

INTRODUÇÃO

A proposta de criação de um diploma europeu em psicologia surge como consequência de um grupo de trabalho constituído no âmbito do projecto *EuroPsy*, financiado pela União Europeia, através do programa Leonardo da Vinci. Este projecto procura harmonizar a formação profissional dos psicólogos, nos diversos países europeus, de forma a cumprir os seguintes objectivos: (1) avaliar os currícula existentes; (2) orientar o desenvolvimento curricular; (3) promover o intercâmbio de estudantes e de profissionais de psicologia; (4) servir de base para um diploma europeu em psicologia; (5) identificar o desenvolvimento das qualificações em países onde a psicologia é uma disciplina emergente (*EuroPsy*, 2005).

Este projecto reflecte o processo de mudança, no âmbito do ensino superior, ao nível da Europa, cujos princípios fundamentais foram enunciados na Declaração de Bolonha.

Desta forma, o objectivo deste processo de alteração do processo de formação, visa, fundamentalmente, uniformizar as formações, de forma a facilitar a comparação dos currícula, com o intuito de ajudar na mobilidade e o intercâmbio de estudantes, docentes e investigadores e tornar automático o reconhecimento, nos diversos países europeus, da formação académica de nível superior obtida em qual quer dos países envolvidos neste acordo.

Segundo o Diploma do Psicólogo Europeu (*EuroPsy*), o objectivo principal da prática como profissional de psicologia é desenvolver e aplicar princípios, conhecimentos, modelos e métodos de uma forma ética e científica, tendo em vista a promoção do desenvolvimento, bem-estar e eficácia dos indivíduos, grupos, organizações e sociedade. Para tal, o psicólogo deve desenvolver um conjunto de competências, que se dividem em dois grupos principais, o das competências primárias e o das competências secundárias. O primeiro grupo abrange 20 competências que se agrupam em seis categorias e que, de acordo com o *EuroPsy*, todo e qualquer psicólogo deve ser capaz de demonstrar. Estas estão relacionadas com os papéis profissionais, nomeadamente, (1) especificação de objectivos, (2) avaliação prévia, (3) desenvolvimento, (4) intervenção, (5) avaliação posterior e por fim (6) comunicação. No grupo das competências secundárias, diferenciam-se nove categorias que estão relacionadas com a prática profissional em geral e nas quais o psicólogo deve evidenciar as competências primárias, designadamente: (1) estratégia profissional, (2) desenvolvimento profissional contínuo, (3) relações profissionais, (4) pesquisa e desenvolvimento, (5) marketing e “venda”, (6) gestão de clientes, (7) gestão da prática, (8) garantia de qualidade e, (9) auto-reflexão.

A atribuição do Diploma do Psicólogo Europeu depende, assim, da capacidade de treino, desenvolvimento, e de colocar em prática cada uma das competências referidas anteriormente.

Neste sentido, para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia pela Universidade da Beira Interior, é indispensável que sejam desenvolvidas competências e trabalho em três áreas principais: na avaliação, na intervenção e na investigação psicológicas.

O presente relatório reflecte o trabalho desenvolvido ao longo de um ano de estágio, no qual foi possível adquirir competências nas áreas anteriormente mencionadas e encontra-se dividido em quatro capítulos. No capítulo 1 é apresentada uma contextualização da Instituição onde decorreu o estágio, nomeadamente o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira. É levada a cabo uma descrição desta instituição, quer em termos de recursos físicos, quer humanos, assim como da forma de organização do estágio ao longo dos meses. O capítulo 2 é dedicado à apresentação das actividades de avaliação e intervenção desenvolvidas no estágio. São assim focados três casos clínicos realizadas conceptualizações e reflexões acerca dos mesmos. Ao longo do capítulo 3 é descrita a actividade de investigação desenvolvida. Nesta procura-se perceber em que medida o relacionamento conjugal e a saúde mental estão relacionados.

Conclui-se este trabalho com uma reflexão acerca do ano de estágio. Procura-se, de forma resumida, referir as principais dificuldades enfrentadas, obstáculos superados, e aprendizagens efectuadas ao longo desta etapa de formação.

CAPÍTULO 1

Contextualização da Instituição

Descrição da Instituição

Com a designação de Centro de Saúde Mental é em Setembro do ano de 1971 que o actual Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental é criado. Este Departamento faz parte do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) e localiza-se na Covilhã. Desde Setembro de 2007 possui novas instalações que agora se localizam no Hospital Pêro da Covilhã, que em conjunto com o Hospital do Fundão constituem o CHCB (Figura 1).



Figura 1. Hospital Pêro da Covilhã, Hospital do Fundão e Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

O Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental engloba dois serviços, a Pedopsiquiatria e a Psiquiatria.

No Serviço de Psiquiatria existem três unidades, a Consulta Externa (Psiquiatria e Psicologia), o Internamento e o Hospital de Dia. No Internamento existem 18 camas que estão

distribuídas por 8 enfermarias, 1 copa, 1 refeitório, 1 sala de estar/ bar, 1 sala de fumos e ainda gabinetes de enfermagem e gabinetes médicos.

Em termos de recursos humanos o Serviço de Psiquiatria de Adultos possui 4 psiquiatras, 3 psicólogas, 1 terapeuta ocupacional, 1 assistente social, 17 enfermeiros, 13 auxiliares de acção médica e 3 técnicos administrativos.

Os pacientes chegam à consulta de Psicologia a partir de pedidos realizados pelos psiquiatras. Assim, são os psiquiatras que avaliam se o paciente beneficiará ou não de acompanhamento psicológico. Às consultas de Psiquiatria chegam habitualmente os pacientes que são enviados pelo médico de família ou doentes que são vistos no serviço de urgência pelos psiquiatras e depois são encaminhados para a consulta externa de Psiquiatria e Psicologia.

O Serviço de Psiquiatria tem como população-alvo pessoas a partir dos 18 anos de idade e residentes na Cova da Beira (abrange principalmente os concelhos da Covilhã, Fundão e Belmonte). Muitos dos pacientes que chegam a este Serviço apresentam um nível socioeconómico baixo, assim como poucas habilitações literárias.

Neste serviço existe uma equipa de visita domiciliária que, às quartas-feiras, vai dar apoio a pacientes que têm maior dificuldade ou mesmo incapacidade de se deslocar ao Serviço de Psiquiatria.

Organização e funcionamento do estágio

O estágio teve início no dia 3 de Outubro de 2007 e terminou no dia 19 de Junho de 2008. As orientadoras foram a Dra. Liliana Lobato, a Dra. Sónia Bessa e a Dra. Susana Meirinho.

Numa primeira fase, entre os meses de Outubro e Dezembro, a frequência ao local de estágio foi diária (com a excepção da sexta-feira que era o dia reservado para a orientação de estágio na Universidade). Durante este período teve-se como orientadora a Dra. Liliana Lobato e assistia-se à quase totalidade das consultas (não se assistia apenas quando o paciente não autorizava a presença do estagiário, o que aconteceu poucas vezes). Nesta fase assistiu-se também às consultas de cessação tabágica e às consultas de adolescência. As primeiras

funcionavam no Centro de Saúde da Covilhã, às terças-feiras de manhã, com uma periodicidade quinzenal, e dirigiam-se a toda a população do concelho da Covilhã. As pessoas que procuravam estas consultas pretendiam encontrar ajuda para deixar de fumar. As consultas de adolescência ocorriam semanalmente, às quartas-feiras de tarde, e eram dirigidas aos adolescentes da Covilhã. Estas resultaram de um protocolo que foi estabelecido entre o Centro de Saúde da Covilhã e o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do CHCB. Posteriormente, O Centro de Saúde estabeleceu um protocolo com a Universidade da Beira Interior (UBI) e as consultas de adolescência passaram a funcionar de forma intercalada no Centro de Saúde e nas instalações da Universidade. A população-alvo deixou de ser apenas os adolescentes e a abranger também os alunos da Universidade. Assim, nas primeiras e terceiras quartas-feiras de cada mês as consultas eram no Centro de Saúde, nas segundas e quartas quartas-feiras decorriam na UBI.

Numa segunda fase, a partir do mês de Janeiro, a presença no local de estágio diminuiu, sendo que se estava presente apenas nas consultas nas quais se tinha iniciado um acompanhamento. Nesta altura mudou também a orientadora, passando a ser a Dra. Sónia Bessa. Quando surgiam pedidos de primeiras consultas tinha-se a oportunidade de assistir.

Numa última fase, a partir do mês de Abril, a orientadora de estágio passou a ser a Dra. Susana Meirinho, contudo, pelo facto de não existirem pedidos de primeiras consultas, houve a oportunidade de assistir apenas a duas consultas.

Semanalmente, às segundas e quartas-feiras, eram realizadas no serviço reuniões clínicas, dirigidas pelos Psiquiatras e onde estavam presentes os técnicos do serviço (psicólogas, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiros) e os estagiários das diferentes áreas. Nestas reuniões eram, principalmente, discutidos casos de pacientes que se encontravam internados. Estas reuniões eram uma mais valia, na medida em que havia a possibilidade de cruzamento e partilha de ideias entre os diferentes técnicos de saúde.

Durante o estágio surgiu a oportunidade de se assistir a uma Terapia de Grupo para o Treino de Competências Sociais, que era dirigida pela Dra. Liliana Lobato e pela Dra. Anabela Fidalgo (Terapeuta Ocupacional). Foram convidados a participar neste grupo pacientes que, na opinião dos técnicos, poderiam beneficiar deste tipo de intervenção. Assim, a terapia tinha uma frequência semanal, e cada sessão durava entre 1 hora e 30 minutos a 2 horas.

No âmbito do estágio no Serviço de Psiquiatria foi proposto que desenvolvesse uma Acção de Formação dirigida a todos os técnicos do serviço. Esta decorreu no dia 10 de Janeiro de 2008 e teve como tema “A Perturbação Bipolar”. Para levar a cabo esta actividade foi construído um PowerPoint (cf. Anexo 1) e também um folheto informativo que foi distribuído às pessoas que participaram na Acção de Formação (cf. Anexo 2).

Como foi referido anteriormente as sextas-feiras estavam reservadas para a orientação de estágios na Universidade. Logo no início do estágio realizou-se, em conjunto com colegas de estágio, uma revisão acerca de algumas Perturbações de Personalidade (Anexo 3). Uma outra actividade que foi proposta prendia-se com a apresentação de casos clínicos, sob a forma de história clínica cognitivo-comportamental, e posterior discussão acerca do mesmo com os colegas. Ao longo do ano foram apresentados três casos clínicos de pacientes (cf. Anexo 4), que estavam a ser acompanhados no local de estágio. A discussão com os colegas destes casos trazia muitos benefícios, na medida em que, as diferentes opiniões ajudavam na conceptualização do caso clínico.

Uma outra actividade levada a cabo no âmbito do estágio foi a apresentação de um caso clínico aos alunos de Psicologia da UBI. A partir desta apresentação os alunos tinham que desenvolver um trabalho onde referiam qual o quadro clínico em questão e desenvolviam uma proposta de intervenção.

Conclusão

Durante todo o percurso formativo, houve um incentivo a apresentar uma postura eclética face à Psicologia. Apesar da nossa formação ter uma forte base cognitivo-comportamental, fomos constantemente aconselhados a não excluir correntes teóricas, mas antes a aprender a retirar de cada uma aquilo que ela tem de melhor para nos oferecer.

Ao longo de qualquer estágio, a qualidade da supervisão e orientação são aspectos de grande importância. Uma mais valia do estágio no Serviço de Psiquiatria do CHCB prende-se com a oportunidade que é dada aos estagiários de contactar e terem como orientador diferentes psicólogos. A isto soma-se ainda o facto destes profissionais possuírem formação em correntes teóricas diferentes.

CAPÍTULO 2

Actividades de Avaliação e Intervenção

Introdução

Como refere Diniz (2004), a avaliação psicológica é uma subdisciplina prática da psicologia que serve o objectivo genérico de apoio a processos de tomada de decisão. O mesmo autor acrescenta que se sabe, já há muito tempo que, a decisão, apesar de idealmente lógica e cientificamente sustentada, é susceptível a enviesamentos.

Nas palavras de Diniz, Almeida e Pais (2007), a avaliação psicológica pode ser considerada a tarefa mais básica da prática profissional da psicologia, mas não a menos complexa, e a sua importância para o diagnóstico e a intervenção é indiscutível. É uma actividade imprescindível ao profissional de psicologia, uma vez que a sua actuação pressupõe um conhecimento prévio da pessoa e do problema, para que a intervenção seja adequada. Para a realização da avaliação, o psicólogo faz uso de instrumentos, como observação, entrevistas, testes, entre outros (Noronha, Baldo, Barbin & Freitas, 2003). A avaliação psicológica pode assim ser considerada um exame de carácter compreensivo, efectuado para responder a questões específicas quanto ao funcionamento psíquico de uma pessoa durante um determinado período de tempo, ou para prever o funcionamento psicológico da pessoa no futuro (Noronha & Alchieri, 2004).

Na perspectiva de Almeida (2004), um instrumento de avaliação psicológica privilegiado é a entrevista. Tavares (2002) afirma que a entrevista é a técnica de avaliação que mais facilmente se pode adaptar às variações individuais e do contexto, para atender às necessidades colocadas por uma grande diversidade de situações clínicas e para tornar explícitas particularidades que escapam a outros procedimentos. Acrescenta ainda que através dela se podem testar limites, confrontar, contrapor e procurar esclarecimentos, exemplos e contextos para as respostas do sujeito. Esta adaptabilidade coloca a entrevista clínica num lugar de destaque inigualável entre as técnicas de avaliação.

São muitos os contextos onde pode ocorrer a intervenção psicológica. Estes variam desde os cuidados de saúde e hospitais até ao sistema educacional, locais de trabalho, e contextos comunitários e de saúde pública. Contudo existe um objectivo comum na intervenção psicológica, que se prende com a melhoria do bem-estar físico e psicológico dos sujeitos (Belar, 2000).

Ao longo do estágio foram vários os casos acompanhados, uns com mais autonomia, outros com uma participação não tão activa. Contudo, em ambas as situações houve a oportunidade de, constantemente, aprender coisas novas. Dos casos onde houve uma intervenção mais activa (cf. Anexo 5), os três primeiros são explorados em seguida, com vista a exemplificar, de forma mais detalhada, o trabalho que era feito ao nível da avaliação e intervenção psicológicas.

Casos Clínicos

Caso Clínico 1

I. Identificação do caso clínico

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

Data de Início do acompanhamento: 10 de Janeiro de 2008

Fase Actual da Terapia: *Dropout*

Terapeuta: Dra. Liliana Lobato

Co-Terapeuta: Joana Gonçalves

II. Dados Biográficos

Nome: M. L. A.

Idade: 25 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Casada

Habilitações Literárias: 7º ano

Profissão: Trabalha em hotelaria, num restaurante

Constituição do agregado familiar: Vive com o marido, o M.M. de 32 anos que trabalha em hotelaria e com a filha, a A.M. de 6 anos que frequenta o 1º ano de escolaridade.

Localidade: Covilhã

III. Motivo da consulta

Após uma chegada à urgência do Centro Hospitalar Cova da Beira por tentativa de suicídio por ingestão medicamentosa, a paciente foi internada no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. É acompanhada neste serviço de Psiquiatria pelo Dr. Jorge Barbosa que a encaminhou também para a consulta de Psicologia. No pedido de acompanhamento psicológico, é referido a baixa motivação da paciente para o tratamento.

A M. vem à consulta sozinha. Apresenta um aspecto pouco cuidado e aparenta ter mais idade do que aquela que realmente tem. Mesmo antes de lhe ser colocada alguma questão a paciente começa a chorar, e é assim que passa grande parte da consulta, com as lágrimas a caírem sem a paciente as conseguir controlar. Apresenta uma grande dificuldade em manter o contacto ocular e é muito ocasionalmente que olha para a terapeuta. É com dificuldade que fala das suas dificuldades.

Encontra-se orientada no tempo e no espaço auto e alo psiquicamente. Relativamente ao estado emocional a paciente apresenta humor depressivo. Não parece apresentar alterações de linguagem, memória e comportamento motor.

IV. Dificuldades actuais

A M. actualmente apresenta humor deprimido, *“sinto-me sempre triste”* (sic) e perda de interesse nas actividades, *“não tenho interesse em nada”* (sic). A paciente refere também que não tem vontade de estar com outras pessoas *“só me apetece estar sozinha”* (sic), que anda muito cansada *“é só cansaço, ando sempre muito cansada”* (sic) e que se sente lentificada *“faço as coisas no trabalho, mas muito mais devagar”* (sic). A M. tem também dificuldades em dormir, sendo que muitas vezes não demora muito tempo a adormecer, mas acorda muitas vezes durante a noite e torna-se complicado voltar a adormecer. Quando consegue dormir sonha muito e o sono é agitado. A paciente refere que por vezes tem pensamentos como *“o que é que eu ando cá a fazer? (...) já não tenho mais nada de bom para viver (...) não faço falta a ninguém”* (sic) e é nestas alturas que a paciente tem pensamentos acerca da morte e lhe surge a ideação suicida. A última tentativa de suicídio foi através de ingestão medicamentosa. A paciente afirma ter ingerido Lexotan, uma caixa de pílulas, uma caixa de Fluoxetina e dois comprimidos Xanax. Após esta tentativa de suicídio a paciente foi internada na Psiquiatria.

A paciente define o relacionamento com o marido como *“péssimo”* (sic), referindo que houve situações em que o marido chegou mesmo a ser fisicamente violento (acrescenta contudo que esta situação já não ocorre há muito tempo). Além de violência física a paciente refere ainda que há situações em que o marido lhe diz coisas como *“Tu não prestas (...) tu nem família tens”* (sic). Há cerca de um mês e meio que a paciente não tem relações sexuais com o marido e inclusive não dormem na mesma cama. É a filha que dorme com a M. e marido dorme no quarto da filha. Para explicar esta situação, a paciente fala num desinteresse recíproco entre ela e o marido. Refere que quando estão em casa nunca falam, ou falam muito pouco, e quando falam acabam por discutir. Menciona ainda que o marido passa muito tempo na Internet, *“ele passa a vida no computador, na Internet, e não quer saber de mais nada, nem de mim nem da filha”* (sic).

A M. preocupa-se muito com a filha por achar que toda esta situação a está a afectar a ela também, *“a minha filha apercebe-se de tudo, ela percebe muito bem quando eu estou mais em baixo”* (sic). Na escola já aconteceu de perceberem que a menina não se encontrava bem e chegaram mesmo a ligar para a M. a perguntar se estava a acontecer alguma coisa grave com a família, pois a menina estava na escola a chorar.

As dificuldades da paciente repercutem-se também no trabalho. A M. refere que toda a gente se apercebe que ela não anda bem, e que estão sempre a perguntar o que é que se

passa com ela. Como trabalha num restaurante, habitualmente andava a servir às mesas, o que actualmente não acontece por a paciente estar constantemente a chorar. O patrão já lhe chamou também a atenção para a roupa que a paciente leva para o local de trabalho, “*o meu patrão disse-me que não podia andar sempre de fato de treino, que para servir às mesas tinha que ter mais cuidado com a minha roupa*” (sic).

V. Início e desenvolvimento das dificuldades

Segundo a M. todos estes sintomas tiveram início há cerca de 3/4 meses. Nesta altura a paciente não recorda nenhum acontecimento que possa estar relacionado com o início dos sintomas.

VI. História do desenvolvimento e aprendizagens prévias

A M. faz parte de uma fratria de 3 irmãos, um irmão mais velho e uma irmã mais nova. Quando tinha 3 anos de idade a mãe da M. suicidou-se. Segundo a paciente os maus-tratos que a mãe sofria por parte do pai foram o motivo que a levaram a este comportamento. Depois da morte da mãe, o pai não quis ficar com a guarda dos filhos, “*o meu pai não quis saber de nós*” (sic) e por isto, todos acabaram por ser institucionalizados. A M. ficou com a irmã na Casa do Menino Jesus na Covilhã. O irmão foi para outra instituição no Fundão, e a paciente acabou por nunca ter uma relação de proximidade com este. O mesmo não aconteceu com a irmã, pessoa com quem a paciente sempre manteve uma relação muito próxima. Contudo, aos 12 anos a M. foi transferida da Casa do Menino Jesus, local onde permanecia desde a morte da mãe, para um Colégio em Braga sendo, conseqüentemente, separada da irmã. Esta decisão foi tomada, segundo a paciente, porque esta estava constantemente a fugir da Casa do Menino Jesus para arranjar um trabalho. Nessa altura pretendia ganhar dinheiro para poder arrendar uma casa e ir viver para lá com a sua irmã, referindo “*sentia-me revoltada por ter que estar lá*” (sic). A separação da irmã foi muito difícil para a M., e é nesta altura que tenta pela primeira vez o suicídio, através da ingestão de medicamentos. Apesar de estar institucionalizada contra a sua vontade, a M. diz ter sido sempre bem tratada em ambas as instituições por onde passou. Segundo a paciente, no Colégio em Braga conseguiram cativá-la pois começou a fazer trabalhos manuais que eram depois vendidos e permitiam que a M. conseguisse ir juntando algum dinheiro.

Aos 17 anos, a M. deixou o Colégio e foi viver para casa de uma família no Fundão. Inicialmente a paciente apenas passava as férias em casa dessa família, contudo acabou por ir viver para lá definitivamente. Viveu lá um ano e alguns meses e afirma *“acho que foi a altura melhor da minha vida”* (sic). Fala com muito carinho desta família e reconhece que lá foi sempre tratada com muito amor. Foi nesta altura que conheceu o marido. A M. era empregada em casa dele e foi assim que se conheceram. Ao fim de pouco mais de um mês a M. engravidou, e a família do marido deram-lhes duas alternativas: ou se casavam ou a M. tinha que fazer um aborto. A decisão foi então casarem-se, apesar da paciente afirmar que mesmo que o pai da filha não assumisse a criança ela tê-la-ia da mesma forma *“tinha a minha filha mesmo que fosse mãe solteira”* (sic). O casamento foi há cerca de 7 anos, por vontade de ambos, e ainda antes de nascer a criança. Nas palavras da paciente ao início foi um casamento feliz contudo passados alguns meses o encanto inicial começou a desaparecer *“foi um casamento lindo durante algum tempo, mas depois começou a perder a graça”* (sic). O casamento foi no mês de Janeiro, e no Julho seguinte nasceu a filha que tem 6 anos. Do ponto de vista da paciente foi depois que nasceu a filha que o seu casamento começou a mudar e que o marido começou a perder o interesse.

O relacionamento da M. com a filha é muito próximo. A paciente fala com muito carinho da filha e refere *“ela é a razão porque ainda estou hoje aqui (...) se não fosse a minha filha eu de certeza que já não estava cá”* (sic). É habitualmente a M. que se encarrega de cuidar das coisas da filha, que a ajuda a fazer os trabalhos de casa, que a vai buscar à escola sempre que pode.

Actualmente, a M. não mantém uma relação próxima com o pai, refere que apenas o cumprimenta se passar por ele na rua. Menciona ainda que não é do seu interesse aproximar-se do pai. O mesmo acontece com o irmão, com quem mantém um relacionamento distante. Por outro lado, a relação da M. com a irmã é muito próxima. A paciente refere que a irmã sabe de tudo da vida dela, e que sempre que tem um problema é com ela que desabafa.

Relativamente a outros relacionamentos interpessoais, a M. refere que tem pessoas amigas, mas que não são pessoas com quem se sinta à vontade para falar dos seus problemas e das suas questões mais íntimas.

VII. Formulação

A partir dos dados recolhidos e de acordo com a DSM-IV-TR, a paciente parece apresentar um quadro clínico de Perturbação Depressiva *Major* (296.22). Este quadro traduz-se em humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, “*sinto-me sempre triste*” (sic), por perda de interesse em todas ou quase todas as actividades, “*não tenho interesse em nada*” (sic). A estes sintomas juntam-se ainda sintomas como insónias, lentificação psicomotora, “*faço as coisas no trabalho, mas muito mais devagar*” (sic), fadiga quase todos os dias, “*é só cansaço, ando sempre muito cansada*” (sic) e ideação suicida, “*o que é que eu ando cá a fazer? (...) já não tenho mais nada de bom para viver*” (sic), e uma tentativa de suicídio recente através de ingestão medicamentosa e que culminou num internamento na Psiquiatria.

Ao longo do percurso de vida da M. ocorreram situações que a podem ter vulnerabilizado, nomeadamente a perda da mãe por suicídio aos 3 anos de idade, a rejeição do pai, que não quis ficar com os filhos e que fez com que a M. e os irmãos crescessem em instituições. Esta situação pode ter levado à formação do esquema de Abandono/Perda, na medida em que a M., em pouco tempo, perdeu pessoas significativas (morte da mãe, negação do pai em ficar com os filhos e mais tarde a separação da irmã ao mudar de instituição). Mais recentemente, outra situação que pode ter contribuído para as dificuldades actuais é o seu relacionamento conjugal, que esta define como “*péssimo*” (sic).

E é neste contexto que surgem as dificuldades da M., sendo que não é claro qual o acontecimento que possa ter precipitado a sintomatologia depressiva da paciente. Esta sintomatologia pode ter surgido devido a um acumular de, principalmente, dificuldades e insatisfação com o casamento, no qual parece não haver comunicação mas antes um desinteresse recíproco entre a M. e o marido, que se traduz, por exemplo, no facto destes dormirem em camas separadas.

Existe um conjunto de factores que poderão estar a contribuir para a manutenção do quadro clínico. Assim, o mau relacionamento com o marido e a percepção que a paciente tem de que o marido não tem interesse nem se preocupa com ela, e comentários que o marido lhe faz tais como “*Tu não prestas (...) tu nem família tens*” (sic), parece ter contribuído para a activação de esquema de Abandono/Perda, que se foi formado ao longo da infância e adolescência da paciente. Assim, a M. poderá estar a sentir que está novamente a perder pessoas importantes para ela, neste caso o marido, como aconteceu com a mãe quando esta

morreu, com o pai quando não quis ficar a cuidar dos filhos, e com a irmã quando as separaram e colocaram em instituições diferentes.

A contribuir para a manutenção do quadro clínico pode também estar a baixa auto-estima da paciente, que se traduz em afirmações como *“não faço falta a ninguém”* (sic). De salientar ainda que a falta de uma rede social de suporte forte pode funcionar como um factor de manutenção do quadro clínico.

Alguns erros de processamento de informação podem também estar a contribuir para a manutenção deste quadro, como é o caso da inferência arbitrária, *“já não tenho mais nada de bom para viver”* (sic) e da sobregeneralização, *“não faço falta a ninguém”* (sic).

VIII. Protocolo de Intervenção ¹

1. Estabelecer uma relação terapêutica empática e que facilite o envolvimento do paciente no processo terapêutico.
 - Adopção de uma postura de compreensão e interesse pela história de vida e dificuldades da paciente;
 - Aceitação e respeito pela individualidade da paciente.

2. Avaliar as dificuldades actuais e compreender a história de desenvolvimento da paciente para, a partir daqui construir uma conceptualização do caso clínico.
 - Entrevista clínica

3. Avaliar o risco de suicídio e explorar os motivos da paciente para o suicídio.
 - Questionar acerca das razões que levam ao desejo de cometer o suicídio;
 - Questionar a paciente acerca da elaboração de possíveis planos para levar a cabo o suicídio;
 - Ajudar a paciente a encontrar formas alternativas de lidar com os seus problemas.

¹ O presente protocolo não foi implementado na sua totalidade pelo facto da paciente ter feito *dropout*.

4. Promover actividades de mestria e prazer que ajudem a paciente a manter-se ocupada.
 - Monitorização das actividades e avaliação do prazer obtido em cada uma dessas actividades;
 - Planeamento de actividades agradáveis e gratificantes.

5. Ajudar a paciente a identificar e modificar os pensamentos automáticos negativos (PAN's).
 - Registos de auto-monitorização para PAN's;
 - Análise e debate dos PAN's através de, por exemplo o questionamento socrático e análise das evidências;
 - Substituição dos PAN's por pensamentos alternativos mais adaptativos.

6. Promover na paciente estratégias de resolução de problemas.
 - Ajudar a paciente a fazer planos específicos e construtivos para resolver os problemas;
 - Trabalhar com a paciente a capacidade de identificar os problemas, de pensar em soluções possíveis, de analisar cada uma das soluções e de escolher aquela que pareça ser a mais eficaz.

7. Preparar a paciente para o final da terapia, consolidar os ganhos terapêuticos e prevenir as recaídas.
 - Revisão das estratégias trabalhadas ao longo do processo terapêutico;
 - Procurar a generalização das estratégias aprendidas ao longo da terapia para situações futuras.

IX. Feedback Terapêutico

O processo de intervenção terapêutica teve início no dia 10 de Janeiro de 2008. As consultas iniciais foram marcadas com intervalos semanais, contudo as posteriores acabaram por ocorrer com maiores intervalos de tempo, isto porque a paciente faltou várias vezes as

consultas marcadas. Todas elas foram dirigidas pelo estagiário, mas sempre com a orientação da Dra. Liliana Lobato.

O processo terapêutico foi, de uma forma geral, orientado para a reestruturação de crenças disfuncionais e desadaptativas que podem estar a contribuir para as dificuldades da paciente, assim como ajudar a M. a encontrar estratégias de resolução de problemas mais adaptativas e alternativas às tentativas de suicídio.

A 1ª e a 2ª consultas (respectivamente em 10 e 16 de Janeiro) foram orientadas para o estabelecimento de uma relação terapêutica e para a recolha de informação. Foram abordadas as dificuldades da paciente assim com a sua história de desenvolvimento para a partir daí realizar uma conceptualização do caso clínico e respectivo plano de intervenção. Na 2ª consulta foi ainda pedido à paciente que, como trabalho de casa preenchesse um mapa semanal de actividades (cf. Anexo 6), onde colocaria as actividades que realizava ao longo do dia e o grau de prazer sentido em cada uma das actividades.

Na 3ª consulta (19 de Fevereiro) a sintomatologia depressiva da M. continua muito acentuada e a paciente não sente melhorias mesmo com a medicação que lhe foi prescrita. Continua o mau relacionamento com o marido, e a indiferença deste face à paciente parece ser um factor que continua a contribuir fortemente para o seu estado actual. A M. conta que no dia dos namorados comprou um perfume e embrulhou-o para oferecer ao marido, e que ele nem o chegou a abrir, situação que a magoou muito. Como continuava com pensamentos acerca da morte e com pensamentos de desesperança *“eu já não ando a fazer nada cá, não faço falta a ninguém”* (sic), foi-lhe dado o racional do que são os pensamentos automáticos negativos, explicando à paciente que estes pensamentos são negativos porque estão associados a emoções desagradáveis e que são automáticos porque surgem na mente das pessoas de forma involuntária. Procurou-se ainda explicar à paciente que é normal estes pensamentos surgirem por ela estar numa fase de maior vulnerabilidade. Foi ainda trabalhada a substituição deste tipo de pensamentos por pensamentos alternativos. No final da consulta, e depois deste do esclarecimento acerca dos pensamentos automáticos negativos foi pedido à paciente que, como trabalho de casa preenchesse um registo de auto-monitorização (cf. Anexo 7). Nesta consulta a paciente não trouxe o trabalho de casa que lhe tinha sido pedido na consulta anterior.

Na 4ª consulta (26 de Abril) a M. chega completamente diferente. Vem com um aspecto mais cuidado, com um ar bem disposto, com um sorriso na cara. Perante esta mudança a

paciente foi questionada acerca do motivo subjacente. Assim, a M. conta que conheceu, no seu local de trabalho um senhor que teve, do seu ponto de vista, uma atitude simpática para com ela, *“ele apercebeu-se que eu não andava bem e perguntou-me o que é que se passava comigo”* (sic). Começou a manter contacto com esse senhor, mas fora do local de trabalho. Tomavam café juntos, e falavam por telemóvel. O facto deste senhor contar à M. que também tem problemas no seu casamento, e que a sua esposa tem outras pessoas fez com que a paciente sentisse que afinal estas coisas não acontecem apenas a ela, *“fez-me sentir que não sou a única, que há muitas pessoas a passarem pelo mesmo que eu estou a passar”* (sic).

Segundo a própria paciente, depois de ter conhecido este senhor refere que mudou a sua postura. Começou a sentir-se melhor, a não responder tanto às provocações do marido. Este apercebeu-se desta mudança e começou a desconfiar que a paciente tem outra pessoa. Um dia, e devido a esta desconfiança o marido agrediu fisicamente a paciente, o que a levou a apresentar queixa na GNR. A M. está decidida a divorciar-se do marido e até já começou a tratar dos papéis. Contudo a paciente refere *“se o meu marido me jurasse que ia mudar eu não me divorciava”* (sic). Ou seja, parece haver da parte da M. uma ambivalência em relação ao seu marido e ao seu casamento. Se por um lado a paciente não se sente feliz no casamento, por outro não está certa de que a única solução é a separação. Neste sentido, e através do questionamento socrático procurou-se ajudar a paciente a clarificar a sua situação no casamento, e até que ponto poderia e estaria disposta a fazer alguma coisa para tentar melhorar a sua situação conjugal. Nesta consulta a paciente parece ter percebido que precisava reflectir melhor acerca daquilo que realmente deseja fazer, acerca do seu casamento e acerca do papel que este senhor que entrou na sua vida desempenha.

Na 5ª consulta (16 de Abril), a M. chega novamente à consulta com um ar triste, apresentando também choro fácil. A sua dificuldade em manter o contacto parece nesta consulta ainda mais acentuada. Quando é questionada acerca do motivo que provocou essa alteração a paciente tem dificuldades em abordar o assunto. Algum tempo depois acaba por referir que se tinha desapontado com o senhor que tinha conhecido recentemente e de quem sentia muito apoio. Relativamente a esse senhor a M. refere *“é um falso (...) disse-me mesmo que só se tinha aproximado de mim para me pedir dinheiro”* (sic). Esta situação fez com que a paciente se sentisse mal *“fez-me sentir péssima, em mais triste e mais em baixo”* (sic). A anedonia que a paciente apresentava quando chegou às consultas de Psicologia regressou *“ando cá por andar, deixo as coisas andarem, não quero saber de nada”* (sic). Nesta consulta a

M. refere também que se sente culpada por toda esta situação, que não devia ter confiado tanto neste senhor.

Foi, nesta consulta, retomado o trabalho acerca dos pensamentos automáticos negativos e dos pensamentos alternativos, sendo assim recordados aspectos já trabalhados em consultas anteriores. A autocrítica e a culpabilidade que a paciente sente relativamente a este acontecimento foram também trabalhadas através de técnicas como a flecha descendente.

A M. faltou à consulta seguinte, marcada para dia 28 de Abril e como tal foi-lhe enviada uma convocatória com uma nova marcação para dia 15 de Maio, consulta à qual a paciente voltou a faltar sem dar qualquer tipo de justificação. Neste sentido considerou-se que a paciente fez *dropout*.

X. Comentário Teórico

As perturbações de humor são perturbações que afectam a capacidade da pessoa experienciar estados normais de humor (Kahn, Moline, Ross, Cohen, & Altshuler, 2001). Como referem Lima, Sougey e Filho (2004) as perturbações de humor constituem síndromes caracterizadas por alterações patológicas do humor que podem variar desde uma extrema elevação de humor ou euforia até uma grave depressão ou disforia. Estes autores acrescentam que estas síndromes, particularmente aquelas caracterizadas por depressão, são bastante comuns e determinam importante prejuízo à sociedade, inclusive por estarem associadas a elevadas taxas de tentativas de suicídio. No caso da M., o acompanhamento na consulta de psicologia começou após uma tentativa de suicídio que esta levou a cabo através de ingestão medicamentosa, tudo isto no contexto de um estado depressivo no qual a M. se encontra.

De acordo com Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, e Caldas de Almeida (2005) a Depressão é um dos problemas mais graves de Saúde Pública com que se debatem os países industrializados. Segundo Sullivan, Neale e Kendler (2000), a depressão *major*, até 2020 poderá tornar-se na segunda maior causa de incapacidade a nível mundial. De facto, nas sociedades desenvolvidas, nas quais Portugal se integra, já era, em 1990, a segunda origem para tempo de vida saudável perdido, sendo previsível que em 2020 constitua a principal causa nos países ocidentais e a segunda a nível mundial (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento & Caldas de Almeida, 2005). A depressão pode afectar, segundo Al-Zuabi e Al-Suwayan (2004) actividades

humanas básicas, como é o caso da energia, do sexo, do apetite, do sono e da capacidade de lidar com a vida.

Dados epidemiológicos têm sugerido uma maior prevalência da depressão nas mulheres, comparativamente aos homens (MacQueen & Chokka, 2004). Autores como Snow, Lascher e Mottur-Pilson (2000) e Kaplan, Sadock e Grebb (2003) apontam que cerca de 20 a 25% das mulheres e 5 a 12% dos homens desenvolvem depressão ao longo das suas vidas. Apesar de alguns autores indicarem outros valores percentuais, parece claro que esta perturbação é mais frequente nas mulheres, sendo a incidência nas mulheres de 2:1 em relação aos homens (Grevet & Knijnenik, 2001).

Autores como Karasu, Gelenberg, Merriam & Wang (2000) referem que, habitualmente a depressão *major* tem início depois dos 20 anos, contudo pode começar em qualquer idade. No que se refere ao presente caso clínico, os dados são congruentes com as estatísticas, nomeadamente relativamente ao facto de se tratar de uma mulher e ter mais de 20 anos, mais precisamente 25 anos.

MacQueen e Chokka (2004) apontam três factores que podem ajudar a explicar a maior prevalência da depressão nas mulheres. Assim, o primeiro factor prende-se com o facto de se acreditar que as mulheres procuram ajuda para tratar a depressão mais vezes que os homens. Um segundo factor está relacionado com as teorias biológicas que consideram diferenças na estrutura e funcionamento cerebral. Um último factor considera aspectos psicossociais como diferenças na socialização, stress e mecanismos e estilos de *coping*.

Apesar das bases causais para as perturbações de humor serem ainda desconhecidas (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003), diversos autores têm sugerido que os desencadeantes da depressão parecem ser multifactoriais. Deste modo a depressão parece ser uma perturbação orgânica que envolve variáveis biológicas, psicológicas e sociais. Nas palavras de Rivera e Monterrey (1995), os estados depressivos são resultado da interacção de múltiplos factores, tais como genéticos, evolutivos, bioquímicos e interpessoais. Para estes autores, os efeitos destes factores, convergem no sistema límbico, originando uma alteração funcional reversível dos mecanismos cerebrais de gratificação e reforço. Desta forma, e de um modo geral, os factores causais podem então ser catalogados em factores biológicos, genéticos e psicossociais (Kaplan, Sadock & Grebb, 2003).

Estudos neste campo têm sugerido forte relação dos dados genéticos como factores de desenvolvimento de uma perturbação do humor (Gelder, Mayou & Geddes, 1999). Deste modo, o risco de parentes em primeiro grau de indivíduos que não apresentam perturbações de humor, representativos da população geral é de 5% para depressão *major*, sendo que, no caso de pacientes com depressão, o risco é superior aproximadamente três vezes (Lima, Sougey & Filho, 2004).

As pesquisas neste campo têm sugerido que as perturbações de humor são doenças biológicas que envolvem alterações ao nível cerebral (Kahn et al., 2001). Bloye, Davies e Cameron (2004) referem que ao nível biológico se trata de uma possível disfunção dos neurotransmissores devido à herança genética, anormalidade e/ou falhas em áreas cerebrais específicas.

Determinados acontecimentos stressantes precedem, frequentemente, os primeiros episódios das perturbações de humor. Isto é, os clínicos cada vez mais acreditam que estas perturbações se seguem a *life events* stressantes, ou percebidos e vividos pelo sujeito com tais (Gelder, Mayou & Geddes, 1999). Para estes últimos autores, algumas situações stressoras podem ser, por exemplo, ter a cargo numerosas crianças, dificuldades económicas, casamentos conflituosos. Cameron, Bloye e Davies (2004) acrescentam outras situações como o divórcio, perda de emprego, ou no caso particular das mulheres, situações de vulnerabilidade como ter três ou mais crianças em casa com idades inferiores a 14 anos, não trabalhar fora de casa, ausência de relações próximas ou ainda perda da mãe antes dos 11 anos. No caso da M. será importante referir os factores de vulnerabilidade a que esta foi sujeita e que podem, de alguma forma, ter influenciado o desenvolvimento de uma perturbação depressiva. Em primeiro lugar a M. perdeu a mãe quando tinha apenas 3 anos de idade. O pai decidiu não ficar com nenhum dos filhos (a M. e mais dois irmãos) e estes acabaram por ser institucionalizados. A única relação próxima que a M. refere que tem é com a irmã mais nova. Finalmente é fundamental fazer referência ao casamento da M., que é um relacionamento conflituoso e que parece contribuir em grande medida para o estado depressivo da M.

Nas palavras de Jones (2003), dados empíricos indicam que o aumento do risco de depressão em indivíduos que vivem um casamento infeliz é semelhante em ambos os sexos, contudo nas mulheres é três vezes mais provável que estas entrem num estado depressivo quando têm um casamento infeliz (46% nas mulheres para 15% nos homens). Aproximadamente metade das mulheres que têm um casamento infeliz estão deprimidas (Jones, 2003). No caso da M., e apesar desta não identificar um acontecimento específico que

a levasse a entrar num processo depressivo, existe uma história de um casamento infeliz, um casamento de 7 anos, dos quais apenas os primeiros meses parecem ter sido tempos felizes.

Assim, de acordo com Golfarb, Trudel, Boyer e Prévillle (2007), enquanto o casamento pode funcionar como factor protector contra a depressão, uma pessoa num casamento infeliz tem maior probabilidade de sofrer de depressão comparativamente com alguém com um casamento feliz.

Rehman, Gollan, e Mortimer (2008) mencionam um estudo no qual foi possível perceber que a falta de um relacionamento onde existe confiança é um factor de vulnerabilidade para a depressão. Estes autores mencionam ainda que especificamente a variável “baixa intimidade com o marido” está associada com a depressão na mulher. Também no caso da M. parece ter havido uma alteração ao nível da intimidade com o marido. Parece não existir muita comunicação entre eles e habitualmente quando tentam conversar acabam por discutir. É também de salientar o facto do casal ter deixado de dormir na mesma cama e de não terem relações sexuais durante vários meses, aspectos estes que podem contribuir para que diminua a intimidade do casal.

Beach, Sandeen, e O’Leary (1990 citados por Hollist, 2004; Hollist, Miller, Falceto & Fernandes, 2007; Rehman, Gollan, & Mortimer, 2008) delinearam um modelo etiológico para a depressão baseado em pesquisas relacionadas com a insatisfação conjugal, ao qual chamaram “*Marital Discord Model of Depression*”. Continuam contudo a considerar que a depressão tem uma etiologia multifacetada. Segundo este modelo existe uma relação entre a insatisfação conjugal e a depressão. Na perspectiva de Beach, Sandeen, e O’Leary (1990 citados por Rehman, Gollan, & Mortimer, 2008) os conflitos conjugais levam à depressão através da redução do suporte percebido e a um concomitante aumento dos níveis de stress e de hostilidade. Acrescentam ainda que o suporte conjugal diminuiu com a redução da coesão conjugal, fidelidade conjugal, intimidade e aceitação da expressão emocional.

Este modelo identifica também cinco facetas do relacionamento conjugal que podem levar a um aumento dos níveis de stress e assim contribuir para o surgimento da sintomatologia depressiva, que são: agressão física e verbal, ameaça de separação ou divórcio, desaprovação severa do cônjuge, criticismo ou culpabilização, alteração severa de rotinas estabelecidas (Rehman, Gollan, & Mortimer, 2008). No que se refere ao relacionamento conjugal da M., pode considerar-se que este é pautado por algumas das facetas que o modelo considera. Neste sentido parece relevante ressaltar o facto da M. ter sido, em determinada altura do seu

casamento, vítima de agressões físicas por parte do marido, assim como agressões verbais tais como “*Tu não prestas (...) tu nem família tens*”.

Nas palavras de Kahn *et al.*, (2001) os sintomas da depressão *major* podem incluir: humor deprimido a maior parte do dia; perda de interesse ou prazer nas actividades que a pessoa normalmente desfrutava; fadiga ou perda de energia; inquietação, sentimentos de culpa ou de inutilidade; dificuldades de concentração; insónia ou hipersónia e pensamentos recorrentes acerca da morte ou suicídio.

A complicação mais grave que pode advir da perturbação depressiva é o suicídio, sendo que a prevalência do risco de suicídio em pacientes com perturbações de humor é de 10 a 15 % (Ministry of Health, 2004). Estudos retrospectivos de autópsias psicológicas de vítimas de suicídios apontam para o facto das perturbações de humor, principalmente a depressão *major*, estarem presentes em quase todos os casos (Lehmann, 2003).

Sederer e Kolodny (2004) referem que em pacientes deprimidos, detectar factores de risco para o suicídio pode ajudar a “poupar” vidas. Neste sentido, Reesal, Lam e Depression Work Group (2001) apontam um conjunto de factores gerais de risco para o suicídio, como se pode observar na tabela que se segue:

Tabela 1. Factores de risco para o suicídio. Traduzido e adaptado de Reesal, Lam e Depression Work Group, (2001, p. 25)

-
- ↳ Presença de ansiedade, agitação e ataques de pânico
 - ↳ Insónia global persistente
 - ↳ Anedonia e dificuldades de concentração
 - ↳ Sentimentos de desamparo e desesperança
 - ↳ Impulsividade
 - ↳ Abuso de substâncias
 - ↳ Homens com idades entre os 20 e 30 anos e acima dos 50 anos
 - ↳ Mulheres com idades entre os 40 e 60 anos
 - ↳ Idades avançadas

↳ Tentativas de suicídio prévias

↳ História familiar de comportamentos suicidas

No caso da M. existem alguns aspectos que, apesar de terem sido referidos ao longo do presente comentário teórico me parece importante reforçar. Nestes sentido foco em primeiro lugar as tentativas de suicídio e a história de suicídio da mãe, que podem, como é referido na bibliografia, ser factores de risco para futuras tentativas de suicídio. Em segundo lugar o facto da M. não possuir uma boa rede de suporte. Não mantém contacto com a família, sendo que a irmã mais nova é a única pessoa com quem tem um relacionamento próximo. Finalmente, de salientar as dificuldades no relacionamento conjugal, que parecem ser o principal factor desencadeador do processo depressivo.

XI. Comentário Pessoal

O estabelecimento da relação terapêutica com a M. foi uma tarefa difícil. Uma das grandes dificuldades desta paciente desde a primeira consulta prendeu-se com o contacto ocular. Principalmente nas primeiras consultas a M. olhava para mim muito poucas vezes, e quando o fazia era de forma muito rápida. O olhar da M. estava sempre direccionado para as mãos, que estavam sempre a mexer, evidenciando assim algum desconforto e ansiedade. Este comportamento da paciente acabava por me dificultar a comunicação com ela, uma vez que era difícil falar com alguém que, muito poucas vezes, dirigia o olhar na minha direcção. Com esta paciente tive a oportunidade de tomar plena consciência da importância que o contacto ocular tem no estabelecimento de uma relação interpessoal, independentemente de ser ou não em contexto de terapia.

Apesar desta dificuldade no estabelecimento da relação com a M., foi uma pessoa com quem facilmente criei um sentimento de empatia, talvez relacionado com o facto desta ter uma história de vida interessante e ao que parece bastante difícil.

Contudo, sempre me pareceu que a paciente depositava baixas expectativas relativamente às consultas, tendo sido difícil envolver-se no processo terapêutico. Esta

dificuldade de envolvimento reflectiu-se também no facto da paciente nunca trazer para a consulta os trabalhos de casa que lhe eram solicitados.

O caso da M. fez-me reflectir bastante acerca de uma aspecto que é a importância das pessoas se sentirem acarinhadas por alguém, de sentirem que existe alguém que se preocupa e que demonstra atenção por elas. Para mim vai ficar marcada o dia da consulta em que a M. chegou completamente diferente. Com um aspecto mais cuidado, com um sorriso na cara, com um “brilho nos olhos”.

Caso Clínico 2

I. Identificação do caso clínico

Diagnóstico: Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação, segundo critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (307.50).

Data de Início do acompanhamento: 10 de Janeiro de 2008

Fase Actual da Terapia: Intervenção

Terapeuta: Dra. Liliana Lobato

Co-Terapeuta: Joana Gonçalves

II. Dados Biográficos

Nome: N.

Idade: 22 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Solteira

Habilitações Literárias: a frequentar o Ensino Superior

Profissão: Estudante do 3º ano da Universidade da Beira Interior

Constituição do agregado familiar: a N. vive com a avó, a T. de 70 anos, reformada e com dois irmãos. A P. tem 17 anos e está a tirar um curso tecnológico de administração. O I. tem 15 anos e está a frequentar o 9º ano de escolaridade.

Localidade: Lisboa

III. Motivo da consulta

A N. vem à consulta de adolescência da Universidade da Beira Interior por iniciativa própria. A paciente considera que tem alguns comportamentos que não são “normais” (sic).

A N. vem à consulta sozinha. Apresenta-se com aspecto cuidado e vestida de acordo com a idade e com o seu nível socio-económico. Demonstra uma postura descontraída e fala facilmente das suas dificuldades. Mantém um contacto visual adequado, assim com o tom e ritmo de voz. O seu discurso é claro e coerente.

Está orientada no tempo e no espaço auto e alo psiquicamente. Relativamente ao estado emocional a paciente não aparenta ansiedade e o seu humor é eutímico. Não parece apresentar alterações de linguagem, memória e comportamento motor.

IV. Dificuldades actuais

A N. refere que se acha sempre gorda. Refere também que tem um próprio padrão de estética corporal que implica “*um corpinho definido, sequinho, sem gordura e com pernas torneadas*” (sic). Para a N., uma mulher elegante e com uma aparência física que agrada a paciente tem que ser muito magra, “*tem que se notar os ossinhos*” (sic). No seu corpo, as zonas que menos gosta são as pernas e a anca. A N. menciona que tudo na vida dela gira à volta do peso, nomeadamente o medo de aumentar de peso, “*antes morta que gorda*” (sic).

A paciente refere fazer todas as refeições (pequeno-almoço, lanche a meio da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia), contudo refere comer muito pouco de cada vez, “*as minhas amigas até dizem que pareço um pisco a comer*” (sic). Segue uma alimentação vegetariana (que inclui comer peixe, ovos, leite e derivados) e limita ao máximo a ingestão de hidratos de carbono e gorduras. Habitualmente apenas ingere hidratos ao pequeno-almoço onde come um pão integral.

Usa laxantes uma ou duas vezes por semana, mais frequentemente ao fim-de-semana que é quando passa mais tempo em casa. Toma regularmente comprimidos para emagrecer. Normalmente toma uma caixa de 60 comprimidos que, como são dois comprimidos por dia, dura para um mês, faz uma paragem de um mês e volta no mês seguinte a tomar.

A N. mantém uma preocupação constante com tudo o que come, sabe as calorias de todos os alimentos e não compra nada sem antes analisar bem o rótulo e sem saber as calorias que esse produto tem. Quando acha que exagera em alguma coisa e que comeu mais do que deveria e que pode por isso ganhar peso, como por exemplo uma fatia de bolo ou um chocolate pequeno, provoca o vómito. Alguns alimentos que a levam a ter este tipo de comportamentos sempre que os ingere são os bolos e os chocolates. Quando ingere estes alimentos tem pensamentos como *“sou uma fraca por não resistir (...) isto vai tudo para as ancas (...) vou ficar gorda e tudo vai correr mal se eu ficar gorda”* (sic). Além destes pensamentos a N. sente-se desapontada com ela própria por não conseguir cumprir os padrões de alimentação que estabeleceu para si, que proíbem a ingestão quer de bolos quer de chocolates e sente-se culpada por não ter conseguido resistir. Tudo isto leva-a a provocar o vómito e depois de vomitar refere *“sinto-me bem, aliviada”* (sic).

Em média a N. provoca o vómito uma vez por semana, contudo quando está menstruada é mais habitual fazê-lo, isto porque se sente inchada. Este comportamento acontece apenas quando está em casa.

A N. acredita que para ser feliz tem que ser magra, *“se for magra sinto-me melhor e por isso mais feliz”* (sic). Refere ainda *“se for magra as coisas correm-me sempre melhor (...) se for magra sinto-me mais confiante”* (sic). Quando há alguma coisa que na vida da paciente corre mal ela acredita que está relacionado com o peso *“quando as coisas correm menos bem culpo sempre o peso”* (sic).

Segundo a paciente, toda esta problemática do peso causa algumas interferências no seu funcionamento familiar e social. A nível familiar a N. menciona *“o facto de andar sempre preocupada com o peso faz com que muitas vezes não tenha muita paciência para a minha família, faz com que ande mais aborrecida”* (sic). A nível social, nomeadamente com os amigos toda esta situação faz com que a N. se prive de algumas actividades em grupo que antes fazia *“deixei de ir à praia (...) às vezes evito sair porque não me quero vestir por achar que estou mais gorda, e assim em casa ninguém me vê”* (sic).

O peso actual da N. é de 53kg, como mede 1,60m tem um Índice de Massa Corporal (IMC) de 20,7kg/m. Pratica exercício físico regularmente (três vezes por semana durante cerca de 1 hora ou 1 hora e meia) nomeadamente natação, *cardiofitness* e musculação.

V. Início e desenvolvimento das dificuldades

Aos 14 anos, quando teve a menarca o corpo da N. sofreu algumas alterações, alterações estas que não agradaram à paciente, nomeadamente aumento de peso e aumento da largura das ancas. Aos 18 anos começou a tomar a pílula e aumentou novamente de peso, facto que desagradou e preocupou a paciente. Foi nesta mesma altura que a mãe de N. saiu de casa definitivamente tendo emigrado para Inglaterra, o que elevou a paciente a sentir-se abandonada *“abandonou a mim e aos meus irmãos”* (sic). Esta foi também a fase de entrada para a universidade. A N. entrou para Fisioterapia, curso que acabou por abandonar antes de acabar o 1º ano.

Em simultâneo com todos os acontecimentos já referidos, a N. começou a alterar os seus hábitos alimentares. Cada dia que passava comia menos até chegar a um ponto em que já não fazia as refeições, *“comia apenas uma maçã por dia e bebia muita água”* (sic). Nesta sequência perdeu peso, e chegou a pesar 45kg e como mede 1,60m nesta altura atingiu um IMC de 17,5kg/m. A N. teve ainda amenorreia, *“deixou de me vir o período”* (sic), o cabelo tornou-se mais quebradiço e a pele seca. Praticava exercício físico regular, isto é, todos os dias ia para o ginásio durante 3 horas. Era constante ainda um sentimento de fadiga, *“andava sempre cansada”* (sic). A N. refere ainda que tinha alturas em que comia muito, como por exemplo leite com cereais, pão e fruta, e que depois provocava o vómito. A partir desta altura começou a tomar chás diuréticos, laxantes e comprimidos para emagrecer que comprava numa ervanária. Todos estes comportamentos eram, segundo a paciente, para ter a certeza de que não ia engordar.

Foi a avó materna que se apercebeu de todos estes comportamentos da N., e que a incentivou a pedir ajuda. Assim, a paciente começou a ter seguimento nutricional, onde o principal objectivo estabelecido foi o ganho de peso. Com o tratamento nutricional alcançou os 58 kg (que foi o peso máximo atingido pela paciente).

Por volta dos 19 anos, mas sem conseguir precisar a data específica, a N. cometeu duas tentativas de suicídio consecutivas. A primeira foi através de ingestão medicamentosa,

nomeadamente ansiolíticos. As consequências desta tentativa foram ficar a dormir durante muito tempo, e acordar no dia seguinte *“muito mole e sem conseguir fazer nada”* (sic). Na segunda tentativa a paciente fechou-se na despensa com um ácido aberto, contudo chegou um primo que se apercebeu da situação e que arrombou a porta. Segundo a paciente o que a levou a tentar o suicídio foi o facto de andar muito triste com tudo que na altura lhe estava a acontecer, nomeadamente a mãe que se foi embora, o curso que abandonou, o facto de ter deixado de estudar, de não se sentir bem com o seu corpo.

VI. História do desenvolvimento e aprendizagens prévias

A N. nasceu na Guiné. Aos 2 anos de idade veio para Portugal, mais precisamente para Lisboa, cidade da qual não gosta muito por ser muito movimentada. Não tem qualquer tipo de recordações relativamente ao país do qual é natural.

Os pais da N. não são casados, e nunca chegaram a viver juntos. A mãe da N. tem 41 anos e trabalha numa empresa de limpezas em Inglaterra, país para onde emigrou há cerca de 4 anos. O pai tem também 41 anos e é pintor da construção civil.

A N. descreve a mãe como *“amiga”* (sic) com quem pode falar de assuntos como a sexualidade por esta não ter preconceitos relativamente a estes temas, *“desligada”* (sic) pelo facto de mater com os filhos uma relação distante e *“inconsequente”* (sic). N. descreve assim a relação com a mãe devido ao facto de considerar que esta nunca pensa no mal que lhe fez a ela e aos irmãos quando os deixava sem dar explicações e por não pensar no futuro *“ eu fui ensinada pela minha avó que quando tenho 100 euros posso gastar 50 mas tenho que guardar os outros 50, e a minha mãe não é assim, ela quando tem 100 gasta 200 euros”* (sic). Segundo a paciente a consequência destes comportamentos da mãe era a incapacidade desta responder às necessidades dos filhos, isto é, não tinha dinheiro para lhe dar o que eles precisavam. Relativamente à mãe a N. refere ainda *“não era uma mãe de dar carinho”* (sic) e menciona ainda *“nunca foi uma mãe assídua”* (sic). Chegava mesmo a ausentar-se de casa sem a família saber exactamente onde esta se encontrava. Estes comportamentos da mãe da N. são interpretados por ela da seguinte forma: *“acho que sempre descontou em nós o facto de ter perdido a juventude dela”* (sic), isto porque foi mãe muito cedo.

Devido às constantes ausências da mãe, tanto a N. como os irmãos acabaram por ser criados pela avó materna, que esteve sempre presente. A relação com a avó, segundo a

paciente é boa. A N. fala dela com muito carinho referindo “*é a mulher da minha vida (...) das pessoas que mais amo*” (sic). Aponta contudo alguns defeitos à avó, nomeadamente o facto de por vezes ela ser injusta, e sempre que acontece algum contratempo ela acusa a N. ou os irmãos (por exemplo quando aparece alguma coisa suja, quando desaparece alguma coisa).

No que refere ao pai, a N. menciona manter uma boa relação, “*dou-me bastante bem com ele*” (sic). Descreve-o como “*muito reservado, muito calado, muito calminho*” (sic). Considera que sempre foi um pai presente, “*sempre me quis ter por perto*” (sic) que sempre se preocupou para que não lhe faltasse nada e em muitas situações lhe propôs que fosse viver com ele. Levava frequentemente a N. para passar os fins-de-semana e férias com ele. Os pais da N. mantêm uma relação de amizade.

A mãe da N. nunca viveu maritalmente com ninguém, mas teve vários relacionamentos que a paciente descreve como “*fugazes*” (sic). Destes relacionamentos nasceu a N. e os irmãos. A paciente é assim a mais velha de uma fratria de 4 irmãos, todos filhos de pais diferentes.

A N. refere guardar boas recordações da infância. Menciona nunca ter tido problemas na escola, tanto de aprendizagem como de relacionamento com os colegas. Contudo sempre se deu melhor com rapazes, “*sempre fui maria-rapaz*” (sic), aspecto que atribui ao facto de ter crescido com os seus primos. Para a N. os rapazes são mais fáceis de compreender, “*percebo melhor os rapazes, as coisas de raparigas fazem-me confusão (...) elas fazem de tudo um problema, complicam tudo*” (sic).

Aos 14 anos a N. teve a menarca. A paciente refere que estava ansiosa que isto acontecesse, pois via as amigas que já eram menstruadas e ela também queria ser. Contudo, foi após a sua primeira menstruação que começou a sentir grandes alterações no seu corpo.

Foi também por volta dos 14 anos que a avó da N., que era a pessoa que cuidava dela e dos irmãos, começou a ter problemas de saúde. Esta situação implicou que a paciente começasse a ajudar a cuidar quer da casa quer dos irmãos, funções que a mãe não desempenhava “*eu sempre fui mais mãe dos meus irmãos do que a minha própria mãe*” (sic). A relação da N. com os irmãos é muito próxima, onde existe muita “*cumplicidade*” (sic). A irmã mais velha, a Nu. tem 20 anos, é empregada de balcão e vive sozinha desde os 18 anos. É segundo a paciente o protótipo de mulher independente, “*é muito ponderada e resolve tudo com muita calma*” (sic). A outra irmã, a P. tem 17 anos e está a frequentar um curso

tecnológico. Segundo a paciente, a P. é mais rebelde, procura muito a sua independência mas de forma *“politicamente incorrecta”* (sic), isto é, não faz as coisas da forma mais adequada. Finalmente, o I., que tem 15 anos e frequenta o 9º ano e de quem a N. fala com muito carinho. Refere que o I. a admira, e que quando ela está em casa não sai de perto dela. Gostam muito de falar um com o outro e têm uma relação muito próxima, *“é capaz de ser o meu melhor amigo”* (sic).

Houve diferentes situações em que a N. foi comparada com os seus irmãos, e em que familiares chegavam mesmo a dizer-lhe *“tu és tão feia, não tens nada a ver com os teus irmãos”* (sic). Além disso, na altura da adolescência a N. passou por uma fase em que tinha muito acne, e alguns familiares diziam-lhe que parecia um dragão com tantos espinhos. A paciente recorda também os comentários que um tio lhe fazia. Dizia-lhe *“Olha para ti sempre a fazer dieta e continuas gorda”* (sic).

Relativamente à actividade física, esta é uma área que a N. gosta muito. Já praticou e continua a praticar uma grande variedade de desportos, desde natação, *kikboxing*, yoga, musculação, cardiofitness. Gosta também de fazer caminhadas, e refere que o exercício físico é muito importante para o seu bem-estar.

VII. Formulação

A partir dos dados recolhidos, e de acordo com o DSM-IV-TR a paciente parece apresentar um quadro clínico de Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (307.50). Este quadro traduz-se no uso regular de comportamentos compensatórios inapropriados, no caso da N. o uso de laxantes, diurético e da indução do vômito, depois da ingestão de pequenas quantidades de alimento, no caso da paciente por exemplo uma fatia de bolo ou um chocolate pequeno.

Durante a infância e adolescência da paciente foi comparada com os seus irmãos. Os seus familiares chegavam a dizer-lhe *“tu és tão feia, não tens nada a ver com os teus irmãos”* (sic). Além disso, na altura da adolescência a N. passou por uma fase em que tinha muito acne, e alguns familiares diziam-lhe que parecia um dragão com tantos espinhos. A paciente recorda também os comentários que um tio lhe fazia. Dizia-lhe *“Olha para ti sempre a fazer dieta e continuas gorda”* (sic). Esta postura da família pode ter contribuído para que a N. desenvolvesse um padrão de preocupação excessiva com o peso, sendo que refere que na sua

vida tudo gira à volta do peso, e principalmente com o medo de aumentar de peso, *“antes morta que gorda”* (sic).

Aos 18 anos um conjunto de acontecimentos que ocorreram na vida da N. podem ter contribuído para o desenvolvimento de uma possível Anorexia Nervosa. Assim, nesta altura a paciente começou a tomar a pílula e aumentou de peso, facto que desagradou e preocupou a paciente. Nesta mesma altura a mãe da N. saiu de casa definitivamente, emigrou para Inglaterra, o que levou a paciente a sentir-se abandonada *“abandonou a mim e aos meus irmãos”* (sic). Esta foi também a fase de entrada para a universidade, para o curso de Fisioterapia, curso este que acabou por abandonar antes de acabar o 1º ano.

Foi nesta fase que a paciente começou a alterar os seus hábitos alimentares. Cada dia que passava comia menos até chegar a um ponto em que já não fazia as refeições, *“comia apenas uma maçã por dia e bebia muita água”* (sic). Nesta sequência perdeu peso, e chegou a pesar 45kg e como mede 1,60m nesta altura atingiu um IMC de 17,5kg/m. A N. teve ainda amenorria, *“deixou de me vir o período”* (sic), o cabelo tornou-se mais quebradiço e a pele seca. Praticava exercício físico regular, isto é, todos os dias ia para o ginásio durante 3 horas. Era constante ainda um sentimento de fadiga, *“andava sempre cansada”* (sic). A N. refere ainda que tinha alturas em que comia muito, como por exemplo leite com cereais, pão e fruta, e que depois provocava o vómito. A partir desta altura começou a tomar chás diuréticos, laxantes e comprimidos para emagrecer que comprava numa ervanária. Todos estes comportamentos eram, segundo a paciente, para ter a certeza de que não ia engordar.

Começou a ter acompanhamento nutricional, conseguiu aumentar de peso contudo manteve os comportamentos purgativos, nomeadamente a utilização de laxantes, diuréticos e indução do vómito. Este quadro poderá estar a ser mantido através de crenças erradas, por exemplo de que ao provocar o vómito não vai engordar. Alguns erros de processamento podem também contribuir para a manutenção do quadro. Assim, por exemplo a inferência arbitrária, *“quando as coisas correm menos bem culpo sempre o peso”* (sic) e pensamento dicotómico *“se for magra as coisas correm-me sempre melhor”* (sic), *“se for magra sinto-me melhor e por isso mais feliz”* (sic).

VIII. Protocolo de Intervenção

Fase I

1. Estabelecimento de uma aliança terapêutica, que facilite o envolvimento da paciente no tratamento;
 - Adopção de uma postura de interesse e compreensão das dificuldades da paciente;
 - Aceitação e respeito pela individualidade da paciente.

2. Entrevista detalhada onde são abordados temas como o peso, os comportamentos de dieta, os episódios bulímicos (caso estejam presentes), a utilização do vômito ou de laxantes, o exercício físico, imagem corporal, funcionamento social e familiar e motivação para o tratamento;

3. Psicoeducação: clarificar aspectos relacionados com a perturbação. Pode incluir aspectos como:
 - Racional teórico (explicar porque é que os comportamentos purgativos se mantêm);
 - Consequências físicas do uso de laxantes, diuréticos e indução do vômito;
 - Ineficácia do vômito e de laxantes;
 - Efeitos adversos das dietas.

4. Registos de auto-monitorização (o que come durante o dia, onde comeu, quem estava presente e se teve algum tipo de comportamento compensatório e qual);

5. Redução e se possível eliminação dos comportamentos purgativos (informar os paciente relativamente aos efeitos prejudiciais e ineficácia deste tipo de comportamentos).

Fase II

1. Reestruturação cognitiva: procurar alterar os pensamentos e crenças distorcidas acerca do peso e imagem corporal. Podem aqui ser importantes registos de auto-monitorização onde sejam descritas situações específicas de comportamentos purgativos e onde sejam descritos os sentimentos, pensamentos e comportamentos associados.

2. Resolução de problemas que implica:

- Identificar e definir o problema da forma mais objectiva possível;
- Considerar o maior número possível de alternativas para resolver o problema;
- Enunciar vantagens e desvantagens de cada alternativa;
- Escolher, de entre as alternativas propostas a que seja mais útil a longo-prazo, a mais vantajosa;
- Definir os passos necessários para a implementação da alternativa;
- Implementar a alternativa escolhida;
- Avaliação da escolha.

Fase III

1. Prevenção de Recaída

- O objectivo é manter e estabilizar as mudanças conseguidas e procurar preparar a paciente para dificuldades futuras podendo ser utilizado o *role-play* e *role-reversal*, assim como encorajar o paciente a manter os registos de auto-monitorização.

IX. Feedback Terapêutico

O processo terapêutico teve início no dia 27 de Fevereiro de 2008. As duas primeiras consultas foram marcadas com um intervalo quinzenal. Contudo, após estas consultas foi proposto à paciente que o seu acompanhamento passasse a ser feito no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. A N. aceitou a proposta. Contudo, acabou por faltar à consulta que tinha sido marcada e apenas voltou a procurar ajuda cerca de dois meses mais tarde, daí ter decorrido um intervalo longo entre a 2ª e 3ª consultas. As consultas foram dirigidas por mim sob a orientação da Dra. Liliana Lobato.

Em termos gerais, com o processo terapêutico procurou-se ajudar a paciente a alterar, em primeiro lugar, comportamentos relacionados com a alimentação, isto é, a eliminar comportamentos purgativos (indução do vômito e uso de laxantes e diuréticos). Posteriormente procurou-se alterar pensamentos e crenças distorcidas acerca do peso e imagem corporal, o

que se revelou uma tarefa difícil, na medida em que a N. apresenta padrões muito rígidos no que se refere ao peso e imagem corporal.

Nas 1ª e 2ª consultas, respectivamente nos dias 27 de Fevereiro e 5 de Março, procurou-se estabelecer uma relação terapêutica e proceder-se à recolha de informação acerca das dificuldades da paciente. A partir da informação recolhida nesta duas consultas foi possível elaborar a formulação do caso clínico e estabelecer uma sugestão para o protocolo de intervenção.

Nestas consultas foi feita psicoeducação, no sentido de explicar à N. a ineficácia dos comportamentos compensatórios, nomeadamente o vómito, do uso de laxantes e diuréticos bem como do exercício físico demasiadamente excessivo como forma de controlar o peso. A N. foi ainda alertada para as consequências físicas e psíquicas deste tipo de comportamentos e da importância de adequar um padrão alimentar normal e regular, onde não tenham lugar os comportamentos purgativos.

Na 3ª consulta (7 Maio 2007), e como tinha passado já muito tempo desde a última consulta a paciente foi questionada acerca da forma como tinha passados estes últimos dois meses, nomeadamente no que se prende com os comportamentos purgativos (indução do vómito e uso de laxantes e diuréticos). De acordo com o feedback da N., nos últimos tempos esta tem feito um esforço acrescido para evitar estes comportamentos. Contudo, afirma que a vontade de o fazer continua a ser muito grande. Dá o seguinte exemplo: *“ainda agora antes de vir para a consulta fui com uma colega comer uma fatia de bolo de chocolate e agora estou a sentir-me super mal, se estivesse em casa acho que já tinha vomitado”* (sic). Aproveitando o facto da N. ter dado este exemplo foram, a partir daqui, explorados alguns aspectos relacionados com as situações em que a paciente se sente compelida a realizar o comportamento purgativo. Assim foram colocadas questões como: “o que pensou depois de comer o bolo?”; “como se sentiu?”; “o que pensou fazer?”; “qual poderá ser a consequência de ter comido uma fatia de bolo?”; “o que é que o facto de não ter resistido e ter comido o bolo diz de si?”.

Nesta consulta, foi ainda apresentado o modelo cognitivo da manutenção da bulimia. Apesar da paciente não cumprir critério para que possa ser diagnosticada bulimia nervosa, os seus comportamentos e dificuldades tocam-se em muitos pontos com esta perturbação alimentar, daí o facto de lhe ter sido apresentado este modelo. Procurou-se então que a N. conseguisse perceber o ciclo que faz com que os comportamentos bulímicos se mantenham. A

paciente, depois de lhe ter sido explicado o modelo identificou-se com o mesmo referindo “*pois, é o que acontece comigo*” (sic). A N. foi ainda ensinada a calcular o seu Índice de Massa Corporal (IMC) e a situar-se nas tabelas adequadas. A paciente não tinha a certeza do seu peso actual, sendo assim incentivada a pesar-se na consulta, contudo esta proposta foi completamente rejeitada pela N., visto que esta evita ao máximo pesar-se.

No final da consulta foi pedido à N. que, como trabalho de casa preenchesse um registo de auto-monitorização (cf. Anexo 8). Estes podem ser úteis para ajudar a N. a identificar os antecedentes dos episódios de purgação, com o objectivo de a ajudar a preparar-se para a cessação deste tipo de comportamento.

Na 4ª consulta (29 de Maio) e como a N. trouxe o registo de auto-monitorização preenchido, este foi discutido com a paciente, tentando relacionar sempre que possível o comportamento alimentar com o contexto e conjunto de emoções que acompanharam cada situação. O registo foi preenchido durante uma semana, e neste espaço não houve qualquer tipo de comportamento purgativo, o que levou a que a paciente fosse reforçada positivamente. Percebeu-se contudo que a paciente ao longo dessa semana manteve um padrão alimentar um pouco irregular, facto que a N. justificou com a quantidade de trabalho que teve nessa semana e do pouco tempo que teve para fazer uma alimentação mais equilibrada. Neste sentido foi lembrada a importância de ter um padrão alimentar regular e de não deixar de fazer as refeições principais, de não estar muitas horas seguidas sem comer, de ingerir todo o tipo de nutrientes, de fazer uma alimentação variada.

Através dos registos de auto-monitorização foi possível ainda perceber a preocupação constante com os alimentos que ingere e como se sente quando ingere algum alimento que para ela seja proibido, neste caso são os açúcares. Quando isto acontece a N. refere “*umenta o meu desapontamento comigo mesma (...) dói-me muito a minha fraqueza face a estas coisas terríveis (açúcares)*” (sic). Além disto, um pensamento que é transversal a todos os dias em que o registo foi preenchido é “*sou gorda (...) sinto-me gorda (...) detesto ser assim*” (sic).

Na 5ª consulta (19 de Junho), e como seria esta a última consulta com a paciente, visto que esta, agora que acabou o ano lectivo vai de férias para Lisboa, procurou-se que N. reflectisse um pouco acerca de muitas daquelas que são as suas crenças acerca da alimentação, do peso e forma corporal. Através do questionamento socrático procurou-se desconstruir algumas das crenças da paciente acerca do peso e alimentação. Por exemplo a N. afirma “*não posso comer doces*” (sic), e a partir daqui é colocado um conjunto de questões tais

como: "o que poderá acontecer se comer um chocolate?", "será que se comer hoje um doce este reflectir-se-á no seu peso?", "que peso posso ganhar se num dia comer um doce?", "o que pode acontecer se não ingerir qualquer tipo de doce?". Esta última questão aparece pelo facto da paciente contar que teve crises de hipoglicémia por restringir em demasia os doces. Este tipo de questionamento foi também feito para outras crenças distorcidas da paciente.

Foi trabalhado ainda com a N. a procura de evidências para algumas das suas crenças, para desta forma tentar levar a paciente a perceber que, por exemplo a sua percepção acerca do peso, está equivocada.

A N. mostra muito *insight* e facilidade na compreensão dos exercícios e assim no final da consulta a paciente foi incentivada a realizar, ela própria, todos estes exercícios de questionamento das próprias crenças para desta forma ser capaz de encontrar formas mais adaptativas de lidar com as preocupações acerca do peso e forma corporal.

X. Comentário Teórico

As perturbações alimentares são problemas psicopatológicos sérios que afectam principalmente as mulheres jovens (Machado, Soares, Sampaio, Torres, Pinto Gouveia, & Oliveira, 2004). Como refere Silva (2001), a ênfase cultural dada ao peso e forma corporal, tem colocado uma enorme pressão sobre os jovens de hoje, em particular sobre as raparigas, e leva frequentemente à adopção de dietas extremas como meio de atingir um corpo ideal estereotipado.

As perturbações do comportamento alimentar abrangem uma série de doenças caracterizadas por um comportamento alimentar anormal e por psicopatologia específica (Majid & Treasure, 2003).

Embora classificadas separadamente, a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN) são duas perturbações que estão intimamente relacionadas por apresentarem psicopatologia comum: uma ideia prevalente envolvendo a preocupação excessiva com o peso e a forma corporal (medo de engordar), que leva as pacientes a entrarem em dietas extremamente restritivas ou a utilizarem métodos inapropriados para alcançarem o corpo idealizado (Claudino & Borges, 2002). Estes autores acrescentam que tais pacientes costumam julgar a si mesmas baseando-se quase que exclusivamente em sua aparência física, com a

qual se mostram sempre insatisfeitas. Este aspecto é muito claro na N., na medida em que esta paciente considera e acredita no seguinte “*se for magra as coisas correm-me sempre melhor*” (sic).

As perturbações do comportamento alimentar apresentam, geralmente, as primeiras manifestações ao longo da infância e adolescência (Appolinário & Claudino, 2000). Nestas fases são assim mais comuns, e quando não são tratadas podem tornar-se condições crónicas na idade adulta (Sokol, Jackson, Selser, Nice, Christiansen & Carroll, 2005; Robin, Gilroy & Dennis, 1998). Entre os factores que contribuem para manutenção da AN, está o surgimento e permanência de sintomas bulímicos, sendo que a BN pode ser uma patologia independente, ou fazer parte da evolução da AN (Pinzon & Nogueira, 2004).

No caso da N., por volta dos 18 anos esta parece ter desenvolvido uma AN, para a qual nunca chegou a ter qualquer tipo de acompanhamento psicológico. Teve apenas acompanhamento nutricional. Apesar da paciente ter acabado por conseguir superar esta perturbação, houve um conjunto de comportamentos e crenças que se mantiveram, e que fazem com que apesar de actualmente não preencher critérios de diagnóstico para AN ou para BN, apresenta critérios suficientes para o diagnóstico para Perturbação do Comportamento Alimentar Sem Outra Especificação (PASOE). O DSM-IV-TR contém assim uma categoria de PASOE, útil para codificar perturbações que não preencham os critérios para as perturbações do comportamento alimentar específicas.

Dentre as PASOE, ressaltam-se os quadros atípicos (parciais) de AN e BN, e a perturbação de compulsão alimentar periódica (Claudino & Borges, 2002). Estes mesmos autores referem que os quadros atípicos representam manifestações mais leves ou incompletas, muito mais frequentes que os síndromes completos (5:1) e com risco de evoluírem para as mesmas. A relação das PASOE tanto com a AN e BN como com a preocupação cultural “normal” com peso e forma corporal, é objecto de discussão dentro da concepção da possível existência de um *continuum* de preocupação com o peso, no qual os síndromes parciais estariam na zona central deste espectro (Claudino & Borges, 2002).

Como referem Stipp e Oliveira (2003), as perturbações alimentares são determinadas por diversos factores relacionados com a personalidade do indivíduo, a dinâmica familiar e com o ambiente social e cultural. Neste mesmo sentido Maximiano, Miranda, Tomé, Luís e Maia (2002) afirmam que estas perturbações devem ser entendidas numa perspectiva multidimensional, valorizando-se o contexto biopsicossocial.

Cameron, Bloye, e Davies (2004) chamam a atenção para um aspecto que, no caso da N. é importante e que se adequa à sua história, que está relacionado com a evolução da AN. Assim, estes autores referem que em cerca de 25% dos casos, a AN acaba por evoluir para uma bulimia de peso normal. Com a N. verificou-se uma evolução semelhante, sendo que depois de ter recuperado da AN e de ter recuperado para um peso normal, desenvolveu comportamentos bulímicos, como é o caso do uso de comportamentos purgativos.

As perturbações alimentares são caracterizadas por um padrão de comportamento alimentar gravemente perturbado, um controle patológico do peso corporal e por perturbação da percepção da imagem corporal (Saikali, Soubhia, Scalfaro & Cordás, 2004). Estes mesmos autores acrescentam ainda que a perturbação da imagem corporal é um sintoma nuclear nas perturbações alimentares e que está muito vinculado à autoavaliação que o indivíduo faz acerca do seu peso e forma corporal. No caso da N., este é um aspecto fundamental na medida em que a paciente possui uma imagem corporal negativa, isto é, mostra-se muito insatisfeita com a sua a imagem corporal, o que poderá estar a contribuir para a manutenção do quadro clínico.

Nas palavras de Cash e Lavalée (1998), o constructo de imagem corporal refere-se às atitudes e percepções que cada pessoa tem acerca das suas próprias características físicas, nomeadamente da própria aparência. Segundo Troyse (1997 citado por Stipp & Oliveira, 2003), a imagem corporal é uma fotografia que temos sobre a aparência do nosso corpo unida a atributos e sentimentos a respeito dessa imagem.

O termo “imagem corporal”, de acordo com Vaz, Peñas e Ramos (1999), tem sido usado na literatura para se referir a três aspectos; (1) a imagem mental que uma pessoa tem acerca da si própria a um nível físico; (2) a avaliação que a pessoa faz acerca da sua própria aparência; (3) a influencia que estas percepções e atitudes têm no comportamento.

Sepúlveda, Botella e León (2006) entendem por perturbação da imagem corporal a presença de juízos de valor acerca do próprio corpo que não coincidem com características reais. Porém os mesmos autores referem que se deve considerar alguma margem de erro na apreciação acerca da própria imagem corporal, contudo é à existência de viés sistemáticos nesta apreciação que se considera perturbação da imagem corporal.

Autores como Vaz, Peñas e Ramos (1999) mencionam que é importante que seja realizada uma distinção entre perturbação da imagem corporal e insatisfação com a imagem corporal. Acrescentam assim que a insatisfação com a imagem corporal pode apenas pode ser

considerada uma manifestação da perturbação da imagem corporal, que é um conceito mais amplo e que inclui outros elementos.

Na explicação da génese da perturbação da imagem corporal foram propostos dois mecanismos básicos, a internalização e a projecção (Vaz, Peñas & Ramos, 1999). A internalização parece estar relacionada com experiências negativas passadas que envolvem o corpo, tais como agressão sexual ou intervenções cirúrgicas graves, e com relacionamentos interpessoais onde a aparência física assume grande importância na autoavaliação, tais como existência de história familiar de grande preocupação com o peso ou aparência corporal (Vaz, Peñas e Ramos, 1999). Relativamente à projecção, os mesmos autores referem que esta está relacionado com a confusão entre o corpo e o *self*, os indivíduos usam o corpo como “escudo” para os conflitos psicológicos e interpessoais, associando o controlo do corpo com a percepção de auto-controlo e de auto-eficácia.

Vaz, Peñas e Ramos (1999) referem ainda que estes dois mecanismos podem assim, em conjunto, contribuir para o desenvolvimento de esquemas e percepções corporais negativas, que abrem caminho para o aparecimento de comportamentos alimentares compensatórios.

Uma imagem corporal negativa ou a insatisfação com a imagem corporal pode, segundo Cash e Lavalley (1998), predispor e manter quer comportamentos de dieta rígidos e pouco saudáveis, quer mesmo as perturbações alimentares. Littleton e Ollendick (2003) definem insatisfação com a imagem corporal como o sentimento subjectivo de insatisfação (pensamentos e sentimentos negativos) com a própria aparência física. Nas palavras de Sampaio, Bouça, Carmo e Jorge (1999), a insatisfação com o corpo pode começar nas pré-adolescentes de qualquer etnia, e é de grande importância nas populações femininas do ensino secundário e universitário.

Segundo Thompson (1996 citado por Saikali, Soubhia, Scalfaro e Cordás, 2004) o conceito de imagem corporal envolve três componentes: a (1) Perceptiva, que se relaciona com a precisão da percepção da própria aparência física, envolvendo uma percepção do tamanho corporal e do peso; a (2) Subjectiva, que envolve aspectos como a satisfação com a aparência, o nível de preocupação e ansiedade a ela associada; e a (3) Comportamental, que se focaliza nas situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência corporal.

Transpondo estes três componentes para o caso da N. é possível perceber que no que se refere com o nível perceptivo a paciente se sente e percebe-se gorda, afirmando o seguinte “*sou gorda (...) sinto-me gorda*” (sic). No que se refere ao componente subjectivo, pode considerar-se que a N. se encontra insatisfeita com a sua imagem corporal, o que se traduz em afirmações como “*detesto ser assim*” (sic). Finalmente, esta insatisfação com a imagem corporal traduz-se no evitamento de determinadas situações na medida em que a N. refere “*deixei de ir à praia (...) às vezes evito sair porque não me quero vestir por achar que estou mais gorda, e assim em casa ninguém me vê*” (sic).

XI. Comentário Pessoal

Estabelecer uma relação terapêutica e empática com a N. foi para mim uma tarefa fácil. Desde a primeira consulta que a N. sempre se mostrou à vontade, o que a mim também facilitava a interacção com a paciente. Para mim, foi muito fácil empatizar com a N. e assim compreender e colocar-me na sua situação. O facto de termos idades próximas pode ter também contribuído para que mais facilmente se criasse uma empatia.

Uma característica muito marcada na N. prende-se com a facilidade com que esta fala das suas dificuldades e da sua história de vida. Em nenhuma das várias consultas senti dificuldade em recolher ou aceder a informação. As consultas com a N. pareciam-me passar depressa, gostava de estar com ela.

O bom *insight* que a N. apresenta relativamente às suas dificuldades, o grande conhecimento que tem acerca da temática das perturbações alimentares facilitou-me a intervenção, na medida em que a paciente compreendia com facilidade todos os aspectos que lhe eram explicados. Por outro lado, houve alturas em que devido a todo este conhecimento por parte da N. eu acabava por sentir que não lhe estava a dar nada de novo e que ela já sabia tudo o que eu lhe tentava esclarecer, sendo que a grande dificuldade dela era colocar todos esses conhecimentos em prática.

Assim, nesta paciente, o que parecia fundamental trabalhar era a questão cognitiva, visto que ela já sabia tudo acerca dos efeitos adversos das dietas, do vômito, dos laxantes, dos longos períodos sem comer. E é com muita pena minha que não continuo o acompanhamento desta paciente, uma vez que não tive o tempo necessário para ver nela mudanças a este nível, e que acho que, com trabalho, têm muitas possibilidades de acontecerem.

Caso Clínico 3

I. Identificação do caso clínico

Diagnóstico: Perturbação de Ansiedade Generalizada em comorbilidade com Agorafobia sem história de Perturbação de Pânico, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR (300.02 e 300.22) e Traços de Personalidade Obsessivo-Compulsiva.

Data de Início do acompanhamento: 12 de Março de 2008

Fase Actual da Terapia: Intervenção

Terapeuta: Dra. Sónia Bessa

Co-Terapeuta: Joana Gonçalves

II. Dados Biográficos

Nome: M.N.

Idade: 44 anos

Sexo: Feminino

Estado Civil: Solteira

Habilitações Literárias: Bacharelato em Arquitectura de Interiores

Profissão: Professora de Ensino Básico e Secundário

Constituição do agregado familiar: a M.N. vive sozinha (passa contudo muito tempo em casa dos pais).

Localidade: Covilhã

III. Motivo da consulta

A M.N. chega à consulta de Psicologia do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar Cova da Beira encaminhado pela consulta de Psiquiatria deste mesmo departamento.

A M.N. vem à consulta sozinha. Apresenta-se com aparência cuidada e vestuário fora dos padrões habituais e esperados para a idade, isto é, com vestuário muito jovem. Encontra-se orientada no tempo e no espaço auto e alo psicicamente. Não apresenta alterações de humor, do comportamento motor, da percepção, do pensamento, da memória e da linguagem. A paciente apresenta *insight*.

Quando é questionada acerca do motivo que a levou à consulta de psicologia a paciente refere “*eu estou aqui por problemas de indisciplina*” (sic).

IV. Dificuldades Actuais

A M.N. é professora da área das artes. Refere que gosta do que faz mas que as últimas alterações no ensino a fazem sentir-se mais sobrecarregada. Recentemente teve problemas de disciplina com uma das suas turmas. É uma turma do 7º ano, com 23 alunos, 5 dos quais com necessidades educativas especiais. Nas palavras da M.N. quase toda a turma tem comportamentos disruptivos, contudo considera que existe um grupo de 3 alunos que funcionam como líderes, e que acabam por “arrastar” todos os restantes alunos. Lecciona há quase 18 anos e considera que nunca se sentiu como actualmente se sente, “*com o tapete a fugir-me dos pés*” (sic). Sente que perdeu o controlo da situação, “*os miúdos são muito agressivos, quase que me querem bater*” (sic), e refere ainda “*eu não tolero a indisciplina deles*” (sic). Numa tentativa de resolver os problemas relacionados com esta turma a paciente tem pressionado os colegas para procurarem em conjunto uma solução, contudo acabam sempre por não fazer nada.

Numa 6ª feira recente, a M.N. teve aula com esta turma. Nesta originou-se uma grande discussão com a turma, mas principalmente com um aluno, que “*funciona como uma espécie de líder*” (sic). Este aluno foi muito provocador dizendo coisas como “nem a minha mãe me dá ordens”. No desenvolver de toda a discussão a M.N. acabou por dizer aos alunos “*ou saem vocês ou saio eu*” (sic), e acabou por abandonar a sala de aula. Com esta situação sentiu-se impotente, frustrada.

De acordo com a M.N., depois deste episódio na aula de 6ª feira ela passou bem o fim-de-semana contudo, nesse domingo passou em frente ao hospital e começou a sentir-se mal. A paciente refere *“comecei a sentir um aperto na garganta (...) pensei que ia sufocar (...) pensei que ia morrer”* (sic) e decidiu então dirigir-se à farmácia de serviço. Aí a M.N. começou a ter outros sintomas, *“a língua começou a enrolar (...) não conseguia falar (...) sentia um nó na garganta (...) tinha a sensação de asfixia e tremores”* (sic). Neste seguimento a paciente foi levada pelo INEM para o hospital. Este período teve uma duração de cerca de 2h a 2h 30 minutos.

A M.N. menciona *“não gosto de espaços fechados”* (sic). Quando vai, por exemplo, ao cinema verifica sempre as portas, para que lado é que estas abrem, se para dentro se para fora. Este comportamento é, segundo a paciente para estar preparada e saber o que fazer caso haja uma emergência. Por este mesmo motivo está sempre atenta, em qualquer local novo onde vá, por exemplo, a portas de emergência, para saber por onde pode fugir caso aconteça alguma coisa. A paciente sente-se igualmente apreensiva em locais fechados e sem ligação directa ao exterior, como por exemplo *“subir escadas estreitas se sem luz natural ou percorrer corredores também estreitos e pouco iluminados”* (sic). Outras situações que causam este mal-estar e que a M.N. evitam são locais onde se encontram muitas pessoas, onde se encontram multidões.

A M.N. refere que tem medo de voltar a ter alguma crise. Nestas alturas tem medo de asfixiar e pensa *“vai-me faltar o ar e vou morrer”* (sic). Assim, quando a paciente se encontra nos locais referidos anteriormente tem cognições como *“eu não consigo sair daqui”* (sic), *“o ar não circula”* (sic), começa a sentir falta de ar e a pensar *“posso morrer (...) vou sufocar (...) vou ter um ataque (...) vou desmaiar”* (sic).

A partir da informação recolhida através da ADIS-IV (Entrevista Clínica Estruturada para os Distúrbios de Ansiedade da DSM-IV), foi possível perceber a existência de um conjunto de questões com as quais a M.N. se preocupa constantemente e lhe causam ansiedade. Esta preocupação constante ocorre quer com questões profissionais quer com questões pessoais. A paciente considera que anda constantemente preocupada com aspectos como pormenores, *“preocupo-me com tudo, às vezes pequenas coisinhas já me deixam stressada, gosto que tudo fique bem”* (sic). O seu trabalho parece ser outra fonte de preocupação, *“tenho muitas responsabilidades, tenho sempre muitas actividades, e estou sempre preocupada se as consigo realizar com sucesso e de forma a que tudo corra bem”* (sic). A possibilidade de algum dia não conseguir honrar os compromissos financeiros que assumiu causa muita preocupação na M.N.,

“tenho receio de algum dia não conseguir acabar de pagar a minha casa, não conseguir cumprir com as minhas obrigações” (sic). O mesmo se passa com a possibilidade de vir a ter uma doença, com a possibilidade de invalidez, com a possibilidade da morte, situações que a M.N. receia muito e com as quais se preocupa constantemente. Por fim, esta preocupação constante estende-se ainda a questões relacionadas com a comunidade e com o mundo, como é o caso da educação, *“preocupa-me a banalização da educação e as consequências desta na educação dos cidadãos que estão a ser formados”* (sic), das injustiças e das guerras, *“preocupa-me a possibilidade de haver injustiças, de haver incompreensões, de haver a destruição do ser humano”* (sic). Assim, a M.N. considera que tudo o que põe em causa a sua estabilidade é fonte de preocupação e stress, como é o caso da situação da carreira docente, das dificuldades económicas do país. Além disso a paciente parece ter dificuldades em lidar com aspectos e situações que não controla. Desta forma situações como a doença, o envelhecimento, a senilidade, a morte preocupam e causam mal-estar na paciente.

Todo este conjunto de preocupações faz com que a M.N. sinta inquietação, nervosismo, fadiga, isto é cansa-se facilmente e ainda irritabilidade. A paciente, em relação a estas preocupações afirma *“a nível emocional desgastam-me e deixam-me frustrada, desanimada”* (sic). Como forma de lidar com todos estes aspectos e para se sentir melhor a paciente refere *“procuro estar com pessoas ou ocupar-me com alguma coisa”* (sic). Todas as preocupações são constantes e estão presentes quase todos os dias, sem que a paciente tenha a capacidade de as controlar, *“sou mesmo assim, não consigo deixar de me preocupar”* (sic).

Foi também recolhida informação através da Entrevista Clínica Estruturada para os Distúrbios de Personalidade do Eixo II do DSM-IV (SCID-II). Foi possível perceber a partir desta algumas características que são proeminentes na M.N.. desta forma a paciente considera-se uma pessoa que dá muita atenção a pormenores, que prime muito pela organização, *“quando tenho alguma actividade para organizar faço sempre uma escala para saber o que tenho que fazer, quem é que me pode ajudar (...) também gosto de ter o meu tempo bem organizado para ter tempo para fazer tudo”* (sic), acrescenta ainda que o quarto dela estava sempre mais arrumado do que os das colegas com que vivia quando esteve a estudar em Lisboa. A M.N. mostra-se também uma pessoa muito exigente e considera-se uma pessoa que não consegue ver ninguém a precisar de ajuda nem a ser alvo de injustiça, que tem logo a necessidade de ir ajudar, de reagir *“o cidadão tem a obrigação de actuar perante estas situações”* (sic). A paciente menciona também que é muito exigente com os alunos, nomeadamente no que se prende com

regras de “boa educação” e afirma *“eu não tolero que um aluno meu entre na sala de aula com o boné na cabeça, toda a gente sabe que isso é uma falta de respeito”* (sic).

Como já foi referido, a M.N., quando faz alguma coisa gosta que tudo fique bem feito, refere *“se tiver um obstáculo é terrível (...) penso não posso falhar (...) não devia correr mal”* (sic), *“não foi tudo 100% e devia ter sido”*.

Em determinadas situações a paciente tem dificuldade em aceitar a ajuda dos outros. A paciente refere *“gosto de fazer as coisas ao meu jeito porque normalmente sei que é assim que elas ficam bem feitas”* (sic), sendo que muitas vezes faz ela própria as tarefas para ter a certeza de que ficam bem e como ela quer. Gosta de ter a cooperação de outras pessoas mas apenas quando estas se entregam e colaboram com ela no que estão a fazer.

A M.N. ao descrever-se a si própria menciona *“considero-me uma pessoa com personalidade forte e quando tenho razão faço a minha opinião ir avante (...) e sei que muitas vezes tenho razão”* (sic). Acrescenta ainda que houve pessoas que já lhe disseram que ela é rígida, *“dizem-me que gosto de tudo à minha maneira”* (sic).

Actualmente a M.N. sente-se bem com ela própria e relativamente à sua aparência refere, *“agora já consigo vestir o que gosto”* (sic). Preocupa-se muito com a saúde e por isso pratica exercício físico regular, *“faço-o para me sentir bem física e mentalmente”* (sic).

A paciente tem uma irmã gémea, irmã esta que refere ser completamente diferente dela *“é mais descontraída, não anda sempre toda stressada como eu”* (sic), e acrescenta que gostava de ser assim, mais descontraída e despreocupada. Considera-se uma pessoa exigente tanto consigo própria como com os outros. Gosta de desempenhar o papel de líder pois considera que *“as pessoas que estão à minha volta são muito apáticas e eu gosto que as coisas andem para a frente”* (sic).

Considera que as outras pessoas a vêem como uma pessoa de confiança, *“propõem-me vários projectos, acreditam no meu trabalho”* (sic).

V. Início e desenvolvimento das dificuldades

A formação da M.N. é na área da Arquitectura de Interiores. Segundo a paciente este tipo de formação leva-a a estar mais atenta a estes aspectos, nomeadamente à arquitectura

dos edifícios, à forma com estes são construídos, à organização dos espaços. Assim a paciente está sempre atenta a, por exemplo, à existência ou não de janelas, de ligações com o exterior, entre outros aspectos.

Há cerca de 8 anos a paciente refere ter tido uma crise semelhante à que teve mais recentemente. Refere que foi quando estava a passar por umas escadas que serviam para de ligação para andares subterrâneos, não tendo assim qualquer tipo de ligação para o exterior. Nesta altura a paciente estava a passar por dificuldades, nomeadamente no que se refere ao término de um relacionamento íntimo. Segundo a M.N. foi a partir desta altura que começou a sentir-se mal em locais fechados, sem ligação para o exterior, em espaços desconhecidos.

Relativamente ao padrão de preocupação constante que a M.N. apresenta parece ter começado aquando da sua entrada no mundo de trabalho, isto é, quando começou a leccionar. A paciente refere que esta situação teve início devido ao aumento de responsabilidade que esta sentiu e à necessidade de fazer bem as coisas, “*sentia que as exigências da sociedade eram cada vez maiores*” (sic). A partir desta altura a M.N. sempre manteve este padrão de preocupação.

VI. História do desenvolvimento e aprendizagens prévias

A M.N. tem 3 irmãos, sendo uma gémea da paciente. A paciente descreve a infância como uma infância feliz “*fui uma criança feliz*” (sic). Menciona que sempre manteve um bom relacionamento com os irmãos, “*brincávamos muito juntos, havia muito afecto entre nós*” (sic).

A irmã mais velha da paciente sempre foi, na sua perspectiva aquela com quem era mais difícil o relacionamento, “*a minha irmã mais velha sempre foi muito revoltada, mas nunca percebi muito bem porquê (...) não aceitava a autoridade, principalmente do meu pai*” (sic). Relativamente a esta irmã refere ainda que é uma pessoa muito instável, quer a nível profissional quer ao nível dos relacionamentos interpessoais.

Em relação ao irmão, que também é mais velho que a M.N., esta refere “*sempre foi uma pessoa muito trabalhadora e mais estável que a minha irmã*” (sic). Segundo a paciente este irmão, ao contrário da outra irmã constituiu família e tem uma vida estável. A M.N. compara o irmão ao pai, afirmando que estes são muito parecidos, “*o meu irmão é como o meu pai, muito autoritário*” (sic).

Nas palavras da M.N. a sua irmã gémea sempre foi diferente dela. Menciona que sempre foi mais rebelde e descontraída. A M.N. sempre foi a irmã mais responsável, *“quando era preciso levar algum recado para a escola era sempre eu que levava”* (sic). Comparativamente com a irmã a paciente refere que sempre foi mais bem comportada, *“sempre fui a menina da mamã”* (sic). E por isto, a M.N. refere que sempre foi ela a estar atenta à irmã e a cuidar dela.

A M.N. compara-se constantemente com esta irmã e de forma inferior, *“gostava de ser como ela (...) eu sempre fui muito mais preocupada e ansiosa (...) ela leva sempre tudo mais descontraidamente”* (sic). Estas diferenças relativamente à irmã reflectiam-se também na preocupação com a imagem corporal. Ao contrário da irmã a M.N. sempre foi muito preocupada com o peso. A paciente refere *“na adolescência aumentei de peso e não gostava de mim, tinha vergonha do meu corpo”* (sic). Quando foi estudar para Lisboa, como mantinha uma alimentação que considera que era pouco saudável e equilibrada, *“era sempre à base de sandes”* (sic), aumentou ainda mais de peso. Contudo, como nesta altura andava muito ocupada mais ocupada, não pensava tanto no facto de não gostar do próprio corpo, apesar de referir *“tinha um complexo de inferioridade”* (sic). Foi quando começou a leccionar que perdeu muito peso, cerca de 10kg. Refere que nesta altura começou a ter mais cuidados com a alimentação *“comecei a cortar nas gorduras todas, e em algumas carnes”* (sic). Frequentou também consultas de nutrição que a ajudaram nesta tarefa de perder peso.

Segundo a M.N. a sua educação e a educação dos irmãos sempre foi pautada por muito rigor, *“em minha casa sempre houve muito rigor”* (sic). A paciente relaciona este rigor com a forma de ser do pai, *“o meu pai é uma pessoa muito rígida”* (sic). Refere que na relação com ela e com os irmãos o pai impunha o respeito através do medo, *“tinha-mos muito medo do meu pai, quando andavas a brincar estavas sempre preocupados se já estava a chegar a hora de ela ir para casa, para irmos antes dele chegar”* (sic). Recorda desde sempre o pai como uma pessoa pouco afectuosa, *“ele nunca foi muito de dar afecto”* (sic), e afirma ainda *“nunca foi uma pessoa de dar beijinhos, de dar um abraço”* (sic). O pai sempre foi muito crítico em relação à M.N., sendo que esta refere *“o meu pai nunca me valorizou, nunca me deu o devido valor (...) sempre foi muito crítico”* (sic).

Relativamente à mãe a M.N. descreve-a como *“uma pessoa muita pacífica, uma pessoa bondosa”* (sic). Ao contrário do pai, a paciente refere que a mãe sempre valorizou muito os filhos. A M.N. menciona que a mãe sempre a responsabilizou muito pela vida de casa, e

também para cuidar da irmã gémea, *“a minha mãe sempre me viu como a mais responsável”* (sic).

Actualmente todos os irmãos da M.N. estão emigrados na Suíça, contudo mantêm contacto telefónico regular. Quando precisam de ajuda ou de uma opinião para resolver alguma situação os irmãos da paciente recorrem ao seu apoio. Esta acaba por funcionar como um pilar para a família.

Com os pais a M.N. mantém uma relação estável. A paciente refere que tenta ajuda-los no que pode e tenta também não entrar em confronto com o pai, embora muitas vezes tenha uma posição e opinião diferente da dele.

Nos relacionamentos interpessoais a M.N. refere que tenta ser o mais correcta possível. Não gosta de entrar em conflito com ninguém e mesmo quando tem algum problema com alguém refere *“ não sou uma pessoa de guardar ressentimentos, e se tiver que passar por alguém com quem tive algum desentendimento não deixo de cumprimentar”* (sic). Refere ainda que tem um bom leque de amigos e que se esforça por o manter.

A M.N. menciona que ao longo da sua vida teve diferentes relacionamentos íntimos. Refere-se contudo a um relacionamento que considera ter sido o mais sério, que durou cerca de 4 anos, onde chegou a viver com essa pessoa. Esta relação acabou por terminar há cerca de 6 anos pois, segundo a paciente o companheiro achava que ela queria uma relação muito séria. A M.N. Considera que nunca lhe apareceu a pessoa certa, e por isso os relacionamentos que por vezes surgem acabam por ser pouco duradouros, *“são relacionamentos pontuais”* (sic). Contudo, a paciente refere que actualmente não se acha capaz de manter um relacionamento mais sério, *“acho que já não era capaz de manter um relacionamento desses, já não era capaz de perder toda a independência que tenho”* (sic) e acrescenta *“eu quando quero ir para um sítio vou, quando não me apetece ir não vou, e não tenho que estar sempre a pensar no que a outra pessoas quer ou pensa”* (sic).

VII. Formulação

De acordo com os dados recolhidos até ao momento a paciente parece apresentar um quadro clínico de Perturbação de Ansiedade Generalizada (300.02) em comorbilidade com

Agorafobia sem história de Perturbação de Pânico (300.22) e traços de Personalidade Obsessivo-Compulsiva.

A Perturbação de Ansiedade Generalizada traduz-se em ansiedade e preocupação presente todos os dias, desde há cerca de 18 anos, quando a M.N. começou a leccionar, e que a paciente tem dificuldade em controlar, *“sou mesmo assim, não consigo deixar de me preocupar”* (sic). Esta preocupação e ansiedade manifesta-se em sintomas como inquietação, nervosismo, *“ando sempre toda stressada”* (sic), fadiga, isto é cansa-se facilmente e ainda irritabilidade. As preocupações da paciente são transversais a diferentes áreas tais como pormenores, *“preocupo-me com tudo, às vezes pequenas coisinhas já me deixam stressada, gosto que tudo fique bem”* (sic), finanças *“tenho receio de algum dia não conseguir acabar de pagar a minha casa, não conseguir cumprir com as minhas obrigações”* (sic), saúde, questões relacionadas com a comunidade e com o mundo, como é o caso da educação, *“preocupa-me a banalização da educação e as consequências desta na educação dos cidadãos que estão a ser formados”* (sic), das injustiças e das guerras, *“preocupa-me a possibilidade de haver injustiças, de haver incompreensões, de haver a destruição do ser humano”* (sic). Todas estas preocupações e ansiedade parecem causar mal-estar na paciente, na medida em que esta se sente desgastada, *“a nível emocional desgastam-me e deixam-me frustrada, desanimada”* (sic).

A Agorafobia sem história de Perturbação de Pânico traduz-se em ataques de pânico inesperados e recorrentes, onde existe um desconforto intenso e onde estão sintomas como: dificuldades em respirar, sensação de sufoco, *“comecei a sentir um aperto na garganta (...) sentia um nó na garganta (...) tinha a sensação de asfixia”* (sic); tremores, medo de morrer *“pensei que ia morrer”* (sic); sensação de desmaio, *“estava quase a desmaiar”* (sic). Está ainda presente uma elevada ansiedade por se encontrar em locais onde a fuga possa ser difícil (espaços fechados, sem aberturas ou ligação com o exterior). Estas situações são evitadas ou enfrentadas com intenso mau estar, onde surgem cognições como *“vai-me faltar o ar e vou morrer”* (sic), *“eu não consigo sair daqui”* (sic), *“o ar não circula”* (sic), *“vou desmaiar”* (sic).

A M.N. tem uma irmã gémea, com quem se compara constantemente e de forma inferior, *“gostava de ser como ela (...) eu sempre fui muito mais preocupada e ansiosa (...) ela leva sempre tudo mais descontraidamente”* (sic). Assim, ao que parece desde pequena que a paciente é mais vulnerável ao stress e à ansiedade.

Desde pequena que a mãe da M.N. sempre a responsabilizou muito, quer pela vida de casa mas também para cuidar da irmã gémea, *“a minha mãe sempre me viu como a mais*

responsável” (sic). Além disto a sua educação sempre foi pautada por muito rigor, *“em minha casa sempre houve muito rigor”* (sic), visto que o pai é definido como uma pessoa rígida, *“o meu pai é uma pessoa muito rígida”* (sic), que impunha o respeito através do medo, *“tinha-mos muito medo do meu pai, quando andavas a brincar estavas sempre preocupados se já estava a chegar a hora de ela ir para casa, para irmos antes dele chegar”* (sic) e como uma pessoa pouco afectuosa, *“ele nunca foi muito de dar afecto (...) nunca foi uma pessoa de dar beijinhos, de dar um abraço”* (sic). Todos estes aspectos podem ter vulnerabilizado a paciente para a formação do esquema de Padrões Excessivos/Rígidos.

O padrão de preocupação constante da M.N. parece ter começado aquando da sua entrada no mundo de trabalho, isto é, quando começou a leccionar. O aumento de responsabilidade que esta sentiu e a necessidade de fazer bem as coisas, *“sentia que as exigências da sociedade eram cada vez maiores”* (sic). Estas exigências podem ter sido percebidas pela paciente como uma necessidade desta fazer bem as coisas, desenvolvendo assim a crença de que tem que ser perfeita e podendo desta forma activar o esquema de Padrões Excessivos/Rígidos.

A instabilidade em que actualmente caracteriza a sociedade e a incerteza face ao futuro são factores que podem estar a contribuir para a manutenção do quadro clínico. A paciente parece ter dificuldade em lidar com situações que não controla, daí que todas as situações deste tipo causam mal-estar, ansiedade e preocupação na paciente (e.g., o envelhecimento, a doença). Por outro lado, podem também a contribuir para esta manutenção os traços perfeccionistas que a M.N. parece apresentar onde nada pode correr mal, e tudo tem que ficar bem feito, assim como os erros de processamento de informação como a magnificação *“não posso falhar”* (sic) e pensamento dicotómico *“não foi tudo 100% e devia ter sido”* (sic).

Alguns aspectos podem estar relacionados com o início da Agorafobia. Assim, como a formação da paciente é na área da arquitectura de interiores a paciente pode assim estar mais atenta com os aspectos relacionados com a organização dos espaços, e principalmente com as janelas e ligações com o exterior.

Ao que parece foi há cerca de 8 anos que a paciente teve o primeiro ataque de pânico. Este teve contornos agorafóbicos na medida em que aconteceu quando a paciente estava a passar por umas escadas que serviam para de ligação para andares subterrâneos, não tendo assim qualquer tipo de contacto com o exterior. O último ataque de pânico parece ter ocorrido

na sequência de uma antecipação de uma situação stressante, que era o regresso à escola e à turma com quem teve os problemas disciplinares.

Os comportamentos de segurança que a paciente apresenta quando se encontra em locais desconhecidos, fechados, sem ligação com o exterior podem estar a funcionar como factores de manutenção do quadro clínico. Alguns destes comportamentos são: verificar sempre as portas, para que lado é que estas abrem; procurar onde se encontram as saídas de emergência. A contribuir também para a manutenção do quadro clínico poderão estar os erros de processamento de informação. Alguns exemplos são: catastrofização, “*vai-me faltar o ar e vou morrer*” (sic); inferência arbitrária, “*o ar não circula*” (sic) e magnificação, “*eu não consigo sair daqui*”, “*vou desmaiar*” (sic). Finalmente, ainda com a possibilidade de contribuição para a manutenção deste quadro podem estar os evitamentos que a paciente faz relativamente aos locais que teme.

VIII. Protocolo de Intervenção

1. Estabelecer uma relação terapêutica empática e que facilite o envolvimento e participação da paciente no processo terapêutico.
 - Adopção de uma postura de compreensão e interesse pela história de vida e dificuldades da paciente;
 - Aceitação e respeito pela individualidade da paciente.

2. Avaliar as dificuldades da paciente.
 - Entrevista clínica;
 - Aplicação de escala, questionários e entrevistas estruturadas;
 - Trabalhos de casa (lista de medos e preocupações).

3. Esclarecer acerca da natureza das dificuldades e de possíveis formas de tratamento – Psicoeducação.
 - Informar e educar acerca dos sintomas de ansiedade, dando o racional da ansiedade;
 - Esclarecer acerca dos ataques de pânico;
 - Ajudar a compreender os sinais e sintomas da Agorafobia

- Apresentar o modelo cognitivo da Ansiedade Generalizada assim como o ciclo da preocupação.
4. Promover a compreensão e identificação de situações ou locais desencadeadores de ansiedade, assim como as sensações corporais e pensamentos subjacentes a essas situações ou locais.
 - Registos de Auto-monitorização.
 5. Ajudar na aquisição de competências para lidar com os sintomas de ansiedade.
 - Exposição situacional ou *in vivo*;
 - Exercícios Respiratórios (e.g. respiração diafragmática);
 - Técnicas de distração;
 - Slide de paz;
 - Relaxamento progressivo
 6. Promover estratégias de confronto e solução de problemas.
 - Diferenciação de três tipos de problemas: imediatos e solucionáveis, imediatos e não solucionáveis e não imediatos e portanto não solucionáveis;
 - Identificação de preocupações produtivas e de preocupações não produtivas;
 - Definição do problema, procura de alternativas para a solução do problema, escolha da alternativa mais eficaz e implementação dessa mesma alternativa.
 7. Ajudar na reestruturação de crenças disfuncionais relacionadas com o medo das sensações corporais, de determinadas situações, e relacionadas com a preocupação constante acerca de determinados acontecimentos.
 - Identificação dos Pensamentos Automáticos Negativos (PAN);
 - Análise dos PAN no que se refere à sua validade e probabilidade do acontecimento temido;
 - Debate dos PAN (descatastrofização, questionamento socrático, flecha descendente).

8. Possibilitar a reestruturação de crenças relacionadas com a necessidade de que tudo seja bem feito, isto é, relacionadas com o perfeccionismo e com padrões de exigência elevados.
 - Identificação de crenças subjacentes a determinados pensamentos (flecha descendente);
 - Questionamento dessas crenças (questionamento socrático).

9. Preparar a alta terapêutica e trabalhar a prevenção de recaídas.
 - Alertar para a possibilidade de, no futuro, ter novas crises de pânico;
 - Ajudar na identificação dos factores que podem desencadear futuras crises de pânico;
 - Informar acerca do que pode ser feito no caso de ter uma nova crise;
 - Alertar para o facto das preocupações e ansiedade não desaparecerem com o final da terapia;
 - Relembrar procedimentos de resolução de problemas e de estratégias para lidar com a ansiedade aprendidos durante a terapia.

IX. Feedback Terapêutico

O processo terapêutico com a M.N. teve início no dia 12 de Março de 2008. As primeiras consultas foram marcadas com intervalos de aproximadamente um mês. Contudo estas foram intercaladas com sessões de recolha de informação. Desta forma as consultas ocorreram nos dias 12 de Março, 3 de Abril e 12 de Junho. As sessões de recolha de informação aconteceram nos dias 12 e 19 de Maio e ainda 2, 12 e 19 de Junho. As consultas foram dirigidas pela Dra. Sónia Bessa, e eu estive a assistir. As sessões de recolha de informação foram dirigidas por mim, com a orientação da Dra. Sónia.

O início do processo terapêutico a M.N., e como a paciente trouxe para a consulta um problema muito específico, a questão disciplinar, implicou o facilitar da expressão emocional da paciente acerca dessa situação. Na continuidade do processo terapêutico procurou-se trabalhar aspectos relacionados com a ansiedade, que são pertinentes quer para a intervenção na Agorafobia quer na Perturbação de Ansiedade Generalizada. Este processo encontra-se ainda

numa fase inicial, sendo que existe ainda muito trabalho que pode ser feito com a M.N.. O facto da paciente apresentar uma postura colaborativa e boa capacidade de compreensão pode facilitar e otimizar o processo terapêutico.

Na 1ª consulta (12 de Março), e quando é questionada acerca do motivo que a levou à consulta de Psicologia a M.N. refere *“eu estou aqui por problemas de indisciplina”* (sic). Esta consulta acabou por girar, principalmente, à volta destas dificuldades da paciente em lidar com uma das suas turmas, e de como esta dificuldade a fazia sentir. Contudo a paciente descreve ainda uma crise de pânico que lhe tinha ocorrido recentemente, e fala acerca de um dos seus medos, que é o medo de espaços fechados e sem ligação com o exterior. Como trabalho de casa foi pedido à M.N. que em casa reflectisse e escrevesse acerca do seguinte tópico *“os meus medos, aquilo que me perturba/preocupa e interfere comigo nos meus dias”*.

No final desta primeira consulta foi possível perceber que a M.N. vê como principal motivo para vir à consulta de psicologia o facto de estar a passar por dificuldades profissionais, nomeadamente com problemas de indisciplina por parte dos seus alunos, situação que está a ter dificuldades em ultrapassar. Contudo, e depois desta consulta com a paciente, foi possível colocar a hipótese desta também apresentar um quadro clínico de ataques de pânico e agorafobia. Daí que as consultas seguintes foram orientadas no sentido de explorar melhor esta situação.

Na 2ª consulta (3 de Abril) a paciente chega à consulta muito ansiosa pelo facto de ter percebido que a sala de espera não tem ligação com o exterior, e de não ter janelas que possam ser abertas.

O problema que teve com a turma e acerca do qual falou na primeira consulta parece que está resolvido e parece não continuar a causar mal-estar na paciente.

Parte da consulta foi dedicada à análise dos trabalhos de casa que foram pedidos à paciente. A M.N fez o que lhe foi pedido e demonstrou empenho e cuidado na realização deste trabalho (uma lista detalhada e passada a computador). Depois de feita uma análise global daqueles que são os medos e as preocupações da paciente. Nesta análise foi possível perceber que existe uma temática subjacente a todos os aspectos que a paciente colocou na lista, que é o controlo. Assim, tudo o que a M.N não tem capacidade de controlar, representa uma fonte de medo e de preocupação para ela.

O primeiro aspecto da lista da paciente era “impossibilidade de fuga de espaços fechados e desconhecidos”. Quando se encontra em locais destes a paciente tem cognições como “*eu não consigo sair daqui*” (sic), “*o ar não circula*” (sic), começa a sentir falta de ar e a pensar “*posso morrer*” (sic). Foi neste sentido feita psicoeducação acerca dos pensamentos automáticos negativos, onde se tentou explicar à paciente que todos estes pensamentos que lhe surgem quando se encontra neste tipo de locais são antecipações que o cérebro faz acerca de coisas que realmente nunca aconteceram. É contada uma história à M.N. para que esta consiga melhor compreender 3 aspectos importantes: o cérebro tem como função dar sentido às coisas; o cérebro está constantemente a actualizar a informação que recebe; pensamentos não são o mesmo que realidade.

Nesta consulta foi ainda possível perceber que a M.N. parece apresentar algumas dificuldades em compreender e aceitar por parte dos outros comportamentos e posturas que ela considera erradas. Neste sentido tentou-se trabalhar com a M.N. o facto de ser importante compreender que as pessoas têm diferentes visões do mundo, e por isso diferentes formas de se comportarem. É ainda abordado com a paciente o facto de não termos poder sobre os outros e mesmo que nos pareça que os outros estão errados não temos o poder de os alterar.

Nos dias 12 e 19 de Maio foram realizadas duas sessões de recolha de informação. Assim, procurou-se obter informação acerca da história de desenvolvimento da paciente, para desta forma ser possível elaborar uma conceptualização do caso clínico. Nas consultas anteriores a paciente acabou por se focalizar nas suas dificuldades actuais não tendo sido possível ter uma visão geral daquela que foi a história de desenvolvimento da M.N..

Nos dias 2 e 12 de Junho foram realizadas mais duas sessões de recolha de informação, sendo que nestas sessões se procedeu à aplicação da ADIS-IV que é uma Entrevista Clínica Estruturada para os Distúrbios de Ansiedade do DSM-IV. A ADIS-IV permite a avaliação de episódios de ansiedade recentes, e permite o diagnóstico diferencial, de acordo com os critérios do DSM-IV, entre as diferentes perturbações de ansiedade. A ADIS-IV fornece assim informação que permite uma análise funcional das perturbações de ansiedade. Devido à sua elevada comorbilidade com as perturbações de ansiedade e ao facto de em alguns casos a sintomatologia destas perturbações poder ser similar são incluídas secções para avaliar possíveis perturbações de humor, de somatização e de uso de substâncias. Finalmente a ADIS-IV contém questões de *screening* para sintomatologia psicótica e conversiva e ainda para a história familiar psiquiátrica. A partir da aplicação desta entrevista foi possível verificar que a

paciente, além de Agorafobia, parece apresentar também Perturbação de Ansiedade Generalizada.

Na 3ª consulta (12 de Junho), a paciente chega novamente à consulta ansiosa porque estava calor e estava à espera da consulta no corredor e não tinha nada que pudesse ser aberto. A M.N. continua a afirmar que estas situações lhe provocam muito mal-estar.

Nesta consulta a paciente fala acerca de uma crise de ansiedade que tinha tido no fim-de-semana anterior. Tinha uma actividade (uma feira) relacionada com a escola onde trabalha para organizar e refere “*estava a ver o tempo a passar sem conseguir organizar nada*” (sic). E é neste contexto que surge a crise onde a paciente começa a ter sensação de frio e de calor, tremores e taquicardia e a ter cognições como “*vai-me acontecer alguma coisa*” (sic). Segundo a M.N. o que alivia a ansiedade é perceber que “*está tudo sob controlo*” (sic). Neste seguimento foi dado à paciente o racional da ansiedade, onde foi focado o facto da ansiedade se tratar de uma resposta emocional adaptativa assim como os diferentes componentes da ansiedade (fisiológico, cognitivo e motor). Foi com facilidade que a M.N. compreendeu este racional.

No dia 12 de Junho foi realizada a última sessão de recolha de informação. Nesta foi utilizada a Entrevista Clínica Estruturada para os Distúrbios de Personalidade do Eixo II do DSM-IV. Esta entrevista é um instrumento que ajuda na realização do diagnóstico das perturbações de personalidade e começa com um conjunto de questões que permitem caracterizar o comportamento e relacionamentos típicos dos sujeitos e permite aceder a informação acerca da capacidade de auto-reflexão do sujeito. A partir dos dados recolhidos com esta entrevista foi possível perceber que a paciente apresenta traços de Personalidade Obsessivo-Compulsiva.

Apesar de não ter sido possível dar continuidade ao acompanhamento da paciente, por ter terminado o estágio, haveria muito trabalho a ser feito. Assim, alguns aspectos que poderiam ser trabalhados nas consultas seguintes são: treino de relaxamento, treino de estratégias de resolução de problemas, reestruturação cognitiva, entre outros.

X. Comentário Teórico

Historicamente o perfeccionismo foi descrito como uma tendência que os sujeitos apresentam para adoptar padrões elevados de desempenho e para se envolverem em formas

rígidas de autoavaliação (Kutlesa & Arthur, 2007). Estes mesmos autores referem que as pessoas com tendências perfeccionistas têm tendência a ver o seu desempenho de uma maneira absoluta ou a apresentarem pensamentos dicotómicos, isto é, de “tudo ou nada”.

Inicialmente o perfeccionismo era visto como um construto unitário, unidimensional (Tozzi, Aggen, Neale, Anderson, Mazzeo, Bulik, 2004). Neste sentido Hollender (1978 citado por Shafran & Mansell, 2001) foi um dos primeiros a definir perfeccionismo e considerava-o como a prática de exigir de si próprio ou dos outros, uma maior qualidade de desempenho do que é exigido pela situação. Posteriormente Burns (1980 citado por Shafran & Mansell, 2001) realizou uma análise mais ampla do conceito e descreveu perfeccionismo como uma rede de cognições que incluem expectativas e interpretações dos acontecimentos e a avaliação de si próprio e dos outros. Para este mesmo autor as pessoas com características perfeccionistas possuem padrões elevadamente irrealistas e aderem a estes de forma rígida e avaliam o seu trabalho em função destes padrões.

A partir de determinada altura, começou a deixar de fazer sentido olhar para o conceito de perfeccionismo como unidimensional e passou-se a considerar este constructo como multidimensional (Tozzi et al, 2004). E neste contexto, Frost, Marten, Lahart e Rosenblate (1990 citados por Antony & Swinson, 1998; Shafran & Mansell, 2001) definem perfeccionismo como a fixação de padrões excessivamente elevados para o desempenho, acompanhado de críticas excessivas na autoavaliação. Estes autores defendem uma compreensão multidimensional do perfeccionismo e apontam, neste sentido, seis dimensões deste constructo, que são:

1. **Preocupação excessiva com os erros:** refere-se à tendência para acreditar que é extremamente importante não cometer erros e que cometer erros é o mesmo que falhar. Este aspecto é visível no caso da M.N. quando esta afirma “*não posso falhar*” (sic).
2. **Elevados padrões pessoais:** esta dimensão reflecte a tendência para definir elevadas expectativas e padrões para si próprio e acreditar que o não cumprimento destes padrões significa que se é uma pessoa com menos valor. Também a M.N. define para si elevados padrões de desempenho e refere “*não foi tudo 100% e devia ter sido*” (sic).
3. **Dúvidas acerca da acção:** duvidar das acções no contexto do perfeccionismo implica um sentimento exagerado de que as tarefas não foram terminadas correctamente.
4. **Necessidade de organização:** esta é uma tendência para estar excessivamente preocupado com aspectos como a organização e a ordem.

5. **Expectativas parentais elevadas:** esta dimensão é provavelmente mais útil na explicação das origens do perfeccionismo do que como uma dimensão do perfeccionismo por si. Refere-se à pressão que a pessoa pode sentir por parte dos pais para ter um desempenho perfeito.
6. **Criticismo parental excessivo:** quando os pais são percebidos como sendo fortemente críticos perante erros que são cometidos, pode levar a que criem tendências perfeccionistas. A M.N. desde sempre teve este sentimento de ser criticada relativamente ao pai, sendo que esta refere *“o meu pai nunca me valorizou, nunca me deu o devido valor (...) sempre foi muito crítico”* (sic).

Ainda defendendo a visão do conceito de perfeccionismo como multidimensional Hewitt e Flett (1991 citado por Kobori, Yamagata, & Kijima, 2005; Kobori & Tanno, 2005; Ghaly, 2008) propõem três tipos principais de perfeccionismo:

1. **Perfeccionismo auto-dirigido:** reflecte uma forte motivação para o próprio ser perfeito que implica a adopção de normas exigentes para si próprio e de uma avaliação rigorosa do próprio comportamento. Este conceito apresenta semelhanças com a preocupação excessiva com os erros e elevados padrões pessoais referidos anteriormente.
2. **Perfeccionismo orientado para os outros:** trata-se de uma tendência para acreditar que os outros não possuem padrões elevados de desempenho. Pessoas com perfeccionismo orientado para os outros têm dificuldade em delegar tarefas por receio de ficarem desapontados face a um desempenho menos perfeito. A M.N. chega a mencionar isto mesmo, que por vezes faz ela próprias as tarefas para ter a certeza de que estas ficam bem feitas.
3. **Perfeccionismo percebido Socialmente:** está relacionado com a percepção que os outros possuem expectativas extremamente elevadas e que são impossíveis de atingir, isto é, percepção de pressão para ser perfeito.

Os estudos têm procurado focar-se nas correlações negativas e nas consequências do perfeccionismo, inclusivamente na possibilidade de coexistir psicopatologia e vulnerabilidade futura para o desenvolvimento de stress (Bieling, Israeli, & Antony, 2004).

Segundo Tozzi et al. (2004), o perfeccionismo tem sido reconhecido como um problema debilitante que está associado com várias perturbações e sintomas psiquiátricos, como é o caso

das perturbações de ansiedade (Flett, Greene, & Hewitt, 2004), do comportamento alimentar, depressão e ideação suicida. Neste mesmo sentido Fedewa, Burns, e Gomez (2005) acrescentam que o perfeccionismo tem vindo a ser conceptualizado como um traço de personalidade que pode contribuir para o desenvolvimento de psicopatologia e que tem sido correlacionado positivamente com a depressão, perturbações de personalidade, perturbações do comportamento alimentar e com disfunção sexual. No caso da M.N., o facto desta ter padrões elevados de desempenho pode contribuir para o surgimento e manutenção de sintomatologia ansiosa e preocupação.

Uma questão que se coloca quando se fala de perfeccionismo é até que ponto este causa sempre, e invariavelmente dificuldades ao indivíduo (Bieling, Israeli, & Antony, 2004). Estes mesmos autores referem que, existe uma tendência para serem enfatizadas as consequências negativas deste constructo apesar de, existirem perspectivas que consideram que o perfeccionismo pode conter tanto características desadaptativas como também adaptativas.

Hamachek (1978 citado por Bieling, Israeli, & Antony, 2004; Tozzi, 2004) defende uma natureza dual do perfeccionismo. Desta forma, este autor considera que pode existir uma forma mais adaptativa de perfeccionismo, a qual designa por “perfeccionismo normal”, e uma forma de perfeccionismo não adaptativo, a que chama de “perfeccionismo neurótico”. A forma adaptativa de perfeccionismo refere-se a esforços saudáveis para alcançar elevados padrões de exigência, onde os sujeitos têm a capacidade de apreciar os sucessos e de aceitar desempenhos abaixo do que é considerado perfeito. Por outro lado, para Hamachek, o “perfeccionismo neurótico” está presente em indivíduos que acham que nunca está bom o suficiente, que são incapazes de sentir satisfação porque aos seus olhos as coisas nunca são suficientemente bem feitas para se sentirem satisfeitos.

Reflectindo um pouco acerca do caso da M.N., parece-me que é correcto afirmar que os seus traços perfeccionistas não podem ser enquadrados naquilo a que Hamachek chama de “perfeccionismo neurótico”. Apesar de por vezes o perfeccionismo da M.N. lhe poder causar mal-estar, porque acarreta muita preocupação para que tudo seja bem feito, a paciente é capaz de se sentir satisfeita quando as coisas correm bem, e mesmo achando que por vezes podiam ter corrido melhor, valoriza o que de bom conseguiu alcançar.

Ainda no contexto da visão dual de perfeccionismo, Slade e Owens (1998) formularam o perfeccionismo adaptativo e mal adaptativo como processos de reforço baseados na teoria

comportamental de Skinner. Assim, para estes autores o perfeccionismo adaptativo está relacionado com as cognições e comportamentos levados a cabo para atingir determinados objectivos tais como a busca do sucesso, a aprovação dos outros. Por outro lado, o perfeccionismo mal adaptativo está relacionado com as cognições e comportamentos efectuados com o objectivo de alcançar metas como prevenir o fracasso e evitar a rejeição dos outros. Assim, para Slade e Owens (1998), o perfeccionismo pode ser positivo ou negativo dependendo dos objectivos do indivíduo.

Mais uma vez, tentando transpor estes aspectos para o caso da M.N., parece-me que se pode falar em perfeccionismo positivo, uma vez que a paciente procura o sucesso, e empenha-se nas actividades que realiza com o intuito de alcançar o sucesso e não como forma de prevenir o fracasso.

XI. Comentário Pessoal

O primeiro contacto com a M.N. foi curioso. Assim, na primeira consulta entra no gabinete uma mulher com aspecto de menina. E é mesmo assim que a M.N. habitualmente se apresenta, com um vestuário fora dos padrões esperados para a sua idade e que lhe dão um aspecto de menina frágil. Contudo, e à medida que tive a oportunidade de conhecer a paciente, foi fácil perceber que esta fragilidade é apenas aparente, e que por trás daquelas roupas de menina está um mulher com personalidade “forte” e muito “vincada”.

Com a M.N. senti-me colocada à prova, prova esta que tive algumas dificuldades em ultrapassar. Para mim foi extremamente difícil conduzir e “segurar as rédeas” das consultas que orientei sozinha. O facto da M.N. falar muito e de ter um discurso que em muitas situações se torna circunstancial, dificultou-me muito a recolha de informação relevante para a construção da história clínica cognitivo-comportamental. A paciente parecia ter dificuldades em falar de forma objectiva, e para falar de determinado tema começava a dar exemplos de situações pelas quais tinha passado. Assim, e tendo sempre consciência das minhas dificuldades, foi para mim uma tarefa complicada dirigir e orientar as consultas para aqueles que eram os objectivos a que me propunha.

Apesar de tudo isto, a M.N. é uma paciente com quem foi fácil empatizar. Sempre de mostrou uma paciente colaborativa e interessada no processo terapêutico, o que se verificava, por exemplo, no seu empenho na realização dos trabalhos de casa que lhe eram solicitados,

assim como na disponibilidade que mostrou para as sessões de recolha de informação. Tinha consciência de que falava muito e saía sempre da consulta a dizer “*Ai, desculpe Dra. Joana eu sou assim, falo demais não é?*” (sic). E na verdade, o facto da paciente falar muito fazia com que eu no final das consultas e das sessões de recolha de informação me sentisse cansada. O que não significa que não gostasse de estar com a paciente, mas antes que a paciente exigia sempre muito de mim.

CAPÍTULO 3

Actividades de investigação

Qualquer disciplina que queira ser considerada como ciência, deve basear-se em conceitos e esquemas conceptuais que foram desenvolvidos como resultado da experimentação e das observações, obtidas através do método científico (Bento, 2006). Segundo este mesmo autor, cabe assim, ao investigador, produzir conhecimento científico através da realização de experimentos planeados com rigor científico de um modo que confira cientificidade à investigação. Autores como Almeida e Freire (2003), alertam, assim, para o facto de a investigação ter de ser, obrigatoriamente, científica, caso contrário deixa de ser investigação.

Nas palavras de Pais Ribeiro (2002), a lei portuguesa que define as funções do psicólogo que trabalha em contexto de saúde, uma das funções do psicólogo é a investigação. Belar e Deardorff (1995 citado por Pais Ribeiro 2002) descrevendo o resultado de uma sondagem sobre as funções dos psicólogos da Divisão de Psicologia da Saúde da Associação Americana de Psicologia, verificaram que 65% dos psicólogos se dedicava à intervenção e 55% à investigação. Neste sentido Pais Ribeiro (2002), reforça a premissa de que não só a investigação é uma das áreas da prática psicológica, como é uma das principais áreas.

Tendo em conta a importância da investigação na Psicologia, reveste de grande interesse o desenvolvimento deste tipo de actividades, e a sua sistematização no presente relatório. Em seguida, é apresentado um estudo empírico, iniciado no ano de estágio e reformulado ao longo deste ano. Esta reformulação passou, essencialmente, pelo aumento do n da amostra, que passou de 70 para 116 sujeitos.

Estudo empírico: Ajustamento Conjugal e Saúde Mental

Resumo: Os relacionamentos íntimos são um aspecto central da vida adulta, e a qualidade dos mesmos tem implicações não apenas ao nível da saúde mental, mas também na saúde física e na vida profissional de homens e mulheres.

O presente artigo procura apurar se existe alguma relação entre o ajustamento conjugal e a saúde mental, averiguar se são os homens ou as mulheres que apresentam um melhor ajustamento conjugal, comparar a saúde mental entre homens e mulheres, verificar se o tempo de duração da relação influencia o ajustamento conjugal e a saúde mental, analisar se existe alguma influência do tempo de coabitação na saúde mental e no ajustamento conjugal e, verificar se existem diferenças na saúde mental e ajustamento conjugal de pessoas com níveis de habilitações literárias distintos. Para tal foram utilizados dois instrumentos, a *Revised Dyadic Adjustment Scale* (RDAS) e o *Mental Health Inventory* (MHI). A amostra é constituída por 116 sujeitos (66 do sexo feminino e 50 do sexo masculino) com idades compreendidas entre os 24 e os 50 anos.

Os resultados obtidos indicam que existe uma correlação positiva ($r=0,35$) entre saúde mental e ajustamento conjugal. Permitem ainda constatar que na mesma amostra não existem diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$), na forma como homens e mulheres percebem o seu ajustamento conjugal. Verifica-se também os homens parecem apresentar uma melhor saúde mental comparativamente com as mulheres.

Palavras-Chave: Relação Conjugal, Ajustamento Conjugal, Saúde Mental

Abstract: The intimate relationships are a central aspect of adult life, and the quality of and the quality of them has implications not only in mental health, but also in physical health and life of men and women.

This article examines whether there is any relationship between marital adjustment and mental health, whether they are men or women who have a better marital adjustment, comparing the mental health of men and women, verify if the time duration of marital relationship influence marital adjustment and mental health, examining whether there is any influence of time of cohabitation in mental health and marital adjustment, and check if there are differences in mental health and marital adjustment of people with different levels of education. For this, two instruments were used, the Dyadic Adjustment Scale Revised (RDAS) and Mental Health Inventory (MHI). The sample consists of 116 subjects (66 females and 50 males) aged between 24 and 50 years.

The results indicate that there is a positive link ($r = 0,35$) between health metal and conjugal adjustment. They point even if there are no statistically significant differences ($p > 0,05$) in how men and women perceive their adjustment. Moreover, men seem to have better mental health compared with women.

Key words: Conjugal relationship, Conjugal adjustment, Mental Health

Introdução

Na segunda metade do século XX e início do século XXI, as ideologias e as práticas do casamento - e todos os padrões que envolvem a construção psicossocial das identidades masculina e feminina - passaram a ser questionados, gerando uma crise de identidade e de papéis sociais na família e nos padrões de interação conjugal (Neto & Féres-Carneiro, 2005).

Também Aboim (2004) partilha as ideias referidas anteriormente e refere que as últimas décadas em Portugal têm sido atravessadas por grandes transformações sociais na situação das famílias e, principalmente das mulheres. Na mesma linha de pensamento Figueredo (2005) menciona que o casamento actual reflecte um retrato das influências externas, da dinâmica social e económica pela qual a sociedade tem passado. A autora aponta assim, como exemplos das mudanças que têm vindo a ocorrer no casamento, aspectos como a mudança de papéis assumidos por homens e mulheres, em que as mulheres saem para trabalhar e os homens ficam em casa a cuidar dos filhos, a redução do tamanho da família, as famílias monoparentais, homossexuais e as famílias reconstruídas.

Ferreira (2004) aponta, desta forma, que as principais tendências que marcam o panorama da conjugalidade são a descida da nupcialidade, e do número de casamentos religiosos, e aumento da idade média do primeiro casamento, da coabitação, do divórcio, do recasamento e do número de pessoas a viverem sós. Esta tendência na diminuição dos casamentos e no aumento do número de divórcios é corroborada pela informação estatística do INE (Instituto Nacional de Estatística), como mostra a figura seguinte:

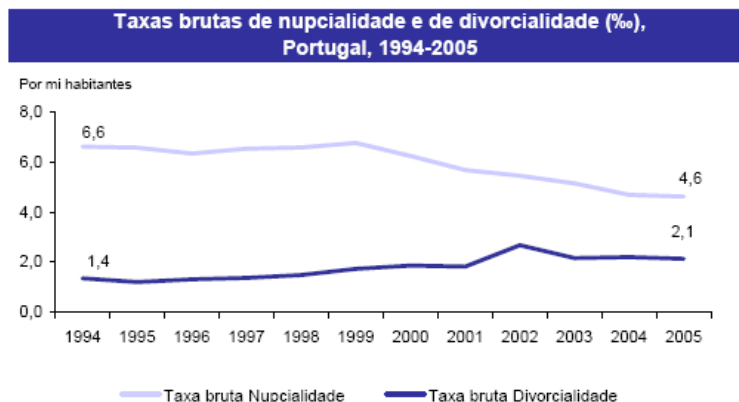


Figura 2. Taxas brutas de nupcialidade e de divorcialidade (%) em Portugal entre 1994 e 2005. **Fonte:** INE (2007)

Contudo, e como aponta Perlin (2006), as pessoas adultas, na sua maioria, ainda querem casar e o casamento ainda faz parte de um dos principais objectivos das pessoas e é visto como uma dimensão fundamental da vida adulta.

Quando se procura, com base na literatura, clarificar e definir conceitos relacionados com o relacionamento conjugal, assiste-se a uma falta de clareza conceptual e imprecisão relativamente a esta terminologia (Mosmann, Wagner & Féres-Carneiro, 2006). Por vezes, esta situação torna difícil delimitar conceitos como qualidade, satisfação ou ajustamento conjugais (Mosmann, Wagner & Féres-Carneiro, 2006).

A caracterização do que é um casamento satisfatório é uma tarefa árdua, não só para os leigos, mas também para o meio científico (Karney & Bradbury, 1995). Os mesmos autores referem que se se pensar que o casamento envolve dois seres humanos e a complexidade das suas vivências prévias e particulares, com as quais vêm a estabelecer uma vida nova, é possível perceber o elevado número de factores que se interconectam na vida a dois.

A investigação mostra que a qualidade do relacionamento conjugal poderá estar associada ao bem-estar dos cônjuges e dos filhos (Braz, Dessen, & Silva, 2005), às respostas fisiológicas dos cônjuges, à saúde física do casal (Mosmann, Wagner & Féres-Carneiro, 2006), às variáveis sócio-demográficas (Perry-Jenkins, Repetti & Crouter, 2000), à depressão (Hollist,

Miller, Falceto & Fernandes, 2007) à psicopatologia (Whisman, Uebelacker, & Weinstock, 2004), às características de personalidade (Furukawa, Hori, Azuma, Nakano, Oshima, Kitamura et al., 2002), e à combinações entre estas variáveis (Mosmann, Wagner & Féres-Carneiro, 2006).

Neste âmbito, a qualidade conjugal é um constructo com uma larga história, mas ainda hoje existe falta de clareza teórica nos estudos que se debruçam sobre a conjugalidade (Mosmann, Wagner & Féres-Carneiro, 2006).

Nas palavras de Figueredo (2005) a abordagem científica do ajustamento conjugal iniciou-se por volta de 1929 a partir da obra de Gilbert Hamilton intitulada “*A research in marriage*”. Nesta década, o ajustamento conjugal era definido como um sentimento de satisfação com o cônjuge e com o casamento, como o compartilhar de actividades e interesses comuns e a capacidade de preencher as expectativas do cônjuge (Dela Coleta, 1989 citado por Figueredo, 2005). Contudo, ao longo do tempo, o conceito de ajustamento conjugal tem sido conceptualizado de diferentes formas, como por exemplo, satisfação, consenso marital, intimidade e conflito (Figueiras, Machado, & Alves 2002).

O ajustamento conjugal, nas palavras de Hashmi, Khurshid e Hassa (2007), pode ser visto como um estado no qual quer o marido quer a esposa experienciam um sentimento total de felicidade e satisfação com o casamento, e um com o outro. Os mesmos autores mencionam que o ajustamento conjugal implica maturidade para aceitar e compreender o crescimento e desenvolvimento do cônjuge. Nas palavras de Burpee e Langer (2005), este ajustamento pode ser medido através do grau com que os cônjuges reconhecem que o companheiro(a) conhece as suas necessidades e desejos.

Na verdade, a satisfação no casamento depende de factores complexos e plurideterminados, que levam em conta aspectos pessoais, culturais, socio-económicos, ecológicos entre outros (Perlin, 2006). Neste mesmo sentido, e em termos gerais, reconhece-se hoje que a satisfação conjugal é um fenómeno complexo, no qual interferem diversas variáveis, tais como: características de personalidade, valores, atitudes e necessidades, sexo, momento do ciclo de vida familiar, presença de filhos, nível de escolaridade, nível socioeconómico, nível cultural, trabalho remunerado e experiência sexual anterior ao casamento (Olson, 2000; Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt & Sharlin, 2004). Um outro aspecto que ressalta da análise da literatura prende-se com o facto de ser importante ter em atenção que o casamento se transforma ao longo do ciclo de vida familiar, e assim, o nível de satisfação

também varia com o decorrer dos anos de convívio entre o casal (Weigel & Ballard-Reisch, 1999).

Na perspectiva de Spanier (1976 citado por Busby, Christensen, Crane & Larson, 1995; Figueredo, 2005; Perlin, 2006), o ajustamento conjugal é um conceito multidimensional e caracteriza-se por um processo cujo resultado é determinado pelo grau de diferenças entre os cônjuges e que causam mal-estar no casal, tensões no relacionamento do casal, ansiedade pessoal, satisfação conjugal, coesão diádica e consenso nas questões importantes para o funcionamento do casamento. Neste sentido, Spanier criou uma escala, a *Dyadic Adjustment Scale (DAS)*, que se propõe estudar a qualidade do relacionamento conjugal em adultos (Ramos & Patrão, 2005), e que para tal utiliza quatro dimensões, nomeadamente, consenso diádico, coesão diádica, satisfação diádica e expressão de afectos (Busby et al. 1995).

Para Spanier (1976 citado por Perlin, 2006), o consenso da díade está relacionado com a concordância do casal a respeito do comportamento frente a valores e normas sociais, organização das carreiras e tarefas domésticas, entre outros aspectos da vida conjugal que remetem para a diversidade de condições de adaptação a que a pessoa pode ser exposta num casamento.

A dimensão coesão da díade é vista por Spanier (1976 citado por Perlin, 2006) como o sentimento ou vivência de união e integração entre os cônjuges. Nesta dimensão, segundo o autor, é tido em conta o envolvimento em actividades extra-familiares juntos, a frequência com que são trocadas ideias estimulantes entre o casal, a frequência com que trabalham juntos num projecto, a frequência com que riem juntos.

Na perspectiva de Spanier (1976 citado por Perlin, 2006), a dimensão satisfação da díade inclui aspectos como a frequência de conversas ou pensamentos acerca do divórcio, da separação ou do término da relação, a frequência com que se pensa que as coisas na vida de casal estão ou não a correr bem, frequência de trocas de confidências, frequência de pensamentos de arrependimento por ter casado e de discussões.

Finalmente, relativamente à expressão de afecto Spanier (1976 citado por Perlin, 2006) postula que esta está relacionada com a percepção subjectiva acerca da concordância ou discordância do casal em questões relativas à forma e frequência de demonstrações de carinho afecto e desejo sexual.

Quando se fala e, saúde mental, a Organização Mundial de Saúde (WHO – World Health Organization) define-a como um estado de bem-estar no qual todos os indivíduos realizam o seu próprio potencial, são capazes de lidar com o stress normal da vida diária, são capazes de trabalhar de forma produtiva e de contribuir para a sua comunidade. Segundo Fonseca (1985, citado por Costa & Leal, 2004), a saúde mental pode ser considerada como um equilíbrio dinâmico que resulta da interacção do indivíduo com os seus vários ecossistemas: o seu meio interno e externo, as suas características orgânicas e os seus antecedentes pessoais e familiares.

Nas palavras de Nunes (2006), ter saúde mental implica um equilíbrio em todos os aspectos da vida - física, social, mental e espiritual. Segundo o mesmo autor a saúde mental compõe-se de três vertentes: (1) como nos vemos ou nos sentimos; (2) como vemos ou sentimos os outros; e, (3) como enfrentamos as exigências da vida.

Em termos operacionais a manutenção da saúde mental envolve (Nunes, 2006): (1) ter em atenção o estilo de vida pois deve haver um equilíbrio entre o que fazemos, não fazer de mais nem de menos (é preciso equilíbrio no trabalho, no lazer e no descanso); (2) reservar o contacto social, pois manter o contacto com quem gostamos é fulcral para a saúde mental; (3) rever periodicamente a nossa vida, o que inclui rever os nossos objectivos e a adequação das nossas opções (adequar objectivos às nossas capacidades e circunstancialismos); e, (4) ter consciência da interacção corpo-mente. A mente pode afectar o corpo e vice-versa. A alimentação, o exercício físico e o sono afectam não só o nosso organismo mas igualmente a nossa mente;

Veit e Ware (1983 citados por Pais-Ribeiro, 2001) explicam que, inicialmente, as medidas para a avaliação da Saúde Mental possuíam, características muito heterogéneas, que incluíam medidas de sintomas psicossomáticos e físicos, estado funcional, outros problemas de saúde ou preocupações e hábitos de saúde, a par de construtos psicológicos mais evidentes como sintomas de ansiedade e depressão. Posteriormente as medidas de saúde mental passaram a focar quase exclusivamente sintomas como a ansiedade e a depressão que, em geral, eram a evidência mais expressiva de *distress* psicológico. Assim, como nos afirmam os autores, uma substancial parte da população raramente ou nunca refere o sofrimento de qualquer sintoma de *distress* psicológico. Então, para melhorar a precisão das medidas torna-se necessário expandir a definição de saúde mental, para incluir características de bem-estar psicológico, tais como, bem-estar, alegria, prazer de viver, felicidade (Veit & Ware, 1983 citados por Pais-Ribeiro, 2001).

De acordo com Pais-Ribeiro (2001), a investigação na área de saúde mental, tem evidenciado que este constructo abrange duas dimensões, uma positiva que está relacionada com o bem-estar psicológico, e outra negativa, que se traduz no *distress* psicológico.

Existem autores que procuram explicar até que ponto o relacionamento conjugal e a saúde mental estão relacionados. Neste sentido, Goldfarb, Trudel, Boyer e Prévaille (2007), referem que, é bem conhecido o facto do desenvolvimento psicopatológico não ocorrer no vazio, antes pelo contrário desenvolve-se sempre num contexto de relacionamento interpessoal. Os mesmos autores acrescentam que uma forma de relacionamento interpessoal que ocupa um papel central em quase todas as formas de sociedade moderna é a relação conjugal. Neste sentido, e na perspectiva de Norgren et al. (2004), os relacionamentos íntimos são um aspecto central da vida adulta, e a qualidade dos mesmos tem implicações não apenas ao nível da saúde mental, mas também na saúde física e na vida profissional de homens e mulheres. Os mesmos autores apontam para o facto de, habitualmente, o bem-estar de homens casados ser maior do que em homens solteiros ou divorciados, tendência que não é tão acentuada em mulheres de diferentes estados civis.

Na perspectiva de Charker (2003), tanto para mulheres como para homens, a qualidade conjugal é um melhor predictor do bem-estar do que o estado civil, contudo este facto é particularmente verdade para as mulheres. O autor acrescenta que se o casamento é infeliz, as mulheres tendem a apresentar mais problemas psicológicos comparativamente com os homens. Assim, são várias as pesquisas que mostram que a importância do relacionamento conjugal no bem-estar físico e psicológico das mulheres é maior do que nos homens (Furukawa et al., 2002).

Segundo Shek (1999), diferentes pesquisas têm demonstrado que a qualidade do relacionamento conjugal, inclusivamente o ajustamento conjugal e a satisfação conjugal, exercem influência na saúde mental dos indivíduos. Renne (1971 citado por Shek, 1999) mostrou que pessoas insatisfeitas com o seu casamento tinham uma saúde mental mais pobre, e explicou este fenómeno em termos do impacto do casamento na saúde. Neste mesmo sentido, Hollist (2004) menciona que indivíduos infelizes no casamento têm maior susceptibilidade para problemas de saúde física e mental.

Diferentes autores fazem referência à associação entre depressão e relação conjugal (Heene, Buysse, & Van Oost, 2003; Goldfarb et al., 2007; Hollist et al.2007; Rehman, Gollan, & Mortimer, 2008). Assim, de acordo com Golfarb et al. (2007), enquanto o casamento pode

funcionar como factor protector contra a depressão, uma pessoa num casamento infeliz tem maior probabilidade de sofrer de depressão comparativamente com alguém com um casamento feliz. Estes mesmos autores referem que as pesquisas sugerem que a discórdia conjugal pode aumentar o risco de depressão, que a depressão pode ser um precursor da insatisfação conjugal, e que esta relação causal pode ser bidireccional.

Como referem Yoon e Zinbarg (2007), diversos estudos têm sugerido que indivíduos com ansiedade generalizada apresentam níveis significativamente mais elevados de insatisfação conjugal e apresentam risco mais elevado de divórcio. Num estudo sobre perturbações de, Whisman, Sheldon, e Goering (2000) verificaram uma forte correlação entre o diagnóstico de perturbação de ansiedade generalizada e insatisfação conjugal. De entre um grupo de perturbações, como mania, distimia, fobia social, fobia simples, agorafobia, perturbação de pânico e dependência e abuso de substâncias, a ansiedade generalizada era aquela estava mais relacionada com a insatisfação conjugal.

Face aos dados recolhidos até ao momento, considera-se pertinente o estudo, uma vez que este permitirá explorar tanto aspectos do relacionamento conjugal como da saúde mental, e perceber se existirá ou não uma relação entre estas duas áreas da vida das pessoas.

Método

Tendo por base a revisão bibliográfica realizada, no presente estudo definiram-se os seguintes objectivos: (1) apurar se existe alguma relação entre o ajustamento conjugal e a saúde mental, (2) averiguar se são os homens ou as mulheres que apresentam um melhor ajustamento conjugal, (3) comparar a saúde mental entre homens e mulheres, (4) verificar se o tempo de duração da relação influencia o ajustamento conjugal e a saúde mental, (5) analisar se existe alguma influencia do tempo de coabitação na saúde mental e no ajustamento conjugal e, por fim, (6) verificar se existem diferenças na saúde mental e ajustamento conjugal de pessoas com níveis de habilitações literárias distintos.

Depois da recolha dos dados, estes foram introduzidos no programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 16.0 para o Windows. Posteriormente passou-se à análise estatística destes mesmos dados. Foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), a partir do qual se tornou possível perceber que a amostra segue uma distribuição normal, podendo assim ser utilizados testes de estatística paramétrica. Seguidamente os dados foram sujeitos uma análise estatística descritiva e inferencial com o recurso aos seguintes testes estatísticos: Coeficiente de Correlação de Pearson, Teste *t* para amostras independentes e Análise de Variância (ANOVA).

Amostra

A amostra deste estudo é formada por 116 sujeitos que mantêm actualmente uma relação conjugal, isto é, que são casados ou que vivem em união de facto. Foi recolhida por conveniência, maioritariamente no distrito de Castelo Branco e Porto

Dos 116 sujeitos que constituem esta amostra (cf. Tabela 2), 66 são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 50 anos ($M=38,8$; $DP=6,53$) e 50 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 25 e os 50 anos ($M=37,2$; $DP=7,19$). Relativamente ao tempo de duração da relação, verifica-se que este varia entre os 7 e 31 anos no sexo feminino ($M=19,33$; $DP=7,27$) e entre 4 e 31 anos ($M=17,0$; $DP=7,60$) no sexo masculino. No que se refere ao tempo de coabitação, no sexo feminino varia entre os 3 e os 27 anos ($M=15,2$; $DP=7,46$) enquanto que no sexo masculino é entre os 2 e os 27 anos ($M=12,8$; $DP=7,51$).

Tabela 2. Distribuição frequencial por sexo relativamente à idade

Sexo	N	Idades		
		Mín.-Máx.	M	DP
F	66	24-50	38,8	6,53
M	50	25-50	37,2	7,19

Relativamente às habilitações literárias, 5,2% da amostra possui o 1º ciclo, 13,8% possui o 2º Ciclo, 25,9% possui o 3º ciclo, 20,7% possui o secundário, 32,8% possui uma licenciatura e 1,7% possui uma pós-graduação.

Instrumentos

No presente projecto foram utilizados três instrumentos, nomeadamente um questionário sócio-demográfico, a *Revised Dyadic Adjustment Scale* (RDAS) (cf. Anexo 9) e o Inventário de Saúde Mental (ISM) (cf. Anexo 10).

O questionário socio-demográfico recolhe informação acerca do sexo, idade, duração da relação, tempo de coabitação, habilitações literárias e profissão.

A RDAS é uma escala que deriva da revisão da DAS (*Dyadic Adjustment Scale*) de Spanier (1976). Esta última é composta por 32 itens e investiga a percepção que os parceiros têm do relacionamento, avaliando quatro dimensões, que definem quatro sub-escalas: Consenso, Satisfação, Coesão e Expressão de afecto. A DAS tem sido o instrumento mais utilizado para medir relacionamento conjugal (Piotrowski, 1999 citado por Figueiras, Machado & Alves, 2002; Charker, 2003) e aquele que é apontado como detentor de melhores características psicométricas (Dela Coleta, 1989 citado por Perlin, 2006). Graham, Liu e

Jeziorski (2006) afirmam mesmo que a DAS é provavelmente a forma de medir a qualidade do relacionamento conjugal mais amplamente utilizada nas ciências sociais e comportamentais. Entre os anos de 1976 e 1988, esta escala foi usada em mais de 1000 estudos (Spanier, 1988 citado por Lim & Ivey, 2000; Shek & Cheung, 2007). Actualmente, esta escala é amplamente utilizada em diferentes estudos (Möler & Van Zyl, 1991; Markestad, Montgomery & Bartsch, 1998; Bonanno, Mihalecz, & Lejeune, 1999; Habke, Hewitt & Flett, 1999; Shek, 1999; Field, Bonanno, Williams & Horowitz, 2000; Addis & Bernard, 2002; McGovern & Meyers, 2002; Banthia, Malcarne, Varni, Ko, Sadler & Greenbergs, 2003; Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt, & Sharlin, 2004; Ramos & Patrão, 2005).

A RDAS utilizada no presente estudo é uma versão de investigação de Pereira (2004), e tem uma estrutura semelhante à original. É constituída por 14 itens, que se encontram divididos por três sub-escalas: (1) Consenso (engloba os itens 1,2,3,4,5 e 6) e está relacionada com a tomada de decisão, os valores e o afecto; (2) Satisfação (abrange os itens 7, 8, 9 e 10) relacionada com a estabilidade e com o conflito; e (3) Coesão (engloba os itens 11, 12, 13 e 14) que está relacionada com actividades e discussão. As opções de resposta são em formato tipo *Lickert* e o resultado da escala obtém-se através da soma das pontuações de cada item. Quanto mais elevado o resultado da escala, melhor o ajustamento conjugal.

O ISM é a adaptação portuguesa, por Pais-Ribeiro (2001), da versão original do *Mental Health Inventory (MHI)*. Este inventário visa avaliar a Saúde Mental numa perspectiva que inclui tanto dimensões positivas como negativas. Como refere Pais-Ribeiro (2001), é constituída por 38 itens que se agrupam em 5 escalas: (1) Ansiedade (itens 3, 11, 13, 15, 22, 25, 29, 32, 33 e 35); (2) Depressão (itens 9, 27, 30, 36 e 38); (3) Perda de Controlo Emocional/Comportamental (itens 8, 14, 16, 18, 19, 20, 21, 24 e 28); (4) Afecto Positivo (itens 1, 4, 5, 6, 7, 12, 17, 26, 31, 34 e 37); e (5) Laços Emocionais (itens 2, 10 e 23). Por sua vez, estas cinco sub-escalas agrupam-se em duas grandes escalas ou dimensões (uma negativa e outra positiva) que medem respectivamente o *Distress* Psicológico (avaliado através do agrupamento das sub-escalas de Ansiedade, Depressão, e Perda de Controlo Emocional/Comportamental) e o Bem-Estar Psicológico (medido a partir da soma das sub-escalas Afecto Geral Positivo e Laços Emocionais). O total da escala resulta da soma dos valores brutos dos itens que a compõem e quanto mais elevado o resultado, melhor a saúde mental. Os resultados de cada escala obtêm-se através do somatório dos itens que a compõem a dividir por esse mesmo número de itens.

Os itens têm um formato de resposta tipo *Likert* e alguns são cotados de forma invertida. Valores mais elevados correspondem a melhor saúde mental.

Procedimentos

Num primeiro momento foi contactada a autora da versão portuguesa da RDAS e feito o respectivo pedido autorização para a utilização da escala no presente estudo. Este mesmo procedimento foi repetido para o autor do ISM. Num segundo momento procedeu-se à aplicação destas mesmas escalas.

A amostra foi recolhida através de contactos pessoais, onde foi pedida aos participantes a colaboração no estudo, esclarecido o objectivo e assegurada a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

Resultados

Para analisar se existe algum tipo de relação entre o ajustamento conjugal e a saúde mental foi calculado o Coeficiente de Correlação de Pearson. A partir dos valores obtidos ($r=0,354$; $p<0,001$; $n=116$) é possível observar que existe uma correlação estatisticamente significativa entre o ajustamento conjugal e a saúde mental. O valor da correlação é positivo, o que significa que existe uma correlação positiva entre as variáveis, ou seja, à medida que aumenta o ajustamento conjugal aumenta também a saúde mental ou vice-versa.

Ao analisar os resultados obtidos no total da RDAS de acordo com a variável sexo (cf. Figura 3) é possível verificar que os homens ($M=51,4$; $DP=5,90$) apresentam uma média superior à das mulheres ($M=50,8$; $DP=10,08$). Esta diferença de médias não é estatisticamente significativa para um nível de significância de 0,05.

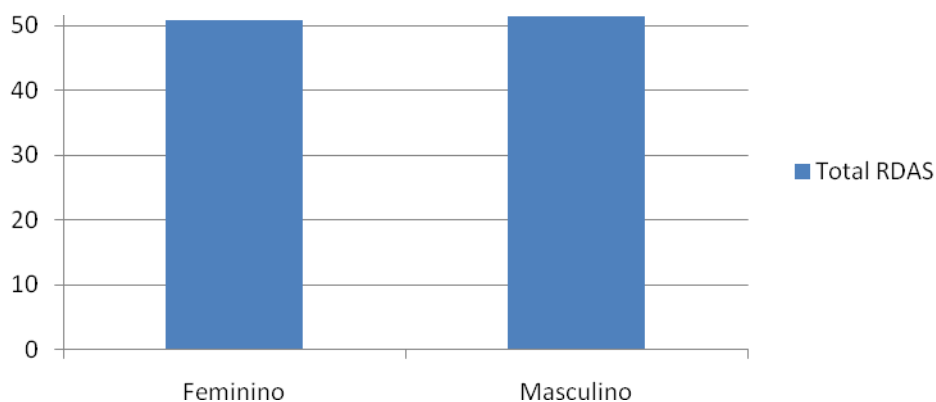


Figura 3. Valores médios obtidos no total da RDAS, de acordo com o sexo

Nas sub-escalas do RDAS, é possível verificar que existem diferenças nas médias entre homens e mulheres (cf. Tabela 3). Contudo, estas diferenças não são estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Tabela 3. Valores médios (+/- DP) das sub-escalas da RDAS comparativamente entre sexo feminino e masculino

Sexo		Coesão	Consenso	Satisfação
Feminino (N=66)	M	3,7	4,0	3,0
	DP	0,83	0,76	1,08
	Mín.-Máx.	0,8-4,5	1,0-5,0	1,3-4,5
Masculino (N=50)	M	3,9	4,1	2,9
	DP	0,68	0,46	0,91
	Mín.-Máx.	2,0-4,8	3,0-4,8	1,3-4,5

Ao analisar os resultados do total do ISM de acordo com a variável sexo (cf. Figura 4) é possível verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ISM ($t(116) = -2,647$;

gl=114; $p=0,009$) e que o sexo masculino ($M= 172,2$; $DP= 26,57$) apresenta uma média superior ao sexo feminino ($M= 155,5$; $DP= 37,72$).

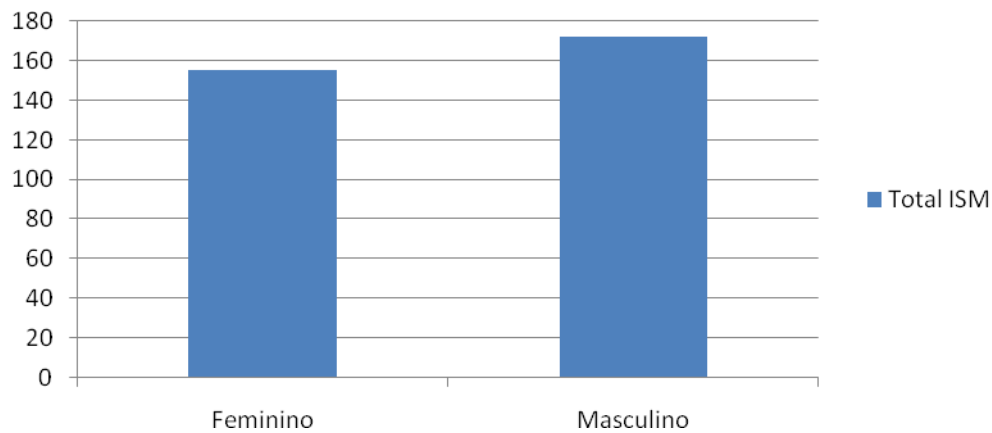


Figura 4. Valores médios obtidos no total do ISM, de acordo com o sexo

Nas escalas e dimensões do ISM, os homens apresentam uma média superior à obtida pelas mulheres (cf. Tabela 4).

Tabela 4. Valores médios (+/- DP) das sub-escalas e dimensões do ISM comparativamente entre sexo feminino e masculino

		Sub-escalas					Dimensões	
		Ansiedade**	Depressão**	Perda Controlo Emocional/ Comportamental**	Afecto Positivo**	Laços Emocionais**	<i>Distress</i> Psicológico**	Bem-Estar Psicológico**
Sexo	M	4,1	4,3	4,5	3,5	4,5	4,3	4,0
	DP	1,06	1,17	1,03	1,05	1,15	1,06	1,00
	Mín.-Máx.	1,3-5,3	1,2-5,6	2,0-5,8	1,3-5,6	1,7-6,0	1,5-5,4	1,7-5,5
Feminino (N=39)	M	4,1	4,3	4,5	3,5	4,5	4,3	4,0
	DP	1,06	1,17	1,03	1,05	1,15	1,06	1,00
	Mín.-Máx.	1,3-5,3	1,2-5,6	2,0-5,8	1,3-5,6	1,7-6,0	1,5-5,4	1,7-5,5
Masculino (N=31)	M	4,6	4,6	4,9	4,1	4,8	4,7	4,4
	DP	0,80	0,67	0,79	0,76	0,91	0,71	0,72
	Mín.-Máx.	3,1-5,8	3,0-5,8	2,4-5,9	2,4-5,2	2,0-6,0	3,0-5,7	2,2-5,3

Nestes resultados encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre sexos nas seguintes escalas: Ansiedade ($t(116) = -2,828$; $gl=114$; $p=0,06$), onde os homens ($M=4,6$; $DP=0,80$) obtiveram resultados mais elevados que as mulheres ($M=4,1$; $DP=1,06$); Depressão ($t(116) = -1,982$; $gl=114$; $p=0,05$), sendo que o sexo masculino ($M=4,6$; $DP=0,67$) pontua mais elevado que o feminino ($M=4,3$; $DP=1,17$); Perda de Controlo Emocional/Comportamental ($t(116) = -1,974$; $gl=114$; $p=0,05$), em que os homens ($M=4,9$; $DP=0,79$) obtêm pontuações mais elevadas que as mulheres ($M=4,5$; $DP=1,03$); Afecto Positivo ($t(116) = -3,037$; $gl=114$; $p=0,003$), sendo que sexo masculino ($M=4,1$; $DP=0,76$) que pontua mais elevado que o sexo feminino ($M=3,5$; $DP=1,05$); na dimensão *Distress* Psicológico ($t(116) = -2,311$; $gl=114$; $p=0,023$), onde os homens alcançam resultados ($M=4,7$; $DP=0,71$) superiores ao das mulheres ($M=4,3$; $DP=1,06$); e na dimensão Bem-estar Psicológico ($t(116) = -2,622$; $gl=114$; $p=0,01$), sendo o sexo masculino ($M=4,4$; $DP=0,72$) a obter resultados mais elevados comparativamente com o sexo feminino ($M=4,0$; $DP=1,00$).

Para analisar a variável idade, procedeu-se à sua estratificação. Para tal, constituíram-se três grupos homogêneos relativamente ao n , nomeadamente o grupo dos mais novos (dos 24 aos 34 anos), dos que têm idades intermédias (dos 35 aos 42 anos) e dos mais velhos (dos 43 aos 50 anos).

Ao analisar se existem diferenças de médias ao nível do ajustamento conjugal e da saúde mental nos diferentes grupos de idades, verificou-se que em ambos os casos, não se encontram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$). Contudo, ao levar a cabo uma análise mais detalhada, encontram-se diferenças em algumas sub-escalas dos instrumentos.

Para perceber entre que grupos se encontram estas diferenças foi realizado um teste estatístico *Post-hoc* e foi assim possível verificar que estas são sempre entre o grupo dos mais novos e o grupo dos mais velhos.

Na RDAS, as diferenças estatisticamente significativas encontraram-se apenas na sub-escala Coesão ($F(2;113)=6,96$; $p=0,001$). Assim sendo, a média obtida pelos mais novos ($M=4,1$; $DP=0,44$) é superior à obtida pelo grupo dos mais velhos ($M=3,5$; $DP=1,05$).

No que se refere ao ISM, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em duas sub-escalas e numa dimensão, nomeadamente Afecto Positivo ($F(2;113)=4,75$; $p=0,01$), Laços Emocionais ($F(2;113)=4,82$; $p=0,01$) e Bem Estar Psicológico ($F(2;113)=6,34$; $p=0,002$). Na sub-escala Afecto Positivo os mais novos apresentam uma média superior ($M=4,1$; $DP=0,86$) aos mais velhos ($M=3,4$; $DP=1,01$). Relativamente à sub-escala Laços Emocionais, os mais novos obtiveram uma média mais elevada ($M=5,04$; $DP=1,02$) comparativamente com os mais velhos ($M=4,3$; $DP=1,18$). Na dimensão Bem-estar Psicológico o grupo dos mais novos alcançaram uma média mais alta ($M=4,6$; $DP=0,84$) que os mais velhos ($M=3,9$; $DP=0,94$).

A variável duração da relação foi recodificada em dois grupos, o grupo dos sujeitos cuja relação dura há menos tempo (entre 4 e 16 anos) e o grupo 2 dos sujeitos cuja relação dura há mais tempo (entre 17 e 31 anos). Estes grupos foram criados tendo em conta a mediana da variável duração da relação.

Através da análise estatística, foi possível verificar diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas médias dos dois grupos em sub-escala da RDAS, do ISM e no total de ambas as escalas.

No total do ISM o grupo 1 ($M=169,1$; $DP=29,69$) apresenta uma média superior ao grupo 2 ($M=155,9$; $DP=37,66$), tendência que se verifica também no total da RDAS onde o grupo 1 obtém média de 53,3 e um desvio padrão de 5,27 e o grupo 2 uma média de 48,8 e desvio padrão de 10,52.

Na RDAS, as diferenças estatisticamente significativas foram encontradas na sub-escala Consenso ($t(116)=3,069$; $gl=114$; $p=0,003$) e Coesão ($t(116)=4,536$; $gl=114$; $p=0,0001$). No ISM foram na sub-escala Perda de Controlo Emocional/Comportamental ($t(116)=2,050$; $gl=114$; $p=0,043$) e Laços Emocionais ($t(116)=3,787$; $gl=114$; $p=0,0001$) e na dimensão Bem-estar psicológico ($t(116)=3,213$; $gl=114$; $p=0,002$).

No que concerne às sub-escalas, é sempre o grupo dos sujeitos cuja relação dura há menos tempo que apresenta média mais elevada.

A variável tempo de coabitação foi recodificada e transformada numa variável dicotómica. Assim, um grupo engloba os indivíduos que vivem com o(a) companheiro(a) há menos tempo (entre 2 e 12 anos), e o outro grupo engloba os indivíduos que coabitam com o(a) companheiro(a) há mais tempo (entre 13 e 27 anos).

Ao analisar os resultados obtidos nos diferentes instrumentos de acordo com o tempo de coabitação, foi possível encontrar diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

No que se refere à RDAS, as diferenças estatisticamente significativas verificaram-se na sub-escala Consenso ($t(116)=2,613$; $gl=114$; $p=0,01$), onde o grupo 1 ($M=4,2$; $DP=0,36$) apresenta resultados superiores ao grupo 2 ($M=3,9$; $DP=0,82$), e Coesão ($t(116)=2,714$; $gl=114$; $p=0,0001$), obtendo o grupo 1 ($M=4,1$; $DP=0,42$) pontuações mais elevadas que o grupo 2 ($M=3,5$; $DP=0,91$). As diferenças verificam-se ainda no total da RDAS ($t(116)=2,613$; $gl=114$; $p=0,008$), sendo grupo 1 ($M=53,2$; $DP=5,49$) a obter resultados superiores ao grupo 2 ($M=49,0$; $DP=10,34$).

No ISM, as diferenças estatisticamente significativas encontraram-se nas seguintes sub-escalas: Ansiedade ($t(116)=2,733$; $gl=114$; $p=0,007$), Depressão ($t(116)=2,613$; $gl=114$; $p=0,01$), Perda de controlo emocional/comportamental ($t(116)=2,050$; $gl=114$; $p=0,043$), Afecto positivo ($t(116)=2,873$; $gl=114$; $p=0,005$) e Laços emocionais ($t(116)=3,176$; $gl=114$; $p=0,002$). Verificaram-se diferenças nas duas dimensões do ISM, nomeadamente *Distress* Psicológico ($t(116)=2,650$; $gl=114$; $p=0,009$) e Bem-estar Psicológico ($t(116)=3,497$; $gl=114$;

$p=0,001$), e no total da escala ($t(116)=2,923$; $gl=114$; $p=0,004$). Na sub-escala Ansiedade, o grupo 1 ($M=4,5$; $DP=0,76$) alcança valores superiores ao grupo 2 ($M=4,1$; $DP=1,13$). Na sub-escala Depressão o grupo 1 ($M=4,7$; $DP=0,75$) supera o grupo 2 ($M=4,2$; $DP=1,08$). Na sub-escala Perda de controlo emocional/comportamental, o grupo 1 ($M=4,9$; $DP=0,77$) obtém pontuações mais elevadas que o grupo 2 ($M=4,4$; $DP=1,05$). Relativamente à sub-escala Afecto Positivo, mais uma vez o grupo 1 ($M=4,0$; $DP=0,85$) apresenta resultados superiores ao grupo 2 ($M=3,5$; $DP=1,03$), o que acontece também na sub-escala Laços Emocionais onde o grupo 1 ($M=5,0$; $DP=0,90$) excede o grupo 2 ($M=4,4$; $DP=1,13$). Na dimensão *Distress* Psicológico o grupo 1 ($M=4,7$; $DP=0,76$) continua a alcançar pontuações mais elevadas do que o grupo 2 ($M=4,2$; $DP=1,06$), tendência que se verifica ainda na dimensão Bem-estar Psicológico onde o grupo 1 ($M=4,5$; $DP=0,76$) supera o grupo 2 ($M=3,9$; $DP=0,94$).

Ao analisar diferenças de médias nas diferentes sub-escalas do ISM e da RDAS, assim como nos totais dos instrumentos para a variável habilitações literárias, foram encontradas algumas diferenças estatisticamente significativas ($p>0,05$). Neste sentido, apenas no total da RDAS se verificam estas diferenças ($F(5;110)=3,83$; $p=0,003$). Ao realizar o teste estatístico *Post-hoc*, é possível perceber que estas diferenças são entre o grupo dos sujeitos que possuem o 2º ciclo ($M=44,6$; $DP=14,35$) e os que têm uma licenciatura ($M=54,4$; $DP=6,7$), sendo estes últimos os que apresentam uma média mais elevada. Relativamente às sub-escalas da RDAS, encontram-se diferenças estatisticamente significativas em três delas, nomeadamente Consenso ($F(5;110)=2,92$; $p=0,02$), Coesão ($F(5;110)=3,35$; $p=0,007$) e Satisfação ($F(5;110)=4,74$; $p=0,001$). No primeiro caso as diferenças são entre os sujeitos com o 2º ciclo ($M=3,6$; $DP=1,32$) e os licenciados ($M=4,2$; $DP=0,34$), no segundo entre os do 1º ciclo ($M=3,0$; $DP=1,22$) e os licenciados ($M=4,0$; $DP=0,43$) e no terceiro caso são entre os sujeitos do 1º ciclo ($M=3,8$; $DP=0,20$) e 2º ciclo ($M=2,3$; $DP=0,44$), entre o 1º ciclo e sujeitos com pós-graduação ($M=1,5$; $DP=0,01$) e ainda entre os sujeitos com o 2º ciclo e os sujeitos com licenciatura ($M=3,2$; $DP=1,10$).

No ISM, apenas na sub-escala Laços emocionais foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($F(5;110)=3,39$; $p=0,007$). Estas ocorrem entre os sujeitos que alcançaram o 3º ciclo de escolaridade ($M=4,3$; $DP=1,21$) e os que têm uma licenciatura ($M=5,1$; $DP=0,64$).

Discussão dos Resultados

Os resultados obtidos indicam que, na presente amostra, existe uma relação entre o ajustamento conjugal e a saúde mental. Isto é, existe uma tendência para os sujeitos que têm uma melhor saúde mental apresentarem também um melhor ajustamento conjugal, e vice-versa. Este pressuposto vai de encontro ao que é encontrado na literatura acerca do impacto do relacionamento conjugal na saúde mental, onde é suportada a ideia de que um mau ajustamento conjugal está associado a uma pior saúde mental (Norgren et al., 2004; Shek, 1999; Hollist, 2004).

Num estudo levado a cabo por Busby et al. (1995), com uma amostra de 484 sujeitos, os autores apresentam pontuações médias do total das RDAS quer para sujeitos com elevados níveis de *stress* (M=41,6; DP=8,2) quer para sujeitos com baixos níveis de *stress* (M=52,3; DP=6,6). Comparando estes resultados com os obtidos no presente estudo é possível perceber que as médias totais da RDAS neste estudo (M=51,7; DP=8,51) se aproximam mais das obtidas com casais com baixos níveis de *stress*.

A literatura sustenta que são várias as variáveis que interferem no ajustamento conjugal, tais como: características de personalidade, valores, atitudes, necessidades, sexo, momento do ciclo de vida familiar, presença de filhos, nível de escolaridade, nível socioeconómico, nível cultural e experiência sexual anterior ao casamento (Olson, 2000; Norgren et al., 2004; Perlin, 2006). Contudo, uma lacuna que se encontra na literatura prende-se com os estudos realizados nesta área que parecem ser em número reduzido. Frequentemente os autores apontam variáveis que parecem influenciar o ajustamento conjugal, contudo não referem de que forma essas variáveis exercem essa influência.

No presente estudo, uma das variáveis em estudo foi o sexo, e ao contrário do que a literatura refere, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres na forma como estes percebem o ajustamento conjugal.

Relativamente à variável idade, e tendo em conta os três grupos formados, são encontradas diferenças estatisticamente significativas apenas na sub-escala Coesão. Assim, o grupo dos sujeitos mais novos apresenta médias estatisticamente superiores ao grupo dos sujeitos mais velhos na média desta sub-escala. Estes resultados significam que os sujeitos

mais novos apresentam níveis mais elevados de coesão no relacionamento conjugal comparativamente com os sujeitos mais velhos.

Na variável duração da relação, encontram-se diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos formados nos resultados obtidos no total da RDAS e nas sub-escalas Consenso e Coesão. Nos três casos, é o grupo dos mais novos que apresenta valores mais elevados.

Como refere Norgren et al. (2004) o casamento transforma-se ao longo do ciclo de vida familiar, e assim, o nível de satisfação também varia com o decorrer dos anos de convivência, e quando um casal permanece junto por muito tempo não significa necessariamente que tenha um bom relacionamento. Os resultados deste estudo podem estar relacionados com o facto de existir uma variação no ajustamento conjugal ao longo tempo, na medida em que os sujeitos com relacionamentos mais recentes se mostram mais satisfeitos.

Um aspecto que parece importante ressaltar, prende-se com o facto dos resultados indicarem que os sujeitos mais novos se encontrarem mais satisfeitos com o relacionamento conjugal e ao mesmo obterem pontuações mais elevado na escala Laços Emocionais do ISM, que inclui itens relacionados com o sentimento de solidão, como o sentir-se amado e querido e com o facto de ter relações amorosas satisfatórias. Desta forma, o facto de se sentirem amadas, de não se sentirem sós, pode contribuir para uma percepção de maior satisfação com o relacionamento conjugal.

De forma geral, os resultados desta investigação apontam para o facto de serem os homens os detentores de uma melhor saúde mental. Esta conclusão é partilhada por Areias e Guimarães (2004), que afirmam que os homens possuem melhores resultados em saúde mental comparativamente com as mulheres, acrescentando que estas possuem mais factores psicossociais de risco, *stress* no trabalho, *stress* social e *stress* pessoal.

Os homens pontuam mais na escala de ansiedade do ISM, o que significa que apresentam níveis mais baixos de ansiedade do que as mulheres. Rosa (1998) menciona que este facto pode ser explicado pelo facto da mulher poder estar sujeita a mais pressões ao nível da profissionalização e do ingresso no mercado de trabalho, e pela procura de afirmação pessoal e independência económica. Além disso, o autor considera que o facto da mulher poder estar, muitas vezes, mais envolvida em actividades domésticas e no papel de mãe, pode ser desgastante e causador de ansiedade e tensão.

Apesar da literatura referir que são muitas as variáveis que influenciam o ajustamento conjugal, parecem faltar estudos sistematizados que apontem em que sentido, essas variáveis, exercem a sua influência. A presente investigação deu assim um pequeno contributo neste sentido.

É importante referir ainda que uma das escalas usadas nesta investigação, a RDAS, não passou ainda por um processo validação para a população portuguesa sendo assim utilizada uma versão de investigação. Este facto pode, assim, constituir uma limitação a este estudo. Outra das dificuldades encontradas ao longo da presente investigação prende-se com o facto de a amostra não ser homogénea relativamente à distribuição dos sujeitos pelos diferentes níveis de habilitações literárias, o que condicionou a análise estatística.

Por neste estudo se ter trabalhado uma área muito vasta, mais investigações neste domínio seriam de grande interesse e proveito para uma melhor compreensão dos fenómenos que envolvem quer o ajustamento conjugal quer a saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório resulta da compilação do trabalho que foi desenvolvido ao longo do ano de estágio, que decorreu no ano lectivo de 2007/2008, sendo um documento necessário para obter o Grau de Mestre em Psicologia. Ao longo deste, procurou-se evidenciar as competências desenvolvidas ao longo do estágio curricular, sendo que são valorizadas três grandes áreas da psicologia, nomeadamente a avaliação, a intervenção e a investigação.

Durante o estágio, muitas competências foram adquiridas e muitas outras aperfeiçoadas. Desde competências mais simples, relacionadas, por exemplo, com a comunicação interpessoal, a competências mais complexas, mais dirigidas para a avaliação e intervenção psicológicas.

As ferramentas teóricas fornecidas ao longo do curso são muitas, contudo, existe uma grande diferença entre a teoria e a prática clínica. Na verdade, sempre fomos alertados para o facto de na prática, não encontrarmos os “casos de livro”, onde existe um diagnóstico certo e todos os critérios são cumpridos, onde um protocolo de intervenção típico, para essa perturbação, pode ser aplicado. Ao longo do estágio deparamo-nos com uma realidade totalmente diferente. São muitas as pessoas que procuram ajuda por estarem a passar um momento da vida difícil e por estarem mais vulneráveis necessitam de apoio psicológico. E assim, não têm obrigatoriamente que cumprir critérios para uma perturbação psicológica.

Acabei o ano de estágio satisfeita por tudo o que oportunidade de aprender, contudo, cada vez mais tenho a certeza de que há ainda muito mais que quero e preciso aprender na Psicologia. E a Psicologia é mesmo assim, nunca se chega a saber tudo, e surge sempre algo novo para aprendermos. E para este novo conhecimento, é indispensável o trabalho de investigação. Daí, a importância de recebermos formação e de nos ser exigido trabalho nesta área da Psicologia.

A elaboração do presente relatório permitiu, além de uma reflexão acerca das aprendizagens efectuadas ao longo do ano de estágio, um melhoramento do trabalho de investigação realizado nesse mesmo ano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboim, S. (2004). In Wall, K. (Coord.), *Famílias no Portugal Contemporâneo*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais/ICS.
- Addis, J., & Bernard, M.E. (2002). Marital Adjustment and Irrational Beliefs, *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 20 (1), 3-13.
- Almeida, N.V. (2004). A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo, *PSIC - Revista de Psicologia*, 5 (1), 34-39.
- Almeida, L.S. & Freire, T. (2003). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Al-Zuabi, H. F. & Al-Suwayan, M. H. (2004). The Role of the Family Physician in Managing Depression. *Middle East Journal of Family Medicine*, 2 (2).
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 4ª Edição, Texto Revisto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Antony, M.M., & Swinson, R.P. (1998). *When Perfect Isn't Good Enough – Strategies for coping with Perfectionism*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Appolinário, J. C. & Claudino, A. M. (2000). Transtornos Alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 28-31.
- Areias, M.E.Q., & Guimarães, L.A.M. (2004). Género e Estresse em Trabalhadores de uma Universidade Pública do Estado de São Paulo, *Psicologia em Estudo*, 9 (2), 255-262.
- Banthia, R., Malcarne, V.L., Varni, J.W., Ko, C.M., Sadler, G.R., & Greenbergs, H.L. (2003). The Effects of Dyadic Strength and Coping Styles on Psychological Distress in Couples Faced With Prostate Cancer, *Journal of Behavioral Medicine*, 26 (1), 31-52.
- Barlow, D.H. (1999). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos (2ª edição)*. Porto Alegre: Artemed.
- Belar, C.D. (2000). Psychological Interventions and Health: Critical Connections, *Psicologia, Saúde & Doenças*, 1(1), 11-17.

- Bento, R.I.E.** (2006). Questões éticas e deontológicas da investigação em psicologia social, retirado de www.psicologia.pt em 20 de Fevereiro de 2009.
- Bieling, P.J., Israeli, A.L., & Antony, M.M.** (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct, *Personality and Individual Differences*, 36, 1373–1385.
- Bonanno, G.A., Mihalecz, M.C., & Lejeune, J.T.** (1999). The Core Emotion Themes of Conjugal Loss, *Motivation and Emotion*, 23 (3),175-201.
- Bradbury, T. N., & Fincham, F. D.** (1992). Attributions and behavior in marital interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 613-628.
- Braz, M.P., Dessen, M.A., & Silva, N.L.** (2005). Relações Conjugais e Parentais: Uma Comparação entre Famílias de Classes Sociais Baixa e Média, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 151-161.
- Burpee, L.C., & Langer, E.J.** (2005). Mindfulness and Marital Satisfaction, *Journal of Adult Development*, 12 (1), 43-51.
- Busby, D.M., Christensen, C., Crane, D.R., & Larson, J.H.** (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales, *Journal of Marital and Family Therapy*, 21 (3), 289-308.
- Cameron, A. D., Bloye, D. & Davies, S.** (2004). *Crash Course Psychiatry* (2ª Ed.). Spain: Editor Dan Horton – Szar.
- Cash, T.F., & Lavalley, D.M.** (1997). Cognitive-Behavioral Bodyimage Therapy: extended evidence of efficacy of a self-directed program, *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 15 (4), 281-294.
- Charker, J.H.** (2003). Self-regulation and Wisdom in Relationship Satisfaction. Tese de Doutoramento, School of Applied Psychology – Griffith University: Brisbane.
- Claudino, A.M., & Borges, M.B.F.** (2002) Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (Supl III), 7-12.

- Costa, E., & Leal, I. (2004). Saúde mental e adaptação à vida académica: Uma investigação com estudantes de Viseu. In Ribeiro, J. & Leal, I. (Orgs.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.149-155). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Diniz, A. M. (2004). *Sobre essas coisas a que chamamos crenças*. Lisboa: Climepsi.
- Diniz, A.M., Almeida, L.S., & Pais, L.G. (2007). Contextos profissionais e práticas da avaliação psicológica: inquérito aos psicólogos portugueses, *Psico-USF*, 12 (1), 1-12.
- Fedewa, B.A., Burns, L.R., & Gomez, A.A. (2005). Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction: adaptive and maladaptive characteristics, *Personality and Individual Differences*, 38, 1609–1619.
- Flett, G.L., Greene, A., & Hewitt, P.L. (2004). Dimensions of Perfectionism and Anxiety Sensitivity, *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 22 (1), 39-57.
- Ferreira, P.M. (2004). Tendências de mudanças no casamento em Portugal – uma sociografia dos últimos 20 anos, VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, Coimbra.
- Field, N.P., Bonanno, G.A., Williams, P., & Horowitz, M.J. (2000). Appraisals of Blame in Adjustment in Conjugal Bereavement, *Cognitive Therapy and Research*, 24 (5), 551–569
- Figueiras, M.J., Machado, V.A., & Alves, N.C. (2002). Os modelos de senso-comum das cefaleias crónicas nos casais: Relação com o ajustamento marital, *Análise Psicológica*, 1 (XX), 77-90.
- Figueredo, P.M.V. (2005). A influência do locus de controle conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento, *Ciências & Cognição*, 6, 123-132.
- Furukawa, T.A., Hori, S., Azuma, H., Nakano, Y., Oshima, M., Kitamura, T., Sugiura, M.O., & Aoki, K. (2002). Parents, personality or partner? Correlates of marital relationships, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 164–168.
- Gelder, M., Mayou, R. & Geddes, J. (1999). *Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Ghaly, C. (2008). Depression and Perfectionism, *Proprium Journal of Psychology*, 2, 2-11.

- Goldfarb, M.R., Trudel, G., Boyer, R., & Prévile, M. (2007).** Marital relationship and psychological distress: Its correlates and treatments, *Sexual and Relationship Therapy*, 22 (1), 109-126.
- Graham, J. M., Liu, Y. L. J., & Jeziorski, J. L. (2006).** The Dyadic Adjustment Scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 68, 707–717.
- Grevet, E. H. & Knijnik, L. (2001).** Simpósio sobre Depressão - Diagnóstico de depressão maior e distímia. *Revista AMRIGS*, 45 (3/4), 108-110.
- Gusmão, R. G., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A. & Caldas de Almeida, J. M. (2005).** O peso das perturbações depressivas - Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129-146.
- Habke, A.M., Hewitt, P.L., & Flett, G.L. (1999).** Perfectionism and Sexual Satisfaction in Intimate Relationships, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21 (4), 307-322.
- Hashmi, H.A., Khurshid, M., & Hassa, I. (2007).** Marital Adjustment, Stress and Depression among Working and Non-Working Married Women, *Internet Journal of Medical Update*, 2 (1).
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994).** Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.
- Heene, E., Buysse, A. , & Van Oost, P (2003).** A categorical and dimensional perspective on depression within a non-clinical sample of couples. *Family Process*, 42, 1, 133–149.
- Hollist, C.S. (2004).** Marital Satisfaction and Depression in Study of Brazilian Women: a Cross-Cultural Test of the Marital Discord Model of Depression. Tese de Doutoramento, Department of Marriage and Family Therapy - Brigham Young University.
- Hollist, C.S., Miller, R.B., Falceto, O.G. & Fernandes, C.L.C. (2007).** Marital Satisfaction and Depression: A Replication of the Marital Discord Model in a Latino Sample, *Family Process* 46 (4), 485–498.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2007).** *Dia Internacional da Família*. Retirado de www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=5518692&att_display_n&attdownload=y em 2 de Novembro de 2007.

- Jones, E. (2003). Reflections under the lens: observations of a systemic therapist on the experience of participation and scrutiny in research project. *Journal of Family Therapy*, 25, 347-356.
- Kahn, D., Moline, M. L., Ross, R. W., Cohen, L. S. & Altshuler, L. L. (2001). *Major Depression During Conception and Pregnancy: A Guide for Patients and Families*. Expert Consensus Guideline Séries. A Postgraduate Medicine Special. Retirado de <http://www.psychguides.com/DinW%20during%20pregnancy.pdf> em 15 de Abril de 2008.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., & Grebb, J.A. (2003). *Compêndio de Psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica (7ª Edição)*. São Paulo: Artmed.
- Karasu, B. T., Gelenberg, A., Merriam, A., & Wang, P. (2000). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. *Psychiatric Practice section of the APA*.
- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (1995). Assessing longitudinal change in marriage: An introduction to the analysis of growth curves. *Journal of Marriage and the family*, 57, 1091-1108.
- Kobori, O., & Tanno, Y. (2005). Self-Oriented Perfectionism and its Relationship to Positive and Negative Affect: The Mediation of Positive and Negative Perfectionism Cognitions, *Cognitive Therapy and Research*, 29 (5), 555–56.7
- Kobori, O., Yamagata, S., & Kijima, N. (2005). The relationship of temperament to multidimensional perfectionism trait, *Personality and Individual Differences*, 38, 203–211.
- Kutlesa, N., & Arthur, N. (2007). Overcoming Negative Aspects of Perfectionism through Group Treatment, *Journal of Rational-Emotive Cognitive-Behaviour Therapy*, 25 (4), 237-253.
- Leahy, R.L. (2006). *Técnicas de Terapia Cognitiva – manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed.
- Lehmann, S. W. (2003). Psychiatric disorders in older women. *International Review of Psychiatry*, 15, 269–279.
- Lim, B.K., & Ivey, D. (2000). The Assessment of Marital Adjustment with Chinese Populations: a Study of the Psychometric Properties of the Dyadic Adjustment Scale, *Contemporary Family Therapy*, 22(4), 453-465.

- Lima, I. M., Sougey, E. B. & Filho, H. V. (2004). Genética dos transtornos afetivos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31 (1), 34-39.
- Littleton, H.L., & Ollendick, T. (2003). Negative Body Image and Disordered Eating Behavior in Children and Adolescents: What Places Youth at Risk and How Can These Problems Be Prevented?, *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6 (1), 55-66.
- Machado, P.P., Soares, I., Sampaio, D., Torres, A.R., Pinto Gouveia, J., & Oliveira, C.V. (2004). Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de Utilização dos Serviços, *Revista de Informação e Divulgação Científica do NDCA*, 1 (1), 1-8.
- MacQueen, G., & Chokka, P. (2004). Special Issues in the Management of Depression in Women, *Canadian Journal Psychiatry*, 49 (1), 27-40.
- Majid, S. H. & Treasure, J.L. (2003). Eating Disorders. In Wright, P.; Stern, J. & Phelan, M., *Core Psychiatry*. China: W. B. Saunders Company, Ltd.
- Markestad, C.L., Montgomery, L.M., & Bartsch, R.A. (1998). Infertility and Length of Medical Treatment Effects on Psychological, Marital, and Sexual Functioning, *International Journal of Rehabilitation and Health*, 4 (4), 233-243.
- Maximiano, J., Miranda, M., Tomé, C., Luís, L., & Maia, T. (2002). Imagem Corporal e Doenças do Comportamento Alimentar, *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 69-76.
- McGovern, J.M., & Meyers, S.A. (2002). Relationships between Sex-Role Attitudes, Division of Household tasks, and Marital Adjustment, *Contemporary Family Therapy*, 24(4), 601-618.
- Ministry of Health (2004). *Clinical Practice Guidelines – Depression*. Singapore: Golden City Colour Printing Ltd.
- Möler, A.T., & Van Zyl, P.D. (1991). Relationship Beliefs, Interpersonal Perception, and Marital Adjustment, *Journal of Clinical Psychology*, 47 (1), 28-33.
- Mosmann, C., Wagner, A., & Féres-Carneiro, T. (2006). Qualidade Conjugal: Mapeando Conceitos, *Paidéia*, 16 (35), 315-325.
- Neto, O., & Féres-Carneiro, T. (2005). Psicoterapia de casal na pós-modernidade: rupturas e possibilidades, *Estudos de Psicologia*, 22 (2), 133-141.

- Norgren, M.B.P., Souza, R.M., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S.A. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível, *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 575-584.
- Noronha, A.P.P., & Alchieri, J.C. (2004). Conhecimento em Avaliação Psicológica. *Revista de Estudos de Psicologia*, 21 (1), 43-52.
- Noronha, A.P.P., Baldo, C.R., Barbin, P.F., & Freitas, J.V. (2003). Conhecimento em Avaliação Psicológica: Um estudo com alunos de Psicologia, *Psicologia: Teoria e Prática*, 5 (2), 37-46.
- Nunes, J.M. (2006). Saúde Mental, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, 591-594.
- Ortiz, M.F.B. (2002). *Psicofarmacología para psicólogos*. Madrid: Editorial Sintesis.
- Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167.
- Pais-Ribeiro, J.L.P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa, *Psicologia, Saúde e Doença*, 2 (1), 77-99.
- Pais-Ribeiro, J.L.P. (2002). O Consentimento Informado na Investigação em Psicologia da Saúde é Necessário?, *Psicologia, Saúde e Doença*, 3 (1), 11-22.
- Pearce, Z.J. (2005). Attributions as a Mediator Between Attachment Style and couples Relationship Outcomes, Tese de Doutoramento, School of Psychology – Griffith University
- Pereira, M.G. (2004). RDAS – Versão de Investigação. Braga: Universidade do Minho.
- Perlin, G.D.B. (2006). Casamentos Contemporaneos: um estudo sobre os impactos da interacção família-trabalho na satisfação conjugal. Tese de Doutoramento, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.
- Perry–Jenkins, M., Repetti, R. L., & Crouter, A. C. (2000). Work and Family in the 1990s. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 981-998.
- Pinzon, V., & Nogueira, F.C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica* 31 (4), 158-160.

- Ramos, A.S., & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual, *Análise Psicológica*, 3 (XXIII), 295-304.
- Reesal, R. T., Lam, R. W. & CANMAT, Depression Work Group. (2001). Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders - Principles of Management. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46 (1), 21-28.
- Rehman, U.S., Gollan, J., & Mortimer, A.R. (2008). The marital context of depression: Research, limitations, and new directions, *Clinical Psychology Review*, 28, 179–198.
- Rivera, J. L. G. & Monterrey, A. L. (1995). Psicobiología de la Depresión. In Belloch, A., Sandín, B. & Ramos, F., (Eds.), *Manual de Psicopatología (Volumen 2)*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Robin, A.L.; Gilroy, M. & Dennis, A.B. (1998). Treatment of Eating Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Psychology Review*, 18 (4), 421-446.
- Rosa, J.L. (1998). Ansiedade, Sexo, Nível Sócio-econômico e ordem de nascimento, *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 11 (1), 51-62.
- Saikali, C.J., Soubhia, C.S., Scalfaro, B.M., & Cordás, T.A. (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (4), 164-166.
- Sampaio, D., Bouça, D., Carmo, I. & Jorge, Z. (1999). *Doenças do Comportamento Alimentar – Manual para o Clínico Geral*. Prémio Bial 1999.
- Sederer, L. I. & Kolodny, A. J. (2004). Detecting and treating depression in adults. *City Health Information*, 23(1), 1-8.
- Sepúlveda, A.R., Botella, J., & León, J.A. (2006). Body-Image Disturbance in Eating Disorders: a Meta-Analysis, *Psychology in Spain*, 6 (1), 83-95.
- Shafran, R., & Mansell, W. (2001). Perfectionism and psychopathology: a review of research and treatment, *Clinical Psychology Review*, 21 (6), 879 – 906.
- Shek, D.T.L. (1999). Marital Quality and Health of Chinese Couples: A Longitudinal Study, *Journal of Gender, Culture, and Health*, 4 (2), 83-96.
- Shek, D.T.L., & Cheung, C. K. (2007). Dimensionality of the Chinese Dyadic Adjustment Scale Based on Confirmatory Factor Analyses, *Social Indices Research*, No Prelo.

- Silva, C.M.** (2001). Perturbações alimentares em contextos desportivos: Um estudo comparativo, *Análise Psicológica*, 1 (XIX), 131-141.
- Slade, P. D., & Owens, R. G.** (1998). A dual process model of perfectionism based on reinforcement theory. *Behavioral Modification*, 22, 372–390.
- Snow, V., Lascher, S. & Mottur-Pilson, C.** (2000). Pharmacologic Treatment of Acute Major Depression and Dysthymia. *Annals of Internal Medicine*, 132 (9), 738-742.
- Sokol, M.S.; Jackson, T.K.; Selser, C.T.; Nice, H.A.; Christiansen, N.D. & Carroll, A.K.** (2005). Review of Clinical Research in Child and Adolescent Eating Disorders. *Primary Psychiatry*, 12 (4), 52-58.
- Stipp, L.M., & Oliveira, M.R.M.** (2003). Imagem Corporal e Atitudes Alimentares: diferenças entre estudantes de nutrição e de psicologia, *Saúde em Revista*, 5 (9), 47-51.
- Sullivan, P. F., Neale, M. C. & Kendler, K. S.** (2000). Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *Psychiatry*, 157, 1552-1562.
- Tavares, M.** (2002). A entrevista clínica. In: J. A. Cunha, *Psicodiagnóstico - V* (5ª ed., rev. e ampl.). Porto Alegre: Artmed.
- Tozzi, F., Aggen, S.H., Neale, B.M., Anderson, C.B., Mazzeo, S.E., Bulik, C.M.** (2004). The Structure of Perfectionism: A Twin Study, *Behavior Genetics*, 34 (5), 483-494.
- Vaz, F.J., Peñas, E.M., & Ramos, M.I.** (1999). Body Image Dissatisfaction in Bulimia Nervosa and Atypical Bulimia Nervosa, *German Journal of Psychiatry*, 2 (2), 59-74.
- Whisman, M. A., Sheldon, C. T., & Goering, P.** (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 803–808.
- Whisman, M.A., Uebelacker, L.A., & Weinstock, L.M.** (2004). Psychopathology and Marital Satisfaction: The Importance of Evaluating Both Partners, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7 (3), 831-838.
- Wilkinson, G., Moore, B., & Moore, P.** (2005). *Guia Prático do Tratamento da Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.

ANEXOS