

---

**UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR**

Departamento de Psicologia e Educação



## **Relatório Final de Estágio**

**Dissertação elaborada no âmbito do segundo ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Psicologia Clínica e da Saúde**

**Antonieta Isabel Tourais Pinto**

**Julho 2008**

---



## ÍNDICE

•	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
•	<b>BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO CURRICULAR .....</b>	<b>4</b>
	✓ <b>Centro Hospitalar Cova da Beira.....</b>	<b>4</b>
	✓ <b>Objectivos do estágio.....</b>	<b>4</b>
	✓ <b>Descrição Cronológica do Estágio.....</b>	<b>5</b>
•	<b>I-PARTE: INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>9</b>
■	<b>1. Breve Introdução _____</b>	<b>10</b>
■	<b>2. Pertinência do estudo _____</b>	<b>10</b>
■	<b>3. Contextualização Histórica _____</b>	<b>11</b>
■	<b>4. Questões Éticas _____</b>	<b>20</b>
■	<b>5. Caracterização dos instrumentos de avaliação utilizados _____</b>	<b>21</b>
■	<b>6. Metodologia _____</b>	<b>27</b>
	✓ <b>Caracterização do estudo.....</b>	<b>27</b>
	✓ <b>Objectivos.....</b>	<b>27</b>
	✓ <b>Amostra.....</b>	<b>27</b>
	✓ <b>Instrumentos utilizados.....</b>	<b>28</b>
	✓ <b>Definição de Hipóteses.....</b>	<b>28</b>
	✓ <b>Análise Estatística.....</b>	<b>29</b>
	✓ <b>Procedimentos.....</b>	<b>29</b>
■	<b>7. Análise dos Resultados _____</b>	<b>29</b>
■	<b>8. Discussão dos Resultados _____</b>	<b>54</b>
■	<b>9. Limitações da Investigação _____</b>	<b>62</b>
■	<b>10. Considerações Finais _____</b>	<b>63</b>



---

• <b>II-PARTE: AVALIAÇÃO.....</b>	<b>65</b>
■ 1. Breve Introdução _____	66
■ 2. Técnicas utilizadas _____	67
✓ Teste do Desenho.....	67
✓ WISC-III .....	73
✓ CAT .....	74
✓ Pata Negra .....	74
✓ Outras técnicas de avaliação .....	75
• <b>III-PARTE: INTERVENÇÃO.....</b>	<b>85</b>
■ 1. Breve Introdução _____	86
■ 2. Caso de intervenção _____	86
■ 3. Outras metodologias utilizadas _____	126
• <b>FORMAÇÃO</b>	
<b>COMPLEMENTAR.....</b>	<b>138</b>
• <b>PROGRAMA PESO SAUDÁVEL .....</b>	<b>139</b>
• <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>143</b>
• <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>145</b>
• <b>ANEXOS .....</b>	<b>154</b>

---



## **INTRODUÇÃO**

O presente trabalho surge no âmbito do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre em Psicologia a funcionar na Universidade da Beira Interior, de acordo com a legislação e os princípios do Acordo de Bolonha, e tem por base todo o trabalho desenvolvido no último ano (5-º ano) da Licenciatura em Psicologia.

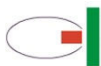
O objectivo principal deste documento é poder dar a conhecer o trabalho desenvolvido no decorrer do ano lectivo (2006/2007), a três níveis de aprendizagem de competências: investigação, avaliação e intervenção psicológicas, possibilitadas através da realização de um estágio curricular numa unidade hospitalar. A apresentação destes níveis de aprendizagem será dividida em três partes, precedidas de uma breve contextualização do estágio curricular desenvolvido.

Numa primeira parte será apresentado o trabalho de investigação realizado no Centro Hospitalar Cova da Beira – Serviço de Nutrição e actividade Física (SNAF), com utentes da Consulta de Psicologia.

Na segunda parte do presente documento abordar-se-ão os procedimentos e métodos de avaliação utilizados no decorrer do Estágio Curricular realizado no serviço supra citado.

Por fim apresentar-se-á, numa terceira parte, os mecanismos de intervenção adoptados e implementados ao longo do Estágio.

## **BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO CURRICULAR**



Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE



O estágio curricular, e a qual o presente relatório concerne, decorreu no Serviço de Nutrição e Actividade Física (SNAF), do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) – Covilhã.

O CHCB S.A., inaugurado em 17 de Janeiro de 2000, integra o Hospital Pêro da Covilhã (na cidade da Covilhã) e o Hospital Distrital do Fundão e é a estrutura responsável pelos cuidados hospitalares na região do fértil vale da Cova da Beira, que abrange uma população de cerca de 100 mil habitantes.

O Centro Hospitalar Cova da Beira assume-se como uma Unidade Hospitalar moderna e inovadora, preocupada com o desenvolvimento de projectos que permitam o cumprimento da sua missão, que contempla, entre outros objectivos, a prestação de cuidados de saúde efectivos, eficientes e de qualidade à população.

Neste âmbito, o Centro Hospitalar tem orientado a sua acção para a implementação de novos processos e procedimentos que irão permitir otimizar o seu modo de organização e o desenvolvimento de novas metodologias, conducentes a um processo de melhoria da sua qualidade organizacional.

Este compromisso que o Centro Hospitalar assume com a Qualidade pretende incentivar a criação de uma Cultura da Qualidade orientada para o utente, assente num espírito de equipa e cooperação entre os colaboradores, cujo contributo é indispensável e insubstituível, neste desafio da Melhoria da Qualidade e Excelência que se pretende alcançar.

### OBJECTIVOS DO ESTÁGIO

1. Estabelecer relações privilegiadas de colaboração entre o curso de Psicologia e os Serviços de Psicologia devidamente enquadrados nas instituições;



2. Facultar uma experiência de aproximação ao mercado de trabalho, capaz de contribuir para a posterior inserção profissional dos licenciados;
3. Proporcionar uma experiência de aprendizagem integradora das diversas componentes da formação (teóricas, teórico-práticas e práticas);
4. Aprofundar o conhecimento teórico e prático de uma das especialidades das áreas científicas da Psicologia;
5. Desenvolver competências de intervenção e investigação.

### DESCRIÇÃO CRONOLÓGICA DO ESTÁGIO

O estágio académico decorreu aproximadamente durante nove meses (desde Outubro de 2006 até Junho de 2007). O horário laboral foi estabelecido de acordo com o horário do orientador no local – Dr. Jorge Marques. Apesar deste contemplar todos os dias da semana das 9h00 às 17h00 houve uma certa flexibilidade no que respeita ao inicialmente previsto. Assim sendo, a estimativa de horas dedicadas ao estágio no SNAF foi cerca de 864 horas, das quais mais de 200 horas foram dispensadas ao acompanhamento clínico, e autónomo, de pacientes e as restantes no trabalho que foi desenvolvido ao longo do ano (preparação das sessões, desenvolvimento e adaptação de material, pesquisa bibliográfica).

Importa referir que, ao longo do estágio, houve a possibilidade de contactar, autonomamente, com algumas das mais conhecidas problemáticas psicológica. Nomeadamente, sintomatologia ansiosa e depressiva e patologia infantil permitiram um alargar de conhecimentos, na medida em que, se justificou a aplicação de diversos instrumentos de avaliação psicológica. Neste sentido, torna-se relevante salientar o papel positivo da intervenção que tanto contribuiu para uma iniciação de uma boa prática psicoterapêutica.

Seguidamente apresenta-se um quadro resumo dos casos clínicos e patologia abordada bem como um cronograma explicativo do decorrer do ano lectivo.



## Quadro resumo I – Sumarização de casos e Patologias

Caso	Sexo	Idade	Patologia	N.º Sessões	Duração total do acompanhamento	Descrição
1	F	24	Anorexia Nervosa	4	2h41	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Observação</li><li>✓ História clínica</li><li>✓ Avaliação Psicológica</li></ul>
2	F	21	Bulimia Nervosa	15	15h33	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Observação</li><li>✓ História clínica</li><li>✓ Avaliação Psicológica</li><li>✓ Relaxamento</li></ul>
3	F	39	Obesidade/Depressão	15	17h16	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ História clínica</li><li>✓ Avaliação Psicológica</li><li>✓ Relaxamento</li></ul>
4	F	9	Obesidade	15	7h30	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Entrevista clínica</li><li>✓ História clínica</li><li>✓ Avaliação Psicológica</li><li>✓ Actividades lúdicas</li></ul>
5	M	6	DHDA	18	18h58	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Entrevista clínica</li><li>✓ História clínica</li><li>✓ Avaliação Psicológica</li><li>✓ Actividades lúdicas</li><li>✓ Treino de auto-instrução</li></ul>
6	M	8	DHDA	10	12h38	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Entrevista clínica</li><li>✓ História clínica</li><li>✓ Avaliação Psicológica</li></ul>
7	M	7	Depressão	7	8h08	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Actividades lúdicas</li></ul>
8	F	42	Depressão	20	26h08	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ História clínica</li><li>✓ Avaliação Psicológica</li><li>✓ Psico-educação</li><li>✓ Relaxamento</li></ul>
9	M	24	Depressão/Luto	11	13h25	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ História clínica</li><li>✓ Avaliação Psicológica</li><li>✓ Psico-educação</li><li>✓ Relaxamento</li></ul>
10	M	58	PSPT	10	15h08	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ História clínica</li><li>✓ Avaliação Psicológica</li><li>✓ Psico-educação</li><li>✓ Relaxamento</li></ul>
11	M	21	Obesidade	1	1h	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ História clínica</li><li>✓ Avaliação Psicológica</li></ul>
12	F	42	Obesidade	1	1h	
13	M	55	Obesidade	1	1h	



### Esquema I - Calendarização do ano lectivo

Outubro						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				





Novembro				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30

Dezembro						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Janeiro						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Fevereiro						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

Março						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				





	Estágio CHCB
	Orientação na Universidade
	Formação Complementar
	Fins de Semana e Feriados



Abril				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30

Maio						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Junho				
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30

	Estágio CHCB
	Orientação na Universidade
	Formação Complementar
	Fins de Semana e Feriados



# I – PARTE

---

## INVESTIGAÇÃO



## 1. BREVE INTRODUÇÃO

Durante muito tempo na história da humanidade, o ganho de peso, bem como o acúmulo de gordura, eram vistos como sinais de saúde e prosperidade. Hoje, contudo, a obesidade é considerada uma doença crónica, que afeta crianças, adolescentes e adultos, estando presente tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (Almeida, Loureiro & Santos, 2002).

Este estudo prende-se com uma tentativa de apurar se as pessoas obesas de um modo geral possuem traços personalísticos comuns. Para tal, recorreu-se à aplicação de um questionário que fornece informação acerca dos traços pretendidos.

O *Mini-mult* (Kincannon, 1968) é uma versão reduzida do conhecido inventário de personalidade *MMPI* (*Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota – Hathaway & McKinley, 1943*). Trata-se de um exame de grande utilização no mundo inteiro, pelo que daí resultou um vastíssimo número de trabalhos que permitem hoje utilizar a prova com segurança científica e clínica (Gayton, Bishop, Citrin & Bassett, 1975; Faschingbauer, 1976; Bassett, Schellman, Gayton & Tavormina, 1977; Rand, 1979).

Este questionário foi aplicado aos utentes da consulta externa do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), que frequentavam a consulta de Psicologia do Serviço de Nutrição e Actividade Física (SNAF).

## 2. PERTINÊNCIA DO ESTUDO

Desde 1998 a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a Obesidade como uma epidemia global que constitui um importante problema de saúde pública (Felippe *et al.* 2004; Halpern, Rodrigues & Costa, 2004), nos países desenvolvidos e também nos países em vias de desenvolvimento (Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez & Vidal, 1997; Moro, 2005; Pereira & Helene, 2006).

Sendo assim, torna-se deveras importante a realização de estudos, para uma compreensão mais alargada deste problema que tantas consequências negativas acarreta.

Com esta investigação, apesar de não se poderem obter resultados a uma escala global, pretende-se estudar uma pequena população que por algum motivo se encontra a ser acompanhada num serviço hospitalar responsável por questões alimentares. Por

---



---

interesse pessoal, devido á minha formação académica na área da Psicologia, já que tinha a oportunidade de estar em contacto com esta população (devido á realização do estágio curricular no Serviço de Nutrição e Actividade Física do Centro Hospitalar Cova da Beira), por que não tentar perceber quais as características do foro psicológico destas pessoas unidas pelo mesmo problema. Os resultados obtidos com esta investigação, terão uma utilidade clínica, não tanto para a sociedade em geral, mas sim para a sociedade da Cova da Beira que disporá a partir daqui de mais alguns dados que caracterizam esta população com excesso de peso.

### **3. CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA**

Os temas relacionados com a alimentação têm vindo a tornar-se cada vez mais centrais para a concretização da qualidade de vida, saúde e bem-estar das pessoas da sociedade contemporânea (Lázaro, 2001).

As perturbações alimentares são quadros psiquiátricos que afectam principalmente adolescentes e adultos na sua maioria do sexo feminino (Abreu & Filho, 2004; Oliveira & Santos, 2006; Quadros, Bruscatto & Filho, 2006), tendo repercussões a vários níveis (Gouveia, 2000; Cordás, 2004) e apresentando geralmente as suas primeiras manifestações na infância e adolescência (Appolinário & Claudino, 2000; Tanofsky-Kraft, Cohen, Yanovski & Cox, 2006).

A Obesidade é, provavelmente, a enfermidade metabólica mais antiga que se conhece (Nonino-Borges, Borges & Santos, 2006). Todavia, foi a Anorexia Nervosa a primeira perturbação alimentar a ser reconhecida a partir dos relatórios de Gull e Laségue no século XIX enquanto que as outras perturbações hoje conhecidas só foram descritas um século depois (Hay, 2002).

A interpretação da Obesidade varia de época para época, reflectindo os valores culturais e científicos de cada uma (Nonino-Borges *et al.*, 2006).

Durante muito tempo na história da humanidade, o ganho de peso, bem como o acúmulo de gordura, eram vistos como sinais de saúde e prosperidade (Palmer, 2000). Hoje, contudo, a obesidade é considerada uma doença crónica, que afecta crianças, adolescentes e adultos, presente tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (Almeida, Loureiro & Santos, 2002).



---

Há diversas formas de conceituar e classificar a obesidade:

---

*“condição verificada sempre que a admissão de energia excede o respectivo consumo (isto é, quando o organismo utiliza menos calorias do que aquelas que recebe)”*

(Enciclopédia de Medicina, 1997)

*“acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo”*

(Nunes, 1998)

*“perturbação do comportamento que reflecte um excesso de consumo de comida comparado com o dispêndio de energia”*

(Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002)

*“síndrome multifactorial na qual a genética, o metabolismo e o ambiente interagem, assumindo diferentes quadros clínicos, nas diversas realidades socioeconómicas”*

(Cataneo, Carvalho & Galindo, 2005)

*“acumulação excessiva, mais ou menos generalizada, de tecido adiposo, que provoca um aumento de peso superior a 25% do peso estimado normal.”*

(Dicionário Médico, 2004)

---

A Obesidade é uma doença crónica, grave, de custos elevados em todas as áreas da existência humana, individual e social (Segal, Cardeal & Cordás, 2002), que varia conforme o sexo, faixa etária, raça e condições socioeconómicas (Porto, Brito, Calfa, Amoras, Villela & Araújo, 2002).

Desde 1998 a OMS considera a Obesidade como uma epidemia global que constitui um importante problema de saúde pública (Felippe *et al.* 2004; Halpern, Rodrigues & Costa, 2004), nos países desenvolvidos e também nos países em vias de desenvolvimento (Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez & Vidal, 1997; Moro, 2005; Pereira & Helene, 2006), sendo a Obesidade Mórbida (OM) uma versão patológica desta (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004).



---

É já considerada a “*Epidemia do século XXI*” (Santos, Nunes, Ribeiro, Santos, Duarte & Mota, 2005) e está comprovadamente associada à maior mortalidade geral e à maior morbidez com doenças como hipertensão arterial, diabetes, aterosclerose, doenças vasculares e cerebro-vasculares, osteoartrose, gota, apneia obstrutiva do sono entre outras (Assis, 1999; Segal *et al.*, 2002; Ogden, 2004). Assim sendo, a obesidade torna-se um factor preditivo de que, tal como afirma Martins (1999) “*a população obesa de hoje será a população doente de amanhã*”.

Calcula-se que cerca de 35,2% da população portuguesa possui excesso de peso e que pelo menos 14% são obesos (Vasconcelos, Jorge, Nobre, Domingues, Macedo & Castro, 2004).

Segundo o *Inquérito Nacional de Saúde* foi estimado que em Portugal, no ano de 2002, os custos indirectos associados à Obesidade rondavam os 199,8 milhões de euros (Pereira & Mateus, 2003). Os resultados indicam que esta condição clínica acarreta consideráveis perdas económicas para o país (Pereira & Mateus, 2003).

Em Portugal existem cerca de 900 000 adultos obesos ( $IMC \geq 30$  Kg/m<sup>2</sup>) enquanto o número de pessoas com excesso de peso ascende a quase metade da população ( $IMC \geq 25$  Kg/m<sup>2</sup>).

Sabe-se que a etiologia da obesidade é multifactorial, estando envolvidos factores genéticos e ambientais (Babalan, Silva & Motta, 2001).

Os estudos epidemiológicos sugerem que as principais causas estão relacionadas com as mudanças ambientais e de estilos de vida, ocorridos nas últimas décadas (Moro, 2005). Todavia, a predisposição genética para o aumento de peso, uma alimentação rica em calorias e uma vida sedentária podem ser também causadores desta condição (ADEXO, 2007). Associada a um crescente grau de urbanização, a sedentarização dos estilos de vida parece promover o aparecimento de problemas associados à saúde e bem-estar, nomeadamente o aumento da obesidade (Rodrigues, Bezerra & Saraiva, 2005).

Ainda de acordo com os mesmos autores a residência em meios menos urbanizados é usualmente associada a estilos de vida mais vigorosos, resultando em níveis superiores de aptidão física (Rodrigues *et al.*, 2005).

Segundo Velásquez-Melendez, Pimenta & Kac (2004), existe uma tendência de aumento da obesidade segundo o nível socioeconómico, sexo e meio habitacional. De acordo com os mesmos autores, verifica-se um incremento secular da obesidade em mulheres de nível socioeconómico mais baixo e decréscimo nas mulheres de meio

---



socioeconómico mais alto, nas regiões mais urbanizadas. O nível socioeconómico interfere na disponibilidade e acesso aos alimentos, acesso à informação sobre cuidados de saúde e sua consequente interpretação, adopção de comportamentos saudáveis, bem como pode estar associado a determinados padrões de actividade física, e assim influenciarem a magnitude da prevalência do sobre peso e obesidade. (Balaban *et al.*, 2001).

Factores como a idade, número de filhos de cada mulher, escolaridade, terapias de reposição hormonal parecem também afectar a distribuição da gordura corporal (Kac, Velásquez-Meléndez & Coelho, 2001). O risco de obesidade aumenta com a idade e é maior no sexo feminino (Martins & Marinho, 2003).

São escassos os estudos que relacionam o estado civil com a obesidade, todavia o risco de vir a apresentar excesso de peso ou obesidade é maior para os indivíduos com cônjuge (Velásquez-Meléndez *et al.*, 2004).

A grande dificuldade do conceito de Obesidade deparou-se na medição do tecido adiposo e em como estabelecer um limiar a partir do qual um determinado indivíduo seria obeso (Vasques, Martins & Azevedo, 2004).

O método mais utilizado actualmente é o Índice de Massa Corporal (IMC) (Porto *et al.*, 2002; Segal *et al.*, 2002; Ogden, 2004; Vasconcelos *et al.*, 2004; Vasques *et al.*, 2004; Pereira & Helene, 2006). Esta medida reflecte a relação entre o peso medido em quilogramas e a estatura medida em metros elevada à segunda potência (Bouça, 2000; Porto *et al.*, 2002; Quadros *et al.*, 2006):

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura}^2 \text{ (m)}$$

Pode acontecer que exista uma variação do IMC relativamente ao sexo (24,9 a 28,9 no sexo feminino e de 25,9 a 29,9 no masculino (Pereira & Helene, 2006). Todavia, o peso pode ser, de um modo geral, classificado pelo IMC de acordo com o indicado no Quadro – I:

**Quadro – I : Classificação do peso pelo IMC**

(Godoy-Matos &amp; Oliveira, 2004 pp.4)

<b>Classificação</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Risco de Comorbilidades</b>
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5 - 24,9	Médio
Sobrepeso	≥ 25	-
Pré-obeso	25,0 – 29,9	Elevado
Obesidade I	30,0 – 34,9	Moderado
Obesidade II	35,0 – 39,9	Grave
Obesidade III (Mórbida)	≥ 40,0	Muito grave

Pela sua caracterização e etiologia multifactorial tem vindo a merecer atenção e estudos de diversas áreas de especialidades, particularmente a Psiquiatria e a Psicologia (Vasques, Martins & Azevedo, 2004). De acordo com Fisberg (1995), entre as alterações corporais, a obesidade é a mais complexa e de difícil compreensão, daí a tal necessidade de uma abordagem multidisciplinar do problema.

Todavia, no DSM-IV-TR (APA, 2002), não se encontram critérios para identificação e avaliação da obesidade como perturbação psiquiátrica, mesmo na categoria das perturbações alimentares, apesar dos seus portadores apresentarem frequentemente perturbações comportamentais e conflitos psíquicos relacionados com a alimentação (Vasques, Martins & Azevedo, 2004).

Existem evidências que suportam a ideia de que os *mass media* promovem distúrbios da imagem corporal e alimentar (Saikali, Soubhia, Scalfaro & Cordás, 2004). O excesso de peso no mundo ocidental está claramente associado ao esteriótipo cultural de que a magreza é o ideal de beleza, bem-estar e afirmação da identidade individual (Apfeldorfer, 1995; Lázaro, 2001). Esta obsessão cultural dos dias de hoje, em relação à magreza, aversão à gordura, tanto nos adultos como nas crianças, e a censura dos indivíduos obesos, que é sem dúvida um dos factores de maior segregação e menor aceitação social na infância (ADEXO, 2007), podem promover uma baixa auto-estima



pobre, nos sujeitos que não se coadunam com a imagem magra, estereotipadamente atraente (Ogden, 2004).

Desde há muito que teóricos e investigadores se interessam em compreender a Personalidade (Smith, 1977) e o perfil psicológico dos indivíduos obesos (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002). Na altura dos anos 50, a noção de que as pessoas obesas tinham um tipo de personalidade uniforme já era contestada e os estudos empíricos recentes não detectaram um tipo de personalidade do obeso (Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002).

*Mas afinal o que é a Personalidade?*

“Personalidade” vem do grego *persona*, que significa “máscara de teatro” (Gleitman, 1999). O conceito de personalidade está, então, etimologicamente ligado à noção de papel desempenhado pelo indivíduo num contexto e face a um público (Bernaud, 2000).

A Personalidade tem sido ao longo dos anos alvo de diversas investigações (Rodrigues & Gonçalves, 2004). Todavia, uma definição clara e única deste conceito não tem sido tarefa fácil (Hall & Lindzey, 1993). Magnusson & Torestad (1993) afirmam mesmo que não existe definição de Personalidade. O que existe, dizem, é “*um organismo vivo, activo, intencional, funcionando e desenvolvendo-se como um ser total e integrado.*”

Embora possa existir alguma consonância em alguns aspectos, de um modo geral, a definição varia de autor para autor:

---

*“organização dinâmica dos aspectos cognitivos, afectivos, conectivos, fisiológicos e morfológicos do indivíduo”.*

Piéron (1968)

*“personalidade é um campo organismo-ambiente, definido pelo seu modo característico de desempenhar papéis sociais”*

(Smith, 1977)

---



---

*“uma personalidade é um todo dinâmico, definido pelos diferentes atributos estruturais do eu”*

Pervin (1989)

*“característica relativamente estável e geral da maneira de ser de uma pessoa no seu modo de reagir às situações nas quais se encontra”*

(Reuchlin, 1992 cit. por Bernaud, 2000)

*“elemento estável da conduta de uma pessoa que a caracteriza e a diferencia dos outros”*

(Dicionário de Psicologia, 2001)

---

Historicamente, desenvolveram-se duas formas sequenciais no tempo, e incompatíveis no método, de avaliação da personalidade: a avaliação tradicional e a comportamental (Ribeiro, 1999):

### **Quadro – II : Avaliação da personalidade**

(Adaptado de Ribeiro, 1999)

AVALIAÇÃO	
TRADICIONAL	COMPORTAMENTAL
Esta perspectiva focaliza-se ou na avaliação total ou de aspectos específicos da personalidade (dimensões, traços, factores). Visa predominantemente a compreensão das características pessoais – subjacentes ao comportamento. É normalmente utilizada para descrever pessoas segundo os seus traços de personalidade ou psicopatologia ou ainda para verificar a estrutura, estabilidade ou magnitude destes.	Interessa-se pela avaliação da personalidade face a uma situação específica. Propõem-se avaliar directamente a realização ou o modo de responder do indivíduo em situação natural na vida quotidiana. A assunção básica nesta perspectiva é que a unidade de investigação no estudo da personalidade é a interacção entre o indivíduo e o seu meio ambiente

---



Assume ainda que, o comportamento é estável em diferentes situações. O comportamento do indivíduo é determinado por uma dinâmica estrutural preexistente ao comportamento.	significativo, e não a personalidade em si. Esta perspectiva assume ainda que, o comportamento varia mediante diferentes situações.
--	---

Apesar das diversas teorias da personalidade que existem dar-se-á maior ênfase à perspectiva tradicional, dos traços, devido ao objectivo do presente estudo.

A Personalidade é composta por unidades organizadas – os traços (Cattel & Dreger, 1977).

O traço tem sido uma unidade de análise do comportamento privilegiada desde os primórdios da Psicologia (Ribeiro, 1999). Têm sido descritos como atributos que estabelecem distinções nos desejos e sentimentos dominantes e nos modos típicos de os exprimir, os quais são característicos de pessoas diferentes (Joyce-Moniz, 1992). O princípio subjacente da teoria dos traços é o de que eles são essencialmente consistentes no tempo e nas situações (Gleitman, 1999).

Uma das primeiras tarefas da perspectiva dos traços é descobrir uma taxonomia adequada para os atributos da personalidade (Raad, 2000). Investigações através de análise factorial, levaram à identificação de cinco dimensões, normalmente identificadas como componentes do modelo “*Big Five*” :

- Extroversão
- Estabilidade emocional
- Amabilidade
- Consciência
- Abertura

Este modelo é, inicialmente, baseado na abordagem lexical: pressupõe que as diferenças individuais mais marcadas (que correspondem às bases da personalidade) estão codificadas na linguagem. Os *big-five* são factores de segunda ordem: situam-se no topo de um sistema hierárquico que comporta, a níveis subordinados, as facetas (traços), as condutas habituais e, em seguida, as específicas. São ao mesmo tempo, exhaustivos, parcimoniosos e não redundantes (Bernaud, 2000).



O conceito de traços estáveis foi seriamente posto em causa por críticos que alegam que as pessoas se comportam muito menos consistentemente do que uma teoria dos traços permitiria alguém predizer. O situacionismo constitui um exemplo de um ponto de vista alternativo, asseverando que o comportamento humano é grandemente determinado pela situação em que o próprio indivíduo se encontra (perspectiva comportamental).

Todavia, e apesar das divergências das diversas teorias (Rodrigues & Gonçalves, 2004), é aceite que, durante a idade adulta, as características amplas de personalidade tendam à estabilidade (Cronbach, 1996).

Ozer & Reise (1994) defendem que “a avaliação da personalidade é muitas vezes medição de traços”. Todavia, interesses, atitudes, valores individuais, hábitos, opiniões, crenças, constituem unidades conceptuais, influentes na personalidade, também a considerar (Ribeiro, 1999).

A relação existente entre perturbações de personalidade e alimentares é muito complexa e tem vindo a ser estudada nas últimas décadas em decorrência das implicações na abordagem e tratamento desses pacientes (Martins & Sassi, 2004).

O paciente obeso parece apresentar aspectos emocionais e psicológicos identificados como causadores, consequências ou retro alimentadores do seu estado actual, concomitante a uma condição clínica e educacional alterada (Cataneo *et al.*, 2005). Os problemas emocionais são geralmente percebidos como consequências da obesidade, embora conflitos e problemas psicológicos possam preceder o desenvolvimento desta (Vasques, Martins & Azevedo, 2004). O controlo, percepção de si/imagem corporal, ansiedade e desenvolvimento emocional são alguns exemplos de factores psicológicos relacionados com a obesidade (Cataneo *et al.*, 2005). Em indivíduos é ainda comum verificarem-se elevadas reacções depressivas (auto-desvalorização, pessimismo, negativismo), maníacas (optimismo exagerado, que na realidade encobre insatisfação, angústia e sofrimento) e ansiosas (Martins, 1999; Dobrow, Kamenetz & Devlin, 2002). Apfeldorfer (1995) refere ainda que muitos obesos por serem incapazes de identificar e reflectir sobre as suas próprias emoções, utilizam a comida para ultrapassar os momentos mais difíceis. São incapazes de ter comportamentos assertivos, e como tal, utilizam a comida como uma estratégia adaptativa para evitar a tomada de posição face aos outros (Apfeldorfer, 1995).

---

#### 4. QUESTÕES ÉTICAS

Os aspectos éticos são decisivos em qualquer investigação. Sem um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação, é a própria investigação que fica em causa (Ribeiro, 1999).

Ainda de acordo, com o referido autor, quando a investigação é feita no campo da saúde, os cuidados a ter, são ainda redobrados pois o grupo de investigação é pessoas doentes, que podem estar fragilizadas com a sua condição clínica - o que faz toda a diferença relativamente a outros tipos de investigação (Ribeiro, 1999).

Quando numa investigação o uso de testes é imperativo, alguns aspectos tem de ser levados em conta. Qualquer teste invade a privacidade dos testados e o teste de personalidade é um dos mais frequentemente etiquetados como tal (Cronbach, 1996).

Sendo assim, alguns princípios éticos não devem ser descurados. Abaixo apresenta-se alguns dos principais princípios a ter em conta em qualquer processo de contacto e relação terapêutica, e que se aplicam também nos processos de investigação científica.

#### Quadro III – Princípios éticos (adaptado de APPORT, 1995)

- **Competência**  
O psicólogo deverá manter elevados padrões no seu trabalho e reconhecer os limites das suas competências particulares. Fornece os serviços e utiliza as técnicas para as quais se encontra qualificado através de educação, treino formal e/ou prática.
- **Responsabilidade**  
O psicólogo deverá reconhecer as suas responsabilidades profissionais para a comunidade e sociedade. Deverá manter elevados padrões de conduta, clarificar papéis, obrigações profissionais e assumir a responsabilidade apropriada pelo seu comportamento, nomeadamente pela escolha, aplicação e consequências das estratégias, métodos e técnicas que utiliza.
- **Respeito pelos outros**  
O psicólogo deve mostrar respeito pela integridade pessoal dos indivíduos com quem trabalha, e tomar cuidado para proteger os direitos individuais à privacidade, confidencialidade, autodeterminação e autonomia. Deverá também não tirar vantagens da relação profissional para obter ganhos injustificados ou irrazoáveis.
- **Confidencialidade**  
O psicólogo deverá respeitar, na prática da sua actividade profissional e dentro dos limites impostos pela legislação (sigilo profissional), a confidencialidade do que lhe é transmitido, ou aquilo que venha a saber acerca da vida privada dos clientes, incluindo a existência da própria relação profissional.
- **Integridade**  
O psicólogo deverá promover a integridade na ciência, ensino e prática da psicologia. O psicólogo deverá ser honesto, justo e manter o respeito pelos outros.

## 5. CARATERIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UTILIZADOS

### - Entrevista Socio-demográfica Estruturada

De acordo com Cunha (2002) a entrevista clínica não é uma técnica única. Existem várias formas de abordá-la, conforme o objectivo específico da entrevista e a orientação do entrevistador. Os objectivos de cada tipo de entrevista determinam as suas estratégias, alcances e limites.

Quanto ao seu aspecto formal a entrevista pode ser estruturada, semi-estruturada ou livre (Gonçalves, 1999).

Para os objectivos propostos com esta investigação, o tipo de entrevista utilizado é a entrevista estruturada, uma vez que se destina apenas ao levantamento de informações específicas e definidas pelas necessidades em causa – dados socio-demográficos.

As entrevistas estruturadas privilegiam a objectividade – as perguntas são quase sempre fechadas ou delimitadas por opções previamente determinadas, e buscam respostas específicas a questões específicas. Quando respostas abertas são possíveis, geralmente são associadas a esquemas classificatórios operacionalizados, que facilitam a tradução da informação em categorias do tipo objectivo (Cunha, 2002).

### - Inventário de Personalidade

Segundo um grande número de autores, um dos instrumentos mais utilizados, na prática clínica e na pesquisa, é o Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI de Hathaway & McKinley (Cronbach, 1996; Gleitman, 1999; Anastasi & Urbina, 2000; Bernaud, 2000; Archer, Bolinsky, Morton & Farris, 2002; Cunha, 2002).

O MMPI foi construído numa época em que uma das tarefas mais importantes dos psicólogos era a de aconselhar os Psiquiatras (tribunais ou outras instituições) sobre a gravidade do distúrbio de um paciente e sobre um rótulo para descrever essa perturbação (Anastasi & Urbina, 2000).

O MMPI foi um sucesso imediato pois tornou-se disponível exactamente quando a Segunda Guerra Mundial estava a produzir um número elevado de feridos que exigiam avaliação neuropsiquiátrica (Cronbach, 1996). Depois da guerra, a psicologia

---



clínica civil expandiu-se rapidamente e foi ficando cada vez mais independente da psiquiatria, mas o MMPI baseado na psiquiatria era o instrumento que os psicólogos conheciam melhor (Cronbach, 1996).

Apesar de ser um dos mais conhecidos, e utilizados, inventários de avaliação de personalidade o MMPI apresenta a desvantagem de ser muito exaustivo e de aplicação e cotação lenta (Rand, 1979).

O Mini-Mult (Kincannon, 1968) é uma versão reduzida do MMPI (Hathaway & McKinley, 1943). Foi desenvolvido por Kincannon (1968), em resposta à necessidade de avaliação em *settings* temporais reduzidos. Trata-se de um exame de grande utilização no mundo inteiro, pelo que daí resultou um vastíssimo número de trabalhos que nos permitem hoje utilizar a prova com segurança científica e clínica (Gayton, Bishop, Citrin & Bassett, 1975; Faschingbauer, 1976; Bassett, Schellman, Gayton & Tavormina, 1977; Rand, 1979).

O Mini-Mult é utilizado para descrever traços de personalidade específicos, a fim de explorar os diferentes aspectos da personalidade normal e patológica (Lopes, Barreira & Pires, 2001).

É constituído por 71 itens que correspondem a escalas de validade e clínicas (Quadro – III). No final, a cotação de todas as escalas, resulta na elaboração de um gráfico que aponta para a normalidade (T50 a T65) ou a existência de patologia (acima de T65) das dimensões abrangidas (Ávila-Espada & Jiménez-Gómez, 2000).

**Quadro – IV:** Escalas do Mini-Mult

(Adaptado de Ávila-Espada &amp; Jiménez-Gómez, 2000)

E S C A L A S D E V A L	<i>L</i>	M E N T I R A	<p>Reflete até que ponto uma pessoa deseja mostrar melhor aparência do que a sua realidade psicológica, dando respostas socialmente mais aceites e valorizadas. Consciente ou inconscientemente, verifica-se com esta escala, se o respondente apresenta uma visão perfeccionista e ingénua de si.</p> <p>Os itens desta escala referem-se a pontos fracos que as pessoas admitem têm, apesar de não serem considerados como positivos do ponto de vista sociocultural.</p> <p>Responder como falso, pode significar que o sujeito não admite que pode ter determinadas fraquezas.</p>
	<i>F</i>	E R R O	<p>Visa verificar se o respondente compreendeu os itens, se cooperou ou se respondeu ao acaso.</p> <p>Mede uma diversidade de respostas inusitadas e atípicas bem como um certo número de crenças, expectativas e auto-descrições improváveis e contraditórias.</p>



I D A D E	<i>K</i>	C O R R E C Ç Ã O	<p>Esta escala é utilizada como factor de correcção, e destina-se a tornar mais sensíveis as escalas clínicas (variável supressora).</p> <p>Explora a atitude do sujeito face aos seus sintomas, possibilitando a identificação de factores subtis, mas eficazes, aumentando a sensibilidade do instrumento e proporcionando um meio de correcção.</p>
E S C A L A	<i>Hs</i>	H I P O C O N D R I A	<p>Mede o grau de interesse dedicado às funções corporais.</p> <p>É considerada uma escala de sintoma e compreende basicamente queixas, preocupações e sintomas relacionados com a saúde corporal.</p>
L A S	<i>D</i>	D E P R E S S Ã O	<p>Tem como finalidade medir a profundidade do sintoma clínico da depressão.</p> <p>Os itens abrangem melancolia, lentidão física, sentimentos subjectivos de depressão, apatia mental e mau funcionamento físico.</p>



<b>C L I N I C A S</b>	<b>Hy</b>	<b>H I S T E R I A</b>	<p>Avalia pacientes que utilizam mecanismos de defesa tipo conversivo.</p> <p>Inclui itens que se associam com a presença de queixas, sintomas somáticos e com a habilidade social de negar tais sintomas.</p> <p>Permite pelos seus itens, distinguir dois grupos: Escala de carácter histérico e Escala de sintomas de conversão.</p>
	<b>Pd</b>	<b>P S I C O P A T I A</b>	<p>Destina-se a identificar um desajustamento social e perturbações de carácter associados com deficits no controlo dos impulsos que levam à passagem ao acto.</p>
	<b>Pa</b>	<b>P A R A N Ó I A</b>	<p>Envolve o carácter paranóico (hipersensibilidade, hipersusceptibilidade, orgulho, rigidez, tendências interpretativas), bem como a psicose paranóica (perturbações do comportamento: delírio interpretativo numa personalidade não dissociada).</p> <p>O conteúdo de alguns itens é claramente psicótico, enquanto outros envolvem apenas preocupação com os motivos percebidos nas acções de outras pessoas.</p>



<i>Pt</i>	P S I C A S T E N I A	Escala de sintoma que tem em vista a avaliação do padrão neurótico, incluindo aspectos fóbicos e obsessivo-compulsivos, fadiga intelectual, dúvida, indecisão, etc.
<i>Sc</i>	E S Q U I Z O F R E N I A	Identifica os sujeitos que se caracterizam pela presença de ideias e comportamentos bizarros. É considerada uma escala fraca, apesar de ser a mais numerosa, pelos itens que inclui, visto que a sintomatologia é muito heterogénea e complexa. É considerada uma escala de sintomas, reflecte distorções da realidade ou pensamentos bizarros, confusos e esquizóides. Inclui temas que estão relacionados com alienação social e familiar, sentimentos de perseguição, ausência de interesses pelo que o rodeia, dificuldades de concentração e de controlo (também na área sexual), sensações peculiares, medos, entre outros.
<i>Ma</i>	H I P O M A N I A	Esta escala foi desenvolvida para diagnóstico do estado hipo maníaco e casos leves de mania, caracterizado por hiperactividade, excitação emocional e fuga de ideias. Os itens desta escala envolvem sentimentos de grandiosidade, grau de excitação e nível de actividade.

## 6. METODOLOGIA

### ❖ Caracterização do estudo

Trata-se de uma investigação de carácter exploratório e de descrição e análise estatística.

### ❖ Objectivo geral

Estudar e analisar os traços personalísticos dos utentes da consulta de Psicologia, do Serviço de Nutrição e Actividade Física (SNAF), do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), bem como a influência que variáveis demográficas possuem no peso. Isto pretende-se, através da aplicação da versão reduzida do conhecido inventário de personalidade *MMPI (Inventário Multifásico da Personalidade de Minnesota – Hathaway & McKinley, 1943)*.

### ❖ Objectivos específicos

- Verificar se os aspectos, não biológicos, como a idade, sexo, estado civil, estatuto socioeconómico e meio habitacional influenciam a obesidade e até que ponto a determinam;
- Identificar a relação entre aspectos psicológicos e excesso de peso;
- Analisar a importância da psicopatologia na condição do excesso de peso;
- Identificar se o facto da pessoa viver num meio rural ou urbano propicia um ganho ponderal de peso;
- Elaborar um perfil de personalidade com base no género;
- Verificar se existe um perfil comum a ambos os géneros sexuais.

### ❖ Amostra

A amostra, recolhida por conveniência, é constituída por 68 sujeitos que frequentam a consulta de Psicologia do Serviço de Nutrição e Actividade Física (SNAF), da consulta externa do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), identificados

---



---

com  $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ . Apesar da obesidade ser só considerada com  $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ , será, também, recolhida a amostra que estiver identificada, pelo SNAF, com  $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$ , para um maior enriquecimento da investigação e futuras comparações.

#### ❖ Instrumentos utilizados

- *Entrevista sócio-demográfica estruturada* (Anexo).
- *Mini-Mult* questionário (Kincannon, 1968) (Anexo).
- *Processo clínico dos pacientes* (para consulta do peso e IMC).

A avaliação foi feita através de uma pequena entrevista estruturada, desenvolvida para a população em estudo, para obtenção de dados sócio-demográficos, de um questionário de personalidade – *Mini-Mult* - totalmente anónimos, e da consulta dos processos clínicos dos pacientes, afim de se poder obter o valor do peso e IMC – dados que a pessoa não dispunha fidedignamente, no momento.

#### ❖ Definição de hipóteses

**Hipótese 1 (H1):** Existe associação positiva entre excesso de peso e psicopatologia;

**Hipótese 2 (H2):** As mulheres apresentam índices de Depressão mais elevados que os homens;

**Hipótese 3 (H3):** As mulheres apresentam níveis de literacia mais elevados que os homens;

**Hipótese 4 (H4):** O excesso de peso aumenta com a idade

**Hipótese 5 (H5):** Os sujeitos do meio urbano apresentam IMC mais elevados que os sujeitos provenientes de meio rural;

**Hipótese 6 (H6):** Quanto menor for a qualificação profissional maiores são os índices de massa corporal;

**Hipótese 7 (H7):** Os sujeitos que apresentam cônjuge possuem IMC mais elevados que os sujeitos sem relação conjugal.

### ❖ **Análise estatística**

O tratamento dos dados recolhidos teve como suporte o programa informático *SPSS – Statistical Package for the Social Sciences 13.0*.

### ❖ **Procedimentos**

No sentido de dar cumprimento aos preceitos formais e éticos, inerentes à realização deste estudo, foram feitos alguns contactos prévios informais, no sentido de, esclarecer a metodologia a utilizar nos procedimentos necessários.

Posteriormente, foi necessário enfrentar alguns trâmites legais-administrativos a fim de se obter autorização da entidade responsável - CHCB. Para obtenção desta autorização, formalizou-se por escrito o pedido de autorização para implementação da investigação.

Após ter sido obtida a autorização da administração do CHCB procedeu-se à aplicação dos instrumentos aos participantes do estudo. Esta aplicação foi efectuada no âmbito da consulta de Psicologia do SNAF entre os meses de Dezembro e Abril. Para a obtenção do valor do peso e do IMC foi necessário recorrer à análise do processo clínico do utente hospitalar. Estes valores foram apurados pelos profissionais do serviço, nomeadamente, médico e nutricionista, imediatamente antes dos pacientes se apresentarem na consulta de Psicologia e responderem ao questionário.

## **7. ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Seguidamente serão apresentados os resultados deste estudo. Em primeiro lugar, apresentar-se-ão os resultados relativos à caracterização da amostra seguidos dos resultados obtidos através da análise estatística, respeitante às restantes variáveis em estudo. Os testes estatísticos constituem a maior ajuda para a interpretação dos dados (Maroco & Bispo, 2003). Através da testagem estatística, podem-se comparar grupos de dados, de modo a determinar qual a probabilidade da diferença entre eles se basear no acaso, proporcionando assim as provas para ajuizar a validade de hipóteses ou inferências (Tuckman, 2005).

---

No tratamento estatístico, adoptou-se pelo Teste *t-student* para avaliar as variáveis numéricas e pelo *Chi-Quadrado* para as variáveis nominais.

Um teste t é um teste estatístico que nos permite comparar duas médias, para determinar se a probabilidade da diferença entre elas é efectiva e não ocasional (Tuckman, 2005). Por sua vez o Qui-quadrado pode utilizar-se para verificar se duas amostras independentes, têm distribuições significativamente diferentes. Compara as frequências observadas com as esperadas e indica-nos a probabilidade de serem diferentes (Tuckman, 2005).

Foram avaliados 68 pacientes, com média de idades de 42,01 anos +/- 1.542 (idades compreendidas entre 20 e 69 anos), com peso médio de 90,848 +/- 2,2651 Kg, média de IMC de 35,497 +/- 0,7505 Kg/m<sup>2</sup> e altura média de 1,5903 +/- 0,01012 m (Tabela - I).

**Tabela I** – Médias de variáveis fisiológicas

	<b>Idade</b>	<b>Altura</b>	<b>Peso</b>	<b>IMC</b>
<b>Média</b>	42.01	1.5903	90.848	35.497
<b>Desvio Padrão</b>	1.542	0.01012	2.2651	0.7505
<b>Mínimo</b>	20	1.46	57.9	25.5
<b>Máximo</b>	69	1.85	136.2	52

Ainda de acordo com a tabela supra apresentada, pode-se observar que a altura mais baixa registada é de 1.46 m sendo a mais alta de 1.85. Quanto ao peso, o valor mais baixo foi de 57.9 Kg e o mais elevado registado 136.2 Kg. Por fim o IMC mais baixo que foi registado foi de 25.5 Kg/m<sup>2</sup> e o mais elevado de 52 Kg/m<sup>2</sup>.

No que respeita à análise da tabela II, apresentada de seguida, pode verificar-se que dos 68 sujeitos da amostra, 58 (85.3%) compreendem sujeitos do sexo feminino e 10 sujeitos (14,7%) são do sexo masculino.

**Tabela II** – Caracterização da amostra por Sexos

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Feminino</b>	58	85,3
<b>Masculino</b>	10	14,7
<b>Total</b>	68	100,0

No que respeita à análise da tabela III, apresentada de seguida, pode verificar-se que dos 68 sujeitos da amostra, 15 (22.1%) são provenientes de um meio de residência rural e 53 sujeitos (77,9%) de um meio residencial urbano.

**Tabela III** – Caracterização da amostra por Meio de Residência

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Rural</b>	15	22,1
<b>Urbano</b>	53	77,9
<b>Total</b>	68	100,0

No que respeita à análise da tabela IV, apresentada de seguida, pode verificar-se que dos 68 sujeitos da amostra, 11 (16.2%) são solteiros, 47 (69.1%) casados, 8 (11.8%) divorciados ou separados e 1 (1.5%) viúvo. De salientar ainda que nesta dimensão apenas 1 participante não respondeu, o que corresponde a 1 *missing* (1.5% da amostra).

**Tabela IV** – Caracterização da amostra por Estado Civil

		<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Solteiro</b>		11	16,2
<b>Casado</b>		47	69,1
<b>Divorciado/Separado</b>		8	11,8
<b>Viúvo</b>		1	1,5
<b>Total</b>		67	98,5
<i>Sem resposta(Missing)</i>	1000	1	1,5
<b>Total</b>		68	100,0

No que respeita à análise da tabela V, apresentada de seguida, pode verificar-se que dos 68 sujeitos da amostra, 17 (25%) possuem 4-ª classe como escolaridade, 34 (50%) possuem habilitações até à escolaridade obrigatória e 17 (25%) superior à escolaridade obrigatória.

**Tabela V** – Caracterização da amostra por Habilitações em três categorias

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>4-ª Classe</b>	17	25,0
<b>Até escolaridade obrigatória</b>	34	50,0
<b>Superior à escolaridade obrigatória</b>	17	25,0
<b>Total</b>	68	100,0

No que respeita à análise da tabela VI, apresentada de seguida, pode verificar-se que dos 68 sujeitos da amostra, 23 (33.8%) se encontram não activos profissionalmente, 22 (32.4%) possuem uma profissão não qualificada, 9 (13.2%) são técnicos médios, 9 (13.2%) técnicos superiores e 5 (7.4%) estudantes.

**Tabela VI – Caracterização da amostra por Profissão**

	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Não Activo</b>	23	33,8
<b>Profissão não qualificada</b>	22	32,4
<b>Técnico Médio</b>	9	13,2
<b>Técnico Superior</b>	9	13,2
<b>Estudante</b>	5	7,4
<b>Total</b>	68	100,0

Para uma melhor compreensão dos critérios de inclusão categorial de índices de massa corporais, apresenta-se de seguida um quadro explicativo.

**Quadro – V: Classificação do peso pelo IMC**

(Godoy-Matos & Oliveira, 2004 pp.4)

<b>Classificação</b>	<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Risco de Comorbilidades</b>
Baixo peso	< 18,5	Baixo
Peso normal	18,5 - 24,9	Médio
<b>Sobre peso</b>	<b>≥ 25</b>	-
<b>Pré-obeso</b>	<b>25,0 – 29,9</b>	<b>Moderado</b>
<b>Obesidade I</b>	<b>30,0 – 34,9</b>	<b>Elevado</b>
<b>Obesidade II</b>	<b>35,0 – 39,9</b>	<b>Grave</b>
<b>Obesidade III (Mórbida)</b>	<b>≥ 40,0</b>	<b>Muito grave</b>



Na tabela seguinte apresenta-se a distribuição da amostra em estudo pelas diferentes categorias inclusivas de índice de massa corporal.

**Tabela VII – Distribuição da amostra por Índice de Massa Corporal**

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)			
KG/M <sup>2</sup>			
<b>25-29.9</b>	<b>30-34.9</b>	<b>35-39.9</b>	<b>≥40</b>
10	21	19	15

Pela análise da tabela VII, pode-se verificar que, a maioria da amostra partilha a condição clínica de obesidade (10 pré-obesos e 55 obesos). 10 dos participantes apresentam um IMC entre 25-29.9 Kg/m<sup>2</sup>, o que os faz incluir na categoria de pré - obesidade, com um risco moderado de comorbilidades associadas. 21 dos participantes apresentam um IMC entre 30-34.9 Kg/m<sup>2</sup> o que os faz incluir na categoria de Obesidade grau I, com um risco elevado de comorbilidades associadas. 19 dos participantes apresentam um IMC entre 35-39.9 Kg/m<sup>2</sup> o que os faz incluir na categoria de Obesidade grau II, com um risco grave de comorbilidades associadas. 15 dos participantes apresentam um IMC ≥40 Kg/m<sup>2</sup> o que os faz incluir na categoria de Obesidade grau III ou Obesidade Mórbida, com um risco muito grave de comorbilidades associadas.

Na tabela que se segue apresenta-se a distribuição do Índice de Massa Corporal pelo Meio de Residência.

**Tabela VIII – Distribuição do IMC pelo Meio de Residência**

MEIO DE RESIDÊNCIA	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)				<b><u>TOTAL</u></b>
	KG/M <sup>2</sup>				
	<b>25-29.9</b>	<b>30-34.9</b>	<b>35-39.9</b>	<b>≥40</b>	
<b><u>Rural</u></b>	3	5	4	3	15
<b>Urbano</b>	7	16	15	12	50
<b>Total</b>	10	21	19	15	65



Pela análise da tabela VIII pode-se verificar que dos 15 participantes do meio rural, 3 apresentam um IMC entre 25-29.9, 5 sujeitos entre 30-34.9, 4 sujeitos entre 35-39.9 e 3 sujeitos com  $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$ .

Por sua vez, dos 50 participantes provenientes de meio urbano, 7 apresentam um IMC entre 25-29.9, 16 sujeitos entre 30-34.9, 15 sujeitos entre 35-39.9 e 12 sujeitos com  $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$ .

Na tabela que se segue apresenta-se a distribuição do Índice de Massa Corporal pelo Estado Civil.

**Tabela IX – Distribuição do IMC pelo Estado Civil**

ESTADO CIVIL	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) KG/M <sup>2</sup>				<b>TOTAL</b>
	25-29.9	30-34.9	35-39.9	$\geq 40$	
<b>Solteiro</b>	3	7	0	0	10
<b>Casado</b>	6	11	15	14	46
<b>Div./Sep.</b>	0	3	4	0	7
<b>Viúvo</b>	1	0	0	0	1
<b>Total</b>	10	21	19	14	64

Pela análise da tabela IX pode-se verificar que dos 10 participantes solteiros, 3 apresentam um IMC entre 25-29.9 e 7 sujeitos entre 30-34.9.

Por sua vez, dos 46 participantes casados, 6 apresentam um IMC entre 25-29.9, 11 sujeitos entre 30-34.9, 15 sujeitos entre 35-39.9 e 14 sujeitos com  $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$ .

Quanto aos divorciados / separados, 3 apresentam um IMC entre 30-34.9 e 4 entre 35-39.9  $\text{Kg/m}^2$ .

Por fim, o único sujeito viúvo identificado apresenta um IMC compreendido entre 25-29.9  $\text{Kg/m}^2$ .

Na tabela que se segue apresenta-se a distribuição do Índice de Massa Corporal pelas Habilitações Literárias.

**Tabela X – Distribuição do IMC pelas Habilitações Literárias**



HABILITAÇÕES	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) KG/M <sup>2</sup>				<b><u>TOTAL</u></b>
	<b>25-29.9</b>	<b>30-34.9</b>	<b>35-39.9</b>	<b>≥40</b>	
<b><u>Até 4-ª Classe</u></b>	1	4	5	6	16
<b><u>Até 9-º Ano</u></b>	3	7	6	7	23
<b><u>Até 12-ª Ano</u></b>	3	3	3	1	10
<b><u>Frequência Universitária</u></b>	3	7	4	1	15
<b>Mestrado</b>	0	0	1	0	1
<b>Total</b>	10	21	19	15	65

Pela análise da tabela X pode-se verificar que dos 16 participantes com formação académica até à 4-ª classe, 1 apresentam um IMC entre 25-29.9, 4 sujeitos entre 30-34.9, 5 entre 35-39.9 e 6 sujeitos com IMC  $\geq 40$  Kg/m<sup>2</sup>.

Por sua vez, dos 23 participantes com formação académica até ao 9-º ano, 1 apresentam um IMC entre 25-29.9, 7 sujeitos entre 30-34.9, 6 sujeitos entre 35-39.9 e 7 sujeitos com IMC  $\geq 40$  Kg/m<sup>2</sup>.

Quanto aos participantes com frequência universitária, 3 apresentam um IMC entre 25-29.9, 7 entre 30-34.9, 4 entre 35-39.9 e 1 com IMC  $\geq 40$  Kg/m<sup>2</sup>.

Por fim, o único participante com mestrado apresenta um IMC entre os 35 e 39.9 Kg/m<sup>2</sup>.

Na tabela que se segue apresenta-se a distribuição do Índice de Massa Corporal pelas Habilitações Literárias em duas categorias.

**Tabela XI** – Distribuição do IMC pelas Habilitações Literárias em duas categorias



HABILITAÇÕES	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) KG/M <sup>2</sup>				<b><u>TOTAL</u></b>
	<b>25-29.9</b>	<b>30-34.9</b>	<b>35-39.9</b>	<b>≥40</b>	
<b><u>Até escolaridade obrigatória</u></b>	7	14	14	14	49
<b><u>Superior à escolaridade obrigatória</u></b>	3	7	5	1	16
<b>Total</b>	10	21	19	15	65

Pela análise da tabela pode-se verificar que dos 49 participantes com formação académica até à escolaridade obrigatória, 7 apresentam um IMC entre 25-29.9, 14 sujeitos entre 30-34.9, 14 entre 35-39.9 e 14 sujeitos com IMC  $\geq 40$  Kg/m<sup>2</sup>.

Por sua vez, dos 16 participantes com formação académica superior à escolaridade obrigatória, 3 apresentam um IMC entre 25-29.9, 7 sujeitos entre 30-34.9, 5 sujeitos entre 35-39.9 e 1 sujeitos com IMC  $\geq 40$  Kg/m<sup>2</sup>.

Na tabela que se segue apresenta-se a distribuição do Índice de Massa Corporal pela Profissão.

**Tabela XII**– Distribuição do IMC pela Profissão

PROFISSÃO	ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) KG/M <sup>2</sup>				<b><u>TOTAL</u></b>
	<b>25-29.9</b>	<b>30-34.9</b>	<b>35-39.9</b>	<b>≥40</b>	
<b><u>Não activo</u></b>	1	7	8	6	22
<b><u>Prof. não qualificada</u></b>	2	7	5	7	21
<b><u>Técnico médio</u></b>	3	3	2	1	9
<b><u>Técnico superior</u></b>	1	3	4	1	9
<b>Estudante</b>	3	1	0	0	4
<b>Total</b>	10	21	19	15	65



Pela análise da tabela XII pode-se verificar que dos 22 participantes não activos, profissionalmente, 1 apresentam um IMC entre 25-29.9, 7 sujeitos entre 30-34.9, 8 entre 35-39.9 e 6 sujeitos com  $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$ .

Por sua vez, dos 21 participantes com uma profissão não qualificada, 2 apresentam um IMC entre 25-29.9, 7 sujeitos entre 30-34.9, 5 sujeitos entre 35-39.9 e 7 sujeitos com  $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$ .

Quanto aos técnicos médios, 3 apresentam um IMC entre 25-29.9, 3 entre 30-34.9, 2 entre 35-39.9 e 1 com  $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$ .

Na categoria profissional de técnico superior, 1 sujeito apresenta um IMC entre 25-29.9, 3 sujeitos entre 30-34.9, 4 sujeitos entre 35-39.9 e 1 sujeitos com  $IMC \geq 40 \text{ Kg/m}^2$ .

Por fim, 3 dos estudantes apresentam um IMC compreendido entre 25-29.9 e 1 sujeito entre 30-34.9.

A tabela que se apresenta em seguida (Tabela XIII), apresenta-nos as correlações positivas a 99% entre as variáveis Altura, Peso, IMC, Mentira, Erro, Correção, Hipocondria, Depressão, Histeria, Psicopatia, Paranóia, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomania.

Na mesma tabela, podem verificar-se as correlações negativas a 99% entre as variáveis Erro, Correção, Mentira, Paranóia e Hipomania.

Os espaços em branco correspondem aos valores, omitidos, dos resultados não significativos do ponto de vista estatístico.

**Tabela XIII – Correlações positivas e negativas entre as variáveis com valores estatisticamente significativos a 99% de significância**

		Idade	Peso	Correcção	Depressão	Histeria	Psicopatia	Paranóia	Psicastenia	Esquizofrenia	Hipomania
<b>Altura</b>	P. Cor. Sig N		,534 ,000 60								
<b>IMC</b>	P. Cor. Sig N		,855 ,000 60								-,364 ,002 68
<b>Erro</b>	P. Cor. Sig N	,363 ,002 68		-,358 ,003 68	,485 ,000 68		,430 ,000 68	,656 ,000 68	,372 ,002 68	,604 ,000 68	,469 ,000 68
<b>Correcção</b>	P. Cor. Sig N							-,407 ,001 68			-,336 ,005 68
<b>Mentira</b>	P. Cor. Sig N			,474 ,000 68							-,364 ,002 68
<b>Hipocondria</b>	P. Cor. Sig N				,645 ,000 68	,851 ,000 68	,371 ,002 68		,569 ,000 68	,437 ,000 68	
<b>Depressão</b>	P. Cor. Sig N					,670 ,000 68	,620 ,000 68	,435 ,000 68	,818 ,000 68	,655 ,000 68	
<b>Histeria</b>	P. Cor. Sig N						,419 ,000 68		,538 ,000 68	,414 ,000 68	
<b>Psicopatia</b>	P. Cor. Sig N								,671 ,000 68	,738 ,000 68	,362 ,002 68
<b>Paranóia</b>	P. Cor. Sig N						,505 ,000 68			,747 ,000 68	,504 ,000 68
<b>Psicastenia</b>	P. Cor. Sig N										,389 ,001 68
<b>Esquizofrenia</b>	P. Cor. Sig N										,590 ,000 68

Após análise da tabela supra apresentada verifica-se que existem valores estatisticamente significativos para um grande número de variáveis, e com um nível de significância de 99%.

A Altura, quando comparada com o Peso e IMC apresenta valores estatisticamente significativos ( $p=,000$ ). Estas duas variáveis correlacionam-se positivamente, o que significa que o peso aumenta com a altura.

O IMC, apresenta valores estatisticamente significativos, quando comparado com o peso ( $p=,000$ ) e escala Hipomania ( $p=,002$ ). As variáveis Peso e IMC correlacionam-se positivamente, o que significa que, quanto mais elevado o peso maior será o IMC. O IMC correlaciona-se ainda com a escala Hipomania, mas de modo negativo. À medida que aumenta o IMC, diminuem os níveis de Hipomania.



A escala Erro, apresenta valores estatisticamente significativos quando comparada com as variáveis Idade ( $p=,002$ ), Correção ( $p=,003$ ), Depressão ( $p=,000$ ), Psicopatia ( $p=,000$ ), Paranóia ( $p=,000$ ), Psicastenia ( $p=,002$ ), Esquizofrenia ( $p=,000$ ) e Hipomania ( $p=,000$ ). A escala Erro correlaciona-se positivamente com as escalas Idade, Depressão, Psicopatia, Paranóia, Psicastenia, Esquizofrenia e Hipomania. Esta correlação significa que à medida que os índices destas escalas aumentam também aumenta a possibilidade de erro. Por sua vez o Erro correlaciona-se negativamente com a correção, isto é, à medida que aumenta a correção diminui o erro.

A escala Correção, apresenta valores estatisticamente significativos, quando comparada com as escalas Paranóia ( $p=, 001$ ) e Hipomania ( $p=,005$ ). Estas escalas, correlacionam-se negativamente, uma vez que à medida que uma aumenta a outra diminui.

A escala Mentira, apresenta valores estatisticamente significativos, quando comparada com as escalas Correção ( $p=, 000$ ) e Hipomania ( $p=,002$ ). A mentira correlaciona-se positivamente com a correção. À medida que a mentira aumenta também aumenta a correção. Por sua vez, correlaciona-se negativamente com a Hipomania. À medida que aumentam os níveis de mentira, diminuem os de Hipomania.

A escala Hipocondria, apresenta valores estatisticamente significativos, quando comparada com as escalas Depressão ( $p=, 000$ ), Histeria ( $p=, 000$ ), Psicopatia ( $p=, 002$ ), Psicastenia ( $p=,000$ ) e Esquizofrenia ( $p=,000$ ). Estas variáveis correlacionam-se positivamente, o que significa, que quando os níveis de uma se elevam os das outras também.

A escala Depressão, apresenta valores estatisticamente significativos, quando comparada com as escalas Histeria ( $p=, 000$ ), Psicopatia ( $p=, 000$ ), Paranóia ( $p=, 000$ ), Psicastenia ( $p=, 000$ ) e Esquizofrenia ( $p=,000$ ). Estas variáveis correlacionam-se positivamente, o que significa, que quando os níveis de uma se elevam os das outras também.

A escala Histeria, apresenta valores estatisticamente significativos, quando comparada com as escalas Psicopatia ( $p=, 000$ ), Psicastenia ( $p=, 000$ ) e Esquizofrenia ( $p=, 000$ ). Estas variáveis correlacionam-se positivamente, o que significa, que quando os níveis de uma se elevam os das outras também.

A escala Psicopatia, apresenta valores estatisticamente significativos, quando comparada com as escalas Psicastenia ( $p=, 000$ ), Esquizofrenia ( $p=,000$ ) e Hipomania

---



( $p=,002$ ). Estas variáveis correlacionam-se positivamente, o que significa, que quando os níveis de uma se elevam os das outras também.

A escala Paranóia, apresenta valores estatisticamente significativos, quando comparada com as escalas Psicopatia ( $p=, 000$ ), Esquizofrenia ( $p=,000$ ) e Hipomania ( $p=,000$ ). Estas variáveis correlacionam-se positivamente, o que significa, que quando os níveis de uma se elevam os das outras também.

A escala Psicastenia, apresenta valores estatisticamente significativos, quando comparada com a escala Hipomania ( $p=, 001$ ). Estas duas variáveis correlacionam-se positivamente, o que significa que à medida que uma aumenta a outra aumenta também.

A escala Esquizofrenia apresenta valores estatisticamente significativos, quando comparada com a escala Hipomania ( $p=, 000$ ). Estas duas variáveis correlacionam-se positivamente, o que significa que à medida que uma aumenta a outra aumenta também.

Seguidamente, na tabela VII, apresentam-se as estatísticas grupais, das variáveis numéricas, que posteriormente serão analisadas através do teste *t-student*.

**Tabela XIV**– Estatísticas grupais das variáveis

	Sexo	N	Média	Desvio Padrão	Desvio Padrão face à média
Idade	Feminino	58	41,43	12,724	1,671
	Masculino	10	45,40	12,791	4,045
Altura	Feminino	52	1,5702	,05515	,00765
	Masculino	9	1,7067	,09798	,03266
Peso	Feminino	51	88,010	16,4983	2,3102
	Masculino	9	106,933	15,0575	5,0192
IMC	Feminino	56	35,302	6,2795	,8391
	Masculino	9	36,711	4,4580	1,4860
Mentira	Feminino	58	5,83	2,318	,304
	Masculino	10	4,00	1,886	,596
Erro	Feminino	58	10,38	5,575	,732
	Masculino	10	11,50	7,059	2,232
Correcção	Feminino	58	11,43	3,283	,431
	Masculino	10	9,80	3,259	1,031
Hipocondria	Feminino	58	20,38	5,569	,731
	Masculino	10	19,20	6,426	2,032
Depressão	Feminino	58	30,62	6,534	,858
	Masculino	10	29,10	8,185	2,588



<b>Histeria</b>	<b>Feminino</b>	58	27,47	5,089	,668
	<b>Masculino</b>	10	27,00	4,163	1,317
<b>Psicopatia</b>	<b>Feminino</b>	58	26,88	4,946	,649
	<b>Masculino</b>	10	24,80	3,521	1,114
<b>Paranóia</b>	<b>Feminino</b>	58	14,78	3,929	,516
	<b>Masculino</b>	10	14,60	3,565	1,127
<b>Psicastenia</b>	<b>Feminino</b>	58	30,78	9,013	1,183
	<b>Masculino</b>	10	27,90	8,774	2,775
<b>Esquizofrenia</b>	<b>Feminino</b>	58	38,12	11,453	1,504
	<b>Masculino</b>	10	36,60	9,442	2,986
<b>Hipomania</b>	<b>Feminino</b>	58	21,12	4,437	,583
	<b>Masculino</b>	10	21,20	2,616	,827

Na tabela XV apresentam-se os resultados com diferenças do ponto de vista estatisticamente significativo.

**Tabela XV – Teste *t-student* para as variáveis Altura, Peso e Mentira face ao Sexo**

		<i>Levened's test</i> para igualdade de variâncias		t-test para igualdade de médias						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença média	Erro típico de diferença	Intervalo de confiança da diferença a 95%	
									inferior	superior
<b>Altura</b>	Igualdade de variâncias assumidas	6.779	.012	-6.030	59	.000	-.13647	.02263	-18177	-.09118
	Igual. de variâncias não assumidas			-4.069	8.897	.003	-.13647	.03354	-21249	-.06046
<b>Peso</b>	Igualdade de variâncias assumidas	.075	.785	-3.210	58	.002	-18.9235	5.8948	-30.7253	-7.1217
	Igual. de variâncias não assumidas			-3.425	11.665	.005	-18.9235	5.5253	-31.0006	-6.8465

Após análise dos resultados obtidos através do teste *t-student* verificam-se diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis altura ( $F(59;8.897)=6.779$ ;  $t=-6.030$ ;  $p=.000$ ) e peso ( $F(58;11.665)$ ;  $t=-3.210$ ;  $p=.002$ ), face aos sexos, num intervalo

de confiança de 95%. Estes resultados indicam que quer a altura quer o peso variam significativamente de acordo com o género sexual.

Para a análise das variáveis categoriais, foi utilizado, como já anteriormente referido, o teste de Qui-quadrado. Seguidamente apresentam-se os resultados encontrados.

**Tabela XVI**– Sumário das variáveis processadas

	Casos					
	Válidos		Sem resposta (Missing's)		Total	
	N	Porcentagem	N	Porcentagem	N	Porcentagem
<b>Meio de Residência * Sexo</b>	68	100,0%	0	,0%	68	100,0%
<b>Estado Civil * Sexo</b>	67	98,5%	1	1,5%	68	100,0%
<b>Habilitações em três categorias * Sexo</b>	68	100,0%	0	,0%	68	100,0%
<b>Profissão * Sexo</b>	68	100,0%	0	,0%	68	100,0%
<b>Indicadores Patológicos * Sexo</b>	67	98,5%	1	1,5%	68	100,0%

Na tabela que se segue apresenta-se o teste de Qui-quadrado para as variáveis sexo e idade. De referir que do intervalo etário dos 20-30 anos fazem parte 12 sujeitos (11 do sexo feminino e 1 do masculino), 31-40 anos 22 sujeitos (19 sexo feminino e 3 masculino), 41-50 anos 14 sujeitos (13 sexo feminino e 1 masculino) e por fim do intervalo dos 51-69 anos 20 sujeitos (15 sexo feminino e 5 masculino).

**Tabela XVII – Distribuição da idade por sexos**

Idade	Sexo	
	Feminino	Masculino
20	1	0
21	2	1
23	2	0
25	2	0
27	1	0
29	2	0
30	1	0
31	3	1
32	3	0
33	1	0
35	3	0
36	1	0
38	4	0
39	2	2
40	2	0
41	3	0
42	3	0
45	2	1

Idade	Sexo	
	Feminino	Masculino
46	1	0
47	1	0
48	1	0
50	1	0
52	1	1
53	1	0
54	1	1
55	1	1
56	2	0
57	0	1
58	1	0
60	2	0
61	2	1
62	1	0
64	1	0
65	1	0
69	1	
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>10</b>

**Tabela XVIII – Teste de Qui-quadrado para Sexo \* Idade**

	Valor	Df	Sig. (2-sided)
<b>Chi-Cuadrado Pearson</b>	26,145(a)	34	,830
<b>Likelihood Ratio</b>	26,971	34	,799
<b>Associação Linear-by-Linear</b>	,831	1	,362
<b>N de casos válidos</b>	68		

a- 70 Células (100,0%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 15.

Na tabela XVIII, acima apresentada, verifica-se que o a variável sexo quando comparada com a Idade não apresenta diferenças significativas do ponto de vista estatístico ( $\chi^2 = 26,145$ ;  $p = ,830$ ).

Na tabela que se segue apresenta-se o teste de Qui-quadrado para as variáveis sexo e meio de residência. De referir que provenientes do meio rural identificaram-se 15



indivíduos (14 sexo feminino e 1 masculino) e do meio urbano 53 (44 sexo feminino e 9 masculino).

**Tabela XIX – Distribuição do meio de residência por sexos**

		Meio de Residência		Total
		Rural	Urbano	
Sexo	Feminino	14	44	58
	Masculino	1	9	10
Total		15	53	68

**Tabela XX – Teste de Qui-quadrado para Sexo \* Meio de residência**

	Valor	df	Sig. (2-sided)	Sig. (2-sided)	Sig. (1-sided)
<b>Chi-Cuadrado Pearson</b>	,992(b)	1	,319		
<b>Correcção de continuidade(a)</b>	,340	1	,560		
<b>Likelihood Ratio</b>	1,150	1	,284		
<b>Teste exacto de Fisher</b>				,439	,296
<b>Associação Linear-by-Linear</b>	,977	1	,323		
<b>N de casos válidos</b>	68				

a - Calculada apenas para a tabela 2x2

b - 1 célula (25,0%) apresenta resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 2,21.

A variável Sexo quando comparada com o Meio de Residência (rural ou urbano), não apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = ,992$ ;  $p = ,319$ ).

Na tabela que se segue apresenta-se o teste de Qui-quadrado para as variáveis sexo e estado civil. De referir que se encontraram 11 participantes solteiros (9 sexo feminino e 2 masculino), 47 casados (39 sexo feminino e 8 masculino), 8 divorciados ou separados (todos sexo feminino) e 1 indivíduo viúvo (sexo feminino).

**Tabela XXI** – Distribuição do Estado Civil por sexos

		Estado Civil				Total
		Solteiro	Casado	Divorciado/Se parado	Viúvo	
Sexo	Feminino	9	39	8	1	57
	Masculino	2	8	0	0	10
Total		11	47	8	1	67

**Tabela XXII** – Teste de Qui-quadrado para Sexo \*Estado Civil

	Valor	df	Sig. (2- sided)
<b>Chi-Cuadrado Pearson</b>	1,833(a)	3	,608
<b>Likelihood Ratio</b>	3,153	3	,369
<b>Associação Linear-by-Linear</b>	1,156	1	,282
<b>N de casos válidos</b>	67		

a- 4 células (50,0%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 15.

A variável Sexo quando comparada com o Estado Civil (solteiro, casado, divorciado/separado ou viúvo), não apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 1,833$ ;  $p = ,608$ ).

Na tabela que se segue apresenta-se o teste de Qui-quadrado para as variáveis sexo e habilitações literárias. De referir que até à 4<sup>a</sup> classe encontraram-se 16 participantes (11 sexo feminino e 5 masculino), até 9<sup>o</sup> ano 25 (24 sexo feminino e 1 masculino), até 12<sup>o</sup> ano 10 (ambos sexo feminino), frequência universitária 16 (12 sexo feminino e 4 masculino) e por fim com mestrado foi apenas identificado um participante (sexo feminino).

Tabela XXIII – Distribuição das Habilitações Literárias por sexos

		Habilitações Literárias					Total
		Até 4-ª Classe	Até 9-º Ano	Até 12-º Ano	Frequência Universitária	Mestrado	
Sexo	Feminino	11	24	10	12	1	58
	Masculino	5	1	0	4	0	10
Total		16	25	10	16	1	68

Tabela XXIV – Teste de Qui-quadrado para Sexo \*Habilitações literárias

	Valor	df	Sig. (2-sided)
<b>Chi-Cuadrado Pearson</b>	9,024(a)	4	,061
<b>Likelihood Ratio</b>	10,523	4	,032
<b>Associação Linear-by-Linear</b>	,145	1	,703
<b>N de casos válidos</b>	68		

a- 6 células (60,0%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 15.

Quando se avaliam as Habilitações Literárias, estratificadas em cinco categorias (até 4-ª classe, até 9-º ano, até 12-º ano, frequência universitária e mestrado), divididas pela variável género, as diferenças não se afiguram como estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 9,024$ ;  $p = ,061$ ). Todavia, verifica-se uma clara tendência para o aumento dos níveis de escolaridade das mulheres, relativamente aos homens.

Na tabela que se segue apresenta-se o teste de Qui-quadrado para as variáveis sexo e habilitações literárias em três categorias. De referir que 17 dos participantes possui literacia até à 4-ª classe (12 sexo feminino e 5 masculino), até escolaridade obrigatória foram encontrados 34 participantes (33 sexo feminino e 1 masculino) e superior à escolaridade obrigatória 17 (13 sexo feminino e 4 masculino).

**Tabela XXV** – Distribuição das Habilitações em três Categorias por sexos

		Habilitações em três categorias			Total
		4. <sup>a</sup> Classe	Até escolaridade obrigatória	Superior à escolaridade obrigatória	
Sexo	Feminino	12	33	13	58
	Masculino	5	1	4	10
Total		17	34	17	68

**Tabela XXVI** – Teste de Qui-quadrado para Sexo \*Habilitações em três categorias

	Valor	df	Sig. (2-sided)
<b>Chi-Quadrado Pearson</b>	7,738(a)	2	,021
<b>Likelihood Ratio</b>	8,620	2	,013
<b>Associação Linear-by-Linear</b>	,231	1	,631
<b>N de casos válidos</b>	68		

a- 2 células (33,3%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 2,50.

Reforçando o resultado anterior, quando se consideram apenas três categorias literárias (4.<sup>a</sup> classe, até escolaridade obrigatória e superior à escolaridade obrigatória), confirma-se uma diferença, quase, estatisticamente significativa ( $\chi^2 = 7,738$ ;  $p = ,021$ ). Uma vez mais se confirma a tendência de as mulheres serem mais letradas que os homens (embora a representatividade destes face às mulheres não permita que a análise seja conclusiva, seria necessário uma amostra masculina mais elevada).

Na tabela que se segue apresenta-se o teste de Qui-quadrado para as variáveis sexo e profissão. De referir que 23 participantes encontram-se não activos profissionalmente (19 sexo feminino e 4 masculino), 22 possuem uma profissão não



qualificada (19 sexo feminino e 3 masculino), 9 são técnicos médios (ambos sexo feminino), 9 são técnicos superiores (7 sexo feminino e 2 masculino) e 5 estudantes (4 sexo feminino e 1 masculino).

**Tabela XXVII – Distribuição das Profissões por sexos**

		Profissão					Total
		Não Activo	Profissão não qualificada	Técnico Médio	Técnico Superior	Estudante	
Sexo	Feminino	19	19	9	7	4	58
	Masculino	4	3	0	2	1	10
Total		23	22	9	9	5	68

**Tabela XXVIII – Teste de Qui-quadrado para Sexo \* Profissão**

	Valor	df	Sig. (2-sided)
<b>Chi-Cuadrado Pearson</b>	2,221(a)	4	,695
<b>Likelihood Ratio</b>	3,472	4	,482
<b>Associação Linear-by-Linear</b>	,003	1	,956
<b>N de casos válidos</b>	68		

a - 6 células (60,0%) apresentam resultados esperados inferiores a 5. O mínimo esperado é 74.

A variável Sexo quando comparada com a Profissão (não activo, profissão não qualificada, técnico médio, superior ou estudante), não apresenta diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2 = 2,221$ ;  $p = ,695$ ).

Seguidamente apresentam-se as estatísticas descritivas de ambos os sexos, que conduzirão, posteriormente, à elaboração de um perfil psicológico da população em estudo.

Na tabela que se segue (XXIX) apresentam-se os resultados obtidos para o sexo masculino. Dos 10 homens avaliados verifica-se que a média de idades se situa nos 45.4 anos, com um desvio padrão de 12.791. Quanto à altura verifica-se que a média se situa

em 1.7067 metros, com um desvio padrão de 0.09798. O peso médio apresentado é de 106.933 Quilogramas, com um desvio padrão de 15.0575. a média de Índice de Massa Corporal situa-se nos 36.711 quilogramas por metro quadrado, com um desvio padrão de 4.4580.

As médias das escalas clínicas vão permitir o traçado do perfil psicológico para o género masculino. A escala Mentira apresenta como valor médio de resposta 4, com desvio padrão de 1.886. A escala Erro apresenta como valor médio de resposta 11.5, com desvio padrão de 7.059. A escala Correção apresenta como valor médio de resposta 9.8, com desvio padrão de 3.259. A escala Hipocondria apresenta como valor médio de resposta 19.2, com desvio padrão de 6.426. A escala Depressão apresenta como valor médio de resposta 29.1, com desvio padrão de 8.185. A escala Histeria apresenta como valor médio de resposta 27, com desvio padrão de 4.163. A escala Psicopatia apresenta como valor médio de resposta 24.8, com desvio padrão de 3,521. A escala Paranóia apresenta como valor médio de resposta 14.6, com desvio padrão de 3.565. A escala Psicastenia apresenta como valor médio de resposta 27.9, com desvio padrão de 8.774. A escala Esquizofrenia apresenta como valor médio de resposta 36,6, com desvio padrão de 9.442. A escala Hipomania apresenta como valor médio de resposta 21.2, com desvio padrão de 2.616.

**Tabela XXIX-** Estatística descritiva dos resultados obtidos para o sexo masculino

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Idade</b>	10	21	61	45,40	12,791
<b>Altura</b>	9	1,56	1,85	1,7067	,09798
<b>Peso</b>	9	89,3	129,3	106,933	15,0575
<b>IMC</b>	9	30,5	43,0	36,711	4,4580
<b>Mentira</b>	10	2	8	4,00	1,886
<b>Erro</b>	10	2	23	11,50	7,059
<b>Correção</b>	10	5	15	9,80	3,259
<b>Hipocondria</b>	10	8	26	19,20	6,426
<b>Depressão</b>	10	18	40	29,10	8,185
<b>Histeria</b>	10	21	33	27,00	4,163
<b>Psicopatia</b>	10	18	28	24,80	3,521
<b>Paranóia</b>	10	10	21	14,60	3,565
<b>Psicastenia</b>	10	11	41	27,90	8,774
<b>Esquizofrenia</b>	10	23	48	36,60	9,442
<b>Hipomania</b>	10	16	25	21,20	2,616

Na tabela que se segue apresentam-se os resultados obtidos para o sexo feminino. Das 58 mulheres avaliadas verifica-se que a média de idades se situa nos 41.43 anos, com um desvio padrão de 12.724. Quanto à altura verifica-se que a média se situa em 1.5702 metros, com um desvio padrão de 0.05515. O peso médio apresentado é de 88.010 Quilogramas, com um desvio padrão de 16.4983. a média de Índice de Massa Corporal situa-se nos 35.302 quilogramas por metro quadrado, com um desvio padrão de 6.2795.

As médias das escalas clínicas vão permitir o traçado do perfil psicológico para o género masculino. A escala Mentira apresenta como valor médio de resposta 5.83, com desvio padrão de 2.318. A escala Erro apresenta como valor médio de resposta 10.38, com desvio padrão de 5.575. A escala Correção apresenta como valor médio de resposta 11.43, com desvio padrão de 3.283. A escala Hipocondria apresenta como valor médio de resposta 20.38, com desvio padrão de 5.569. A escala Depressão apresenta como valor médio de resposta 30.62, com desvio padrão de 6.534. A escala Histeria apresenta como valor médio de resposta 27.47, com desvio padrão de 5.089. A escala Psicopatia apresenta como valor médio de resposta 26.88, com desvio padrão de 4.946. A escala Paranóia apresenta como valor médio de resposta 14.78, com desvio padrão de 3.929. A escala Psicastenia apresenta como valor médio de resposta 30.78, com desvio padrão de 9.013. A escala Esquizofrenia apresenta como valor médio de resposta 38.12, com desvio padrão de 11.453. A escala Hipomania apresenta como valor médio de resposta 21.12, com desvio padrão de 4.437.

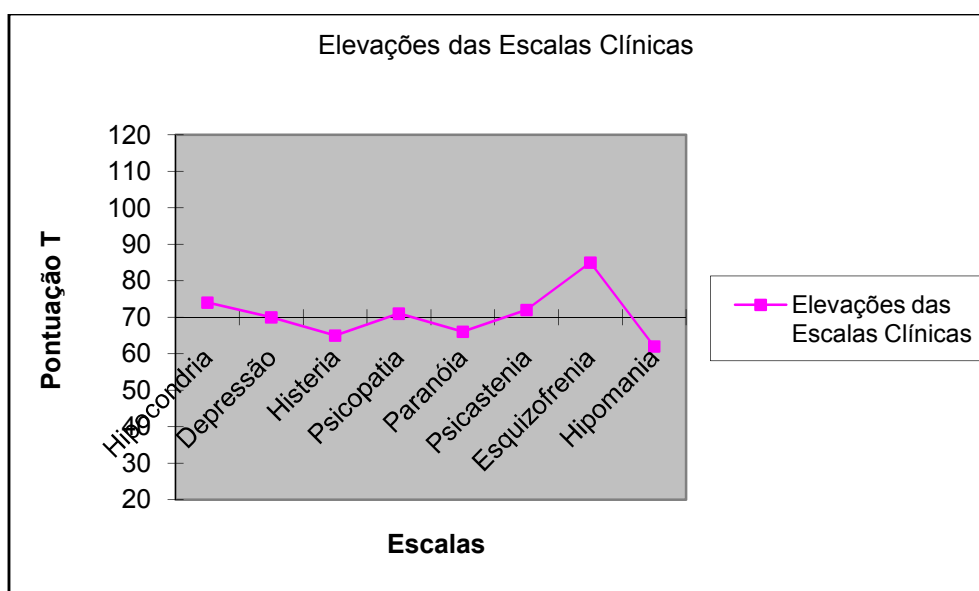
**Tabela XXX** - Estatística descritiva dos resultados obtidos para o sexo feminino

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Idade</b>	58	20	69	41,43	12,724
<b>Altura</b>	52	1,46	1,67	1,5702	,05515
<b>Peso</b>	51	57,9	136,2	88,010	16,4983
<b>IMC</b>	56	25,5	52,0	35,302	6,2795
<b>Mentira</b>	58	2	12	5,83	2,318
<b>Erro</b>	58	2	28	10,38	5,575
<b>Correção</b>	58	5	21	11,43	3,283
<b>Hipocondria</b>	58	8	30	20,38	5,569
<b>Depressão</b>	58	18	42	30,62	6,534

<b>Histeria</b>	58	16	38	27,47	5,089
<b>Psicopatia</b>	58	17	38	26,88	4,946
<b>Paranóia</b>	58	7	21	14,78	3,929
<b>Psicastenia</b>	58	12	47	30,78	9,013
<b>Esquizofrenia</b>	58	18	59	38,12	11,453
<b>Hipomania</b>	58	11	30	21,12	4,437

Seguidamente são apresentados os perfis personalísticos encontrados para os diferentes géneros. De referir que ainda que pareça existir uma relação entre a elevação do perfil e a psicopatologia, esta não é uma relação simples, porque devem ser considerados outros atributos do perfil, conhecidos como características da fase que o indivíduo atravessa.

**Gráfico I** – Perfil *Mini-Mult* dos indivíduos sexo Masculino

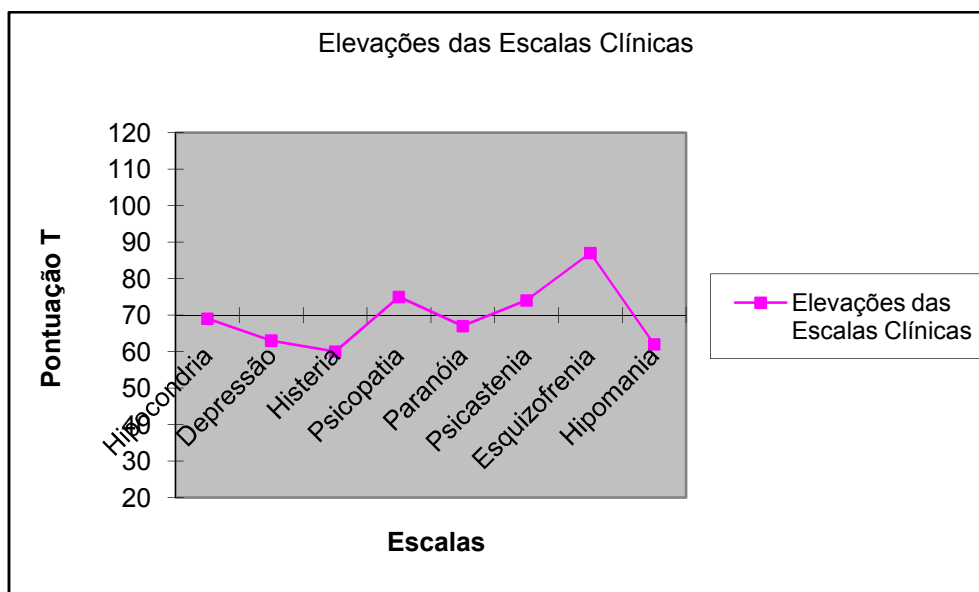


Pela análise do gráfico verifica-se que, de um modo geral, os participantes do sexo masculino, apresentam elevações acima do considerado normal (pontuação T igual ou superior a 70) nas escalas Hipocondria, Depressão, Psicopatia, Psicastenia e Esquizofrenia (sendo esta a que apresenta uma maior elevação). Todavia, as restantes escalas, apesar de não ultrapassarem o limite normativo, apresentam-se igualmente elevadas, pelo que importará levar em conta o seu valor clínico.

Quando existe elevação, em pelo menos duas escalas clínicas, o perfil fornece uma informação adicional muito útil para complementar os resultados até então obtidos. A combinação das elevações de duas escalas representa assim códigos de dois pontos,

que complementam o tipo de funcionamento da personalidade dos sujeitos. Assim sendo, e ainda pela análise do gráfico, pode-se observar que as duas escalas com maior elevação são a Psicastenia e a Esquizofrenia.

**Gráfico II** – Perfil *Mini-Mult* dos indivíduos sexo Feminino



Pela análise do gráfico verifica-se que, de um modo geral, os participantes do sexo feminino, apresentam elevações acima do considerado normal (pontuação T igual ou superior a 70) nas escalas Psicopatia, Psicastenia e Esquizofrenia (sendo esta a que apresenta uma maior elevação). Todavia, as restantes escalas, apesar de não ultrapassarem o limite normativo, apresentam-se igualmente elevadas, pelo que importará levar em conta o seu valor clínico.

Quando existe elevação, em pelo menos duas escalas clínicas, o perfil fornece uma informação adicional muito útil para complementar os resultados até então obtidos. A combinação das elevações de duas escalas representa assim códigos de dois pontos, que complementam o tipo de funcionamento da personalidade dos sujeitos. Assim sendo, e ainda pela análise do gráfico, pode-se observar que as duas escalas com maior elevação são a Psicopatia e a Esquizofrenia.

## 8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após análise dos resultados obtidos verificam-se algumas relações interessantes. Primeiramente chamar a atenção para a distribuição da amostra por IMC. Além da, esmagadora, maioria apresentar um quadro clínico de obesidade instalado, 15 participantes apresentam  $IMC \geq 40$  Kg/m<sup>2</sup>, o que significa que padecem de obesidade mórbida. De acordo com Waidergorn, Lopes & Evangelista (1999), os obesos mórbidos podem morrer por complicações advindas do excesso de peso, tais como, diabetes, hipertensão, arteriosclerose, enfarte do miocárdio, disfunções pulmonares, artrite, hérnias, varizes, infertilidade, traumas resultantes de quedas e acidentes, entre muitas outras complicações médicas. A obesidade mórbida não só pode matar como aumenta em dez vezes o risco de morte em relação ao indivíduo normal. A maioria dos casos é constituída por indivíduos com história de vida reveladora de problemas psicológicos, como, perturbações do humor, ansiedade, fobias entre outras (Kaufman, 1998 cit. por Waidergorn *et. al*, 1999).

Ainda dizer que nesta investigação apesar do número de participantes do sexo masculino ser deveras inferior aos do sexo feminino (10 homens e 58 mulheres), a média de peso verifica-se muito superior nos homens. Todavia, as médias de alturas são proporcionais ao peso, uma vez que, os homens, neste estudo, são, em média, mais altos que as mulheres.

O meio de residência parece também influenciar a variável peso. Quando comparados os índices de massa corporal dos participantes face ao seu meio de residência, pode-se verificar que é no meio urbano onde se registam os IMC's mais elevados. A hipótese inicialmente estabelecida vai ao encontro dos resultados obtidos. Todavia, de referir que também existem muito mais participantes do meio urbano que do rural, logo não se podem tirar conclusões muito significativas. Um estudo de Balaban, Silva & Motta (2001), com 515 participantes (332 áreas urbana e 183 área rural) confirma que os índices de obesidade tendem a ser mais prevalentes em áreas urbanas, provavelmente pela cultura alimentar contemporânea com enormes desequilíbrios nutricionais. Já Rodrigues, Bezerra & Saraiva (2005), complementam que os meios ruralizados são usualmente relacionados com estilos de vida mais vigorosos. De acordo com Guedes, Carraro, Godoy-Matos & Lopes (2005), “o

---



---

*ambiente moderno é um potente estímulo para a obesidade” e como salienta Ferreira e Magalhães (2005) “a obesidade tende a ser mais frequente em áreas de melhor desenvolvimento. Tende a ser um fenómeno presente na zona urbana em detrimento da área rural”.*

Quanto ao estado civil confirma-se a hipótese de que as pessoas com relação conjugal apresentam IMC's superiores às outras condições civis. De facto os participantes casados apresentam IMC's mais elevados que os restantes sujeitos de outros estados civis. Estes resultados vão ao encontro de um estudo desenvolvido por Craig & Truswell (1990). Os autores, na sua investigação, postulam que o casamento pode influenciar o ganho de peso, principalmente em mulheres. Um estudo realizado com 1215 pessoas, no Brasil, aponta para um risco potencial 1,6 vezes maior para o sobrepeso em mulheres com cônjuge quando comparadas a mulheres sem cônjuge (Velásquez-Meléndez, Pimenta & Kac, 2004). As razões podem ser a redução no gasto energético e um aumento na ingestão calórica por alterações nos hábitos sociais. O papel assumido pelas mulheres enquanto donas de casa, no controlo e na distribuição da comida no lar, favorece a negligência do seu próprio consumo (Ferreira & Magalhães, 2005). De facto o estado marital parece promover uma sincronia de aumento de peso nos membros do casal, referindo-se a tendência de aumento ponderal com o casamento (Moreira, 2005).

No que diz respeito às habilitações literárias, predominam IMC's elevados, em formação académica mais baixa. Todavia, de referir que as categorias de formação académica superior são menos representativas que as restantes. A tendência verificada, com os resultados obtidos, aponta para as mulheres possuírem maiores níveis de literacia que os homens, e confirma a hipótese previamente estabelecida de que as mulheres são mais letradas que os homens (embora a representatividade destes face às mulheres, como já foi referido, não permita que a análise seja conclusiva, seria necessário uma amostra masculina mais elevada). De acordo com um estudo de Clemente, Moreira, Oliveira & Almeida (2004), as mulheres de níveis de educação superiores apresentam uma subestimação do peso condicionada pela pressão social para um ideal de baixo peso e magreza. Um estudo realizado por Velásquez-Meléndez *et. al* (2004), aponta que o nível de escolaridade pode ser entendido como uma característica importante da forma de inserção dos indivíduos na sociedade, que pode ser decisiva para a qualidade do auto-cuidado e para a capacidade de interpretar informações, relativas a comportamentos preventivos para protecção da saúde.

---



---

A situação profissional parece também ter influência no peso. Os participantes não activos, profissionalmente, ou com uma profissão não qualificada, são, na esmagadora maioria obesos. De acordo com Ferreira & Magalhães (2005), particularmente neste grupo profissional, o uso do corpo pode compreender uma visão mais utilitária, fruto da importância da força física nas ocupações desempenhadas. À medida que o grau profissional sobe em qualificação verifica-se uma distribuição uniforme de pesos. Um estudo de Khaodhiar, McCowen & Blackburn (1999), apurou que problemas psicológicos, sociais e comportamentais podem ocorrer em indivíduos obesos. Muitas vezes eles sofrem de discriminação e estigmatização social, o que prejudica o seu funcionamento físico e psíquico, podendo causar um impacto negativo na sua qualidade de vida. Ao longo da vida, o excesso de peso, trás como grande dificuldade, um menor índice de empregos. Muitas vezes os indivíduos obesos sofrem ou são-lhes impostas restrições diante de actividades rotineiras na procura de empregos ou qualificação profissional (Travado, Pires, Martins, Ventura & Cunha, 2004).

Do ponto de vista físico, o excesso de peso, não só se associa ao aumento da prevalência de algumas doenças, mas também a um aumento dos níveis de dor, mortalidade e alterações psicológicas. A nível psicológico, a alteração da imagem corporal provocada pelo aumento de peso poderá provocar uma desvalorização da auto-imagem e do auto-conceito, no obeso, diminuindo a sua auto-estima. Em consequência disto, poderão surgir sintomas depressivos e ansiosos, uma diminuição da sensação de bem estar e um aumento da sensação de inadequação social, com uma consequente degradação da performance relacional (Silva, Jorge, Domingues, Nobre, Chambel & Castro, 2006).

Depois da aplicação e cotação dos questionários utilizados na investigação, verificou-se que existe um perfil personalístico característico para o sexo masculino e feminino.

Pela análise do perfil masculino, verificou-se que, as escalas Hipocondria, Depressão, Psicopatia, Psicastenia e Esquizofrenia, são as que apresentam valores mais elevados. Pela análise do perfil feminino, verificou-se que, as escalas Psicopatia, Psicastenia e Esquizofrenia, são as que apresentam valores mais elevados. Todavia, as restantes escalas, em ambos os perfis, apesar de não ultrapassarem o limite normativo, apresentam um aumento sugestivo de patologia, pelo que importará levar em conta o seu valor clínico.



---

A escala Hipocondria é considerada uma escala de sintoma e compreende basicamente queixas, preocupações e sintomas relacionados com a saúde corporal. Esta escala diferencia bem os sujeitos com sintomas hipocondríacos dos que têm uma doença física real. Uma pontuação elevada pode significar que os sujeitos se inquietam exageradamente com o seu estado de saúde, apresentando queixas somáticas sem causa orgânica determinada. De um modo geral são descritos como egocêntricos, imaturos e pessimistas. Todavia, a perturbação com o corpo pode também ocorrer noutras perturbações, portanto, o valor elevado, não quer necessariamente dizer que o sujeito seja realmente hipocondríaco. De acordo com Campos (1993), o que se verifica nos sujeitos obesos é que apresentam uma preocupação excessiva acerca da comida e imagem corporal que se vai alastrando a outras áreas da sua saúde, especialmente quando projectam as consequências do aumento de peso.

A escala Depressão, foi desenvolvida para medir o sintoma clínico da depressão. É considerada uma escala de sintoma e é uma medida muito sensível de depressão, proporcionando o melhor índice isolado do nível actual de satisfação, conforto e segurança da pessoa. Os itens abrangem melancolia, lentidão física, sentimento subjectivo de depressão, apatia mental e mau funcionamento físico. A sua elevação pode não significar necessariamente um mau prognóstico, enquanto envolve um descontentamento em relação ao auto conceito pessoal e uma disposição para mudar. A elevação da escala psicastenia complementa a avaliação da motivação, onde se subentende uma orientação introspectiva, associada com a consciência da problemática pessoal, que constituiu uma indicação para o êxito de uma psicoterapia. A elevação desta escala não se relaciona só com a depressão em si, mas constitui também uma indicação de que as defesas contra a ansiedade não são suficientes. De um modo geral são frequentes os sentimentos de desmoralização e inutilidade, incapacidade para encarar o dia-a-dia de forma optimista e agradável, falta de confiança em si mesmo proveniente de uma auto imagem desvalorizada. Um estudo comparativo, para avaliação do estado de saúde e funcionamento psicossocial, realizado na Suécia, com uma população de 1743 obesos (800 homens e 943 mulheres), concluiu que, de um modo geral, os obesos apresentavam um estado de saúde debilitado e uma diminuição do bom humor, sendo estas perturbações mais graves nas mulheres que nos homens. A ansiedade e/ou depressão e a morbidade psiquiátrica tinham maior grau de incidência nos obesos, sendo as mulheres as mais afectadas (Karlsson, Sjostrom & Sullivan, 1993). Todavia, não há, na literatura, consenso sobre as relações entre depressão e obesidade.

---



---

Friedman & Brownell (1995), numa investigação bibliográfica, observaram divergências entre os estudos. Alguns estudos demonstram que a obesidade aumenta o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos, outros indicam que a obesidade diminui o risco de depressão e outros, ainda, apontam que a obesidade não influencia o risco de depressão. Esta controvérsia poderá explicar porque os níveis de depressão não foram tão elevados como o inicialmente esperado. A hipótese de que os níveis de depressão nas pessoas com excesso de peso se encontrariam acima do considerado normal vê-se aqui refutado. Apesar de serem níveis altos não chegam a ultrapassar as expectativas, tal como, as mulheres apresentarem níveis de depressão mais elevados que os homens. O verificado foi exactamente o contrário. Todavia, de levar em consideração que, a amostra de participantes do sexo masculino é bastante mais reduzida que a do sexo feminino.

A escala Histeria, inclui itens que se associam com a presença de queixas, sintomas somáticos e com a habilidade social de negar tais sintomas. A sua pontuação moderada pode indicar que o sujeito sente necessidade de se apresentar de forma favorável, apesar de ser descrito como ingénuo e egocêntrico. Carecem de *insight* em relação a si próprios e com os outros, acabam por ser manipulados, para satisfação das suas necessidades pessoais.

A escala Psicopatia, destina-se a identificar um desajustamento social e transtornos de carácter associados com défices no controlo dos impulsos que levam à passagem ao acto. Pontuações elevadas sugerem características associativas e amorais. É frequente aparentarem boa impressão inicial e manterem um relacionamento adequado. Mas, de facto, são imaturos, egocêntricos, impulsivos e emocionalmente instáveis. Passam uma impressão de normalidade, por parecerem imunes a sentimentos de vergonha e embaraço. Todavia, têm dificuldade em aprender com os erros. Notas elevadas podem ocorrer mesmo em sujeitos sem história de delitos passados. Não indica apenas que o sujeito cometeu delitos, mas é provável que revele aspectos da psicopatia em situações mais extremas e de menor controlo. No enquadramento social das sociedades actuais, a beleza física é muito valorizada e surge intrinsecamente ligada a um ideal de corpo magro, firme e esbelto. Como tal, isto produz, no obeso, uma pressão social incómoda e uma sensação de inadequação perante os padrões sociais vigentes, que poderá provocar dificuldades relacionais e, muitas vezes, um evitamento do contacto social e da realização de algumas tarefas quotidianas indispensáveis que requerem contactos sociais. De acordo com um estudo de Silva *et. al* (2006), esta

---

sensação de inadequação acompanhada de sentimentos de desvalorização e fuga social, veiculada pelo isolamento, está muitas vezes na origem de sintomas depressivos e de dificuldades relacionais, quer de carácter socioprofissional ou familiar.

A escala Paranóia, foi desenvolvida no sentido de diagnosticar o quadro clínico da paranóia. O conteúdo de alguns itens é claramente psicótico, enquanto outros envolvem apenas preocupação com os motivos percebidos nas acções de outras pessoas. O facto de alguns itens terem conteúdo bizarro é um ponto fraco desta escala, já que o sujeito que deseja ocultar pensamentos inusitados pode fazê-lo, respondendo na direcção não comprometedora. De um modo geral à medida que esta escala se eleva aumenta a susceptibilidade e os sentimentos de os sujeitos se acharem, de alguma forma, prejudicados, com possibilidade de sugerir suspeição e ressentimento com base real ou imaginária. Os sujeitos projectam a culpa e a hostilidade expressando os conteúdos agressivos de formas indirectas, envolvendo outras pessoas, apresentando suspeição, rigidez e hostilidade.

A escala Psicastenia, inclui aspectos fóbicos, obsessivo-compulsivos, fadiga intelectual, dúvida e indecisão. É considerada uma escala de sintoma e é mais vulnerável a flutuações em função de uma perturbação experienciada. A elevação desta escala sugere sujeitos descritos como auto punitivos, individualistas, ansiosos, conscienciosos, tensos, medrosos, insatisfeitos, distraídos, emotivos e rígidos. Alguns sintomas são: tensão, preocupação, obsessões, fobias, medos irracionais, auto-dúvida mórbida, culpa e introspecção apreensiva. Os resultados obtidos nesta escala, vão ao encontro de diversos estudos que demonstram uma relação entre excesso de peso e ansiedade (Pirke & Platte, 1998; Rosmond & Bjurntorp, 1998; Sarlio-Lahteenkorva & Rissen, 1998; Mazzoni, Mannucci, Rizzello, Ricca & Rotella, 1999). Andrade e Gorestein (1998), afirmam que a ansiedade é um estado emocional com componentes fisiológicos e psicológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desenvolvimento. Ela pode tornar-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia, ou quando não existe um objecto específico ao qual ela se direcione. Um estudo recente feito em Portugal, sobre os comportamentos alimentares, com 741 sujeitos demonstrou que existe uma perturbação a nível da obsessão-compulsão (Marques, 2007).

A escala Esquizofrenia, identifica os sujeitos que se caracterizam pela presença de ideias e comportamentos bizarros. É considerada uma escala fraca, apesar de ser a mais numerosa, pelos itens que inclui, visto que a sintomatologia é muito heterogénea e



complexa. É classificada como uma escala de sintomas, reflecte distorções da realidade ou pensamentos bizarros, confusos e esquizóides. Inclui temas relacionados com a alienação social e familiar, sentimentos de perseguição, ausência de interesses pelo que o rodeia, dificuldades de concentração e de controlo e também na área sexual, sensações peculiares, medos entre outros. As notas elevadas, como é o caso em ambos os perfis, têm de ser interpretadas com muita prudência, pois, certos sujeitos não esquizofrénicos obtêm nota alta. Também sujeitos muito introvertidos, bem como adolescentes, podem obter nota alta. Isto porque qualquer destes grupos tem dificuldades de adaptação, o que faz com que alguns itens se tornem significativos, fazendo subir a nota. Nestes casos os sujeitos são descritos como confusos, retraídos, individualistas, impulsivos e não convencionais. Os valores elevados da escala podem ainda indicar sujeitos com interesses mais abstractos, que abordam as tarefas de uma forma inovadora, sem envolvimento. Os elevados resultados verificados nesta escala para ambos os sexos vai ao encontro de um estudo efectuado por Melin & Araújo (2002), onde se verifica que pessoas obesas apresentam um risco significativo de comorbilidade com esquizofrenia.

A escala Hipomania, foi desenvolvida para diagnóstico do estado hipomaniaco e casos leves de mania, caracterizado por hiperactividade, excitação emocional e fuga de ideias. Os itens desta escala envolvem sentimentos de grandiosidade, grau de excitação e nível de actividade. É preciso ter em atenção a natureza transitória do estado hipomaniaco, em que as flutuações de humor e o nível de energia são factores que se reflectem na avaliação. Os itens envolvem sentimentos de grandiosidade, grau de excitação e nível de actividade, abrangendo sintomas do estado hipomaniaco, assim como questões morais, interacções sociais, familiares e temas somáticos. Os valores obtidos nesta escala revelam ainda competitividade, narcisismo e medo de se sentirem submissos ou dependentes. Mas, por vezes, procuram fazer com que os outros se sintam fracos e dependentes, como forma de conseguir melhorar a sua auto-estima.

Ainda pela análise do perfil masculino se pode concluir que as escalas com maior elevação são a Psicastenia e Esquizofrenia. A combinação destas duas escalas, sugere pessoas ansiosas, deprimidas, tensas, retraídas, hipersensíveis, obsessivas, com sentimentos de insegurança, inadequação e inferioridade, podendo haver problemas a nível sexual. Deve ser levado em consideração o risco de suicídio, alcoolismo e abuso de drogas. A predominância da escala esquizofrenia associa-se com sintomas mais a nível psicótico e o prognóstico é pior.



Ainda pela análise do perfil feminino, pode-se concluir que as escalas com maior elevação são a Psicopatia e a Esquizofrenia. A combinação destas duas escalas, sugere pessoas, descritas como, estranhas, impulsivas, imprevisíveis, inconformistas, com severas perturbações emocionais, podendo terem sofrido rejeições e maus tratos de modo a desenvolver uma atitude de desconfiança em relação ao que as rodeia. Por medo de rejeição tornam-se alienadas e hostis. Apresentam mau ajustamento, frequentemente disfunções sexuais de vários tipos, sendo capazes de actos anti-sociais com envolvimento com a justiça. São comuns as tentativas de suicídio e tendência à adição ao álcool e às drogas.

Assim sendo, pode-se aceitar que, as pessoas com excesso de peso, partilham um perfil personalístico com características particulares acerca do funcionamento psicológico. Os resultados encontrados vão ao encontro da hipótese inicialmente estabelecida que as pessoas com excesso de peso apresentam índices elevados de patologia clínica. Como tem vindo a ser referido, e amplamente descrito na literatura, o aumento ponderal de peso predispõe alterações psicológicas acentuadas. Todavia, e de acordo com Azevedo & Spadotto (2004), não é possível falar de um tipo básico de personalidade, como característico de todas as pessoas obesas, embora salientem que a obesidade pode estar associada a qualquer perturbação psiquiátrica concebível, tanto neurose como psicose. Nesta investigação, de facto, obteve-se um perfil característico. Todavia, os resultados não podem ser generalizados.

As diferenças encontradas entre géneros não parecem ser muito discrepantes. Este facto vai ao encontro do referido por Melin & Araújo (2002), *“a comorbilidade da obesidade com alterações de personalidade é semelhante em ambos os géneros sexuais. Frequentemente se associa à obesidade outras perturbações psiquiátricas, como, depressão, abuso de álcool e drogas, esquizofrenia bem como outras perturbações psicóticas”*. Campos (1993), num estudo com adultos obesos, identificou como características psicológicas e personalísticas comuns, passividade e submissão, preocupação excessiva com comida, ingestão compulsiva de alimentos e drogas, dependência e infantilização, primitivismo, não-aceitação do esquema corporal, temor de não ser aceite ou amada, indicadores de dificuldades de adaptação social, agressividade, frustração, desamparo, insegurança, intolerância e culpa. Já Kahtalian (1992), considera que o acto de comer, para os obesos, é tido como tranquilizador, como uma forma de localizar a ansiedade e angústia do corpo, sendo apresentadas também dificuldades em lidar com a frustração e com os limites.

---



---

Apesar de não ser clara a relação entre a obesidade e características próprias da personalidade, existem dados que demonstram que os obesos apresentam maior prevalência de problemas de personalidade que em pessoas de peso normal (Ogden, 1999). De acordo com Azevedo & Spadotto (2004), os pacientes obesos podem ser caracterizados como pessoas emocionalmente perturbadas. Cada vez mais se verifica que os aspectos emocionais estão intimamente ligados ao sobrepeso, favorecendo, muitas vezes, o desenvolvimento de problemas psicológicos, como ansiedade, depressão e dificuldades comportamentais (Luiz, Gorayeb, Júnior & Domingos, 2005). Estes aspectos vão, uma vez mais, ao encontro dos resultados colhidos nesta investigação. Como já foi visto o excesso de peso propicia o aumento da condição clínica ao nível psicológico.

## 9. LIMITAÇÕES DA INVESTIGAÇÃO

Como qualquer investigação, sempre são encontradas algumas dificuldades em controlar determinadas variáveis. Sendo assim, esta investigação, apresenta algumas limitações que passo a descrever.

Uma das limitações tem que ver com a validade externa, salientando o cuidado que se deve ter na comparação dos resultados, devido essencialmente à não aleatoriedade da amostra. Isto pressupõe que não é possível generalizar os resultados a populações similares.

A aplicabilidade clínica do IMC é, conforme já descrito anteriormente, alta, tanto em estudos epidemiológicos e clínicos quanto na prática diária (Segal *et al.*, 2002). Todavia, o IMC não reflecte, necessariamente a distribuição da gordura, isto é, não distingue massa gordurosa de massa magra, nem a origem do peso, o que pode ser um fraco indicador em indivíduos mais velhos, crianças ou musculosos (Godoy-Matos & Oliveira, 2004).

Apesar das hipóteses apresentadas serem baseadas em evidências empíricas não quer dizer que sejam verificadas após a análise estatística. O facto de se saber que a idade, sexo, escolaridade e estatuto socioeconómico podem ter influência na prevalência da condição obesa, terá de se ter sempre em conta as características situacionais envolventes que podem não ser efectivamente preditivas de tal relação causa-efeito.

Quanto ao inventário de Personalidade, apesar deste ter elevada aplicabilidade clínica, tem pouca validade ecológica, uma vez que, não está aferido para a população

---



portuguesa. A versão utilizada decorre de uma tradução da original. Este aspecto pode acarretar alguns problemas, nomeadamente ao nível da validade dos dados obtidos. Os testes quando são adaptados para determinada população têm sempre em conta as características desta. Assim sendo, essas características podem divergir de população para população e, como tal, os resultados podem não reflectir totalmente a realidade em questão.

Um outro aspecto a considerar refere-se à veracidade dos dados obtidos através do inventário de personalidade. Até que ponto a resposta que o indivíduo oferece é preditiva do seu modo de ser, foge um pouco ao alcance do investigador.

A resposta de cada pessoa ao questionário depende da situação imediata encontrada em cada ocasião o que pode não predizer efectivamente características do sujeito (Cronbach, 1996).

Um outro aspecto que limita o carácter de representatividade fidedigna do estudo é o facto da amostra ser recolhida com um espaço temporal significativo. Os resultados obtidos poderão já não ser característicos da condição de cada participante.

Em futuras investigações sugere-se avaliar grupos de pessoas com excesso de peso que não frequentem programas de redução de peso (como se verifica com a amostra em estudo), já que a ausência significativa de diferenças nas escalas pode, provavelmente dever-se, a características próprias dos pacientes que solicitam ajuda na redução de peso. O facto de nesta investigação apenas se incluir a amostra, que frequenta acompanhamento hospitalar de controlo de peso, limita a generalização de conclusões à restante população com excesso de peso. A consideração de variáveis demográficas, apenas tem valor na região do estudo pois quando comparadas com outras áreas geográficas não se pode garantir a validade destes resultados.

Por último referir que esta investigação significa apenas um grão de areia no deserto sem fim desta temática. Que o trabalho agora iniciado continue a juntar mais grãos ao inicial.

## **10. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como já foi descrito anteriormente, e a literatura demonstra, conclui-se que a obesidade tem vindo a tornar-se numa realidade cada vez mais preocupante, que afecta tanto países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento. A sua prevalência é



---

extremamente alta e é reconhecida como um dos maiores problemas de saúde pública das sociedades modernas, que tende a agravar-se.

A sua incidência afecta cada vez mais as camadas jovens, e o impacto que, esta condição clínica, tem nestas faixas etárias pode ser determinante no aparecimento de perturbações que podem afectar estes indivíduos durante toda a sua vida.

Neste sentido a obesidade e excesso de peso podem ser visualizados como um sintoma ou uma consequência de um problema de ajuste psicológico ou social, que influencia as qualidades emocionais, percepção do próprio funcionamento, qualidade de vida e habilidades sociais destas pessoas, em qualquer idade, especialmente pelas características estigmatizadas pela sociedade.

Os estigmas e preconceitos relativamente ao peso, e que tantas vezes se podem observar na relação terapêutica entre profissionais de saúde, podem influenciar negativamente a adesão à terapia e resultar em consequências graves na conduta, personalidade, habilidades sociais e cognitivas. Neste sentido, é de particular relevância que, para a qualidade da adesão a acompanhamento clínico, se tenha em atenção o estabelecimento de uma relação entre profissionais e utentes, baseada na confiança, empatia, sinceridade, aceitação incondicional e confidencialidade. No entanto, já que a terapia psicológica, por si só, não pode ser condição suficiente para o tratamento dos problemas relacionados com o peso, o esforço actual deverá ser cada vez mais direccionado para a prevenção. Secundária no caso dos adultos e primária nas crianças.

É importante que estudos futuros investiguem de forma mais precisa as relações deste problema com outras variáveis, para que o mais rápido possível se possa por um entrave à sua crescente incidência.

É necessário ainda implementar, em todas as esferas, programas governamentais com impacto potencial na diminuição da incidência e prevalência do excesso de peso e obesidade que, devido às suas comorbilidades, se torna potencialmente letal.

A realização da presente investigação permitiu reconhecer a complexidade e a dura realidade dos aspectos envolvidos nesta temática. Ficaram-se a conhecer, igualmente, as barreiras que tantas vezes os investigadores se deparam. Muitas vezes estar dependentes de instituições significa enfrentar entraves dificultadores do cumprimento de *timings*. Todavia, o trabalho revelou-se bastante gratificante com possibilidade de aprendizagem a todos os níveis.



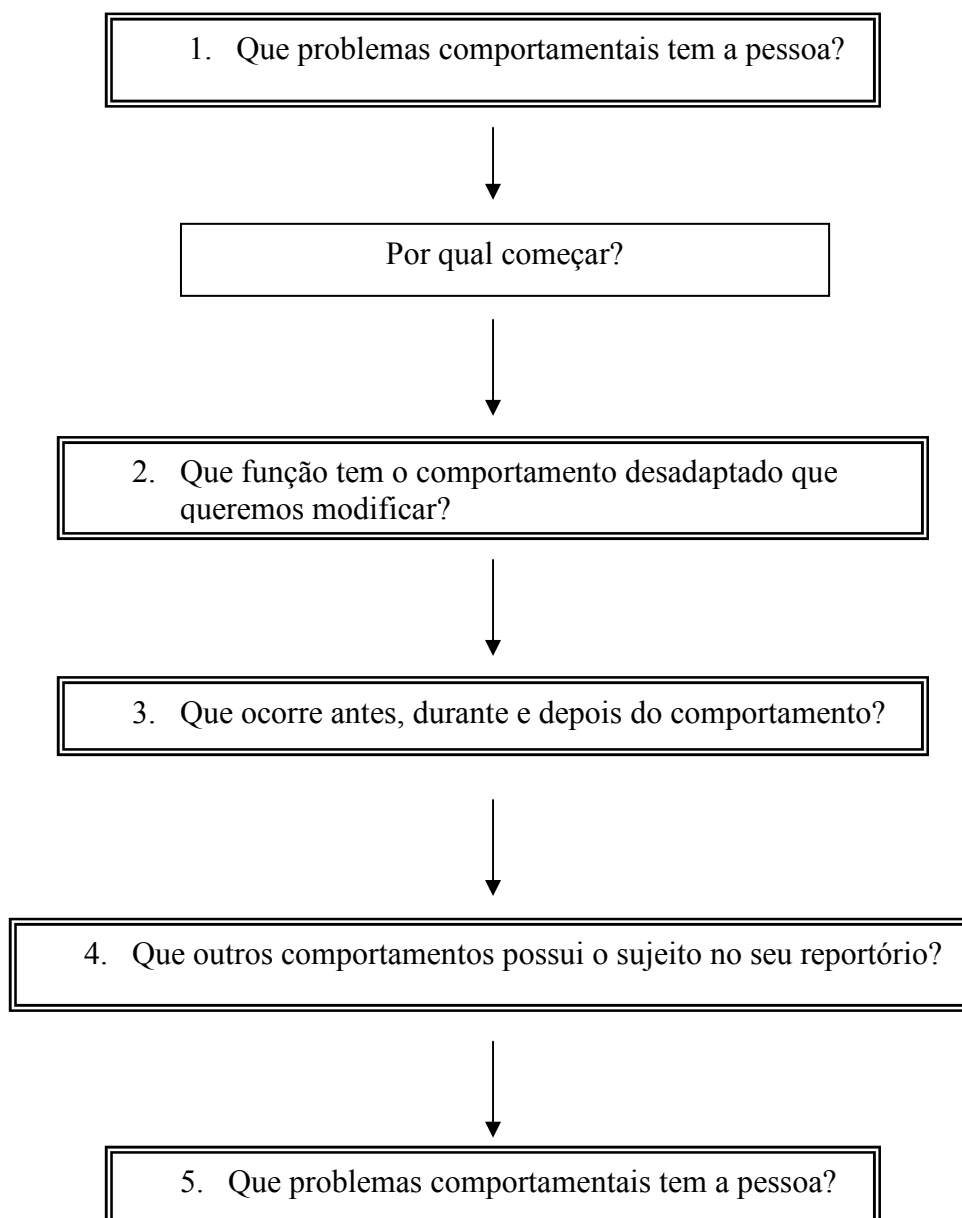
II -  
PARTE

**AVALIAÇÃO**

## 1. BREVE INTRODUÇÃO

A fase de avaliação é uma fase crucial no processo terapêutico e deve ser conduzida de forma cuidadosa (Figueiredo, Fernandes, Matos & Maia, 2003; Noronha & Freitas, 2005). Deve incluir aspectos físicos, emocionais e sociais uma vez que o DHDA apresenta inúmeros problemas associados em diferentes áreas da vida do paciente (Grevet et. al., 2003).

O processo de avaliação de problemas comportamentais  
(Alonso & Bermejo, 2001).



De seguida, serão apresentadas um conjunto de técnicas, de avaliação psicológica, utilizadas ao longo do estágio curricular. Juntamente com a sua descrição teórica, apresentar-se-ão um conjunto de dados práticos, a título exemplificativo, decorrentes de alguns casos seleccionados.

## 2. TÉCNICAS UTILIZADAS

### Teste do desenho

O teste do desenho é uma técnica projectiva gráfica de fácil administração, económica e rica em resultados clínicos (Campos, 1978).

Tal como outras técnicas projectivas, revela-se um meio efectivo de “quebrar o gelo” durante os contactos iniciais com a criança (Anastasi & Urbina, 2000). Ainda segundo as mesmas autoras, a tarefa proposta geralmente é intrinsecamente interessante e divertida, afastando a atenção da criança de si mesma e assim reduzir o embaraço e a defensividade.

A figura seguinte retrata um desenho livre de uma criança de 9 anos de idade. Quanto a este desenho parece estar adaptado à idade e não apresenta nenhum aspecto que seja preditor de um ajustamento disfuncional:



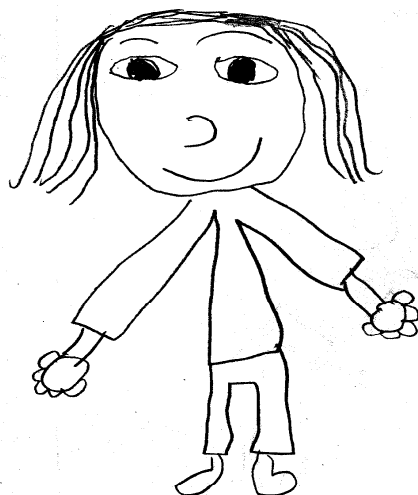
**Figura I** – Desenho livre

---

### Desenho da Figura Humana

O DFH por privilegiar a comunicação gráfica, dificulta o emprego de mecanismos de defesa usualmente adoptados de forma consciente durante a aplicação de técnicas verbais (Goodnough, 1926). É bem aceite por indivíduos que apresentam dificuldades de expressão verbal ou baixo nível educacional e, o tema da figura humana, remete às imagens internalizadas que o sujeito tem de si mesmo (Peres & Santos, 2006). Este teste é muito utilizado para examinar o nível intelectual das crianças mas também para estudar problemas de personalidade e adaptação (Harris, 1991).

A figura seguinte retrata um desenho livre de uma criança de 9 anos de idade. Quanto a este desenho parece estar adaptado à idade e não apresenta nenhum aspecto que seja preditor de um ajustamento disfuncional:



**Figura II** – Desenho Figura Humana (si mesma)

### Desenho da Família (Corman, 1967)

O teste do desenho da família é uma técnica projectiva gráfica, que pressupõe que o desenho efectuado pela criança pode possibilitar a obtenção de indícios sobre a dinâmica familiar (Cunha, 2002).

A figura seguinte retrata um desenho da família de uma criança de 7 anos de idade.



**Figura III – Desenho da Família**

Quanto a este desenho, apesar da instrução não ser claramente de desenhar a própria família, o que F. parecia desenhar não se assemelhava nem a uma família, nem tão pouco à sua própria família. Após conclusão do desenho, e quando abordado acerca deste, F. esclarece “já está. É a mãe cavalo com os bebês cavalinhos deitados numa cama de palha, atrás de uma cerca” (sic). A família que F. tinha acabado de desenhar era, portanto, a família dos cavalos!

Todavia, o desenho efectuado revela-se deveras expressivo. A orientação do desenho no centro da folha indica o momento presente. O desenho parece sugerir que F. está presente e disponível para tudo aquilo que a rodeia (Campos, 1978). Normalmente este tipo de criança não sofre de tensão ou ansiedade (Bédard, 2000). Portanto, é preferível não dar responsabilidades a longo termo, a este tipo de criança, ela pode desencorajar-se com facilidade. Prefere ver os resultados imediatos de todo o trabalho ou de toda a participação da sua parte (Bédard, 2000).

A dimensão do desenho assume neste caso uma interpretação desfavorável para F. ao utilizar grandes formas, F., pode estar a tentar chamar a atenção “*Vejam, eu também existo*”. O uso exagerado do vermelho indica a procura constante de atenção e a

personalidade exigente de F. O vermelho é a primeira cor que a criança aprende a distinguir e revela uma natureza enérgica. (Debienne, 1977).

A transparência está igualmente evidente no desenho de F., consegue-se ver através da cerca. O uso da transparência pode indicar duas coisas. A primeira menciona uma criança inteligente e intuitiva que é capaz de perceber o pensamento das pessoas ou prever a evolução das situações. A segunda, que é menos favorável, é que pode estar na presença de uma criança que é levada a mentir, que tem o hábito de camuflar os seus pensamentos. De facto ela está consciente do seu comportamento, o que faz sentir uma certa culpabilidade. Pelo seu desenho ela gostaria de ser desmascarada para ser um pouco liberada do seu fardo. À primeira vista do seu desenho vem uma mensagem: “*vejam o que escondo e ajudem-me a verbalizá-lo*” (Bédard, 2000).

Posteriormente, noutra sessão, e já com um certo à vontade, foi pedido a F. que desenha-se a sua família verdadeira. O resultado foi inquietante:



**Figura IV** - Desempenho de F. na reprodução do desenho da própria família

Da esquerda para a direita F desenha dentro de uma enorme casa: a cadela nina, o avô materno, a sua irmã, ele próprio, a avó materna e uma mala de primeiros socorros.

Mais uma vez se apresenta a grandiosidade do desenho e a transparência, já atrás explicados, mas, o que salta logo à primeira vista é a ocultação dos pais. Para F. a sua família está muito bem definida. Ele não só adora viver com os avós como os representa como sendo a sua família. Este aspecto vai ao encontro da difícil relação que F. presentemente mantém com os pais que estão emigrados.



Quando terminou o desenho foram feitas algumas questões a F.:

---

➤ Qual é a pessoa que mais gostas?

*“a minha avó e o meu avô” (sic)*

➤ Porquê?

*“porque gostam de mim” (sic)*

➤ Quem é o mais feliz?

*“a nina” (sic)*

➤ Porquê?

*“então porque tem os mimos de todos” (sic)*

➤ Quem é o menos feliz?

*“eu” (sic)*

➤ Porquê?

*“porque vou ter de ir para França viver com os meus pais” (sic)*

---

Com a análise da informação recolhida até aqui torna-se evidente que o desejo de F. é continuar a viver em Portugal com os avós. Quando questionado sobre esse assunto refere que *“se vivêssemos todos juntos era melhor” (sic)*.

De seguida apresenta-se mais um exemplo de desenho da família

---



**Figura V** - Desempenho de C. na reprodução do Desenho da Família

Quando abordado acerca das características do desenho, C., informa que representou a casa, e da esquerda para a direita, “*sou eu, a minha mãe e o meu pai*” (sic).

C. utiliza para o seu desenho tanto a parte de cima como a de baixo da folha embora se circunscreva ao lado esquerdo desta.

O quadro superior da folha representa a cabeça, o intelecto, a imaginação, de facto é o desejo de novas curiosidades e descobertas. Em oposição a parte inferior informa-nos sobre as necessidades físicas e materiais que a criança pode ter (Bédard, 2000).

O lado esquerdo indica-nos que os pensamentos da criança estão direccionados para o passado. Ela não vive o momento presente nem antecipa o futuro. Pode estar preocupada com o passado ou então ter vivido um acontecimento feliz ao qual ainda continua ligado (Bédard, 2000).

O traço utilizado indica linhas claras e precisas. Sente-se que C. não procurou apressar ou afrouxar as coisas, respeita o ambiente ao procurar o bem-estar físico e a paz.

A presença de um sol radiante, à esquerda da folha, representa o passado e a ligação com a mãe. C. indica-nos a presença de uma mãe autónoma que se mexe e age sem esperar pelos outros. Os raios dão-nos a saber, que a mãe é um pouco invasora. A



mãe nestes casos pode parecer ter os braços grandes, querendo ver tudo, impondo um pouco a sua vontade.

As nuvens não são necessariamente anunciadoras de mau tempo, todavia, a criança sensível à atmosfera parental, desenha nuvens. Este aspecto vai ao encontro da realidade de C. pois o seu ambiente familiar não é concerteza o que ele desejaria ter.

### **Wisc- III (Escala de Inteligência Wechsler para Crianças)**

Wisc – III representa a terceira edição da Escala de Inteligência Wechsler para crianças, e tem por finalidade avaliar a capacidade intelectual das crianças (Cunha, 2002). Em termos de análise dos resultados, o desempenho dos sujeitos pode ser sintetizado em três resultados compósitos, identificados como QI Verbal, QI de Realização e QI da Escala Completa (Wechsler, 2003).

É composta por 13 sub-testes organizados em dois grupos: verbais e perceptivo-motores ou de realização (Quadro – IX) (Cruz, 2005).

**Quadro – VI** : Lista dos subtestes que constituem a WISC – III  
(Wechsler, 2003 pp. 7)

<b>Verbal</b>	<b>Realização</b>
➤ <b>Informação</b>	➤ <b>Completamento de gravuras</b>
➤ <b>Semelhanças</b>	➤ <b>Código</b>
➤ <b>Aritmética</b>	➤ <b>Disposição de gravuras</b>
➤ <b>Vocabulário</b>	➤ <b>Cubos</b>
➤ <b>Compreensão</b>	➤ <b>Composição de objectos</b>
➤ <b>Memória de dígitos</b>	➤ <b>Pesquisa de símbolos</b>
	➤ <b>Labirintos</b>

Além de medir a capacidade intelectual geral, a aplicação deste instrumento de avaliação, pode ser útil para identificar as forças e fraquezas da criança e fornecer informações relevantes para a elaboração de uma programação educacional específica para cada caso (Cruz, 2005).

### **CAT (*Children's Apperception Test*)**

O CAT é uma adaptação do TAT (*Thematic Apperception Test*) desenvolvido por Henry Murray em 1935 na Harvard Psychological Clinic – famosa incubadora da psicologia clínica americana (Shentoub, 1999).

Embora o TAT original seja aplicável a crianças a partir dos 4 anos de idade, o teste de apercepção infantil – CAT, foi desenvolvido por Bellak & Bellak (1966), especialmente para o uso entre os 3 e os 10 anos.

Existem duas versões do CAT: O CAT-A (animais) e o CAT-H (humanos). No CAT-A as figuras humanas das laminas são substituídas por animais, na suposição de que as crianças mais pequenas projectam mais facilmente nos animais que em figuras humanas (Cunha, 2002).

As figuras são potenciais evocadoras de fantasias relacionadas com problemas de alimentação e outras actividades orais, rivalidade fraterna, relações pais-filhos, agressão, treino esfínteriano e outras experiências infantis (Anastasi & Urbina, 2000). A versão humana do teste, CAT-H, foi desenvolvida para o uso com crianças mais velhas. Todavia, os autores afirmam que tanto a forma animal como a humana pode ser mais efectiva, dependendo da idade e características de cada um (Anastasi & Urbina, 2000).

### **Pata Negra (Corman, 2001)**

Este teste insere-se no grupo das técnicas projectivas que utilizam como material reactivo estímulos perceptivos e, como método facilitador da projecção, a expressão livre e directa por parte do sujeito (Corman, 2001).

Ainda de acordo com o autor, esta prova explora fundamentalmente a estrutura dinâmica da personalidade, especialmente os aspectos das primeiras etapas da vida focalizando os mecanismos de defesa do eu e as tendências instintivas (Corman, 2001).

O material é constituído por um frontispício e 17 cartões que representam cenas relativas à problemática fundamental da criança, nos diversos estádios de desenvolvimento, segundo a perspectiva psicanalítica (Silva, 1982).

---



---

A análise das respostas permite identificar a presença de sentimentos, que podem ser frequentes nas primeiras etapas de desenvolvimento, tais como a agressividade, rivalidade fraterna, dependência ou independência (Corman, 2001)

### **OUTRAS TÉCNICAS DE AVALIAÇÃO:**

Para as diversas patologias abordadas foi utilizado um conjunto de técnicas facilitadoras de informação para a intervenção clínica. De seguida passam-se a apresentar, de acordo com cada patologia específica, exemplos de estratégias utilizadas.

Para as diversas patologias uma técnica de avaliação amplamente utilizada foi o Inventário de Personalidade Mini-Mult (Kincannon, 1968).

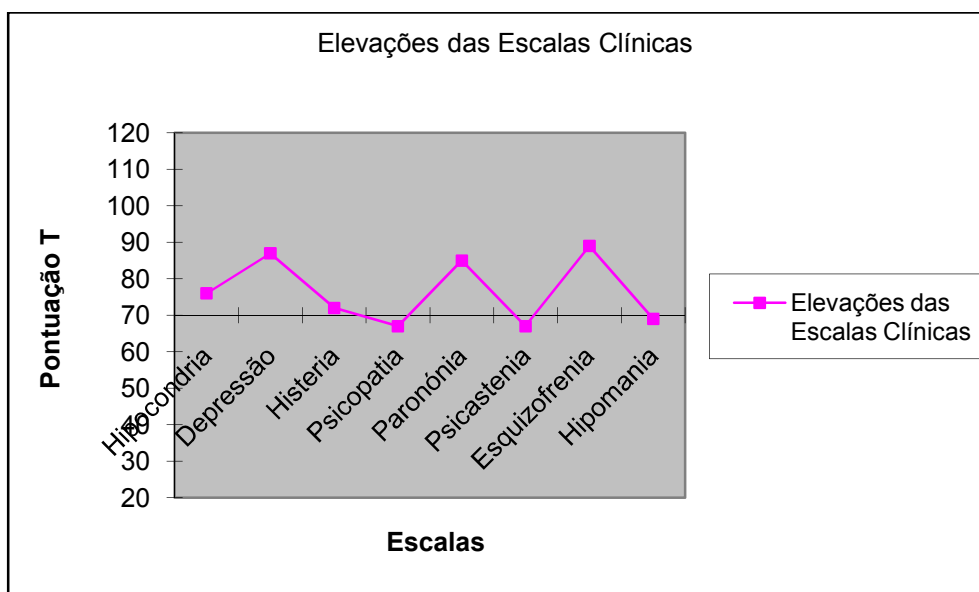
O Mini-Mult (Kincannon, 1968) é uma versão reduzida do MMPI (Hathaway & McKinley, 1943). Foi desenvolvido por Kincannon (1968), em resposta à necessidade de avaliação em *settings* temporais reduzidos. Trata-se de um exame de grande utilização no mundo inteiro, pelo que daí resultou um vastíssimo número de trabalhos que nos permitem hoje utilizar a prova com segurança científica e clínica (Gayton, Bishop, Citrin & Bassett, 1975; Faschingbauer, 1976; Bassett, Schellman, Gayton & Tavormina, 1977; Rand, 1979).

O Mini-Mult é utilizado para descrever traços de personalidade específicos, a fim de explorar os diferentes aspectos da personalidade normal e patológica (Lopes, Barreira & Pires, 2001).

De seguida apresentam-se exemplos de perfis encontrados durante avaliações e respectiva interpretação de resultados.

### **Quadro VII – Enquadramento nosológico**

<b>Paciente</b>	J
<b>Idade</b>	58
<b>Patologia</b>	PSPT

**Gráfico III - Perfil *Mini-Mult J.***

J. apresenta elevações acentuadas nas escalas de Hipocôndria, Depressão, Paranoia e Esquizofrenia e uma ligeira acentuação da Histeria.

Ainda que pareça existir uma relação entre a elevação do perfil e a psicopatologia, esta não é uma relação simples, porque devem ser considerados outros atributos do perfil, conhecidos como características da fase que o indivíduo atravessa.

A elevação da escala hipocôndria compreende basicamente as queixas, preocupações e sintomas relacionados com a saúde corporal. De facto J. tem complicações de saúde e a elevação nesta escala pode reflectir a preocupação que tem com acerca desse aspecto.

A elevação da escala depressão não se relaciona apenas com esta característica, mas constitui também uma indicação de que as defesas contra a ansiedade não são suficientes. Este aspecto confirma-se pois na verdade J. não consegue lidar com a sintomatologia ansiosa. Este resultado pode indicar a desmoralização de J. e vai ao encontro da sua dificuldade em conter e organizar as emoções.

A ligeira elevação da escala histeria confirma mais uma vez as queixas sintomáticas apresentadas por J., relativamente á sua doença pulmonar.

Na escala paranoia J., apresenta um resultado bastante acima da média. Este resultado pode interpretar-se como preocupações, que J., apresenta com os motivos percebidos nas acções de outras pessoas. Este resultado pode remeter para



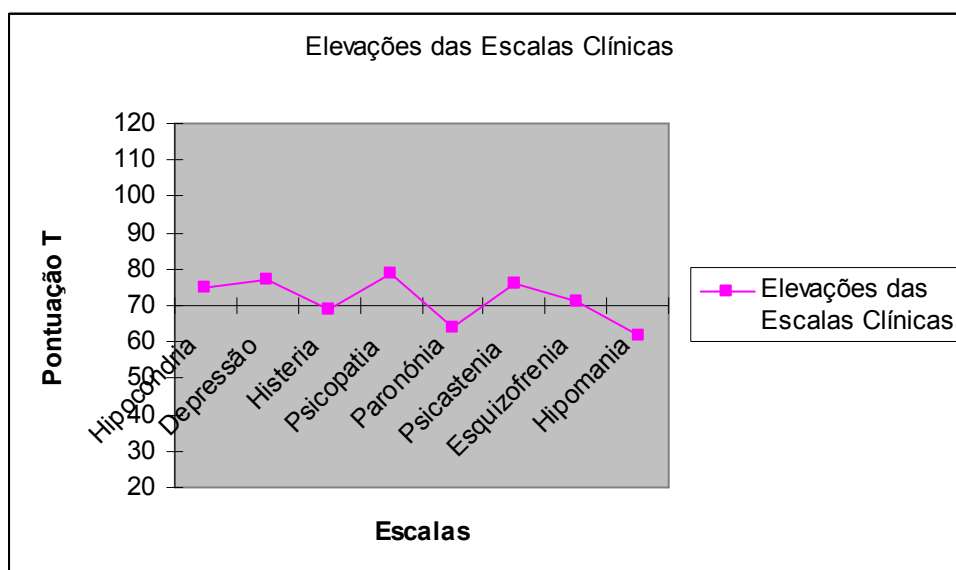
características de hipersensibilidade, desconfiança, tendências interpretativas, ideias de auto-referência, atenção exagerada a pormenores e atribuições de significados. Pode-se encontrar também, á medida que se eleva esta escala, um aumento de susceptibilidade e sentimentos de se achar de alguma forma prejudicado, com possibilidade de sugerir suspeição e ressentimento com base real ou imaginária. No caso de J. a elevação nesta escala compreende-se perfeitamente uma vez que vem ao de cima o trauma da guerra que viveu em Angola. Ainda hoje J. culpabiliza agentes governamentais pela situação vivenciada e revolta-se quando aborda o assunto. Este sentimento de revolta e inconformidade reflecte-se afincadamente nesta escala.

Quanto ao resultado obtido na escala esquizofrenia, pode-se dizer que é considerada uma escala fraca, apesar de ser a mais numerosa, pelos itens que inclui, visto que a sintomatologia é muito heterogénea e complexa. É considerada uma escala de sintomas que inclui temas relacionados com ausência de interesse pelo que rodeia, dificuldades de concentração e controlo, medos entre outras. Neste sentido pode-se encarar este resultado mais como um complemento da escala depressão e confirmação do estado que J. atravessa.

A combinação da elevação na escala depressão e esquizofrenia vem ainda adicionar uma informação que mais uma vez mais ao encontro do apresentado por J. Indica que, as pessoas com esta combinação, são de um modo geral ansiosas, retraídas e irritáveis, podendo haver características anti-sociais e de suspeição. Apresentam dificuldades de memória e concentração, pensamento confuso, sentimentos de desamparo e desvalorização. Revelam ainda queixas de insónia, fadiga, tonturas e incapacidade de controlar os impulsos.

#### **Quadro VIII – Enquadramento nosológico**

<b>Paciente</b>	A
<b>Idade</b>	42
<b>Patologia</b>	Depressão

**Gráfico IV – Perfil *Mini-Mult* de A**

A. apresenta elevações acentuadas nas escalas de Hipocôndria, Depressão, Psicopatia, Psicastenia e a e uma ligeira acentuação na Histeria e Esquizofrenia.

Ainda que pareça existir uma relação entre a elevação do perfil e a psicopatologia, esta não é uma relação simples, porque devem ser considerados outros atributos do perfil, conhecidos como características da fase que o indivíduo atravessa.

A elevação da escala hipocôndria compreende basicamente as queixas, preocupações e sintomas relacionados com a saúde corporal. De facto A. tem complicações de saúde e a elevação nesta escala pode reflectir a preocupação que tem com acerca desse aspecto.

A elevação da escala depressão não se relaciona apenas com esta característica, mas constitui também uma indicação de que as defesas contra a ansiedade não são suficientes. Este aspecto confirma-se pois na verdade A. não consegue lidar com a sintomatologia ansiosa. Este resultado pode indicar a desmoralização de A. e vai ao encontro da sua dificuldade em conter e organizar as emoções.

Na escala psicopatia o resultado encontrado é bastante elevado. Esta escala destina-se a identificar um desajustamento social bem como défices no controlo dos impulsos que levam à passagem ao acto. Resultados elevados sugerem pessoas emocionalmente instáveis e com enormes dificuldades em aprender com os seus próprios erros. Esta elevação confirma pamente a situação actualmente vivida por A., o seu instável estado emocional e o não saber aprender com os erros do passado e continuar a mantê-los no presente.



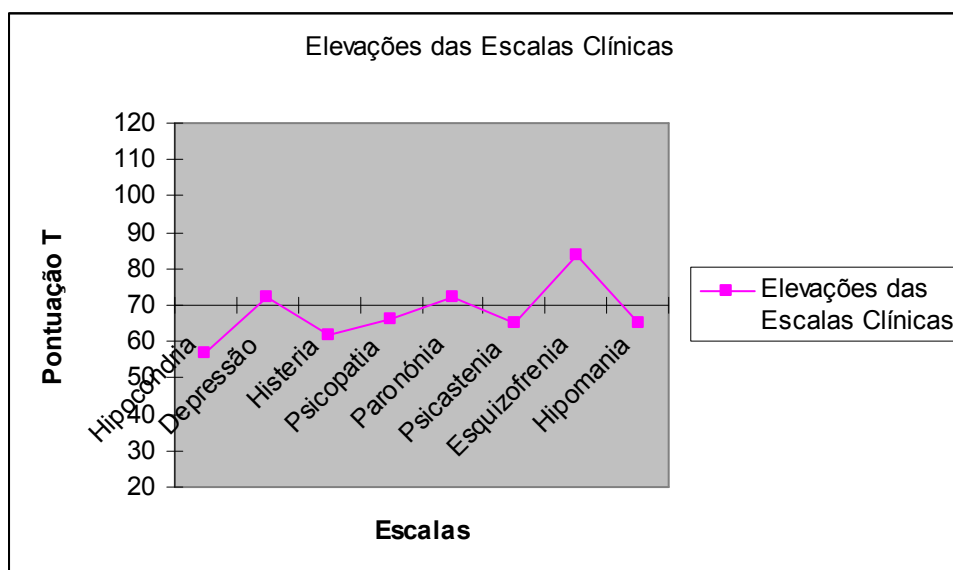
Na escala psicastenia o resultado obtido eleva-se, igualmente acima do limite máximo da normalidade. Esta escala inclui aspectos fóbicos e obsessivo-compulsivos, fadiga intelectual, dúvida, indecisão, culpa, medos, auto-desvalorização e baixa auto-confiança. Mais uma vez os resultados obtidos vão ao encontro das características apresentadas por A. Assim como a ligeira elevação da escala histeria confirma as queixas sintomáticas apresentadas por A., relativamente á sua condição física e clínica.

Quanto ao resultado obtido na escala esquizofrenia, pode-se dizer que é considerada uma escala fraca, apesar de ser a mais numerosa, pelos itens que inclui, visto que a sintomatologia é muito heterogénea e complexa. É considerada uma escala de sintomas que inclui temas relacionados com ausência de interesse pelo que rodeia, dificuldades de concentração e controlo, medos entre outras. Neste sentido pode-se encarar este resultado mais como um complemento da escala depressão e confirmação do estado que A. atravessa.

A combinação das escalas de depressão e psicopatia vem reforçar uma vez mais a ideia de que, este tipo de pessoas, apresentam tendências anti-sociais e instabilidade emocional. Pode ainda acrescentar que, a dificuldade de controlo dos impulsos leva ao acto, com conseqüente depressão e culpa. Apresentam problemas de vida familiar ou profissional tal como acontece com A.

#### **Quadro IX – Enquadramento nosológico**

<b>Paciente</b>	M. F.
<b>Idade</b>	39
<b>Patologia</b>	Depressão

**Gráfico V – Perfil *Mini-Mult* M. F.**

Após análise do *Mini-Mult* verificou-se que M.F. apresenta, acima do considerado normal, as escalas de Depressão, Paranóia e Esquizofrenia (sendo esta o pico mais elevado).

Ainda que pareça existir uma relação entre a elevação do perfil e a psicopatologia, esta não é uma relação simples, porque devem ser considerados outros atributos do perfil, conhecidos como características da fase que o indivíduo atravessa.

A elevação da escala depressão não se relaciona apenas com esta característica, mas constitui também uma indicação de que as defesas contra a ansiedade não são suficientes. Este aspecto confirma-se pois na verdade M.F. não consegue lidar com a sintomatologia ansiosa. Este resultado pode indicar a desmoralização de M.F. e vai ao encontro da sua dificuldade em conter e organizar as emoções.

Na escala paranóia M.F., apresenta uma ligeira elevação. Este resultado pode interpretar-se como preocupações, que M.F., apresenta com os motivos percebidos nas acções de outras pessoas. Este resultado pode remeter para características de hipersensibilidade, desconfiança, tendências interpretativas, ideias de auto-referência, atenção exagerada a pormenores e atribuições de significados.

Quanto ao resultado obtido na escala esquizofrenia, pode-se dizer que é considerada uma escala fraca, apesar de ser a mais numerosa, pelos itens que inclui, visto que a sintomatologia é muito heterogénea e complexa. É considerada uma escala



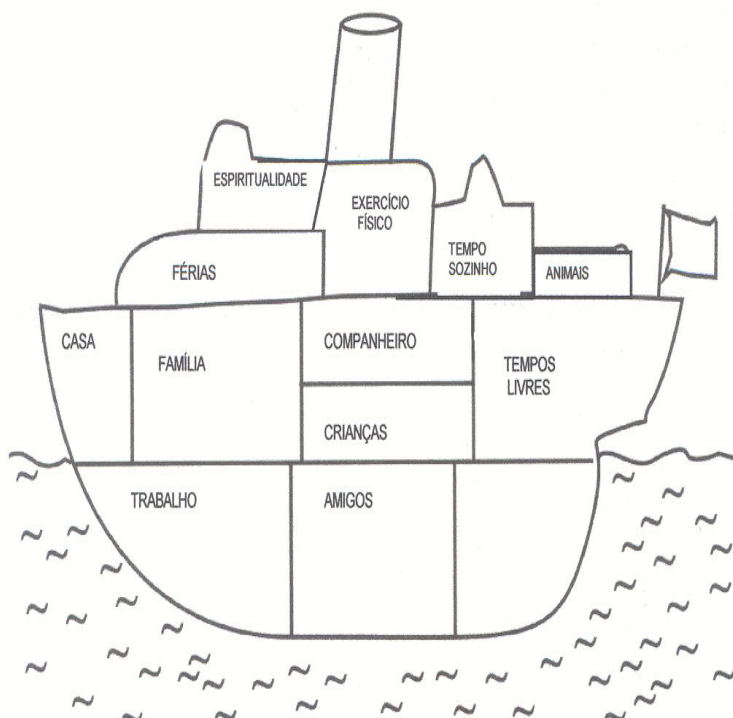
de sintomas que inclui temas relacionados com ausência de interesse pelo que rodeia, dificuldades de concentração e controlo, medos entre outras. Neste sentido pode-se encarar este resultado mais como um complemento da escala depressão e confirmação do estado que M.F. atravessa.

A combinação da elevação na escala depressão e esquizofrenia vem ainda adicionar uma informação que mais uma vez mais ao encontro do apresentado por M.F. Indica que, as pessoas com esta combinação, são de um modo geral ansiosas, retraídas e irritáveis, podendo haver características anti-sociais e de suspeição. Apresentam dificuldades de memória e concentração, pensamento confuso, sentimentos de desamparo e desvalorização. Revelam ainda queixas de insónia, fadiga, tonturas e incapacidade de controlar os impulsos.

De seguida apresenta-se um exercício amplamente utilizado com os pacientes afim de se perceber quais as áreas que mais valoriza na sua vida:

Imagine que a sua vida é como um barco do qual é o capitão.

Considere cada área da sua vida no diagrama abaixo. Escreva os nomes das pessoas, sejam amigos ou família e das suas actividades ou tempos livres. Pergunte a si mesmo quanto tempo e energia coloca em cada área. Tem áreas separadas na sua vida? Acrescente alguma área especial na caixa vazia ou desenhe o seu próprio barco, com os diversos tamanhos de compartimentos que reflectem a sua vida.



Com a análise das áreas preenchidas pelo paciente era possível ter uma visão geral do que merecia destaque na sua vida. Trata-se de um exercício simples e utilizado nas diversas patologias.

No caso específico da Perturbação de Stress Pós Traumático, a avaliação dos sintomas foi feita de uma forma pouco estruturada, através de algumas questões *sreening* que a *PTSD Alliance* aponta (2000). De seguida apresenta-se o resultado obtido com um paciente de 58 anos de idade com PSPT:

**Quadro IX** – Questões *sreening* para avaliação na PSPT e respostas obtidas  
(PTSD Alliance, 2000)

- 
- ✓ Como são as coisas em casa?
  - ✓ Como é a sua relação com a sua esposa? E com a sua família?  
*“ameaço mas não bato, apenas altero a voz”, “mas também porque ninguém me enfrenta, calam-se”*
  - ✓ Recentemente ou no passado aconteceu-lhe alguma coisa de terrível?
  - ✓ Teve dificuldades em lidar com isso?
-

“Não conseguia estar quieto, punha-me a andar sem destino durante horas”,  
“todos os barulhos me faziam confusão”

- ✓ Tem sentido dificuldades em adormecer ou em continuar a dormir?
- ✓ Ultimamente tem tido sonhos stressantes repetitivos?
- ✓ Sente-se assombrado por coisas do seu passado?
- ✓ Consegue recordar-se com detalhes da situação traumática?
- ✓ Deixou de ter interesse por alguma coisa?
- ✓ Os seus sintomas causam-lhe problemas no dia-a-dia?

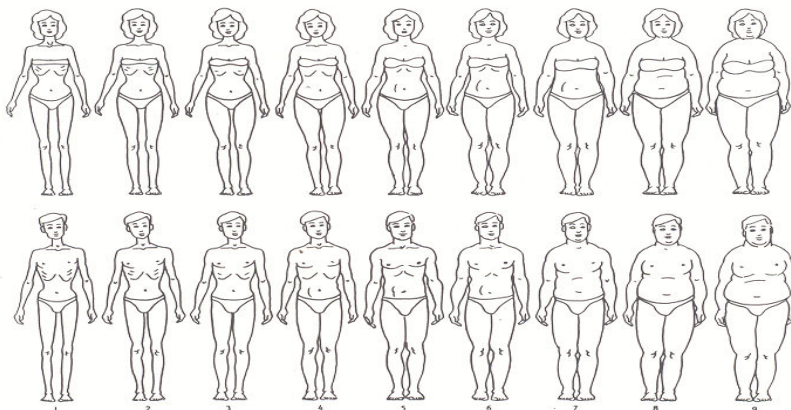
“eu fiquei traumatizado com a guerra e nunca ninguém quis saber de mim”,

De seguida apresenta-se um exemplo de um exercício, de coloração de alimentos preferidos, desenvolvido durante o estágio, utilizado com crianças em programa de controlo alimentar. O objectivo é de um modo lúdico poder compreender quais as preferências alimentares da criança.



Figura VI – Coloração dos alimentos Preferidos

De seguida apresenta-se uma imagem utilizada nas perturbações alimentares. Pretende-se com ela que a paciente indique qual a imagem que melhor a representa. Através da resposta constatar-se-á se a percepção que a pessoa tem de si corresponde à realidade ou é distorcida.



**Figura VII** – Silhuetas para identificação da percepção de si

Todas as técnicas até aqui apresentadas e descritas resultam da avaliação psicológica efectuada ao longo do estágio curricular. Juntamente com a sua descrição teórica, foram-se apresentando um conjunto de dados práticos, a título exemplificativo, decorrentes de alguns casos seleccionados. No capítulo seguinte serão apresentados os dados relativos ao processo de intervenção clínica.



III –  
PARTE

**INTERVENÇÃO**

## **1. BREVE INTRODUÇÃO**

Apesar do processo interventivo se ter debruçado sobre todos os casos abordados ao longo do Estágio Curricular, houve um deles que mereceu maior destaque. De seguida abordar-se-á de forma mais aprofundada o caso de uma criança de 6 anos que começou a desenvolver um padrão de comportamentos não usuais quando comparados com outras crianças da mesma faixa etária. Serão apresentadas as metodologias utilizadas no acompanhamento deste caso bem como uma breve contextualização da patologia em causa.

Posteriormente, apresentar-se-ão, a título de exemplo, e de uma forma breve, outras metodologias utilizadas durante o processo interventivo nas diferentes patologias abordadas.

## **2. CASO DE INTERVENÇÃO**

Um dos grandes problemas que as escolas têm de enfrentar nos dias de hoje é a administração dos conflitos surgidos devido ao Distúrbio Hiperactivo e Défice de Atenção (DHDA) (Parker, 2003).

Esta perturbação manifesta-se, essencialmente, através de características de hiperactividade, desatenção, impulsividade ou agitação que muitas vezes ocasionam outros graves problemas como distúrbios emocionais ou de aprendizagem (Facion, 2004).

Professores, psicólogos, médicos, educadores, investigadores e naturalmente, pais, têm vindo a dedicar grande atenção e interesse a um problema que embora pouco claro do ponto de vista conceptual, tem um inegável impacto na vida escolar e familiar de um número considerável de crianças (Lopes, 2000).

## **APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO**

### ➤ **Dados Sociométricos da criança:**

- **Nome:** G.
- **Idade:** 6 anos (18/10/00)
- **Sexo:** Masculino
- **Agregado familiar:** 4 (G., pai, mãe e irmã)
- **Escolaridade:** 1-º Ano
- **Meio socioeconómico:** Médio
- **Profissão pais:** Mãe- empregada balcão; Pai – Motorista

### ➤ **Motivo da Consulta:**

G. veio à consulta de Psicologia, do serviço de Nutrição e Actividade Física, por iniciativa da mãe devido a queixas constantes de mau comportamento na escola e hiperactividade.

G. apresentou-se na consulta acompanhado pela mãe, que vinha munida de alguns documentos, nomeadamente, trazia uma carta redigida pela professora onde esta refere algumas das situações preocupantes do comportamento de G., que têm vindo a interferir na aprendizagem e gestão da sala de aula. Apresentam, ambos, uma aparência pouco cuidada e G. uma postura irrequieta com agitação psicomotora constante durante toda a consulta.

### ➤ **História Clínica**

Através da entrevista com a mãe de G., apurou-se que este foi um filho desejado e que todo o processo pré-natal correu dentro dos padrões normais. A mãe refere que o filho sempre foi um bebé muito gordo (nasceu com 4,500 kg), “*só começou a emagrecer quando começou a andar*” e que “*nunca deu problemas*”.

G. e a sua família sempre viveram em Lisboa. Por circunstâncias de vida a mãe de G. muda-se para a Covilhã em busca de uma vida melhor permanecendo o pai deste em

---



---

Lisboa. Contudo, aquando da residência em Lisboa G. começou a apresentar alguns sinais que chamaram a atenção das responsáveis do pré-escolar que frequentava na altura. As principais queixas prendiam-se com dificuldades de comportamento, memória imediata, interação social e audição, de acordo com um relatório emitido que a mãe de G. apresentou na consulta. Passou então a ser seguido por um Otorrinolaringologista no Hospital D. Estefânia que o encaminhou para ser operado às amígdalas e ouvido (em 17 de Fevereiro de 2006). Após a operação as educadoras referem ter notado algumas melhorias embora a mãe refira que “*não ficou 100%*”, de vez em quando dói-lhe o ouvido e liberta um líquido com odor intenso. Passado pouco tempo G. vem viver para o Teixoso, com a mãe e irmã, onde ingressa na escola primária. Num espaço de 2 meses, a mãe de G., recebeu diversas cartas da professora e foi chamada à escola e advertida que tinha de resolver o problema do seu filho, aconselhando-a a procurar apoio psicológico, pois a situação não poderia continuar como estava. Após este episódio a mãe de G. recorreu então à consulta de Psicologia. Quando informou a professora de G. de que já tinha procurado apoio, esta emitiu um relatório que a mãe de G. apresentou na consulta.

Neste relatório é apresentado algumas indicações sobre o comportamento de G. Entre as características apresentadas salienta-se o facto de apontarem G. como sendo uma criança muito irrequieta, por vezes barulhenta e perturbadora da classe, distraído, infantil, com dificuldades em organizar o trabalho, incapaz de se envolver em actividades por períodos tão prolongados como os colegas e não conclui as tarefas propostas, mesmo que lhe sejam apresentadas por partes.

Actualmente, além da escola, Gonçalo frequenta, no fim das aulas, actividades de tempos livres (ATL), onde tem ginástica e informática, e também neste âmbito os problemas já se fazem notar através de queixas dos responsáveis.



**Quadro X – Planificação das sessões**

<b>Sessão</b>	<b>Duração</b>	<b>Sumário</b>
<b>1</b>	30'	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Entrevista com a mãe de G.</li><li>✓ Contextualização do problema</li><li>✓ História clínica</li><li>✓ Desenho livre</li></ul>
<b>2</b>	40'	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Sessão individual com G.</li><li>✓ Construção da aliança terapêutica</li><li>✓ Desenho da família</li></ul>
<b>3</b>	70'	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Análise dos comportamentos decorridos durante a semana</li><li>✓ Desenho da própria família</li><li>✓ Desenho Figura Humana</li></ul>
<b>4</b>	100'	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Aplicação do Teste de Apercepção Temática – CAT</li></ul>
<b>5</b>	90'	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Aplicação da Escala de Inteligência Wechsler para crianças – WISC – III</li></ul>
<b>6</b>	45'	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Conclusão da aplicação da WISC – III</li></ul>
<b>7</b>	50'	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Identificação de comportamentos</li><li>✓ Diagnóstico Distúrbio Hiperactivo com Défice de Atenção (DHDA)</li><li>✓ Introdução de um sistema de pontos básico, como preparação para um mais elaborado</li></ul>



<b>8</b>	60'	✓ Análise dos pontos obtidos ✓ Plano semanal positivo com direito a recompensa
<b>9</b>	40'	✓ Treino Auto-Instrução
<b>10</b>	90'	
<b>11</b>	50'	
<b>12</b>	50'	
<b>13</b>	90'	✓ Consulta em conjunto com a irmã
<b>14</b>	40'	✓ Resolução de fichas
<b>15</b>	60'	
<b>16</b>	60'	
<b>17</b>	120'	✓ Consulta em conjunto com outro menino
<b>18</b>	30'	✓ Finalização do caso
<b>Tempo total de acompanhamento: 18 horas e 58 minutos</b>		



**SESSÃO  
I**

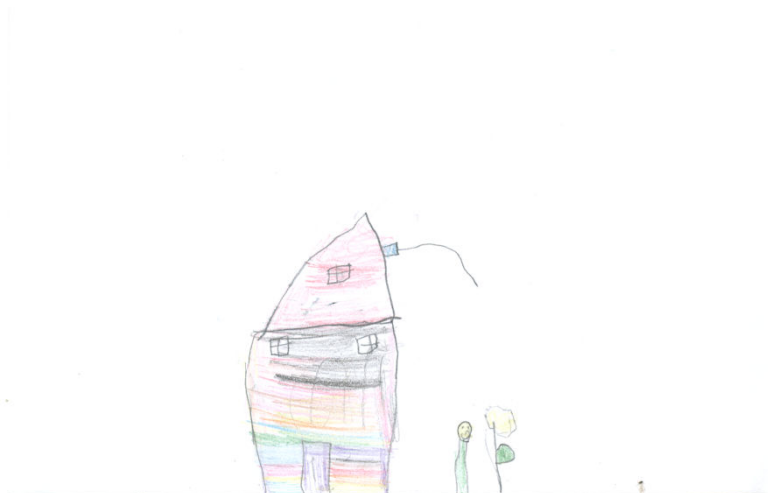
---

---

---

A intervenção com G. Começou pelo uso de técnicas projectivas, uma vez que G. era uma criança e tornava-se necessário envolvê-lo no processo terapêutico.

Optou-se pelo uso de diferentes tipos de desenho numa fase inicial. Esta estratégia funcionou perfeitamente como o “*quebrar o gelo*”. O primeiro desenho a ser feito foi o desenho livre:



**Figura VIII** – Desempenho de G. na reprodução do Desenho livre

Quando abordado sobre o que tinha representado no desenho respondeu “*é a minha casa, eu e uma flor!*” (sic).

Nesta primeira sessão não foram explorados grandes aspectos junto de G., uma vez que, como era a primeira vez, foi necessário recolher informação junto da mãe. Daí ter sido pedido um desenho livre para a criança não se sentir incomodada na consulta e também para ver o interesse da terapeuta nela.

Nesta primeira sessão pôde-se perceber que G., tratava-se de uma criança com comportamentos problemáticos. A mãe de G. fazia-se acompanhar de um relatório emitido pela professora de G. Neste relatório são apresentadas algumas indicações sobre o comportamento de G. Entre as características apresentadas salienta-se o facto de apontarem G. como sendo uma criança muito irrequieta, por vezes barulhenta e perturbadora da classe, distraído, infantil, com dificuldades em organizar o trabalho, incapaz de se envolver em actividades por períodos tão prolongados como os colegas e não conclui as tarefas propostas, mesmo que lhe sejam apresentadas por partes.

---



**SESSÃO  
II**

---

---

A decorative graphic element consisting of a vertical line on the right side and a horizontal line at the bottom, both composed of two parallel lines, intersecting at the bottom right corner of the page.

A segunda sessão foi já realizada apenas junto da criança. G. apresentava-se expectante, sempre muito atento a tudo o que se fazia dentro da sala. Foi sugerido a realização de um desenho da família (Corman, 1961):



**Figura IX** – Desempenho de G. na reprodução do Desenho da Família

O desenho efectuado chamou imediatamente a atenção. G. Desenhou novamente uma casa , um menino (tipo fósforo) e a flor, acrescentando apenas uma árvore. Quando questionado acerca da figura respondeu: “*é uma árvore, eu, a casa e uma flor*” (sic). Posto isto, questionou-se G. Se aquela família era formada por os elementos representados ao que ele respondeu afirmativamente. Ao ser abordado se a sua família era o que tinha representado respondeu que não e negou-se a desenhar a sua família real.

Após a negação do desenho real da família, optou-se por, não insistir e direccionar a sessão para outros aspectos. G. foi abordado acerca dos seus interesses e preferências. Logo se ficou a saber que do que mais gostava era de brincar com carrinhos. Percebeu-se também que G. é uma criança que se entusiasma com qualquer objecto que lhe proporcione um momento de diversão. A sessão terminou com G. alegre por ter partilhado as suas preferências.



**SESSÃO  
III**

---

---

---

Após a negação de desenhar a sua família, na última sessão, nesta terceira consulta G. aceitou o pedido e desenhou a sua verdadeira família. Seguidamente apresenta-se o desenho efectuado por G:



**Figura X** – Desempenho de G. na reprodução do Desenho da própria família

No desenho da sua família G. representa apenas, da esquerda para a direita, ele próprio, irmã e mãe omitindo a figura paterna. Curiosamente o tema da casa volta, pela terceira vez, a estar presente e, desta vez, com o uso da transparência. A repetição do mesmo tema (casa) pode ser muito revelador (Campos, 1978). Duas situações a considerar: a criança que viveu um acontecimento feliz procura reproduzir as emoções sentidas. Procura o estado de alma vivido na altura, desta situação agradável. No caso oposto, a criança que não aceitou uma situação pode servir-se do desenho repetitivo para nos fazer saber aquilo que a chateia (Bédard, 2000). Talvez a segunda hipótese pareça fazer mais sentido. A omissão da figura paterna pode indicar o descontentamento de G. Face à ausência do pai. Como, por motivos profissionais, tiveram de se separar, G., pode tentar não representar o pai nos desenhos para expressar o seu descontentamento. Esta situação pode fazer sentido uma vez que segundo a mãe de G. *“ele adora o pai, quando cá está nunca o larga”*.

---

---

Ainda no âmbito das técnicas projectivas gráficas foi utilizado o Desenho da Figura Humana de Goodenough (Harris, 1991). Os resultados obtidos apresentam-se seguidamente:



**Figura XI** – Desempenho de G. na reprodução do Desenho da Figura Humana (Homem)



**Figura XII** – Desempenho de G. na reprodução do Desenho da Figura Humana (Mulher)



**Figura XIII** – Desempenho de G. na reprodução do Desenho da Figura Humana (si próprio)

Na globalidade, pode-se observar que, os desenhos se apresentam infantis com traços simples e elementares. A apresentação de um boneco tipo “*fósforo*” com traços simples pode indicar que a criança lhe deu pouca importância. Ambos os desenhos se assemelham entre si, apenas no desenho da mulher acrescenta um pormenor que diz ser a saia. Tendo em conta as normas de cotação e padronização dos resultados pode-se concluir que G. apresenta uma maturidade intelectual muito abaixo da média.

A utilização da parte inferior da folha de todos os desenhos efectuados por G. Pode reflectir as necessidades físicas e materiais que esta criança pode ter (Bédard, 2000). Igualmente, o uso frequente da parte esquerda da folha pode também fornecer algumas informações. O lado esquerdo indica-nos que os pensamentos da criança estão direccionados para o passado. Ela não vive o momento presente e não antecipa o futuro. Pode significar estar preocupada com o passado ou então ter vivido um acontecimento feliz ao qual continua ainda ligado (Debienne, 1977).

Esta sessão ficou marcada apenas pelo uso do desenho ao que G. aderiu positivamente.



**SESSÃO  
IV**

---

---



Para complementar a avaliação inicial recorreu-se, nesta quarta sessão, ao uso de mais uma técnica projectiva o CAT-A (*Children's Apperception Test*) (Bellak & Bellak 1966).

Através da análise do conteúdo das histórias construídas pela criança, pode-se aceder aos seus impulsos, emoções, sentimentos e conflitos da personalidade.

Na globalidade, a criança construiu histórias breves, pouco desenvolvidas e simplistas em termos de conteúdo.

Os temas que estão mais presentes nas histórias são: alimentação; lazer; abandono; rejeição; medo de ficar sozinho; agressividade e práticas educativas.

Relativamente, às temáticas são de salientar as do abandono, da rejeição e do medo de ficar sozinho, visto que estas não estão totalmente explícitas nas pranchas, o que parece indicar uma elevada projecção da criança nessas narrativas. As outras temáticas surgem de forma normativa, sendo indiciadas pelos estímulos visuais das pranchas.

Em relação, à definição de protagonistas nem todas as histórias apresentam um bem definido, na medida em que as narrativas são um tanto pobres em conteúdo e estão pouco desenvolvidas. No entanto, na maioria das histórias a criança apresenta um protagonista, que é o mais descrito com pormenor, que faz com que a história se desenrole e que contribui para a sua finalização.

Os desfechos são, na maioria, realistas e demonstram adaptabilidade e ajustamento psicológico. Contudo, salientam-se desfechos que revelam falta de autonomia e dificuldade em lidar com determinadas situações mais conflituosas. As histórias têm resoluções apropriadas para a idade, são construtivas e tendem a ser consistentes com o conteúdo geral da figura.

Durante a realização da prova, G., não revelou qualquer comportamento não usual ou qualquer sinal de ansiedade. Não demonstrou dificuldades de atenção e concentração, não se mostrando agitado. Aderiu positivamente à prova, cumprindo regras e limites, não recusando nenhuma prancha nem adoptando uma postura defensiva. A criança viu a prova como uma situação séria e indicou desejo de continuar a completar a tarefa.

Globalmente, é uma criança que demonstrou algumas dificuldades em integrar a informação e em desenvolver as histórias. Apresenta histórias que não transcendem a mera descrição física dos cartões.

---



**SESSÃO  
V e VI**

---

---



Para a avaliação se tornar mais abrangente foi ainda aplicada a Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças: WISC – III (Wechsler, 2003). A aplicação deste instrumento demorou duas sessões, uma vez que, as tarefas requerem atenção e concentração. Devido às suas características, G., é uma criança que se farta rapidamente da realização de tarefas. Tendo em conta estes aspectos a avaliação estendeu-se por duas aplicações.

O objectivo consistiu em analisar as aptidões mentais, o funcionamento intelectual e os processos cognitivos de G.

Em termos qualitativos, verifica-se um desempenho superior nos sub-testes que fazem alusão ao senso comum (relações causa-efeito) e ao manuseamento do papel e lápis. G. regista um valor superior nas provas de realização, estando mais virada para a acção do que para a introspecção, mostrando-se muito ansiosa durante a realização de tarefas que impliquem um nível de introspecção mais acentuado, todavia, esta diferença não é muito notória. As capacidades intelectuais fluidas, sobrepõem-se às capacidades cristalizadas, pelo que a criança revela motivação pelas tarefas apresentadas.

Na prova dos cubos G. girava os mesmos em cada mão, de forma repetitiva, demonstrando ansiedade manifesta, expressa através de uma actividade motora excessiva. G. revelou ansiedade em responder aos primeiros itens de cada uma das sub-provas, sendo o tempo de latência elevado.

Os resultados são reveladores de algum comprometimento intelectual e cognitivo, que se poderá justificar pelo ambiente circundante ser limitado e pouco estimulativo emocionalmente, nomeadamente a família e o grupo de pares.

G. mostrou-se disponível e aderiu à prova de forma positiva mas demonstrado ansiedade e agitação psicomotora constante. Raramente conseguia desempenhar a tarefa proposta sem se levantar do lugar.



**SESSÃO  
VII**

---

---



Ao longo da fase de avaliação, e com um conjunto de aspectos reunidos, foi possível, na sétima sessão, preencher os critérios de diagnóstico para Distúrbio Hiperactivo com Défice de Atenção.

**Quadro XI - Critérios de diagnóstico para a Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção**  
(*DSM-IV-TR, APA, 2002 p. 92*)

---

A. (1) ou (2):

(1) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de **falta de atenção** devem persistir pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente em relação com o nível de desenvolvimento:

*Falta de atenção*

- (a) com frequência não presta atenção suficiente aos pormenores ou comete erros por descuido nas tarefas escolares, no trabalho ou noutras actividades;
- (b) com frequência tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou actividades;
- (c) com frequência parece não ouvir quando se lhe fala directamente;
- (d) com frequência não segue as instruções e não termina os trabalhos escolares, encargos ou deveres no local de trabalho (sem ser por comportamentos de oposição ou por incompreensão das instruções);
- (e) com frequência tem dificuldades em organizar tarefas e actividades;
- (f) com frequência evita, sente repugnância ou está relutante em envolver-se em tarefas que requeiram um esforço mental mantido (tais como trabalhos escolares ou de índole administrativa);
- (g) com frequência perde objectos necessários a tarefas ou actividades (por exemplo, brinquedos, exercícios escolares, lápis, livros ou ferramentas);
- (h) com frequência distrai-se facilmente com estímulos irrelevantes;
- (i) esquece-se com frequência das actividades quotidianas.

(2) Seis (ou mais) dos seguintes sintomas de **hiperactividade-impulsividade** persistiram pelo menos durante seis meses com uma intensidade que é desadaptativa e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

---



### *Hiperactividade*

- (a) com frequência movimenta excessivamente as mãos e os pés, move-se quando está sentado;
- (b) com frequência levanta-se na sala de aula ou noutras situações em que se espera que esteja sentado;
- (c) com frequência corre ou salta excessivamente em situações em que é inadequado fazê-lo (em adolescentes ou adultos pode limitar-se a sentimentos subjectivos de impaciência);
- (d) com frequência tem dificuldades em jogar ou dedicar-se tranquilamente a actividades de ócio;
- (e) com frequência “anda” ou só actua como se estivesse “ligado a um motor”;
- (f) com frequência fala em excesso;

### *Impulsividade*

- (g) com frequência precipita as respostas antes que as perguntas tenham acabado;
- (h) com frequência tem dificuldade em esperar pela sua vez;
- (i) com frequência interrompe ou interfere nas actividades dos outros (por exemplo, intromete-se nas conversas ou jogos).

- B. Alguns sintomas de hiperactividade-impulsividade ou falta de atenção que causam défices surgem antes dos 7 anos de idade.
- C. Alguns défices provocados pelos sintomas estão presentes em dois ou mais contextos (por exemplo, escola ou trabalho e em casa).
- D. Devem existir provas claras de um défice clinicamente significativo do funcionamento social, académico ou laboral.
- E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante uma Perturbação Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outra Perturbação Psicótica e não são melhor explicados por outra perturbação mental (por exemplo, Perturbação do Humor, Ansiedade, Dissociativa ou da Personalidade).

Codificação baseada no tipo:

- **Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Misto**

Se estão preenchidos os critérios A1 e A2 durante os últimos seis meses.



- 
- **Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Desatento**

Se está preenchido o critério A1 mas não o critério A2 durante os últimos seis meses.

- **Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção, Tipo Predominantemente Hiperactivo-impulsivo**


Se o critério A2 está preenchido mas não o critério A1 durante os últimos seis meses.

---

Foi portanto necessário passar a direccionar a intervenção para esta problemática. Passaram-se então a aplicar algumas estratégias específicas do DHDA. Seguidamente são apresentadas as actividades desenvolvidas no âmbito da consulta:

**Quadro XII** – Ficha para identificação de erros dos pais

(Adaptado de Parker, 2003)

 Leia, por favor, cada uma das seguintes afirmações acerca de como geralmente reage ao seu filho.

 Escreva:

**S** – se **SEMPRE** dessa forma

**PV** – se o faz **POR VEZES**

**N** – se **NUNCA** o faz

Mãe Pai

   **PV**    Tenho tendência para berrar quando o meu filho tem comportamentos desapropriados

   **N**    Nego os pedidos do meu filho antes de os ouvir até ao fim

   **S**    **PV**    Concentro-me no que o meu filho faz de errado, em vez de, no que faz correctamente

   **PV**    Cedro às lamúrias ou aos pedidos do meu filho

   **PV**    Se não quero que o meu filho faça algo, digo-lhe firmemente, de início, mas muitas vezes acabo por ceder

   **N**    Acredito que os pais devem, em frente do seu filho, discordar acerca de questões de disciplina, se tiverem posições diferentes um do outro

   **N**    Tenho demasiada tendência para repetir instruções ao meu filho, em vez de agir quando este não as ouve

*“Se respondeu **sempre** à maior parte destas questões, então dedique alguns minutos a tentar encontrar comportamentos alternativos que minimizem os erros comuns que os pais cometem ao gerir comportamentos inadequados. Se respondeu **por vezes** à maior parte das afirmações, não se preocupe, é humano tal como todos nós! Embora tenha de pensar um pouco mais antes de perder a calma. Se respondeu **nunca** a todas estas questões – Parabéns! Provavelmente está a fazer um excelente trabalho e o comportamento do seu filho está com grande probabilidade, bastante controlado.”*

Para uma melhor compreensão do DHDA foram fornecidas, quer aos pais quer a agentes educativos, informações (Cruz, 2004) acerca de como deveria passar a lidar com G.:

#### **Quadro XIII – Pautas educativas**

- ✓ Prestar atenção à criança, escutá-la e falar-lhe com calma
- ✓ Explicar os problemas e ajudar a superá-los
- ✓ Actuar sempre como modelos positivos
- ✓ Demonstrar tranquilidade uma vez que o comportamento dos pais é imitado pelos filhos
- ✓ Estabelecer normas claras e bem definidas, que tenham um grau de exigência em consonância com a capacidade da criança
- ✓ Observar bons comportamentos da criança e reforça-los
- ✓ Face a um comportamento disruptivo actuar com firmeza mas de forma serena sem perder a calma
- ✓ Aplicar castigos unicamente quando necessário e dar-lhe imediatamente as normas de actuação correcta
- ✓ Permitir que a criança descarregue o excesso de energia sem contudo cansar-se em demasia
- ✓ Aumentar a confiança e auto-estima da criança em si mesma
- ✓ Favorecer a autonomia da criança evitando qualquer tipo de super protecção
- ✓ Aceitar a criança como ela é, com as suas potencialidades e limitações, sem gerar expectativas inadequadas
- ✓ Falar tranquilamente com a criança sobre os seus erros e tentar fazê-la compreender que é necessário pensar antes de agir
- ✓ Corrigir os erros, evitando comentários negativos, mas fazendo com que se gerem alternativas possíveis

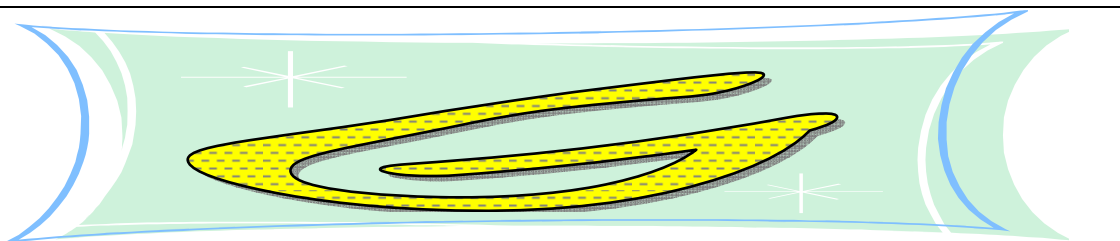


- ✓ Favorecer um ambiente organizado e estruturado que seja ao mesmo tempo relaxante
- ✓ Dar reforços imediatos

#### Quadro XIV – Aspectos a considerar no relacionamento com crianças DHDA

- Relacionamento com a criança de forma tranquila e relaxada;
- Reforço dos comportamentos adequados (permanecer sentado, realização de tarefas propostas...);
- Ignorar os comportamentos inadequados e perturbadores;
- Demonstrar uma atitude firme e segura quando se trata do cumprimento de regras e normas escolares, todavia, evitando ameaças ou repreensões;
- Reconhecer e valorizar o esforço despendido;
- Transmitir confiança nos progressos e capacidades da criança;
- Desenvolver actividades estruturadas, de duração breve, dificuldade progressiva adequada ao ritmo de aprendizagem da criança e ao alcance das suas possibilidades;
- Aumentar a segurança e confiança em si mesmo quando obtém êxito;
- Combinar actividades escolares com outros tipos de tarefas (aprender a relaxar, concentrar, respirar lentamente...);
- Propor tarefas específicas para reduzir a tensão;
- Alternar tarefas mais árduas com outras em que a criança possa mover-se;
- Contar histórias e depois pedir que as resumam e identifiquem as personagens.

Depois da fase de psicoeducação junto das pessoas que circundam G., passou-se à introdução de um plano de recompensas. Cada vez que G., apresentasse um comportamento positivo (escola ou casa) pintava um sorriso, cada vez que apresentasse um comportamento inadequado pintava um triste. Se o balanço fosse ter mais sorrisos era reforçado com uma surpresa. Estes programas podem ser muito úteis para corrigir os comportamentos inadequados de uma criança e incentivar os positivos (Parker, 2003). De seguida apresenta-se o esquema de recompensa utilizado com G:



<b>S E G U N D A</b>										
<b>T E R Ç A</b>										
<b>Q U A R T A</b>										
<b>Q U I N T A</b>										
<b>S E X T A</b>										
<b>S A B A D O</b>										
<b>D O M I N G O</b>										



**SESSÃO  
VIII**

---

---



Esta técnica foi um sucesso pois G. passou a apresentar mais comportamentos adequados do que inadequados. De acordo com Alonso & Bermejo (2001) sempre que se manifesta a reprodução de um comportamento desejado deve-se aplicar a técnica do reforço positivo. Foi o que aconteceu. Foi oferecido a G. um brinquedo como prémio pelo seu desempenho. G., eufórico rasgou imediatamente o papel e brincou com o seu carro novo. Após este resultado, ficou claro que G. percebeu qual o objectivo deste tipo de tarefa. Foi então que se decidiu alargar o âmbito das recompensas. Passou-se a utilizar um programa de recompensas, através de conquista de pontos, de acordo com o mais valorizado por G. De seguida apresenta-se um exemplo desse plano:

**Quadro – XV:** Exemplo de um programa de recompensas

Nome _____		Data _____						
Comportamentos para ganhar pontos	Valor dos pontos	Pontos ganhos diariamente						
		SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
Fazer o trabalho de casa depois da escola	2							
Fazer a cama e arrumar o quarto de manhã	4							
Partilhar e brincar amigavelmente com a irmã	3							
Comportamentos para perder pontos	Valor dos pontos	Pontos perdidos diariamente						
		SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
Conflitos com irmã	-6							
Uso de linguagem imprópria	-5							
Pontos ganhos hoje								
Lista de recompensas							Pontos	



Jogar um jogo à escolha com o pai	10
Vêr 2h de TV	15
Jogar playstation 1h	15
Ir para a cama 2h mais tarde	20

G. aderiu bem ao novo programa, pois assim poderia obter coisas que valorizava, enquanto que anteriormente ele nunca saberia que prémio iria receber.

A introdução desta nova estratégia foi feita junto da mãe, para poder ser ela a controlar a obtenção de pontos.



**SESSÃO  
IX-XII**

---

---

Apesar do sucesso que o sistema de pontos/recompensa estava surtir, G., continuava com uma acentuada dificuldade em conseguir lidar com a execução de tarefas. Resolveu-se, portanto, introduzir o treino de auto-instruções.

Nos anos 70, Meichenbaum & Goodman (1971) propuseram um método para ensinar às crianças hiperactivas estratégias cognitivas que lhes permitissem fazer frente, com êxito, às tarefas escolares e às situações em que se exige o controlo dos comportamentos. Segundo os seus autores, o objectivo da técnica não é ensinar à criança o que tem de pensar, mas sim, como deve fazê-lo.

Este método supõe, basicamente, que as crianças hiperactivas têm um défice nas estratégias e nas competências cognitivas requeridas para executar satisfatoriamente todas as tarefas escolares (García, 2001). Este treino consiste em modificar as verbalizações internas que um sujeito emprega quando realiza qualquer tarefa, e em substituí-las por verbalizações apropriadas para obter êxito na sua realização (García, 2001). G. foi instruído de como haveria de proceder face às tarefas que lhe eram propostas. Para que esta técnica surtisse o efeito desejado foram necessárias quatro sessões. Ao longo das sessões G. foi ensinado a como deveria proceder face as situações. Não foi fácil trabalhar esta técnica com G. pois por ser uma criança e um treino um tanto repetitivo foi necessário o uso de *roll-play* e modelamento (Polaino-Lorente & Ávila, 2004). Primeiramente efectuava-se o treino para G. aprender e posteriormente era pedido que ele reproduzisse. Segundo *feedback* obtido junto da professora, G. parecia começar a apresentar mais calma cada vez que lhe era imposto uma nova tarefa escolar. Todavia, passadas algumas semanas, os resultados já não se revelavam tão positivos.

Seguidamente apresenta-se um quadro exemplificativo do que G. teria de fazer:

### **Quadro XVI: Auto-instruções**

(Adaptado de Polaino-Lorente & Ávila, 2004 pp.107)

*1. Definição do problema*

**“o que é que eu tenho que fazer?”**

*2. Estruturação da aproximação ao problema*

**Consideração de todas as possibilidades**

*3. Focalização da atenção*

**“tenho que centrar a minha atenção e pensar só nisto. Tenho de o fazer muito bem feito.”**

*4. Escolha da resposta*

**“eu penso que é esta.”**

*5. Auto-reforço das respostas correctas ou rectificação das erradas*

**Isto ajuda a que a criança aprenda que pode pensar por si mesma e a rectificar um erro cometido, para além de evitar juízos negativos, do tipo “sou burro”, que podem interferir com um desempenho adequado**



**SESSÃO  
XIII**

---

---



Nesta sessão houve a possibilidade de visualizar a interacção de G. com a sua irmã, 2 anos mais velha. A irmã de G. acompanhou-o até à consulta e então foi sugerido que entrasse e participasse na sessão. Ela aderiu imediatamente. Durante a sessão foi proposto a G. que resolvesse alguns exercícios de Língua Portuguesa. O objectivo era observar como a irmã, em situação real, poderia ser útil no processo de ensino-aprendizagem de G.

Os resultados foram espantosos. G., não só continuava a demonstrar dificuldades na compreensão e execução de tarefas como recorria à irmã para o ajudar. Esta, por sua vez, aderiu ao pedido do irmão e explicava-lhe de um modo compreensível, pelo que G. conseguia terminar a tarefa proposta.

Foi proposto então, à mãe de G., que passasse a reservar um tempo ao fim da tarde para o filho resolver alguns exercícios de complemento escolar. Para esta tarefa seria importante G. ter o auxílio da irmã para uma melhor compreensão da tarefa. A mãe de G. respondeu positivamente, pelo que se providenciou a criação e adaptação de exercícios, compilados em fichas, que posteriormente lhes foram facultados.

Ainda nesta sessão, foi sugerido à mãe de G. que consultasse um Pedopsiquiatra. Com um quadro clínico instalado e ainda sem remissão de sintomas era crucial o apoio médico de G. A mãe respondeu de forma positiva e manifestou a vontade de levar o filho a uma consulta.



**SESSÃO  
XIV-XVI**

---

---



Uma parte das sessões foi ainda ocupada com a resolução de fichas de trabalho. As dificuldades de G. na escola pareciam acentuar-se à medida que o ano lectivo avançava. Segundo informações fornecidas pela professora, G. apresentava dificuldades na assimilação dos conteúdos programáticos. Optou-se, portanto, pelo desenvolvimento e adaptação de algumas fichas com conteúdos adaptados ao programa curricular de G. Algumas dessas fichas foram realizadas no âmbito de consulta embora a maior parte delas tenha sido enviada para casa como complemento da prática educativa.

De referir ainda que G. sempre foi consultado pela Pedopsiquiatria. Uma deste acompanhamento Pedopsiquiátrico resultou uma avaliação médica mais abrangente bem como a medicação. Foi medicado com *Atarax* e continua com acompanhamento médico. Apesar da medicação os sintomas foram agravando pelo que parou com a medicação por ordem médica e assim continua presentemente.



**SESSÃO  
XVII**

---

---

Já na recta final da intervenção, com G., houve a possibilidade de introdução de um novo elemento na consulta. A sessão decorreu em conjunto com um outro menino de acompanhamento psicológico. G. reagiu com enorme entusiasmo à presença de um novo elemento.

Inicialmente ambos estavam intimidados, todavia, com alguns minutos de interacção já pareciam grandes amigos. A primeira coisa a ser feita foi apresentar as duas crianças. Depois de apresentadas foi sugerido que cada um escrevesse no computador o nome do novo colega. Entusiasmados, mas com dificuldades notórias na junção de fonemas, lá foram escrevendo o nome completo. Depois essa folha foi impressa e cada um levou para casa o nome do novo amigo. Ainda nesta fase de interacção e conhecimento cada um contou como tinha sido o seu dia na escola e o que gostava de fazer.

Em jeito de despedida, levaram-se as duas crianças até ao bar do hospital onde cada um comeu um gelado. Houve a necessidade de explicar às crianças que o que tinha sucedido seria uma situação pontual, pois não seria possível a continuação de sessões em co-terapia. Curiosamente face a esta posição G. referiu *“não faz mal vou eu ter com ela a casa dele ou ele à minha e brincamos lá”* (sic).

Teria sido uma abordagem interessante se o estágio académico não tivesse de terminar. Poderia ser uma estratégia a, futuramente, dar frutos.



**SESSÃO  
XVIII**

---

---



A intervenção desenvolvida com G. até aqui apresentava um fim. O estágio académico estava a terminar e foi necessária uma resolução do caso. Todavia, a reacção de G. foi positiva pois já anteriormente tinha vindo a ser preparado para a finalização do acompanhamento. O seu ar era de contentamento e quando abordado sobre isto referiu *“estou quase de férias e vou para casa da minha avó! Lá posso brincar e andar de bicicleta”* (sic).

Apesar do grande número de estratégias utilizadas com G., os sintomas de agitação, desconcentração e falta de memória permaneceram. Todavia, alguns aspectos foram melhorando. Quer G., quer a sua família e agentes educativos passaram a saber lidar de um modo diferente com este tipo de crianças. Ainda nesta sessão soube-se que G. se recusou a ir ao passeio de fim de ano, promovido pela escola, pois segundo o relato da mãe *“ele disse a minha frente e da professora: os meninos que se portam mal não têm direito a ir ao passeio. E eu até lhe disse que o deixava ir apesar de tudo mas ele recusou-se e não foi. Foi só a irmã”*.

Certamente o acompanhamento com G., traria resultados positivos no futuro. Fica no entanto a ser acompanhado medicamente pela Pedopsiquiatria, que se assim o entender, tratará de o encaminhar novamente para apoio psicológico.

### **Apreciação global do caso:**

O caso particular de G. apesar de não ter oferecido grandes sucessos proporcionou uma enorme aprendizagem. O experimentar contínuo de novas opções terapêuticas, fez com que fosse adquirido um treino para situações futuras.

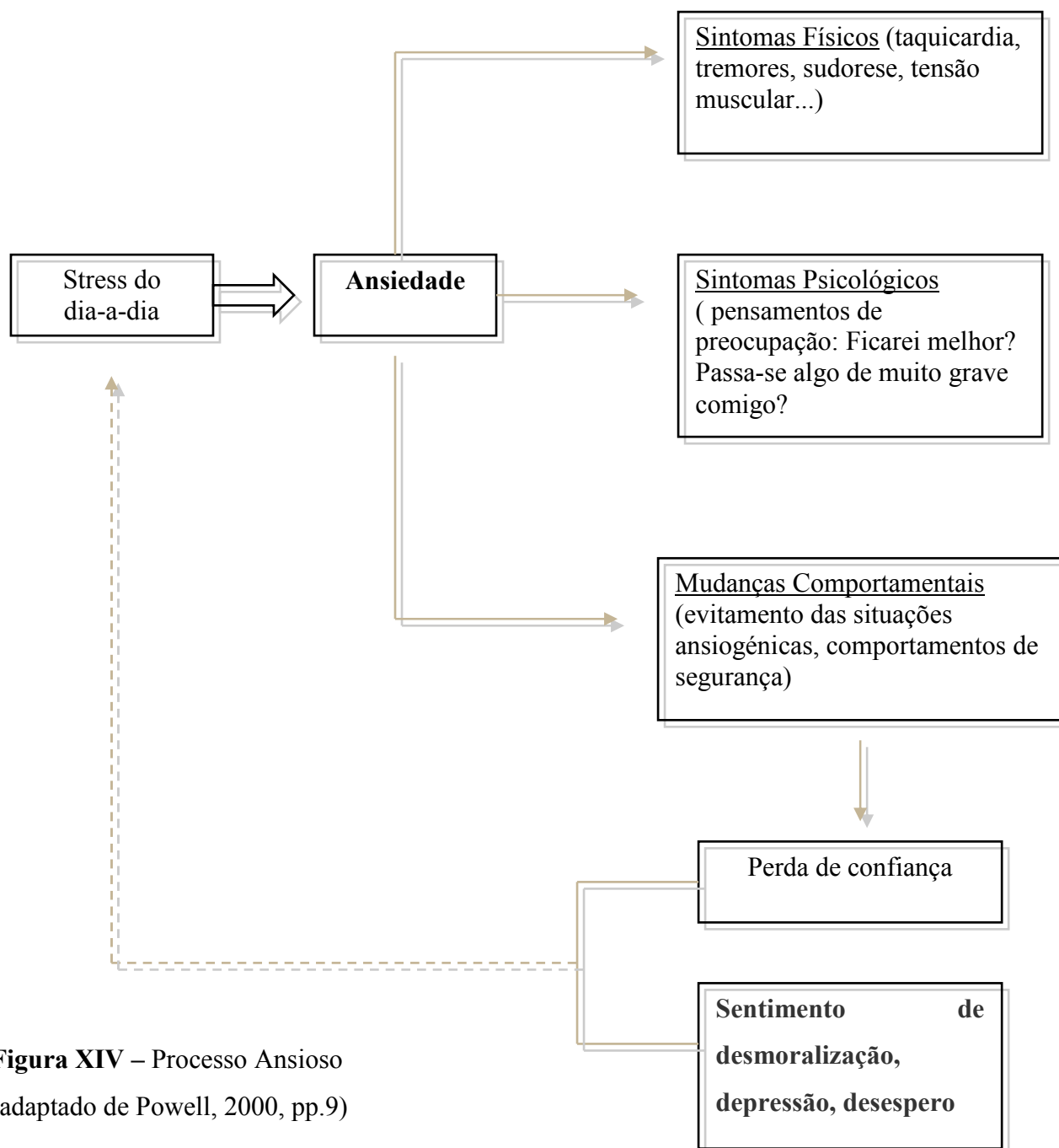
Um ponto positivo da terapia foi o alcançar do envolvimento gradual da criança no decorrer das sessões. Cada vez que uma nova actividade era introduzida a adesão revelava-se bastante positiva, todavia, foi necessário encaminhar a criança para uma consulta de Pedopsiquiatria pois os sintomas de agitação, desconcentração e falta de memória remanesciam. O apoio médico também não se revelou muito eficaz, uma vez que, G. não reagiu bem à medicação e passou a apresentar um agravamento de sintomas, pelo que presentemente permanece não medicado por ordem médica.

Numa das últimas sessões, com G., houve a possibilidade de introdução de um novo elemento na consulta. A sessão decorreu em conjunto com um outro menino de acompanhamento psicológico. G. reagiu com enorme entusiasmo à presença de um novo elemento. Teria sido uma abordagem interessante se o estágio académico não tivesse de terminar. Poderia ser uma estratégia a, futuramente, dar frutos.

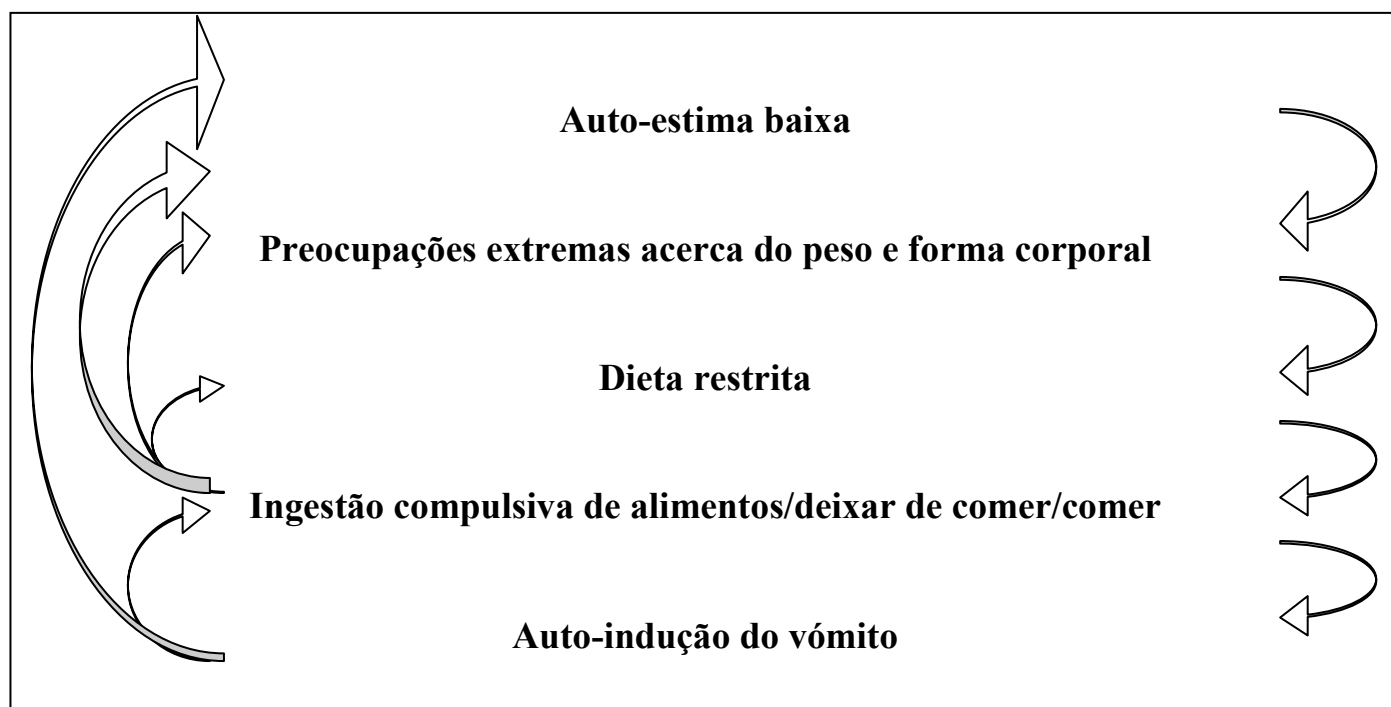
Talvez a intervenção feita com esta criança não tenha sido a mais apropriada, contudo, fica a tentativa de se ter acompanhado G. o melhor possível. Ainda de referir que uma possível causa do não sucesso terapêutico tem que ver com a deficiente formação que se obtém ao longo da aprendizagem académica. Apesar de o momento indicar o término de uma licenciatura, não significa que estejamos aptos para a realidade. A recta final deste percurso implica que seja necessária muita pesquisa e investimento adicional. Talvez por o desempenho demonstrado se revelar com um carácter de auto-aprendizagem implique por vezes consequências não tão positivas.

### 3. OUTRAS METODOLOGIAS UTILIZADAS

De seguida apresentam-se exemplos de metodologias utilizadas nas diferentes patologias abordadas. Uma das metodologias mais amplamente utilizadas foi o Treino de Relaxamento Muscular Progressivo (12 grupos musculares) (Gonçalves, 1999). Para a introdução de estratégias de redução da ansiedade tornava-se necessário explicar ao paciente o processo ansioso. Para tal utilizaram-se alguns esquemas mais elucidativos e simplificados:



**Figura XIV** – Processo Ansioso  
(adaptado de Powell, 2000, pp.9)



**Figura XV** - Modelo Cognitivo da Anorexia Nervosa tipo purgativo (Traduzido e adaptado de Fairburn, Marcus & Wilson, 1993, *in* Pike *et al.*, 1996 pp. 268)

Na figura XV apresenta-se o modelo cognitivo da Anorexia Nervosa tipo purgativo. Este modelo foi apresentado a uma jovem de 24 anos de idade, com Anorexia Nervosa tipo purgativo, afim de ser explicado o mecanismo cognitivo de todo o processo. Após esta análise foram feitos alguns exercícios que resultaram numa introdução à reestruturação cognitiva, e que se passam a apresentar de seguida:

<b>O que sentiria se emagrecesse:</b>	
<b>1 Kg</b>	<i>“1kg não é nada”, “frustrada porque estava a tentar emagrecer e não conseguia”</i>
<b>2 Kg</b>	<i>“sentia-me melhor do que se fosse só 1 kg mas para o que preciso emagrecer não é nada”</i>
<b>3 Kg</b>	<i>“ficava contente mas ainda não tinha atingido os meus objectivos”</i>
<b>4 Kg</b>	<i>“já era bom mas o ideal eram 10 kg”</i>
<b>10 Kg?</b>	<i>“era uma pessoa feliz e sentia-me melhor”</i>



<b>O que sentiria se ganhasse:</b>	
<b>1 Kg</b>	<i>“era muito mau, andava a comer de mais”</i>
<b>2 Kg</b>	<i>“sentia-me muito mal”</i>
<b>3 Kg</b>	<i>“deixava de comer”, “vomitava mais”, “sentia-me muito desiludida”</i>
<b>10 Kg?</b>	<i>“vomitava já!”, “estava muito gorda era horrível”</i>

Procedeu-se ainda à identificação, juntamente com a paciente, de crenças erróneas e à sua respectiva discussão através da identificação de vantagens e desvantagens de cada uma delas:

<b>Crença</b>	<b>Grau em que acredita na crença (0-100%)</b>
<i>“estou gorda e como demais”</i>	100%
<i>“não gosto de mim nem do meu corpo”</i>	100%
<i>“não ando cá a fazer nada”</i>	100%
<i>“se começar a engordar é muito mau”</i>	100%
<i>“virar costas à família pois eles não gostam de mim”</i>	100%

<b>Quais as vantagens e desvantagens que tira de acreditar nesta ideia?</b>	
<b><i>“estou gorda e como demais”</i></b>	
<b>VANTAGENS</b>	<b>DESVANTAGENS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>“consigo emagrecer”</i></li> <li>✓ <i>“como menos”</i></li> <li>✓ <i>“gostar de mim é impossível”</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>“ouvir as pessoas a mentirem-me descaradamente a dizer que eu não estou gorda e eu sei que estou”</i></li> <li>✓ <i>“dizerem que sou bonita e eu sei que não sou”</i></li> <li>✓ <i>“os meus pais e amigos não se calam, mas é tudo tretas, falam por pena”</i></li> </ul>
<b><i>“virar costas à família pois eles não gostam de mim”</i></b>	
<b>VANTAGENS</b>	<b>DESVANTAGENS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>“não tenho de ouvir ninguém”</i></li> <li>✓ <i>“não me chateio nem discuto”</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>“ficam chateados”</i></li> <li>✓ <i>“deixam de me falar e eu não gosto”</i></li> <li>✓ <i>“se me deixarem de falar sinto-me culpada...se eu não existisse eles já não tinham problemas”</i></li> </ul>



	Consequências imediatas		Consequências posteriores	
	Positivas	Negativas	Positivas	Negativas
<b>Se eu...</b> (ex. Ganhar peso)				
<b>Se eu continuar a ...</b> (ex. perder peso)				

De seguida apresentam-se alguns exemplos de registos de auto-monitorização (RAM) utilizados na patologia supra citada bem como exemplos de exercícios desenvolvidos no âmbito terapêutico:

Data:					
Hora:	Comida e bebida ingerida:	Local:	Ingestão Compulsiva de alimentos:	Indução do vômito:	Pensamentos sentimentos:

<i>Data</i>	<i>Refeição</i>	<i>Descrição</i>	<i>O que estou a pensar?</i>	<i>O que estou a sentir?</i>

<b>OS DEVOS...</b>	
<b>Eu devo...</b>	<b>Os outros devem...</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Ser mais positiva</i></li> <li>✓ <i>Tentar compreender mais os outros</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <i>Compreender-me</i></li> <li>✓ <i>Ser menos curiosos</i></li> <li>✓ <i>Meter-se menos na vida dos outros</i></li> </ul>

Preencha os espaços em branco de cada um dos seis estádios conforme abaixo indicado.

Estádio 1



Estádio 2



Estádio 3



Estádio 4



Estádio 5



Estádio 6



Estádio 1: Evento perturbador.

Estádio 2: Liste todos os pensamentos racionais e irracionais sobre o evento.

Estádio 3: Identifique cada distorção cognitiva e quais as crenças e pensamentos subjacentes.

Estádio 4: Anote os sentimentos e comportamentos distorcidos.

Estádio 5: Mudança dos pensamentos irracionais.

Estádio 6: Diferenças nos sentimentos e comportamentos.



Nesta lista são apresentados um conjunto de sintomas que as pessoas manifestam quando se sentem deprimidas. Avalie como se sente neste momento colocando um (X) no ponto apropriado em cada linha. \_\_\_\_\_

**Exemplo:**

Sinto muito calor	X	X	Sinto muito frio
Não tenho prazer nas actividades		X	Continuo a gostar de algumas actividades
Não sinto culpa	X		Sinto muita culpa
Não tenho energia	X		Tenho energia e motivação
Tenho dificuldade em pensar e tomar decisões		X	Penso tão claro com costume
O meu apetite é normal	X		O meu apetite mudou
Tenho constantemente pensamentos negativos sobre mim		X	Penso que estou razoavelmente O.K.
Não me sinto infeliz	X		Sinto-me tão triste Não consigo suportar
Sinto-me muito ansioso	X		Não me sinto habitualmente ansioso
Não tenho esperança no futuro			Não sinto desânimo sobre o futuro

✓ Coloque um **tick** em cada actividade que está preparado para realizar na próxima semana.

○ Coloque um **círculo** em cada actividade que gostaria de experimentar nos próximos meses.

▪ **Actividades Sociais**

- visitar alguém
- escrever uma carta ou postal
- telefonar a um amigo
- ir a um restaurante
- comprar um presente para alguém
- estar com crianças
- ter uma boa conversa
- estar com a família
- dar uma festa
- ir a uma festa
- fazer um novo amigo
- estar com alguém que gosta

▪ **Actividades Recreativas**

- ir à igreja
- ir ao zoo, ao circo
- dar um passeio
- ouvir música
- ler um livro/jornal/revista
- ir ao cinema
- correr
- nadar
- pescar
- visitar uma localidade
- jogar um jogo de tabuleiro

▪ **Actividades Criativas**

- escrever um poema
- pintar um quadro
- cozinhar uma refeição
- tocar um instrumento
- escrever um diário
- cantar uma canção
- colher flores
- dançar

▪ **Actividades de Preocupação**

- comprar algo para si
- ter uma massagem
- ir à cabeleireira
- comprar comida que gosta
- por *make-up*
- falar sobre algo que gosta



▪ **Actividades Educativas**

- ir à biblioteca
- ir ao museu
- fazer um *puzzle*
- aprender uma língua nova
- ir a uma conferência
- comprar um livro
- aprender a tocar um instrumento




	SEG	TER	QUA	QUI	SEX	SAB	DOM
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							
15-16							
16-17							
17-18							
18-19							
19-20							
20-24							

## 12 Maio 2007 – Sábado

Hora 	Refeição 	Cumprí o plano?	
		SIM	NÃO
	Pequeno Almoço		
	Almoço		



	Jantar		

<b>CAMINHADA ?</b>	SIM	NÃO	 <i>Duração</i>

---

---

---

---

Os registos de auto-monitorização de seguida apresentados, são exemplos dos utilizados no processo terapêutico com uma criança de 9 anos com dificuldades de controlo alimentar. Pretendia-se com esta tarefa que além de fazer um registo diário das refeições (Quadro ) pintasse um sorriso sempre que conseguia cumprir o plano alimentar (Quadro ). Nas sessões seguintes era feita uma análise de como tinha corrido a semana e procedia-se ao reforço positivo sempre que os objectivos eram cumpridos.

**Quadro XVII – Registo de Auto Monitorização (tarefa de casa)**

<i>Data</i>	<i>Refeição</i>	<i>Descrição</i>	<i>O que estou a pensar</i>	<i>O que estou a sentir</i>

**Quadro XVIII – Registo semanal do cumprimento do plano alimentar**


	<i>Pequeno Almoço</i>	<i>Almoço</i>	<i>Lanche</i>	<i>Jantar</i>
<i>Segunda</i>				
<i>Terça</i>				
<i>Quarta</i>				
<i>Quinta</i>				
<i>Sexta</i>				
<i>Sábado</i>				
<i>Domíngo</i>				


Muitas vezes os pacientes deparavam-se com situações involuntárias e incontrolável, em que se viam a pensar em coisas desagradáveis e deprimentes. Para tentar colmatar essa situação foi desenvolvido um pequeno esquema que era distribuído aos pacientes. Era-lhes pedido que o colocassem na carteira e sempre que fossem assolados por pensamentos inconvenientes olhassem para o esquema. De seguida apresenta-se o esquema com algumas estratégias de desvio do pensamento:


**Quadro XIV – Opções de desvio de pensamento**


*Quando der por mim a pensar em situações desagradáveis o que faço?*




 Vou trabalhar


 Vou para casa


 Falo com alguém


 Faço exercício

 Vou dar uma volta de mota


 Escrevo num papel tudo o que estou a sentir

 Oiço música

 Vejo televisão

 Jogo computador

 Telefono a alguém

 Penso num lugar paradisíaco



Os dados até aqui apresentados exemplificam o processo interventivo, com as problemáticas contactadas, ao longo de um ano de trabalho. De uma forma geral, o papel do serviço de psicologia tem como base o estudo do comportamento, procedendo à sua investigação utilizando técnicas específicas, com o objectivo de contribuir para um desenvolvimento harmonioso de cada utente.

O principal objectivo, do serviço de psicologia, consiste em promover o desenvolvimento integral do utente de forma a conduzi-lo à sua autonomia pessoal. Este desenvolvimento só acontecerá plenamente se tiver em conta os aspectos cognitivos, afectivos e sociais de cada utente, pois cada um deles é único.

No decurso da vida, o utente está sujeito a períodos de intensa mudança. Estes períodos implicam desequilíbrio e reestruturação, sendo associados a etapas evolutivas. É particularmente nestes períodos, que ao serem detectados alguns problemas a função da psicóloga é mais importante, particularmente a nível da prevenção e reequilíbrio. Muito fica ainda por dizer, mas decerto que com a apresentação realizada se pode obter uma visão geral do trabalho efectuado. Antes de se finalizar a realização deste manual será apresentado de seguida uma breve alusão à formação complementar frequentada ao longo do estágio.



## **FORMAÇÃO COMPLEMENTAR**

- ✓ Participação no *Programa Peso Saudável*, todas as terças-feiras, no Centro Hospitalar Cova da Beira - Covilhã;
- ✓ *Reunião Anual da Associação de Psiquiatria Biológica -“ADHD Across the Life-Span”*, realizada nos dias 3, 4 e 5 de Novembro 2006, na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior;
- ✓ Encontro da Rede Construir Juntos: *“Desaparecimento e Exploração Sexual de Crianças”*, realizado dia 9 de Fevereiro 2007 na Biblioteca Municipal do Fundão;
- ✓ Conferência *“Um olhar pedagógico sobre a Psicologia”*, que decorreu nos dias 18 e 19 de Abril na Universidade da Beira Interior;
- ✓ 24 de Abril de 2007, participação no Programa Peso Saudável como prelectora da sessão intitulada : *“Objectivos e Recaídas Festas e Férias”*;
- ✓ XXVI Encontro do Grupo Português de Psiquiatria Consiliar/Ligação e Psicossomática subordinado ao tema *“Diálogos e Rumos da Psiquiatria Consiliar/Ligação”*, realizado nos dias 11 e 12 de Maio de 2007 na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior;
- ✓ *Reunião de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica*, realizada no dia 18 de Maio de 2007 no Centro Hospitalar Cova da Beira – Covilhã.

## PROGRAMA PESO SAUDÁVEL



O **Programa PESO** (Promoção do Exercício e Saúde na Obesidade) é um programa de controlo do peso e promoção do exercício para indivíduos com excesso de peso e obesidade, desenvolvido por especialistas em exercício, nutrição e psicologia, sob supervisão médica. É um programa que visa fomentar a autonomia das participantes e a modificação permanente dos seus hábitos e estilos de vida, sem o recurso a medicamentos ou quaisquer outros produtos, aparelhos, ou técnicas de “emagrecimento”. (<http://peso.fmh.utl.pt/index2.htm>)

Os participantes do Programa PESO têm a possibilidade de usufruir de um **programa de grupo regular e multifacetado**, visando o aumento do conhecimento acerca do controlo permanente do peso corporal, o aumento da motivação e da prática da actividade física e exercício, e a melhoria dos hábitos alimentares e da nutrição. Acréscimos na mobilidade funcional, na saúde metabólica, na qualidade de vida e no bem-estar físico e mental das participantes são prioridades centrais deste Programa. (<http://peso.fmh.utl.pt/index2.htm>)



O Programa PESO decorre num contexto Hospitalar e é liderado por docentes e investigadores da Faculdade de Motricidade Humana e de outras instituições nacionais e estrangeiras.

O Programa não tem fins comerciais, não comporta custos financeiros para os participantes e está envolvido num conjunto alargado de projectos de investigação científica, os quais têm sido reconhecidos por individualidades e entidades externas como relevantes e de interesse para a população em geral e para a comunidade científica em particular.

O Programa PESO (Promoção do Exercício e Saúde na Obesidade) é um estudo de intervenção randomizado e controlado visando o aumento da actividade física e da motivação para a actividade física, a redução de peso, e a melhoria da alimentação, saúde e qualidade de vida em mulheres adultas com excesso de peso e obesidade. O grupo experimental participa numa intervenção de modificação cognitiva e comportamental com a duração de 1 ano, de características representativas do estado da arte para este tipo de tratamento, e com uma componente adicional de motivação para a adesão ao exercício.



## SESSÕES DECORRIDAS

<b>Data</b>	<b>N-º Sessão</b>	<b>Tema Sessão</b>	<b>Prelector</b>
09/01/2007	1	<b>Apresentação. Como emagrecer bem e ter sucesso.</b>	<b>Dr. Themudo Barata</b>
16/01/2007	2	<b>Como se engorda e emagrece? Como emagrecer sem fome?</b>	<b>Dr. Themudo Barata</b>
23/01/2007	3	<b>Gordura alimentar: o inimigo a abater! Dicas práticas.</b>	<b>Nutricionista</b>
30/01/2007	4	<b>Actividade física é insubstituível. Como integrá-la no dia-a-dia.</b>	<b>Treinador</b>
06/02/2007	5	<b>Como vencer a preguiça e as barreiras: planear é fundamental.</b>	<b>Psicólogo</b>
13/02/2007	6	<b>O pão e as batatas: engordam? São iguais a açúcar? E a sopa?</b>	<b>Nutricionista</b>
20/02/2007	7	<b>Proteínas animais. Vegetarianismo e macrobiótica: interessam?</b>	<b>Nutricionista</b>
06/03/2007	8	<b>Equivalentes calóricos e alimentares. Compreender a consulta.</b>	<b>Nutricionista</b>
13/03/2007	9	<b>O que é o peso ideal nesta sociedade de contradições?</b>	<b>Dr. Themudo Barata</b>
20/03/2007	10	<b>O stress e a comida – fome ou apetite?</b>	<b>Psicólogo</b>



		<b>Fome emocional.</b>	
27/03/2007	11	Como sabotar o apetite – fraccionamento alimentar.	<b>Nutricionista</b>
03/04/2007	12	Qual a melhor actividade física para quem tem peso a mais.	<b>Treinador</b>
17/04/2007	13	Entrou no supermercado: e agora? Leia os rótulos.	<b>Nutricionista</b>
08/05/2007	14	Leitura de rótulos trazidos pelos participantes. Mitos alimentares.	<b>Nutricionista</b>
15/05/2007	15	Gestão de metas e de expectativas: quedas e retrocessos.	<b>Psicólogo</b>
22/05/2007	16	Doces e bebidas nunca mais? Como comer fora, em festas e fins-de-semana.	<b>Nutricionista</b>
29/05/2007	17	Como devia estar e como está a viver – ponto da situação.	<b>Treinador</b>
12/06/2007	18	Medicamentos, cirurgia e estética: são precisos? Quando?	<b>Dr. Themudo Barata</b>
26/06/2007	19	Outras implicações médicas para além do peso.	<b>Dr. Themudo Barata</b>
03/07/2007	20	Comunicação de resultados – encerramento.	<b>Dr. Themudo Barata</b>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De um modo geral, o período de aprendizagem e prática clínica foi bastante gratificante e enriquecedor quer ao nível pessoal quer profissional. Na verdade, foi um momento de aplicação de conteúdos teóricos, com um constante contacto com a realidade profissional que permitiu o desenvolvimento de um conjunto de competências que devem ser características indispensáveis para a prática psicológica.

A avaliação foi efectuada usando métodos relevantes e apropriados, tais como a entrevista, a testagem e a observação num contexto pertinente. Foram desenvolvidos materiais de intervenção tendo por base conceitos da teoria psicológica.

A intervenção foi concretizada com a elaboração de um plano, com vista a alcançar um conjunto de objectivos previamente estabelecidos e tendo por base a avaliação efectuada.

Para além das competências mencionadas anteriormente foram também adquiridas competências necessárias para a prática num contexto profissional: estratégia profissional; desenvolvimento profissional; relações profissionais; pesquisa e investigação; actualização e formação; assegurar qualidade e auto-reflexão (competências de capacitação/habilitação).

A aposta no desenvolvimento profissional através da participação em conferências, congressos e formações é um aspecto que também esteve presente durante o estágio curricular, bem como a constante pesquisa bibliográfica. O estabelecimento de relações com outros profissionais da Psicologia e de outras áreas também se revelou importante, pois permitiu a aquisição de competências de trabalho numa equipa multidisciplinar, o que forneceu várias modos de perspectivar as situações apresentadas.

Por sua vez, a investigação realizada permitiu o aprofundamento de um conjunto de temáticas em estudo, bem como de questões e procedimentos que definem a natureza de uma investigação e limitam o seu objectivo e alcance. Aspectos como o desenho da investigação, o tipo de análise estatística a utilizar, a análise de dados e a sua interpretação em termos de relevância científica, passando pelas questões éticas que este contexto coloca, foram aspectos contemplados neste período de formação prática.

Ao longo do estágio foram adquiridas competências sempre com base no conhecimento científico e numa prática clínica ética. Com a realização do estágio pude

---



---

ficar capacitada para demonstrar as necessárias competências mas também atitudes apropriadas para a prática profissional.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. N. & Filho, R. C. (2004). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Revista Psiquiatria Clínica*. 31 (4). 177-183.
- Almeida, G.A.N., Loureiro, S.R. & Santos, J.E. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliadas através do Desenho da Figura Humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 15(2):283-292.
- Alonso, M. A. V. & Bermejo, B. G. (2001). *Atraso mental*. McGraw-Hill.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2000). *Testagem Psicológica*. Porto Alegre: ArtMed Editora.
- Andrade, L. H. S. G. & Gorestein, C. (1998). Aspectos gerais das escalas de avaliação da ansiedade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 25:285-290.
- Apfeldorfer, G. (1995). *Anorexia, Bulimia, Obesidade*. Biblioteca básica de ciência e cultura. Instituto Piaget. Lisboa.
- Appolinário, J. C. & Claudino, A. (2000). Transtornos Alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 22 (2). 28-31.
- Azevedo, M. B. A. & Spadotto, C. (2004). Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. *Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*. 12(2): 127-144.
- APPORT (1995). Princípios Éticos. Retirado em 12 de Dezembro de 2006 no URL: [www.snp.pt/osindicato/documentos\\_files/030301principdeont.htm](http://www.snp.pt/osindicato/documentos_files/030301principdeont.htm)
- Archer, R.P., Bolinsky, P.K., Morton, T.L. & Farris, K.L. (2002). A factor structure for the MMPI-A: replication with male delinquents. *Assessment*. 9(4):319-326.
- Assis, M.A.A. & Nahas, M.V. (1999). Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Revista Nutrição*. 12(1):33-41.
- Associação de Doentes Obesos e Ex-obesos de Portugal (2006). Retirado do URL: [www.adexo.pt](http://www.adexo.pt) em 15 de Dezembro de 2006.
- Ávila-Espada, A. & Jiménez-Gómez, F. (2000). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota - 2*. Madrid: TEA Ediciones.
-



- 
- Azevedo, M. B. A. & Spadotto, C. (2004). Estudo psicológico da obesidade: dois casos clínicos. *Temas em Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia*. 12(2): 127-144.
- Balaban, G., Silva, G. P. & Motta, M. A. (2001). Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares de diferentes classes sócioeconômicas em Recife, PE. *Pediatria*. 23(4):285-289.
- Bassett, J.E., Schellman, G.C., Gayton, W.F. & Tavormina, J. (1977). Efficacy of the mini-mult validity scales with prisoners. *Journal of Clinical Psychology*. 33(5):729-731.
- Bédard, N. (2000). *Como interpretar os desenhos das crianças*. Mem Martins: Edições CETOP.
- Bellak, L. & Bellak, S. (1966). *Test de Apercepción Infantil – Manual*. Buenos Aires: Paidós.
- Bernaudo, J. (2000). *Métodos de avaliação da personalidade*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bouça, D. (2000). *Anorexia nervosa minha amiga*. Porto: Ambar.
- Campos, D.M.S. (1978). *O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade: validade, técnica de aplicação e normas de interpretação*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Campos, A. L. R. (1993). Aspectos psicológicos da obesidade. *Pediatria Moderna*. 29:129-133.
- Casado, M.I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B. & Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo-conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Revista electrónica de psicología*. 1(1):1-17.
- Cataneo, C., Carvalho, A. P. & Galindo, E. C. (2005). Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 18(1):39-46.
- Cattell, R.B. & Dreger, R.M. (1977). *Handbook of modern personality theory*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Clemente, L., Moreira, P., Oliveira, B., Almeida, M. D. V. (2004). Índice de Massa Corporal: sensibilidade e especificidade. *Acta Médica Portuguesa*. 17:353-358.
- Cordás, T. A. (2004). Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 31 (4). 154-157.
- Corman, L. (1961). *O teste do desenho de família*. São Paulo: Editora Mestre Jou.
-



- 
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Corman, L. (2001). *Test de pata negra – manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Craig, P. L. & Truswell, A. S. (1990). Dynamics of food habits of newly married couples: weight and exercise patterns. *Journal Nutrition Dietetic*. 47 :42-46.
- Cronbach, L. J. (1996). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cruz, R.R. (2004). *Guía para la atención educativa del alumnado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Mérida: Artes Gráficas Rejas.
- Cruz, M.B.Z. (2005). Wisc – III: escala de inteligência Wechsler para crianças: Manual. *Avaliação Psicológica*. 4(2):199-201.
- Cunha, J.A. (2002). *Psicodiagnóstico – V*. São Paulo: Artmed.
- Debienne, M. C. (1977). *O desenho e a criança*. São Paulo: Moraes Editores.
- Dicionário de Psicologia* (2001). Lisboa: Climepsi Editores
- Dobrow, I.J., Kamenetz, C. & Devlin, M. (2002). Psychiatric aspects of obesity. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24:63-67.
- Enciclopédia de Medicina*, (1997). Lisboa: Selecções do Reader's Digest.
- Facion, J.R. (2004). Transtornos de déficit de atenção/hiperactividade (T.D.A.H.): actualização clínica. *Revista de Psicologia da UnC*. 1(2):54-58.
- Faschingbauer, T.R. (1976). Substitution and regression models, base rates, and the clinical validity of the mini-mult. *Journal of Clinical Psychology*. 32(1):70-74.
- Felippe, F.M.L., Friedman, R., Alves, B. S., Cibeira, G.H., Surita, L.E. & Tesche, C. (2004). Obesidade e Mídia: o lado sutil da informação. *Revista académica do grupo comunicacional de São Bernardo*. 2:1-5.
- Ferreira, V. A. & Magalhães, R. (2005). Obesidade e pobreza: o aparente paradoxo. *Caderno Saúde Pública*. 21(6):1792-1800.
- Figueiredo, B., Fernandes, E., Matos, R. & Maia, A. (2003). Maus-tratos na infância: Trajectórias desenvolvimentais e intervenção psicológica na idade adulta. In C. Machado & R. A. Gonçalves (Eds.), *Violência e vítimas de crimes Vol. 1-Adultos*. (pp.163-210). Coimbra: Quarteto.
- Fisberg, M. (1995). *Obesidade na infância e na adolescência*. São Paulo: Fundação BYK.
- Frieman, M. A. & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychological Bulletin*. 11(7):3-20.
- García, I.M. (2001). *Hiperactividade*. Amadora: McGraw-Hill.
-



- 
- Gayton, W.F., Bishop, J.S., Citrin, M.M. & Bassett, J.S. (1975). An investigation of the mini-mult validity scales. *Journal of Personality Assessment*. 39(5):511-513.
- Gleitman, H. (1999). *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Godoy-Matos, A.F. & Oliveira, J. (2004). Sobrepeso e Obesidade: Diagnóstico. *Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina: Projecto Directrizes*. 1-9.
- Gonçalves, O.F. (1999). *Introdução às psicoterapias comportamentais*. Porto: Quarteto Editora.
- Goodenough, F. (1926). *Measurement of intelligence by drawings*. New York: Brace & World.
- Gouveia, P. G. (2000). Factores Etiológicos e Desenvolvimentais nos Distúrbios Alimentares. In I. Soares (Ed.). *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajectórias (in)Adaptativas ao Longo da Vida*. (pp. 265-303) Coimbra: Quarteto Editora.
- Grevet, E.H., Abreu, P.B. & Shansis, F. (2003). Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com transtorno de déficit de atenção/hiperactividade. *Revista de Psiquiatria*. 25(3):446-452.
- Guedes, E. P., Carraro, L., Godoy-Matos, A. & Lopes, A. C. (2005). Obesidade: Etiologia. *Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina*. 1-7.
- Hall, C.S. & Lindzey, G. (1993). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.
- Halpern, Z.S.C., Rodrigues, M.B. & Costa, R.F. (2004). Determinantes fisiológicos do controle do peso e apetite. *Revista Psiquiatria Clínica*. 31(4):150-153.
- Harris, D.B. (1991). *El test Goodenough: Revision, Ampliacion y Actualizacion*. Barcelona: Paidós.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (1943). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory. New York: University of Minnesota Press.
- Hathaway, S. R. & McKinley, J. C. (2000). *MMPI-2: Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 – Manual*. Madrid: TEA Ediciones.
- Hay, P.H. (2002). Epidemiology of eating disorders: current status and future developments. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24(3): 13-17.
- Joyce-Moniz, L. (1993). *Psicopatologia do Desenvolvimento do adolescente e do adulto*. Lisboa: McGraw-Hill.
-



- 
- Kac, G., Velásquez-Meléndez, G. & Coelho, M.A. (2001). Factores associados à obesidade abdominal em mulheres em idade reprodutiva. *Revista Saúde Pública*. 35(1):46-51.
- Karlsson, J., Sjostrom, L. & Sullivan, M. (1993). Swedish obese subjects (SOS) – intervention study of obesity. Baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *International Journal of Obesity*. 17:503-512.
- Kahtalian, A. (1992). *Obesidade: um desafio*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Khaodhiar, L., McCowen, K. C. & Blackburn, G. L. (1999). Obesity and its comorbid conditions. *Review Clinic Cornerstone*. 2(3):17-31.
- Kincannon, J.C. (1968). Prediction of the standard MMPI scale scores from 71 items: The Mini-Mult. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 32:319-325.
- Lázaro, A.G. (2001). *Problemas de alimentação na criança*. Amadora: McGraw-Hill.
- Lopes, J.A.(2000). Distúrbios exteriorizados de comportamento: Uma perspectiva desenvolvimental. In I. Soares, M. Gonçalves, M. Simões, A. Batista, H. Marujo, J. Lopes, E. Pereira, J. P. Gouveia, C. Farate, B. Figueiredo, A.P. Relvas, M. Alarcão (Eds.), *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in) adaptativas ao longo da vida*. (pp. 181-213) Coimbra: Quarteto.
- Lopes, P., Barreira, D.P. & Pires, A.M. (2001). Tentativa de suicídio na adolescência: avaliação do efeito de género na depressão e personalidade. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2(1):47-57.
- Luiz, A. G., Gorayeb, R., Júnior, R. L. & Domingos, N. M. (2005). Depressão, ansiedade e competência social em crianças obesas. *Estudos de Psicologia*. 10(1):35-39.
- Magnusson, D. & Torestad, B. (1993). A holistic view of personality: a model revisited. *Annual Review of Psychology*. 44:427-452.
- Manuila, L., Manuila, A., Lewalle, P. & Nicoulin, M. (2004). *Dicionário Médico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Marques, A. G. (2007). *Comportamentos e distúrbios alimentares*. Coimbra: Formasau.
- Martins, D.G., (1999). Relação médico-paciente em hospital público: implicações psicológicas quanto a variável obesidade. *Psicologia: Teoria e Prática*. 1(2):80-89.
-



- 
- Martins, I.S. & Marinho, S.P. (2003). O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. *Revista Saúde Pública*. 37(6):760-767.
- Martins, F.C.O. & Sassi, E. (2004). A comorbilidade entre transtornos alimentares e de personalidade e suas implicações clínicas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 31(4):161-163
- Mazzoni, R., Mannucci, E., Rizzello, S. M., Ricca, V. & Rotella, C. M. (1999). Failure of acupuncture in the treatment of obesity: a pilot study. *Journal of Eating and Weight Disorders*. 4(4):198-202.
- Melin, P. & Araújo, A. M. (2002). Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24(3):73-76.
- Meichenbaum, D. & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*. 77:115-126.
- Moreira, P. (2005). *Obesidade: muito peso, várias medidas*. Porto: Ambar.
- Moro, M.C.G. (2005). Prevención de la obesidad y promoción de hábitos saludables. *Foro Pediátrico*. 54-59
- Nonino-Borges, C.B., Borges, R.M. & Santos, J.E. (2006). Clinical treatment of obesity. *Medicina, Ribeirão Preto*. 39(2):246-252
- Noronha, A.P.P. & Freitas, F.A. (2005). Testes psicológicos, usos e conhecimentos. *Psico*. 36(1):21-28.
- Nunes, M.A.A., Apolinário, J.C., Abuchaim, A.L.G. & Coutinho, W. (1998). *Transtornos alimentares e obesidade*. Artmed. Porto Alegre.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, E.A. & Santos, M.A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa: a óptica do psicodiagnóstico. *Medicina*. 39(3):353-360.
- Ozer, D & Reise, S. (1994). Personality assessment. *Annual Review of Psychology*. 45:357-388.
- Palmer, B. (2000). *Helping people with eating disorders: a clinical guide to assessment and treatment*. Chichester: Willey.
- Parker, H. (2003). *Desordem por Défice de Atenção e Hiperactividade*. Porto: Porto Editora.
-



- 
- Pereira, J.M. & Helene, L.M.F. (2006). Reeducação alimentar e um grupo de pessoas com sobrepeso e obesidade: relato de experiência. *Revista Londrina Espaço para a Saúde*. 7(2):32-38.
- Pereira, J. & Mateus, C. (2003). Custos indirectos associados à obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. pp. 65-80
- Peres, R.S. & Santos, M.A. (2006). Contribuições do desenho da figura humana para a avaliação da imagem corporal na anorexia nervosa. *Medicina*. 39(3):361-370.
- Pervin, L.A. (1989). *Personality: theory and research*. Singapore: Willey.
- Piéron, H. (1968). *Vocabulaire de Psychologie*. Paris: Press Universitaire Française.
- Pirke, K. M. & Platte, P. (1998). Psychosomatic aspects of obesity. *Zentralblatt für Gynakologie*. 120(5) :251-254.
- Polaino-Lorente, A. & Ávila, C. (2004). *Como viver com uma criança hiperactiva: comportamento, diagnóstico, ajuda familiar e escolar*. Porto: Edições ASA.
- Porto, M.C.V., Brito, I.C., Calfa, A.D.F., Amoras, M., Villela, N.B. & Araújo, L.M.B. (2002). Perfil do obeso classe III do ambulatório de obesidade de um hospital universitário de Salvador da Bahia. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*. 46(6):668-673.
- Powell, T. (2000). *The mental health handbook*. UK: Speechmark.
- PTSD Alliance (2000). *Posttraumatic Stress Disorder: a guide for frontline*.
- Quadros, M.R.R., Bruscato, G.T. & Filho, A.J.B. (2006). Compulsão alimentar em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. *Psicologia Argumento*. 24(45):59-65.
- Raad, B. (2000). *The big five personality factors: the psycholexical approach to personality*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Rand, S.W. (1979). Correspondence between psychological reports based on the Mini-mult and the MMPI. *Journal of Personality Assessment*. 43(2):160-163.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rodrigues, V.A. & Gonçalves, L. (2004). *Patologia da personalidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rodrigues, L. P., Bezerra, P. & Saraiva, L. (2005). Influência do meio (urbano e rural) no padrão de aptidão física de rapazes de Viana do Castelo, Portugal. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. 5(1):77-84.
-



- 
- Rosmond, R. & Bjurntorp, P. (1998). Endocrine and metabolic aberrations in men abdominal obesity in relation to anxio-depressive infirmity. *Journal of Metabolism*. 47(10):1187-1193.
- Saikali, C.J., Soubhia, C.S., Scalfaro, B.M. & Cordás, T.A. (2004). Body image in eating disorders. *Revista Psiquiatria Clínica*. 31(4):164-166.
- Santos, R., Nunes, A., Ribeiro, J.C., Santos, P., Duarte, J.A.R. & Mota, J. (2005). Obesidade, síndrome metabólica e actividade física: estudo exploratório realizado com adultos de ambos os sexos, na ilha de S. Miguel, Região Autónoma dos Açores, Portugal. *Revista Brasileira de Educação Física*. 19(4):317-328.
- Sarlio-Lahteenkorva, S. & Rissen, A. (1998). Weight loss maintenance: determinants of long-term success. *Journal of Eating and Weight Disorders*. 3(3):131-135.
- Segal, A.; Cardeal, M.V. & Cordás, T.A. (2002). Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Revista Psiquiatria Clínica*. 29(2):81-89.
- Shentoub, V. (1999). *Manual de utilização do TAT: interpretação psicanalítica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Silva, D.R. (1982). *O teste de apercepção para crianças – um estudo de normas*. Lisboa: INIC.
- Silva, M. P., Jorge, Z., Domingues, A., Nobre, E. L., Chambel, P. & Castro, J. J. (2006). Obesidade e Qualidade de Vida. *Acta Médica Portuguesa*. 19:247-250.
- Smith, H.C. (1977). *Desenvolvimento da personalidade*. São Paulo: McGraw-Hill.
- Tanofsky-Kraft, M., Cohen, M.L., Yanovski, S.Z. & Cox, C. (2006). A prospective study of psychological predictors of body fat gain among children at high risk for adult obesity. *Pediatrics*. 117(4):1203-1209.
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C. & Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade: caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise psicológica*. 3(22):533-550.
- Tuckman, B. W. (2005). *Manual de Investigação em Educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Vasconcelos, M.P., Jorge, Z., Nobre, E.L., Domingues, A., Macedo, A. & Castro, J. (2004). Avaliação de uma consulta de obesidade num serviço de endocrinologia hospitalar. *Acta Médica Portuguesa*. 17:359-366.
- Vasques, F., Martins, F.C. & Azevedo, A.P. (2004). Aspectos psiquiátricos do tratamento da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 31(4): 195-198.
-



---

Velásquez-Meléndez, G., Pimenta, A. M. & Kac, G. (2004). Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus factores determinantes em Belo Horizonte (Minas Gerais), Brasil: estudo transversal de base populacional. *Revista Salud Pública*. 16(5):308-313.

Wechsler, D. (2003). *WISC – Escala de Inteligência de Wechsler para Crianças – Manual*. Lisboa: CEGOC-TEA.

### **Páginas Web consultadas:**

- Página oficial do programa Peso Saudável

<http://peso.fmh.utl.pt/index2.htm>

- Página oficial do Centro Hospitalar Cova da Beira

<http://www.chcbeira.min-saude.pt/>



# ANEXOS