psiquiátrico São Pedro. *R. Psiquiatr.* 25: 42-51.

Debray, Q., & Nollet, D. (2004). *As personalidades patológicas*. Lisboa: Climepsi Editores.

DeRubeis, R. J. Tang, T. Z. & Beck, A. T. (2006). Terapia Cognitiva. In Dobson, K. S. *Manual de Terapias Cognitivo-comportamentais*. Porto Alegre: Artmed.

Dias, A. M. (2003). *Retorno ao trabalho após coronariopatia isquémica: subsídios para a identificação de alguns factores*. Coimbra.

Dobson, K. S., & colaboradores (2006). *Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais*. Porto Alegre: Artmed.

Dowson, J. H., & Gounds, A. T. (1995). *Personality Disorders – Recognition and Clinical Management*. Cambridge: Cambridge University Press.

Echeburúa, E., & Marañón, I. (2001). Comorbilidade de las alteraciones de la conducta alimentaria com los transtornos de personalidad. *Psicologia Conductual*. 9, 3: 513-525.

Fennel, M. J. V. (2002). Depression. In Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. New York: Oxford University Press.

Ferreira, T., Lopes, B., Lourenço, A., Melo, J., & Maia, T. (s.d.). Doença Bipolar e Perturbação Borderline da Personalidade - Comorbilidade ou Continuum. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*.

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. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (2), 114-122.

Forsell, Y., Jorm, A. F. & Winblad, B. (1998). The outcome of depression and dysthymia in a very elderly population: results from a three-year follow-up study. *Aging & Mental Health*, 2(2), 100-104.

Fernandes, P. (2002). *A Depressão no idoso*. Coimbra: Editora Quarteto.

Galdino, J. M. S. (2000). *Ansiedade, depressão e coping em idosos*. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Gazalle, K. G., Hallal, P. C., & Lima, M. S. (2004). Depressão na população idosa: os médicos estão investigando?. *Rev Brás Psiquiatr*; 26 (3): 145-9.

Gelder, M., Mayou, R., & Geddes. (2003). *Psychiatry: Formerly the Concise Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Gorestein, C., & Andrade, L. (1996). Validation of a Portuguese Version of the Beck Depression Inventory and the Staff – Triat Anxiety Inventory in Brasilier Subjects. *Braz. J. Med. Biol. Res*, 29: 453-457.

Granberg, Å., & Armelius, K. (2003). *Change of Self-Image in Patients with Neurotic, Borderline and Psychotic Disturbances*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 228 -237. Sweden: John Wiley & Sons, Ltd.

Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (s.d.). Relação do Bem-Estar Subjectivo, Estratégias de *Coping* e Apoio Social em Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (2), 301-308.

Harrison, P., Geddes, J., & Sharpe, M. (2002). *Introdução à Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores.

Hill, J., Swales, M., & Byatt, M. (s.d.). *Perturbação da Personalidade*.

Jacob, L. (2004) *Ajudantes de Seniores: Uma proposta de perfil profissional para as IPSS*. Dissertação de Mestrado, ISCTE, Lisboa, 26.

Jacob (2006). *Qualidade de vida dos seniores em Portugal: A importância das Universidades da Terceira Idade*. Retirado de <http://www.medicosdeportugal.iol>, em Outubro de 2007.

Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Addis, M. E. (2001). *Depression in context: strategies for guided action*. New York: W.W.Norton.

Joyce-Moniz, L. (2003). *Psicopatologia do Desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGrawHill.

Kaplan, H. I, Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. São Paulo: Artmed Editora.

Karasu, B. T., Gelenberg, A., Merriam, A., & Wang, P. (2000). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. *Psychiatric Practice section of the APA*.

Karp, D. A. (2002). *Diz-me porque estás tão triste?* Coimbra: Quarteto Editora.

Kirchner, T., Torres, M., & Forns, M. (1998). *El modelo de polaridad de Millon*. In *Evaluacion Psicológica: modelos y técnicas*. Buenos Aires: Ed. Paidós.

Knapp, P. (2004). Princípios Fundamentais da terapia cognitiva. In Knapp, P. & Colaboradores. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Clínica* (19-41). Porto Alegre: Artmed.

Koenigsberg, H. W., et al. (2002). Perturbação estado-limite da personalidade. *Am J Psychiatry*.

Lafer, B., Almeida, O. P., Fráguas, R. J., & Miguel, E. C. (2000). Depressão no Ciclo da Vida. *Rev Bras Psiquiatr*; 22(3): 149-52.

Leahy, R.L. (2006). *Técnicas de Terapia Cognitiva – manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.

Lehmann, S. W. (2003). Psychiatric disorders in older women. *International Review of Psychiatry*, 15, 269–279.

Leite, V. 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.

Lewinsohn, P.M., Biglan, A., & Zeiss, A. S. (1976). *Behavioral treatment of depression*. In: Davidson, P. O. The behavioral management of anxiety, depression and pain. New York: Brunner/Mazel: 91-146.

Lima, M. S., Knapp, P., Blaya, C., Quarantini, L. C., Oliveira, I. R., & Lima, P. A. S. P. (2004). In Knapp, P. & Colaboradores. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Clínica* (168-192). Porto Alegre: Artmed.

Lopes, J. (1988). As depressões nas idades tardias. *Psicologia*, 6: 175-195.

Maia, A. C. (1999). Estatuto empírico das terapias cognitivo-comportamentais da depressão. *Revista Psiquiatria Clínica*, 20, 3, 205-212.

McIntyre, T., & Soares-Araújo, V. (1999). Inventário da Depressão de Beck: Estudo de Validade numa amostra de doentes com dor crónica. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, VI, p. 245-266.

McKendree-Smith, N. L., Floyd, M. & Scogin, F. R. (2003). Self-Administered Treatments for Depression: A Review. *Journal of Clinical Psychology*, 59(3), 275-288.

Ministry of Health (2004). *Clinical Practice Guidelines – Depression*. Singapore: Golden City Colour Printing Ltd.

Moraes, L. O. & Peniche, A. C. G. (2003). Ansiedade e mecanismos de *coping* utilizados por pacientes cirúrgicos ambulatoriais. *Rev. Es: Enferm USP*, 37 (3): 54-62.

Munk, M., & Laks, J. (2005). Depressão em idosos em um lar protegido ao longo de três anos. *J Bras Psiquiatr* 54 (2): 98-100.

Oliveira, D. A. A. P., Gomes, L., & Oliveira, R. F. (2006). Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. *Rev Saúde Pública*.

Oliveira, G. C., & Vollet, A. C. (2007). *Modelo De Depressão Em Terceira Idade Derivado Da Análise Do Comportamento*. Retirado de <http://www.redepsi.com.br/portal>, em Dezembro de 2007.

Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.

Pais-Ribeiro, J. L., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do Ways of Coping Questionnaire a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, 4: 491-502.

Pires, C. M. L. (2003). *Noções de Psicopatologia*. Lisboa: Universidade Aberta.

Puri, B. K., Laking, P. J., & Treasaden, I. H. (2002). *Textbook of Psychiatry*. London: Churchill Livingstone.

Randy, K. W. (2004). Assessment and Management of Personality Disorders. : Wisconsin: *American Family Physician*, 1505-1512.

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.

Rivera, J. L. G. & Monterrey, A. L. (1995). Psicobiología de la Depresión. In Belloch, A.,

Rodrigues, A. M. S., & Raposo, J. J. V. (2006). A relação entre o bem-estar psicológico, a auto-estima, a depressão e a religiosidade entre praticantes de actividade física regular e não praticantes em idosos. *UTAD – CEDAFES: Centro de Estudos em Desenvolvimento Humano Actividade Física e Saúde*.

Ruipérez, I., & Llorente, P. (1998). *Guias Práticas de Enfermagem: Geriatria*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill.

Sandín, B. & Ramos, F., (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Madrid: Mc Graw Hill.

Scambler, V. C., Bond, J., Bowling, A., & Being (2000). Alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Revista Clínica Geronto*, 10: 407-17.

Scazufca, M., & Matsuda, M.C.B. (2002). Revisão sobre a eficácia de psicoterapia vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. *Rev Bras Psiquiatr*; 24: 64-9.

Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População (2002). O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. Madrid: *Notas e Documentos*: 185-208.

Snowdon, J. (2002). How high is the prevalence of depression in old age?. *Rev Bras Psiquiatr*.

Sousa, A. C. A. (2003). Transtorno de Perturbação borderline sob uma perspectiva analítico-funcional. São Paulo: *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*.

Sousa, A. C. A., & Vandenberghe, L. (2005). A emergência do transtorno de personalidade borderline: uma visão comportamental. Curitiba: *Interação em Psicologia*, 381-390.

Souza, J. N., Chaves, E. C., & Caramelli, P. (2007). *Coping* em idosos com doença de alzheimer. *Rev Latino-am Enfermagem*; 15 (1).

Stefani, D., & C. Feldberg (2006). Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología*, 22, 2, 267-272.

Steiman, M., & Dobson, K. (2002). Cognitive-Behavioral Approaches to Depresssion. In Kaslow, F. W., & Patterson, T. *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Cognitive Behavior Approaches*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.

Trentini, M., Silva, S. M., Valle, M. L., & Hammerschmidt, K. S. A. (2005). Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crónicas de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13 (1), 38-45.

Wilkinson, GT., Moore, B., & Moore, O. (2003). *Tratar a Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

Wulsin, L. R. (2001). Depressive Disorders. In Jacobson, J. L., & Jacobson, A. M. *Psychiatric Secrets* (71-76). Philadelphia: Handley & Belfus, Inc.

Young, J. E., Beck, A. T. & Weinberger, A. (1999). Depressão. In Barlow, D. H. (Ed.), *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos (2ª Edição)*. Porto Alegre: Artmed.

# Anexos