

## INTRODUÇÃO

A Psicologia tem como objecto o estudo do comportamento e dos processos mentais em indivíduos ou em grupos, nos mais variados contextos. Esta complexidade e abrangência implica necessariamente uma diversidade de perspectivas e metodologias, exigindo consequentemente uma formação alargada e rigorosa dos futuros psicólogos.

Neste sentido, são várias as competências que um psicólogo deve dominar, seja qual for a sua área de actuação. São elas as seguintes:

- Especificação de objectivos, que se concretiza na análise das necessidades e estabelecimento de objectivos da intervenção a realizar;
- Avaliação, operacionalizada através de métodos de entrevista, observação e aplicação de testes psicológicos;
- Desenvolvimento e Intervenção, que se traduzem em identificar, preparar e pôr em prática intervenções apropriadas para alcançar os objectivos definidos, e que sejam orientadas para a pessoa, promovendo o auto-conhecimento e preparando futuras tomadas de decisão;
- Análise crítica, para avaliar a adequação das intervenções realizadas em termos de adesão ao plano estabelecido e alcance dos objectivos;
- Comunicação, de modo a providenciar aos clientes um retorno de informação adequado às suas necessidades e expectativas, bem como escrever relatórios acerca dos resultados da avaliação e da intervenção, e da respectiva análise crítica.

Estas são as competências exigidas a qualquer psicólogo, de acordo com o *EuroPsy – European Certificate in Psychology*, as quais devem necessariamente ser adquiridas e desenvolvidas durante o seu período de formação, dentro do qual o estágio apresenta uma relevância particular, dado constituir o momento de colocar em prática as aprendizagens efectuadas, sob acompanhamento e supervisão orientadora.

No que respeita às áreas de actuação do psicólogo, podem considerar-se três níveis: *avaliação, intervenção e investigação*.

A avaliação psicológica é uma das actividades mais utilizadas no campo da Psicologia, desde a investigação à prática psicológica, constituindo um momento decisivo nos diversos contextos profissionais (Gonçalves, Simões, Almeida & Machado, 2003). Consiste num processo sistematizado de recolha de informação, geralmente assente na utilização de vários procedimentos de colheita de dados - que vão desde a aplicação de instrumentos/testes psicométricos aos métodos de entrevista e observação - e da respectiva interpretação dos resultados. A avaliação psicológica funciona como um auxiliar do psicólogo no processo de análise e nas tomadas de decisão, tanto no que respeita ao estabelecimento do diagnóstico

como à planificação da intervenção e à avaliação dos resultados do tratamento (Buéla-Casal & Sierra, 1997). Cabe a cada psicólogo, dentro da sua área de actuação, escolher os métodos mais apropriados aos seus objectivos, tendo sempre em conta as limitações e enviesamentos que podem decorrer da aplicação deste tipo de técnicas (Silva, 2008).

A intervenção psicológica - na forma de psicoterapia, aconselhamento, orientação - visa auxiliar os indivíduos a adaptarem-se e a encontrarem o equilíbrio necessário, através da compreensão do seu funcionamento e da resolução das perturbações/problemas apresentados, desenvolvendo as suas competências pessoais e interpessoais (Spruill, Rozensky, Stigall *et al*, 2004). As estratégias utilizadas são variadas e resultam de quadros conceptuais que suportam a eficácia desses métodos, fornecendo ao psicólogo procedimentos para o seu desempenho. Qualquer processo de intervenção deve ter subjacente a aceitação incondicional da pessoa e uma aliança terapêutica colaborativa (Critchfield, Henry, Castonguay & Borkovec, 2007), no sentido de otimizar os objectivos estabelecidos e consolidar os progressos alcançados.

Por último, as actividades de investigação em Psicologia são fundamentais para aprofundar os conhecimentos científicos, estabelecendo a ponte entre o domínio teórico e a prática aplicada (Leal, 1992). A investigação em Psicologia assenta numa diversidade de metodologias e técnicas, assim como de áreas de estudo, cujas pesquisas são desenvolvidas em vários campos: desenvolvimento, comportamento, emoções, diferenças individuais, funcionamento cognitivo, aprendizagem, etc.. As investigações psicológicas, por lidarem com seres humanos, devem ser bem estruturadas e orientadas de modo a não comprometerem a integridade dos indivíduos, pelo que os princípios éticos devem estar sempre salvaguardados, a par do rigor metodológico (Calvetti, Ludwig, Redivo, Menegat & Müller, 2007).

Reportando-nos agora ao trabalho específico do psicólogo clínico, podemos afirmar que este intervém fundamentalmente no campo da saúde mental através do acompanhamento psicológico/psicoterapêutico, com o objectivo de restabelecer o bem-estar e equilíbrio emocional. Entre as suas funções incluem-se: diagnóstico clínico, desenvolvimento da psicoterapia, tratamento das dificuldades e perturbações psicológicas invalidantes (Decreto-Lei n.º 241/94). O psicólogo clínico auxilia a gestão e modificação de comportamentos, fomenta estratégias para lidar com emoções e pensamentos disfuncionais, actua no sentido da prevenção de situações de risco e promove a saúde mental.

O presente relatório pretende, assim, evidenciar as nossas competências de avaliação, intervenção e investigação, através da descrição das actividades desenvolvidas no âmbito do estágio curricular em Psicologia Clínica, e da apresentação do trabalho de investigação centrado na importância do suporte social para o bem-estar psicológico, satisfação de vida e saúde mental dos idosos residentes em lares.

## **PARTE I**

# **ACTIVIDADES DE AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA**



## INTRODUÇÃO

O ano de estágio constitui, por excelência, um tempo de aprendizagem e sistematização dos conhecimentos que foram adquiridos ao longo dos quatro anos que o antecedem. Exige, portanto, muita dedicação, esforço e trabalho, culminando na elaboração do relatório final, que se afigura como uma etapa importante deste percurso.

Os capítulos iniciais do presente documento pretendem representar, não apenas um esforço de compilação e descrição de todas as actividades de avaliação e intervenção desenvolvidas no âmbito do estágio, mas também uma oportunidade de pesquisa e reflexão acerca das várias questões que se foram levantando e das áreas de interesse surgidas ao longo desses meses de estágio.

Desta forma, e na certeza das limitações inerentes a um trabalho deste tipo, esperamos que a descrição das actividades que se segue seja um bom reflexo do esforço por nós encetado, no sentido de incluir todos os dados relevantes e necessários a uma boa compreensão dos diversos conteúdos apresentados.

## CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

O estágio curricular do 5º ano da licenciatura em Psicologia – ramo de Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, decorreu na Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, dirigida pelo Professor Doutor Adriano Vaz Serra, no período compreendido entre Outubro de 2002 e Julho de 2003.

Os Hospitais da Universidade de Coimbra (H.U.C.) estão instalados nos actuais edifícios desde 1987, mas a sua história remonta a 1774, quando o Marquês de Pombal determinou que os três hospitais da cidade passassem a ser administrados pela Universidade para servirem a Faculdade de Medicina. Depois da passagem por vários edifícios - nomeadamente, antigos Colégios de Ordens Religiosas - , em 1870 os Hospitais da Universidade ficaram definitivamente instalados próximo do *campus* universitário, onde se mantiveram até à mudança para os edifícios construídos de raiz em 1987.

Os H.U.C. contam no mesmo perímetro com um edifício central - onde estão instaladas a maior parte das especialidades médicas, as enfermarias, o bloco operatório, os laboratórios e serviços de imagiologia, os serviços farmacêuticos, as consultas externas, o serviço de urgência e as zonas de ensino - e com os edifícios do Centro de Cirurgia Cardiotorácica - onde se encontra o Serviço de Documentação - e de S. Jerónimo - onde funciona o Hospital de Dia de Oncologia e um Serviço de Radioterapia, entre outros. Para além destas instalações, contam ainda com a Clínica Obstétrica Dr. Daniel de Matos e o Bloco de Celas - onde funcionam algumas especialidades médicas.

A Clínica Psiquiátrica dos H.U.C. encontra-se organizada em vários serviços com funcionamento e estruturas distintas, que colaboram entre si de forma integrada, sempre que necessário. Os serviços existentes são os seguintes: *Internamento* – Homens / Mulheres; *Hospital de Dia*; *Consultas Externas* – Psiquiatria; Psiquiatria Juvenil; Stress; Psicoterapia Cognitivo-Comportamental; Distúrbios Alimentares; Distúrbios do Sono; Geronto-Psiquiatria; Problemas Relacionados com o Álcool; Desintoxicação Ultra-Rápida; Prevenção de Suicídio; Doentes em Risco.

Os estagiários de Psicologia Clínica integram-se habitualmente nas Consultas de Stress e de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental, podendo também acompanhar, por vezes, doentes da Consulta de Distúrbios Alimentares e do Internamento.

## SÍNTESE DAS ACTIVIDADES REALIZADAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO

No nosso caso, o estágio teve lugar no Serviço da Consulta Externa de Stress de 14 de Outubro de 2002 a 31 de Julho de 2003, com duração de cerca de nove meses. A supervisão do estágio esteve a cargo do Professor Doutor Adriano Vaz Serra, tendo contado igualmente com a orientação da Professora Doutora Ana Paula Matos, da Professora Doutora Cristina Canavarro e do Mestre Daniel Rijo, a quem competia a tarefa de coordenar e estruturar as práticas clínicas, assim como avaliar a evolução dos alunos no decurso do estágio.

O estágio englobou, essencialmente, uma vertente prática mas também uma vertente teórica, tendo como principal objectivo, o incremento de aptidões cognitivo-comportamentais de avaliação e intervenção terapêutica. Nesse sentido, visou auxiliar os estagiários fornecendo-lhes técnicas e metodologias derivadas do modelo teórico tido como referência, possibilitando um treino estruturado no contacto directo com a realidade clínica, e promovendo aprendizagens adequadas para o futuro desempenho profissional dos alunos, no que respeita a conhecimentos teóricos e competências técnicas.

Das diversas actividades que integraram o estágio, enumeram-se as seguintes:

- (1) Participação nas reuniões clínicas da Consulta de Stress, que decorreram semanalmente às terças-feiras de manhã, com a duração de duas horas.

Os objectivos das reuniões passavam pela distribuição dos novos casos aos estagiários - sempre com supervisão de um orientador - , pela apresentação e discussão de histórias clínicas elaboradas pelos estagiários e, em algumas ocasiões, pela análise dos casos que suscitassem maiores dúvidas, permitindo um aprofundamento dos nossos conhecimentos, quer através da reflexão teórica suscitada, quer através da partilha de comentários e sugestões respeitantes à abordagem terapêutica. Em cada reunião eram debatidos os postulados e constructos teóricos subjacentes à análise dos casos, as hipóteses diagnósticas consideradas, as técnicas e estratégias de intervenção já implementadas - nos casos em seguimento - ou as que seriam mais adequadas para colocar em prática no futuro - nos casos que estavam a iniciar-se. As reuniões contavam, habitualmente, com a presença do supervisor, dos orientadores e dos estagiários, e, pontualmente, com a participação de outros profissionais - psiquiatras, psicólogos a realizar estágios profissionais ou de especialização, estagiários de Psicologia de outros estabelecimentos de ensino - , possibilitando a troca de informações e o debate de ideias entre todos os elementos presentes. Por diversas vezes, os doentes estiveram também presentes nas reuniões, no sentido de lhes serem colocadas algumas questões que ajudassem a clarificar o caso, aproveitando-se ainda para devolver a informação considerada pertinente.

- (2) Acompanhamento de casos clínicos, previamente distribuídos em reunião, em sistema de co-terapia, no qual cada caso ficava a cargo de dois estagiários, sob a orientação de um dos professores. No início do estágio, foi-nos dada a oportunidade de observar os orientadores na condução das consultas, porém, ao longo do ano, as mesmas ficavam a cargo dos estagiários - embora sempre com a supervisão dos orientadores, na medida das nossas próprias necessidades e das dificuldades sentidas no trabalho com os doentes. Para além do acompanhamento de doentes externos na Consulta de Stress, o estágio englobou igualmente o acompanhamento psicoterapêutico a doentes em regime de internamento. Cabia igualmente aos estagiários a execução de um resumo clínico para cada consulta, no sentido de sistematizar a informação recolhida e a intervenção realizada, assim como a organização dos processos da Consulta e a actualização dos processos únicos dos H.U.C..
- (3) Elaboração e apresentação de um trabalho teórico, realizado em grupo por dois ou três estagiários com supervisão de um orientador. No nosso caso, o trabalho teórico incidiu sobre o tema “*Intervenção Focada nas Emoções*”, tendo sido realizado em conjunto por nós e por Mara Prata, sob a orientação do Mestre Daniel Rijo.
- (4) Elaboração de um relatório de actividades desenvolvidas durante o estágio.

Para além das actividades acima descritas, tivemos ainda a oportunidade de participar noutras actividades, nomeadamente:

- Apresentação de duas histórias clínicas nas reuniões semanais de estágio, a primeira a 4 de Fevereiro de 2003 - Traços de Personalidade *Borderline* e Problemas com o Grupo de Apoio Primário - e a segunda a 13 de Maio de 2003 - Fobia Social Generalizada.
- Colaboração nas aulas práticas da disciplina de Terapêutica do Comportamento, a pedido do Mestre Daniel Rijo. Aos estagiários coube a tarefa de “representar” um dos doentes seguidos em consulta, o que serviria de suporte para os alunos do 4º ano redigirem a sua primeira história clínica, através da informação recolhida acerca do “doente” em questão.
- Colaboração no projecto de investigação “*Dimensões Relacionais da Infância e Ajustamento Emocional e Académico: um estudo longitudinal com crianças do ensino básico*”, sob orientação da Professora Doutora Cristina Canavarro.
- Participação e apresentação da comunicação “*Integração dos Aspectos Emocionais nas Terapias Cognitivo-Comportamentais*” - juntamente com a colega Mara Prata - no Seminário de Estratégias em Terapia Cognitivo-Comportamental, no dia 27 de Maio de 2003, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, organizado pelos estagiários da Consulta de Stress da Clínica, sob orientação da Prof. Ana Paula Matos, da Prof. Cristina Canavarro e do Mestre Daniel Rijo (cf. Anexo I).

## APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

No que diz respeito às actividades de avaliação e intervenção, salientamos o acompanhamento de diferentes casos clínicos, em consulta externa ou internamento, durante períodos temporais distintos e com patologias diversas, cuja situação à data de término do estágio era também variável, tal como é apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1:** Casos clínicos acompanhados ao longo do estágio

<b>Caso</b>	<b>Diagnóstico</b>	<b>Data de Incurção</b>	<b>Situação da Terapia</b>	<b>Orientador e Co-terapeutas</b>
<b>01</b>	Traços de Personalidade <i>Borderline</i> [301.83] Problemas com o Grupo de Apoio Primário	05/11/02	Em seguimento	Supervisão: Mestre Daniel Rijo Co-terapeutas: Magda Reis Salomé Caldeira
<b>02</b>	Problema Académico [V62.3] Traços de Perturbação Dependente da Personalidade [301.6]	13/12/02	Em seguimento	Supervisão: Prof. Dra. Ana Paula Matos Co-terapeutas: Magda Reis Sónia Cherpe
<b>03</b>	Fobia Social Generalizada [300.23]	14/01/03	Alta experimental	Supervisão: Prof. Dra. Cristina Canavarro Co-terapeutas: Magda Reis Ana Paula Cruz
<b>04</b>	Perturbação de Ansiedade Generalizada [300.02] Hipocondria [300.7] Fobia Social [300.23]	06/03/03	Em seguimento	Supervisão: Prof. Dra. Cristina Canavarro Co-terapeutas: Magda Reis Liliana Santos
<b>05</b>	Episódio Depressivo Major, Recorrente [296.31]	01/04/03	Em seguimento	Supervisão: Prof. Dra. Cristina Canavarro Co-terapeutas: Magda Reis Carlos Carona
<b>06</b>	Perturbação do Comportamento Alimentar, sem outra Especificação [307.50] Traços de Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade [301.4]	29/05/03	Em seguimento	Supervisão: Prof. Dra. Cristina Canavarro Co-terapeutas: Magda Reis Mara Prata
<b>07</b>	Perturbação Estado-Limite da Personalidade [301.83]	18/06/03	Alta definitiva	Supervisão: Prof. Dr. Adriano Vaz Serra Co-terapeutas: Magda Reis Mara Prata
<b>08</b>	Perturbação Histrionica da Personalidade [301.50] Perturbação Estado-Limite da Personalidade [301.83]	07/03/03	Abandono	Supervisão: Mestre Daniel Rijo Co-terapeutas: Magda Reis Salomé Caldeira
<b>09</b>	Fobia Social Generalizada [300.23]	15/05/03	Abandono	Supervisão: Mestre Daniel Rijo Co-terapeutas: Magda Reis Mara Prata

Na descrição dos casos clínicos acompanhados durante o período de estágio insere-se a história clínica, a respectiva conceptualização cognitivo-comportamental, os procedimentos clínicos/terapêuticos e o *feedback* da intervenção realizada. São igualmente apresentados os comentários teóricos e pessoais respeitantes a cada um dos casos seguidos.

Dois dos casos clínicos são apresentados na Parte I do relatório, englobando as actividades de avaliação e de intervenção concretizadas em cada um deles, assim como a investigação teórica respectiva e a análise pessoal relativa ao acompanhamento efectuado. Os restantes sete casos são apresentados em anexo (cf. Anexo II).

Relativamente aos instrumentos de avaliação psicológica que foram utilizados nas consultas, torna-se pertinente fazer uma apresentação geral das escalas de avaliação preenchidas pelos doentes, de forma a facilitar a leitura posterior dos resultados obtidos e da respectiva análise. A Tabela 2 ilustra os instrumentos aplicados.

**Tabela 2:** Escalas de avaliação aplicadas em cada caso clínico

<b>Caso 01</b>	- Beck Depression Inventory (BDI) - Questionário de Esquemas de Young - Young and Rygh Avoidance Inventory (YRAI-1)	- Young Compensation Inventory (YCI-1) - Questionário de Estilos Parentais - Symphoms Checklist (SCL-90-E)
<b>Caso 02</b>	- Questionário de Esquemas de Young - Young Compensation Inventory (YCI-1) - Young and Rygh Avoidance Inventory (YRAI-1) - Symphoms Checklist (SCL-90-E)	- Questionário de Estilos Parentais - Fear of Negative Evaluation (FNE) - Beck Depression Inventory (BDI) - Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) - Escala de Ansiedade de Auto-avaliação de Zung
<b>Caso 03</b>	- Questionário de Esquemas de Young - Questionário de Estilos Parentais - Brief Symptoms Inventory (BSI) - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)	- Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) - Fear of Negative Evaluation (FNE) - Escala de Ansiedade de Auto-avaliação de Zung
<b>Caso 04</b>	- Questionário de Esquemas de Young - Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) - Symphoms Checklist (SCL-90-E)	- Fear of Negative Evaluation (FNE) - Escala de Ansiedade de Auto-avaliação de Zung - Escala de Ansiedade Social de Leary
<b>Caso 05</b>	- Questionário de Esquemas de Young - Young and Rygh Avoidance Inventory (YRAI-1) - Young Compensation Inventory (YCI-1) - Inventário de Avaliação Clínica da Depressão (IACLIDE)	- Questionário de Estilos Parentais - Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) - Escala de Ansiedade de Auto-avaliação de Zung - Escala para avaliar a Personalidade Dependente (INDEP)
<b>Caso 06</b>	- Symphoms Checklist (SCL-90-E) - Inventário Clínico de Auto-Conceito (ICAC) - Inventário Clínico de Auto-conceito Físico (ICAF)	- Questionário de Esquemas de Young - Questionário de Estilos Parentais - Social Avoidance and Distress Scale (SAD) - Escala de Ansiedade de Auto-avaliação de Zung
<b>Caso 07</b>	A doente não devolveu as escalas que lhe foram entregues	

<b>Caso 08</b>	Não foram entregues escalas à doente
<b>Caso 09</b>	Não foram entregues escalas à doente

A este propósito, é importante referir que a passagem de questionários e inventários de auto-resposta é apenas um dos procedimentos da actividade mais ampla que constitui a avaliação psicológica - a qual passa também pelos elementos recolhidos na entrevista clínica e ao longo do acompanhamento terapêutico - sendo que esses instrumentos permitem ao psicólogo relacionar todas as informações com vista a estabelecer o diagnóstico, revestindo todo o processo de maior objectividade e validade (Almeida, Simões, Machado & Gonçalves, 2004). Do mesmo modo, também na avaliação da eficácia da terapia os instrumentos psicométricos constituem mais um dado a ter em conta nessa avaliação, ao qual se juntam os progressos evidenciados pelos doentes e toda a sua evolução em consulta.

Assim se conclui que, quando apresentamos os resultados das várias passagens das escalas de avaliação, pretendemos com isso fornecer um elemento adicional de caracterização da situação do doente, tendo obviamente em conta as distorções que os mesmos podem apresentar, por exemplo, devido ao facto de terem sido preenchidos os mesmos questionários em momentos diferentes, o que pode levar a uma familiarização com a escala e ao condicionamento das respostas dadas - efeitos da dupla passagem dos instrumentos. Não obstante, as informações obtidas através dos testes psicológicos são um dado importante a ter em conta, cujo significado devemos integrar no conjunto mais alargado das informações de que dispomos acerca daquele doente, através de uma análise crítica de todos os factores que nos permitam ter uma visão mais completa e abrangente do sujeito em questão.

No que respeita aos comentários teóricos, consideramos importante referir que não era seu objectivo consistirem numa revisão bibliográfica acerca dos quadros clínicos apresentados pelos doentes, mas sim numa discussão dos aspectos mais ou menos evidentes em cada caso e que se constituíram como pontos de interesse para os estagiários. Nesse sentido, os temas por nós escolhidos foram-no em função da pertinência de uma determinada particularidade do doente ou do seu funcionamento, que se destacava na sua situação, ou que contribuiu para o aparecimento e manutenção das suas dificuldades.

## CASO CLÍNICO 01

### DADOS BIOGRÁFICOS

**Nome:** M. I. A. F.

**Idade:** 28 anos

**Sexo:** Feminino

**Estado Civil:** Solteira

**Habilitações Literárias:** 12º ano

**Profissão:** Estudante do curso de D. T. no C.F.; trabalho em *part-time* numa loja de vestuário e numa loja de artesanato

**Residência:** C.

**Agregado Familiar:** Pais, irmã e namorado da irmã

### MOTIVO DA CONSULTA

M. foi enviada à Consulta Externa de Stress da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra pelo Dr. Horácio Firmino. O motivo apresentado remetia para a existência de múltiplos problemas familiares, nomeadamente maus-tratos/agressões por parte do irmão com a convivência dos pais. Foram ainda referidos níveis de ansiedade marcada, principalmente em situações de exame e na escola. Questionada acerca do motivo pelo qual estava na consulta, a doente referiu a existência de “*crises de ansiedade*”. Da sua medicação constavam: *Paxetil* (½ ao almoço + 1 ao jantar), *Xanax* 0,5 mg (½ em SOS ao pequeno almoço + ½ em SOS ao lanche + 1 ao deitar), *Stilnox* (1 ao deitar) e *Magnesona* (1 ao pequeno almoço + 1 ao jantar).

### DIFICULDADES ACTUAIS

A doente apresentou-se sozinha na consulta. Encontrava-se algo ansiosa mantendo de início uma postura ligeiramente retraída que se foi desvanecendo com o decorrer da consulta. Mantinha um contacto visual directo com quem a questionava, mostrando-se disponível para falar dos seus problemas. Por vezes, desviava o olhar, fixando-o noutros pontos da sala.

M. refere que a existência de “*crises de ansiedade*” remonta a Junho de 2002, relatando cinco episódios ocorridos desde essa data até Outubro de 2002. Esses episódios ocorreram na sequência de: (a) discussões com C. (seu namorado), o qual chegou mesmo a agredi-la fisicamente numa das discussões; (b) problemas na loja onde trabalha; (c) discussão com uma amiga, a quem deixou de falar; (d) fases de maior *stress* no curso. M. refere que durante as “*crises de ansiedade*” não sente a cabeça, não consegue falar, tem dificuldades em respirar, sente-se sufocada, fica com as mãos “*dormentes e paralisadas*” e, por vezes, com suores frios. Acrescenta que, nesses momentos, tem medo de perder o controlo e pensa “*tenho que me controlar*”. Quando começa a ter os primeiros sintomas usa, sempre que possível, a estratégia do saco de papel. Quando questionada acerca dos seus receios em relação às “*crises*

*de ansiedade*”, a doente afirma não ter medo de morrer, de ter um ataque cardíaco ou alguma doença associada aos sintomas de ansiedade. Também refere não recear novas crises nem fazer evitamentos de situações pelo receio de desenvolver possíveis crises. Procurou-se explorar a possível existência de factores que desencadeassem estes episódios, não tendo a doente conseguido precisar nenhum aspecto comum que estivesse na sua origem.

Apesar de ter terminado o namoro com C. depois do episódio da agressão, há cinco meses, M. conta que actualmente ele mantém contacto por telemóvel, visitando-a também na loja algumas vezes. No entanto, a doente afirma que, apesar de acreditar que ele ainda gosta de si, não pretende de modo nenhum retomar a relação e diz que nem sabe se ficarão amigos. Refere que, apesar de C. a ter agredido fisicamente uma única vez, eram muito frequentes as suas discussões e os episódios em que revelava ser *“muito possessivo”*. M. acha que C. sempre desvalorizou o que ela lhe contava sobre as agressões de que foi vítima por parte do irmão, chegando mesmo a dar razão a este último e não lhe dando o apoio que ela precisava.

M. afirma que outro dos problemas que a perturba é o facto de actualmente não se encontrar a frequentar as aulas no C.F., uma vez que depois das férias no mês de Agosto de 2002 não regressou às aulas, o que a fez perder o ano, embora se encontrasse na altura com média de dezassete valores. Os problemas começaram a surgir em Março de 2002, altura começou a sentir-se *“desmotivada”* e deixou de ir às aulas. M. refere que o ambiente na turma não era muito agradável, que os colegas eram muito *“infantis”* e que nem sempre aceitavam de bom grado as suas sugestões, factos estes que terão contribuído para essa desmotivação. Recorda que andava muito triste, não lhe apetecia fazer nada, não tinha muito apetite e praticamente não saía da cama. Diz que não se sentia com forças para ir às aulas, tinha medo de falhar e algum receio de enfrentar a turma. Também não se conseguia concentrar para fazer os trabalhos e receava que os mesmos não estivessem bem feitos, pensando frequentemente que *“não ia ser capaz”*. Acrescenta ainda que ficava muito ansiosa também pelo facto de ter *“medo de falhar e de desiludir as pessoas”* que apostaram nela, nomeadamente a irmã e as colegas de trabalho, concluindo que *“não percebo por que não consigo ir às aulas, afinal faço o que gosto...”*.

O seu grande objectivo neste momento é voltar a frequentar o C.F.. A concretizar-se, será a terceira vez que iniciará o segundo ano do curso. Refere que a mãe e a irmã não a incentivam muito, contudo, diz saber que ambas querem que retome os estudos: *“Costumam dizer ‘Vê lá o que vais fazer agora...’”*. Acrescenta ainda que o próximo ano lectivo será a sua *“última oportunidade no C.F.”* porque não voltarão a aceitá-la mais nenhuma vez e, desta forma, receia *“voltar a cair novamente”*. Outro dos seus objectivos consiste em modificar a sua situação nas lojas onde trabalha. M. afirma que gosta do emprego, do que faz e do

ambiente, porém, sente que é explorada - o seu trabalho e esforço não são reconhecidos pelas patroas, nem recebe mais pelo facto de a sua dedicação ser maior e por estar tudo a seu cargo, desde fazer as montras até organizar facturas. Quando o trabalho se acumula é sempre M. quem toma a iniciativa, por isso acaba por se sentir sobrecarregada embora, de um modo geral, não se manifeste. Afirma que já pensou em despedir-se, contudo, o dinheiro que ganha faz-lhe falta, mesmo não sendo muito. Além disso, não seria fácil encontrar outro emprego.

Quando questionada acerca dos seus objectivos para a terapia, M. diz querer “*ficar bem*”, o que para si significa “*não ter crises de ansiedade e terminar o curso de D. T.*”. Acrescenta ainda sentir-se preparada e disposta a investir na terapia, afirmando, contudo, que “*deveria ter sido mais forte a enfrentar as dificuldades*”. No que respeita aos três desejos que mais gostaria de realizar, M. respondeu que seriam acabar o curso com sucesso - o que significa terminar com uma boa média, 17/18 valores, para conseguir o estágio rapidamente e onde quer - , resolver os problemas consigo própria e com a sua família - pois sentir-se bem consigo mesma ajudaria a ficar melhor com os pais e o irmão - e, por último, viajar muito.

### **Escalas e Inventários de Auto-Resposta - Resultados**

**BDI** – A doente obteve um total de 31 pontos, indicador de *Depressão Grave*.

**Inventário de Esquemas de Young** – Os esquemas com pontuação mais significativa são: *Auto-controlo Insuficiente* – 4.5; *Padrões Elevados de Realização* – 4.2; *Auto-Sacrifício* – 4.1; *Abandono* – 3.4; *Inibição Emocional* – 3.4; *Isolamento Social* – 3.3; *Dependência/Incompetência* – 3.2; *Fracasso* – 3.2; *Privação Emocional* – 3.1. A média dos restantes esquemas situa-se entre os 1,5 e os 2,8 pontos.

**YRAI-1** – M. obteve uma pontuação média de 3.2 pontos, com uma percentagem de 32,5% de respostas 5 e 6.

**YCI-1** – A doente obteve uma pontuação média de 4.06 pontos, com uma percentagem de 47,9% de respostas 5 e 6.

**Questionário de Estilos Parentais** – Relativamente ao **Pai**, os esquemas com pontuação mais significativa são: *Negativismo/Vulnerabilidade ao Erro* – 6; *Punição* – 5.75; *Privação Emocional* – 5.2; *Padrões Excessivos* – 5.14; *Subjugação* – 5; *Procura de Aprovação/Reconhecimento* – 5; *Inibição Emocional* – 4.4; *Defeito/Vergonha* – 3.75; *Grandiosidade* – 3.25; *Dependência/Incompetência* – 3. A média dos restantes esquemas situa-se entre 1 e 3 pontos. No que diz respeito à **Mãe**, os esquemas significativamente mais pontuados são: *Negativismo/Vulnerabilidade ao Erro* – 5.5; *Punição* – 5.25; *Privação Emocional* – 5; *Procura de Aprovação/Reconhecimento* – 4.75; *Subjugação* – 4; *Inibição Emocional* – 3.8; *Padrões Excessivos* – 3.43; *Defeito/Vergonha* – 3; *Dependência/Incompetência* – 3.

**SCL-90-E** – A doente obteve um total de 177 pontos, com 81 sintomas positivos, sendo que o índice de severidade global corresponde a aproximadamente 1,97. Relativamente às dimensões avaliadas pela escala, as mais elevadas foram os índices de: *Sono* – 3.33; *Depressão* – 2.54; *Apetite* – 2.5; *Obsessão* – 2.2; *Ansiedade* – 2; *Morte* – 2; *Culpa* – 2.

## **FORMULAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

A partir da informação recolhida, poder-se-á considerar que M. apresenta, de acordo com o DSM-IV-TR (A.P.A., 2000), **Traços de Personalidade *Borderline*** (código 301.83). A análise do caso de M. leva-nos ainda a indicar um diagnóstico no Eixo IV respeitante a **Problemas Psicossociais e Ambientais**, designadamente **Problemas com o Grupo de Apoio Primário**. As dificuldades de M. parecem sugerir um padrão global de instabilidade no âmbito das relações interpessoais, auto-imagem e afectos bem como impulsividade marcada em alguns domínios da sua vida. Apresenta designadamente os seguintes critérios:

- Um padrão de relações interpessoais intensas e instáveis, caracterizado por alternância extrema entre idealização e desvalorização, como se verifica pela sucessão enorme de namorados, com quem se envolvia intensamente e por quem perdia rapidamente o interesse. Da mesma forma, também as suas amizades transmitem este padrão de relações - relembre-se, a título de exemplo, o corte de relações com S., uma grande amiga e a quem deixou de falar apenas porque esta lhe chamou a atenção para o modo como estava a conduzir a sua vida. As relações intra-familiares são igualmente caracterizadas pelo referido padrão, como é notório nas sucessivas entradas e saídas de casa protagonizadas por M., assim como na marcada agressividade física e verbal presente nas interacções entre os elementos da família.
- Perturbação da identidade: instabilidade persistente e marcada da auto-imagem ou do sentido de si própria, visível no seu percurso escolar, marcado por abandonos sistemáticos, mudanças de curso, períodos em que apenas trabalhava porque se dizia “*farta de estudar*” ou em que retomava os estudos por que isso voltava a constituir um objectivo para si.
- Impulsividade pelo menos em duas áreas que são potencialmente auto-lesivas: abuso de substâncias, nomeadamente álcool - M. menciona que “*Houve uma altura em que eu bebia muito, mesmo estando medicada e sabendo que não o devia fazer*”; sexo - como admitiu, já teve relações sexuais com pessoas que não conhecia bem e o seu primeiro contacto sexual foi com um rapaz que não era seu namorado, tendo surgido num *flirt* como a própria descreve.
- Instabilidade afectiva por reactividade de humor marcada - episódios intensos de disforia, irritabilidade e ansiedade. Os períodos de isolamento quase total e intensa depressão ocorridos depois da agressão do irmão, em 2001, e durante o ano de 2002, este último sem qualquer razão aparente, assim como o ano em que se isolou em casa depois da desistência da escola de

artes constituem exemplos de episódios de disforia. M. diz também sentir-se frequentemente irritada, respondendo mal à mãe e, por vezes, às colegas de trabalho. Os episódios de ansiedade marcada são visíveis, sobretudo, aquando da realização dos trabalhos do curso.

▪ Raiva intensa e inapropriada ou dificuldades de a controlar, por exemplo, episódios de perda da calma, raiva constante, brigas constantes. Considera-se relevante as brigas e os episódios de agressão presentes na vida de M. desde muito cedo, envolvendo a doente, o pai e o irmão. Posteriormente, também a relação com o último namorado foi caracterizada por agressividade física e verbal. Embora M. sempre tenha passado a ideia de que era vítima, sentindo-se impotente para lidar com os maus-tratos que sofria, parece-nos pertinente colocar a hipótese de poder ser a doente a despoletar os conflitos que estavam na origem das agressões. Recorde-se, a este propósito, que a doente chegou a reconhecer que entra facilmente em discussão e, quando está zangada, atira objectos.

A história de M. indica ainda a presença de “*crises*” que a doente denomina como sendo “*de ansiedade*” que, no entanto, são caracterizadas por aspectos conversivos, somatoformes, podendo dever-se a elevados níveis de ansiedade ou constituir um mecanismo de *coping*, uma forma de lidar com as situações. Como foi descrito, essas crises surgem, de um modo geral, após episódios de agressão ou quando se vê confrontada com chamadas de atenção para as opções que tem feito ao longo da vida. As primeiras crises surgiram no início da adolescência, não tendo ficado bem claro o que esteve na sua origem, nem a possível ligação com as crises que se verificam actualmente.

A História do Desenvolvimento e Aprendizagens Prévias leva-nos a considerar a formação de alguns esquemas e crenças que se constituem como factores predisponentes, para a qual terão contribuído determinados acontecimentos e relações interpessoais que tiveram lugar nos primeiros anos de vida (Beck, 2007). O facto de M. ter sido deixada desde muito cedo aos cuidados da avó materna, contrariamente ao que se verificou com os seus irmãos, poderá ter contribuído para a formação do esquema de abandono (Leahy, 2006). Uma infância infeliz, pautada por agressões físicas e verbais por parte do pai e do irmão, e por uma excessiva distância emocional por parte das pessoas mais próximas estarão na base de crenças relativas à privação emocional. A constante desvalorização e ausência de reforço pelos seus sucessos escolares, bem como o facto de ser punida fisicamente quando errava os trabalhos escolares poderão ser associados à formação de um esquema de fracasso/indesejabilidade (Leahy, 2006). Da mesma forma, aprendeu a desvalorizar os sucessos e a sobrevalorizar os fracassos. Para tal terá também contribuído o facto de, não só não ser reforçada pelas boas notas, como também lhe ser permanentemente exigido pelo pai um desempenho superior, o que não se tinha verificado em relação aos irmãos: “*Um Excelente é pouco... podias ter tido*

*mais*". Esta exigência estará na origem de padrões elevados de realização, que acabam por ser compensatórios em relação a um auto-esquema de fracasso/incompetência. Poder-se-á colocar a hipótese de que este esquema de fracasso/indesejabilidade se organiza à volta do tema do defeito. Os referidos padrões elevados de realização poderão estar associados ao esquema de auto-sacrifício, que por sua vez a leva a interpretar as situações em termos da temática do abuso, como se observa nas referências que M. faz à sua situação nas lojas, afirmando que é sempre ela quem realiza todas as tarefas sem obter qualquer tipo de recompensa. Considera-se que a inexistência de manifestações emocionais adequadas na família de M. terá conduzido às suas dificuldades em lidar e expressar funcionalmente as suas emoções. Na verdade, a família sempre reforçou a ideia de que não é importante conversar, expressar o que se sente ou partilhar com os outros aspectos da vida quotidiana. Por outro lado, também as interacções agressivas vivenciadas particularmente na relação com o pai e o irmão terão contribuído, por modelamento, para o desenvolvimento de um auto-controlo insuficiente e de um padrão de comportamento impulsivo, visível na forma como se relaciona com os outros, por exemplo, responder mal à mãe sem motivo aparente, envolver-se de forma impulsiva em acções que reconheceu depois como irracionais e contraproducentes. A formação de crenças do tipo "*Eu sou impotente e vulnerável*" e "*Eu sou intrinsecamente inaceitável*" poderá estar associada aos contínuos episódios de agressão e maus-tratos sofridos pela doente, bem como aos comentários depreciativos feitos pelo pai em relação à sua pessoa. Na origem de crenças do tipo "*Eu sou inferior*", "*Eu sou diferente dos outros*" estará certamente o facto de M. se ver impedida de acompanhar os colegas, em coisas tão simples como uma ida ao bar da escola, na medida em que os pais não lhe davam dinheiro e não a deixavam sair (Leahy, 2006).

Embora possamos considerar que M. evidenciou desde cedo todo um padrão de instabilidade afectiva e interpessoal, períodos de isolamento e depressão bem como dificuldades no estabelecimento e prossecução de objectivos, parece ter sido o episódio de agressão por parte do irmão - nas férias da Páscoa de 2001 - que terá contribuído para o agravamento da situação. De facto, foi a partir dessa altura que M. diz ter começado a sentir-se "*pior*" e a "*deixar de conseguir lidar com as coisas*"; as "*crises de ansiedade*" passaram a ser mais recorrentes e os episódios depressivos mais intensos e invalidantes. Poder-se-á, portanto, colocar a hipótese de que este acontecimento e a forma como a família e mesmo o namorado lidaram com ele, dizendo-lhe para "*esquecer o assunto*" e fazendo-a sentir-se "*injustiçada*", terão contribuído para a activação dos esquemas de abandono e privação emocional da doente. O modo como M. lidou com a situação e a consequente desistência do curso estarão possivelmente na origem da activação dos esquemas de fracasso e de incompetência face a obstáculos com que se depara (Wright, Basco & Thase, 2008).

No que respeita aos factores de manutenção, salienta-se a importância das distorções cognitivas (Beck, 2007), nomeadamente Pensamento Dicotómico, que se encontra presente, por exemplo, quando avalia os seus trabalhos como ou bons ou maus, quando classifica os seus relacionamentos amorosos como ou muito intensos ou totalmente desinteressantes. Poder-se-á ainda referir a existência de outro tipo de erros de pensamento, tais como inferência arbitrária, quando considera que os amigos achá-la-ão desinteressante se souberem como realmente é; catastrofização, revelada em pensamentos do tipo “*Vou desmaiar*”, “*Vou descontrolar-me*”; “deverias”, ao repetir frequentemente que “*deveria ter sido mais forte a enfrentar as dificuldades*”. Também os evitamentos de diversas situações, designadamente de todo o tipo de contacto com o irmão e a cunhada, de se encontrar com o pai e do confronto com colegas e formadores, contribuem para a manutenção dos seus problemas. Estes evitamentos ajudam a perpetuar uma visão negativa de si mesma, associada a uma imagem de incompetência, incapacidade e vulnerabilidade (Leahy, 2006). Da mesma forma, as relações familiares distantes, as suas dificuldades de expressão emocional e de controlo dos impulsos, a utilização de estratégias de *coping* disfuncionais - como por exemplo, abuso de álcool e tabaco, desistir dos objectivos a que se tinha proposto quando acontece alguma contrariedade, deixar de falar a uma amiga por esta se referir à forma como M. conduz a sua vida - , os ganhos secundários associados às crises e o conflito autonomia/dependência favorecem a manutenção dos problemas da doente. Finalmente, considera-se que o seu perfeccionismo contribui para a manutenção de um padrão de desistências recorrentes (Wright, Basco & Thase, 2008). Na verdade, o seu nível de exigência leva a que os trabalhos do curso sejam sistematicamente entregues fora do prazo, o que se reflecte em classificações mais baixas e num sentimento de injustiça traduzido em pensamentos do tipo “*Não vale a pena o esforço*”.

## PROTOCOLO TERAPÊUTICO

<p><b>Objectivo Geral 1:</b> Estabelecimento de uma Relação Terapêutica Colaborativa de forma a promover o envolvimento da doente na terapia.</p>	<p><b>Objectivos Específicos:</b> <b>1.1</b> Esclarecer a doente acerca do modo como vai decorrer a terapia; <b>1.2</b> Realçar a importância da participação activa da doente e da realização dos trabalhos de casa no desenvolvimento eficaz do processo terapêutico.</p>
<p><b>Estratégias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aceitação incondicional da doente;</li> <li>▪ Explicação do funcionamento da Consulta Externa de Stress;</li> <li>▪ Apresentação do Modelo de Intervenção Cognitivo-Comportamental (Beck, Emery &amp; Greenberg, 1985);</li> <li>▪ Solicitação de <i>feedback</i> acerca do modo com a doente está a perceber o processo terapêutico;</li> <li>▪ Recurso a questionários e inventários de auto-resposta;</li> <li>▪ Negociação com a doente acerca dos objectivos para a terapia.</li> </ul>	
<p><b>Objectivo Geral 2:</b> Identificação e Modificação dos Erros no</p>	<p><b>Objectivos Específicos:</b> <b>2.1</b> Ajudar a doente a considerar se pensar em termos</p>

Processamento da Informação, particularmente o Pensamento Dicotómico.		de <i>continuum</i> seria mais realista e adaptativo do que a avaliação por extremos.
<b>Estratégias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificação de situações onde se verifique a referida distorção cognitiva;</li> <li>▪ Recurso a Registos de Auto-monitorização dos Pensamentos Disfuncionais (Situação – Pensamento Automático Negativo – Emoção – Comportamento) (Beck, 1995);</li> <li>▪ Explicação da interligação entre pensamentos, emoções e comportamentos (Beck, Emery &amp; Greenberg, 1985);</li> <li>▪ Formulação de pensamentos racionais alternativos.</li> </ul>		
<b>Objectivo Geral 3:</b> Flexibilização dos Esquemas Disfuncionais da doente.	<b>Objectivos Específicos:</b> <b>3.1</b> Reenquadramento do conjunto das dificuldades da doente como tendo uma base comum relacionada com questões de instabilidade emocional e interpessoal, padrões perfeccionistas e auto-controlo; <b>3.2</b> Exploração dos episódios e mensagens significativas recebidas durante a infância e adolescência passíveis de se terem constituído como áreas de maior vulnerabilidade.	
<b>Estratégias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Familiarização da doente com as noções de esquema, processos e produtos (Young, 1990); esclarecimento da forma como estes estão a contribuir para a manutenção das suas dificuldades, através de técnicas como a Descoberta Guiada;</li> <li>▪ Explicação do papel dos padrões rígidos de realização da doente como um dos mecanismos que mantém os seus problemas;</li> <li>▪ Revisão de experiências comportamentais nas quais a doente possa avaliar a validade dos esquemas mal-adaptativos e expectativas negativas face a si e aos outros;</li> <li>▪ Discussão das evidências a favor e contra as crenças associadas aos esquemas.</li> </ul>		
<b>Objectivo Geral 4:</b> Aprender a controlar os impulsos e a lidar com as emoções de forma mais funcional.	<b>Objectivos Específicos:</b> <b>4.1</b> Exploração das situações associadas ao descontrolo emocional e dos impulsos; <b>4.2</b> Debater com a doente formas alternativas de lidar com as situações.	
<b>Estratégias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diálogo Socrático (Beck, 1995);</li> <li>▪ Auto-monitorização e controlo dos impulsos (Beck &amp; Freeman, 1990);</li> <li>▪ Explorar prós e contras das alternativas;</li> <li>▪ Examinar as expectativas da doente.</li> </ul>		
<b>Objectivo Geral 5:</b> Promoção de relações intra-familiares mais funcionais.	<b>Objectivos Específicos:</b> <b>5.1</b> Modelamento de competências auto-afirmativas em situações em que a doente tivesse que lidar com dificuldades surgidas na família; <b>5.2</b> Estimulação da expressão emocional; <b>5.3</b> Reenquadramento dos acontecimentos do passado no sentido de criar alternativas de significado.	
<b>Estratégias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estratégias de activação emocional: recordação e debate de memórias de acontecimentos desagradáveis ocorridos no passado; facilitação da expressão emocional (Beck, 1995);</li> <li>▪ Diálogo Socrático.</li> </ul>		
<b>Objectivo Geral 6:</b> Debater com a doente os problemas com se confronta no dia-a-dia e antecipar possíveis dificuldades em termos académicos.	<b>Objectivos Específicos:</b> <b>6.1</b> Definição dos problemas com que a doente se confronta; <b>6.2</b> Definição de mecanismos de <i>coping</i> para lidar com os problemas; <b>6.3</b> Avaliação dos recursos pessoais e interpessoais de que a doente dispõe para lidar com as dificuldades; <b>6.4</b> Discussão dos Padrões Perfeccionistas da doente; <b>6.5</b> Desenvolver sentidos de competência e domínio na área académica.	
<b>Estratégias:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reestruturação Cognitiva;</li> <li>▪ Treino de Resolução de Problemas (Gonçalves, 2000);</li> <li>▪ <i>Prompting</i> das iniciativas da doente e reforço dos progressos alcançados entre sessões;</li> <li>▪ Treino Auto-Afirmativo (Matos, 1989b).</li> </ul>		

## **FEEDBACK DA INTERVENÇÃO REALIZADA**

O acompanhamento teve início no dia 5 de Novembro de 2002. A intervenção contou com 23 consultas, tendo as seis primeiras decorrido semanalmente até ao dia 19 de Dezembro de 2002. Inicialmente, era suposto o processo terminar após estas consultas, na medida em que M. pretendia retomar os estudos no mês de Janeiro, altura em que começa o ano lectivo no C.F.. Por este motivo, e dado o horário a que estaria sujeita, seria impossível prosseguir a psicoterapia. Contudo, aproximadamente um mês depois, a doente volta a contactar os serviços da Consulta de Stress, tendo-se reiniciado o processo no dia 29 de Janeiro de 2003, igualmente com regularidade semanal.

Procurou-se, em primeiro lugar, estabelecer uma boa relação terapêutica, apostando sobretudo na aceitação incondicional da doente. Nas primeiras consultas, foi notória alguma dificuldade de abertura por parte da doente, procurando evitar a intimidade, revelando poucos pormenores das suas áreas problemáticas e insistindo em se referir quase exclusivamente aos episódios de agressão. No entanto, com o decorrer do processo M. mostrou-se mais capaz de se referir às suas dificuldades de forma mais aprofundada.

No sentido de ajudar a doente a detectar Pensamentos Automáticos Negativos (P.A.N.), procurou-se elucidar a noção de pensamento automático por oposição à noção de pensamento voluntário, que M. assimilou bem. Depois, foi-lhe apresentada a conceptualização do modelo de Beck relativo à relação Pensamento → Emoção → Comportamento. No seguimento desta explicação, a doente afirmou que nas alturas em que não conseguia ir às aulas pensava com frequência “*Não sou capaz*”, aproveitando-se então para completar a sequência antes descrita: “*Não sou capaz*” (P.A.N.) → *Tristeza* (emoção) → *Ficar na cama* (comportamento). Sugeriu-se que fizesse o mesmo para o pensamento “*Vou dar o meu melhor*”. Como trabalho de casa foi solicitado à doente o preenchimento de uma folha de registo de auto-monitorização (cf. Anexo III).

Na fase mais inicial da terapia, os objectivos centraram-se, sobretudo, na antecipação das dificuldades no regresso às aulas no C.F., uma vez que a doente tencionava reingressar na escola no início de Janeiro. M. referiu que se sentia “*com força*” para iniciar o ano, apesar de ter “*alguns receios*”, nomeadamente o facto de ter que conviver com novos colegas de turma e de praticamente não sair quando está na cidade onde estuda, aspecto que considera relevante, pois diz que “*preciso de ver gente porque é nas pessoas que me inspiro para realizar os meus trabalhos*”. No entanto, como já foi referido, M. reiniciou as consultas no final do mês de Janeiro de 2003, facto que justificou por não ter sido autorizada pela direcção da escola a reingressar nas aulas. M. afirmou que estava a lidar “*muito mal*” com esta situação e que se sentia “*muito triste*”, na medida em que o curso representava nesse

momento o seu único e grande objectivo: “*Se não puder voltar ao curso, fico sem tábua de salvação*” e que isso seria “*mais um fracasso e uma grande frustração*”. Foram discutidas formas de lidar com esta situação e debatidos modos funcionais de regulação emocional alternativos, no sentido de encontrar outras soluções possíveis assim como actividades em que se pudesse envolver enquanto não tomasse uma decisão definitiva em relação ao seu futuro. Inicialmente, M. mostrou-se bastante resistente em conceptualizar a situação de forma alternativa, mas gradualmente veio a adoptar estratégias de resolução de problemas mais funcionais, apresentando igualmente alterações significativas no seu padrão habitual de comportamento. Trabalhou-se ainda a questão da rigidez na sua forma de pensar e agir, procurando relacioná-la com as suas dificuldades. Este aspecto parece ter sido facilmente compreendido pela doente, tendo esta vindo a demonstrar-se progressivamente mais flexível no que respeita aos seus padrões de exigência pessoais.

Posteriormente, M. veio a conseguir perspectivar alternativas realistas e começou a idealizar novos projectos, nomeadamente candidatar-se ao curso de D. T. numa Universidade pública. Procurou-se discutir com a doente a importância de analisar os aspectos positivos dos anos em que esteve no C.F., designadamente a experiência adquirida, a aprendizagem e o contacto com outras pessoas, assim como retirar lições dos erros que poderá ter cometido. O facto de ter que se deslocar para uma outra cidade não a preocupava porque afirmou ter boas referências da mesma e também porque lhe disseram ser fácil arranjar um *part-time* nessa cidade. A decisão de concorrer ao ensino superior implicou que a doente tivesse que estudar para os exames nacionais, tendo M. relatado algumas dificuldades de concentração e também algum nível de ansiedade, o que nos levou a dada altura a direccionar a intervenção para a organização de métodos de estudo e a discussão de estratégias para lidar com essa ansiedade (cf. Anexo IV). Os resultados alcançados nos exames que realizou foram muito satisfatórios.

Retomando as dificuldades mais invalidantes de M., procurou-se intervir ao nível dos seus esquemas disfuncionais, pelo que começámos por familiarizar a doente com as noções de esquemas, processos e produtos, as quais foram facilmente percebidas. A modificação dos esquemas assentou essencialmente em estratégias interpessoais, através do fornecimento de pontos de vista alternativos e *self-disclosure*. Procurou-se também proporcionar uma relação terapêutica que favorecesse a mudança dos esquemas precoces mal-adaptativos. Relativamente aos processos, focou-se sobretudo o Pensamento Dicotómico, nomeadamente no que diz respeito à avaliação que a doente faz dos trabalhos do curso em termos de “*bom ou mau*”. M. manifestou dificuldades em conceber as situações em termos de um *continuum*, prevalecendo sempre uma avaliação em termos de extremos. Porém, com o avançar do processo terapêutico, a doente foi sendo gradualmente capaz de abandonar a interpretação

dicotómica das situações, o que foi visível sobretudo na área académica, tendo conseguido concluir que o perfeccionismo a um nível extremo deixa de ser funcional. Na medida em que as relações familiares da doente são caracterizadas por grande disfuncionalidade, procurou-se intervir no sentido da melhoria dessas relações analisando vantagens e desvantagens do modo como vinha a agir, assim como prós e contras da expressão emocional. Também nesta área M. manifestou padrões rígidos na forma de pensar e agir, afirmando que mesmo sabendo que teria “*vantagens em controlar-me, não consigo... é mais forte do que eu*”.

No decorrer do processo terapêutico, a doente veio sistematicamente a referir que apesar de ter vivido sempre no mesmo ambiente familiar, gostaria “*que as coisas mudassem*” pois não se identifica com a forma como a família lida com as situações - por exemplo, falarem sempre alto uns com os outros - nem com o facto de não existirem grandes hábitos de diálogo: “*Gostava que se falasse sobre tudo*”. Neste sentido, procurou-se mostrar a M. a importância de compreender e aceitar o seu passado, assim como as atitudes das pessoas que consigo vivem, para melhor enfrentar o presente e o futuro.

Numa fase posterior da terapia procurou-se facilitar a expressão emocional, questionando-se a doente acerca do que diria aos familiares mais próximos se pudesse ter uma conversa franca com eles. M. começou por dizer que teria que falar com todos lá em casa pois a sua vida “*está afectada pelas coisas mal resolvidas do passado*”, enumerando seguidamente o que diria a cada um. Acrescentou igualmente que é seu objectivo sair de casa, o que constituiria para si “*um alívio*”. A doente referiu ainda que continua a não se relacionar com o irmão, apesar de terem passado largos meses desde que cortaram relações, embora já falasse normalmente com a cunhada, em boa parte devido ao facto de a sobrinha passar muito tempo em sua casa. Quanto à relação com a mãe, a doente contou que surgiam frequentemente discussões devido ao facto de ela entrar no seu quarto e mexer nas suas coisas, ainda que a intenção seja a de arrumar.

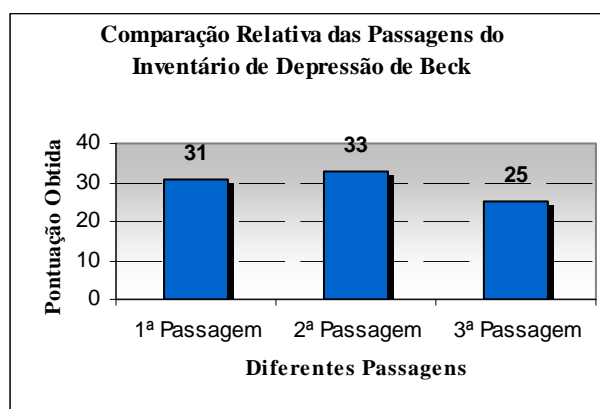
Devido à existência de sintomas ansiosos sentidos pela doente em determinadas situações e às constantes dificuldades para adormecer, procedeu-se a um treino de relaxamento para sete grupos musculares (cf. Anexo V). M. disse não se ter sentido muito relaxada, referindo igualmente que tal se poderia dever ao facto de não estar “*muito confortável*”. Apesar disso, afirmou que gostou e que pretendia praticar em casa, o que veio a fazer algumas vezes, com relativo resultado.

A doente considerou também que algumas das suas dificuldades advinham do facto de raramente conseguir dizer “*não*” aos outros, pois pensa que as pessoas ficariam “*chateadas*” consigo, mencionando que para si é importante dar-se bem com toda a gente já que o contrário significa que “*não é amiga*”. Acrescentou igualmente que é comum fazer coisas que

lhe desagradam só para agradar aos outros. Para além disso, relatou alguns aborrecimentos na loja que suscitaram alguns comentários desagradáveis a seu respeito, aos quais M. disse não ter respondido porque tinha “*medo de não se controlar*”. Reconheceu, porém, que por não conseguir responder os outros nunca a irão respeitar, afirmando também que “*sinto que abusam de mim*” tanto na loja como em casa. Perante estas dificuldades, realizou-se um treino auto-afirmativo (cf. Anexo VI), tendo a doente afirmado reconhecer como mais adequadas as alternativas que foram apresentadas para lidar com as situações.

Numa das últimas consultas, a doente afirmou que uma das suas maiores preocupações no momento era o facto de ter perdido o interesse sexual e de não se sentir atraída por ninguém, referindo que “*É estranho! Antes estava sempre apaixonada...*”. Procurou-se, então, explicar que o modo como M. agia actualmente talvez fosse mais saudável, pois o seu anterior comportamento implicava sempre algum tipo de idealização. Para além disso, o modo como se sentia podia dever-se também ao facto de se encontrar agora num registo diferente, com preocupações diferentes.

Na parte final do acompanhamento, foi apresentado à doente um *feedback* acerca do diagnóstico e das características da perturbação *borderline*, tendo M. afirmado identificar-se com essa descrição. Como indicador da evolução da doente, apresentamos na Figura 1 uma comparação dos resultados obtidos no Inventário de Depressão de Beck (BDI), escala preenchida por M. em três momentos distintos ao longo do processo de terapia.



**Figura 1:** Resultados das passagens do Inventário de Depressão de Beck.

Na primeira passagem do inventário, em Novembro de 2002, M. obteve um resultado de 31 pontos. Na segunda passagem, em Dezembro de 2002, alcançou um resultado de 33 pontos. Ambos apontam para Depressão Grave. Na terceira passagem, em Fevereiro de 2003, o resultado foi de 25 pontos, indicador de Depressão Moderada. O aumento verificado da primeira para a segunda passagem, além de não poder ser considerado muito relevante, atribuir-se-á ao facto de o intervalo de tempo que mediou as duas passagens ser de apenas um

mês. Na terceira passagem, registou-se um decréscimo significativo nos resultados, que poderá eventualmente estar relacionado com alguns ganhos terapêuticos. É pertinente referir, no entanto, que pelo facto dos episódios de disforia serem uma das características deste quadro clínico, os resultados não implicam necessariamente um diagnóstico de Depressão.

Pensamos que os ganhos terapêuticos, ao nível das dificuldades apresentadas por M., foram significativos, embora, dada a natureza da situação clínica, antecipemos que irá tratar-se de um processo longo, no qual mudanças mais profundas serão atingidas lenta e gradualmente. A doente continuou em acompanhamento na Consulta de Stress.

### **COMENTÁRIO TEÓRICO: *ESTRATÉGIAS DE COPING***

*“... certain individuals may possess resources, such as coping, that allow them to experience external stress without experiencing compromised functioning.”*

(Suldo, Shaunessy & Hardesty, 2008, p. 274)

Seriam vários os aspectos que mereceriam da nossa parte uma abordagem mais aprofundada neste comentário, uma vez que a história de vida de M. revelou inúmeros acontecimentos e circunstâncias de grande significado para o desenvolvimento do quadro clínico. Optámos por abordar a temática das estratégias de *coping*, por nos parecer uma questão central na origem e manutenção dos problemas da doente.

M. apresentou-se na Consulta referindo como uma das suas principais dificuldades, o facto de ter desistido por duas vezes do curso que frequenta, situação que não consegue explicar muito bem, pois sempre teve boas notas e a conclusão do curso representaria para si a concretização de um sonho. Posteriormente, ao verificármos que essas desistências estiveram associadas a problemas pessoais fora do âmbito escolar, que exigiam de M. uma atitude activa e confrontativa no sentido da sua resolução, questionámo-nos sobre se as mesmas não constituiriam uma forma de lidar com situações que ultrapassariam as capacidades de resposta da doente. Isto levou-nos, por outro lado, a considerar a possibilidade de M. adoptar na sua vida um estilo de *coping* disfuncional sempre que tenha de enfrentar dificuldades ou exigências acrescidas. De facto, à medida que fomos conhecendo o percurso de vida de M., foi possível constatar todo um conjunto de situações em que a doente apresentava formas de lidar mal-adaptativas e totalmente desadequadas - como por exemplo, quando surgiam obstáculos que tinha que ultrapassar para levar o curso avante, ou no modo como age em termos das suas relações interpessoais. Assim, incidiremos o nosso comentário nas estratégias de *coping* e sua importância para o desenvolvimento de um estilo de funcionamento individual que se revelará mais ou menos adequado, mais ou menos adaptativo.

A vida está repleta de experiências que “puxam” pelo nosso repertório de pensamentos, emoções e comportamentos. As respostas de *coping* fazem parte desse processo de aprendizagem e crescimento. Segundo Snyder & Dinoff (1999), o *coping* não é apenas um processo básico para a sobrevivência, mas está também relacionado com a qualidade e com o significado construtivo das nossas vidas. O comportamento de *coping* pode ser caracterizado como flexível, intencional, orientado para a realidade e diferenciado (Parker & Endler, 1996). É através dos processos de *coping* que nos tornamos capazes de ultrapassar os diversos desafios que a vida nos coloca e que nos desenvolvemos como pessoa, daí a importância fundamental deste mecanismo (Snyder & Dinoff, 1999). Um dos principais factores na determinação do impacto do stress no indivíduo é a sua capacidade percebida para lidar com o stress (Everly, 1989), sendo que alguns sujeitos possuem recursos, tais como o *coping*, que lhes permite lidar com o stress sem comprometer o seu funcionamento (Suldo, Shaunessy & Hardesty, 2008). Não obstante, durante muito tempo foi dada uma menor atenção às formas através das quais os seres humanos respondem ao stress, comparativamente ao estudo do stress e dos seus efeitos (Monat & Lazarus, 1985). Gradualmente, porém, foi-se assistido a um interesse crescente no que respeita ao estudo dos processos de *coping* utilizados pelos indivíduos, apontando os resultados destas investigações no sentido de uma definição do papel do *coping* como modelador activo das experiências de stress (Coyne & Holroyd, 1982).

### **O conceito de *coping***

De um modo geral, *coping* significa “formas de lidar com”, “estratégias de confronto” ou “mecanismos ... para lidar com os agentes indutores de stress” (Ramos & Carvalho, 2007). Quanto à sua definição, o termo *coping* tem recebido uma grande variedade de significados.

Segundo Vaz Serra (1999), *coping* refere-se às “*estratégias utilizadas pelo ser humano para lidar com as ocorrências indutoras de stress*” (p. 365), e com os estados emocionais associados. Stone, Helder & Schneider (1988 *in* Matos, 1989a) afirmam que *coping* remete para acções e pensamentos que permitem aos indivíduos lidar com situações difíceis. Lazarus & Folkman (1984 *in* Costa & Leal, 2006 e Suldo *et al*, 2008), por seu lado, mencionam que *coping* representa os esforços cognitivos e comportamentais realizados pelo indivíduo para lidar com exigências específicas, internas ou externas, que são avaliadas como ultrapassando os seus recursos. Para Monat & Lazarus (1985) *coping* diz respeito aos esforços para lidar com situações de dano, ameaça ou desafio, quando uma resposta automática para confrontar a situação não se encontra disponível no repertório comportamental do indivíduo. White (1985) aponta uma definição no mesmo sentido, considerando que *coping* se refere a um comportamento de adaptação em condições relativamente difíceis. Já Frydenberg & Lewis (2009) afirmam que *coping* corresponde a uma resposta do organismo ao stress, envolvendo

acções cognitivas e afectivas no confronto com as situações problemáticas. Para os autores, essa forma de lidar influencia não só o bem-estar subjectivo mas também a auto-eficácia, afectando grandemente os relacionamentos, as aspirações e o desempenho do indivíduo.

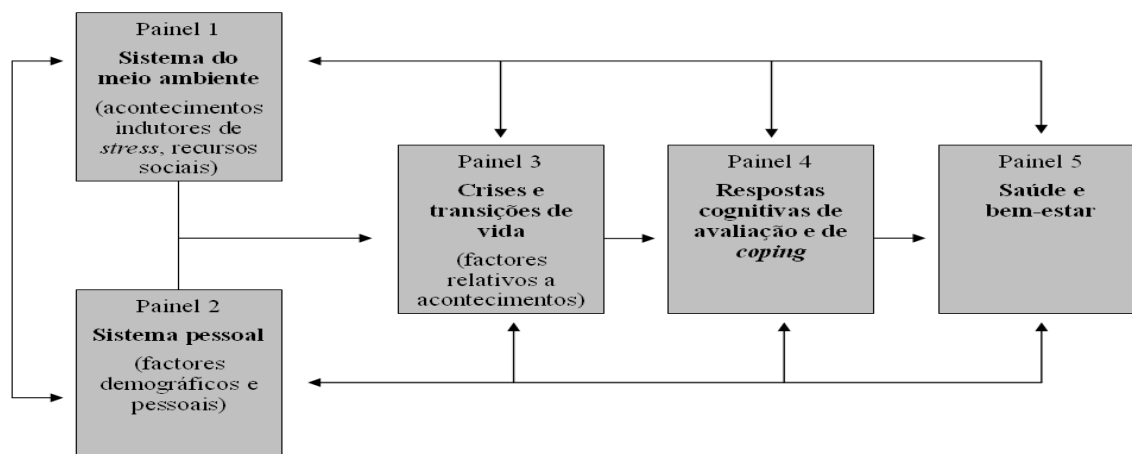
De acordo com Costa & Leal (2006), o termo *coping* especifica os comportamentos adoptados ao lidar com processos de stress. Ou seja, as estratégias de *coping* são utilizadas pelos indivíduos com a intenção de reduzir os efeitos do stress (Terry & Jimmieson, 2003), diminuindo assim a “carga” física, emocional e psicológica ligada aos acontecimentos stressores (Snyder & Dinoff, 1999). Segundo estes últimos autores, a eficácia das estratégias de *coping* avalia-se pela sua capacidade em reduzir de imediato a perturbação sentida, bem como em evitar, em termos futuros, o prejuízo do bem-estar ou do estado de saúde do sujeito. Outras definições têm sido igualmente consideradas: *coping* é um factor estabilizador que pode ajudar os indivíduos a manter uma adaptação psicossocial nos períodos de stress (Holahan, Moos & Schaefer, 1996); *coping* diz respeito aos esforços para resolver problemas pessoais e interpessoais, permitindo lidar melhor com as experiências geradoras de stress (Vierhaus, Lohaus & Ball, 2007); *coping* refere-se a táticas cognitivas ou ambientais concebidas para atenuar a resposta de stress e restabelecer a homeostasia (Everly, 1989).

Pelas várias definições apresentadas, podemos concluir que o *coping* desempenha um papel fundamental na determinação do que é *stressante* para o indivíduo. Qualquer ambiente pode ter várias circunstâncias potencialmente *stressantes*; mas o problema só existe, quando o indivíduo não consegue encontrar uma resposta eficaz para o resolver (Matos, 1989a). Assim, a avaliação de uma circunstância dependerá do grau de importância que lhe é atribuído, das aptidões de *coping* e dos recursos pessoais e sociais que o indivíduo possui (Vaz Serra, 1999).

Através da integração de diversas perspectivas relativas ao processo de *coping*, Moos & Schaefer (1993 *in* Holahan, Moos & Schaefer, 1996) elaboraram o **modelo conceptual do stress e do processo de coping**. De acordo com este modelo, as respostas perante o stress devem ser compreendidas considerando cinco aspectos diferentes, assinalados na Figura 2.

O painel 1 é constituído pelas circunstâncias de vida indutoras de stress - por exemplo, doenças crónicas - e pelos recursos sociais que a própria pessoa tem, respeitantes à sua saúde física, condição económica, suporte familiar e relações com amigos. O painel 2 refere-se às características sócio-demográficas do indivíduo, nas quais se incluem os recursos pessoais de *coping*, tais como a auto-confiança do indivíduo, o desenvolvimento da personalidade, as suas aspirações pessoais - que podem levá-lo a lutar ou “abandonar-se” perante os acontecimentos - , as suas aptidões para resolver problemas, as expectativas pessoais de auto-eficácia, o seu grau de optimismo, o padrão de *locus* de controlo e a experiência adquirida ao lidar com eventuais crises anteriores. No painel 3 estão assinaladas as crises e transições de vida actuais,

que são influenciadas pelos factores pessoais e ambientais, relativamente estáveis, que as antecedem - painéis 1 e 2) As crises e transições de vida, por sua vez, vão moldar a forma como o indivíduo faz a avaliação cognitiva da circunstância e as respostas de *coping* que emite - painel 4, influenciando igualmente a saúde e bem-estar do indivíduo - painel 5. De acordo com os autores, o sentido das setas indica que os processos são transaccionais, o que significa que pode existir um *feedback* recíproco em qualquer uma das dimensões.



**Figura 2:** Modelo conceptual do stress e do processo de *coping* (adaptado de Moos & Schaefer, 1993 in Holahan, Moos & Schaefer, 1996).

### Como se aprendem as estratégias de *coping*?

Todas as pessoas experienciam situações indutoras de stress ao longo da sua vida, contudo, diferentes indivíduos lidam com os factores de stress de diferentes formas e com resultados distintos. Na aquisição de aptidões para lidar com problemas ou situações difíceis intervêm vários factores, tais como o tipo de personalidade, ou mesmo as relações parentais (Pereira, 1991). Segundo Fisher (1986 in Matos, 1989a), se esta aquisição não se realizar, os indivíduos tornam-se vulneráveis à doença física e/ou psicológica. Esta autora enfatiza ainda o papel das relações parentais próximas, as quais influenciam a forma como as pessoas procuram obter controlo, ou seja, as estratégias de *coping* utilizadas.

Os mecanismos de *coping* referem-se a um processo complexo que envolve características da personalidade, relações pessoais e parâmetros situacionais (Pierce, Sarason & Sarason, 1996). Quer os factores psicológicos, quer os ambientais atraíram, ao longo dos anos, a atenção dos investigadores no estudo do desenvolvimento dos recursos de *coping* (Parker & Endler, 1996). White (1985) menciona que os factores culturais, situacionais e de personalidade constituem os determinantes do comportamento de *coping*, na medida em que parecem influenciar de modo complexo a forma através da qual o indivíduo lida com as circunstâncias adversas que surgem na sua vida. Por sua vez, Compas (1987 in Pereira, 1991)

afirma que as estratégias de *coping* adoptadas pelo indivíduo são influenciadas pelo processo de socialização e pela sua história pessoal de aprendizagem. Vaz Serra (1999) enfatiza ainda a importância dos factores cognitivos, isto é, do modo como o indivíduo se “habitou” a pensar.

Meichenbaum & Turk (1982 in Vaz Serra, 1999) consideram que as estratégias de *coping* são aprendidas por “osmose”, ou seja, o indivíduo faz o que vê fazer aos outros, sobretudo a pessoas significativas com as quais se identifica. Quando o “modelo” é bom, o indivíduo aprende as aptidões que precisa para lidar adequadamente com as situações. No entanto, se o “modelo” é mau, o indivíduo não vai aprender estratégias de *coping* funcionais, o que poderá fazer com que encontre dificuldades em determinadas circunstâncias. Nesta aprendizagem por observação, que se processa ao longo do desenvolvimento, os pais são considerados, por aqueles autores, os modelos mais importantes. As influências culturais, especificamente a aprendizagem cultural de crenças e valores, podem igualmente levar a diferentes atitudes e formas de acção. Há uma relação entre *coping* e o sistema de valores e crenças de cada sociedade (Matos, 1989a). Por último, os homens e as mulheres utilizam também formas diferentes de lidar com os problemas, muito provavelmente de acordo com os seus papéis sociais, o que pode constituir um indicador de que a aprendizagem de estratégias de *coping* é influenciada pela aprendizagem de papéis sexuais (Matos, 1989a; Vaz Serra, 1988). Vaz Serra (1999) considera que a aprendizagem vicariante, em que se aprende observando, não é a única variável que influencia a aquisição de estratégias de *coping*, pois o condicionamento clássico e operante estão igualmente implicados nesta aprendizagem.

No caso de M., podemos afirmar que as estratégias de *coping* que tem utilizado ao longo do seu desenvolvimento resultam, em larga medida, da observação dos seus “modelos”. Recordando o padrão de funcionamento familiar, em que eram constantes os conflitos, em que a violência esteve sempre presente - nomeadamente, nas agressões protagonizadas pelo pai e pelo irmão, e nas interacções verbais dentro da família - e em que o diálogo e compreensão eram praticamente inexistentes, podemos constatar que os “modelos” desta doente não foram, de facto, os melhores. Assim, M. não teve oportunidade de aprender formas de *coping* adequadas que lhe permitissem actuar de forma funcional perante circunstâncias adversas, o que levou a que tivesse sempre muitas dificuldades em resolver os problemas com que se foi deparando ao longo da vida, acabando frequentemente por desistir dos seus objectivos.

O *coping* individual é, assim, influenciado pelo *coping* familiar, o que significa que a forma como um indivíduo lida com os seus problemas estará relacionada com as características do seu ambiente familiar. A este propósito, parece-nos pertinente referir um estudo de Vaz Serra, Canavarro, Ramalheira & Firmino (1992) a respeito da forma como o funcionamento familiar influencia as aptidões individuais para lidar com problemas. Os

resultados apontam para a existência de melhores capacidades de *coping* no grupo de famílias “funcionais” comparativamente ao grupo de famílias “disfuncionais”: os membros do primeiro grupo tendem a enfrentar problemas com atitudes de confronto e resolução activa. Deste modo, os autores concluem que o funcionamento familiar tem um efeito global significativo sobre os recursos individuais de *coping*, verificando-se uma influência recíproca entre o comportamento familiar e as aptidões individuais de resolução de problemas.

Uma outra investigação realizada por Vaz Serra, Firmino & Ramalheira (1988) acerca das relações entre auto-conceito e *coping* apresenta também resultados importantes no que respeita ao desenvolvimento dos recursos de *coping*. As conclusões apontam no sentido de que o *coping*, em termos gerais, apresenta valores significativamente mais baixos no grupo de pessoas “nervosas” por comparação com o grupo de pessoas “normais”, o que parece revelar mecanismos de controlo mais pobres no primeiro grupo - assim, as pessoas “nervosas” tendem a sentir que os problemas estão fora do seu controlo, têm emoções que ultrapassam os limites da sua contenção, tornam-se mais agressivas contra si próprias e/ou contra os outros e tendem a adoptar atitudes de abandono perante as situações. Parece-nos que as características deste grupo descrevem perfeitamente a forma como M. tem lidado com os problemas e as adversidades, sendo frequentes, na sua história, as situações em que reagia agressivamente, em que se deixava dominar pelas emoções ou em que desistia dos seus objectivos, por achar que a resolução dos problemas não dependia de si e escapava ao seu controlo.

### **Dimensões do *coping***

As estratégias de *coping* são consideradas um factor mediador dos efeitos que os acontecimentos podem ter sobre os indivíduos (Lazarus, 1999 *in* Vaz Serra, 1999), permitindo a estes últimos lidar com o impacto das consequências resultantes das exigências da sociedade e/ou do grupo familiar (Vaz Serra *et al*, 1992). Neste sentido, para ultrapassar os efeitos nocivos gerados pelas situações de stress, as pessoas empregam um conjunto variado de estratégias de *coping* (Sordes-Arder, Fsián, Esparbés & Tap, 1996 *in* Costa & Leal, 2006).

Folkman & Lazarus (1984 *in* Baker & Berenbaum, 2007 e Vierhaus *et al*, 2007) sugerem uma taxonomia das estratégias de *coping* centrada em duas categorias, direccionadas para dois objectivos diferentes: *coping orientado para o problema*, cujo objectivo se centra na resolução do problema, e *coping focado nas emoções*, cujo objectivo passa pelo controlo das emoções associadas. A primeira refere-se aos esforços do indivíduo para resolver a situação indutora de stress, alterando o comportamento que mantém o problema e/ou as condições ambientais - retendo acções impulsivas e prematuras, procurando obter informações acerca do que fazer, avaliando as opções possíveis, confrontando-se com as pessoas responsáveis pelas suas dificuldades. A segunda diz respeito às tentativas do indivíduo para diminuir o estado de

tensão suscitado interiormente e controlar as emoções *stressantes* - através de pensamentos e acções que atenuam o impacto do stress, como o recurso à negação ou ao suporte social. Maia & Correia (2008), citando outros autores, referem que ambos os tipos de *coping* podem ser utilizados para lidar com o stress: quando as situações são incontroláveis, o *coping focado nas emoções* será mais adequado; quando as circunstâncias são controláveis, o *coping orientado para o problema* será mais eficaz. Segundo Terry & Jimmieson (2003), as estratégias focadas no problema são geralmente vistas como tendo efeitos positivos no ajustamento ao stress, enquanto as estratégias focadas nas emoções podem, por vezes, prejudicar esse ajustamento.

Meichenbaum (1985 *in* Gonçalves, 2000), apresentando uma taxonomia semelhante, distingue as *aptidões instrumentais de confronto* das *aptidões paliativas de confronto*. As primeiras consistem em competências utilizadas pelo indivíduo para alterar as circunstâncias de vida, reduzindo em consequência os seus efeitos nocivos. As segundas correspondem a competências utilizadas para aliviar os efeitos nefastos de um acontecimento inevitável.

Aos dois tipos de estratégias de *coping* mencionados, DeLongis & Newth (1998 *in* Vaz Serra, 1999) acrescentam uma terceira dimensão, de natureza *interpessoal*, que diz respeito à forma como o indivíduo lida e mantém o relacionamento social com as outras pessoas em situações de stress. O suporte social parece afectar o modo como os indivíduos lidam com acontecimentos *stressores* e, reciprocamente, o modo como os indivíduos lidam com as situações, particularmente em termos dos resultados dos seus esforços de *coping*, pode influenciar o seu uso do suporte social no futuro (Pierce, Sarason & Sarason, 1996).

Segundo Vaz Serra (1999), quando o stress é sentido como pouco intenso, o indivíduo tem tendência a utilizar estratégias de resolução de problemas. Quando o stress se torna mais acentuado, os esforços são canalizados para reduzir o estado de tensão emocional. No entanto, os homens envolvem-se com maior frequência no primeiro tipo de estratégias, enquanto as mulheres se envolvem mais no segundo tipo (Brougham, Zail, Mendoza & Miller, 2009; Ptacek, Smith & Zanas, 1992 *in* Frydenberg & Lewis, 2009). Holahan, Moos & Schaefer (1996) referem que o *coping* orientado para o problema corresponde a estratégias de confronto da situação indutora de stress, enquanto o *coping* focado nas emoções estaria relacionado com estratégias de evitamento da circunstância aversiva. Porém, em determinados contextos o *coping* focado nas emoções pode contribuir para a manutenção de um estado interno satisfatório que facilita o processamento de informação e a acção (Coyne & Holroyd, 1982), pelo que as emoções podem assumir um papel adaptativo e facilitador nesse processo - logo, não devemos ver este tipo de *coping* como totalmente inadequado ou ineficaz (Baker & Berenbaum, 2007). Já o *coping* focado no problema tem efeitos benéficos no funcionamento psicológico, atenuando a influência adversa dos indutores de stress (Vaz Serra, 1999).

De acordo com Monat & Lazarus (1985), as condições que determinam qual a estratégia de *coping* a que o indivíduo recorre numa dada situação parecem estar relacionadas com as circunstâncias enfrentadas, com as opções disponíveis para o sujeito e com a sua personalidade. Ou seja, aquilo que constitui uma resposta adequada numa situação particular pode ser prejudicial noutra situação, pelo que as estratégias de *coping* não são inerentemente adaptativas ou mal-adaptativas (Moos, 1982). Neste sentido, os estilos de *coping* devem ser considerados em termos da sua eficiência, sendo mais correcto distingui-los entre produtivos e não-produtivos (Frydenberg & Lewis, 2009). Para Baker & Berenbaum (2007), é importante examinar o contexto para determinar a eficácia do *coping*, sendo o tipo de evento stressor que irá moderar a eficiência das estratégias de *coping* usadas pelos indivíduos. Costa & Leal (2006) também consideram que o meio deve ser tido em conta, pois é ele que define quais os comportamentos de *coping* mais apropriados no momento. O *coping* representa, assim, uma aptidão que pode ser aprendida e usada de forma flexível consoante as exigências da situação.

Em suma, as estratégias para lidar com situações indutoras de stress têm modalidades diferentes, podendo ser orientadas para a resolução de problemas, para o controlo das emoções, ou para a procura de apoio social. Será pertinente referir que estas estratégias não são exclusivas, na medida em que podem ser utilizadas concomitantemente (Vaz Serra, 1999), sendo a sua eficácia determinada pela capacidade de reduzirem o estado de tensão e permitirem a adaptação à situação (Costa & Leal, 2006). No caso de M., podemos afirmar que a estratégia de *coping* mais frequentemente utilizada por si no confronto com circunstâncias problemáticas adversas corresponde ao *coping* centrado nas emoções. De facto, foi possível constatar na sua história de vida, formas de lidar com as situações que passavam por tentativas de “fuga” aos problemas - por exemplo, passar vários dias seguidos em casa sem sair da cama - , pela ingestão de substâncias alcoólicas em excesso com o objectivo de controlar directamente as emoções sentidas, e por adiamentos sucessivos do confronto com as “fontes” stressoras para evitar que as emoções se tornem insuportáveis - por exemplo, evitar encontrar-se com o irmão, não falar com o pai e procurar não se cruzar com ele em casa.

A este propósito, parece-nos pertinente mencionar uma investigação realizada por Vaz Serra, Ramalheira & Firmino (1988) acerca das diferenças entre população normal e doentes com perturbações emocionais, no que diz respeito aos mecanismos de *coping*. Os resultados apresentados referem que os indivíduos emocionalmente perturbados denotam uma tendência geral para evitar o confronto e a resolução activa dos problemas, e para sentir que as situações indutoras de stress estão fora do seu controlo; provavelmente por estes motivos, envolvem-se com maior frequência em estratégias de controlo das emoções. Esta forma de lidar corresponde inteiramente ao estilo de funcionamento evidenciado por M..

Deste modo, procurámos orientar a intervenção no sentido de mostrar à doente a disfuncionalidade deste tipo de estratégias para lidar com circunstâncias indutoras de stress, fazendo-a compreender que as mesmas não contribuem para a resolução dos problemas, levando, pelo contrário, ao adiamento de uma tomada de decisão e à manutenção das suas dificuldades em lidar com o stress. De início, M. mostrou-se muito reticente em perspectivar a possibilidade de poder agir de forma diferente, mas gradualmente foram visíveis alguns progressos, tendo a doente começado, pouco a pouco, a fazer uso de estratégias mais orientadas para a procura de soluções efectivas para os problemas que tem de resolver. Será também importante referir que, no que respeita ao *coping* focado no apoio social, M. tem igualmente adoptado uma atitude inadequada, na medida em que não tem aproveitado a disponibilidade que os amigos têm demonstrado para a ajudar. Na verdade, a doente nunca procura o seu auxílio para falar dos seus problemas ou para encontrar algum conforto e, quando alguém toma a iniciativa de falar consigo sobre a sua situação, reage agressivamente por achar que não a estão a compreender - como por exemplo, ter deixado de falar a uma amiga por esta ter tentado mostrar-lhe que M. não estava a aproveitar as suas capacidades.

### **Funções do *coping***

Pearlin & Schooler (1978 in Vaz Serra, 1988) consideram que as estratégias de *coping* cumprem uma função protectora, a qual se pode exercer por três formas diferentes: (a) eliminação ou modificação das condições que criam os problemas; (b) controlo perceptivo do significado da experiência ou das suas consequências; e (c) manutenção, dentro de limites razoáveis, das consequências emocionais dos problemas. A primeira e a terceira estratégias estão relacionadas, respectivamente, com as aptidões de confronto instrumentais e paliativas. A segunda estratégia é exercida pela “neutralização da ameaça”, através de comparações positivas do problema, ou pela “ignorância selectiva”, mecanismos que tornam trivial o significado das ocorrências ou as minimizam (Pereira, 1991). Assim, as estratégias de *coping* têm como função a redução da ansiedade/tensão causadas pelo stress, a adaptação às situações de vida e o retorno ao bem-estar inicial (Vaz Serra, 1999), diminuindo a probabilidade do stress causar algum prejuízo ao sujeito (Costa & Leal, 2006). Everly (1989) sublinha, contudo, que as estratégias de *coping* podem ser adaptativas ou disfuncionais, consoante promovem um estado saudável a longo prazo, ou apenas reduzem o stress a curto prazo.

A vivência de stress é uma experiência inevitável na existência humana. Torna-se, então, fundamental fomentar a resiliência face aos acontecimentos indutores de stress, o que consiste num processo de interligações dinâmicas entre recursos pessoais, recursos sociais e aptidões de *coping* (Holahan, Moos & Schaefer, 1996), fomentando resoluções de problemas mais efectivas e que reduzam a severidade da resposta de stress (Frydenberg & Lewis, 2009).

As estratégias de *coping* são muito importantes para a saúde mental, sendo que as duas variáveis se influenciam reciprocamente (Suldo *et al*, 2008). O *coping* relaciona-se com a saúde mental, dado que pode moderar o impacto dos acontecimentos de vida, aumentando os níveis de bem-estar psicológico - alegria, satisfação - e reduzindo o sofrimento - ansiedade, depressão (Lazarus & Folkman, 1984 *in* Costa & Leal, 2004). Assim, se as estratégias de *coping* não forem efectivas ou se os seus custos forem muito elevados para o sujeito, poderão dar origem a perturbações psiquiátricas (Vaz Serra *et al*, 1992). Nesse sentido, tem havido um reconhecimento crescente de que será necessário alargar a nossa conceptualização da terapia, adoptando uma orientação que vai para além da resolução de problemas específicos e, em vez disso, considere o processo de intervenção como um treino do indivíduo no uso de aptidões de *coping* mais gerais - promovendo a aquisição de estratégias cognitivas e/ou comportamentais que podem ser utilizadas para lidar com diversas situações problemáticas (Goldfried, 1998).

## COMENTÁRIO PESSOAL

M. foi a primeira doente com quem contactámos no estágio, o que a tornou, de algum modo, uma doente especial para nós. Por ser o nosso primeiro “caso”, foi vivido com curiosidade e entusiasmo acrescidos. Finalmente, chegava o tão ansiado momento de sentir e saber o que é ser psicóloga. No começo deste percurso o nervosismo foi inevitável, pelo que o apoio da colega com quem partilhámos a co-terapia revelou-se de extrema importância no dissipar da insegurança sentida nesses momentos iniciais. Porque ter alguém à nossa frente a precisar da nossa ajuda, é muito diferente de trabalhar sobre casos clínicos apresentados nas aulas. Mas também muito mais gratificante. À medida que a informação ia sendo recolhida e se começou a desenhar a existência de um quadro clínico respeitante a uma perturbação da personalidade, juntou-se à curiosidade um certo receio: será que conseguiríamos levar a cabo um processo terapêutico bem sucedido? Por outro lado, no entanto, o desafio era alicianete.

Nas primeiras consultas, M. transmitia a imagem de uma pessoa perturbada e triste, de alguém que tinha deixado de acreditar em si própria, sem forças para continuar em frente. Nesta altura, o que mais nos impressionou na doente foi o seu olhar vazio, assim como a distância e frieza que demonstrava quando descrevia as inúmeras situações de maus-tratos que sofreu ao longo da vida. Foi com grande satisfação que assistimos a uma mudança progressiva nesta imagem, pois nas consultas seguintes a doente já se mostrava menos triste, mais preocupada com a sua aparência, com maior determinação e confiança nas suas capacidades para lutar pelos objectivos que se propôs atingir.

M. nunca foi uma doente resistente nem evitava abordar nenhum tipo de questões, contudo, foi notório desde o início que preferia fazê-lo de uma forma mais superficial,

nomeadamente, quando se referia aos episódios das agressões ou quando tinha de falar dos seus sentimentos e emoções. Neste sentido, o estabelecimento de uma relação terapêutica empática e de confiança - que se revestia de particular importância - não se tratou de um processo fácil, mas julgamos que o objectivo acabou por ser atingido, pois gradualmente, com o decorrer da terapia, a doente foi sendo capaz de falar mais aprofundadamente de si e dos seus problemas. Como se tratou do nosso primeiro caso, pensamos que foi fundamental a vivência deste processo de construção da relação terapêutica, uma vez que nos permitiu compreender a relevância desta etapa da terapia para o desenrolar do processo terapêutico e para o sucesso na prossecução dos objectivos delineados.

Outro obstáculo que nos pareceu difícil de ultrapassar ao longo do processo terapêutico, teve a ver com a percepção rígida evidenciada por M. na conceptualização dos seus problemas e das possíveis alternativas, pois a doente sentiu sempre grandes dificuldades em conceber as situações e respectivos significados de forma diferente. Porém, este foi também um desafio muito aliciante, o qual, por surgir logo nas primeiras semanas de estágio, nos levou a envolver de forma muito particular no caso de M., despertando igualmente um grande interesse pela leitura de bibliografia que nos ajudasse a desenvolver com sucesso o acompanhamento desta doente. De início, M. não se mostrava muito receptiva a aceitar a possibilidade de uma visão alternativa à sua, porém, à medida que foram sendo visíveis alguns progressos neste domínio, todo o esforço parecia ser compensado, o que se revelou muito gratificante naquele que foi o início do nosso contacto com a prática clínica.

A condução do processo terapêutico nem sempre se revelou fácil, exigindo muita dedicação, empenho e motivação, sobretudo nos momentos mais complicados, como foram as consultas em que se M. se apresentou com uma elevada ideação suicida. No entanto, este foi igualmente um caso que nos proporcionou uma excelente oportunidade de aprendizagem - talvez das mais importantes - tanto por ter sido a primeira doente, como por se tratar de um caso com um grau de dificuldade significativo, para além de ser aquele que acompanhámos durante mais tempo.

A psicologia diz respeito ao mundo dos seres humanos. Todos temos um sistema de crenças próprio que, mesmo não sendo o mais adequado, constitui o registo em que nos habituámos a funcionar. Como tal, torna-se muito difícil mostrar a um doente com as suas próprias concepções acerca si e do que acontece na sua vida, que existe uma perspectiva mais compreensível e funcional. Além disso, essa é a visão do terapeuta e não a sua. Este caso, o primeiro do estágio, mostrou-nos um dos pontos fundamentais a ter sempre presente na nossa vida profissional: a necessidade de realizar um longo e rigoroso trabalho clínico para que o doente consiga concretizar com sucesso a mudança desejada.

## CASO CLÍNICO 02

### DADOS BIOGRÁFICOS

**Nome:** C. M. M. R.

**Idade:** 26 anos

**Sexo:** Feminino

**Estado Civil:** Solteira

**Habilitações Literárias:** 12º ano

**Profissão:** Estudante do 4º ano do curso de A.

**Naturalidade:** A.

**Residência:** C.

**Agregado Familiar:** Pais

### MOTIVO DA CONSULTA

A doente foi encaminhada para o serviço de Consulta Externa de Stress da Clínica Psiquiátrica dos Hospitais da Universidade de Coimbra, pela Dra. Ana Paula Matos, após a solicitação da doente nesse sentido.

C. apresentou-se na consulta sozinha, apresentando uma postura corporal normal, um bom contacto visual, um tom de voz adequado e um discurso coerente. Demonstrou disponibilidade para cooperar na resposta às questões que lhe foram colocadas, embora com algumas oscilações a nível do seu interesse e envolvimento no processo de terapia. Quando questionada acerca do motivo pelo qual decidiu procurar acompanhamento psicoterapêutico, a doente afirmou não saber muito bem a razão, pois segundo a própria *“Tenho picos... Umaz vezes ando triste, outras vezes ando bem”*. O estado emocional predominante traduzia-se numa certa apatia e tristeza, embora esta última não fosse muito notória.

### DIFICULDADES ACTUAIS

C. afirmou ter recorrido às consultas de psicoterapia devido a duas áreas problemáticas, apesar de considerar que em certas alturas desvaloriza o impacto das mesmas no seu funcionamento. A doente definiu a primeira área de problemas aludindo ao facto de *“O curso estar a arrastar-se. A minha apatia está a generalizar-se aos poucos...”*, acrescentando que iniciou a sua licenciatura em A. no ano de 1994, estando a frequentar o curso há já oito anos e tendo reprovado três vezes ao longo do seu percurso académico. C. encontra-se inscrita no 5º ano do curso, contudo, tem algumas cadeiras do 4º ano em atraso. No que diz respeito à segunda área de dificuldades, C. referiu a ruptura de um relacionamento amoroso, mencionando que na altura a iniciativa dessa decisão foi sua, porém, actualmente encontra-se arrependida de tal facto. A doente acrescentou, ainda, que a mãe não apoiou a sua vinda a estas consultas, uma vez que considera que *“Temos de ser fortes para lidar com os problemas”*. Inquirida acerca de quão invalidantes estas áreas problemáticas se estão a tornar na sua vida, a doente mencionou um grau de 80 a 90 % de perturbação subjectiva.

No que concerne à primeira área problemática, C. referiu não se sentir motivada para trabalhar, afirmando que o que a preocupa é o facto de não lhe apetecer fazer nada, mesmo sabendo que se está a prejudicar. A este propósito, afirmou que *“perco tempo com outras coisas”*, também consideradas importantes, o que faz com que os trabalhos da licenciatura se atrasem. Assim, exemplificou descrevendo o seguinte: embora tivesse um projecto para entregar daí a dois dias, não conseguia sentar-se no estirador a trabalhar, ocupando o tempo a ver televisão ou a ler um livro, ou ainda passando muito tempo na rua para não ter que trabalhar: *“Estou a evitar sentar-me e fazer o projecto”*. Afirmou também que, embora saiba que está atrasada, *“Este fim-de-semana vou a casa. Tenho de ir! Não fico suficientemente assustada... Embora lá trabalhe menos, sempre estou com os meus pais e o meu namorado”*.

A nível da avaliação da componente emocional envolvida nesta situação, C. caracterizou o seu estado em épocas de exame como sendo de apatia e não de ansiedade: *“Tenho um objectivo, sei o que tenho de fazer, mas depois deixo andar as coisas”*. A par desta descrição, a doente afirmou que chora muito, sempre sozinha, sentindo-se culpada pelo facto de não conseguir terminar o curso. Nesse sentido, C. disse sentir-se muito pressionada com esta situação pois considera que *“com esta idade já devia estar a fazer outra coisa”*. Acrescentou também que se sente isolada, pelo que está a perder amigos, sentindo-se a ficar para trás. A mãe costuma compará-la com outras pessoas da mesma idade que já acabaram o curso, sendo igualmente frequente perguntarem-lhe se já finalizou a licenciatura. Além disso, o esforço monetário que os pais despendem contribui também para essa pressão, pelo que refere: *“Pesa-me a consciência!”*. C. revelou ainda ter algum receio quando realiza apresentações nas aulas, manifestando um grande medo de falhar. Paralelamente, a nível comportamental, a doente afirmou que tem necessidade de estudar acompanhada: *“Tenho medo de só conseguir fazer as coisas pelos outros. Por exemplo, eu sou capaz de ficar o dia todo a dormir, se só eu o souber. Se alguém souber, já não consigo, sinto-me mal.”*

Relativamente ao seu plano de estudo, C. afirmou que estudar ou trabalhar é sempre secundário para si. A doente mencionou ainda que quando tem dúvidas relativamente a alguma parte do projecto, acaba por não a fazer, mesmo sabendo que se pode prejudicar mais dessa forma. C. comentou que tem muita vontade de terminar o curso para poder começar a trabalhar naquilo que realmente gosta, por isso não percebe porque não vai às aulas e não trabalha: *“O que me angustia mais agora é desistir facilmente de tudo, antes não era assim...”*. A nível cognitivo, C. mencionou que antes de começar a estudar, pensa recorrentemente: *“Tenho de arranjar tempo! Não posso perder tanto tempo a estudar uma coisa que demora 5 minutos e eu demoro uma hora. Não sou muito prática!”*. Quando está a estudar, a doente considera que se distrai muito, tendo sempre a sensação de que lhe falta

estudar alguma coisa. Após finalizar o exame, procura fazer um balanço de como foi o seu desempenho, chegando mesmo a tentar justificar qualquer erro cometido. De qualquer forma, C. auto-reforça-se sempre depois de um exame, por exemplo, passeando pela Baixa. A nível vegetativo, afirmou sentir sonolência e taquicardia, não sendo esta última muito significativa.

Quando questionada acerca do seu dia-padrão de estudo, C. comentou que estuda sempre à noite, e que é “*uma desorganização*”, acrescentando que a frequência do referido estado de apatia é constante e que “*não é só antes dos exames*”; diz sentir também algumas dificuldades de concentração. Quando está atrasada para a entrega de um trabalho, C. preocupa-se com esse facto, pois tal significa que “*não aproveitei o tempo como devia e tenho andado a preguiçar*”, embora não consiga alterar esta atitude constante de adiamento. Na sua opinião, avaliando o que pensa e acontece depois de uma situação deste tipo, considera que “*não entrego tudo porque tenho medo de não fazer as coisas como quero*”, acrescentando que se sente culpada. C. confessou que de há dois anos a esta parte, as entregas que efectua são quase sempre incompletas, sendo usual demorar muito tempo a escolher entre as tarefas que tem de realizar, sobretudo no que se refere aos temas para os trabalhos.

A doente afirmou que o estado de apatia se intensifica quando se sente injustiçada com as avaliações ou quando os resultados do seu desempenho académico não correspondem às suas expectativas. Contrariamente, referiu que o estado de apatia diminui quando se encontra na companhia dos pais e do namorado. Através da avaliação das dificuldades da doente, não foi possível identificar estímulos desencadeadores claros para o aparecimento do estado de apatia, embora actualmente este seja constante no plano académico. Parece-nos que a ausência de objectivos bem definidos e as dificuldades de organização do estudo, assim como a procura constante da perfeição e o sentir-se permanentemente insatisfeita com o trabalho que realiza, contribuirão significativamente para essa ausência de iniciativa. Porém, C. afirmou que em outras áreas da sua vida consegue resolver bem os problemas com que se depara, delineando estratégias para tal: “*No geral, paro, penso e tento encontrar soluções*”. Na sequência desta avaliação, e já de algum modo relacionado com a segunda área de dificuldades, a doente afirmou que “*A minha vida tem duas fases: antes e depois de C. [cidade onde estuda]. Antes andava sempre alegre e bem-disposta, tirava boas notas na escola... Tudo me corria bem!*”, sentindo que foi depois de vir para esta cidade que terão começado os problemas, o insucesso nos estudos e nos relacionamentos.

No que se refere à segunda área de problemas, a doente descreveu que depois de ter terminado o relacionamento de quatro anos com N., o ex-namorado foi-se afastando aos poucos e só esporadicamente comunicavam um com o outro. Em Julho de 2002, N. transmitiu-lhe que começara uma outra relação, tendo C. demonstrado, desde logo, o seu

apoio. No mês de Agosto, a doente iniciou um relacionamento com J. - seu actual namorado - mas, não obstante, em Setembro C. comentou com o ex-namorado que estava arrependida de ter terminado a relação e tentou reatá-la, o que não aconteceu, pelo que se sentiu muito triste.

A doente referiu igualmente que sente “*vergonha*” relativamente ao seu percurso amoroso. C. afirmou que antes de vir para esta cidade, era muito mais “*estável*”, tendo namorado unicamente com dois rapazes, mas depois de vir para aqui esse comportamento alterou-se. Nos primeiros tempos, a doente apaixonou-se por P., descrevendo este seu interesse quase como “*obsessivo*”. A relação com P. durou um ano, tendo C. referido que ficou bastante transtornada quando ele terminou o namoro, porque ainda o amava muito. Durante este relacionamento C. engravidou e acabou por realizar um aborto, facto que muito a envergonha e entristece, afirmando que “*Eu nem penso nisso, é melhor!*”. Durante os três anos seguintes, C. não manteve relacionamentos sérios, embora tenha tido bastantes casos menos duradouros, pois sentia-se muito carente, o que a leva a avaliar-se como tendo sido “*leviana e instável*”, considerando que “*na altura, envolvia-me com essas pessoas porque demonstravam interesse por mim e eu agarrava-me a isso...*”. Depois iniciou a sua relação com N., o último namorado, a qual durou quatro anos. Actualmente, namora com J., embora tenha afirmado não o amar. Referiu igualmente que tem muito medo de ficar sozinha, comentando que geralmente se sente muito próxima das pessoas, o que a leva a tornar-se dependente das mesmas e, quando estas se afastam, a sentir-se carente. O facto de ficar sozinha foi retratado pela doente como o pior que lhe pode acontecer.

As áreas problemáticas descritas interferem significativamente na vida de C., que considera que tem andado um pouco antipática e sem paciência para as pessoas, embora também se preocupe bastante com a possibilidade de os outros se aborrecerem com ela. C. mencionou que ultimamente se tem afastado dos pais, principalmente da mãe de quem era muito próxima, tendo começado a conversar menos com ela e tornando-se mais agressiva, facto que se deve à vergonha que sente por não se empenhar mais no curso, e o respectivo receio de os desiludir, assim como pelas relações afectivas que tem e teve. Neste sentido, uma das maiores preocupações de C. é o facto de ocultar alguns aspectos da sua vida aos pais, nomeadamente comportamentos de cariz sexual, ou mesmo o seu passado a nível de relacionamentos amorosos. A doente considera que tudo seria diferente se fosse mais independente, sobretudo financeiramente, pois como afirma “*Tenho 26 anos, mas é como se não os tivesse...*”. Hoje em dia, sente-se uma pessoa com muitos defeitos, dos quais salientou o facto de mentir aos pais, acrescentando que “*Sou muito agarrada ao passado! Gostava de voltar a ser o que era!*”. No que diz respeito ao grau de invalidação causado por estas áreas problemáticas, C. comentou que deixou de fazer desporto, apesar de ser algo que aprecia, e de

ver exposições. A doente referiu que há algum tempo atrás praticava ténis, mas como teve um problema no joelho teve que interromper esta prática. Apesar disso, pode andar de bicicleta e fazer natação, contudo, disse não ter motivação para tal, considerando que a sua vida se foi desorganizando, e hoje em dia passa muito tempo na cama. C. afirmou que actualmente não se tem envolvido em áreas do seu interesse, como a natação, a capoeira, a leitura, mas em Março pretende retomar a prática do ténis. Verificamos, assim, que os comportamentos de apatia já se estenderam a outras áreas da sua vida, ao contrário do que a doente havia referido.

C. atribui o facto de o curso se estar a prolongar à circunstância de ter tido que mudar de cidade, acrescentando que gosta do curso e das pessoas, mas não da cidade em si. Porém, considera que essa situação se deve igualmente à sua faceta perfeccionista, pois nunca conseguiu mudar o seu método de estudo, mesmo constatando que nem sempre resulta: “*A culpa é toda minha, porque não me esforço nada. Devia ter feito melhor. Acomodei-me...*”. Não obstante, C. revelou-se bastante confiante em conseguir concretizar as mudanças que pretende para si própria, mostrando-se motivada para o desenrolar do processo terapêutico.

Relativamente aos seus objectivos terapêuticos, C. apontou os seguintes: (1) Diminuir o seu estado de apatia e, conseqüentemente, conseguir finalizar o curso; (2) Auto-conhecimento, nomeadamente em relação à sua personalidade, bem como às suas relações interpessoais: “*Quero ser uma pessoa de verdades e não de meias-verdades!*”. C. afirmou que, neste momento, o seu objectivo de vida é terminar o curso o mais rapidamente possível. Quando questionada acerca dos três desejos que gostaria que se realizassem, C. afirmou que deseja ser feliz - tendo boas relações com as pessoas significativas, principalmente a mãe -, exercer a actividade profissional de que gosta, e ter saúde.

### **Escalas e Inventários de Auto-Resposta - Resultados**

**Questionário de Esquemas de Young** – Os esquemas com pontuação significativa foram: *Padrões Elevados de Realização* – 3.55; *Abandono* – 2.83; *Ausência de Limites* – 2.5.

**YCI-1** – C. apresentou uma percentagem de 14.5% de respostas 5 e de 4.2% de respostas 6.

**YRAI-1** – C. obteve uma percentagem de 7.5% de respostas 5 e de 5% de respostas 6.

**Questionário de Estilos Parentais** – A doente pontuou significativamente nos seguintes estilos: *Privação Emocional* – Mãe: 5.8; Pai – 5.6; *Vulnerabilidade* – Mãe: 3.75; Pai: 3.25; *Inibição Emocional* – Mãe: 2.6; Pai – 3.6; *Padrões Excessivos* – Mãe: 2.57; Pai: 2.71.

**S.C.L.-90-E** – A pontuação total foi de 101 pontos. Os itens que pontuaram de forma mais relevante foram: *Apetite* – 2; *Culpa* – 2; *Somatização* – 1.5; *Obsessão* – 1.4; *Paranóia* – 1.3. Relativamente aos índices globais, as pontuações obtidas foram: *Total de Sintomas Positivos* – 64%; *Índice de Sintomas Positivos* – 1.58; *Índice Geral de Sintomas* – 1.12.

**FNE** – C. obteve a pontuação total de 77 pontos, valor situado dentro do intervalo de normalidade, embora próximo do limite inferior.

**BDI** – A doente obteve um total de 9 pontos, o que indica ausência de depressão.

**ICAC** – C. alcançou um total 79 pontos, valor situado dentro do intervalo de normalidade, mas muito próximo ao limite superior da média, segundo os dados normativos para o sexo e faixa etária da doente. Os factores que se situam fora do intervalo de normalidade são: *F1 – Aceitação/Rejeição Social* – 20 pontos; *F3 – Maturidade Psicológica* – 18 pontos.

**Escala de Ansiedade de Auto-Avaliação de Zung** – C. pontuou um total de 43 pontos, valor acima do limite superior da média normativa para a população feminina. Este total corresponde a 53.75 % da ansiedade medida pela escala. No que respeita à pontuação dos factores da escala, dois situam-se fora do intervalo de normalidade: a *Ansiedade Cognitiva* e a *Ansiedade Motora*. Os factores respeitantes à *Ansiedade Vegetativa* e à *Ansiedade derivada do SNC* situam-se dentro do intervalo de normalidade, para o sexo e faixa etária da doente.

## **FORMULAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Perante a informação recolhida, e de acordo com o DSM-IV-TR (A.P.A., 2000), poder-se-á considerar que C. apresenta um diagnóstico de **Problema Académico** (código V62.3), bem como traços de **Perturbação Dependente da Personalidade** (código 301.6).

O diagnóstico de Problema Académico parece-nos adequado visto ser esta uma categoria em que o foco da atenção médica não é atribuível a uma Perturbação Mental, verificando-se que a doente apresenta uma capacidade intelectual adequada, embora revele um baixo rendimento académico, com ausência de Perturbação da Aprendizagem ou da Comunicação. De igual forma, a doente não revela sintomas significativos de medo ou ansiedade para que se possa diagnosticar uma Perturbação da Ansiedade. Poderemos, no entanto, afirmar que o Problema Académico se relaciona com o carácter perfeccionista de C., particularmente no âmbito do desempenho académico, uma vez que a doente se preocupa excessivamente com pormenores dos trabalhos do curso, ao ponto de perder a finalidade do que está a realizar, facto que a leva, assim, a adiar a entrega dos trabalhos por não se encontrarem de acordo com os seus parâmetros de perfeição. Julgamos que o diagnóstico de Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade não se adequa, pois o padrão de perfeccionismo não é persistente em vários contextos da vida de C., bem como a doente não é uma pessoa que se dedique excessivamente ao trabalho - não preenchendo, portanto, grande parte dos critérios deste quadro clínico.

Paralelamente ao problema académico, parece-nos que a nível do seu funcionamento global, a doente revela algumas características da Perturbação Dependente da Personalidade,

uma vez que a doente apresenta uma necessidade persistente e excessiva dos cuidados dos outros, principalmente de figuras significativas, o que origina alguns sentimentos de angústia de separação e receios de abandono. C. revela uma auto-percepção de incapacidade para funcionar sem a ajuda dos outros, tendo dificuldades em tomar decisões sozinha, permitindo que os outros tomem iniciativas e assumam responsabilidades em diversas áreas da sua vida. C. manifesta igualmente uma incapacidade de discordar dos outros, especialmente das pessoas de quem depende - como os pais ou o namorado - por medo de perder a sua aprovação e aceitação. De igual forma, apresenta uma incapacidade para funcionar independentemente, porém, é capaz de funcionar de forma adequada se se assegurar que alguém a supervisionará e aprovará. De facto, parece nítido que, por entregar a resolução dos problemas aos outros, C. não desenvolveu competências para viver independentemente, perpetuando a sua dependência no que diz respeito às suas figuras de vinculação primárias. Verificou-se que é usual a doente sentir-se desesperada e desconfortável quando está sozinha, realizando grandes esforços para o evitar, da mesma forma que se preocupa com a possibilidade de ser abandonada, sentindo-se muito afectada emocionalmente quando algum relacionamento íntimo acaba.

Poderemos hipotetizar como factores predisponentes das dificuldades actuais da doente, o facto dos seus pais serem bastante opinativos e intrusivos em diversas questões da vida de C., tendo esta sido educada num ambiente familiar coeso e emaranhado. Para além disso, os pais sempre exerceram algum controlo sobre as decisões que esta tomava, embora não tenham sido pais punitivos. C. sempre foi muito próxima dos pais, especialmente da mãe, sendo que por altura da entrada no Jardim de Infância, se recusava a deixar a mãe, fazendo “birras” frequentemente. Por outro lado, o seu pai revela também padrões de funcionamento perfeccionistas, o que pode ter levado C. à aprendizagem deste modo de funcionamento, por um mecanismo de modelação. De acordo com o relato da doente, este padrão de funcionamento disfuncional já se encontrava patente durante infância, a nível do seu desempenho escolar na Escola Primária. Assim, analisando a história de desenvolvimento e aprendizagens prévias de C., podemos verificar que ao longo da sua infância e adolescência houve um conjunto de experiências que podem ter contribuído para a formação de alguns esquemas precoces mal-adaptativos como que sejam o *Esquema de Dependência (falta de Autonomia)*, o *Esquema de Padrões de Realização Elevados*, bem como o de *Ausência de Limites* (Leahy, 2006). As experiências precoces de C. poderão ter levado à formação de uma crença nuclear do tipo “*Eu sozinha não sou capaz*”, e crenças condicionais do tipo “*Se eu sozinha não sou capaz, então não posso contrariar os outros para não os perder*” originando, em consequência, regras associadas ao perfeccionismo como “*Tenho de tentar ser o mais perfeita possível para não ser rejeitada!*” (Beck, 2007).

Estes esquemas e crenças disfuncionais poderão ter sido activados por um conjunto de acontecimentos precipitantes ocorridos na vida de C., como que sejam o facto de ter ido estudar para outra cidade, o que implicou ter que viver sozinha por sua conta. Nessa altura, C. teve bastantes dificuldades de adaptação, sentindo muita falta dos pais e dos amigos da sua cidade. Paralelamente, durante o curso C. passou pelo rompimento de dois relacionamentos íntimos, que a levaram a sentir-se muito sozinha, sendo que ainda hoje a doente associa o “estar sozinha” a sentimentos de desespero e angústia, acompanhados por imagens em que se vê sozinha e a chorar. Da mesma forma, o facto de se ter envolvido em vários relacionamentos efémeros, faz com que C. se sinta “*leviana e inconstante*”, receando um julgamento negativo por parte dos pais, bem como a sua desaprovação. Também o facto de ter reprovado já por três vezes no curso fez com que C. sentisse que desiludiu os pais, o que terá exacerbado a sua tendência compensatória de perfeccionismo (Wright, Basco & Thase, 2008).

Como factores de manutenção das dificuldades actuais da doente, no que diz respeito aos aspectos idiossincráticos da sua personalidade, podemos apontar: (a) erros cognitivos no processamento de informação (DeRubeis, Tang & Beck, 2006), nomeadamente, a Sobregeneralização - “*O J. [actual namorado] não me telefonou, já não gosta de mim*”; (b) o facto de não conseguir estar sozinha, procurando sempre que tais situações não aconteçam; e (c) o evitamento cognitivo, ao evitar pensar na questão da autonomização, na situação do aborto, ou acerca de comportamentos que pensa que vão desiludir os outros. No âmbito académico, poderão ser factores de manutenção o seu modo de funcionamento perfeccionista, o comportamento de procrastinação adoptado, bem como o facto de não ter noção do tempo que deve dispensar para cada tarefa e da falta de organização dos métodos de estudo.

## PROTOCOLO TERAPÊUTICO

<p><b>Objectivo Geral 1:</b> Estabelecimento de uma relação terapêutica sólida e de confiança, de forma a promover o envolvimento da doente na terapia.</p>	<p><b>Objectivos Específicos:</b>  <b>1.1</b> Esclarecer a doente acerca do modo como vai decorrer a terapia;  <b>1.2</b> Realçar a importância da participação activa da doente e da realização dos trabalhos de casa no desenvolvimento eficaz do processo terapêutico;  <b>1.3</b> Garantia do sigilo profissional.</p>
<p><b>Estratégias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aceitação incondicional da doente;</li> <li>▪ Escuta empática;</li> <li>▪ Explicação do funcionamento da Consulta Externa de Stress;</li> <li>▪ Apresentação do Modelo de Intervenção Cognitivo-Comportamental (Beck, Emery &amp; Greenberg, 1985).</li> </ul>	
<p><b>Objectivo Geral 2:</b> Intervenção ao nível das dificuldades académicas.</p>	<p><b>Objectivos Específicos:</b>  <b>2.1</b> Avaliação de possíveis causas das dificuldades apresentadas pela doente em termos do adiamento da conclusão do curso, bem como das variáveis comportamentais, emocionais, cognitivas e interpessoais envolvidas;  <b>2.2</b> Estabelecimento de um método de estudo mais funcional;</p>

	<p><b>2.3</b> Organização e gestão do tempo;</p> <p><b>2.4</b> Identificação e debate de crenças disfuncionais associadas ao desempenho académico (nomeadamente no que respeita aos traços perfeccionistas).</p>
<p><b>Estratégias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Explicitação do racional da ansiedade aos exames (Vaz Serra &amp; Dias, 1998).</li> <li>▪ Aquisição de uma agenda; Elaboração de um horário de trabalho/estudo pós-aulas;</li> <li>▪ Preenchimento de duas grelhas de registo (planificação diária das actividades; programação do estudo/tempo de trabalho);</li> <li>▪ “Regras para otimizar o método de estudo”;</li> <li>▪ Lista de tarefas para alcançar as mudanças desejadas;</li> <li>▪ Calendário de estudo, exames e trabalhos práticos;</li> <li>▪ Reforço positivo; Diálogo Socrático; Flecha Descendente (Beck, 1995).</li> </ul>	
<p><b>Objectivo Geral 3:</b> Intervenção ao nível dos esquemas precoces mal-adaptativos.</p>	<p><b>Objectivos Específicos:</b></p> <p><b>3.1</b> Reestruturação cognitiva;</p> <p><b>3.2</b> Modificação comportamental;</p> <p><b>3.3</b> Confronto da doente com as situações evitadas.</p>
<p><b>Estratégias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Explicação dos fundamentos da Terapia Cognitiva (Beck, 1995);</li> <li>▪ Familiarização com as noções de esquema e organização cognitiva (“mapa cognitivo”);</li> <li>▪ Racional dos esquemas de Dependência, Perfeccionismo e Padrões Elevados de Realização (Young, 1990), através de técnicas como a Descoberta Guiada;</li> <li>▪ Provas a favor e contra os esquemas;</li> <li>▪ Uso de metáforas;</li> <li>▪ Preenchimento de <i>flashcards</i>;</li> <li>▪ Incentivo da autonomia da doente;</li> <li>▪ Identificação de Pensamentos Automáticos Negativos, e sua substituição por Pensamentos Racionais Alternativos (Beck, 1995);</li> <li>▪ Racional do processo de tomada de decisão (Gonçalves, 2000);</li> <li>▪ Exercícios de Descentração.</li> </ul>	
<p><b>Objectivo Geral 4:</b> Promover a manutenção e generalização dos ganhos terapêuticos, com prevenção da recaída.</p>	<p><b>Objectivos Específicos:</b></p> <p><b>4.1</b> Balanço do processo terapêutico;</p> <p><b>4.2</b> Definição de objectivos a longo prazo;</p> <p><b>4.3</b> Manutenção da aplicação das estratégias aprendidas.</p>
<p><b>Estratégias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Atribuição do sucesso alcançado ao esforço pessoal da doente;</li> <li>▪ Avaliação de possíveis dificuldades que possam surgir após o final da terapia, identificando obstáculos à manutenção dos ganhos obtidos;</li> <li>▪ Promoção do auto-reforço;</li> <li>▪ Reforço positivo e <i>prompting</i>;</li> <li>▪ Marcação de sessões de <i>follow-up</i>.</li> </ul>	

## FEEDBACK DA INTERVENÇÃO REALIZADA

C. ingressou na Consulta Externa de Stress da Clínica Psiquiátrica dos H.U.C. no dia 13 de Dezembro de 2003. A intervenção contou com 16 consultas, as quais decorreram em regime semanal, com uma duração de uma hora e meia, aproximadamente.

O acompanhamento iniciou-se com o estabelecimento de uma relação terapêutica empática e de confiança, objectivo que pensamos ter sido conseguido com relativa facilidade, embora C. nem sempre se tenha mostrado motivada e disponível para colaborar com as terapêutas, nomeadamente, no que respeita ao cumprimento das tarefas que lhe eram propostas, ou mesmo a nível dos procedimentos relativos à reestruturação cognitiva. Logo nas

primeiras consultas foi dado um *feedback* à doente, realçando os aspectos funcionais da sua vida, bem como o facto de pensarmos que a mudança desejada era possível. Foi ainda explicado à doente que este tipo de terapia implica alguns custos emocionais, o que foi aceite.

O principal alvo de intervenção, indo ao encontro do pedido de consulta da doente, centrou-se no plano académico. Ao tentarmos explorar melhor as razões do constante adiamento do cumprimento e conclusão das tarefas, C. acabou por revelar que muitas vezes este facto prende-se com o motivo de querer fazer o melhor que consegue, afirmando que *“Tenho medo de não fazer as coisas como quero, é um bocado de perfeccionismo...”*. Também referiu as dificuldades em se organizar e cumprir as tarefas que tem para fazer. Assim, foi sugerido à doente uma melhor planificação do seu estudo, o compromisso de frequentar sempre as aulas, bem como a realização dos trabalhos segundo as normas e dentro do prazo estabelecido. Quanto à planificação do seu dia de trabalho, foi também sugerida a aquisição de uma agenda e a reformulação dos períodos de estudo, o que foi feito.

Após algumas sessões e depois dos primeiros resultados começarem a ser visíveis, a doente afirmou que *“aquela coisa da apatia já está a passar”*, referindo que o trabalho feito em consulta fez com começasse a modificar aspectos disfuncionais. C. referiu igualmente que estava a sentir menos dificuldades para se organizar, embora ainda se mantivessem as dificuldades para trabalhar, mais concretamente, para *“começar”* a trabalhar. A este propósito, foi proposta a elaboração de um horário de estudo/trabalho pós-aulas, que a doente estipulou dever ser de uma a duas horas por dia, devendo definir as horas de início e fim.

Uma vez que a sua maior dificuldade estava relacionada com as sucessivas entregas incompletas para a disciplina de Projecto, foram analisadas, conjuntamente com C., todas as eventuais consequências desse comportamento, tendo a doente revelado bastante compreensão das mesmas. Assim, C. demonstrou estar consciente de que seria penalizada pelo seu fraco desempenho, embora a disciplina seja alvo de avaliação contínua, o que possibilita à doente poder aperfeiçoar o seu trabalho, sendo de maior relevância a nota final. Na opinião de C., *“não entrego tudo porque tenho medo”* de que o trabalho não esteja suficientemente bom, debatendo-se em seguida o facto tal comportamento poder implicar mais consequências negativas do que positivas. A doente disse saber que só apresenta aquilo que sabe que está bem, mas reconheceu que tal nem sempre é possível e que acaba prejudicada por isso. Foi, então, debatido com a doente de que forma poderia atingir um nível de desempenho mais satisfatório, tendo C. acabado por concluir que *“não posso ser tão perfeccionista”*. Sugeriu-se igualmente à doente que preenchesse, assiduamente, dois tipos de grelhas que lhe foram disponibilizadas: uma referente a um registo de planificação de actividades, no qual deveria registar as actividades que planeia fazer no dia seguinte, e outra

relativa à programação do estudo/tempo de trabalho, indicando as matérias a estudar e trabalhos a fazer (cf. Anexo VII). C. considera que quando planeia tudo na agenda, esse comportamento tem bons resultados, porém, acabou por reconhecer que nem sempre o faz. Foram ainda entregues à doente uma lista de “10 pistas para otimizar o método de estudo” e outras estratégias de estudo (cf. Anexo IV), que foram debatidas em consulta com o objectivo de serem posteriormente postas em prática. C. considerou que estas estratégias seriam bastante úteis, uma vez que a maior parte dos dias dispersa o seu tempo em várias actividades pouco relacionadas com o estudo, o que a leva a ficar cansada e “*depois não faço nada*”.

Posteriormente, procurou-se estabelecer com a doente uma lista de tarefas, actividades ou estratégias, definidas por si, que poderão ser realizadas no sentido de alcançar as mudanças por si ambicionadas no âmbito académico. A doente sentiu algumas dificuldades em concretizá-lo, tendo demorado bastante tempo a elaborar a lista, que acabou por ficar constituída pelos seguintes tópicos: Estabelecer prioridades, distinguindo o essencial do acessório; Não colocar outros aspectos à frente do estudo; Gerir melhor o tempo; Fazer desporto - ténis, saltar à corda; Ir a todas as aulas; Ler a bibliografia das disciplinas teóricas, e a dos trabalhos de grupo, e ir fazendo resumos; Procurar frequências anteriores e livros de bolso para as disciplinas teóricas; Tentar ser “*mais prática*”; Trabalhar pelo menos uma hora por dia depois das aulas; Programar sempre o próximo dia; Ler um pouco antes de adormecer - bibliografia das disciplinas ou outros livros importantes. Para além destes tópicos elaborados em consulta, foi definido que a doente poderia acrescentar mais alguns em casa.

Não obstante o trabalho levado a cabo em consulta, C. evidenciava por vezes alguns retrocessos nos ganhos terapêuticos, retomando o mesmo padrão de comportamento relativamente às entregas dos trabalhos do curso. A doente reconheceu, a dada altura, que deixou de utilizar a agenda, e de cumprir a planificação diária estabelecida em consulta, mas afirmou que desejava retomar ambos os procedimentos. Desta forma, voltámos a debater as consequências de adiar o cumprimento das tarefas que lhe competem, bem como o método de trabalho adoptado. A este propósito, C. mencionou que é frequente na sua maneira de ser o comportamento de “*andar sempre a adiar*”, contudo, também reconhece que “*o mais difícil é começar*”, tendo sido exactamente isso que sucedeu relativamente aos trabalhos do curso. No entanto, com o decorrer do acompanhamento terapêutico, C. passou a conseguir lidar melhor com os problemas académicos que nomeou no início das consultas, não procrastinando as suas tarefas. Confrontou-se, então, a doente com o facto de ter passado a pensar a longo prazo, o que constituiu uma novidade e mostrou que C. tem recursos que deve potenciar. Foi-lhe explicado que tal significa estar a antecipar, o que contraria a sua tendência para adiar, afirmando a doente não saber se via essa antecipação de forma positiva, embora pensasse que

poderia ser uma boa atitude, pois poderia ajudar a *“fazer as coisas com calma”*. Apesar disso, C. referiu que o adiar nem sempre a transtornou, tendo-lhe sido sugerido uma reflexão acerca do motivo pelo qual esse comportamento passou a constituir um incómodo actualmente.

Posteriormente, C. passou a frequentar as aulas com assiduidade, referindo também que conseguiu proceder à realização de um calendário de planificação do estudo, no qual anotou as datas das frequências e das entregas dos trabalhos. Debatesmos esta questão com a doente, no sentido de encontrar estratégias para que o estudo decorresse da forma que C. pretendia, designadamente no que respeita à gestão do tempo entre a realização dos trabalhos práticos e o estudo para as frequências (cf. Anexo VIII). Quando questionada sobre quais as diferenças que notava relativamente a esta época de avaliações, a doente referiu sentir-se *“mais motivada”*, aproveitando-se esta altura para reforçar os progressos e mudanças que a doente demonstrava no modo de organizar o estudo, assim como o seu empenhamento e motivação neste processo de mudança. C. mencionou que, apesar de sentir alguma preocupação quanto ao desempenho académico, *“as coisas estão encaminhadas”*. A doente considerou que as consultas têm contribuído para que se empenhe mais e para que consiga orientar melhor o seu estudo, destacando principalmente a utilidade do mapa de actividades que elaborámos em conjunto, com vista a organizar a gestão do seu tempo, e realçando que se sentia satisfeita com os resultados alcançados. Apesar de tudo, C. descreveu que quando consegue atingir os objectivos a que se propõe sente sempre que podia ter feito melhor, tendo sido debatido com a doente os aspectos positivos e negativos dessa tendência perfeccionista.

Aproximadamente a meio do acompanhamento, foi considerado de maior importância proceder a uma análise do desenvolvimento do processo terapêutico, bem como da colaboração e envolvimento da doente. Esta necessidade foi sentida por parte das terapeutas devido à irregularidade temporal das consultas e aos atrasos sistemáticos da doente para comparecer às mesmas. Procurámos que C. compreendesse que, sem o seu empenho, a mudança terapêutica seria necessariamente mais difícil, visto que tal é essencial para se atingirem os objectivos estabelecidos. C. afirmou que por vezes era impossível comparecer com maior assiduidade nas consultas devido aos trabalhos do curso, revelando que ela própria também sentia necessidade de expressar o que pensava acerca do processo de psicoterapia. Assim, C. mencionou que após ter referido em consulta a situação de aborto que vivenciou, sentiu-se bastante angustiada e triste, não mostrando abertura para trabalhar a questão em terapia: *“É como se fosse um tabu falar do aborto. Quando saí da consulta fiquei com menos vontade de cá voltar”*. Este motivo fez com que C. ponderasse a sua motivação para dar continuação ao processo terapêutico, referindo *“Sei que quero mudar, mas não sei como...”*. Foi explicado, mais uma vez, à doente que um processo de mudança terapêutica acarreta

custos emocionais inevitáveis, realçando-se, também, que a tristeza e a ansiedade por si sentidas nesta fase não seriam necessariamente negativas, mas antes aspectos fundamentais para a resolução dos problemas, pois, às vezes, é na crise que se conseguem ultrapassar as dificuldades e confrontar as situações geradoras de angústia. C. afirmou ainda que o facto de se ter abordado a questão do aborto não mudou em nada a sua atitude, pois sentia que iria sempre continuar a evitar pensar sobre o assunto: *“Não sei como pensar nisso, já me habituei a não pensar. Não penso... Sei que o meu lema de vida é deixar andar!”*; *“De facto, não penso no aborto, não penso nas minhas relações, não penso em nada...”*.

Relembrando um dos objectivos terapêuticos apontados pela doente, o auto-conhecimento, procurámos reforçar a ideia de que o evitamento cognitivo só dificultaria a compreensão de si e do que acontece na sua vida, pelo que seria uma mais-valia a sua expressão emocional, cognitiva e comportamental. Desta forma, relativamente aos objectivos inicialmente apontados pela doente, confrontámos C. com a possibilidade de esta os reformular, apontando duas alternativas: trabalhar apenas o aspecto académico ou trabalhar, também, a questão do auto-conhecimento. No que respeita a este último aspecto, que tem mais a ver com o domínio emocional-interpessoal e de reestruturação cognitiva, explicou-se que seriam vários os pontos a trabalhar: a forma de se relacionar com os outros; a questão do aborto - aceitação/integração; a importância de estar mais atenta aos seus pensamentos; a visão idiossincrática de si e do mundo. A doente mostrou alguma ambivalência, afirmando que quer mudar, mas que tal não seria fácil. Além disso, também não sabia bem o que queria mudar, pois disse já se ter habituado a funcionar assim. Contudo, referimos igualmente que se a doente não quisesse encetar mudanças, tal não constituiria um problema para as terapeutas, continuando-se o acompanhamento de acordo com o que fizesse mais sentido para si.

Com o objectivo de C. se sentir mais envolvida foi-lhe proposto que apontasse para cada sessão os pontos que gostasse de discutir e ver trabalhados em consulta. Neste sentido, sugeriu-se a C. que escrevesse, de forma livre, aquilo que fosse mais importante para si, de acordo com as suas necessidades e expectativas, trazendo depois esses tópicos para a consulta de modo a que nos fosse possível ver quais as suas prioridades e critérios de importância. De forma a direccionar a intervenção para um nível mais cognitivo, procedeu-se também a uma explicação do modelo cognitivo-comportamental, nomeadamente da noção de crenças e de esquemas, procurando-se demonstrar que o mundo é uma construção nossa e que todos temos um mapa interior através do qual fazemos nossa interpretação da realidade.

Nas consultas seguintes, a doente passou gradualmente a modificar o seu comportamento e a conseguir falar acerca dos aspectos da sua vida que a incomodavam. C. referiu que estava a fazer um esforço no sentido de reflectir mais sobre o seu comportamento

e as alternativas a levar a cabo, caso avalie esse comportamento como negativo. Da mesma forma, disse estar também a procurar pensar nas questões que lhe causavam sofrimento, e nas quais antes evitava pensar. Depois de debatermos com a doente, foi proposto que preenchesse quando lhe fizesse sentido, um registo de auto-monitorização, em que figurariam: data; comportamento/atitude; emoção experienciada; pensamentos associados; reflexões e dúvidas; necessidade sentida de mudança; propostas de mudança.

A propósito do aborto, C. mencionou que a parte mais assustadora para si era o ter de “*contar ao mundo*”, principalmente aos pais, afirmando que também pensou bastante em como seria a sua vida se tivesse um filho, acabando por afirmar, através da aplicação da estratégia terapêutica de descentração que a decisão que tomou na altura foi a mais acertada. C. comentou que actualmente já não se sente leviana, embora durante muito tempo se tenha sentido assim. Neste sentido, aquilo que mais a preocupava é o risco de as mulheres que fizeram um aborto ficarem impossibilitadas de ter filhos no futuro, pelo que se sugeriu a C. que consultasse um ginecologista para poder esclarecer as suas dúvidas. Nas consultas seguintes, voltou-se a reforçar a ideia da importância de C. integrar este acontecimento na pessoa que ela é, de modo a que possa aceitar tal episódio com um mínimo de sofrimento.

Uma vez que C. referiu por diversas vezes que antes de vir para esta cidade era feliz, o que não sabia se acontecia actualmente, e revelava uma grande vontade de regressar à sua cidade (L.), que justificava com o facto de lá não ter que se confrontar com vários aspectos da sua vida que tem de enfrentar na cidade onde estuda, pareceu-nos conveniente proceder à elaboração desta ideia. Procurou-se demonstrar que tudo aquilo que ocorreu na sua vida não se encerra na cidade, mas sim nas suas próprias estruturas cognitivas e que não é pelo facto de ir para L. que esses factos deixam de existir. Da mesma forma, foi explicado que o desenvolvimento do ser humano tem subjacentes novas experiências, que por vezes não são consonantes com a maneira usual de ser e agir, mas que esses acontecimentos têm de ser aceites e integrados, e não evitados. A doente compreendeu que é necessário essa aceitação e compreensão para melhor se conhecer e projectar o futuro: “*No fundo, eu sei que o problema não é a cidade*”. Assim, foi enfatizado que os acontecimentos dos seus primeiros anos nesta cidade - por exemplo, a relação intensa com P. e respectiva ruptura, ou a situação do aborto - a marcaram de forma significativa e que, provavelmente, seria por esse motivo que a doente elaborou na sua mente uma distinção nítida “*da C. de antes e da C. depois*” da mudança de cidade, sendo importante que agora consiga flexibilizar esta distinção rígida e aceite todos os seus acontecimentos de vida como fazendo parte da sua história, onde quer que se encontre.

Foi também debatida a questão das tomadas de decisão, pois C. revelou algumas incongruências no que respeita a fazer aquilo que pensa ser o melhor para si ou o que os

outros pensam ser o melhor. Assim, C. chegou à conclusão de que, por norma, as decisões que toma são aquelas que são apoiadas pela maior parte das pessoas significativas para si, pois dessa forma sente-se mais segura. Este aspecto deixou-a bastante surpreendida, pelo que decidiu proceder, futuramente, a uma análise mais detalhada dos seus próprios motivos.

Um outro assunto que a doente apontou como causa de desconforto referia-se ao facto do seu relacionamento com os pais ser bastante conflituoso nos últimos tempos. C. afirmou que os seus pais a têm julgado por ela não passar tanto tempo com eles como era usual, bem como por necessitar de tempos de lazer com os amigos e não estar sempre a trabalhar para o curso. C. disse achar que a sua mãe dá demasiada importância à opinião dos outros e que, por esse motivo, ultimamente lhe tentava impor de forma mais marcada determinadas regras de conduta, designadamente no que diz respeito à sua relação com J., por este ser divorciado. C. acrescentou que, muitas vezes, até compreende as razões e os argumentos da mãe, mas que os mesmos não correspondem à sua forma de viver, acabando sempre ambas por discutir. O papel do pai em relação a este assunto era algo passivo, visto que este apenas transmitia a sua opinião à esposa e não directamente à filha, sendo depois a mãe que fala em nome dos dois.

C. enfatizou também que outra situação que muito a perturbava nesta fase era o facto de ocultar frequentemente alguns aspectos da sua vida aos pais, nomeadamente, no que diz respeito a fumar e a passar bastante tempo com o namorado sem os pais saberem. Esse seu comportamento afectava-a muito porque, como afirma, *“Eu preciso da aprovação dos meus pais”*, e levava-a frequentemente a reflectir se seria ou não mentirosa. C. salientou que, solucionadas as suas dificuldades ao nível académico, este seria o único aspecto que a perturbaria, pois os pais tinham vindo a referir que a filha já não era a mesma em relação a eles, ao que a doente reagia com irritação. Esta situação teve início há cerca de um ano, pois anteriormente a relação da doente com a sua família era boa. C. acrescentou que a relação que mantinha com a mãe mudou desde que iniciou o namoro com J., pois a mãe não aprova este namoro, embora não a proíba de tal. O relacionamento entre as duas deteriorou-se também em consequência das reprovações no curso, dado que a mãe começou a criticá-la por tal facto. Neste sentido, C. afirma que tem medo de desiludir os pais e, para ilustrar esse receio, referiu que a mãe tem por hábito criticar os namorados que dormem juntos, pelo que não se sente à vontade para comentar com a mãe a relação que mantêm com o namorado: *“É como uma bola de neve... O não falar de algumas coisas, leva-me a não falar de outras”*.

Em consulta, C. considerou que talvez fosse importante ter uma conversa com a mãe para lhe transmitir alguns aspectos da sua vida e, assim, poder deixar de omitir inúmeras situações, comportamento com o qual se sente desconfortável. Frisámos igualmente a importância de C. analisar o tipo de relação que mantém com a mãe e a qualidade do tempo

que passa com a família, avançando para a conversa com a mãe quando se sentir preparada e tal for de facto a sua vontade. Como a doente se mostrou bastante confusa neste âmbito, tentámos transmitir-lhe que é importante avaliar primeiro que aspectos deseja ou não partilhar com os pais. C. concluiu que seria importante, antes de mais, investir na relação com os pais, especialmente com a mãe, para depois tentar abordar algumas questões com ela. De igual forma, ressalvámos a questão da autonomização da doente, facto que C. mostrou alguma resistência em compreender, pois considera-se uma pessoa autónoma. Foram realçadas as contradições do seu comportamento que podem indicar desconforto com este processo, como seja a ocultação de situações à mãe e conseqüentemente mal-estar da sua parte. C. reconheceu que esta situação significa “*crescimento*” e “*independência*”, embora diga que não está a conseguir lidar bem com isso, pois acha que mentir aos pais é como uma “*traição*” à confiança que eles depositam em si. Debatesmos ainda com a doente a sua crença de que a funcionalidade das relações reside numa comunicação onde tudo tem de ser dito, tentando esclarecê-la de que este aspecto não é o único aferidor de uma relação adaptativa.

As sessões seguintes foram orientadas no sentido de percebermos quais seriam os maiores receios da doente em relação ao futuro, tendo C. mencionado que “*Tenho muito medo de ficar sozinha*”. Com o objectivo de explorarmos o que estaria subjacente a esta afirmação, pedimos à doente para nos transmitir em que outras alturas da sua vida já se tinha sentido assim, tendo C. referido o episódio passado com um ex-namorado (P.), quando este terminou o relacionamento entre ambos, no 2º ano do curso. Neste sentido, pareceu-nos que a doente associará o ficar sozinha a carência e a outras conseqüências negativas. C. referiu que desde esse acontecimento tentou nunca passar muito tempo sozinha, tendo tido diversos *flirts*, e acrescentou que se sente sempre “*perdida*” quando uma relação importante acaba. Disse também que antes de iniciar a relação com o actual namorado, se sentia um pouco mais segura e com menos receio de ficar sozinha, embora tenha notado que teria tendência a procurar sempre alguém, sentindo-se abalada quando os outros comentavam esse seu comportamento.

Foi notório, ao longo das consultas, que é penoso para C. debater questões relacionadas com o seu modo de funcionamento cognitivo, sendo uma doente resistente aos *feedbacks* que as terapeutas lhe foram transmitindo acerca desse aspecto específico. Assim, foi difícil explorarmos, em conjunto, as crenças nucleares da doente, pois esta ou não aceitava ou não as aceitava em parte. Mesmo assim, concluimos em conjunto que as crenças nucleares da doente seriam: “*Eu sou perfeccionista*” - como é notório no seu desempenho académico; “*Eu sozinha não sou capaz*”. Posteriormente, procedeu-se ao início do preenchimento de dois *flashcards*, um para cada uma das suas crenças nucleares. Como factos “a favor” das crenças C. registou, respectivamente, “*Perco sempre muito tempo a realizar os trabalhos para que*

*fique como quero, o que já me levou a não fazer algumas entregas por ter ultrapassado o prazo” e “Quando fiquei sozinha não fui capaz de fazer as cadeiras”.* Como “trabalho de casa”, solicitou-se à doente que continuasse o preenchimento dos *flashcards*”, procurando também interpretar as situações à luz das suas crenças e de crenças alternativas, material que seria depois trabalhado em consulta. Procedemos ainda, em conjunto com C., à reatribuição de significado e formulação de Pensamentos Racionais Alternativos, neste âmbito.

Da mesma forma, foi também devolvido o racional da Perturbação Dependente da Personalidade, tendo sido abordadas e debatidas as características típicas do funcionamento de C., nas quais se revia, e explorando alternativas mais funcionais ao seu comportamento. Neste sentido, pensámos ser de todo pertinente retomar a questão da autonomização da doente. C. caracterizou-se como a si mesma como uma pessoa independente, com projectos futuros para se autonomizar dos pais, embora ao concretizá-los verbalmente tenha sido evidente que a doente tenta retardar esse acontecimento. O facto de lamentar que a relação com a mãe esteja a mudar, bem como o seu desejo de tudo voltar a ser como era antes, foi discutido com a doente, visto termos considerado importante que C. se consciencializasse de que este é um processo normal no ciclo de desenvolvimento. Assim, constatámos com a doente que esta continua a ter uma relação dependente com os pais, ao invés de uma relação autónoma, que é desejável que comece a ser construída e encarada como algo positivo.

Discutimos igualmente a necessidade de a doente ter de se confrontar com os receios que possui relativamente a uma autonomização, procurando enaltecer que o confronto, no seu caso com a mãe, surge frequentemente no processo de construção da identidade. Paralelamente, tentámos que C. compreendesse que a forma como se tem tentado afirmar é evasiva e agressiva, sendo necessário um confronto gradual e sincero. Da mesma forma, inquirimos a doente no sentido de compreendermos melhor os seus receios quando for realmente independente, pois uma das suas crenças nucleares é *“Sozinha não sou capaz!”*. C. mencionou que não teme esta independência, pois o que tem de resolver é a sua relação com a mãe, sendo que os acontecimentos posteriores não a amedrontam tanto.

Consideramos que o balanço do acompanhamento desta doente é positivo, pois os ganhos terapêuticos alcançados foram relevantes. Porém, será necessário consolidar essas mudanças e aprofundar o processo de reestruturação cognitiva, de forma a potenciar comportamentos mais funcionais. C. manteve-se em acompanhamento na Consulta de Stress.

**Nota:** Não é possível apresentar os gráficos comparativos relativos à passagem das escalas e inventários de auto-resposta, uma vez que a doente não devolveu as segundas escalas e inventários até à última consulta do mês de Julho.

## COMENTÁRIO TEÓRICO: A *PROCRASTINAÇÃO EM CONTEXTO ACADÊMICO E SUA RELAÇÃO COM O PERFECCIONISMO*

“... *the act of procrastinating is a complex process that consists of affective, behavioral, and cognitive components.*”

(Fee & Tangney, 2000, p. 167)

O tema do presente comentário pretende incidir na principal área de dificuldades relatada por C., mais concretamente, na sua atitude procrastinadora relativamente às tarefas académicas, a qual se traduz no constante adiamento do início e da concretização das mesmas.

Ao longo da nossa vida, todos nós procrastinamos algumas vezes, sem que isso acarrete consequências significativas para o nosso funcionamento. Porém, quando o comportamento de procrastinação é adoptado como estratégia central para lidar com as diversas situações do dia-a-dia, a procrastinação passa a ser encarada como um problema persistente e invalidante, que por si só deverá ser alvo de intervenção específica. Para além disso, como veremos, a procrastinação mantém relações importantes com sintomas de ansiedade e depressão, bem como com traços de personalidade disfuncionais. Assim, este comentário teórico abordará a procrastinação e as dificuldades associadas a este modo de funcionamento, procurando ainda analisar as suas implicações no âmbito académico.

### **O que é a Procrastinação**

De acordo com Kuhl (1984, 1985 *in* Beswick & Mann, 1994), o termo procrastinação é geralmente usado com uma conotação negativa, pretendendo significar um adiamento ou protelação desnecessários. A procrastinação pode ser considerada como “*a psychopathology of everyday life. The procrastinator is ... someone who knows what he wants to do, in some sense can do it, is trying to do it - yet doesn't do it.*” (Sabini & Solver, 1982 *in* Beswick & Mann, 1994, p. 392). Para outros autores, a procrastinação é vista como um fracasso em realizar um conjunto de acções dentro do tempo devido, envolvendo a delegação de responsabilidades, decisões e tarefas. Neste sentido, a procrastinação corresponderá a uma estratégia de evitamento (Burns, Dittmann, Nguyen & Mitchelson, 2000), que pode estar relacionada com uma falha no processo de auto-regulação do sujeito (Howell & Buro, 2009).

A procrastinação constitui o acto de adiar desnecessariamente uma determinada tarefa (Bui, 2007), que se encontra sob o controlo do indivíduo (Stöber & Joormann, 2001), sendo frequentemente acompanhada por um desconforto interno e subjectivo - que conduz, muitas vezes, a sintomas de ansiedade (Rothblum, Solomon & Murakami, 1986 *in* Haycock, McCarthy & Skay, 1998). Segundo a posição defendida por estes autores, o comportamento de procrastinação tem consequências internas - como irritação, tristeza, arrependimento,

desespero, culpabilização - e consequências externas - normalmente com elevado custo, como diminuição do progresso académico e profissional, perda de oportunidades, existência de relacionamentos forçados. A procrastinação é, portanto, um processo complexo que inclui componentes afectivos, comportamentais e cognitivos (Fee & Tangney, 2000), e não será apenas um problema de gestão do tempo (Chu & Choi, 2005).

A procrastinação constitui um problema bastante frequente, sendo relatado por cerca de 20% dos adultos relativamente a tarefas do quotidiano (Schouwenburg, 2004 *in* Costa, 2007). Apesar deste facto, não têm sido desenvolvidas muitas teorias psicológicas acerca da procrastinação, surgindo apenas algumas hipóteses, a maioria das quais relativamente aos antecedentes do comportamento procrastinador, existindo poucos estudos sobre a natureza e expressão desse estado particular (Beswick & Mann, 1994). No que respeita aos factores que possam explicar o seu aparecimento, Haycock, McCarthy & Skay (1998) afirmam que os comportamentalistas vêem a procrastinação como um hábito aprendido, desenvolvido a partir da preferência dos seres humanos por actividades agradáveis e recompensas a curto-prazo; os cognitivistas, por seu lado, têm proposto um conjunto de variáveis que são consideradas como preditoras da procrastinação, entre elas, crenças irracionais, estilo de atribuição, crenças acerca do tempo, auto-estima, optimismo e estratégias maladaptativas.

Uma das teorias psicológicas com implicações para o estudo da procrastinação é a teoria do controlo da acção de Kuhl (1984 *in* Beswick & Mann, 1994), a qual distingue a *orientação para o estado* da *orientação para a acção*. A orientação para a acção implica que o indivíduo direcione a sua atenção para o desenvolvimento completo de uma acção. Por sua vez, a orientação para o estado inibe a acção e pode impedir o organismo de concretizar as suas intenções. Neste caso, o sujeito torna-se incapaz de se envolver em qualquer plano de acção, devido a uma incapacidade para controlar o início e término das actividades cognitivas necessárias à concretização das acções. São especificados três tipos de orientação para o estado, que ocorrem em resultado de: (a) preocupações e rumações acerca dos fracassos passados; (b) incapacidade de concentração numa determinada actividade, iniciando-se uma tarefa alternativa prematuramente; (c) dificuldades em concretizar as intenções, que o sujeito pode e quer realizar. Na perspectiva de Kuhl, os sujeitos nem sempre fazem aquilo que pretendem fazer, mesmo que tenham capacidade e motivação para tal. Quando uma pessoa tenciona realizar uma acção, está sujeita a variadas pressões, internas e externas, que criam tendências de acção alternativas e concorrentes entre si. Assim, para concretizar uma intenção, é necessário que essa intenção seja “fortificada” e “protegida” das tendências de acção concorrentes, para que seja posta em prática. De acordo com os autores referidos, e com base na teoria de Kuhl, é possível concluir pela existência de uma relação entre procrastinação

e orientação para o estado. Ambos os conceitos se referem a intenções que ficam por cumprir, por parte de indivíduos que têm a vontade, os meios e a oportunidade para as concretizar.

A procrastinação constitui uma forma de lidar com o conflito de decidir entre alternativas concorrentes, o que pode implicar riscos e perdas significativos. Se tal decisão estiver associada a um elevado risco e o indivíduo estiver pessimista relativamente à sua capacidade para encontrar uma solução adequada, é provável que recorra a padrões maladaptativos de tomada de decisão, nomeadamente o chamado *evitamento defensivo* (Beswick & Mann, 1994). Nesse caso, o indivíduo evita ou foge da decisão, nomeadamente através da procrastinação, a qual resulta do medo do fracasso dessa tomada de decisão, ou do medo das consequências desse fracasso, sejam elas materiais, sociais ou psicológicas.

No caso de C., a doente denota um padrão de comportamento do tipo procrastinador, tendo em conta a forma como adia e evita tomar decisões, particularmente no que concerne ao estabelecimento de prioridades no domínio académico, mostrando sobretudo dificuldades em definir os planos e actividades de estudo e em programar o tempo de trabalho; recorde-se que a própria doente reconhece este seu tipo de funcionamento, afirmando que o “*adiar*” sempre a caracterizou. No início da terapia, C. parecia não dar muita importância às consequências dos sucessivos adiamentos, nem demonstrava interesse em estabelecer alternativas para uma realização posterior das tarefas. Porém, no decorrer das consultas, foram notórias mudanças a esse nível, com a adopção gradual de novos comportamentos mais funcionais e adaptativos.

### **Definições e Conceptualização**

Existem várias definições de procrastinação, dependendo dos aspectos que se pretendem enfatizar. Silver (1972 *in* Ferrari, Johnson & McCown, 1995) valoriza a dimensão *temporal* como conceito central da sua definição. Segundo este autor, a característica essencial de um procrastinador é o adiamento de uma tarefa para além do tempo óptimo de início da sua realização, que garantiria a máxima probabilidade de ser finalizada com sucesso; esta perspectiva defende que os indivíduos não pretendem ignorar ou evitar a tarefa que estão a adiar. Porém, aqueles autores apontam como limitação desta definição o facto de não se atribuir importância à especificidade da tarefa em questão e aos custos/benefícios associados à sua realização - considerando antes que existem tarefas cuja não finalização comportaria consequências desastrosas, enquanto outras, por sua vez, podem ser adiadas, dada a reduzida probabilidade do adiamento poder ter um impacto negativo. A posição de McCown & Roberts (1994 *in* Ferrari, Johnson & McCown, 1995) aponta no mesmo sentido, definindo a procrastinação *disfuncional* como estando relacionada com o tempo que ultrapassa o momento óptimo para o início da realização de uma tarefa, que necessita de ser concretizada e que não tem associados custos pessoais desproporcionados na sua realização; em contraste, a

procrastinação *racional* ou *funcional* é caracterizada como um comportamento semelhante, mas que é evocado em situações que não necessitam de uma concretização tão imediata, ou cuja tarefa acarreta custos pessoais excessivos se realizada no tempo considerado óptimo.

Numa outra perspectiva, é enfatizado o carácter *irracional* da procrastinação e o facto de a mesma ser auto-destrutiva. Porém, esta atitude também pode ser lógica e racional, tendo em conta determinados interesses do indivíduo - ou seja, a sua disfuncionalidade depende da presença de consequências negativas surgidas em função desse comportamento de adiamento. Noutra abordagem, a procrastinação aparece como estando associada a medos irracionais e à auto-crítica, podendo, além disso, ser entendida como uma forma de evitar cognições egodistónicas (Ferrari, 1991, 1992, 1993, 1994 *in* Ferrari, Johnson & McCown, 1995).

A procrastinação pode ainda estar relacionada com o receio da pessoa em ser julgada pelo seu desempenho, funcionando como uma forma de proteger a sua auto-estima (Bui, 2007), ou como estratégia para regular as emoções negativas (Chu & Choi, 2005). C. demonstrava frequentemente grande dificuldade em iniciar as actividades académicas, sendo que tal adiamento parecia estar associado à insegurança da doente relativamente à sua capacidade para concluir as tarefas de acordo com o grau de exigência por si definido e no tempo estabelecido. Deste modo, C. adiava permanentemente o início das tarefas, atitude que lhe permitia não se confrontar com esses pensamentos, angústias e receios de fracasso.

No núcleo do medo irracional envolvido na procrastinação estará a crença errónea acerca daquilo em que consiste o cumprimento adequado de uma tarefa, o qual poderá estar associado a padrões elevados de realização e ao conseqüente medo de falhar. No sentido de evitar as emoções associadas ao fracasso, o indivíduo adia o começo da tarefa em questão, até que se torne impossível concluí-la satisfatoriamente. Este comportamento de evitamento pode funcionar de forma conveniente como desculpa para o falhanço inevitável, que é consequência de tal evitamento. O insucesso é, assim, atribuído à falta de tempo e não a uma incapacidade pessoal (Ferrari, Johnson & McCown, 1995). No caso de C., o medo de falhar advém dos seus padrões de realização muito elevados, o que se traduz no seu receio de não realizar os trabalhos da forma perfeita que desejaria, assim como de não conseguir estudar toda a bibliografia para os exames; esse modo de funcionamento estava a levar, em último caso, ao adiamento sucessivo da conclusão da licenciatura. O medo de falhar que caracteriza a doente terá subjacente o receio de não corresponder às expectativas depositadas em si, nomeadamente por parte dos pais, que a pressionam constantemente no sentido de acabar o curso o mais rapidamente possível, o que a leva a pôr em causa as suas próprias capacidades.

Alguns estudos indicam a ansiedade como sendo a principal causa para a procrastinação. Por exemplo, Haycock, McCarthy & Skay (1998) mencionam que os

indivíduos que experienciam elevados níveis de ansiedade têm maior probabilidade de adoptar comportamentos procrastinadores. Outros autores, contudo, consideram que não é a ansiedade por si só, mas a ansiedade e o medo de falhar na realização da tarefa, que conduzem à procrastinação. Este comportamento pode ser igualmente interpretado como resultado de défices motivacionais, pois a procrastinação poderá conduzir a sentimentos de frustração e a ansiedade antecipatória, que podem transformar-se, a dada altura, nas principais causas da não realização das tarefas, por interferirem com a motivação e provocarem alterações cognitivas importantes (Flett, Hewitt & Martin, 1995). Fee & Tangney (2000), por sua vez, afirmam que uma das explicações possíveis para a existência de um comportamento de procrastinação é este constituir-se como um mecanismo de protecção da auto-imagem, uma vez que permite evitar o julgamento e a avaliação do desempenho do sujeito por parte dos outros.

Ferrari, Johnson & McCown (1995) consideram, porém, a possibilidade de a procrastinação nem sempre conduzir a resultados negativos ou traduzir-se em comportamentos desadaptativos. Pelo contrário, em algumas situações pode funcionar como uma estratégia para indivíduos que necessitam de elevados níveis de pressão para se sentirem suficientemente motivados, e que apenas conseguem funcionar eficazmente ao adoptarem atitudes de procrastinação. Chu & Choi (2005) defendem uma posição semelhante, ao apresentarem a distinção entre procrastinação passiva e procrastinação activa. A primeira corresponde à visão tradicional da procrastinação, isto é, o adiamento da realização de tarefas, associado a dúvidas acerca da capacidade para atingir os resultados pretendidos. A segunda, por sua vez, corresponde a um comportamento deliberado de procrastinar, devido a uma preferência por trabalhar sob pressão, o que funciona como factor de desafio e motivação. Neste último caso, os indivíduos completam as tarefas no tempo devido e com resultados satisfatórios, ao contrário do que acontece no primeiro caso.

Choi & Moran (2009) defendem igualmente que nem todos os comportamentos de procrastinação são prejudiciais ou acarretam consequências negativas. Estes autores retomam as noções de procrastinação passiva e activa, considerando que esta última estará associada a características positivas e terá um papel adaptativo para muitos sujeitos. Assim, a principal diferença da procrastinação activa consiste na gestão construtiva do tempo e da pressão, o que permite ao indivíduo alcançar os seus objectivos. No entanto, os mesmos autores alertam para a necessidade deste novo construto ser alvo de mais investigação empírica, no sentido de se alcançar uma conceptualização mais rigorosa e uma medida da sua validade.

Numa abordagem mais sistemática e multidimensional da procrastinação, Milgram (1991 *in* Ferrari, Johnson & McCown, 1995) aponta quatro aspectos necessários a uma atitude procrastinadora: (1) um comportamento de adiamento; (2) que resulta em ineficácia; (3)

envolvendo uma tarefa percebida como importante de concretizar; (4) e que dá origem a um estado emocional de frustração. De acordo com alguns autores, a procrastinação pode levar o sujeito a experienciar desconforto emocional; já outros autores consideram que a procrastinação não conduz necessariamente a desconforto emocional (Schouwenburg, 1995). Porém, e de acordo com dados empíricos, o facto da maioria dos indivíduos que procrastinam terem consciência desse seu comportamento, sentindo-se incapazes de o controlar, leva a que possam desenvolver perturbações emocionais, que acabam por interferir com a sua auto-estima ao despoletarem a sintomas depressivos. A procrastinação estará, assim, relacionada com experiências emocionais negativas, tais como elevados níveis de depressão e ansiedade, e com determinadas variáveis de personalidade, como por exemplo baixos níveis de auto-estima, auto-conceito e auto-confiança (Ferrari, Driscoll & Díaz-Morales, 2007; Wolters, 2003). No caso de C., o comportamento procrastinador está associado a um estado de apatia e tristeza, bem como a uma grande frustração e baixa auto-estima, os quais parecem ter interferência nas suas capacidades de trabalho e concentração, e mesmo no seu rendimento.

Se por um lado, as atitudes procrastinadoras podem conduzir a emoções negativas, nomeadamente de ansiedade, por outro lado, o stress intenso interfere com os processos cognitivos que, por sua vez, vão impossibilitar o indivíduo de reunir informação para o estabelecimento de relações de causalidade e de optar pela alternativa mais adequada para uma tomada de decisão, ficando incapacitado para a resolução adequada de problemas (Vaz Serra, 1999). Assim, entre as consequências habitualmente associadas à procrastinação, podem apontar-se o sub-desempenho em relação às capacidades do sujeito e a diminuição do desempenho individual e organizacional (Dewitte & Schouwenburg, 2002 *in* Costa, 2007).

A procrastinação traduz-se, assim, num círculo vicioso de pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais, em que a atitude de adiar uma tarefa origina sentimentos de incapacidade e pensamentos irracionais, os quais conduzem a comportamentos de ineficácia (Ellis & Knaus, 1977 e Burka & Yuen, 1983 *in* Schouwenburg, 1995). Estes autores apontam como exemplos de crenças disfuncionais associadas à procrastinação, as seguintes: “*Tenho que ser perfeito*”; “*Tudo o que faço terá que ser feito facilmente e sem esforço*”; “*É mais seguro não fazer nada do que correr o risco de falhar*”. Tais tipos de crenças impedem os indivíduos de agir e progredir, conduzindo a experiências repetidas de frustração. No caso de C., as crenças referidas, sobretudo a primeira e a terceira, parecem ser bastantes características do seu modo de funcionamento, levando-a a adiar repetidamente o início da realização das tarefas e originando, em consequência, sentimentos de ineficácia e desvalorização.

Os indivíduos que procrastinam agem de acordo com um esquema cognitivo, segundo o qual o seu valor pessoal depende única e exclusivamente da capacidade de realização de

determinadas tarefas, pelo que o seu auto-conceito vai sofrendo variações, de acordo com a qualidade do desempenho das actividades. Assim, a atitude de adiamento permanente impede qualquer tipo de julgamento acerca das suas capacidades, surgindo como uma estratégia de protecção da auto-estima (Ferrari, Johnson & McCown, 1995). De facto, para indivíduos que baseiam a sua auto-estima na existência de performances elevadas, a procrastinação permite evitar aquilo que seria um teste às suas capacidades, mantendo a crença de que estas são superiores ao que o desempenho actual pode mostrar (Haycock, McCarthy & Skay, 1998). Os sujeitos procrastinadores mostram-se também muito preocupados com a sua imagem social, procurando constantemente a aprovação dos outros (Ferrari, Driscoll & Díaz-Morales, 2007).

### **Procrastinação e Contexto Académico**

Relativamente à procrastinação em domínio académico, Ferrari, O'Callaghan & Newbegin (2005 *in* Costa, 2007) mencionam que cerca de 70% dos estudantes universitários adoptam comportamentos de procrastinação, apontando-se como principais motivos, o medo de falhar e a aversão à tarefa em questão (Ellis & Knaus, 1977 *in* Schouwenburg, 1995). Janssen & Carton (1999), por sua vez, afirmam que 46% a 95% dos estudantes universitários evidenciam atitudes procrastinadoras relativamente a tarefas académicas, verificando-se que 50% apresentam uma tendência para procrastinar em épocas de avaliações (Solomon & Rothblum, 1984 *in* Haycock, McCarthy & Skay, 1998). Neste sentido, a procrastinação académica tem sido alvo de maior interesse e investigação do que outros tipos de procrastinação (Milgrim, Marshevsky & Sadeh, 1995), sendo também o contexto académico aquele em que se verifica mais generalizadamente o comportamento procrastinador de C..

Segundo Nadeau, Senécal & Guay (2003), a procrastinação académica refere-se à tendência para remeter para mais tarde o cumprimento de uma tarefa escolar, pese embora a intenção inicial do estudante seja a de realizar essa tarefa dentro do tempo previsto. Os mesmos autores acrescentam que a principal característica da procrastinação académica reside na distância entre a intenção e a acção de cumprir as tarefas escolares. De facto, C. afirmava sempre pretender entregar os trabalhos da cadeira de Projecto de forma completa e dentro do prazo previsto, no entanto, os mesmos iam sendo consecutivamente adiados, acabando por ser entregues incompletos e/ou para além da data definida. Para Wolters (2003), a procrastinação académica pode ser entendida como o comportamento de um indivíduo que é suposto, e possivelmente deseja, completar uma tarefa académica, mas falha na concretização dessa actividade dentro do intervalo de tempo desejável - trata-se de um adiamento desnecessário de tarefas que o indivíduo tencionaria completar, o qual pode chegar ao ponto de provocar desconforto emocional. A procrastinação é vista, assim, como um comportamento maladaptativo, dado que reduz substancialmente o tempo disponível dos estudantes para

completar o seu trabalho académico. Burns *et al* (2000), por sua vez, consideram que a procrastinação académica pode ser consequência do medo de falhar ou de uma má gestão do tempo, acabando por levar a níveis elevados de ansiedade e a uma auto-avaliação negativa.

Aquilo que parece verificar-se com os estudantes procrastinadores, assim como na procrastinação em geral, pode ser resumido em três manifestações comportamentais: (1) o adiamento do momento em que se inicia a tarefa em causa; (2) a discrepância entre intenção e comportamento; (3) e a preferência por outras actividades alternativas ao estudo, como por exemplo, actividades de índole social (Schouwenburg, 1995). De acordo com esta perspectiva, a procrastinação pode ser resultado da escolha de uma actividade com vantagens imediatas, embora de menor importância, em vez da opção por uma actividade importante, que se revelaria mais gratificante a longo-prazo. No caso de C., registámos o envolvimento da doente, por exemplo, na escolha do tema da prova final de curso, cuja realização seria só daí a um ano, em vez de se concentrar no trabalho da cadeira de Projecto e no estudo para os exames, que eram actividades bem mais prioritárias no momento.

Segundo Covington (1993 *in* Schouwenburg, 1995), a procrastinação académica constitui uma forma de *coping* para lidar com a ansiedade associada às tarefas académicas. Ao adiar demasiado as tarefas, o indivíduo torna provável o seu fracasso, mas com esse comportamento evita as implicações associadas à eventual constatação de ser percebido pelos outros como incapaz. Desta forma, o fracasso será atribuído a outros factores - no caso de C., a falta de tempo - , que não a sua incapacidade pessoal, podendo o sujeito argumentar que o seu fraco desempenho naquela dada situação não é representativo das suas verdadeiras capacidades; de facto, o sujeito teme poder não ser capaz de realizar as tarefas, mas o seu maior receio é verificar se tal é ou não verdade. No entanto, é o comportamento de evitamento do fracasso, e das respectivas emoções associadas, que conduzirá o indivíduo ao fracasso efectivo, perpetuando as suas dúvidas acerca das suas capacidades. Neste sentido, a procrastinação em estudantes pode ter a importante função de preservar a sua auto-estima, através do evitamento de situações onde podem falhar e mostrar a sua incompetência, o que lhes permite afastar emoções desconfortáveis e outros estímulos considerados ameaçadores (Burns *et al*, 2000). Schouwenburg (1995) afirma ainda que será provável que o comportamento de evitamento como forma de reduzir a ansiedade, no contexto da procrastinação, seja apenas aplicável a estudantes com receio do fracasso académico.

A atitude de procrastinação académica pode, assim, ser interpretada por como um traço de personalidade, que se manifesta pela tendência ou hábito generalizados de adiar aquilo que seria necessário para atingir determinados objectivos - nesta perspectiva, os comportamentos procrastinadores constituem-se como padrões de resposta disposicionais,

relativamente persistentes, que se manifestam numa variedade de contextos, nomeadamente o académico (Lay, 1986 *in* Schouwenburg, 1995). Por outro lado, Solomon & Rothblum (1984 *in* Haycock, McCarthy & Skay, 1998) referem a existência de uma elevada associação entre a procrastinação académica e crenças irracionais do indivíduo acerca da sua competência.

### **Relação entre Procrastinação e Perfeccionismo**

O perfeccionismo é frequentemente referido como constituindo o principal motivo para a procrastinação (Fee & Tangney, 2000). Quando os níveis de exigência em relação à realização de uma tarefa são irracionais, o indivíduo pode considerar como insuficiente o tempo para a sua completa concretização e, conseqüentemente, adiar a execução dessa tarefa (Ferrari, Johnson & McCown, 1995). Tal facto também acontecia com C., que afirmou, por diversas vezes, nunca ter tempo para fazer as entregas da cadeira de Projecto da forma que desejaria e idealizava; por esse motivo, a conclusão dessas tarefas era constantemente adiada, pelo que os trabalhos acabavam por ser entregues incompletos, prejudicando a nota atribuída.

São vários os autores que apontam a existência de uma relação entre a procrastinação e o perfeccionismo (Burns *et al*, 2000; Seo, 2008). Por exemplo, a partir de um vasto conjunto de investigações referidas por Flett, Hewitt & Martin (1995), verificam-se as seguintes conclusões: (a) os indivíduos perfeccionistas apresentam uma tendência para procrastinar, uma vez que a simples ideia de iniciar alguma tarefa ou de tentar atingir um objectivo é perturbada pela sua excessiva necessidade de perfeição; (b) o perfeccionismo pode ser identificado como um factor que contribui para o sub-desempenho e desencorajamento em atingir os objectivos delineados; (c) os indivíduos procrastinadores exercem demasiada pressão sobre si próprios, para além de revelarem muitas das características associadas ao perfeccionismo, incluindo a tendência para atribuir grande importância ao sucesso permanente e os excessivos padrões de exigência pessoal.

A acrescentar a essas características, Stöber & Joormann (2001) referem que os indivíduos perfeccionistas atribuem grande valor às expectativas e críticas dos pais, enquanto Seo (2008) aponta os padrões rígidos e irrealisticamente elevados que os mesmos tendem a estabelecer para si próprios. Por sua vez, Flett, Hewitt & Martin (1995) salientam que tanto os sujeitos perfeccionistas, como os que procrastinam, sustentam crenças que envolvem elevados níveis de realização, bem como a necessidade de evitar qualquer reprovação social, apontando como característica comum ao perfeccionismo e à procrastinação, o medo de falhar.

No caso de C., a doente apresenta alguns traços de personalidade do tipo obsessivo, designadamente ao nível do perfeccionismo, da exigência e dos padrões de realização elevados, os quais se repercutem em todas as actividades e estarão na origem dos seus comportamentos procrastinadores. Estas características levam-na a adiar sistematicamente o

início e conclusão das tarefas, em virtude da sua procura pela perfeição, chegando mesmo a preferir não as concretizar por achar que o resultado final não vai ser o idealizado - evitando, assim, uma possível avaliação negativa. C. denota ainda um grande receio de falhar e de desiludir os outros, nomeadamente os pais, que sempre depositaram grandes expectativas em si, embora exercendo ao mesmo tempo uma enorme pressão para a filha terminar o curso.

## **COMENTÁRIO PESSOAL**

O caso clínico de C. foi o segundo que acompanhámos no estágio, sendo um caso com características muito particulares.

Uma das principais diferenças relativamente aos restantes casos que tivemos diz respeito às razões que, de acordo com a doente, terão motivado a sua vinda à Consulta. Ao descrever as suas principais dificuldades, C. começou apenas por fazer referência a problemas ao nível académico, não apontando nenhum aspecto de carácter psicopatológico. Tal facto levou a que o acompanhamento de C. constituísse um desafio aliciante, pela forma distinta como teria de ser conduzido. Neste sentido, foi um caso que permitiu adquirir conhecimentos importantes numa área de dificuldades que pensamos surgir frequentemente na prática clínica.

Existem, porém, outros aspectos que marcaram de forma particular este caso. Um deles refere-se ao facto de, sensivelmente a meio do processo de acompanhamento de C., nos termos deparado com uma situação próxima daquilo que é habitualmente designado como ruptura da relação terapêutica. Foi uma situação despoletada por uma revelação da doente que a deixou muito activada em termos emocionais, e com a qual foi muito complicado lidar. Para nós, este representou o momento mais difícil que experienciámos no estágio, uma vez que implicou uma gestão das emoções da doente e das nossas próprias emoções relativamente a esse facto. Foram semanas em que os sentimentos de frustração surgiam em catadupa, em que não questionávamos sobre se seria possível inverter a situação, pondo muitas vezes em causa as nossas capacidades pessoais. No entanto, consideremos que esta situação teve também um lado positivo importante, pois uma situação deste tipo despoleta uma análise e reflexão profundas sobre nós próprios, sobre o nosso trabalho, e sobre o nosso desejo de continuar ou não nos caminhos da clínica psicológica.

Felizmente, conseguimos ultrapassar esse momento mais delicado, verificando-se mesmo que o processo terapêutico passou a decorrer melhor do que antes, com um maior empenhamento e motivação por parte da doente, o que levou a que começassem a ser atingidos os objectivos delineados. Como este foi um dos casos clínicos que acompanhámos durante mais tempo, constituiu também um dos casos com os quais nos sentimos mais gratificados, uma vez que os resultados alcançados foram substancialmente assinaláveis.

## CONCLUSÃO

Agora, como aquando do final de tão importante etapa, é inevitável que o momento seja de reflexão sobre todo o processo de crescimento, aprendizagem, confronto e mudança, que caracterizaram a nossa experiência de estágio.

É tempo de fazer um balanço desse ano, de recorrer à memória, de traduzir em palavras os sentimentos que se (re)vivenciam.

Pensamos que o ano de estágio representa um grande teste às nossas capacidades teóricas, como seria de esperar, mas também às nossas capacidades pessoais, pois são muitos os momentos de angústia, insegurança e frustração. Porém, o contacto com a realidade clínica é simultaneamente exigente e fascinante, pelo que o balanço é claramente positivo.

Uma das nossas primeiras aprendizagens diz respeito à necessidade de uma enorme versatilidade e flexibilidade por parte do psicólogo, no sentido de adequar a cada doente, e de forma idiossincrática, as estratégias e técnicas que se apresentam geralmente muito uniformizadas. Por sua vez, a possibilidade de contactar com diferentes quadros clínicos, ou mesmo com situações distintas dentro da mesma patologia, permite-nos começar a organizar um método de trabalho que torna possível ganhar a necessária adaptabilidade para lidar com a diversidade casos que, certamente, surgirão ao longo do nosso percurso.

Foi um ano de muito trabalho e dedicação, de pesquisa e investimento, mas também de discussões enriquecedoras com colegas e orientadores, de momentos de partilha e troca de conhecimentos. Existiram alguns momentos difíceis, em que pareceu que não conseguíamos ajudar aquele doente, em que colocámos em causa as nossas capacidades, ou em que houve algumas divergências com os colegas. No entanto, o balanço final é obviamente positivo, pois as aprendizagens realizadas, o contacto - sempre gratificante - com os doentes, as sugestões e opiniões dos orientadores, e as vivências e cumplicidades entre colegas, são concerteza o que de mais importante fica deste tempo de estágio.

Foi um ano marcante, pleno de desafios e descobertas... Que o futuro nos reserve sempre a oportunidade de vivenciar experiências igualmente potenciadoras do nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

**PARTE II**  
**ACTIVIDADES DE INVESTIGAÇÃO**



## ***Influência do Suporte Social no Bem-estar Psicológico e Saúde Mental de Idosos residentes em Lar***

### **RESUMO**

O envelhecimento demográfico é um fenómeno de amplitude mundial, implicando alterações na organização e estrutura das sociedades. Este facto justifica a importância e pertinência de investigação psicológica que forneça uma base conceptual para a elaboração de políticas que respondam às necessidades, interesses e características da população nesta faixa etária mais avançada. Enquanto etapa integrante do ciclo de vida, o envelhecimento é caracterizado por inúmeras transformações físicas, psicológicas e sociais, cujo impacto pode ser mediado por um conjunto de variáveis, entre as quais se inclui o suporte social. O conceito de suporte diz respeito à disponibilidade de recursos proporcionados pela rede social, em termos de ajuda emocional e instrumental, sendo um factor com impacto positivo na qualidade de vida dos idosos, contribuindo para um envelhecimento activo e bem-sucedido. De facto, diversas pesquisas evidenciam a importância do suporte social para o bem-estar psicológico e satisfação de vida nas pessoas idosas, e para a promoção da sua saúde mental.

Neste sentido, no presente trabalho, pretendemos analisar a influência do suporte social efectivo e percebido no bem-estar psicológico e na saúde mental de idosos residentes em Lar - caracterizando as redes sociais destes idosos e determinando a sua satisfação com o suporte recebido. Pretendemos ainda comparar estas variáveis em função da idade, do sexo, do estado civil e do estatuto sócio-económico. São utilizadas a Escala de Redes Sociais de Lubben-6 (Lubben, 2002), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999), a Escala de Ânimo (Paúl, 1992) e o Inventário de Saúde Mental-5 (Ribeiro, 2001). A amostra é constituída por 85 sujeitos, 63 do sexo feminino e 22 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos, de cinco instituições do concelho da Covilhã. Os resultados evidenciam que 75,3% de sujeitos com maior suporte social percebido apresentam níveis mais elevados de bem-estar psicológico e de saúde mental, por comparação com 24,7% de sujeitos com menor suporte social percebido, sendo as diferenças estatisticamente significativas. Os sujeitos do sexo masculino, os sujeitos solteiros e os sujeitos que dispõem de verbas para gastos, apresentam níveis maiores de bem-estar psicológico e de saúde mental, não se observando diferenças com significância estatística em função da idade. Os resultados obtidos permitem supor que a percepção subjectiva de suporte / satisfação social constitui um factor crucial no bem-estar psicológico e na saúde mental dos idosos que residem em lares.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Suporte social, Bem-estar psicológico, Saúde mental.

## ***Influence of Social Support on the Psychological Well-being and Mental Health of Older Adults living in Assisted-living residences***

### **ABSTRACT**

Demographic aging is a world-wide occurrence, which involves many changes in organization and structure of the societies. This fact justifies the importance and significance of psychological investigation that can provide conceptual bases for the development of policies that respond to the needs, concerns and characteristics of the elderly population. Being an integrative part of the life span, old age comprises several physical, psychological and social transformations, whose impact can be moderate by some variables, including social support. The concept of support reports to availability of resources provided by the social network, in terms of emotional and instrumental help, and is a factor with positive impact in quality of life of the elderly, leading to an active and successful aging. In fact, several studies emphasize the importance of social support to psychological well-being and life satisfaction in old people, and to promote their mental health.

In this paper we intended to analyse the influence of instrumental and perceived social support on the psychological well-being and mental health of older adults living in assisted-living residences - describing their social networks and evaluating their satisfaction with received support. We also intended to compare those variables in terms of age, sex, civil status and social-economic status. We use the Lubben Social Network Scale-6 (Lubben, 2002), the Social Support Satisfaction Scale (Ribeiro, 1999), the Portuguese version of the Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale (Paúl, 1992) and the Mental Health Inventory-5 (Ribeiro, 2001). The sample comprised 85 older adults, 63 females and 22 males, from five institutions of Covilhã's council. Their age ranged from 65 to 98 years. The results revealed that 75,3% of subjects with higher perceived social support reported higher levels of psychological well-being and mental health, compared with 24,7% of subjects with lower perceived social support, as statistically significant differences. Male gender subjects, single subjects and subjects that have available budget for their personal expenses, reported higher levels of psychological well-being and mental health, as no statistically significant differences by age. Findings suggest that subjective perception of support / social satisfaction is a critical factor for the psychological well-being and mental health of older adults living in assisted-living residences.

**Key-words:** Aging, Social support, Psychological well-being, Mental health.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento constitui um processo biológico, psicológico e social que surge na plenitude da existência humana, levando a pessoa a modificar a sua relação com o contexto espacial e temporal que caracteriza a sua história de vida.

A problemática do envelhecimento tem ganho especial relevância nos últimos anos em virtude da evolução sócio-demográfica, particularmente nos países desenvolvidos, que se tem traduzido num aumento da esperança média de vida e do índice de envelhecimento na população, i.e., percentagem de idosos *vs* percentagem de jovens (Vega & Bueno, 2000). Neste sentido, o século XXI poderá mesmo ser considerado o século dos idosos, pelo menos nas sociedades ocidentais (Barros de Oliveira, 2005).

As estatísticas da ONU sugerem que em 2010 aproximadamente 7,3% da população mundial terá mais de 65 anos, comparativamente aos 5,1% em 1950 (Tavares, Marques, Ferreira & Firmino, 2000); as previsões apontam mesmo para que entre 2010 e 2015 o número de idosos ultrapasse o número de jovens (Sousa, Galante & Figueiredo, 2003), esperando-se que em 2050 a proporção de idosos seja o dobro da dos jovens (Arroteia & Cardoso, 2006). Em alguns países, os idosos representam já 20% da população, o que os transforma ao mesmo tempo num grupo poderoso e numa preocupação social (Paúl, 2005a).

O envelhecimento demográfico é portanto um fenómeno de amplitude mundial, não sendo o nosso país uma excepção. Em Portugal, prevê-se que no ano 2010 a população com idade igual ou superior a 65 anos atinja uma percentagem de 17,6% da população total (Carrilho, 1993 *in* Dinis, 2003), sendo que no último censo realizado pelo INE em 2001 os idosos já representavam 16,4% da população do país (INE, 2002 *in* Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005), um valor pela primeira vez superior à percentagem de jovens (Simões, 2005).

Estamos, assim, perante a emergência de um novo grupo de pessoas idosas, com características diferentes das gerações anteriores - i.e., com maior probabilidade de serem mais saudáveis, independentes, capazes e interventivos (Craig, 1999). Este aumento do número de idosos na população implica várias alterações na estrutura e organização das sociedades, embora nem sempre tal facto tenha sido acompanhado de um planeamento político adequado relativamente ao aumento projectado da população nessa faixa etária de idade mais avançada (Woods, 1996).

A importância desta problemática advém não apenas da sua dimensão, mas também das repercussões a ela associadas, e que se fazem sentir a vários níveis: familiares, sociais, económicos, culturais, médicos, etc. (Fontaine, 2000). Neste sentido torna-se cada vez mais pertinente estudar e aprofundar os conhecimentos acerca do processo de envelhecimento, bem

como das suas implicações e das particularidades que caracterizam a população idosa, uma vez que a velhice está a tornar-se numa etapa da vida cada vez mais longa e significativa (Schaie & Willis, 1996). Só através da compreensão desta fase particular do ciclo vital se podem elaborar programas de apoio e intervenção direccionados especificamente para essa população, de forma a proporcionar a melhor qualidade de vida possível, sendo este o objectivo central que deverá nortear o trabalho dos profissionais desta área (Cordo, 2001).

Nos meios científicos tem-se observado a existência de um número cada vez maior de investigações acerca do fenómeno do “envelhecimento humano”, o que reflecte a grande visibilidade e actualidade do tema (Fernandes, 2002). Dada a estrutura multidimensional desta problemática, a investigação acerca do envelhecimento e o estudo das questões relacionadas com os idosos inscrevem-se numa abordagem transversal que inclui disciplinas tão diversas como a medicina, a biologia, a psicologia, a sociologia, a bioquímica, a demografia, a economia, a antropologia e o direito. É desta base multidisciplinar que nasce a gerontologia enquanto ciência que estuda os fenómenos do processo de envelhecimento como um todo, assim como os aspectos funcionais e características particulares das pessoas idosas, conjugando numa mesma disciplina as diferentes análises científicas e linhas de investigação (Baltes & Mayer, 1999; Fonseca, 2006; Schaie & Willis, 1996; Vega & Bueno, 2000). A gerontologia, portanto, tem como objecto de estudo as bases biológicas, psicológicas e sociais da última etapa do ciclo de vida (Fernández-Ballesteros, 2000 *in* Paúl, 2005a).

Assim, sendo o envelhecimento humano um fenómeno bio-psico-social que se expressa diferentemente em termos individuais, qualquer abordagem psicológica do mesmo tem que se articular com o conhecimento vindo de outras áreas do saber.

No âmbito da Psicologia, de acordo com a literatura revista, é geralmente considerado que o processo de desenvolvimento humano não se esgota na adolescência, sendo consensual entre a maior parte dos autores que as mudanças desenvolvimentais se verificam durante todo o ciclo de vida e decorrem do nascimento até à morte.

De facto, já em 1935, Buhler definia cinco estádios na existência humana, sendo que nos dois últimos - a velhice - , o indivíduo faz uma auto-avaliação em termos de realização ou de fracasso, na procura de um maior sentido para a vida (Barros de Oliveira, 2005). Nas décadas de 1950 e 1960 surgem os contributos de vários autores - Jung, Erikson, Havighurst - que conceptualizam a velhice como uma das etapas do desenvolvimento humano, independente e diferenciada das restantes, com especificidades próprias em termos físicos, cognitivos, psicológicos e sociais (Fonseca, 2006). Porém, na primeira metade do século XX a concepção dominante considerava o desenvolvimento como sendo uma sequência de crescimento, até cerca dos 40 anos, e de declínio, a partir dos 50 anos. A partir de 1970

assiste-se a uma grande expansão das teorias que concebem o desenvolvimento ao longo da vida, que afirmam não haver um período privilegiado de crescimento e outro constituído apenas por perdas (Vega & Bueno, 2000). É esta actualmente a concepção dominante (Craig, 1999), para a qual contribuíram inúmeras investigações psicométricas na área da psicologia, nomeadamente sobre a inteligência e a personalidade (Vandenplas-Holper, 2000).

Uma das contribuições mais relevantes para esta perspectiva é o modelo do desenvolvimento coextensivo à duração da vida, de Baltes (1973 *in* Fonseca, 2005; Lima, 2000), autor que impulsionou investigações e formulou princípios teóricos muito relevantes para este quadro conceptual. O modelo de Baltes concebe o desenvolvimento como um processo: (1) coextensivo à duração da vida; (2) resultante da interacção entre o indivíduo e os seus contextos; (3) contínuo e descontínuo; (4) com progressos e retrocessos; e (5) caracterizado por mudanças que podem ser normativas e não-normativas. O envelhecimento é visto, neste modelo, como parte integrante e natural do ciclo de vida humano, implicando ganhos e perdas como qualquer outra fase do ciclo vital. Ou seja, em todas as idades existe crescimento e declínio, sendo o ciclo de vida um processo dinâmico caracterizado por uma alternância entre ganhos e perdas, entre capacidades que se desenvolvem e outras que declinam, num misto de constância e mudança. Assim, poderemos dizer que os processos de desenvolvimento e de envelhecimento serão fenómenos concomitantes, pelo que Lima (2000) chega a considerar discutível a distinção entre ambos. Já Vega & Bueno (2000) defendem que o envelhecimento deve ser considerado no contexto do ciclo de desenvolvimento, representando uma etapa com dinâmica própria, e não como um processo independente.

É neste quadro teórico, que concebe o desenvolvimento como sendo extensivo a todo o ciclo de vida, que surge a importância do estudo das dimensões psicológicas do envelhecimento, com ênfase no desenvolvimento ao longo da idade adulta e da velhice.

De facto, a partir da década de 1980 assistiu-se a um aumento de estudos e publicações sobre a problemática do envelhecimento no âmbito da Psicologia, fruto da necessidade de compreensão desse fenómeno, interesse que se prolongou nos anos seguintes e que se continua a verificar (Fonseca, 2006; Schaie & Willis, 1996). Porém, segundo Lima (2004), o aumento do interesse científico pelo estudo do processo de envelhecimento não tem sido acompanhado por um maior conhecimento em relação às possibilidades desenvolvimentais na 3ª idade. Consideramos que estas são frequentemente negligenciadas, o que vai de encontro à afirmação de Baltes & Mayer (1999), que defendem que as sociedades se encontram apenas no início de um processo de aprendizagem acerca desta etapa da vida e do seu potencial. Assim, a investigação psicológica na área da gerontologia reveste-se de extrema importância, não apenas científica mas também social, uma vez que fornece uma base conceptual para a

elaboração de políticas que respondam de modo específico às necessidades, interesses e expectativas da população idosa.

### **A Problemática do Envelhecimento e da Velhice**

A idade adulta é o período mais longo do nosso ciclo de vida, dentro do qual têm sido consideradas diferentes sub-etapas: *adulter jovem*, *meia-idade*, *adulter tardia* (Fonseca, 2006; Schaie & Willis, 1996). A última dessas etapas é designada de várias formas: *3ª idade* - por representar cerca de um terço do ciclo de vida, *velhice*, *idade adulta avançada*. Também às pessoas que se encontram nessa fase de vida são atribuídas diferentes designações: *idosos*, *mais velhos* ou *de mais idade*, *séniors* (Fernández-Ballesteros, Fresneda, Martínez & Zamarrón, 1999; Lima, 2004; Vega & Bueno, 2000). Todos ou cada um destes conceitos são utilizados sempre que se pretende abordar o fenómeno do envelhecimento.

Os conceitos de envelhecimento e velhice são difíceis de definir e delimitar, sobretudo devido à questão central, embora nem sempre consensual, de quando termina a idade adulta e se inicia a velhice, ou de quando tem início o processo de envelhecimento. Também não estão suficientemente esclarecidos os aspectos psicológicos que, conjuntamente com os factores biológicos e sociais, determinam a forma como se envelhece (Fonseca, 2006). Indiscutível é a ideia de que a velhice é uma etapa marcada por grandes transformações nos planos físico, psíquico e social, e que exige, tal como todas as outras etapas da vida, um esforço de adaptação e compensação (Carmona, 1995; Vandenplas-Holper, 2000).

No que diz respeito ao conceito de envelhecimento, Schroots & Birren (1980 *in* Fonseca, 2006) e Santos & Marques (1989), consideram que o processo de envelhecimento pode dividir-se em três componentes: (1) *biológica*, relativa à vulnerabilidade funcional e alterações fisiológicas/metabólicas; (2) *social*, relativa às expectativas da sociedade e mudanças nos papéis sociais/familiares; e (3) *psicológica*, relativa ao funcionamento mental/cognitivo e alterações comportamentais.

Centrando-nos na componente psicológica, uma visão mais tradicional do envelhecimento apresentava-o como uma etapa que surgia posteriormente ao processo desenvolvimental. Ou seja, depois do ciclo de desenvolvimento estar completo - maturidade - surgiria o envelhecimento como período de declínio relativamente ao qual as expectativas seriam essencialmente negativas (Baltes & Mayer, 1999). De acordo com Lima (2004), existe ainda um pressuposto generalizado de que a velhice corresponde a uma fase caracterizada por perdas - familiares, sociais, económicas - e por uma deterioração geral do funcionamento - físico e mental. Esta perspectiva deriva sobretudo da imagem fortemente presente do declínio biológico e da deterioração do organismo, tidos como processos inevitáveis, e que acabou por

levar à consideração da velhice como uma etapa de desgaste e de declínio total a todos os níveis (Barros de Oliveira, 2005; Fernández-Ballesteros *et al*, 1999; Fonseca, 2005).

No entanto, com o posterior surgimento de teorias psicológicas abrangendo todo o ciclo de vida, tal conceptualização foi posta em causa e surgiram outros conceitos que permitiram contrapor esse padrão negativista centrado nas perdas, contrariando as concepções que retratam o envelhecimento apenas como uma fase de diminuição do nível de funcionamento anterior (Fonseca, 2006; Lima, 2000). Obviamente que o fenómeno do envelhecimento conduz o organismo a maiores dificuldades no processo de auto-regulação e na adaptação aos factores de stress (Schaie & Willis, 1996), mas tal não significa que a velhice tenha de ter uma conotação negativa geral. Na realidade, todas as transições entre as várias etapas do ciclo de vida levam a que os indivíduos sejam confrontados com situações que são simultaneamente factores de stress e oportunidades de mudança, pelo que não se deve associar a velhice a uma fase de risco acrescido em relação às restantes (Rebelo, 2007).

Também as investigações mais recentes na área da gerontologia têm vindo a contribuir para a desconstrução dos estereótipos associados às pessoas idosas, e que tendencialmente as consideram como seres frágeis, dependentes, incapazes, assexuados e infantis. Estes estudos têm sido de grande importância no sentido de desmistificar construtos errados, ajudando a cimentar uma ideia do envelhecimento como uma experiência mais positiva do que é habitualmente é considerado pelo senso-comum, fornecendo uma descrição mais realista do que é o adulto na fase mais tardia da sua vida (Lima, 2004), e demonstrando que a ligação entre envelhecimento e sentimentos generalizados de insatisfação não deve ser tida como implícita (Paúl, 1996).

Nesse sentido, parece-nos de todo adequado tomar como referência a perspectiva de Birren & Cunningham (1985 *in* Fonseca, 2006) que deram expressão aos conceitos de *envelhecimento normal* - sem ocorrência de patologia - e *envelhecimento patológico* - com presença de doença, causa provável da morte - , traduzindo uma visão assente na ideia de que o envelhecimento é um reflexo do comportamento dos indivíduos ao longo da vida - isto é, envelhece-se como se vive - e não necessariamente uma etapa carregada apenas de perdas e aspectos negativos. Para além do comportamento e do estilo de vida - factores biológicos e psicológicos - são ainda importantes as condições ambientais - aspectos sociais e culturais - em que o próprio processo desenvolvimental ocorre, e que influenciam necessariamente o envelhecimento (Lima, 2000; Sayer & Barker, 2002 *in* Fonseca, 2006).

Aos conceitos de envelhecimento normal e patológico, Fernández-Ballesteros (1998 *in* Fernández-Ballesteros *et al*, 1999) acrescenta ainda o de *envelhecimento com êxito*, que pretende traduzir o envelhecimento caracterizado por uma baixa probabilidade de doença ou

incapacidade associado a boas capacidades cognitivas e físicas. Esse envelhecimento bem sucedido passa por manter o envolvimento em actividades sociais e produtivas, preservar um funcionamento físico e mental elevado, e ter um empenhamento activo na vida, procurando compensar as áreas em que se verifique algum declínio (Craig, 1999; Simões, 2005).

Retomando a questão inicial da definição do conceito, Fonseca (2006) considera o envelhecimento como “*um conjunto de mudanças regulares que se produzem nos indivíduos já durante a sua vida adulta*” (p. 65) e não apenas a partir de uma determinada idade ou momento do ciclo de vida. Como referem Fernández-Ballesteros *et al* (1999), o processo de envelhecimento tem início quando começa a vida, e viver implica necessariamente envelhecer. Assim, desenvolvimento e envelhecimento serão processos indissociáveis um do outro na dinâmica que representa o ciclo de vida. Por sua vez, Fernandes (2002), citando outros autores, refere-se ao conceito de envelhecimento como “*todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da acção do tempo sobre os seres vivos*” e que se traduz numa “*perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente*” (p. 21).

O envelhecimento constitui, portanto, um aspecto indissociável da condição humana, sendo um processo complexo e contínuo ao longo da vida, que se torna mais notório nas suas últimas fases. É, pois, um fenómeno inevitável e irreversível.

De acordo com vários autores (Fernandes, 2002; Fontaine, 2000; Santos & Marques, 1989) no processo de envelhecimento interferem um conjunto de factores internos - sexo, raça, idade, genética, personalidade, padrões e hábitos de vida, doenças, etc., e externos - factores ambientais, sócio-económicos, profissionais, etc.. Na mesma perspectiva, Fonseca (2006) considera que o envelhecimento consiste num processo individualizado que varia de pessoa para pessoa, daí o padrão de grande variabilidade que se observa, tanto num processo normal como patológico. Ou seja, o ritmo e incidência do processo de envelhecimento é variável consoante os diversos factores acima referidos, sendo portanto um fenómeno que, tal como o desenvolvimento, é único e particular em cada indivíduo: cada pessoa envelhece de forma distinta (Fernández-Ballesteros *et al*, 1999; Lima, 2000; Vega & Bueno, 2000).

Quanto ao conceito de velhice, verificam-se as mesmas dificuldades de delimitação do conceito, uma vez que os autores diferem nas suas posições e nos critérios considerados. Neste sentido, pensamos que se levantam várias questões na tentativa de esclarecer o que se entende por velhice: Será a idade o melhor critério? Como operacionalizar e definir o início da velhice? Que tipologia ou classificação utilizar? Quem é idoso e quem não é?

Pese embora as divergências de posição, o estabelecimento de marcos ou fronteiras etárias no decurso do envelhecimento é um aspecto consensualmente valorizado por vários

investigadores, até porque o termo ‘pessoas idosas’ é bastante vago e susceptível de corresponder a conceitos diferentes ou não coincidentes. Geralmente, há uma idade-padrão considerada como referência para a entrada na terceira idade e que corresponde aos 65 anos, dado ser essa a idade de início da reforma em diversos países. Tal não significa que nessa idade ocorra qualquer fenómeno biológico ou psicológico em concreto que faça o indivíduo entrar na velhice, trata-se simplesmente de um marcador sócio-laboral (Fernández-Ballesteros *et al*, 1999), que surge também como ponto de referência habitual para vários fins, incluindo a investigação e prática psicológica (Woods, 1996).

Porém, são também definidos outros marcos ao longo da velhice. Schroots, Fernández-Ballesteros & Rudinger (1999 *in* Fonseca, 2006) estabelecem três períodos ao longo dessa etapa do ciclo de vida: 50-64 anos, 65-74 anos e 75-84 anos. Outros autores sub-dividem a velhice em dois grupos: entre os 55 e os 75 anos correspondendo aos “idosos-jovens” e a partir dos 75 anos correspondendo aos “idosos-idosos” (Craig, 1999; Neugarten, 1975, 1979 *in* Fonseca, 2006). A estes dois grupos, Schaie & Willis (1996) acrescentam uma terceira faixa etária, acima dos 90 anos, que designam de “idosos-muito idosos”.

Por seu lado, Baltes & Smith (1999, 2003 *in* Fonseca, 2006) distinguem uma “3ª idade” e uma “4ª idade”, pondo a tónica na questão da idade funcional e não tanto na idade cronológica, ou seja, realçando as diferenças qualitativas dentro da noção mais abrangente de velhice. À 3ª idade corresponderá uma fase de envelhecimento com sucesso, boa forma física e mental, bem-estar pessoal e emocional. À 4ª idade corresponderá uma fase de perdas acentuadas, diminuição do funcionamento, aumento das patologias e polimorbilidade. Nos países desenvolvidos, a transição da 3ª para 4ª idade situar-se-á entre os 75 e os 80 anos (Fonseca, 2006; Vega & Bueno, 2000).

No entanto, tendo em conta o que foi atrás referido, a idade é talvez a variável que menos efectivamente poderá traduzir a condição real dos indivíduos, não sendo possível inferir com rigor, apenas com base no factor idade, o momento em que tais indivíduos se encontram no seu processo de desenvolvimento/envelhecimento. Assim, qualquer limite cronológico acaba por tornar-se arbitrário, pois dificilmente consegue traduzir todas as dimensões do ser humano (Monteiro & Neto, 2008).

De uma forma mais genérica e sem a preocupação de indicar referências etárias, podemos afirmar que a velhice é a última das etapas da vida, sendo caracterizada por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais (Fernandes, 2002). A velhice será então a etapa do ciclo de vida na qual o processo de envelhecimento se torna mais marcado e as suas consequências mais visíveis. O começo dessa etapa, que é fixado maioritariamente ao 65 anos, pode ser avançado ou retardado de acordo com a constituição

individual e circunstâncias várias da vida (Bernard, 1994 *in* Fernandes, 2002), não sendo a idade cronológica o aspecto mais determinante a marcar o início da velhice (Craig, 1999; Fernández-Ballesteros *et al*, 1999), pois é um dado que por si só tem pouco significado (Schaie & Willis, 1996) e não representa o melhor critério descritivo (Fonseca, 2005).

Assim se conclui, pelo exposto anteriormente, que o conceito de velhice é muito controverso e de difícil definição. Segundo Fernandes (2002), existem três componentes diferentes a ter em consideração neste caso: (1) a idade cronológica - número de anos vividos; (2) o aspecto biológico - nível orgânico e funcional; e (3) o estado psicológico - que pode não depender da idade nem do estado funcional. Tomar apenas um deles isoladamente não será suficiente para esclarecer e conceptualizar na totalidade esse conceito. Também Fontaine (2000) e Vega & Bueno (2000) apresentam uma perspectiva similar, ao considerarem que as idades biológica, social e psicológica caracterizam o indivíduo de forma mais real e são mais informativas do que a sua idade cronológica, que passa a ser secundária - pelo que fará mais sentido considerar-se o conceito de idade funcional (Barros de Oliveira, 2005).

Ao longo do tempo, tem-se assistido a uma mudança do conceito de envelhecimento e das atitudes perante os idosos, em consonância com a evolução dos conhecimentos científicos e dos contextos sociais (Silva, 2004 *in* Santos, 2007). Embora haja ainda muito a descobrir e aprender acerca do envelhecimento e das pessoas na última etapa das suas vidas, os resultados das investigações que vamos conhecendo deixam-nos antever uma visão mais positiva deste período do ciclo de vida, que pode ser satisfatório e gratificante, não obstante os declínos e crises inevitáveis a ele associados (Schaie & Willis, 1996).

Porém, nas sociedades actuais, em que é valorizada e até mesmo exaltada a juventude, os idosos são colocados à margem e numa posição desfavorecida, com desrespeito frequente pelos seus valores, dignidade e afectos, e uma progressiva desvalorização da sua importância social (Monteiro & Neto, 2008; Santos & Marques, 1989). Esta situação conduz a que as pessoas idosas acabem por sentir-se inúteis e pouco importantes, o que diminui a sua auto-estima e aumenta a sensação de fracasso, acabando por se considerarem um ‘peso’ para os outros (Pimentel, 2005 *in* Santos, 2007). A velhice passa assim a estar associada a uma fase de dependência, incompetência e impotência, causando perturbações no relacionamento com a família e com a sociedade em geral. Desta forma, a velhice poderá aumentar a instabilidade, a sensibilidade e a susceptibilidade a processos patológicos (Fernandes, 2002).

No entanto, e pelo contrário, a velhice pode e deve ser uma oportunidade para se reflectir sobre o passado e a existência, aceitando a inevitabilidade das perdas e das mudanças, e dando um contributo à sociedade através da transmissão de conhecimentos e experiências de vida, o que é importante rentabilizar tanto em proveito próprio, como dos

outros (Cordo, 2001). Segundo Pimentel (2000), os idosos podem e devem ser agentes dinamizadores da comunidade, capazes de intervir e de ter uma postura activa que lhes permita assumir o protagonismo social que frequentemente lhes é negado. Para isso, é fundamental pôr em prática uma concepção activa e produtiva do envelhecimento, através do envolvimento dos mais velhos no desempenho de tarefas familiares e sociais que promovam a sua inserção na sociedade, proporcionando-lhes reais oportunidades de desenvolvimento e de uma vida com qualidade (Baltes & Mayer, 1999).

Tendo em conta a cada vez maior importância da derradeira etapa do ciclo de vida, torna-se pertinente abordar os factores que possam estar associados a um maior bem-estar e satisfação de vida na população idosa, bem como os aspectos potenciadores de um envelhecimento mais activo e saudável, particularmente as redes de suporte social.

### **Suporte Social**

Todos os indivíduos se inserem numa rede social, que pode ser mais alargada ou mais restrita e, portanto, composta por um conjunto maior ou menor de elementos. Consoante os objectivos específicos e as necessidades de suporte, os diferentes segmentos da rede social serão mais ou menos relevantes em cada momento, sendo indiscutível o papel que os outros significativos podem desempenhar em situações de crise ou transição (Ornelas, 1994, 1996).

De facto, as relações sociais influenciam de forma positiva e generalizada um conjunto de aspectos da vida dos indivíduos (Antonucci, 1990). A importância das redes de suporte tem sido evidenciada por inúmeras investigações e estudos empíricos, que consensualmente evidenciam o impacto positivo do suporte social na qualidade de vida e no bem-estar, assim como a sua influência na saúde, na satisfação com a vida, na depressão e nos níveis de stress experienciado (Abrunheiro, 2005; Cummings, 2002; Martins, 2005; Ornelas, 2008).

Diferentes investigações destacam também a importante função instrumental e emocional desempenhada pelas relações sociais ao longo do ciclo de vida (Portero & Oliva, 2007), afirmando Krause (2001 *in* Paúl *et al*, 2005) que o facto de ser possível usufruir de suporte social constitui o elemento-chave para um envelhecimento bem sucedido. O apoio social representa um dos melhores preditores da saúde nas pessoas idosas, com repercussões significativas a nível psicológico e na prevenção de doenças, promovendo e facilitando assim uma melhor adaptação à velhice (Fernández-Ballesteros *et al*, 1999) e aos factores de stress próprios desta fase da vida, como a viuvez e os problemas de saúde (Antonucci, 1990; Fontaine, 2000), diminuindo também o risco de institucionalização (Cummings, 2002).

Diversos estudos colocam em evidência uma relação causal entre o suporte prestado pelas redes sociais e aspectos como a longevidade e a mortalidade, bem como do papel do

suporte social como potencial inibidor do surgimento de doenças e como factor positivo na recuperação das mesmas (Martins, 2005; Ribeiro, 1999). Outros autores apontam no mesmo sentido, ao afirmar que as pessoas que estabelecem mais e melhores relações sociais são mais saudáveis, tendem a viver mais e a ter menos doenças, salientando a importância do apoio social - instrumental e emocional - na redução do risco de problemas como a artrite, a depressão e o alcoolismo, e apontando a pobreza de relações sociais como um importante factor de risco para a saúde (Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette, 2007; Simões, 2005). Existem igualmente dados na literatura que apontam para o facto do apoio social estar positivamente relacionado com o bem-estar psicológico e a saúde mental, e negativamente correlacionado com o stress, constituindo-se como um preditor significativo dos recursos pessoais para lidar com problemas e um factor de redução dos riscos de mortalidade (Guedea, Albuquerque, Tróccoli *et al*, 2006).

Segundo Antonucci (1990), o suporte social é visto como um conceito multifacetado, com múltiplos determinantes e consequências. Assim, tratando-se de um conceito complexo e multidimensional, não podemos dizer que existe apenas uma definição de suporte social, mas sim várias definições e conceptualizações dentro de um campo teórico que se apresenta tão rico e dinâmico. De acordo com Ornelas (2008) podemos considerar o suporte social como a quantidade de relações sociais, sejam elas relações conjugais, de amizade ou organizacionais. Ainda segundo o mesmo autor, na definição do conceito é também importante ter em conta três aspectos que ajudam à sua caracterização: o número de relações sociais, a sua estrutura formal/funcional e o conteúdo dessas relações. Portero & Oliva (2007) também destacam a importância de avaliar quer o contexto estrutural das redes sociais, quer os aspectos funcionais das interações entre os seus membros, quando se analisa o suporte social.

Para Saranson *et al* (1983 *in* Ribeiro, 1999) o suporte social pode definir-se como “*a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam conosco, nos valorizam e gostam de nós*” (p. 547). Ferreira & Sherman (2007) definem o suporte social como os recursos percebidos como disponíveis nas redes sociais, envolvendo a retirada de benefícios das relações com os outros em termos de ajuda informativa, emocional e tangível. Para Bowling, Farquhar & Browne (1991) o suporte social pode ser definido como um processo interactivo através do qual é obtida ajuda emocional, instrumental ou financeira, da rede social em que se está inserido. O suporte emocional engloba afecto, estima, reconhecimento e segurança, enquanto o suporte instrumental inclui informação, aconselhamento, bens e serviços (Ornelas, 2008).

Fernández-Ballesteros *et al* (1999) consideram o apoio social como o conjunto de relações sociais estáveis com as quais um indivíduo pode contar, e que lhe proporcionam

suporte físico e psicológico. Segundo Carneiro *et al* (2007), o apoio social corresponde ao “*grau em que as relações interpessoais correspondem a determinadas funções (por exemplo, apoio emocional, material e afetivo) em situações de necessidade*” (p. 230). Com base na literatura, Orsega-Smith, Payne, Mowen, Ho & Godbey (2007) definem o suporte social como o conjunto das actividades realizadas por um indivíduo que apoia outra pessoa na prossecução de um objectivo desejado. Para estes autores, o construto pode ser dividido em quatro tipos: suporte instrumental, suporte informativo, suporte emocional e suporte valorativo.

No que respeita às fontes de suporte social, podemos considerar a existência de duas fontes: informal e formal. As primeiras dizem respeito ao suporte fornecido por familiares, amigos, vizinhos e outros grupos da rede social; as segundas incluem o suporte disponibilizado por organizações sociais formais e por profissionais que se dedicam a prestar apoio médico, psicológico e social (Dunst & Trivette, 1990 *in* Ribeiro, 1999).

Quanto às funções proporcionadas pelo suporte social, são várias as que podemos referir: desde o reconhecimento do valor pessoal, a orientação e a prestação de cuidados, até ao sentimento de aprovação emocional e segurança, a integração social e a garantia de se poder contar com os outros (Weiss, 1974 *in* Ornelas, 2008). Segundo este último autor, podem ainda acrescentar-se a valorização da auto-estima e do estatuto, a disponibilização de informação e assistência, a vivência de relações de amizade e o aumento da satisfação.

Em síntese, verificamos que as relações de suporte são importantes em muitos domínios, desde a saúde física e mental, passando pela satisfação de vida, até à gestão de acontecimentos negativos e dos impactos do stress em situações de crise ou vulnerabilidade. Essa acção benéfica do suporte social é reflexo tanto da quantidade efectiva de suporte recebido como do suporte subjectivamente percebido pelo indivíduo.

Dada a dimensão subjectiva relacionada com o suporte social é, então, importante distinguir entre o suporte social percebido/percebido e o suporte social activo/recebido. O primeiro diz respeito à percepção do suporte disponível em caso de necessidade e à satisfação com o mesmo; o segundo refere-se às actividades efectivas de apoio e suporte realizadas (Barrera, 1986 *in* Ornelas, 2008; Cramer, Henderson & Scott, 1997 *in* Ribeiro, 1999). Ou seja, o suporte recebido corresponde aos comportamentos específicos realizados com intenção de ajudar outra pessoa, enquanto o suporte percebido corresponde às avaliações subjectivas de quem recebe essas acções de ajuda ou apoio (Ornelas, 1994).

Paúl (2005b) considera importante ter em conta a quantidade de apoio efectivamente fornecido, por um lado, e a percepção do apoio que foi recebido, por outro, enquanto Ramos (2002) salienta a necessidade de se tomar em consideração o carácter das relações sociais, já que analisar apenas a sua quantidade não é suficiente. Em concordância com esta ideia,

Ribeiro (1999), citando diversos autores, apresenta a distinção entre os aspectos objectivos do suporte social - número de amigos, frequência e intensidade de contactos, existência ou não de redes sociais, e os aspectos subjectivos do suporte social - percepção do suporte recebido, satisfação com o contexto social. Por sua vez, Antonucci (1990) refere a importância de diferenciar as dimensões qualitativa - avaliação, satisfação e percepção subjectiva do indivíduo em relação aos contactos sociais - e quantitativa - número de relações sociais reportadas pelo indivíduo - quando se aborda a questão do suporte social.

De acordo com Fernández-Ballesteros *et al* (1999), tanto as actividades sociais em si como o apoio social percebido contribuem directamente para o bem-estar individual através da concretização de necessidades sociais básicas. No entanto, estes autores destacam também que a qualidade das relações sociais tem uma importância maior do que a frequência ou quantidade dessas relações, opinião partilhada por Carneiro *et al* (2007), dado que a satisfação sentida pelo indivíduo relativamente aos seus contactos sociais é decisiva para a percepção subjectiva que esse indivíduo tem do apoio recebido. Também Bowling *et al* (1991) afirmam que o elemento subjectivo é habitualmente o mais relevante na problemática do suporte social, destacando a importância da disponibilidade percebida de suporte e da qualidade das interacções sociais.

### **O Suporte Social nas Pessoas Idosas**

Para a maioria dos idosos, as redes sociais assentam principalmente na família, que se torna a principal fonte de suporte e providencia grande parte do auxílio instrumental que os mais velhos necessitam, embora os cuidadores formais ocupem também um papel importante. De facto, apesar da importância do suporte na última fase da vida e do aumento das necessidades de apoio à medida que avança o processo de envelhecimento, as redes de suporte social na velhice diminuem, por comparação com a restante população. Geralmente, esta realidade é consequência da passagem à reforma, da perda de amigos e familiares, e dos menores níveis de saúde ou das limitações causadas por doenças, que são mais frequentes na vida das pessoas idosas (Cukrowicz, Franzese, Thorp, Cheavens & Lynch, 2008; Portero & Oliva, 2007). Não obstante a referida diminuição de contactos sociais, a existência nos idosos de uma rede social de apoio informal, constituída por familiares, vizinhos e amigos, é habitualmente considerada como um bom indicador de saúde mental e um óptimo prognóstico de bem-estar, uma vez que esse apoio facilita o confronto e resolução de acontecimentos de vida difíceis e/ou amortece o seu impacto (Fonseca, Paúl, Martín & Amado, 2004). Por outro lado, redes sociais caracterizadas por maior densidade e capacidade de fornecer suporte, potenciam um aumento da satisfação de vida nos idosos (Bishop, Martin & Poon, 2006).

Paúl (2005b) considera que as redes sociais têm um efeito protector dos factores de stress relacionados com o envelhecimento, exercendo também um efeito positivo em vários aspectos físicos e psicológicos da vida dos idosos e até mesmo na diminuição da mortalidade, considerando a autora que o apoio social se constitui como um elemento fundamental na promoção e manutenção de um envelhecimento activo e bem-sucedido. Torna-se, por isso, importante ter em consideração os aspectos objectivos e subjectivos das relações sociais quando se estuda o envelhecimento (Ramos, 2007).

Carneiro *et al* (2007) destacam a importância dos relacionamentos sociais para o bem-estar físico, mental e social na velhice e, conseqüentemente, para uma vida com qualidade. Estes autores realizaram um estudo com 75 idosos com o objectivo de investigar a relação entre habilidades sociais, apoio social, qualidade de vida e depressão em idosos, tendo concluído que deficientes habilidades sociais e níveis mais baixos de apoio social são factores de vulnerabilidade para a baixa qualidade de vida e para a depressão em idosos.

Ramos (2002), numa revisão bibliográfica acerca da relação entre apoio social e saúde nos idosos, refere um conjunto de evidências empíricas que enfatizam o impacto das relações sociais na melhoria da saúde dos idosos e a influência positiva da ajuda recebida no seu bem-estar psicológico. A autora acrescenta ainda que o suporte familiar nas pessoas mais velhas está relacionado com a redução dos efeitos negativos do stress, contribuindo para manter e promover a saúde física e, principalmente, a saúde mental. Assim, considera-se que a ausência de suporte - sobretudo de parentes próximos - ou a menor qualidade das relações sociais estão associadas ao surgimento de doenças e à deterioração do estado de saúde na velhice.

Antonucci (1990), com base na literatura, refere que nos idosos a presença de um confidente está fortemente associada à existência de suporte instrumental e emocional, especialmente para os idosos que já perderam o cônjuge, fonte preferencial de apoio nesta faixa da população. O autor acrescenta que existe evidência de uma relação clara entre as relações sociais e aspectos como a morbilidade e a saúde mental. Segundo Bowling *et al* (1991), o suporte e a ajuda disponibilizados pelos laços sociais são considerados um factor crítico na manutenção da independência na 3ª idade, sendo que um fraco suporte social está associado a um maior risco de institucionalização. Os mesmos autores acrescentam ainda que as redes sociais actuam na redução de sintomas físicos e psiquiátricos, e na manutenção do equilíbrio emocional ao minimizarem os efeitos do stress.

Para Cukrowicz *et al* (2008) - autores de um estudo longitudinal que visava investigar as relações entre traços de personalidade e suporte social em 83 idosos deprimidos - o suporte social está associado ao desenvolvimento ou não desenvolvimento de psicopatologia, existindo evidência empírica de que nos idosos o suporte social é um factor atenuador da

presença, do grau e dos efeitos da depressão. Num outro estudo longitudinal abrangendo 551 idosos, realizado com o objectivo de identificar o efeito das relações sociais nos sintomas depressivos, Ramos (2007) salienta que os idosos que estão socialmente mais integrados relatam menor número de sintomas depressivos, concluindo que as relações sociais em geral e a integração social em particular têm implicações para a saúde mental na velhice.

Também Portero & Oliva (2007) realizaram um estudo longitudinal com uma amostra de 147 idosos, com o objectivo de estudar a influência da participação no programa de uma Universidade da Terceira Idade sobre a saúde e o bem-estar, com o factor suporte social como mediador. Os autores afirmam que um aumento das redes sociais terá uma influência positiva na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida dos idosos, uma vez que o suporte social pode ajudá-los a lidar com situações difíceis, protegendo-os das consequências stressoras negativas. Nas conclusões da sua investigação, Portero & Oliva (2007) referem que o isolamento social é um dos principais factores de risco para a saúde física e psicológica dos idosos, acrescentando que o suporte social é mesmo considerado por alguns investigadores como um indicador de longevidade. Neste sentido, torna-se importante a promoção desses recursos nos idosos, dado que na velhice os contactos sociais aumentam o nível de satisfação, que por sua vez diminui o sentimento de solidão e contribui para uma avaliação positiva da saúde.

Reafirmando a importância da percepção subjectiva do suporte social, existem vários estudos empíricos que apontam igualmente para a relevância dessa dimensão na população mais idosa. Cukrowicz *et al* (2008) referem no seu estudo que, para os idosos, a qualidade subjectiva do suporte social tem mais influência no bem-estar do que a quantidade de contactos sociais, sendo que esse impacto se faz sentir também nos níveis de saúde psicológica e física. Ferreira & Sherman (2007), num estudo com uma amostra de 73 idosos com osteoartrite, pretenderam avaliar o papel das percepções de suporte, do optimismo e da dor, nos sintomas depressivos e na satisfação de vida. Os autores concluem que, nos idosos, o suporte social percebido aparece associado a um menor número de sintomas depressivos e a uma maior satisfação de vida, estando fortemente correlacionado com um maior bem-estar, devido ao facto de permitir uma compensação das perdas que normalmente ocorrem na velhice. Paúl (2005b), citando vários autores, também afirma que no caso dos idosos, o apoio percebido tem maior importância que o apoio recebido, afectando positivamente a saúde e o bem-estar. A autora faz ainda referência a um estudo realizado por si, em conjunto com outros colaboradores, cujas conclusões apontam que, em Portugal, a qualidade das redes sociais, mais do que a extensão dessas mesmas redes, favorece positivamente a qualidade de vida percebida e a competência dos idosos, compensando algumas limitações e apoiando a concretização de algumas necessidades básicas nessa população.

Sendo o bem-estar psicológico e a satisfação de vida - que se constituem como indicadores de saúde mental - dois dos aspectos mais influenciados pelo suporte social, será relevante analisar as especificidades de ambos os conceitos, em particular nas pessoas idosas.

### **Bem-estar Psicológico e Satisfação de Vida**

A velhice, pelas profundas alterações que lhe estão associadas e pelo esforço de adaptação que implica, constitui um período de risco para o equilíbrio e bem-estar psicológico da pessoa idosa, podendo afectar igualmente o sentimento de satisfação por parte do indivíduo relativamente à sua vida (Pinheiro & Lebres, 1998 *in* Sequeira & Silva, 2002).

Tanto o bem-estar subjectivo como a satisfação de vida têm sido objecto de grande atenção nas duas últimas décadas, por parte de teóricos e investigadores, representando um tema central especialmente na área da gerontologia (Neto & Barros, 2001; Krause, 2004).

Segundo Guedea *et al* (2006), o bem-estar subjectivo está associado a um envelhecimento mais saudável, é um indicador de saúde mental, é considerado um sinónimo de felicidade, ajuste e integração social, estando associado negativamente a sintomas depressivos e doenças físicas, razões pelas quais a percepção do bem-estar é vista como um dos aspectos subjectivos da qualidade de vida. A satisfação de vida, por sua vez, é vista como uma medida do bem-estar psicológico (Paúl, 1996), sendo considerada como um dos aspectos associados ao envelhecimento activo e bem-sucedido (Paúl *et al*, 2005), contribuindo decisivamente para um sentimento geral de bem-estar positivo (Galinha & Ribeiro, 2005).

No que respeita ao bem-estar subjectivo, verificamos, com base na literatura, que não existe unanimidade entre os diversos autores relativamente à definição do conceito ou às dimensões que o mesmo engloba. De acordo com Neto & Barros (2001) e Albuquerque & Tróccoli (2004), a investigação neste domínio tem identificado três componentes do bem-estar subjectivo, que são: afecto positivo, afecto negativo e satisfação com a vida. Os dois primeiros referem-se a aspectos emocionais, e o terceiro refere-se a aspectos cognitivos, que correspondem respectivamente às duas dimensões habitualmente consideradas: emocional e cognitiva. Numa outra perspectiva, Lawton, Kleban & DiCarlo (1984 *in* Paúl, 1992) consideram que o bem-estar subjectivo compreende quatro componentes: o bem-estar psicológico, a competência comportamental, a qualidade de vida percebida e o ambiente objectivo. O bem-estar psicológico, por sua vez, teria como dimensões subjacentes o afecto negativo - sentimentos disfóricos, ansiedade, depressão, preocupação - , a congruência entre as aspirações e as realizações, o afecto positivo - sentimentos de prazer - e a felicidade.

Já no que concerne à satisfação de vida, esta é descrita na literatura, quer como um aspecto integrante do bem-estar psicológico (Campbell & Converse, 1970 *in* Paúl, 1992) ou

do bem-estar subjectivo (Galinha & Ribeiro, 2005), quer como uma dimensão independente (Krause, 2004).

Quanto ao conceito de bem-estar psicológico, Lawton (1983 *in* Paúl, 1992) descreve-o como um sentimento geral de satisfação e uma saúde mental positiva, sendo relativo ao estado interno do indivíduo nas vertentes cognitiva e afectiva. Por sua vez, Pinquart & Sorensen (2000 *in* Fonseca, 2006) definem o bem-estar psicológico como “*uma avaliação positiva da vida pessoal associada a sentimentos positivos*” (p. 154), que reflecte a situação que o indivíduo ocupa na vida. De acordo com Paúl *et al* (2005), nas pessoas idosas, o bem-estar psicológico pode ser encarado como um indicador do grau de adaptação ao processo de envelhecimento e à condição de ser idoso, podendo ser aferido a partir do estado psicológico e de ânimo dos indivíduos em questão. Cummings (2002), por outro lado, refere que o bem-estar psicológico tem um papel importante na saúde e funcionamento dos idosos.

Segundo Paúl (1991 *in* Sequeira & Silva, 2002), há um extenso conjunto de variáveis que influenciam o bem-estar psicológico, destacando em particular nas pessoas mais velhas a importância de dimensões subjectivas, como a percepção que o idoso tem do seu ambiente e a congruência/adequação entre ambos. O contexto que rodeia o idoso é, portanto, um factor relevante na promoção do seu bem-estar (Lawton, 1983 *in* Sequeira & Silva, 2002). Numa investigação com idosos americanos negros em que se pretendia avaliar o bem-estar, Chatters (1988 *in* Paúl, 1992) verificou que as preocupações com a saúde e os acontecimentos de vida têm um impacto directo no bem-estar. O mesmo autor conclui que a situação de casado é um preditor do bem-estar, sendo a saúde - e particularmente a percepção subjectiva da saúde - um factor determinante para o mesmo, conclusões semelhantes às obtidas por Sequeira & Silva (2002) num estudo sobre o bem-estar em idosos no meio rural. Para além do ambiente onde se vive, dos acontecimentos experienciados, do estado civil e da saúde, também outros aspectos estão relacionados com o bem-estar nos idosos, tais como as atitudes, os traços de personalidade e os estados de humor (Paúl, 1996), o nível de actividade (Barros de Oliveira, 2005), ou ainda o estatuto sócio-económico (Bishop, Martin & Poon, 2006).

Relativamente à satisfação com a vida, Shin & Jonhson (1978 *in* Neto & Barros, 2001) definem o conceito como “*uma avaliação global da qualidade de vida de uma pessoa segundo os seus critérios escolhidos*” (p. 74). Os critérios podem variar de pessoa para pessoa ou terem valores diferentes, daí que nos devemos focalizar nos julgamentos pessoais de cada indivíduo. George (1981 *in* Krause, 2004), por outro lado, conceptualiza a satisfação de vida como uma avaliação cognitiva do ajustamento entre os objectivos de vida desejados e os resultados actuais alcançados. Está implícito nesta perspectiva que a satisfação de vida representa uma avaliação resumida dos objectivos e resultados, que abarca a totalidade do

percurso de vida. Paúl (1992) apresenta uma definição similar ao referir que a satisfação de vida compreende a “*avaliação que as pessoas fazem da vida como um todo, reflectindo a discrepância percebida entre as aspirações e as realizações, referindo-se mais a um processo cognitivo do que afectivo*” (p. 62). A satisfação com a vida será, assim, um processo de juízo e avaliação geral da própria vida, de acordo com um critério próprio, em que se comparam as circunstâncias actuais de vida da pessoa e o padrão por ela ambicionado (Albuquerque & Tróccoli, 2004). Segundo Fonseca (2006), com base em outros autores, a satisfação de vida na velhice reflecte uma avaliação em que se comparam as aspirações/objectivos iniciais e as metas que foram realmente alcançadas. O mesmo autor acrescenta ainda que a satisfação de vida nas pessoas idosas está directamente ligada aos seus recursos pessoais e sociais, pelo que a presença desse sentimento de satisfação significa a existência de um ajustamento entre o indivíduo e o ambiente.

Existe uma vasta literatura na qual é possível identificar um conjunto de factores que influenciam a satisfação de vida, nomeadamente, a saúde, o estatuto sócio-económico e as relações sociais, sendo que os acontecimentos de vida stressores também podem desempenhar um papel na etiologia da satisfação de vida (Krause, 2004). Nas pessoas idosas, a avaliação do estado de saúde será um dos melhores preditores da satisfação de vida (Paúl, 1996). Diversas pesquisas indicam que a satisfação com a vida aumenta com a idade (Kunzmann, Little & Smith, 2000 *in* Guedea *et al*, 2006), embora outros estudos concluam que a satisfação de vida está bastante dependente do contexto ambiental de cada idoso e da sua adequação ao mesmo (Sequeira & Silva, 2002). Contudo, não é de facto implícito que o envelhecimento acarrete sentimentos de insatisfação generalizados, ao contrário de que habitualmente se pensa, havendo estudos que apontam no sentido oposto, ou seja, que a satisfação com a vida se mantém estável e não diminui com a idade, sendo que, em alguns casos, até aumenta (Fernández-Ballesteros *et al*, 1999; Jones, Rapport, Hanks, Lichtenberg & Telmet, 2003; Paúl, 1992; Xavier & Leal, 2006).

Tendo por base a evidência empírica, verificamos que um dos aspectos que mais contribuem para o bem-estar psicológico e a satisfação de vida nos idosos é o suporte social de que os mesmos podem usufruir, assim como a qualidade dos contactos com os elementos da rede de apoio e a respectiva avaliação subjectiva percebida.

Krause (2004), citando outras investigações, refere que as pessoas idosas recorrem tanto a recursos sociais como psicológicos, numa tentativa de confrontar os acontecimentos difíceis que surgem na vida, sendo o suporte social um dos recursos mais estudados. Segundo o autor, os dados empíricos indicam que os idosos envolvidos em fortes redes de suporte social tendem a lidar de forma mais eficaz com os efeitos nocivos do stress, do que os idosos

que não mantêm laços de proximidade, o que por sua vez se repercute no seu nível de satisfação de vida. Paúl (1996) refere igualmente que o envolvimento social, enquanto factor mediador dos recursos pessoais, reflecte-se nos níveis de satisfação de vida na velhice. Bishop, Martin & Poon (2006), por sua vez, consideram que o suporte social é um dos aspectos modeladores do bem-estar nas pessoas idosas e um dos mais fortes preditores da satisfação de vida, influenciando significativamente a avaliação subjectiva que as pessoas mais velhas fazem da sua vida.

De acordo com Antonucci (1990), um dos aspectos que se apresenta mais fortemente relacionado com o bem-estar nos idosos é a existência de redes sociais constituídas tanto por familiares como por amigos, sendo que a satisfação com estes relacionamentos, por sua vez, tem efeitos positivos na satisfação com a vida. Hespanha (1993 *in* Sequeira & Silva, 2002) tem uma opinião semelhante, ao considerar que os laços sociais exercem uma importante função protectora com efeitos na estabilidade emocional e no bem-estar dos mais idosos. Fernández-Ballesteros *et al* (1999), por seu lado, afirmam que o número de contactos sociais favorece o bem-estar e a qualidade de vida nos idosos, pelo que o apoio social é considerado pelos autores como uma das fontes de bem-estar psicológico, principalmente as relações mais íntimas ou de confiança, que são aquelas que proporcionam maior satisfação aos indivíduos. Jones *et al* (2003), com base em diversas investigações, referem igualmente que o suporte social tem uma influência substancial no bem-estar das pessoas idosas, acrescentando que tanto a quantidade objectiva como a qualidade percebida de suporte social apresentam uma forte relação com o bem-estar.

Numa investigação realizada com 123 idosos com o objectivo de analisar a relação entre estratégias de *coping* e apoio social e o bem-estar subjectivo em idosos, Guedea *et al* (2006) concluem que o apoio social é um factor preditivo do bem-estar nos idosos. Outra das suas conclusões é que a satisfação com a vida aumenta com a satisfação com o apoio percebido e com o apoio recebido, salientando-se porém que a qualidade do apoio social recebido tem um efeito maior enquanto protector da saúde do que a quantidade desse apoio, confirmando a maior importância dos aspectos subjectivos e funcionais do apoio social em comparação com a frequência de contactos. Com base em resultados de alguns estudos, Martins (2005) refere que a percepção de suporte social tem um efeito directo no bem-estar psicológico, enquanto Ferreira & Sherman (2007) apontam no mesmo sentido ao concluírem que nos idosos a percepção do suporte social está relacionada com a saúde e com as variáveis do bem-estar psicológico, como a satisfação de vida. Por sua vez, Fonseca (2006), citando outros autores, menciona que a integração em redes sociais gratificantes potencia a manutenção de um auto-conceito positivo que, por sua vez, favorece a saúde psicológica.

Com o objectivo de avaliar o bem-estar psicológico de idosos a viver em residências de vida assistidas, assim como os efeitos da diminuição funcional e do suporte social nesse bem-estar, Cummings (2002) realizou uma investigação com 57 indivíduos residentes numa dessas instituições. As conclusões evidenciam que baixos níveis de suporte social percebido estão relacionados com um menor bem-estar psicológico, sendo que as mulheres apresentam um nível de satisfação de vida mais baixo que os homens. Nesse sentido, a autora considera que o suporte social é uma variável-chave na promoção do bem-estar psicológico no grupo de idosos estudados, uma vez que minimiza as consequências dos problemas de saúde e da diminuição funcional. Verifica-se, assim, que o bem-estar psicológico dos idosos está significativamente relacionado com a percepção do nível de suporte social por eles recebido.

Paúl *et al* (2005), num estudo realizado com 234 idosos residentes em meio urbano e rural, pretenderam descrever as condições de vida e as capacidades de autonomia dos sujeitos, assim como avaliar a sua satisfação e qualidade de vida em associação com as redes de suporte social - tendo utilizado, entre outras, a Escala de Redes Sociais de Lubben e a Escala de Ânimo. Os autores concluíram que a rede de suporte social, no caso, família, amigos e confidentes, é um preditor da satisfação de vida em algumas das suas dimensões, como a solidão (amigos e confidentes), as atitudes face ao envelhecimento (família e amigos) e a agitação (família). As mulheres evidenciam menor satisfação de vida, em resultado de pontuações mais elevadas na solidão e na agitação, enquanto que os indivíduos casados apresentam maior satisfação de vida, com um nível mais baixo de solidão e de agitação.

Neto & Barros (2001) consideram que a satisfação com a vida parece estar fortemente relacionada com a qualidade do nosso relacionamento social e, de acordo com Ribeiro (1999), existem diversas investigações que apontam para resultados nessa linha, ao realçarem a importância da satisfação com o suporte social para o bem-estar e a satisfação com a vida. As conclusões do estudo realizado por Bishop, Martin & Poon (2006) estão de acordo com essa perspectiva: na investigação que desenvolveram com 320 idosos, cujo objectivo era analisar um modelo estrutural da satisfação de vida e os factores que a influenciam, os autores referem que a satisfação de vida está associada à qualidade dos contactos sociais, concluindo assim que a qualidade do suporte social é um aspecto capaz de predizer a satisfação com a vida.

Num estudo realizado com uma amostra de 129 indivíduos, Jones *et al* (2003) pretenderam investigar os preditores do bem-estar subjectivo em idosos, avaliando este último através da *Philadelphia Geriatric Center's Morale Scale*. Nas suas conclusões, os autores afirmam que tanto a percepção de suporte social, como o suporte social actual, estão relacionados com aspectos do bem-estar subjectivo, particularmente a satisfação de vida. Neste sentido, os autores sugerem que a qualidade e a quantidade de suporte social serão

ambas importantes para o bem-estar nos idosos, devendo este facto ser tido em consideração quando se estuda a referida problemática. Bowling *et al* (1991), numa investigação com 1415 idosos de três amostras independentes, cujo objectivo consistia em avaliar os efeitos das redes sociais de suporte e do estado de saúde na satisfação de vida, concluem que a realização de actividades sociais e o facto de ter confidentes são duas variáveis com uma influência significativa para a satisfação de vida nos idosos. Stoller (1992 *in* Santos, 2007), por sua vez, conclui que para os idosos casados a relação com o cônjuge é o melhor preditor da satisfação de vida e a principal fonte de suporte para lidar com os problemas de saúde e de incapacidade.

Numa investigação com 40 sujeitos idosos, cujo objectivo era avaliar os níveis de bem-estar e as variáveis que o influenciam, através da Escala de Ânimo, Sequeira & Silva (2002) verificaram que o contacto com a família é um factor com influência na satisfação de vida e na percepção do próprio envelhecimento, sendo que os idosos com maior contacto familiar apresentavam menos sentimentos de insatisfação e atitudes mais positivas face ao seu envelhecimento - a participação nas relações familiares é, pois, um preditor importante de bem-estar nos idosos. Também a situação económica percebida pelos idosos surge neste estudo como uma variável com influência na satisfação de vida, verificando-se níveis de insatisfação maiores e níveis de bem-estar e de ânimo mais baixos, nos idosos com uma percepção negativa da sua situação económica. Por último, o nível de actividade constitui igualmente uma dimensão com impacto na satisfação de vida, sendo os idosos mais activos aqueles que apresentam níveis mais elevados de bem-estar e de ânimo, bem como uma percepção mais positiva do seu envelhecimento; o nível de actividade está, assim, envolvido na manutenção da satisfação de vida, constituindo um factor de integração social ao promover sentimentos de capacidade, controlo e utilidade, e potenciando a auto-estima - relação também salientada por outros autores (Simões, Lima, Vieira *et al*, 2006).

Com base na revisão da literatura efectuada, definimos três objectivos principais na presente investigação: (1) caracterizar as redes sociais dos idosos que constituem a amostra; (2) determinar a sua satisfação com o suporte social proporcionado pelos elementos dessas mesmas redes; (3) analisar a influência do suporte social efectivo e percebido nas dimensões de bem-estar psicológico, satisfação de vida e saúde mental.

A partir dos objectivos acima referidos, formulamos as seguintes hipóteses:

- idosos com redes sociais mais alargadas apresentam níveis mais elevados de bem-estar psicológico e de satisfação de vida, por comparação com idosos com redes sociais mais pequenas;

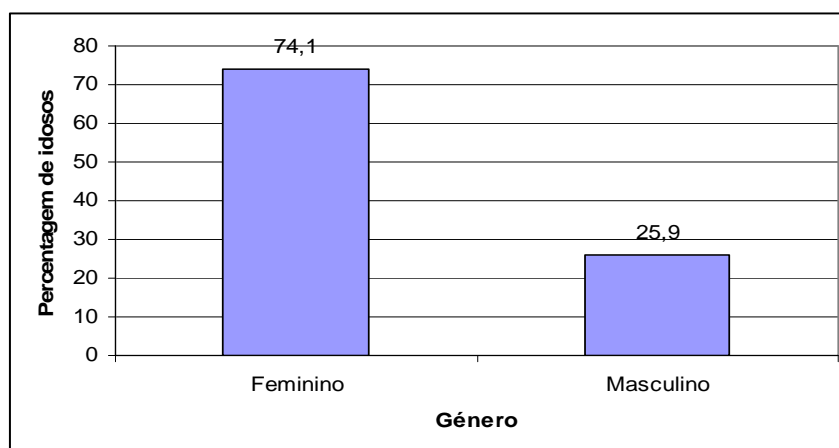
- idosos com uma percepção subjectiva mais positiva do suporte social disponível denotam melhor saúde mental, maiores níveis de satisfação, índices menores de solidão e agitação, e uma atitude mais positiva face ao seu próprio envelhecimento;
- idosos mais velhos apresentam maior bem-estar psicológico e maior satisfação de vida comparativamente a idosos mais novos;
- sujeitos do sexo masculino revelam níveis superiores de bem-estar psicológico e de saúde mental em relação a sujeitos do sexo feminino;
- idosos casados mostram maior bem-estar psicológico em comparação com idosos solteiros e idosos viúvos;
- idosos com estatuto sócio-económico mais elevado apresentam maior satisfação de vida e bem-estar psicológico.

Neste sentido, para o presente estudo, definimos como variáveis independentes os indicadores sócio-demográficos, o tamanho da rede social e a satisfação com o suporte social, considerando como variáveis dependentes o bem-estar psicológico e respectivas dimensões - solidão/insatisfação, atitudes face ao próprio envelhecimento, agitação - e a saúde mental.

## AMOSTRA

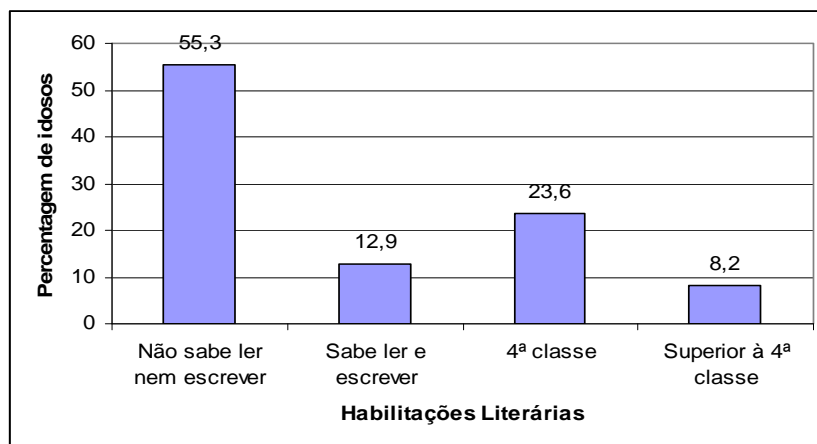
Participaram neste estudo 85 idosos residentes em cinco Instituições do concelho da Covilhã. Definiram-se como critérios de inclusão na amostra que os participantes tivessem idade igual ou superior a 65 anos e que se encontrassem em Lar há pelo menos três meses.

Os sujeitos apresentam idades compreendidas entre os 65 e os 98 anos. A sua média de idades é de 84,64 anos, a moda é de 85 anos e a mediana é também de 85 anos. O desvio-padrão situa-se nos 6,67 anos. Relativamente ao género, 63 sujeitos são do sexo feminino (74,1%), enquanto 22 são do sexo masculino (25,9%), tal como se observa na Figura 3.



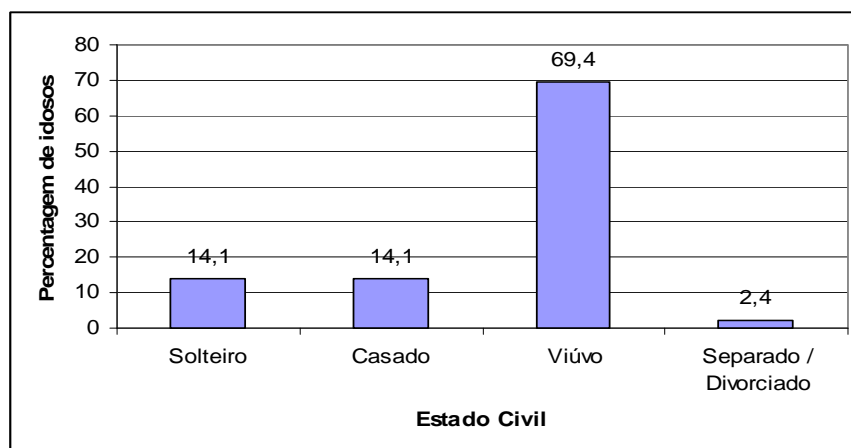
**Figura 3:** Distribuição frequencial por género.

No que respeita às habilitações literárias, verifica-se que 55,3% dos sujeitos não sabem ler nem escrever, 23,6% referem ter a 4ª classe, 12,9% indicam saber ler e escrever, e 8,2% possuem habilitações superiores à 4ª classe. A Figura 4 apresenta a distribuição dos sujeitos de acordo com as suas habilitações literárias.



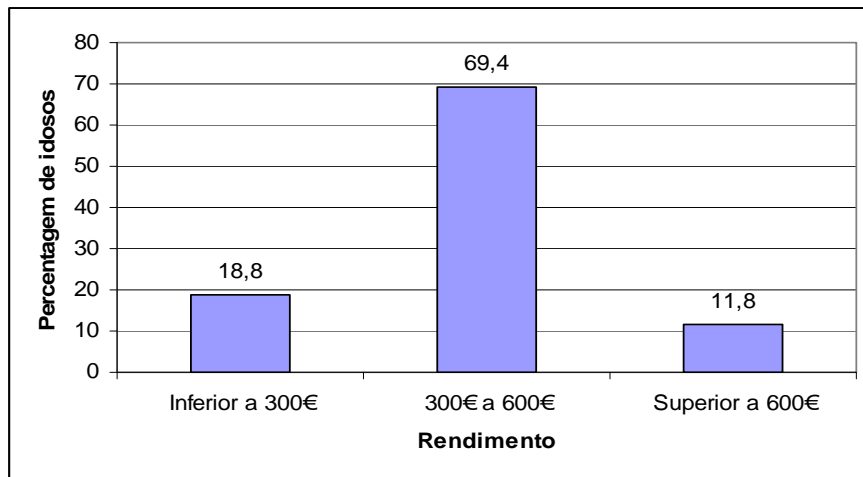
**Figura 4:** Distribuição frequencial por habilitações literárias.

A Figura 5 apresenta a distribuição dos sujeitos quanto ao estado civil, verificando-se que 69,4% dos sujeitos são viúvos, 14,1% são solteiros, 14,1% são casados e 2,4% são separados ou divorciados.



**Figura 5:** Distribuição frequencial por estado civil.

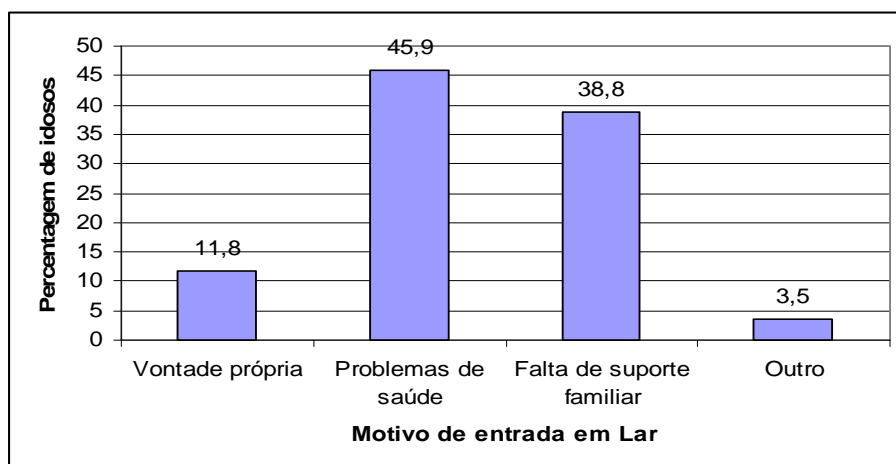
No que concerne ao rendimento auferido, 69,4% dos indivíduos têm pensões de reforma entre os 300€ e os 600€, 18,8% têm pensões de reforma inferiores a 300€ e 11,8% têm pensões de reforma superiores a 600€ (cf. Figura 6). Do total dos idosos inquiridos, 67 sujeitos referem dispôr de uma verba para gastos pessoais (78,8%), enquanto 18 indivíduos afirmam não ter qualquer montante disponível para sua gestão (21,2%).



**Figura 6:** Distribuição frequencial por rendimento.

No que se refere ao número de anos de vivência em contexto institucional, 57,7% dos sujeitos residem em Lar há entre 1 e 5 anos, 23,5% encontram-se em Lar há mais de 5 anos e 18,8% vivem em Lar há menos de 1 ano.

O motivo de entrada neste tipo de resposta social deve-se, na maioria dos casos, a problemas de saúde (45,9%), seguindo-se a falta de suporte familiar e/ou o facto de viver sozinho (38,8%); por sua vez, 11,8% dos indivíduos indicam ter entrado em Lar por vontade própria e 3,5% alegam outro motivo, nomeadamente, doença do cônjuge - tal como é ilustrado na Figura 7.



**Figura 7:** Distribuição frequencial por motivo de entrada na instituição.

Quanto ao grau de satisfação com a instituição, 62,3% dos sujeitos avaliam-no como “Bom”, 21,2% consideram-no “Muito Bom” e 16,5% classificam-no como “Razoável”.

## INSTRUMENTOS

### *Questionário Sócio-Demográfico*

O questionário sócio-demográfico aplicado no presente estudo é constituído por 22 questões, tendo sido elaborado por nós para o efeito (cf. Anexo IX). Tem como objectivo recolher informações sobre os dados demográficos - idade, sexo, estado civil, habilitações literárias e profissão - , assim como aspectos referentes à vivência institucional - o tempo de permanência na instituição, o motivo da entrada, o grau de satisfação, o número de visitas recebidas e a participação em actividades de animação.

O questionário permite ainda, para além da caracterização sócio-demográfica, obter indicadores do funcionamento cognitivo que validem a capacidade dos sujeitos para participar na investigação, através de questões que incidem em aspectos como a orientação espaciotemporal, a memória, o raciocínio e a compreensão.

### *Escala de Redes Sociais*

A Escala de Redes Sociais de Lubben é um instrumento desenvolvido para determinar o isolamento social nas pessoas idosas, através da percepção que o indivíduo tem do suporte social recebido da família e dos amigos/vizinhos. De acordo com as informações disponibilizadas na página on-line da *Lubben Social Network Scale* (LSNS), a escala original é constituída por 10 itens que pretendem medir o tamanho, a proximidade e a frequência de contactos com a rede social. Os itens estão repartidos por quatro áreas: uma relativa à família, outra aos amigos, outra aos confidentes e outra ao auxílio/cuidados prestados, que permitem avaliar a existência e o tipo de relações sociais, assim como obter informações sobre o tamanho da rede, a periodicidade dos contactos e a intimidade com os elementos da rede de suporte (Fonseca *et al*, 2004; Paúl *et al*, 2005).

As respostas distribuem-se num intervalo de seis posições, que correspondem em algumas perguntas às hipóteses *Nunca* (0), *Raramente* (1), *Às vezes* (2), *Com frequência* (3), *Com muita frequência* (4) e *Sempre* (5), e em outras perguntas às hipóteses *Nenhum* (0), *Um* (1), *Dois* (2), *Três ou quatro* (3), *Cinco a oito* (4) e *Nove ou mais* (5). A nota total da escala é dada pela soma dos pontos correspondentes à resposta dada em cada item, sendo que pontuações mais elevadas indicam a existência de uma rede social mais alargada e/ou contactos sociais mais frequentes (Rutledge, Matthews, Lui, Stone & Cauley, 2003).

A escala foi originalmente desenvolvida em 1988 por Lubben, tendo sido construída especificamente para ser utilizada na população idosa. Em 2002 foi feita uma revisão da LSNS com o objectivo de especificar e distinguir melhor a natureza das redes sociais de

família, amigos e vizinhança, daí resultando uma versão revista (LSNS-R), uma versão longa (LSNS-18) e uma versão breve (LSNS-6). O instrumento tem sido usado com indivíduos idosos numa grande variedade de contextos, incluindo na comunidade, em hospitais, em centros de prestação de cuidados e em estruturas residenciais, sendo largamente aplicado tanto em investigação como na prática clínica (Lubben, Blozik, Gillmann *et al*, 2006).

Os estudos de validação indicam que a LSNS possui, segundo Rutledge *et al* (2003), níveis aceitáveis de consistência interna e padrões psicométricos razoáveis, verificando-se igualmente associações importantes entre resultados na LSNS e medidas de comportamentos saudáveis ou de saúde mental. De acordo com Lubben *et al* (2006), baixas pontuações na LSNS têm sido correlacionadas com um extenso conjunto de indicadores de saúde, tais como mortalidade, causas de hospitalização, problemas de saúde física, depressão ou outros problemas de saúde mental, e falta de adesão a boas práticas de saúde.

No presente estudo, utilizamos a versão breve do instrumento, LSNS-6 (cf. Anexo X), escala que é constituída por 6 itens e na qual a nota total pode variar entre 0 e 30, sendo que três itens reportam-se à sub-escala *Família* e os outros três à sub-escala *Amigos*. Os autores da escala consideram que pontuações inferiores a 12 na escala total são indicadoras de risco elevado de isolamento social, enquanto que valores inferiores a 6 em cada uma das sub-escalas tomadas individualmente, sugerem um número reduzido de laços familiares e/ou de amizade, respectivamente.

No estudo de validação da LSNS-6, Lubben *et al* (2006) referem que o instrumento apresenta boas características psicométricas, sendo a consistência interna de 0.83. Lubben & Gironda (2003 *in* Lubben *et al*, 2006), por sua vez, afirmam que a LSNS-6 será mais apropriada para avaliar a quantidade de relações com a família e os amigos, do que versões mais longas da escala, permitindo identificar de forma simples e rápida as pessoas que se encontram em risco de isolamento social.

### ***Escala de Satisfação com o Suporte Social***

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) é um instrumento que pretende avaliar a satisfação com o suporte social percebido, tendo sido construída e desenvolvida por Ribeiro (Ribeiro, 1999, 2007) (cf. Anexo XI). É um questionário constituído por 15 itens que se distribuem por quatro dimensões ou factores, permitindo a operacionalização da variável satisfação com o suporte social. As respostas são distribuídas num diferencial semântico de cinco pontos: *concordo totalmente* (A), *concordo na maior parte* (B), *não concordo nem discordo* (C), *discordo na maior parte* (D) e *discordo totalmente* (E).

O primeiro factor, *Satisfação com Amigos* (SA), mede a satisfação com as

amizades/amigos; inclui cinco itens (3, 12, 13, 14, 15). O segundo factor, *Intimidade* (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo; inclui quatro itens (1, 4, 5, 6). O terceiro factor, *Satisfação com a Família* (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente; inclui três itens (9, 10, 11). O quarto factor, *Actividades Sociais* (AS), mede a satisfação com as actividades sociais realizadas; inclui três itens (2, 7, 8).

A nota total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A nota de cada factor resulta da soma dos itens de cada dimensão ou sub-escala. Todos os itens são cotados atribuindo o valor “1” às respostas em “A” e o valor “5” às respostas em “E”, com excepção dos itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15, que são cotados de modo invertido. A nota para a escala total pode variar entre 15 e 75, sendo que à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social.

Os estudos de validação revelam que o instrumento apresenta qualidades psicométricas adequadas (Abrunheiro, 2005). No que respeita à fiabilidade, e de acordo com o autor da escala, a consistência interna de cada factor encontra-se entre os padrões aceitáveis utilizados, variando entre 0.64 e 0.83 (Martins, 2005). Na escala total verifica-se uma consistência interna de 0.85 (Ribeiro, 1999).

### ***Escala de Ânimo***

A Escala de Ânimo foi construída por Lawton em 1975 especificamente para a população idosa, encontrando-se traduzida e aferida para a população portuguesa por Paúl (Paúl, 1992) (cf. Anexo XII). Este instrumento avalia três aspectos do bem-estar psicológico dos idosos: (1) *Solidão/Insatisfação*, que corresponde a uma avaliação subjectiva do ambiente e do apoio das redes sociais; (2) *Atitudes face ao próprio envelhecimento*, reportando-se a um balanço entre a vida passada e a presente; e (3) *Agitação*, referente a manifestações comportamentais de ansiedade, à sua ausência ou a um gradiente dessa componente (Paúl, 1992; Sequeira & Silva, 2002).

A escala original é constituída por 17 itens, agrupados em três factores, os quais correspondem às dimensões do ânimo e cuja conjugação traduz o estado psicológico geral do indivíduo, em termos de bem-estar (Lawton, 2003). Na versão portuguesa, a escala é constituída por 14 itens, que se distribuem pelas três sub-escalas ou factores da seguinte forma: *Solidão/Insatisfação* - itens 2, 3, 5, 13 e 14; *Atitudes face ao próprio envelhecimento* - itens 8, 9, 10, 11 e 12; *Agitação* - itens 1, 4, 6 e 7 (Paúl, 1992; Ribeiro, 2007).

As respostas são dadas numa escala dicotómica sim/não, consoante a situação se aplica ou não ao sujeito. A nota total da escala é dada pelo somatório de todos os itens, e as notas de cada factor resultam da soma dos itens de cada sub-escala. São cotadas com “1” as

respostas “Não” aos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10 e 13 e as respostas “Sim” aos itens 9, 11, 12 e 14. A nota total da escala pode variar entre 0 e 14, sendo que a resultados mais altos corresponde um estado de ânimo mais elevado.

O estudo psicométrico aponta para valores de consistência interna de 0.75 na escala de solidão/insatisfação, e de 0.71 na escala de atitudes face ao próprio envelhecimento e na escala de agitação, apresentando o instrumento uma boa capacidade discriminativa (Paúl, 1992; Ribeiro & Pombeiro, 2004).

### ***Inventário de Saúde Mental***

O Mental Health Inventory (MHI) é um questionário que inclui 38 itens, seleccionados de outros questionários já existentes, para avaliar a estrutura/dimensões da saúde mental e medir tanto o distress psicológico como o bem-estar psicológico, correspondendo o primeiro a um estado de saúde mental negativo e o segundo a um estado de saúde mental positivo. A definição de saúde mental considerada no MHI inclui, assim, a presença de características de bem-estar psicológico, tais como bem-estar, alegria, prazer de viver, felicidade, e a ausência de sintomas de distress psicológico, como a ansiedade e a depressão (Veit & Ware, 1983 *in* Ribeiro, 2001).

O MHI começou a ser desenvolvido nos Estados Unidos em 1975 como uma medida destinada a avaliar as referidas variáveis na população em geral e não apenas nas pessoas com doença mental. Depois de um conjunto de investigações realizadas por vários autores ficou demonstrada a validade do MHI como medida de saúde mental, em diferentes populações. O instrumento foi validado para a população portuguesa por Ribeiro (Ribeiro, 2001), designando-se por Inventário de Saúde Mental.

Os 38 itens distribuem-se por cinco escalas - três negativas e duas positivas: *Ansiedade* com 10 itens, *Depressão* com 5 itens, *Perda de Controlo Emocional/Comportamental* com 9 itens, *Afecto Positivo* com 11 itens, *Laços Emocionais* com 3 itens. Estas cinco sub-escalas agrupam-se em duas grandes dimensões, uma negativa e outra positiva, que medem respectivamente o Distress Psicológico e o Bem-Estar Psicológico. A primeira dimensão resulta da soma das sub-escalas de Ansiedade, Depressão, e Perda de Controlo Emocional/Comportamental, enquanto a segunda dimensão resulta da soma das sub-escalas Afecto Positivo e Laços Emocionais (Ribeiro, 2007).

A resposta a cada item é dada numa escala ordinal de cinco ou seis posições. A nota total resulta da soma dos valores brutos dos itens que compõem o inventário, podendo também calcular-se uma nota para cada uma das escalas referidas. Os itens são cotados com valores entre “1” e “5” ou “6”, sendo que alguns itens são cotados de forma invertida (1, 4, 5,

6, 7, 8, 10, 12, 14, 17, 18, 22, 23, 26, 31, 34, 37). A valores mais elevados da escala total corresponde uma melhor saúde mental.

Na versão adaptada para a população portuguesa, os resultados a nível da consistência interna das várias escalas variam entre 0.72 e 0.91, sendo que na escala total o valor da consistência interna é de 0.96 (Ribeiro, 2001).

Com base no inventário MHI desenvolveu-se uma versão reduzida de cinco itens, conhecida por MHI-5 (cf. Anexo XIII), sendo esta a escala utilizada na presente investigação. Trata-se de uma versão rápida que inclui os itens 11, 17, 19, 27 e 34 do MHI: três itens pertencem à escala de Distress (11, 19, 27) e dois à escala de Bem-Estar (17, 34).

A cotação dos itens varia entre “1” para as respostas “Sempre e “6” para as respostas “Nunca”, com excepção dos itens 17 e 34 que são cotados de modo invertido. O resultado pode variar entre 5 e 30, valores que são depois transformados através de uma interpolação, resultando num intervalo que varia entre 0 e 100. Habitualmente, considera-se que valores iguais ou inferiores a 52 são indicadores de sofrimento psicológico ou menor saúde mental (“Saúde Mental em Portugal”, 2008).

O MHI-5 apresenta os mesmos resultados psicométricos que a versão longa e na adaptação portuguesa verifica-se uma correlação de  $r=0.95$  entre o MHI-5 e a versão de 38 itens (Ribeiro, 2001). Inúmeras investigações têm mostrado que o MHI-5 é um teste de rastreio útil na avaliação da saúde mental, sendo por isso considerado um bom substituto para ser utilizado em investigação e em rastreio (Ribeiro, 2001), tanto utilizado isoladamente (Pereira, Lalanda, Antunes, Moura & Chendo, 2008; “Saúde Mental em Portugal”, 2008), como em conjunto com outras escalas (Fleck, Lima, Louzada *et al*, 2002).

## **PROCEDIMENTOS**

A amostra foi obtida por conveniência em cinco Instituições de Solidariedade Social com valência de Lar do concelho da Covilhã: Associação de Socorros Mútuos - Mutualista Covilhanense, Centro de Apoio a Crianças, Carenciados e Idosos - Cortes do Meio, Centro Social de Nossa Senhora da Conceição - Vila do Carvalho, Lar das Oliveirinhas - Paúl e Lar de São José - Covilhã.

Primeiramente, as Direcções das Instituições foram contactadas através de ofício, no qual foi solicitada autorização para aplicação dos questionários, sendo também explicitados os objectivos da investigação e os instrumentos a aplicar.

Após as autorizações terem sido concedidas, a recolha da amostra decorreu entre Março e Maio de 2009, nas referidas Instituições. Os participantes foram informados do

âmbito e finalidade do estudo, do carácter voluntário da participação, e também do anonimato e confidencialidade das respostas - possibilitando, assim, o consentimento informado por parte de todos os sujeitos.

A análise estatística dos dados obtidos foi efectuada através do SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 17.0. No sentido de avaliar se a nossa amostra seguia uma distribuição normal, realizámos o teste *Kolmogorov-Smirnov*, cujo resultado confirmou a normalidade da distribuição da amostra, permitindo assim a utilização de testes paramétricos. Inicialmente, procedemos à determinação de estatísticas descritivas, no sentido de efectuar a caracterização da amostra. Em seguida, utilizámos as medidas de estatística inferencial, nomeadamente o Teste t de *Student* e a Análise da Variância (ANOVA), para comparação dos resultados dos sujeitos e análise das relações entre as diversas variáveis que integraram o estudo.

## RESULTADOS

Relativamente ao suporte social efectivo, verifica-se que 65,9% dos idosos referem a existência de uma rede de suporte muito pequena, indicadora de risco elevado de isolamento social, enquanto 34,1% indicam uma rede de suporte mais alargada, com contactos sociais frequentes. No que se refere ao tipo de redes sociais, 41,2% dos idosos apontam a existência de uma rede familiar com poucos ou nenhuns elementos, sendo que 58,8% possuem laços familiares mais numerosos; por sua vez, 69,4% dos sujeitos apresentam um número reduzido de laços de amizade e 30,6% apresentam várias relações de amizade.

No que diz respeito à satisfação com o suporte social, os resultados indicam que 75,3% dos sujeitos se encontram satisfeitos com o suporte social de que podem usufruir, em comparação com 24,7% que se dizem insatisfeitos com o suporte social que têm disponível. Em relação às dimensões da satisfação social, no factor *Satisfação com Amigos*, 67,1% dos idosos apresentam-se satisfeitos com esta área de relacionamento; no factor *Intimidade*, 62,4% dos idosos apontam valores de satisfação elevados nesta dimensão das relações de suporte; no factor *Satisfação com a Família*, 65,9% dos idosos consideram-se muito satisfeitos com o seu suporte familiar; no factor *Actividades Sociais*, 50,6% referem níveis de satisfação com as actividades em que se envolvem.

Em relação ao estado de ânimo, os resultados encontrados evidenciam baixos níveis de bem-estar psicológico para 63,5% dos idosos da nossa amostra. Da análise dos resultados nas dimensões do ânimo, observa-se que no factor *Solidão/Insatisfação*, 54,1% dos idosos apresentam valores elevados de solidão/insatisfação relativamente ao seu ambiente social,

enquanto 45,9% alcançam níveis médios ou elevados de satisfação face ao apoio das redes sociais; no factor *Atitudes face ao próprio envelhecimento*, 75,3% dos idosos fazem uma avaliação muito negativa de si e da sua situação actual; no factor *Agitação*, 72,9% dos sujeitos referem a existência de manifestações comportamentais de ansiedade.

No que concerne à saúde mental, observa-se que 51,8% dos idosos apresentam níveis de sofrimento psicológico e de menor saúde mental, com ausência de bem-estar psicológico, e 48,2% denotam um estado de saúde mental positivo associado a bem-estar psicológico.

No sentido de proceder à análise estatística inferencial, e de forma a termos dois grupos de comparação quanto ao suporte social efectivo, construímos duas novas variáveis em função da existência de maior e de menor rede social de suporte, cujo ponto de corte corresponde a 9 - valor da mediana da LSNS-6.

Nos dois grupos constituídos em função do tamanho da rede social, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas [ $t(80) = -1,09$ ;  $p = 0,28$ ] entre a média dos resultados do grupo com menor rede de suporte relativamente ao bem-estar psicológico ( $M = 5,07$ ; D.P. = 3,36) e a média dos resultados do grupo com maior rede de suporte relativamente ao bem-estar psicológico ( $M = 5,88$ ; D.P. = 3,34), embora a média deste último seja superior à do primeiro.

Não se encontram diferenças estatisticamente significativas para a dimensão *solidão/insatisfação* [ $t(80) = -1,47$ ;  $p = 0,15$ ], para a dimensão *atitudes face ao envelhecimento* [ $t(80) = -1,32$ ;  $p = 0,19$ ], e para a dimensão *agitação* [ $t(80) = 0,38$ ;  $p = 0,71$ ], em função do maior ou menor tamanho da rede de suporte. Não obstante, o grupo com maior rede social apresenta as médias mais elevadas na primeira e segunda dimensões, enquanto o grupo com menor rede social apresenta a média mais alta na terceira dimensão. A Tabela 3 ilustra estes resultados.

**Tabela 3:** Médias e desvios-padrão do Bem-estar psicológico e respectivas dimensões, de acordo com o tamanho da rede social

	<b>Tamanho da rede social</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>
<b>Bem-estar psicológico</b>	Menor rede de suporte	44	5,07	3,36
	Maior rede de suporte	41	5,88	3,34
<b>Solidão/insatisfação</b>	Menor rede de suporte	44	2,00	1,52
	Maior rede de suporte	41	2,49	1,49
<b>Atitudes face ao próprio envelhecimento</b>	Menor rede de suporte	44	1,32	1,44
	Maior rede de suporte	41	1,73	1,40
<b>Agitação</b>	Menor rede de suporte	44	1,76	1,22
	Maior rede de suporte	41	1,66	1,13

No que respeita à saúde mental, também não existem diferenças estatisticamente significativas [ $t(80) = -0,69$ ;  $p = 0,49$ ] entre a média dos resultados do grupo com maior suporte em relação à saúde mental ( $M = 55,32$ ; D.P. = 20,32) comparativamente à média dos resultados do grupo com menor suporte em relação à saúde mental ( $M = 52,20$ ; D.P. = 20,84), sendo a média do primeiro grupo superior à do segundo, como é apresentado na Tabela 4.

**Tabela 4:** Média e desvio-padrão da Saúde mental, de acordo com o tamanho da rede social

	<b>Tamanho da rede social</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>
<b>Saúde mental</b>	Menor rede de suporte	44	52,20	20,84
	Maior rede de suporte	41	55,32	20,32

De modo a termos dois grupos de comparação quanto à satisfação social, e para ser possível utilizar as medidas de estatística inferencial, construímos duas novas variáveis em função da existência de maior e menor satisfação com o suporte social, cujo ponto de corte corresponde a 52 - valor da mediana da ESSS.

Nos dois grupos constituídos em função da satisfação social, verificamos diferenças estatisticamente significativas [ $t(83) = -4,52$ ;  $p < 0,001$ ] entre a média dos resultados do grupo com menor satisfação com o suporte social no que se refere ao bem-estar psicológico ( $M = 4,09$ ; D.P. = 2,68) e a média dos resultados do grupo com maior satisfação com o suporte social no que se refere ao bem-estar psicológico ( $M = 7,02$ ; D.P. = 3,29), sendo a média deste último superior à do primeiro.

Existem diferenças estatisticamente significativas [ $t(83) = -5,48$ ;  $p < 0,001$ ] entre as médias dos resultados dos dois grupos na dimensão *solidão/insatisfação*, apresentando o grupo com maior satisfação social ( $M = 3,05$ ; D.P. = 1,36) uma média mais elevada do que o grupo com menor satisfação social ( $M = 1,52$ ; D.P. = 1,21). Existem diferenças estatisticamente significativas [ $t(83) = -2,67$ ;  $p < 0,05$ ] entre as médias dos resultados dos dois grupos na dimensão *atitudes face ao próprio envelhecimento*, sendo que o grupo com mais satisfação social ( $M = 1,98$ ; D.P. = 1,42) apresenta uma média superior à do grupo com menos satisfação social ( $M = 1,16$ ; D.P. = 1,40). Existem diferenças estatisticamente significativas [ $t(83) = -2,43$ ;  $p < 0,05$ ] entre as médias dos resultados dos dois grupos na dimensão *agitação*, com a média mais alta a corresponder ao grupo de alta satisfação social ( $M = 2,00$ ; D.P. = 1,20) por comparação com o grupo de baixa satisfação social ( $M = 1,41$ ; D.P. = 1,04). A Tabela 5 ilustra estes resultados.

**Tabela 5:** Médias e desvios-padrão do Bem-estar psicológico e respectivas dimensões, de acordo com a satisfação com o suporte social

	<b>Satisfação com o suporte social</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>
<b>Bem-estar psicológico</b>	Baixa satisfação social	44	4,09	2,68
	Alta satisfação social	41	7,02	3,29
<b>Solidão/insatisfação</b>	Baixa satisfação social	44	1,52	1,21
	Alta satisfação social	41	3,05	1,36
<b>Atitudes face ao próprio envelhecimento</b>	Baixa satisfação social	44	1,16	1,40
	Alta satisfação social	41	1,98	1,42
<b>Agitação</b>	Baixa satisfação social	44	1,41	1,04
	Alta satisfação social	41	2,00	1,20

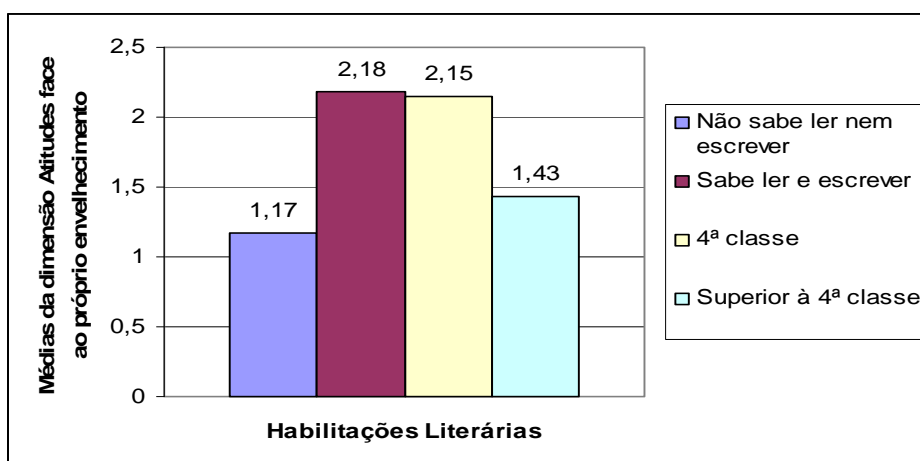
No que respeita à saúde mental, concluímos que existem diferenças estatisticamente significativas [ $t(83) = -3,59; p < 0,05$ ] entre a média dos resultados do grupo com maior satisfação com o suporte social em relação à saúde mental ( $M = 60,88; D.P = 20,45$ ) e a média dos resultados do grupo com menor satisfação com o suporte social em relação à saúde mental ( $M = 46,00; D.P = 17,73$ ), sendo a média do primeiro grupo superior à do segundo grupo, como é apresentado na Tabela 6.

**Tabela 6:** Média e desvio-padrão da Saúde mental, de acordo com a satisfação com o suporte social

	<b>Satisfação com o suporte social</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>
<b>Saúde mental</b>	Baixa satisfação social	44	46,00	17,73
	Alta satisfação social	41	60,88	20,45

Da análise efectuada, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas quer no bem-estar psicológico [ $F(26; 58) = 1,22; p = 0,26$ ], quer na saúde mental [ $F(26; 58) = 0,80; p = 0,73$ ], em função da idade.

Em termos do nível de habilitações literárias, verificamos diferenças estatisticamente significativas [ $F(3; 81) = 3,11; p < 0,05$ ] entre as médias dos resultados dos sujeitos na dimensão *atitudes face ao próprio envelhecimento*, sendo os sujeitos que sabem ler os que apresentam a média mais elevada ( $M = 2,18; DP = 1,40$ ), seguidos dos sujeitos com a 4ª classe ( $M = 2,15; DP = 1,42$ ), dos sujeitos com habilitações superiores à 4ª classe ( $M = 1,43; DP = 1,13$ ) e, por último, dos sujeitos que não sabem ler nem escrever ( $M = 1,17; DP = 1,43$ ), que apresentam as atitudes mais negativas acerca do envelhecimento. A Figura 8 apresenta as médias dos resultados nesta dimensão do ânimo em função das habilitações literárias.



**Figura 8:** Médias obtidas na dimensão “atitudes face ao próprio envelhecimento”, em função das habilitações literárias.

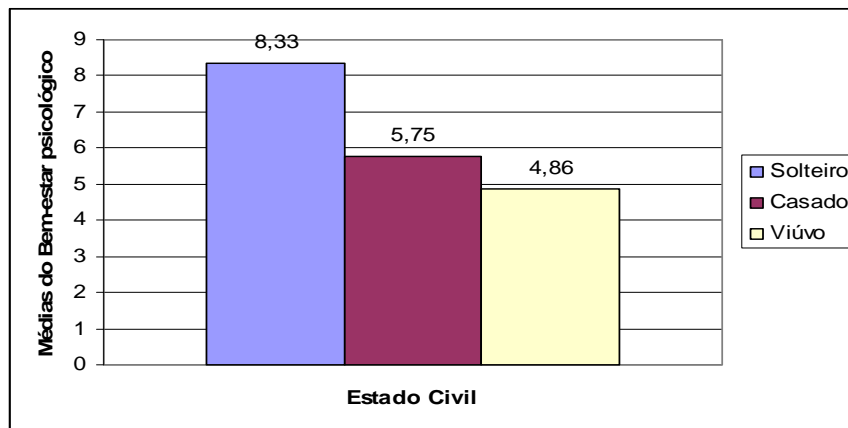
Em relação ao género, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas [ $t(83) = -2,29; p < 0,05$ ] entre a média dos resultados dos homens em termos do bem-estar psicológico ( $M = 6,86; D.P. = 2,95$ ) e a média dos resultados das mulheres em termos do bem-estar psicológico ( $M = 5,03; D.P. = 3,33$ ). Existem igualmente diferenças estatisticamente significativas [ $t(83) = -2,11; p < 0,05$ ] entre a média dos resultados dos homens ( $M = 60,91; D.P. = 18,06$ ) e a média dos resultados das mulheres ( $M = 50,48; D.P. = 20,60$ ) ao nível da saúde mental. A média do sexo masculino é superior à do sexo feminino em ambos os casos, assim como nas dimensões do ânimo (cf. Tabela 7), embora nestas últimas as diferenças entre as médias dos resultados não tenham significância estatística.

**Tabela 7:** Médias e desvios-padrão do Bem-estar psicológico, e respectivas dimensões, e da Saúde mental, de acordo com o género

	Género	Número de sujeitos	Média	Desvio-padrão
<b>Bem-estar psicológico</b>	Feminino	63	5,03	3,33
	Masculino	22	6,86	2,95
<b>Solidão/insatisfação</b>	Feminino	63	2,08	1,54
	Masculino	22	2,77	1,23
<b>Atitudes face ao próprio envelhecimento</b>	Feminino	63	1,40	1,40
	Masculino	22	2,00	1,57
<b>Agitação</b>	Feminino	63	1,56	1,15
	Masculino	22	2,09	1,11
<b>Saúde mental</b>	Feminino	63	50,48	20,60
	Masculino	22	60,91	18,06

No que se refere ao estado civil, observamos diferenças estatisticamente significativas [ $F(4; 80) = 3,08; p < 0,05$ ] entre as médias dos resultados no bem-estar psicológico obtidas pelos solteiros ( $M = 8,33; DP = 3,75$ ), pelos casados ( $M = 5,75; DP = 2,63$ ) e pelos viúvos

( $M = 4,86$ ;  $DP = 3,14$ ), com a média mais elevada a verificar-se nos solteiros. Existem também diferenças estatisticamente significativas [ $F(4; 80) = 4,08$ ;  $p < 0,05$ ] entre as médias dos resultados na dimensão *atitudes face ao próprio envelhecimento* obtidas pelos solteiros ( $M = 3,00$ ;  $DP = 1,71$ ), pelos casados ( $M = 1,50$ ;  $DP = 1,31$ ) e pelos viúvos ( $M = 1,27$ ;  $DP = 1,30$ ), sendo que os solteiros apresentam a média mais elevada. A Figura 9 apresenta os resultados médios do bem-estar psicológico em função do estado civil.



**Figura 9:** Resultados médios no bem-estar psicológico, por estado civil.

Em termos do nível de rendimento auferido, concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos resultados dos sujeitos nos três níveis de rendimentos considerados, quer face ao bem-estar psicológico [ $F(2; 82) = 1,73$ ;  $p = 0,19$ ], quer face à saúde mental [ $F(2; 82) = 2,24$ ;  $p = 0,11$ ].

Por outro lado, verificamos diferenças estatisticamente significativas [ $t(83) = 2,66$ ;  $p < 0,05$ ] entre a média dos resultados dos sujeitos que dispõem de verba para gastos em relação ao bem-estar psicológico ( $M = 5,99$ ; D.P. = 3,29) e a média dos resultados dos sujeitos que não dispõem de verba para gastos em relação ao bem-estar psicológico ( $M = 3,72$ ; D.P. = 2,87). Observamos igualmente diferenças estatisticamente significativas [ $t(83) = 3,02$ ;  $p < 0,05$ ] entre a média dos resultados dos sujeitos que dispõem de verba para gastos em relação à saúde mental ( $M = 56,48$ ; D.P. = 19,91) e a média dos resultados dos sujeitos que não dispõem de verba para gastos em relação à saúde mental ( $M = 40,89$ ; D.P. = 17,71). Existem ainda diferenças estatisticamente significativas [ $t(83) = 3,56$ ;  $p < 0,05$ ] entre as médias dos resultados na dimensão *agitação* obtidas pelos sujeitos que dispõem de verba para gastos ( $M = 1,91$ ; D.P. = 1,11) e pelos sujeitos que não dispõem de verba para gastos ( $M = 0,89$ ; D.P. = 0,96). Nos três casos, verifica-se que a média dos sujeitos que dispõem de verbas para gastos pessoais é superior à dos sujeitos que não têm acesso a uma verba para sua gestão,

facto que ocorre também nas dimensões de *solidão/insatisfação* e *atitudes face ao próprio envelhecimento* (cf. Tabela 8), onde não se observa significância estatística das diferenças entre as médias dos resultados.

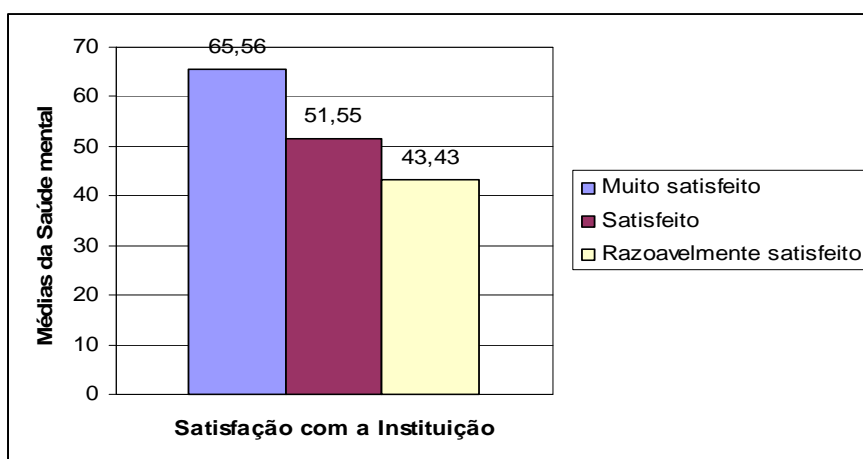
**Tabela 8:** Médias e desvios-padrão do Bem-estar psicológico, e respectivas dimensões, e da Saúde mental, de acordo com a disponibilidade de verba para gastos

	Verba para gastos	Número de sujeitos	Média	Desvio-padrão
<b>Bem-estar psicológico</b>	Sim	67	5,99	3,29
	Não	18	3,72	2,87
<b>Solidão/insatisfação</b>	Sim	67	2,42	1,55
	Não	18	1,67	1,09
<b>Atitudes face ao próprio envelhecimento</b>	Sim	67	1,66	1,48
	Não	18	1,17	1,34
<b>Agitação</b>	Sim	67	1,91	1,11
	Não	18	0,89	0,96
<b>Saúde mental</b>	Sim	67	56,48	19,91
	Não	18	40,89	17,71

Quanto ao número de anos de vivência na instituição, concluímos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos resultados dos sujeitos nos três níveis definidos a nível do bem-estar psicológico [ $F(2; 82) = 0,49; p = 0,61$ ], e a nível da saúde mental [ $F(2; 82) = 0,72; p = 0,49$ ].

Considerando a razão que motivou a entrada em Lar, também não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos resultados dos sujeitos nas várias opções em relação ao bem-estar psicológico [ $F(3; 81) = 0,57; p = 0,63$ ], e em relação à saúde mental [ $F(3; 81) = 0,82; p = 0,49$ ].

Relativamente ao grau de satisfação com a instituição, verificamos que não existem diferenças estatisticamente significativas [ $F(2; 82) = 2,90; p = 0,06$ ] entre as médias dos resultados dos sujeitos em termos do bem-estar psicológico. Por sua vez, verificamos diferenças estatisticamente significativas [ $F(2; 82) = 5,65; p < 0,05$ ] entre as médias dos resultados dos sujeitos em termos da saúde mental obtidas pelos idosos *muito satisfeitos* ( $M = 65,56; DP = 19,84$ ) - que apresentam a média mais elevada - , pelos idosos *satisfeitos* ( $M = 51,55; DP = 19,00$ ) e pelos idosos *razoavelmente satisfeitos* ( $M = 43,43; DP = 20,08$ ) - que apresentam a média mais baixa. A Figura 10 apresenta as médias dos resultados na saúde mental em função da satisfação com a instituição.



**Figura 10:** Médias obtidas na saúde mental, em função da satisfação com a instituição.

## DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no presente estudo permitem verificar que a maior parte dos idosos referem ter redes de suporte social muito pequenas, enquanto, por outro lado, a maioria dos sujeitos afirmam estar satisfeitos com o suporte disponibilizado pelos elementos dessas redes. Ou seja, os idosos da nossa amostra apresentam níveis de satisfação elevados relativamente ao suporte recebido das poucas relações familiares e de amizade que mantêm. Tais dados, que aparentemente parecem contraditórios, permitem supor que a quantidade de laços sociais não está directamente relacionada com a qualidade do suporte percebido. Assim, ao analisar estas problemáticas, não devemos tomar em conta apenas os aspectos objectivos do suporte social, mas também os aspectos subjectivos, pois a dimensão avaliativa da satisfação com o suporte não depende do número e frequência de relações sociais - tal como é considerado na literatura (Antonucci, 1990; Paúl, 2005b; Ramos, 2002).

Outro dado que se torna evidente em função dos resultados, diz respeito ao facto de a maioria dos idosos da amostra apresentarem níveis baixos de bem-estar psicológico e satisfação de vida, observando-se atitudes muito negativas face ao seu envelhecimento e também manifestações de ansiedade, bem como um estado de saúde mental negativo. Estas evidências levam-nos a questionar os factores que poderão explicar tal padrão de resultados. Provavelmente, os idosos que residem em instituições não usufruem de um quotidiano satisfatório que lhes permita avaliar positivamente a sua vida, e que promova a sua saúde mental e bem-estar psicológico. Acresce ainda o facto de, frequentemente, a entrada em Lar não ser a opção mais desejada pelos idosos, encarada antes como única alternativa a quem não foi deixada outra escolha - sendo, pois, difícil que nessas circunstâncias, as pessoas consigam sentir-se satisfeitas e demonstrem níveis positivos de bem-estar psicológico e saúde mental.

Os resultados encontrados salientam a necessidade de se realizarem mais estudos, de forma a confirmar ou não a existência de valores tão baixos de bem-estar psicológico em outras instituições. No caso de se verificar o mesmo padrão, é fundamental analisar com rigor as razões que explicam esses níveis reduzidos, de forma a estudar soluções e implementar estratégias que promovam um quotidiano mais gratificante nos lares, onde as pessoas possam sentir-se bem e consigam manter um estado de saúde mental satisfatório.

A partir de uma análise global aos resultados, que evidenciam diferenças significativas entre os sujeitos da nossa amostra no que concerne ao bem-estar psicológico em função do suporte percebido [ $t(83) = -4,52; p < 0,001$ ], é possível verificar a importância do suporte social, bem como a influência positiva que o mesmo exerce na satisfação de vida e na saúde mental dos indivíduos que integraram este estudo - à semelhança do que é referido na maior parte da literatura (Abrunheiro, 2005; Antonucci, 1990; Cummings, 2002; Martins, 2005; Ornelas, 2008). Ou seja, pese embora os níveis de bem-estar psicológico e de saúde mental serem baixos na maioria dos sujeitos da amostra, observamos que os idosos que dispõem de mais suporte social, apresentam maior bem-estar psicológico e melhor saúde mental. Poderemos, assim, sugerir, tal como afirma Krause (2001 *in* Paúl *et al*, 2005), que a possibilidade de usufruir de suporte social contribui grandemente para um envelhecimento activo, positivo e bem-sucedido, ao promover e facilitar uma melhor adaptação a esta fase da vida (Fernández-Ballesteros *et al*, 1999). Possivelmente, as inúmeras transformações físicas, psíquicas e sociais inerentes ao período da velhice serão melhor integradas e o seu impacto melhor gerido se o sujeito puder dispôr de uma rede de suporte que o auxilie e compreenda, reconhecendo e valorizando a pessoa para além das suas limitações.

Não obstante a evidência generalizada de que o suporte social tem implicações claramente positivas para as pessoas idosas, a análise dos resultados permite verificar que os indivíduos residentes em Lar da nossa amostra revelam, na sua maioria, redes sociais pequenas. Este dado parece estar de acordo com estudos empíricos que mencionam que um fraco suporte social estará associado a um maior risco de institucionalização (Bowling *et al*, 1991). Ou seja, o facto de um idoso manter poucos laços familiares e/ou de amizade, permite supor que esse idoso entrará com maior probabilidade numa instituição, do que outro que usufrua de maior suporte - o que levará, depois, a que a população residente em Lar apresente normalmente um padrão de poucos contactos sociais ou redes de suporte reduzidas. Nesse sentido, e dada a importância já referida do suporte social para o bem-estar das pessoas mais velhas, torna-se muito importante, tal como afirmam Portero & Oliva (2007), promover a manutenção desses contactos sociais, dado que os mesmos aumentam o nível de satisfação e diminuem o sentimento de solidão - o que pode e deve ser feito com particular relevância nas

instituições residenciais, combatendo o afastamento da família e da comunidade, através de actividades que possibilitem o envolvimento dos idosos com o meio envolvente e que integrem os seus familiares e amigos no quotidiano do contexto institucional.

Por outro lado, os resultados permitem concluir que, apesar de na nossa amostra as redes sociais serem pequenas e, em termos quantitativos, o suporte social efectivo ser reduzido, os níveis de satisfação com o suporte social, em termos qualitativos, apontam para valores médios a altos - o que significa que a maioria dos idosos se encontra satisfeita com o suporte social recebido, pese embora esses contactos não serem muito numerosos e/ou muito frequentes. Poderemos supor, face a estes dados, que as pessoas, quando passam a viver numa instituição, assumem provavelmente que os laços familiares e de amizade irão tornar-se menos presentes na sua vida - em virtude da mudança que ocorre com a entrada em Lar - pelo que se sentirão satisfeitos com esse menor número de contactos sociais e o eventual menor apoio recebido da rede de suporte, situações tidas como naturais e implícitas no seu novo quotidiano. Para além disso, poderá haver um outro aspecto que permite explicar os níveis de satisfação revelados pelos idosos: se a integração no contexto institucional decorrer de forma positiva, a pessoa conseguirá estabelecer novos relacionamentos e integrar-se numa nova rede de suporte que, ao ser percebida como satisfatória, irá contribuir para um sentimento subjectivo de aceitação social, levando a que seja menos necessário recorrer ao suporte familiar e, conseqüentemente, a que a percepção dessa rede primária de apoio seja positiva.

Assim, tendo em conta o nosso estudo, podemos destacar um dado que se torna relevante face aos resultados: a satisfação com o suporte social - mais do que o tamanho e número de contactos da rede social - apresenta-se como um factor decisivo para o bem-estar psicológico, a satisfação de vida e a saúde mental, contribuindo para a existência de atitudes mais positivas acerca do envelhecimento e de níveis menores de agitação. Este padrão de resultados está de acordo com o que é referido pela literatura, sendo vários os estudos que salientam a evidência de uma relação clara entre o suporte social percebido e aspectos como o bem-estar psicológico, o nível de satisfação e a saúde mental (Cukrowicz *et al*, 2008; Ferreira & Sherman, 2007; Fonseca *et al*, 2004; Guedea *et al*, 2006; Paúl, 2005b; Ribeiro, 1999).

De facto, o efeito benéfico do suporte social surge tanto da quantidade efectiva de suporte recebido como do suporte subjectivamente percebido pelo indivíduo. No entanto, à semelhança do que afirma Ramos (2002, 2007), é fundamental ter em conta o carácter das redes de suporte, já que analisar apenas a sua quantidade não é suficiente. Ou seja, a qualidade das relações sociais tem uma importância maior do que a frequência ou quantidade dessas relações, uma vez que a satisfação sentida relativamente aos contactos sociais e à disponibilidade de suporte, é decisiva para a percepção subjectiva que se tem do apoio

recebido (Bowling *et al*, 1991; Carneiro *et al*, 2007). Uma possível explicação para este facto poderá assentar na importância mais decisiva do valor subjectivo que as relações de suporte terão para os sujeitos, por comparação com o número de elementos da rede social. Tal como nos foi referido por alguns idosos durante a investigação, poderemos eventualmente pertencer a uma rede de várias pessoas consideradas próximas, mas se soubermos que não podemos contar com o seu apoio nos momentos em que necessitamos, isso não nos irá servir de muito. Assim, é possível sugerirmos que se torna muito mais importante o carácter qualitativo da rede de suporte e a percepção de satisfação que se possa ter em relação à mesma, sendo que estes factores acabarão por afectar positivamente o bem-estar e a satisfação com a vida.

Esta relação entre a satisfação com o suporte social e a saúde mental / bem-estar psicológico é particularmente evidente nas pessoas idosas - tal como sobressai nos resultados deste estudo e é amplamente referido na literatura (Bishop, Martin & Poon, 2006; Carneiro *et al*, 2007; Ferreira & Sherman, 2007; Jones *et al*, 2003; Krause, 2004; Martins, 2005; Paúl, 1996, 2005b). Tais evidências poderão estar relacionadas com o facto de a velhice ser, frequentemente, um período da vida caracterizado por maior fragilidade, dependência, doenças e dificuldades várias, pelo que a possibilidade de poder usufruir de relações de suporte satisfatórias constitui-se como uma mais-valia real, que pode facilitar o dia-a-dia dos mais velhos e a resolução de situações difíceis - melhorando a sua qualidade de vida e, conseqüentemente, o bem-estar psicológico e a percepção que têm da sua própria existência.

De acordo com os resultados obtidos, verificamos que as médias de bem-estar psicológico e de saúde mental não diferem de forma estatisticamente significativas em função da idade. Porém, em termos globais, as médias apontam para valores muito baixos no que respeita ao bem-estar psicológico e ao estado de saúde mental na grande maioria dos idosos da nossa amostra. Este dado parece contradizer as conclusões de diversas pesquisas, que indicam que a satisfação com a vida - dimensão integrante do bem-estar psicológico - aumenta com a idade (Kunzmann, Little & Smith, 2000 *in* Guedea *et al*, 2006), havendo referências na literatura que apontam para o facto de a satisfação com a vida se manter estável e não diminuir com a idade ou, em alguns casos, até aumentar (Fernández-Ballesteros *et al*, 1999; Jones *et al*, 2003; Paúl, 1992; Xavier & Leal, 2006). Tal poderá ser explicado pelo facto de a investigação ter decorrido num contexto específico de lares residenciais, o que acarreta um significado muito particular para a grande maioria das pessoas, que encaram essa situação como uma etapa final das suas vidas, muitas vezes escolhida não por opção, mas por necessidade. Neste sentido, é inevitável que essa percepção negativa influencie o bem-estar psicológico e a saúde mental, não se verificando, pois, os níveis de satisfação com a vida referidos na literatura.

À semelhança de um estudo realizado por Cummings (2002) em residências assistidas para idosos, verificamos que os homens apresentam níveis superiores de bem-estar psicológico ( $M = 6,86$ ;  $D.P. = 2,95$ ), e também de saúde mental ( $M = 60,91$ ;  $D.P. = 18,06$ ), por comparação com os resultados obtidos pelas mulheres no bem-estar psicológico ( $M = 5,03$ ;  $D.P. = 3,33$ ) e na saúde mental ( $M = 50,48$ ;  $D.P. = 20,60$ ), diferenças que são estatisticamente significativas. Os sujeitos do sexo masculino mostram ainda níveis maiores de satisfação, atitudes mais positivas face ao envelhecimento e menor agitação, do que os sujeitos do sexo feminino - o que vai de encontro à evidência empírica (Paúl *et al*, 2005). Uma possível explicação para esta disparidade poderá assentar no facto de, provavelmente, os homens lidarem melhor com o processo de envelhecimento do que as mulheres, uma vez que estas sofrem alterações fisiológicas mais acentuadas - que nos homens são de menor intensidade - que acabam por ter maior impacto na saúde psicológica e na forma como elas avaliam a sua vida na fase da velhice. Outra possível explicação tem a ver com a maior longevidade verificada no sexo feminino, o que poderá implicar que a média de idades nesta faixa da população seja diferente em cada um dos géneros, significando maior percentagem de mulheres em idade avançada - fase onde, muitas vezes, a qualidade de vida é menor e, por isso, também os níveis de satisfação e saúde mental serão mais baixos.

Verificam-se igualmente diferenças estatisticamente significativas no bem-estar psicológico em função do estado civil, com os solteiros a apresentarem os níveis mais elevados ( $M = 8,33$ ;  $DP = 3,75$ ), seguidos dos casados ( $M = 5,75$ ;  $DP = 2,63$ ) e dos viúvos ( $M = 4,86$ ;  $DP = 3,14$ ). Estes dados diferem do que se encontra na literatura, já que se considera que a situação de casado constitui um preditor do bem-estar (Chatters, 1988 in Paúl, 1992) e que os indivíduos casados apresentam maior satisfação de vida (Paúl *et al*, 2005). Poderemos supor que, nos idosos institucionalizados, tal padrão não se observe, uma vez que os solteiros - que, em princípio, terão uma rede de suporte mais reduzida, ou talvez menos presente - sentir-se-ão mais apoiados no Lar e, conseqüentemente, terão maior bem-estar e satisfação. Ao contrário, os casados e viúvos - que terão redes sociais mais alargadas ou, eventualmente, contactos mais frequentes - não reconhecerão a instituição como a fonte de suporte preferencial e, assim, os sentimentos de insatisfação serão mais evidentes e o bem-estar psicológico sentido será menor. Esta eventual relação poderá explicar também a existência de atitudes mais positivas acerca do próprio envelhecimento nos sujeitos solteiros da nossa amostra, em comparação com os casados e com os viúvos, dado que os solteiros poderão encarar mais positivamente a sua velhice no contexto de Lar. Porém, seria necessário analisar esta questão em outros estudos com amostras maiores e de outras instituições, no sentido de procurar confirmar estes resultados e os factores explicativos a eles associados.

Em termos das habilitações literárias, verificam-se atitudes mais positivas face ao envelhecimento nos sujeitos que sabem ler e escrever e nos que completaram a 4ª classe, sendo que os sujeitos com habilitações superiores à 4ª classe e os analfabetos apresentam atitudes mais negativas sobre o seu envelhecimento, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Possivelmente, tais resultados poderão ser explicados pelo facto de os sujeitos com mais habilitações terem, por inerência, um percurso de vida com rotinas e vivências muito diferentes das que têm na actualidade, o que faz com que as perdas associadas à velhice e a entrada em Lar sejam sentidas como um impedimento muito negativo face ao tipo de vivências e actividades a que estavam habituados. No pólo oposto a nível de habilitações, os sujeitos analfabetos poderão sentir mais dificuldades em se integrarem no contexto de Lar e em estabelecerem uma nova rotina, tendo, por isso, menor capacidade para darem um sentido positivo a essa etapa da sua vida. Assim, por razões diferentes, estes dois grupos apresentam as atitudes menos positivas. Por sua vez, os sujeitos com algumas habilitações - pelo menos, saberem ler e escrever - terão competências para poder mais facilmente integrar-se em actividades e ocupar o seu tempo no lar, o que contribuirá para uma visão positiva desta fase da velhice. Estes resultados, e as possíveis variáveis que os poderão explicar, necessitam obviamente de ser melhor estudados em futuras investigações, até porque não encontramos na literatura estudos que tivessem em consideração as habilitações literárias na sua análise.

Quanto ao nível de rendimento auferido, observa-se que o mesmo não influencia de forma estatisticamente significativa o bem-estar psicológico e a saúde mental. No entanto, a literatura refere que o estatuto sócio-económico está relacionado com a satisfação de vida e o bem-estar nos idosos (Bishop, Martin & Poon, 2006; Krause, 2004; Sequeira & Silva, 2002). Por outro lado, a disponibilidade de verba para gastos pessoais apresenta significância estatística no bem-estar psicológico e na saúde mental, assim como nos níveis de agitação, com os sujeitos que dispõem de verbas para gastos a apresentarem melhores resultados do que os sujeitos que não dispõem dessas verbas. Estes dados poderão ser explicados pelo facto de, no que respeita aos idosos que residem em Lar, o estatuto económico não ter uma tão grande relevância, dado que a maioria dos rendimentos são direccionados para o pagamento à instituição das mensalidades e de outros serviços prestados. Assim, o factor que assume maior importância é a possibilidade de dispôr de verbas para gerir, e que, dando aos idosos uma sensação de autonomia e independência, poderá afectar positivamente o seu bem-estar psicológico e saúde mental. Poderemos considerar, então, que os resultados encontrados não estarão totalmente em desacordo face à evidência empírica.

Um outro dado que sobressai da análise, é o facto de os sujeitos que apontam um maior grau de satisfação com a instituição apresentarem um estado de saúde mental mais

positivo ( $M = 65,56$ ;  $DP = 19,84$ ) do que os sujeitos com menor grau de satisfação com a instituição ( $M = 43,43$ ;  $DP = 20,08$ ), diferenças que são estatisticamente significativas. Poderemos supor, assim, que os idosos que se encontram mais satisfeitos com a vivência no contexto institucional estarão provavelmente melhor integrados e terão conseguido encontrar um quotidiano satisfatório, o que contribuirá para uma melhor saúde mental.

Por último, é importante salientar que os resultados da nossa investigação vão ao encontro das conclusões de outros estudos realizados com a Escala de Ânimo, os quais evidenciam também o papel decisivo das redes de suporte social para o bem-estar psicológico nos idosos, nomeadamente a qualidade desse suporte e a satisfação dos sujeitos em relação ao apoio recebido (Jones *et al*, 2003; Paúl *et al*, 2005; Sequeira & Silva, 2002) - factores que, por esse motivo, devem ser tidos em conta quando se estuda o bem-estar nas pessoas idosas.

## **CONCLUSÃO**

Desde há muito que a investigação no âmbito do envelhecimento se debruça sobre o tema da satisfação de vida nas pessoas idosas (Fonseca, 2006; Krause, 2004), sendo este um construto essencial quando se pretende analisar as variáveis que contribuem para um envelhecimento bem-sucedido. Neste sentido, torna-se importante compreender o que influencia - quer de forma positiva, quer de forma negativa - a satisfação e o bem-estar psicológico na velhice (Guedea *et al*, 2006; Sequeira & Silva, 2002).

De entre os vários factores implicados nessas dimensões, o suporte social assume particular relevância, o que tem levado diversos autores a explorar o papel desempenhado pelas redes sociais nos mais diversos domínios da vida das pessoas idosas (Abrunheiro, 2005; Cummings, 2002; Ornelas, 2008), desde os aspectos físicos aos psicológicos, passando pela gestão das alterações associadas ao processo de envelhecimento - contribuindo, assim, para a promoção de uma saúde mental positiva e de um sentimento geral de bem-estar.

No campo de pesquisa associado à área do suporte social, surge em particular o interesse crescente dedicado à importância da qualidade das relações de suporte para a satisfação de vida nas pessoas idosas (Ferreira & Sherman, 2007; Paúl, 2005b), sendo essa percepção subjectiva um importante preditor de equilíbrio psicológico e adaptação à velhice.

O estudo que desenvolvemos pretende constituir um contributo importante para o esclarecimento destas questões, em especial no contexto específico das instituições residenciais - uma vez que estas últimas representam uma opção cada vez mais frequente para as pessoas idosas, que permanecem nos lares durante um período bastante significativo das suas vidas. Assim, foi nosso objectivo estudar a relação entre suporte social e bem-estar

psicológico - o que vem sendo amplamente investigado - no âmbito concreto do contexto institucional, pretendendo-se acrescentar uma mais-valia que permita retirar implicações práticas importantes para o futuro. Ou seja, ao compreendermos melhor como os mais velhos encaram e avaliam o suporte que é disponibilizado pelas redes sociais, e ao analisarmos a influência destes factores para a sua satisfação de vida, adquirimos competências para desenvolver um conjunto de acções e recursos que promovam um quotidiano mais satisfatório para os idosos que se encontram em Lar - estimulando a saúde mental e o bem-estar psicológico de quem vive nas instituições.

Os resultados encontrados permitem verificar o papel que cada uma das variáveis desempenha na complexa interacção entre a satisfação social e o estado de ânimo nos idosos, na qual interferem ainda as características inerentes a cada situação de vida e cuja influência é decisiva para uma visão positiva do envelhecimento. Deste modo, foi possível adquirir uma perspectiva mais completa da realidade que envolve os idosos residentes nas instituições do concelho da Covilhã, que compreende uma diversidade de situações e vivências, distintas dinâmicas familiares e sociais, níveis variados de bem-estar psicológico, satisfação e saúde mental. Essa visão abrangente permite compreender a importância de estratégias de intervenção eficazes no que respeita à integração social e à valorização do lugar que as pessoas idosas ocupam nas redes familiares e de amigos, pois ao promovermos boas relações de suporte, teremos indivíduos mais satisfeitos e com melhor saúde psicológica.

Muitos outros factores ficaram por explorar, nomeadamente, a saúde física, o nível de actividade, as atitudes, os traços de personalidade, os estados de humor e o contexto ambiental, entre outras variáveis, que a literatura aponta como sendo aspectos relevantes para o bem-estar psicológico nos mais velhos (Barros de Oliveira, 2005; Bishop, Martin & Poon, 2006; Paúl, 1996; Sequeira & Silva, 2002). Assim, em nossa opinião, esta linha de investigação constitui-se como um desafio para todos quanto pretendem contribuir para uma melhor compreensão da problemática do bem-estar na velhice.

Sendo o suporte social um preditor da satisfação de vida (Bishop, Martin & Poon, 2006), em especial nas pessoas idosas, ao contribuir para reduzir a solidão e a agitação, e para fomentar atitudes mais positivas acerca do processo de envelhecimento, algumas questões importantes se levantam. Assim, haverá diferenças ao nível do bem-estar psicológico entre os idosos que residem em Lar e os que vivem no seu domicílio? Que razões poderão explicar essas diferenças? Que outros factores, para além do suporte social, influenciarão o bem-estar e a saúde mental na velhice? De que forma poderemos promover a integração social dos idosos que se encontram em instituições residenciais? Como desenvolver sentimentos mais positivos em relação ao processo de envelhecimento e potenciar a manutenção de um sentido de

integridade nas pessoas idosas? Estas - e outras questões - que surgem na sequência da discussão dos resultados deste estudo, salientam a importância de pesquisas futuras que ajudem a clarificar as inter-relações entre os diferentes factores implicados na problemática do bem-estar psicológico no contexto específico do processo de envelhecimento.

Dado que o aumento da longevidade e da esperança de vida se apresenta como uma realidade nas sociedades contemporâneas, dependerá de todos nós uma mudança de paradigma no sentido de fazer das pessoas idosas elementos úteis, activos e integrados. Para isso, é fundamental envolvê-las nas dinâmicas familiares e sociais, pois uma percepção positiva do valor pessoal e do apoio disponível contribui significativamente para um envelhecimento saudável e bem-sucedido - diminuindo a necessidade de institucionalização ou, quando tal se verifica, potenciando uma melhor adaptação a essa realidade e uma maior satisfação em relação ao seu novo quotidiano.

## REFLEXÃO FINAL

Chegados ao final deste percurso, é tempo de reflectir acerca do caminho percorrido durante o último ano. Por entre dúvidas, dificuldades e algumas incertezas, podemos afirmar que os objectivos a que nos propusemos foram atingidos.

As Actividades de Avaliação e de Intervenção implicaram a realização de um exercício de análise muito enriquecedor em relação ao que foi realizado no período de estágio, possibilitando uma revisão crítica do que foi feito, do que poderia ter sido feito, dos pontos positivos e negativos, das aprendizagens realizadas. Foi igualmente de grande importância a aquisição de novos conhecimentos, a revisão de literatura mais actual acerca dos quadros clínicos e das suas especificidades, bem como a actualização dos procedimentos de avaliação e das técnicas de intervenção cognitivo-comportamentais. Neste sentido, pensamos que as nossas competências clínicas foram melhoradas e reforçadas, o que se traduzirá numa prática profissional mais sólida e qualificada.

As Actividades de Investigação permitiram-nos desenvolver conhecimentos científicos e aprofundar metodologias de investigação, nomeadamente capacidades de pesquisa e fundamentação teórica, de análise estatística, de tratamento de dados e de discussão crítica de resultados. O trabalho realizado neste âmbito revelou-se deveras interessante e enriquecedor, não apenas pela possibilidade de planificar e desenvolver um estudo científico, mas também porque o tema em causa se relaciona muito particularmente com a nossa actividade profissional. Assim, além de desenvolvermos as nossas competências de investigação, tivemos igualmente oportunidade de analisar uma problemática com especial relevância na faixa etária mais avançada - o que nos permite compreender melhor as especificidades da população idosa e direccionar a nossa intervenção para aspectos que podem influenciar positivamente o bem-estar e equilíbrio psicológico das pessoas mais velhas com quem trabalhamos no dia-a-dia.

Em suma, consideramos que as aprendizagens realizadas irão contribuir decisivamente para o nosso desempenho profissional, e esperamos ter conseguido transmitir através do presente relatório as competências de avaliação, de intervenção e de investigação que adquirimos e desenvolvemos no contexto do Mestrado em Psicologia.



## BIBLIOGRAFIA

- Abrunheiro, L. M. M. (2005). A satisfação com o suporte social e a qualidade de vida no doente após transplante hepático. Retirado em 09 de Dezembro de 2008: <http://www.psicologia.com.pt>
- Albuquerque, A. S. & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153-164.
- Albuquerque, C. M. S. & Oliveira, C. P. F. (2002). Características psicológicas associadas à saúde: A importância do auto-conceito. *Millenium – Revista do ISPV*, 26. Retirado em 11 de Maio de 2009: [http://www.ipv.pt/millenium/Millenium26/26\\_22.htm](http://www.ipv.pt/millenium/Millenium26/26_22.htm)
- Alloy, L. B. (2001). The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Negative interpersonal context leads to personal vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 25(4), 349-351.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Tashman, N. A., Berrebbi, D. S., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Crossfield A. G. & Morocco, A. (2001). Developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Parenting, cognitive and inferential feedback styles of the parents of individuals at high and low cognitive risk for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25(4), 397-423.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D. & Neeren, A. M. (2006). Cognitive vulnerability to unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(7), 726-754.
- Almeida, L. S., Simões, M. R., Machado, C. & Gonçalves, M. M. (Coord.) (2004). *Avaliação Psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. II). Coimbra: Quarteto Editora.
- Almiro, P. A. & Lucas, S. (2007). Depressão, Dimensões de Personalidade e Estratégias de *Coping* numa Amostra de Mulheres Portuguesas. *Psychiatry on line Brasil*, 12(5). Retirado em 19 de Maio de 2009: <http://www.polbr.med.br/ano07/art0507a.php>

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed. – revisão de texto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Antonucci, T. C. (1990). Social supports and social relationships. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (3ª Ed.) (pp. 205-226). San Diego: Academic Press.
- Arroteia, J. C. & Cardoso, A. P. O. (2006). O envelhecimento da população portuguesa: responsabilidade social e cidadania. *Psychologica*, 42, 9-24.
- Ashby, J. S., Kottman, T. & Schoen, E. (1998). Perfectionism and eating disorders reconsidered. *Journal of Mental Health Counseling*, 20(3), 261-280.
- Backs, B. J. & Dobson, K. S. (2000). Cognitive Therapy for Depression: Conceptual and Empirical Issues. *Psiquiatria Clínica*, 21(2), 107-123.
- Baker, J. P. & Berenbaum, H. (2007). Emotional approach and problem-focused coping: A comparison of potentially adaptive strategies. *Cognition and Emotion*, 21(1), 95-118.
- Baltes, P. B. & Mayer, K. U. (Eds.) (1999). *The Berlin Aging Study – Aging from 70 to 100*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barros de Oliveira, J. H. (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso*. Porto: Legis Editora/Livpsic
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A. & Associates. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.

- Beck, J. S. (2007). *Terapia Cognitiva: Teoria e Prática*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Beekman, A. T. F., Penninx, B. W. J., Deeg, D. J. H., Beurs, E., Geerlings, S. W. & Tilburg, W. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatr Scand*, *105*, 20-27.
- Benetti, S. P. C. & Cunha, T. R. S. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *60*(2), 48-59.
- Bento, M. F. C. (1997). *Auto-Conceito e Participação Social do Estudante do Ensino Superior*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Beswick, G. & Mann, L. (1994). State orientation and procrastination. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Volition and Personality: Action versus State Orientation* (pp. 391-396). New York: Plenum Press.
- Bishop, A. J., Martin, P. & Poon, L. (2006). Happiness and congruence in older adulthood: a structural model of life satisfaction. *Aging & Mental Health*, *10*(5), 445-453.
- Blackburn, I. M. (1996). Cognitive Vulnerability to Depression. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 250-266). New York: The Guilford Press.
- Botella, C. & Vaca, M. P. (1997). Tratamiento Cognitivo-Conductual de la Hipocondría. In V. Caballo (Ed.), *Manual Para El Tratamiento Cognitivo-Conductual De Los Trastornos Psicológicos* (Vol. 1, pp. 355-406). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Bowling, A., Farquhar, M. & Browne, P. (1991). Life satisfaction and associations with social network and support variables in three samples of elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *6*, 549-566.
- Brougham, R.; Zail, C.; Mendoza, C. & Miller, J. (2009). Stress, sex differences, and coping strategies among college students. *Current Psychology*, *28*(2), 85-97.

- Brown, G. P. & Beck, A. T. (2002). Dysfunctional Attitudes, Perfectionism and Models of Vulnerability to Depression. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism – Theory, Research and Treatment* (pp. 231-252). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Brown, T. A., O’Leary, T. & Barlow, D. H. (1993). Generalized Anxiety Disorder. In D. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (2ª Ed.) (pp. 137-188). New York: The Guilford Press.
- Buela-Casal, G. & Sierra, J. C. (1997). Concepto de evaluación psicológica. In G. Buela-Casal & J. C. Sierra (Eds.), *Manual de Evaluación Psicológica – Fundamentos, técnicas y aplicaciones* (1ª Ed.) (pp. 71-101). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Bui, N. H. (2007). Effect of evaluation threat on procrastination behavior. *The Journal of Social Psychology*, 147(3), 197-209.
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E. et al (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 366-369.
- Burns, D. D. (1989). *The Feeling Good Handbook*. New York: William Morrow.
- Burns, D. D. & Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive-behavioral therapy: Does it really make a difference?. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. ?). New York: The Guilford Press.
- Burns, L. R., Dittmann, K., Nguyen, N. L. & Mitchelson, J. K. (2000). Academic procrastination, perfectionism, and control: Associations with vigilant and avoidant coping. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15(5), 35-46.
- Butler, G. (1997). Distúrbios Fóbicos. In K. Hawton, P. M., Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), *Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos – Um Guia Prático* (pp. 139-184). São Paulo: Martins Fontes Editora.

- Caballo, V. (1996). Trastornos de la Personalidad por Dependencia, Obsesivo-Compulsivo y No Especificados. In V. Caballo, G. Buela-Casal & J. A. Carrobles (Eds.), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos* (Vol. 2, pp. 159-204). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Caballo, V., Andrés, V. & Bas, F. (1997). Fobia Social. In V. Caballo (Ed.), *Manual Para El Tratamiento Cognitivo-Conductual De Los Trastornos Psicológicos* (Vol. 1, pp. 25-88). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Calvetti, P. U., Ludwig, M. W., Redivo, L. B., Menegat, C. B. & Müller, M. C. (2007). A Bioética na Pesquisa em Psicologia. Retirado em 11 de Fevereiro de 2009: <http://www.psicologia.com.pt>
- Cardoso, R. M., Moura, L., Pais, A. B. & Veríssimo, R. F. B. (1986). O auto-conceito e as perturbações psicopatológicas de nível neurótico. *Psiquiatria Clínica*, 7(3), 189-193.
- Carmona, F. S. (1995). Idosos. *Psiquiatria Clínica*, 16(2), 117-125.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D. & Prette, A. D. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Castro-Fornieles, J., Gual, P., Lahortiga, F., Gila, A., Casulà, V., Fuhrmann, C., Imirizaldu, M., Saura, B., Martínez, E. & Toro, J. (2007). Self-oriented Perfectionism in Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40(6), 562-568.
- Channon, S. & Wardle, J. (1994). Transtornos Alimentares. In J. Scott, J. M. Williams & A. T. Beck (Eds.), *Terapia Cognitiva na Prática Clínica* (pp. 155-191). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Choi, J. N. & Moran, S. V. (2009). Why not procrastinate? Development and validation of a new active procrastination scale. *The Journal of Social Psychology*, 149(2), 195-211.

- Chu, A. H. C. & Choi, J. N. (2005). Rethinking procrastination: Positive effects of “active” procrastination behavior on attitudes and performance. *The Journal of Social Psychology*, 145(3), 245-264.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Clark, D. M. (1997). Estados de Ansiedade: Pânico e ansiedade generalizada. In K. Hawton, P. M., Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), *Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos – Um Guia Prático* (pp. 75-137). São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Clemence, A. J., Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Strassle, C. G. & Handler, L. (2005). Facets of the therapeutic alliance and perceived progress in psychotherapy: Relationship between patient and therapist perspectives. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 443-454.
- Cook, P. (2000). Effects of counselors’ etiology attributions on college students’ procrastination. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 352-361.
- Cordo, M. (2001). Ocupar/Reabilitar, que legitimidade ética na 3ª idade. *Hospitalidade*, 254, 9-13.
- Costa, E. & Leal, I. (2004). Estratégias de *coping* e saúde mental em estudantes universitários de Viseu. In J. Ribeiro e I. Leal (Coord.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 157-162). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. Retirado em 08 de Maio de 2009: <http://www.isabel-leal.com>
- Costa, E. S. & Leal, I. P. (2006). Estratégias de *coping* em estudantes do Ensino Superior. *Análise Psicológica*, 24(2), 189-199.
- Costa, M. D. S. (2007). *Procrastinação, auto-regulação e género*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade do Minho. Braga. Retirado em 07 de Maio de 2009: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/6961>

- Coyne, J. & Holroyd, K. (1982). Coping and illness: A transactional perspective. In T. Millon, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp. 109-136). New York: Plenum Press.
- Craig, G. J. (1999). *Human Development* (8ª Ed.). New Jersey: Prentice-Hall.
- Craske, M. G. & Barlow, D. H. (1993). Panic Disorder and Agoraphobia. In D. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (2ª Ed.) (pp. 1-47). New York: The Guilford Press.
- Crino, R. D. (1999). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 12(2), 151-155.
- Critchfield, K. L., Henry, W. P., Castonguay, L. G. & Borkovec, T. D. (2007). Interpersonal Process and Outcome in variants of Cognitive-Behavioral Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 63(1), 31-51.
- Cukrowicz, K. C., Franzese, A. T., Thorp, S. R., Cheavens, J. S. & Lynch, T. R. (2008). Personality traits and perceived social support among depressed older adults. *Aging & Mental Health*, 12(5), 662-669.
- Cummings, S. M. (2002). Predictors of psychological well-being among assisted-living residents. *Health & Social Work*, 27(4), 293-302.
- Cunha, M. (1996). *A Visão de Si Mesmo e dos Outros na Ansiedade Social*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Cunha, M. & Gouveia, J. P. (1997). Avaliação clínica da Fobia Social. *Psiquiatria Clínica*, 18(4), 313-331.
- Deacon, B. & Abramowitz, J. S. (2008). Is Hypochondriasis related to Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, or both? An Empirical Evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 22(2), 115-127.

Decreto-Lei n.º 241/94. DR 220/94 SÉRIE I-A de 1994-09-22. Retirado em 30 de Janeiro de 2009: [http:// www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)

DeRubeis, R. J., Tang, T. Z. & Beck, A. T. (2006). Terapia cognitiva. In K. S. Dobson e colaboradores, *Manual de Terapias Cognitivo-Comportamentais* (2ª Ed.) (pp. 269-299). Porto Alegre: Artmed Editora.

Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., Wilmers F. & Schauenburg, H. (2008). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3), 344-354.

Dinis, C. (2003). Envelhecimento e qualidade de vida no concelho de Faro. *Psiquiatria Clínica*, 24(2), 107-123.

Dobson, K. S. (1999). Cognitive vulnerability to depression. *Canadian Psychology*, 40(3), 273-274.

Dugas, M. J. & Ladouceur, R. (1997). Análisis y Tratamiento del Trastorno por Ansiedad Generalizada. In V. Caballo (Ed.), *Manual Para El Tratamiento Cognitivo-Conductual De Los Trastornos Psicológicos* (Vol. 1, pp. 211-240). Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Everly, G. S. (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. New York: Plenum Press.

Fava, G. A. & Mangelli, L. (2001). Hypochondriasis and Anxiety Disorders. In V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis: Modern Perspectives on an Ancient Malady* (pp. ?). Oxford: Oxford University Press.

Fairburn, C. & Cooper, P. (1997). Distúrbios Alimentares. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), *Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos – Um Guia Prático* (pp. 391-443). São Paulo: Martins Fontes Editora.

Fee, R. L. & Tangney, J. P. (2000). Procrastination: A means of avoiding shame or guilt?. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15(5), 167-184.

- Fehm, L., Hoyer, J., Schneider, G., Lindemann, C. & Klusmann, U. (2008). Assessing post-event processing after social situations: a measure based on the cognitive model for social phobia. *Anxiety, Stress, & Coping*, 21(2), 129-142.
- Feller, C. P. & Cottone, R. R. (2003). The importance of empathy in the therapeutic alliance. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 42, 53-61.
- Fennell, M. (1997). Depressão. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), *Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos – Um Guia Prático* (pp. 241-331). São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso* (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernández-Ballesteros, R., Fresneda, R. M., Martínez, J. I. & Zamarrón, M. D. (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ferrari, J. R., Driscoll, M. & Díaz-Morales, J. F. (2007). Examining the self of chronic procrastinators: Actual, ought, and undesired attributes. *Individual Differences Research*, 5(2), 115-123.
- Ferrari, J. R., Johnson, J. L. & McCown, W. G. (1995). *Procrastination and Task Avoidance – Theory, Research and Treatment*. New York: Plenum Press.
- Ferreira, V. M. & Sherman, A. M. (2007). The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis. *Aging & Mental Health*, 11(1), 89-98.
- Ferrier-Auerbach, A. G. & Martens, M. P. (2009). Perceived Incompetence Moderates the Relationship Between Maladaptive Perfectionism and Disordered Eating. *Eating Disorders*, 17, 333-344.
- Fleck, M., Lima, A. F., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. & Camey, S. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*, 36(4), 431-438.

- Flett, G. L. & Hewitt, P. L. (2002). Perfectionism and Maladjustment: An Overview of Theoretical, Definitional and Treatment Issues. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism – Theory, Research and Treatment* (pp. 5-31). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Flett, G. L., Hewitt, P. L. & Martin, T. R. (1995). Dimensions of perfectionism and procrastination. In J. R. Ferrari, J. L. Johnson & W. G. McCown (Eds.), *Procrastination and Task Avoidance – Theory, Research and Treatment* (pp. 113-136). New York: Plenum Press.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento – Uma abordagem psicológica* (2ª Ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. M., Paúl, C., Martín, I. & Amado, J. (2004). Condição psicológica de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal: Um estudo de caso. Comunicação apresentada no II Congresso de Estudos Rurais, Angra do Heroísmo. Retirado em 15 de Janeiro de 2009: [http://www.sper.pt/IICER/pdfs/Tema2/A\\_Fonseca.pdf](http://www.sper.pt/IICER/pdfs/Tema2/A_Fonseca.pdf)
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* (1ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Franck, E., Raedt, R. D., Houwer, J. D. (2008). Activation of latent self-schemas as a cognitive vulnerability factor for depression: The potential role of implicit self-esteem. *Cognition and Emotion*, 22(8), 1588-1599.
- Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J. M., Vásquez-Arévalo, R., López-Aguilar, X. & Álvarez-Rayón, G. (2005). Perfectionism and Eating Disorders: A Review of the Literature. *European Eating Disorders Review*, 13, 61-70.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. & Simon, K. M. (1990). *Clinical Applications of Cognitive Therapy*. New York: Plenum Press.

- Frewen, P. A. & Dozois, D. J. A. (2006). Self-worth appraisal of life events and Beck's congruency model of depression vulnerability. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20(2), 231-240.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (2009). The relationship between problem-solving efficacy and coping amongst Australian adolescents. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(1), 51-64.
- Galinha, I. & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6(2), 203-214.
- Garfield, S. L. (1980). *Psychotherapy: An Eclectic-Integrative Approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Goldfried, M. R. (1998). Psychotherapy as coping skills training. In J. M. Mahoney (Ed.), *Psychotherapy Process: Current Issues and Future Directions* (pp. 89-115). New York: Plenum Press.
- Goldner, E. M., Cockell, S. J. & Srikaneswaran, S. (2002). Perfectionism and Eating Disorders. In G. L. Flett & P. L. Hewitt (Eds.), *Perfectionism – Theory, Research and Treatment* (pp. 319-341). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Gomes, M. A. M. (2007). *Auto-conceito/Auto-estima e Rendimento Escolar em Alunos do 2º e 3º Ciclos do Ensino Básico – Contributo para melhorar a comunicação e o bem-estar em contexto escolar*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Aberta. Lisboa. Retirado em 11 de Maio de 2009: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/handle/10400.2/699>
- Gomes, M. C. & Ribeiro, J. (2001). Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjectivo em doentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 35-45.
- Gonçalves, M. M., Simões, M. R., Almeida, L. S. & Machado, C. (2003). Contributos para a divulgação de instrumentos de avaliação psicológica. In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida & C. Machado (Coord.), *Avaliação Psicológica – Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. I, pp. 7-13). Coimbra: Quarteto Editora.

- Gonçalves, O. (1999). *Introdução às Psicoterapias Comportamentais*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, O. (2000). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. Porto: Edições Afrontamento.
- Gouveia, J. A. P. (1990). *Factores Cognitivos de Vulnerabilidade para a Depressão*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Gouveia, J. P. (1997a). Fobia Social: Conceito, critérios de diagnóstico, epidemiologia e características clínicas. *Psiquiatria Clínica*, 18(4), 279-293.
- Gouveia, J. P. (1997b). Modelos cognitivos de Fobia Social: Conceptualizações teóricas, apoio empírico e implicações terapêuticas. *Psiquiatria Clínica*, 18(4), 295-311.
- Gouveia, J. P. (2000). *Ansiedade Social: da timidez à fobia social*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B. & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do bem-estar subjetivo, estratégias de enfrentamento e apoio social em idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 301-308.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J. & Clark, D. M. (1997). *Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos – Um Guia Prático*. São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Haycock, L. A., McCarthy, P. & Skay, C. L. (1998). Procrastination in college students: The role of self-efficacy and anxiety. *Journal of Counseling and Development*, 76(3), 317-325.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário* (2ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 193-209.

- Holahan, C. J., Moos, R. H. & Schaefer J. A. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research and Applications* (pp. 25-46). New York: John Wiley & Sons.
- Holander, E., Kwon, J. H., Stein, D. J. *et al* (1998). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *Year Book of Psychiatry and Applied Mental Health*, 10, 437-438.
- Hope, D. A. & Heimberg, R. G. (1993). Social Phobia and Social Anxiety. In D. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (2<sup>a</sup> Ed.) (pp. 99-136). New York: The Guilford Press.
- Howell, A. J. & Buro, K. (2009). Implicit beliefs, achievement goals, and procrastination: A mediational analysis. *Learning and Individual Differences*, 19, 151-154.
- Hunt, M. & Forand, N. R. (2005). Cognitive vulnerability to depression in never depressed subjects. *Cognition and Emotion*, 19(5), 763-770.
- Janssen, T. & Carton, J. S. (1999). The effects of locus of control and task difficulty on procrastination. *The Journal of Genetic Psychology*, 160(4), 436-443.
- Jones, T. G., Rapport, L. J., Hanks, R. A., Lichtenberg, P. A. & Telmet, K. (2003). Cognitive and psychosocial predictors of subjective well-being in urban older adults. *The Clinical Neuropsychologist*, 17(1), 3-18.
- Kendall, P. C., Kipnis, D. & Otto-Salaj, L. (1992). When clients don't progress: Influences on and explanations for lack of therapeutic progress. *Cognitive Therapy and Research*, 16(3), 269-281.
- Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(Supl II), S54-64.
- Krause, N. (2004). Life trauma, emotional support, and life satisfaction among older adults. *The Gerontologist*, 44(5), 615-623.

- Langhoff, C., Baer, T., Zubraegel D. & Linden M. (2008). Therapist-patient alliance, patient-therapist alliance, mutual therapeutic alliance, therapist-patient concordance, and outcome of CBT in GAD. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 22(1), 68-79.
- Lawton, M.P. (2003), Lawton's PGC Morale Scale [Morale Scale created by M. Powell Lawton (1923-2001) while at the Polisher Research Institute of the Philadelphia Geriatric Center (now known as the Abramson Center for Jewish Life)]. Retirado em 16 de Janeiro de 2009: <http://www.abramsoncenter.org/PRI/>
- Leahy, R. L. (2006). *Técnicas de Terapia Cognitiva – Manual do Terapeuta*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Leal, I. P. (1992). Investigação em Psicologia da Saúde: Algumas considerações. *Análise Psicológica*, 10(2), 249-251.
- Lima, M. P. (2000). As ideias que temos – Os idosos que somos: A perspectiva da Psicologia em relação ao estudo e à intervenção na terceira idade. *Psiquiatria Clínica*, 21(2), 149-152.
- Lima, M. P. (2004). *Posso Participar? – Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos* (1ª Ed.). Porto: Ambar.
- Linehan, M. & Kehrer, C. (1993). Borderline Personality Disorder. In D. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (2ª Ed.) (pp. 396-441). New York: The Guilford Press.
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., Kruse, W. R., Beck, J. C. & Stuck, A. E. (2006). Performance of an Abbreviated Version of the Lubben Social Network Scale Among Three European Community-Dwelling Older Adult Populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503–513.
- Lunt, I. (2008). Psychologist qualifications in Europe: Common standard for quality and mobility. *Australian Psychologist*, 43(4), 222-230.

- Macedo, A. F. & Pocinho, F. E. (1993). Hipocondria. *Psiquiatria Clínica*, 14(3), 171-180.
- Macedo, A. & Pocinho, F. (2000). *Obsessões e Compulsões: As Múltiplas Faces de uma Doença*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Macedo, A., Pocinho, F., Soares, M. J., Dourado, A., Campos, C., Domingues, O., Azevedo, M. H. P. & Pato, M. (2002). Perfeccionismo: Uma dimensão fenotípica comum aos fenómenos obsessivos e distúrbios alimentares?. *Psiquiatria Clínica*, 23(3), 163-174.
- Macedo, A., Soares, M. J., Gomes, A., Marques, M., Pereira, A. T., Maia, B., Bos, S., Pato, M. & Azevedo, M. H. (2006). Comportamento alimentar e perfeccionismo. *Psiquiatria Clínica*, 27(4), 297-307.
- Macedo, A. F., Soares, M. J., Maia, B., Pereira, A. T., Marques, M., Bos, S., Gomes, A. A. & Azevedo, M. H. (2007). Perfeccionismo e psicopatologia. *Psiquiatria Clínica*, 28(2,3), 5-14.
- Magariños, M., Zafar, U., Nissenon, K. & Blanco, C. (2002). Epidemiology and Treatment of Hypochondriasis. *CNS Drugs*, 16(1), 9-22
- Maia, B. R. (2005). *Perfeccionismo e Perturbações do Espectro Obsessivo-Compulsivo – Resultados Preliminares*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Maia, B. R., Pereira, A. T., Soares, M. J., Bos, S., Cabral, A., Valente, J., Macedo, A., Pocinho, F. & Azevedo, M. H. P. (2006). Perfeccionismo e perturbações do espectro obsessivo-compulsivo – Resultados preliminares. *Psiquiatria Clínica*, 27(2), 63-69.
- Maia, L. & Correia, C. (2008). Consequências psicológicas, estratégias de *coping* e intervenção na doença oncológica: Uma revisão da literatura para aplicação prática. Retirado em 08 de Maio de 2009: <http://www.psicologia.com.pt>
- Martins, C. S. C. (2005). Impacto do suporte social e dos estilos de *coping* sobre a percepção subjectiva de bem-estar e qualidade de vida em doentes com lúpus. Retirado em 02 de Janeiro de 2009: <http://www.psicologia.com.pt>

- Matos, A. P. (1989a). *Factores de stress, coping e personalidade em doentes com perturbações emocionais*. Prova de Aptidão Pedagógica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Matos, A. P. (1989b). O treino auto-afirmativo e de aptidões sociais. *Psychologica*, 2, 17-33.
- Matos, A. P. (1995). *Factores Psicológicos na Doença Coronária*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- McCabe, S. B., Gotlib, I. H. & Martin, R. A. (2001). Cognitive vulnerability for depression: Deployment of attention as a function of history of depression and current mood state. *Cognitive Therapy and Research*, 24(4), 427-444.
- Meichenbaum, D. & Turk, D. C. (1987). *Facilitating Treatment Adherence – A Practitioner’s Guidebook*. New York: Plenum Press.
- Melo, R. C. C. P. (2005). Auto-conceito e desenvolvimento de competências relacionais de ajuda – Estudo com estudantes de enfermagem. *Referência*, 2(1), 63-71.
- Milgrim, N., Marshevsky, S. & Sadeh, C. (1995). Correlates of academic procrastination: Discomfort, task aversiveness and task capability. *The Journal of Psychology*, 129(2), 145-153.
- Monat, A. & Lazarus, R. S. (1985). Stress and coping: Some current issues and controversies. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and Coping: An Anthology* (pp. 1-26). New York: Columbia University Press.
- Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Universidades da Terceira Idade – Da solidão à motivação*. Porto: Livpsic.
- Moos, R. H. (1982). Coping with an acute health crises. In T. Millon, C. Green & R. Meagher (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology* (pp. 138-176). New York: Plenum Press.

- Moreira, R., Silva, A. & Coelho, R. (2004). Depressão e Género. *Psiquiatria Clínica*, 25(3), 159-171.
- Nadeau, M. F., Senécal, C. & Guay, F. (2003). Les déterminants de la procrastination académique: un modèle médiationnel du contexte familial et des processus du soi. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 35(2), 97-110.
- Neto, F. & Barros, J. (2001). Solidão em diferentes níveis etários. *Estud. interdiscip. envelhec.*, 3, 71-88.
- Neves, A. C. (1999). *A Influência do Auto-Conceito e da Ansiedade na Saúde de Estudantes Universitários*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Noyes, R. (2001). Hypochondriasis: Boundaries and Comorbidities. In G. Asmundson, S. Taylor & B. J. Cox (Eds.), *Health Anxiety – Clinical and Research on Hypochondriasis and Related Conditions* (pp. 132- 154). New York: John Wiley & Sons.
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 12(2-3), 333-339.
- Ornelas, J. (1996). Suporte social e doença mental. *Análise Psicológica*, 14(2-3), 263-268.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Orsega-Smith, E. M., Payne, L. L., Mowen, A. J., Ho, C. H. & Godbey, G. C. (2007). The role of social support and self-efficacy in shaping the leisure time physical activity of older adults. *Journal of Leisure Research*, 39(4), 705-727.
- Pais-Ribeiro, J. & Pombeiro, T. (2004). Relação entre espiritualidade, ânimo e qualidade de vida em pessoas idosas. In J. Pais-Ribeiro & I. Leal (Eds.), *Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 757-769). Lisboa: ISPA. Retirado em 12 de Janeiro de 2009: <http://paisribeiro.googlepages.com>

- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival Manual – A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. Buckingham: Open University Press.
- Parker, J. D. A. & Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical overview. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research and Applications* (pp. 3-24). New York: John Wiley & Sons.
- Paúl, C. (2005a). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal – Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 21-43). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005b). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Revista da Faculdade de Letras: Sociologia*, 15, 275-287. Retirado em 06 de Dezembro de 2008: <http://ler.letras.up.pt>
- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martín, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal – Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 75-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, M. C. (1992). Satisfação de vida em idosos. *Psychologica*, 8, 61-80.
- Paúl, M. C. (1996). *Psicologia dos Idosos: O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Peck, L. D. & Lightsey Jr, O. R. (2008). The Eating Disorders Continuum, Self-esteem, and Perfectionism. *Journal of Counseling & Development*, 86, 184-192.
- Pereira, A. M. (1991). *Coping, auto-conceito e ansiedade social – sua relação com o rendimento escolar*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Pereira, B. S., Lalanda, C. G., Antunes, J. D., Moura, M. C. & Chendo, M. I. (2008). Depressão em Professores. *Saúde Mental*, 10(4), 10-17.

- Persons, J. B. & Miranda, J. (1992). Cognitive theories of vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 16(4), 485-502.
- Pierce, G. R., Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1996). Coping and social support. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research and Applications* (pp. 434-459). New York: John Wiley & Sons.
- Pimentel, L. (2000). Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso. *Geriatrics*, 125, 13-18.
- Pinto, A. M. (Coord.) (2001). *Envelhecer Vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pocinho, F. E. & Macedo, A. F. (1999). Hipocondria: Organização cognitiva de estilo obsessivo?. *Psiquiatria Clínica*, 20(3), 185-194.
- Portero, C. F. & Oliva, A. (2007). Social support, psychological well-being and health among the elderly. *Educational Gerontology*, 33, 1053-1068.
- Rachman, S. (2003). *The Treatment of Obsessions*. New York: Oxford University Press.
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7), 156-175.
- Ramos, M. (2007). Os sintomas depressivos e as relações sociais na terceira idade. *Revista do Departamento de Psicologia – UFF*, 19(2), 397-410.
- Ramos, S. I. V. & Carvalho, A. J. R. (2007). Nível de *stress* e estratégias de *coping* dos estudantes do 1º ano do ensino universitário de Coimbra. Retirado em 08 de Maio de 2009: <http://www.psicologia.com.pt>
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 25(4), 543-557.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17(3), 547-558.

- Ribeiro, J. L. P. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(1), 77-99.
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Avaliação em Psicologia da Saúde – Instrumentos publicados em português* (1ª Ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Richter, M. A., Summerfeldt, L. J., Antony, M. M. & Swinson, R. P. (2003). Obsessive-compulsive spectrum conditions in obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 18, 118-127.
- Roberts, J. E. & Kassel, J. D. (1996). Mood-state dependence in cognitive vulnerability to depression: The roles of positive and negative affect. *Cognitive Therapy and Research*, 20(1), 1-12.
- Rutledge, T., Matthews, K., Lui, L. Y., Stone, K. L. & Cauley, J. A. (2003). Social Networks and Marital Status Predict Mortality in Older Women: Prospective Evidence From the Study of Osteoporotic Fractures. *Psychosomatic Medicine*, 65, 688–694.
- Safran, J. D. & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books.
- Salkovskis, P. M. (1989). Problemas Somáticos. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk & D. M. Clark (Eds.), *Terapia Cognitivo-Comportamental para Problemas Psiquiátricos – Um Guia Prático* (pp. 333-390). São Paulo: Martins Fontes Editora.
- Salkovskis, P. M. (1995). Cognitive factors in depression, obsessive-compulsive disorder and hypochondriasis. *Current Opinion in Psychiatry*, 8(2), 80-84.
- Salkovskis, P. M. (1996). *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Salkovskis, P. M. & Warwick, H. (2001). Making Sense of Hypochondriasis: A Cognitive Model of Health Anxiety. In G. Asmundson, S. Taylor & B. J. Cox (Eds.), *Health Anxiety – Clinical and Research on Hypochondriasis and Related Conditions* (pp. 46-65). New York: John Wiley & Sons.

- Santos, P. M. F. (2007). *Determinantes da qualidade de vida do idoso: o caso da Cova da Beira*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade da Beira Interior. Covilhã.
- Santos, Z. & Marques, A. R. (1989). Aspectos da depressão na 3ª idade. *Psiquiatria Clínica*, 10(4), 271-275.
- Saúde Mental em Portugal (2008, Abril). *PNS em Foco*, 1, 1-4. Retirado em 09 de Janeiro de 2009: <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/04/pnsemfoco1.pdf>
- Schaie, K. W. & Willis, S. L. (1996). *Adult Development and Aging* (4ª Ed.). New York: Harper Collins College Publishers.
- Schouwenburg, H. C. (1995). Academic procrastination – Theoretical notions, measurement and research. In J. R. Ferrari, J. L. Johnson & W. G. McCown (Eds.), *Procrastination and Task Avoidance – Theory, Research and Treatment* (pp.71-95). New York: Plenum Press.
- Seo, E. H. (2008). Self-efficacy as a mediator in the relationship between self-oriented perfectionism and academic procrastination. *Social Behavior and Personality*, 36(6), 753-764.
- Sequeira, A. & Silva, M. N. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 20(3), 505-516.
- Shafran, R., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (2002). Clinical Perfectionism: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 773-791.
- Shafran, R. & Mansell, W. (2001). Perfectionism and Psychopathology: A review of research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 21(6), 879-906.
- Shaw, B. F. (1999). Cognitive vulnerability to depression. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 24(3), 258-259.
- Silva, V. G. (2008). Os testes psicológicos e as suas práticas. Retirado em 13 de Novembro de 2008: <http://www.psicologia.com.pt>

- Simões, A. (2005). Envelhecer bem? – Um modelo. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39(1), 217-227.
- Simões, A., Lima, M. P., Vieira, C., Ferreira, J. A., Oliveira, A. L., Alcoforado, L., Neto, F., Ruiz, F., Cardoso, A. P., Felizardo, S. & Sousa, L. N. (2006). Promover o bem-estar dos idosos: um estudo experimental. *Psychologica*, 42, 115-131.
- Snyder, C. R. & Dinoff, B. L. (1999). Coping: Where have you been?. In C. R. Snyder (Ed.), *Coping – The Psychology of What Works* (pp. 3-19). New York: Oxford University Press.
- Sousa, D. (2006). Investigação em psicoterapia: Contexto, questões e controvérsias. *Análise Psicológica*, 24(3), 373-382.
- Sousa, L., Galante, H. & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev Saúde Pública*, 37(3), 364-371.
- Spruill, J., Rozensky, R. H., Stigall, T. T., Vasquez, M., Bingham, R. P. & Olvey, C. D. V. (2004). Becoming a Competent Clinician: Basic Competencies in Intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 60(7), 741-754.
- Stöber, J. & Joormann, J. (2001). Worry, procrastination, and perfectionism: Differentiating amount of worry, pathological worry, anxiety, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25(1), 49-60.
- Stopa, L. & Bryant, T. (2004). Memory perspective and self-concept in social anxiety: An exploratory study. *Memory*, 12(4), 489-495.
- Stotland, N. (2000). Cognitive vulnerability to depression. *The American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1899-1900.
- Suldo, S. M., Shaunessy, E. & Hardesty, R. (2008). Relationships among stress, coping, and mental health in high-achieving high school students. *Psychology in the Schools*, 45(4), 273-290.

- Tarrier, N., Wells, A. & Haddock, G. (Eds.) (1998). *Treating Complex Cases: The Cognitive Behavioural Therapy Approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Tavares, A., Marques, L. M., Ferreira, L. & Firmino, H. (2000). Aspectos patoplásticos da depressão geriátrica. *Psiquiatria Clínica*, 21(3), 237-242.
- Terry, D. J. & Jimmieson, N. L. (2003). A stress and coping approach to organisational change: Evidence from three field studies. *Australian Psychologist*, 38(2), 92-101.
- Torres, A. R. (2001). Diagnóstico diferencial do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr*, 23(Supl II), 21-23.
- Turner, R. M. (1996). El Grupo Dramático/Impulsivo del DSM-IV: Los Trastornos Límite, Narcisista e Histriónico de la Personalidad. In V. Caballo, G. Buela-Casal & J. A. Carroble (Eds.), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos* (Vol. 2, pp. 63-86). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Vandenplas-Holper, C. (2000). *Desenvolvimento Psicológico na Idade Adulta e durante a Velhice*. Porto: Edições ASA.
- Vaz Serra, A. (1984). O sentido clínico da expectativa. *Psiquiatria Clínica*, 5(3), 107-117.
- Vaz Serra, A. (1986a). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 57-66.
- Vaz Serra, A. (1986b). O Inventário Clínico de Auto-Conceito. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 67-84.
- Vaz Serra, A. (1987). Ansiedade Social: Definição e conceitos. *Psiquiatria Clínica*, 8(1), 17-25.
- Vaz Serra, A. (1988). Atribuição e Auto-Conceito. *Psychologica*, 1, 127-141.
- Vaz Serra, A. (1988). Um estudo sobre *coping*: O Inventário de Resolução de Problemas (IRP). *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 301-316.

- Vaz Serra, A. (1989). Abordagem cognitivo-comportamental da depressão. *Psiquiatria Clínica*, 10(2), 71-78.
- Vaz Serra, A. (1997). Terapia cognitivo-comportamental: As influências esquecidas que intervêm na recuperação terapêutica. *Psiquiatria Clínica*, 18(3), 175-186.
- Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Vaz Serra, A. (2000). A vulnerabilidade ao stress. *Psiquiatria Clínica*, 21(4), 261-278.
- Vaz Serra, A., Antunes, R. & Firmino, H. (1986). Relação entre auto-conceito e expectativas. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 85-90.
- Vaz Serra A., Canavarro, C., Ramalheira, C. & Firmino, H. (1992). Family functioning and coping: Differentiation between “functional” and “dysfunctional” populations. *Acta Psiquiátrica Portuguesa*, 38, 119-126.
- Vaz Serra, A. & Dias, I. (1998). Ansiedade em exames e insucesso escolar. *Psiquiatria Clínica*, 19(2), 77-82.
- Vaz Serra, A. & Firmino, H. (1986). O auto-conceito nos doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 91-96.
- Vaz Serra, A., Firmino, H., Barreiro, M. E. & Fael, I. M. (1989). Auto-conceito, solidão e comportamentos de lidar com estados de tensão. *Psiquiatria Clínica*, 10(3), 157-164.
- Vaz Serra, A., Firmino, H. & Ramalheira, C. (1988). Estratégias de *coping* e auto-conceito. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 317-322.
- Vaz Serra, A., Gonçalves, S. & Firmino, H. (1986). Auto-conceito e ansiedade social. *Psiquiatria Clínica*, 7(2), 103-108.
- Vaz Serra, A., Ramalheira, C. & Firmino, H. (1988). Mecanismos de *coping*: Diferenças entre população normal e doentes com perturbações emocionais. *Psiquiatria Clínica*, 9(4), 323-328.

- Vega, J. L. & Bueno, B. (2000). *Desarrollo Adulto y Envejecimiento* (2ª Ed.). Madrid: Editorial Síntesis.
- Vierhaus, M., Lohaus, A. & Ball, J. (2007). Developmental changes in coping: Situational and methodological influences. *Anxiety, Stress & Coping*, 20(3), 267-282.
- Warwick, H. & Salkovskis, P. (1994). Hipocondria. In J. Scott, J. M. Williams & A. T. Beck (Eds.), *Terapia Cognitiva na Prática Clínica* (pp. 95-124). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Warwick, H. & Salkovskis, P. M. (2001). Cognitive-Behavioral Treatment of Hypochondriasis. In V. Starcevic & D. R. Lipsitt (Eds.), *Hypochondriasis: Modern Perspectives on an Ancient Malady* (pp. 314-329). Oxford: Oxford University Press.
- White, R. W. (1985). Strategies of adaptation: An attempt at systematic description. In A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and Coping: An Anthology* (pp. 122-149). New York: Columbia University Press.
- Williams, J. M. & Moorey, S. (1994). Pacientes suicidas. In J. Scott, J. M. Williams & A. T. Beck (Eds.), *Terapia Cognitiva na Prática Clínica* (pp. 253-278). Porto Alegre: Editora Artes Médicas.
- Wilson, G. T. & Pike, K. M. (1993). Eating Disorders. In D. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (2ª Ed.) (pp. 278-317). New York: The Guilford Press.
- Wolters, C. A. (2003). Understanding procrastination from a self-regulated learning perspective. *Journal of Educational Psychology*, 95(1), 179-187.
- Woods, R. T. (Ed.) (1996). *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wright, J. H., Basco, M. R. & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental – Um Guia Ilustrado*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Xavier, P. & Leal, I. (2006). Um olhar sobre o envelhecimento: Bem-estar e autonomia funcional em idosos com apoio formal. In I. Leal, J. P. Ribeiro & S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, Bem-estar e Qualidade de Vida* (pp. 59-66). Lisboa: ISPA. Retirado em 16 de Junho de 2009: <http://www.isabel-leal.com>

Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.

Young, J., Beck, A. T, & Weinberger, A. (1993). Depression. In D. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (2ª Ed.) (pp. 240-277). New York: The Guilford Press.

## **ANEXOS**