



Universidade da Beira Interior
Departamento de Psicologia e Educação
Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

*“Competências de investigação,
avaliação e intervenção psicológicas”*

Dissertação de Mestrado em Psicologia

Jaclin' Elaine Semedo Freire

“Comunicação da aprendizagem das competências adquiridas ao nível da investigação, avaliação e intervenção psicológicas.”

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

Agradecimentos

Índice das Figuras, Gráficos, Ilustrações, Quadros e Tabelas

Apresentação do Trabalho 1

COMPONENTE 1: COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO

Introdução 3

Capítulo 1: Fundamentação Teórica 4-19

1.1. Síndrome de *Burnout* 4-11

1.1.1. Definição do Conceito de *Burnout* 5

1.1.2. Modelos Teóricos de *Burnout* 7

1.1.3. Sintomas Físicas e Psicológicos do *Burnout* 8

1.1.4. Consequências do *Burnout* 9

1.1.5. Diagnóstico e Avaliação do *Burnout* 9

1.1.6. *Burnout* e Depressão (Introdução) 10

1.2. Perturbação Depressiva 12-16

1.2.1. Definição do Conceito de Depressão 12

1.2.2. Diagnóstico e Avaliação da Depressão 13

1.2.3. *Burnout* e Expectativas de Controlo (Introdução) 15

1.3. Expectativas de Controlo 16-19

1.3.1. Tipos de Expectativas 16

1.3.2. Modelo existencial de Pines (2000) 18

1.3.3. Avaliação Psicométrica das Expectativas 19

Capítulo 2: Metodologia da Investigação 20-28

2.1. Caracterização metodológica 21

2.2. Procedimentos Metodológicos 23

2.3. Procedimentos Administrativos e Legais para a Elaboração da Investigação 27

Capítulo 3: Apresentação e Discussão dos Resultados 29-51

3.1. Caracterização geral da amostra 30

3.2. Apresentação dos Resultados 32

3.3. Discussão dos Resultados 39

Capítulo 4: Limitações da Investigação 52-56

4.1. Metodologia Utilizada 53

4.1.1. A amostragem 54

4.1.2. Os métodos de recolhas de dados 54

4.1.3. Os métodos de tratamento e análise de dados	55
4.1.4. Tipologia da Investigação	56
Capítulo 5: Considerações finais	57-60

COMPONENTE 2: COMPETÊNCIAS DE AVALIAÇÃO

Introdução	62
Capítulo 6: Caracterização do Estágio (SNAF)	63-70
6.1. Serviço de Nutrição e Actividade Física (SNAF)	64
6.2. Caracterização do Estágio Curricular	66
Capítulo 7: Resumo Teórico das Áreas Problemáticas	71-113
7.1. Perturbações Alimentares	73
7.1.1. Obesidade Infanto-juvenil	73
7.1.2. Recusa e Selectividade Alimentar	75
7.1.3. Obesidade na Idade Adulta	77
7.1.4. Compulsão Alimentar	82
7.3. Adesão Terapêutica	83
7.4. Competências Sociais e Comunicacionais	86
7.4.1. Competências Sociais (Social Skills)	87
7.4.2. Assertividade	88
7.4.3. Competências Comunicacionais	89
7.5. Luto Normal vs Luto Patológico	90
7.5.1. Luto Normal	93
7.5.2. Luto Complicado (<i>Complicated Grief</i>)	95
7.6. Problemas Conjugais/Divórcio	98
7.7. Problemas de Comportamento/PHDA/Práticas Parentais	100
7.7.1. Problemas de Comportamento	101
7.7.2. Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)	102
7.7.3. Práticas Educativas e Estilos Parentais	104
7.8. Perturbações de Eliminação	108
7.8.1. Enurese	109
7.8.2. Encoprese	110
Capítulo 8: Acompanhamentos e Intervenções Psicoterapêuticos	114-144
Caso nº 1	115-116
Caso nº 2	117-120
Caso nº 3	121-125

Caso nº 4	125-128
Caso nº 5	128-130
Caso nº 6	130-131
Caso nº 7	132-134
Caso nº 8	134-138
Caso nº 9	138-144
Programa PESO	145-152
Capítulo 9: Reflexões Críticas (Competências de Avaliação)	153-159

COMPONENTE 3: COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO

Introdução	161
Capítulo 10: Apresentação dos casos de Intervenção	165-198
10.1. Caso de Intervenção 1	166-176
10.1.1. Breves Informações do caso	166
10.1.2. Áreas problemáticas (Objectivos)	167
10.1.3. Avaliação e Intervenção (Resultados)	169
10.1.4. Avaliação Qualitativa e Reflexão Crítica	175
10.2. Caso de Intervenção 2	177-189
10.2.1. Motivos do pedido	177
10.2.2. História Clínica	178
10.2.3. Relatórios de Avaliação (SEC)	183
10.2.4. Reflexão Crítica	189
10.3. Caso de Intervenção 3	190-198
10.3.1. Motivos da Consulta/Queixas da Paciente	191
10.3.2. Relatórios de Avaliação da ACM	191
10.3.3. Relatórios de Intervenção da ACM	195
10.3.4. Reflexão Crítica	198
Capítulo 11: Apreciação Final	199-201
Bibliografia	
Anexos	1-103
Anexo 1 - Bateria de Questionários utilizada para a realização desta investigação.	2-13
Anexo 2 - Cartas oficiais dirigidas aos respectivos Responsáveis dos Departamentos do CHCB.	14-19
Anexo 3 - Pedido de autorização para a utilização dos questionários de avaliação incluídos na investigação.	20-23
Anexo 4 - Tabela de correlações.	24-56
Anexo 5 - Comparações entre os resultados médios e desvio padrão dos sujeitos do INEM e os da Consulta Externa (Tabelas A e B)	57-64
Anexo 6 - Comparações entre os resultados médios e desvio padrão dos enfermeiros e médicos (Tabelas C e D)	65-72

Anexo 7 - Gráficos 9 a 15 (representação das diferenças de médias entre os géneros sexuais dos profissionais de saúde do CHCB)	73-75
Anexo 8 - Materiais utilizados nas avaliações e acompanhamentos (competências de avaliação)	76-99
Anexo A - Registos de auto-monitorização	77-78
Anexo A1 - Diário das Situações	77
Anexo A2 - Auto-conhecimento	78
Anexo A3 - A minha Imagem	78
Anexo B - "Abordagem Teórica do Luto"	79/80
Anexo C - "Folheto informativo sobre a Enurese"	81/82
Anexo D - "Apresentação em PPT sobre Sistema Urinário vs Enurese"	83/84
Anexo E - "Diários de registos"	84
Anexo F - "Certificados de apreciação"	85
Anexos MAG - Conjunto de anexos utilizados no processo de intervenção da MAG	85-95
Anexos SEC - Conjunto de anexos utilizados no processo de intervenção da SEC	96-101
Anexos ACM - Conjunto de anexos utilizados no processo de intervenção da ACM	102-103

Agradecimentos

A realidade dos meus dias mostrou-me que, foram **muitas** as pessoas que passaram pela minha vida, **algumas** deixaram marcas, mas **poucas** ficaram para sempre.

De coração agradeço as que comigo ficaram.

Em primeiro lugar (e não me canso de agradecer), a Yeshua, meu Amigo e Salvador por dirigir-me e conceder-me a luz e a esperança/certeza que “tudo posso naquele que me fortalece” (Filipenses 4:13).

Aos meus pais, Josefa e Anastácio pelo ninho de amor que me proporcionaram ao longo de todos esses anos, bem como pelo suporte apesar da distância.

À minha irmã, querida Larissa, pela presença inconfundível na minha vida e pelo orgulho de vê-la crescer de modo tão saudável.

Ao Christian, pelo amor, companheirismo e paciência que me tem dedicado.

À Lúcia, Maria, Sara e Carlos pela amizade, carinho e “socialização”, que nunca esquecerei: afinal, “*not all of the good things come to an end*”.

À Vanusa e Denilson pela amizade e companheirismo ao longo destes anos.

À Susana, Vitor, Irmã Judith e Família Santos pelo apoio e respeito.

Ao meu Professor e Orientador Professor Doutor Luís Maia, pela paciência e dedicação.

A todos, muito obrigada!

E benézer!

Índice dos Desenhos, Figuras, Gráficos, Ilustrações, Quadros e Tabelas

	Pg.
Desenho 1: Desenho livre (P5)	123
Desenho 2: Formas limitadas para pintar (P5)	123
Desenho 3: Figura humana (Rapaz P5)	124
Desenho 4: Figura humana (Menina P5)	124
Desenho 5: Desenho da Família (P5)	124
Desenho 6: Desenho da Arvore (P5)	124
Desenho 7: Desenho Livre (P9)	135
Desenho 8 – Desenho da Arvore (P9)	135
Desenho 9 – Desenho Livre (P10)	141

Figura 1 – Modelo de integração do Síndrome de <i>Burnout</i> no processo de Stresse	5
Figura 2 – Modelo Geral de <i>Burnout</i> de Maslach, Jackson e Leiter (1996)	8
Figura 3 – Representação gráfica da diferença entre E. Auto-eficácia, E. Locus de controlo e E. Êxito	16
Figura 4 – Modelo Existencial de Pines (2000)	18
Figura 5 – Processo de avaliação para o diagnóstico da Recusa Alimentar, Anorexia Precoce ou Falsa Anorexia	76
Figura 6 – Representação gráfica da classificação da população quanto ao seu IMC (1996-1999)	78
Figura 7 – Estimativa da prevalência da obesidade em Portugal quanto ao seu IMC (2002-2010)	78
Figura 8 – Teoria Integrativa do Processo de Luto (Sanders, 1999).	91

Gráfico 1 – Comparação feita entre os médicos e enfermeiros no que se refere ao grau de Gravidade da Depressão	33
Gráfico 2 – Comparação entre os serviços do CHCB, no que se refere ao grau de Gravidade da Depressão.	33
Gráfico 3 – Comparação dos Níveis de Burnout entre Profissionais do INEM e os da C. Externa	35
Gráfico 4 – Comparação dos graus de depressão entre profissionais do INEM e da C. Externa	35
Gráfico 5 – Comparação dos resultados obtidos nas escalas do BEEGC entre INEM e C. Externa	36
Gráfico 6- Comparação dos resultados obtidos nas escalas do MBI entre os enfermeiros e os médicos.	37
Gráfico 7 - Comparação dos graus de depressão entre os enfermeiros e médicos do CHCB	37
Gráfico 8 – Comparação dos resultados obtidos nas escalas do BEEGC entre os enfermeiros e os médicos.	38
Gráfico 9 – Resultados médios dos níveis de Burnout nos profissionais do CHCB	38
Gráfico 10 – Grau de Depressão dos profissionais do CHCB	38
Gráfico 11 – Distribuição dos pacientes de acordo com o género sexual	70
Gráfico 12 – Comparação Paciente vs nº consultas	70
Gráfico 13 – Representação da adesão à medicação no tratamento da hipertensão	84
Gráfico 14 – Modalidade escolhida para a realização do divórcio em Portugal (1975-2002)	99
Gráfico 15 – Determinantes socioculturais inerentes à educação familiar.	106
Gráfico 16 – Traçado e Análise do Perfil (Tipo Psicótico Bifásico) (P3)	119
Gráfico 17 – Frequência dos Comportamentos Compulsivos (P3)	120
Gráfico 18 – Níveis dos sintomas de Ansiedade (P3).	120
Gráfico 19 – Traçado e Análise do Perfil (Tipo Psicótico Bifásico) (P6)	127
Gráfico 20 – Evolução da manifestação dos Sintomas de Ansiedade (P7)	130
Gráfico 21 – Traçado e Análise do Perfil (Tipo Psicótico Bifásico) (P11)	131

Gráfico 22 – Traçado e Análise do Perfil (Tipo Neurótico) (PI2)	134
Gráfico 23 – Evolução das noites secas numa semana (PI0)	144
Gráfico 24 – Relação Noites Molhadas/Comportamentos Disruptivos (PI0)	144
Gráfico 25 – Traçado e Análise do Perfil (PESD 1)	148
Gráfico 26 – Traçado e Análise do Perfil (PESD 2)	149
Gráfico 27 – Traçado e Análise do Perfil (PESD 4)	151
Gráfico 28 – Traçado e Análise do Perfil (PESD 5)	152
Gráfico 29 – Evolução Nutricional da MG	174
Gráfico 30 – Níveis de Motivação vs. Participação (PI)	174
Gráfico 31 – Traçado e Análise do Perfil (SEC)	186
Gráfico 32 – Evolução da manifestação dos sintomas de depressão da SEC	188
Gráfico 33 – Traçado e Análise do Perfil (ACM)	193
Gráfico 34 – Evolução e Avaliação de acordo com a manifestação de sintomas de Depressão (ACM)	197
Gráfico 35 – Evolução e Avaliação de acordo com a Capacidade de Decidir/Resolver Problemas (ACM)	197

Ilustração 1 – Distribuição Administrativa dos profissionais de saúde integrados no SNAF	65
Ilustração 2 – Calendarização das actividades desenvolvidas no Estágio Curricular	67/68
Ilustração 3 – Localização/acumulação do excesso de gordura no corpo	79
Ilustração 4 – Factores importantes que influenciam a adesão ao tratamento	84
Ilustração 5 – Exemplo de uma tarefa realizada na Avaliação Psicológica (cópia – P 9)	137
Ilustração 6 – Exemplos das respostas dadas pelo P (9) na Prova Projectiva “Era Uma Vez...”	143
Ilustração 7 – Logótipo do Programa Peso Saudável	145

Quadro 1 – Representação das Hipóteses formuladas	23
Quadro 2 – Áreas problemáticas analisadas ao longo do estágio	72
Quadro 3 – Indicações terapêuticas para uma intervenção eficaz na Recusa/Selectividade Alimentar	77
Quadro 4 – Resultado Globais do IACLIDE da P (6)	128
Quadro 5 – Resultado Globais do IACLIDE da P (7)	130
Quadro 6 – Resultado Globais do IACLIDE da P (12)	134
Quadro 7 – Resultado Globais do IACLIDE da SEC	186
Quadro 8 – Resultado Globais do IACLIDE da ACM	194

Tabela 1 – Sintomas e sinais características da síndrome de <i>burnout</i>	8/9
Tabela 2 – Consequências do <i>Burnout</i>	9
Tabela 3 – Critérios individuais de diagnóstico do <i>burnout</i>	10
Tabela 4 – Critérios de diagnóstico da Depressão segundo o DSM-IV TR	14
Tabela 5 – Objectivos subjacentes à investigação	22/23
Tabela 6 – Distribuição dos enfermeiros segundo a sua categoria e serviço na Consulta Externa	24
Tabela 7 – Distribuição dos médicos segundo a sua categoria e serviço na Consulta Externa	24
Tabela 8 – Consultas Externas do CHCB	24
Tabela 9 – Distribuição dos médicos segundo o seu serviço na Consulta Externa	25
Tabela 10 – Distribuição das baterias recolhidas e utilizadas na base de dados consoante a sua categoria profissional.	26
Tabela 11 – Caracterização geral da amostra segundo o género sexual	30

Tabela 12 – Distribuição do estado civil entre profissionais da amostra	30
Tabela 13 – Distribuição do grau académico entre os profissionais da amostra	31
Tabela 14 – Distribuição do tempo em que os indivíduos inquiridos acabaram o curso	31
Tabela 15 – Distribuição do tempo que os profissionais estão no exercício da sua profissão	31
Tabela 16 – Distribuição da amostra conforme as funções específicas exercidas	31
Tabela 17 – Distribuição da amostra relativamente ao serviço na qual se trabalha no CHCB	32
Tabela 18 – Contexto profissional em que cada um dos inquiridos trabalha	32
Tabela 19 – Nº de horas semanais em serviço directo com as pessoas	32
Tabela 20 - Comparação feita entre os médicos e enfermeiros no que se refere ao grau de Gravidade da Depressão	33
Tabela 21 - Comparação feita entre os profissionais INEM-VMER e Consulta Externa no que se refere ao Grau de Gravidade da Depressão	33
Tabela 22 – Estatística dos casos atendidos (Estágio Curricular – 2006/2007)	69
Tabela 23 – Frequência das áreas problemáticas analisadas	72
Tabela 24 – Causas e factores determinantes para o desenvolvimento e manutenção da obesidade	78/79
Tabela 25 – Relação entre o IMC, Tipo de obesidade e o Grau de risco associado para a saúde.	80
Tabela 26 – Tipos de tratamentos existentes na intervenção da obesidade	81
Tabela 27 – Adesão a diferentes tipos de terapias	84
Tabela 28 – Componentes das Competências Comunicacionais.	90
Tabela 29 – Sintomas e manifestações associados ao processo do luto normal.	93
Tabela 30 – Casamentos realizados em Portugal no período compreendido entre 2003-2005.	98
Tabela 31 – Divórcios realizados em Portugal no período compreendido entre 2003-2005.	99
Tabela 32 – Frequência das Consultas (P2)	116
Tabela 33 – Frequência das Consultas da (P3)	118
Tabela 34 – As Escalas Clínicas, suas Elevações e o nível de Interpretação (P3)	119
Tabela 35 – Avaliação da Evolução Psicoterapêutica da P (3) (Compulsão alimentar e os sintomas de ansiedade).	120
Tabela 36 – Frequência das Consultas do P (5)	121/122
Tabela 37 – Frequência das Consultas do P (6)	125/126
Tabela 38 – As Escalas Clínicas, suas Elevações e o nível de Interpretação P (6)	126
Tabela 39 – Frequência das Consultas do P (7)	128/129
Tabela 40 – Frequência das Consultas do P (11)	130
Tabela 41 – As Escalas Clínicas, suas Elevações e o nível de Interpretação (P11).	131
Tabela 42 – Frequência das Consultas do P (12)	132
Tabela 43 – As Escalas Clínicas, suas Elevações e o nível de Interpretação.	133
Tabela 44 – Apresentação dos casos avaliados no Programa PESD	146
Tabela 45 – Estrutura do Processo de Avaliação e Intervenção Terapêutica (MG)	167-169
Tabela 46 – Frequência das Consultas (MG)	169-171
Tabela 47 – “Motivação da MAG” x “Participação da MAG” x “Objectivos Alcançados”	175
Tabela 48 – Frequência das Consultas da SEC	181-183
Tabela 49 – As Escalas Clínicas, suas Elevações e o nível de Interpretação da SEC	185
Tabela 50 – Frequência das Consultas do ACM	190/191
Tabela 51 – As Escalas Clínicas, suas Elevações e o nível de Interpretação da ACM.	193
Tabela 52 – Plano de Intervenção nos sintomas associados ao humor depressivo (ACM)	195/196

O documento seguinte surge no âmbito curricular do ciclo de estudos conducente à obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Universidade da Beira Interior (Covilhã) no ano lectivo 2007/2008.

De acordo com o Ponto 2 do Artigo 3º do Regulamento do Grau de Mestre da Universidade da Beira Interior, a título excepcional, e durante o período de transição, os titulares de uma Licenciatura em Psicologia de 5 (cinco) anos da Universidade da Beira Interior beneficiaram, a seu pedido, de um bónus qualitativo que lhes permitiu aceder à equivalência das disciplinas de 1º ano, sendo, então, possível inscrever-se no 2º ano do 2º Ciclo, em conformidade com os princípios do Acordo de Bolonha, que regem o Ensino Superior actual em Portugal, dando-lhes então, posteriormente, o estatuto de Mestre.

Neste sentido, este documento tem como principal objectivo permitir ao aluno Licenciado apresentar e demonstrar toda a aquisição feita ao longo dos anos de formação académica, sendo este a comunicação da aprendizagem das competências adquiridas ao nível da investigação, avaliação e intervenção psicológicas. De referir que os componentes que constituem este trabalho final foram desenvolvidos no âmbito do 5º ano curricular da Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde.

Em primeiro lugar, as competências de investigação envolvem uma delimitação do objecto de estudo, a selecção fundamentada das metodologias para a sua abordagem, a recolha de informação e bibliografia pertinentes, a concepção de uma hipótese de trabalho, a implementação de um trabalho teórico e/ou empírico, e a análise crítica dos resultados obtidos. Apresenta-se, então, o trabalho de investigação desenvolvido no âmbito do Seminário de Investigação, subordinado ao tema “*Burnout, Depressão e Expectativas de Controlo: Estudo Comparativo entre os Profissionais de Saúde do Serviço de Consulta Externa e Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB)*”, que pretende avaliar os níveis de burnout, depressão e expectativas e estabelecer uma comparação entre duas populações/amostras diferentes.

De seguida apresentam-se as competências relacionadas com a actuação aos níveis da avaliação e intervenção psicológica, expostas no Relatório de Estágio e Seminário de Intervenção que representam em primeiro lugar um contributo relevante para a área do conhecimento em que se integram e que abrangem a apresentação de casos específicos, bem como a exposição dos resultados da prática clínica alcançados ao longo do Estágio Curricular, desempenhado no 5º ano curricular da Licenciatura em Psicologia Clínica e da Saúde.

Neste sentido a componente de avaliação tem como principal objectivo apresentar, todas as actividades desempenhadas ao longo do Estágio Curricular e Profissional, representando todo o percurso curricular e profissional que decorreu no Serviço de Nutrição e Actividade Física (SNAF), do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), Covilhã, sob a orientação directa do Professor Doutor Luís Maia.

Finalmente, apresentam-se as competências de intervenção que visam, principalmente, enfatizar o aprofundamento dos conhecimentos teóricos numa das especialidades das áreas científicas da Psicologia e o desenvolvimento de competências inerentes à prática clínica da Psicologia.

COMPONENTE 1:
COMPETÊNCIAS DE INVESTIGAÇÃO

Introdução

Apresenta-se a seguir o trabalho de investigação desenvolvido no âmbito do Seminário de Investigação, subordinado ao tema **“Burnout, Depressão e Expectativas de Controlo: Estudo Comparativo entre os Profissionais de Saúde do Serviço de Consulta Externa e Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) ”**. Trata-se de um trabalho de investigação de carácter exploratório e comparativo, que pretende avaliar os níveis de burnout, depressão e expectativas e estabelecer uma comparação entre duas populações/amostras diferentes, com o propósito de calcular as diferenças estatísticas existentes.

O presente trabalho é constituído por duas partes diferentes, tendo em conta a sua estrutura formal:

1. Apresenta-se o resumo dos resultados do levantamento bibliográfico relacionado com o tema em estudo em que se inclui uma abordagem teórica a cada um dos conceitos considerados importantes para o desenvolvimento da investigação.

Esta primeira parte é constituída pela: (1) evolução histórico-conceptual dos conceitos principais e dos subjacentes; (2) clarificação dos modelos teóricos explicativos; (3) apresentação das causas e consequências da síndrome; (4) abordagem às teorias de intervenção/tratamento, bem como às que incitam a prevenção; e finalmente (5) exposição dos principais instrumentos de avaliação utilizados em cada contexto.

2. Após a apresentação teórica da investigação, segue-se a componente prática da investigação, que define todo o processo metodológico da mesma.

A componente prática é constituída pela: (1) caracterização do estudo/investigação, tendo em conta a sua tipologia, relevância, bem como o problema central que define os principais objectivos do estudo e as hipóteses a serem testadas; (2) exposição dos procedimentos metodológicos da investigação; (3) apresentação e discussão dos resultados; (4) limitações do estudo, ao qual se segue a finalização da investigação com algumas considerações e conclusões.

Neste sentido, o capítulo que se apresenta a seguir tem como finalidade apresentar a breve revisão bibliográfica relativamente aos principais conceitos abordados ao longo da investigação. Esta parte é constituída pela definição histórico-conceptual dos conceitos, seguida pela exposição dos principais instrumentos de avaliação utilizados em cada contexto, bem como pela definição da relação existente entre os seguintes conceitos: *Burnout*; *Depressiva* e *Expectativas de Controlo*.

Capítulo 1: Fundamentação Teórica

1.1. Síndrome de *Burnout*

O progresso do mundo moderno trouxe, além dos benefícios ocorridos do desenvolvimento cultural, tecnológico e do fenómeno da globalização, profundas mudanças no estilo de vida da população e um aumento vertiginoso de doenças crónicas e degenerativas, com acentuada elevação da incidência de neoplasias (Campos, 2005).

De um modo natural, muitas destas transformações ocorrem também no mundo do trabalho, no que se refere às mudanças tecnológicas, aos estilos de gestão organizacional, à transitoriedade do emprego, ao crescimento da importância no sector da prestação de serviços (Borges, Argolo, Pereira, Machado e Silva, 2002; Araújo, Graça e Araújo, 2003).

Neste sentido, conhecer a saúde geral e mental dos trabalhadores, as relações entre as doenças, as perturbações psicossomáticas e certas características do trabalho tem sido tarefa das mais importantes nos tempos actuais, tanto para a Medicina quanto para a Psicologia (Mallar e Capitão, 2004).

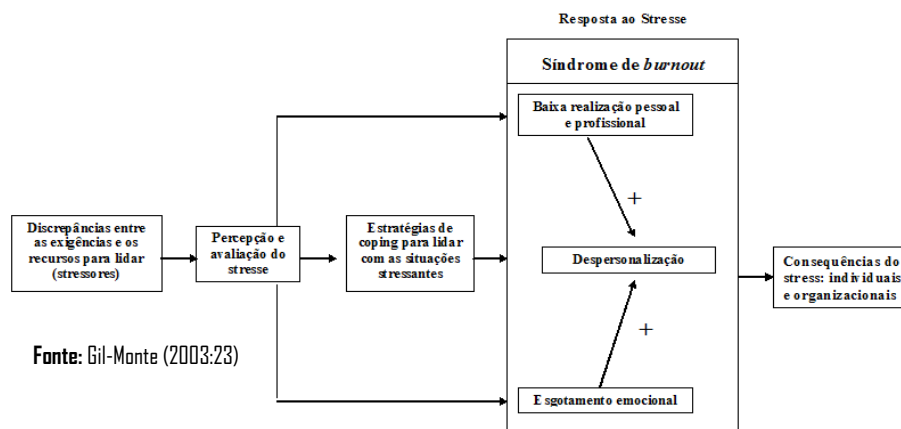
A exposição contínua e cada vez maior a situações como a sobrecarga de trabalho, função ambígua, conflitos com colegas e equipa de trabalho, limitação de tempo, falta de oportunidades de crescimento profissional, vivência de situações stressantes no dia-a-dia laboral (Campos, 2005), entre outras, podem diminuir gradualmente a capacidade de resistência ao fenómeno denominado e estudado inicialmente por Cooper (1993, citado por Hespanhol, 2005), o **stress laboral ou ocupacional**.

De acordo com, Ramos (2003), o stress no trabalho é apresentado como um desequilíbrio significativo, ou potencial causa de doenças e não como uma doença. O stress ocupacional é conceptualizado na relação entre o indivíduo e o seu mundo do trabalho, mais concretamente na oposição entre as exigências do trabalho e as competências e possibilidades de resposta do indivíduo (Ramos, 2003).

No entanto, convém salientar que a exposição ao stress nem sempre é prejudicial (Samaniego, 1999; Campos, 2005), sendo necessário distinguir que, o contacto prolongado com este fenómeno pode conduzir a situações mais graves (Campos, 2005). Ou seja, o stress pode ou não levar a um desgaste geral do organismo dependendo da sua intensidade, duração, vulnerabilidade e habilidade do indivíduo em lidar ou não adequadamente com a situação stressante (Barnett, Brennan, e Gareis, 1999; Samaniego, 1999; Silva, 2000).

Uma exposição permanente e não resolvida às situações stressantes no mundo do trabalho, em que as respostas do organismo a um estado de stress prolongando, crónico, estabelecido perante situações muito exigentes e as estratégias para lidar não foram utilizadas, falharam ou não foram suficientes e adequadas, podem levar ao que se designou de **Síndrome de *Burnout*** (Barnett, *et al*, 1999; Hillhouse, Adler e Walters, 2000; Gonçalves; 2002; Gil-Monte, 2003; Campos, 2005) (**Figura 1**).

Figura 1: Modelo de integração do Síndrome de *Burnout* no processo de Stress.



Cabe salientar, no entanto, que o *burnout* é diferente das reacções clássicas de stress, pois o primeiro caracteriza-se por uma fadiga psicológica, isto é, a síndrome de *burnout* envolve atitudes e condutas negativas em relação às pessoas com quem o profissional contacta, bem como com a organização e o seu mundo de trabalho, enquanto o stress aparece mais como uma relação particular entre uma pessoa e o seu ambiente e manifesta-se, principalmente, através de sintomas físicos (Gil-Monte, 2003; Silveira, Vasconcelos, Cruz, *et al*, 2005).

Maslach e Schaufeli (1993, citados por Cruz, *et al*, 2000) referem que o *burnout* deve ser considerado como um prolongamento do stress ocupacional, resultado de um processo de longa duração. No que se refere à distinção entre o *burnout* e a depressão apesar de ambos “partilharem” algumas características (a exaustão emocional no *burnout* parece ser semelhante à tristeza e fadiga na depressão) o *burnout* é, sem dúvida, um fenómeno resultante do stress no contexto de trabalho, sendo a depressão entendida como uma perturbação mental livre de qualquer contexto (Cruz, *et al*, 2000).

1.1.1. Definição do Conceito de Burnout

Alguns autores argumentam e concordam que um dos maiores problemas em relação à conceptualização do *burnout* está relacionado com a dificuldade em estabelecer um consenso na comunidade científica quanto à definição e modelos explicativos (Bates, 2002; Araújo *et al*, 2003; Gil-Monte, 2003; Campos, 2005).

No entanto, podem ser estabelecidos alguns marcos importantes tendo em conta a evolução temporal do conceito, que permitem determinar, de certa forma, a evolução conceptual do termo *burnout*.

Freudenberger em 1970:159 (citado por Bates, 2002), originalmente descreveu *burnout*, ao utilizar uma definição do dicionário que refere o termo como: “*to fail, to wear out or become exhausted by excessive demands on energy, strength or resources*”. Este mesmo autor referiu que se trata de um estado de fadiga ou de frustração motivado pela consagração a uma determinada causa, ou um modo de vida, ou a uma relação que não correspondia às expectativas (Delbouck, 2006).

Já em 1974, após a revisão do mesmo conceito Freudenberger (citado por Silva, 2000) afirma que *burnout* é “*resultado do esgotamento, decepção e perda de interesse pela actividade/tarefa de trabalho que surge nas profissões que em que os indivíduos trabalham em contacto directo com pessoas, como consequência desse contacto diário no seu trabalho*”.

Maslach e Jackson (1981), por sua vez definem *burnout* como uma reacção à tensão emocional crónica gerada a partir do contacto directo e stressante com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou em condições problemáticas ou extremas.

Na definição de Farber (1991, Codo e Vasques-Menezes, 2000: 437), “*Burnout é uma síndrome do trabalho, que se origina da discrepância da percepção individual entre esforço e consequência, percepção esta, influenciada por factores individuais, organizacionais e sociais*”.

A partir de novas investigações e estudos Maslach, Jackson e Leiter (1997:192), apresentam o “*burnout como uma síndrome psicológica, caracterizada, principalmente pela exaustão emocional, despersonalização e diminuição da satisfação profissional, que ocorre sobretudo em profissionais que trabalham directamente com outras pessoas em certas circunstâncias*”.

De acordo com Frasilho (2005), o *burnout* é um fim dum processo que parte da primeira fase positiva de “*eustresse*” – **com idealismo**, com entusiasmo, dedicação à profissão, alta produtividade e cooperação interpessoal, atitudes positivas e construtivas. Com o somatório de expectativas não completa e devidamente respondidas surge a fase de **insatisfação**. Nesta última fase são patentes a desilusão, o cinismo, a desmotivação, a fadiga física e mental, o tédio, o pessimismo, e um leque variado de sintomas (Gonçalves, 2002; Gil-Monte, 2003).

Tendo em conta uma concepção clínica, Macedo, (2005:18) refere que “*a síndrome de burnout é caracterizada como um conjunto de sintomas (fadiga física e mental, falta de entusiasmo pelo trabalho e pela vida, sentimento de impotência e inutilidade, baixa auto-estima) que pode conduzir o*

profissional à depressão e até mesmo ao suicídio.” O burnout está sempre relacionado com o mundo do trabalho e o tipo de actividade laboral do sujeito (Cruz, et al, 2000).

É consensual entre os estudiosos que *Burnout* apresenta maior incidência nos profissionais que desempenham função assistencial, a qual exige deles elevado investimento na relação interpessoal, marcada pelo cuidado e a dedicação (Melo, et al, 1997; Maslach, et al, 1996; 1997; Cruz, et al, 2000; Maslach, et al, 2001; Mendes, 2002; Campos, 2005; Frasilho, 2005). Trata-se neste sentido, de um processo e não de um estado, que surge e desenvolve-se gradualmente (Mendes, 2002).

1.1.2. Modelos Teóricos e Conceptuais de *Burnout*

De acordo com Codo e Vasques-Menezes (2000) e Cruz, et al, (2000), somente a partir da década de 70 começaram a surgir e a serem construídos modelos teóricos e instrumentos capazes de registar e compreender o sentimento crónico de desânimo, de apatia e de despersonalização, percebida e manifestada por alguns profissionais.

Alguns dos autores apresentados anteriormente estruturam uma série de perspectivas teóricas e apresentaram os principais modelos explicativos do fenómeno *burnout*, no entanto, e tal como acontece relativamente à definição deste conceito, não existe um consenso quanto aos modelos teóricos (Codo e Vasques-Menezes, 2000). Dentre os inúmeros modelos explicativos existentes destacam-se os dois seguintes:

Modelo Multidimensional de Maslach e Jackson (1981): caracteriza o conceito “*burnout*” como sendo multifacetado; desenvolvem e apresentam um instrumento de avaliação *strandardizado* (MBI), para a avaliação dos diferentes aspectos do *burnout* e para tal realiza inúmeros estudos e investigações que relacionasse o *burnout* a variáveis como o trabalho e família (Maslach e Jackson, 1984).

Maslach e Jackson (1981, citados por Mendes, 2002) definem *burnout* como um fenómeno multidimensional que inclui três dimensões/níveis de análise de *burnout*): Exaustão emocional (**EE**); Despersonalização (**DE**) e a falta ou diminuição da Realização Pessoal (**RP**).

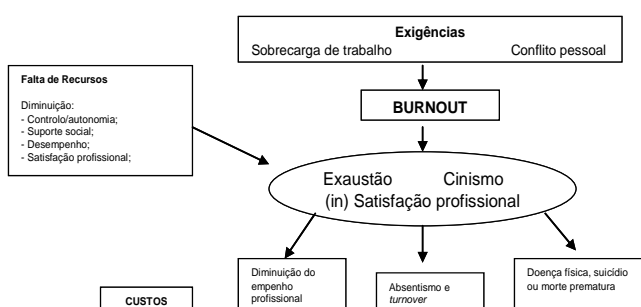
Neste contexto o *burnout* é compreendido como sendo um estado de exaustão física, emocional e mental provocado pela divergência entre as **expectativas** do indivíduo e a sua vivência no trabalho. De acordo com Capitão e Mallar (2003) e Guimarães (2005), somente os indivíduos motivadas podem desenvolver *burnout*, porque estes têm altos objectivos e expectativas pessoais em relação ao que o trabalho pode prover. Neste sentido, um indivíduo que não tenha motivação, pode experimentar stresse, alienação, depressão ou fadiga, mas não *burnout*.

Modelo Geral de *burnout* de Maslach, Jackson e Leiter (1996): O modelo anteriormente apresentado foi reformulado, principalmente devido às exigências relacionadas com o conflito pessoal e sobrecarga de trabalho, em simultâneo com a diminuição do controlo/autonomia, do suporte social, da qualidade do desempenho e da satisfação profissional (Queirós, 2003).

De acordo com este modelo o desenvolvimento gradual da síndrome de *burnout*, geralmente e infelizmente culmina na diminuição do empenhamento na organização e no cuidado com os pacientes/clientes, no crescimento do absentismo, na doença física e em muitos casos graves no suicídio ou na morte prematura do sujeito (Maslach, *et al*, 1996; Queirós, 2003).

De acordo com a **Figura 2** que representa o modelo, pode-se verificar que no centro do desenvolvimento da síndrome, estão instalados as três dimensões (Exaustão, despersonalização e satisfação profissional). Relativamente às dimensões, tal como já foi referido, uma condiciona o aparecimento e desenvolvimento das outras, bem como influencia o agravamento da síndrome (Leiter, 1993, citado por Mendes, 2002).

Figura 2 – Modelo Geral de *Burnout* de Maslach, Jackson e Leiter (1996).



Fonte: Adaptado de Maslach, Jackson e Leiter (1996) (apresentado por Queirós, 2005).

Neste modelo também é referenciado a importância e a influência dos factores organizacionais para o agravamento da exaustão emocional, satisfação profissional e na síndrome de *burnout* em geral. A satisfação profissional não é mediada pela exaustão, embora o caso contrário possa ocorrer (Queirós, 2005).

1.1.3. Sintomas Físicos e Psicológicos do *Burnout*

A seguir e de modo sucinto, apresentam-se os principais sinais e sintomas que podem afectar, negativamente, as principais áreas da vida do profissional (Antunes e Moeda, 2005).

Tabela 1 – Sintomas e sinais características da síndrome de <i>burnout</i>	
Físicos	Sensação de fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores musculares, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, perturbações cardiovasculares, problemas respiratórios, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres;
Psicológicos	Falta de atenção e de concentração, alterações da memória, lentificação do pensamento, sentimento de alienação, de solidão, de insuficiência, impaciência, disforia, incapacidade para lidar com novas situações stressantes;
Emocionais/Defensivos	Tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, perda do interesse pelo trabalho ou pelo lazer, perda de entusiasmo e alegria insónia e cinismo, ansiedade, depressão, irritação, pessimismo, baixa

	auto-estima, desconfiança e paranóia;
Comportamentais	Irritabilidade, aumento da agressividade activa e passiva, incapacidade para relaxar, dificuldade de adaptação às mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias aditivas, comportamento de alto risco e aumento da probabilidade de suicídio;

Fonte: Cunningham (2000); Valpato *et al* (2003); Costa, (2003); Antunes e Moeda (2005); Toker, *et al* (2005)

1.1.4. Consequências do Burnout

De acordo com Gil-Monte (2003), as consequências da síndrome de *burnout* podem ser classificados em dois níveis: **consequências para o indivíduo e consequências para a organização (Tabela 2)**.

Tabela 2 – Consequências do Burnout	
1) Consequências para o indivíduo	2) Consequências para a organização
<ul style="list-style-type: none"> • Uso de mecanismos de distanciamento emocional; • Desenvolvimento de atitudes negativas: cinismo, apatia, hostilidade, falta de assertividade, baixa auto-estima, incapacidade para lidar com novas situações exigentes, ansiedade, depressão; • Desenvolvimento de problemas físicos; • Abandono/desistência do emprego; • Uso e abuso de substâncias aditivas (bebidas alcoólicas, tabaco, medicamentos, drogas, suicídio); 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioração do relacionamento com os pacientes/clientes e da qualidade do desempenho do profissional, diminuição da eficácia do cuidado e da comunicação; • Baixa satisfação profissional e baixa qualidade da vida profissional; • Elevado absentismo no trabalho; • Abandono/desistência do emprego; • Aumento dos conflitos interpessoais com os colegas, pacientes, superiores;

Fonte: Jackson e Schuler (1983). Maslach e Jackson, 1984; Cunningham (2000); Hillhouse, *et al*, (2000); Gundersen (2001); Gil-Monte (2003); Campos (2005).

1.1.5. Diagnóstico e Avaliação do Burnout

A avaliação de uma determinada perturbação, com a intenção de intervir é já o início da própria intervenção (Ramos, 2003). Do ponto de vista conceptual, o diagnóstico precede a intervenção e a avaliação procede a mesma (Cunningham, 2000). O primeiro destina-se a conhecer a expressão do fenómeno no seio organizacional e a estabelecer o plano de intervenção, enquanto a segunda destina-se a analisar o impacto do mesmo (Ramos, 2003).

Cunningham (2000) refere que um diagnóstico precoce de um indivíduo que apresente sintomas de stresse, principalmente os característicos da fase da resistência, que corresponde à fase inicial do *burnout* (*pré-burnout*), permite às organizações prepararem-se para, não só travar o desenvolvimento e agravamento do mesmo, como e principalmente promover programas e estratégias de prevenção.

Critérios individuais de diagnóstico: Tal como já foi referido anteriormente, o campo controverso relacionado com o conhecimento geral da síndrome de *burnout* tem levantado questões de diversas naturezas (Bates, 2002; Araújo *et al*, 2003; Gil-Monte, 2003; Campos, 2005). Uma destas questões

relaciona-se com a existência ou não de critérios individuais de diagnóstico para o *burnout*, que justifique a sua classificação como um conceito distinto ou não de outros como: stresse/stresse ocupacional, depressão ou insatisfação profissional (Melo, *et al*, 1997).

A seguir é apresentada uma tabela representativa dos 5 principais critérios de diagnóstico, escolhidos com um relativo consenso (Melo, *et al*, 1997 e Cruz, *et al*, 2000).

Tabela 3 – Critérios individuais de diagnóstico do <i>burnout</i>
Predominância de sintomas disfóricos, como a exaustão emocional, a fadiga e a depressão;
Predominância de sintomas mentais e comportamentais relativamente aos sintomas físicos;
Os sintomas do <i>burnout</i> são específicos e inerentes às situações de trabalho;
Estes sintomas podem ser manifestar-se em indivíduos que nunca sofreram ou apresentaram distúrbios psicológicos;
Diminuição da eficácia e rendimento no trabalho e, da satisfação profissional, devido ao desenvolvimento de atitudes e comportamentos negativos.

Fonte: Maslach e Schaufeli (1993, citadas por Melo, *et al*, 1997 e Cruz, *et al*, 2000) e Gutiérrez (2000, citado por Carlotto e Câmara, 2004).

Salienta-se ainda que alguns autores chamam a atenção para a necessidade de se ter em conta a questão da realização de um diagnóstico diferencial, em que são apresentados critérios de exclusão no diagnóstico do *burnout* (Cruz, *et al*, 2000). Neste sentido, esta síndrome não deve ser diagnosticada caso: (1) o baixo rendimento profissional seja resultado da incompetência do profissional; (2) exista a possibilidade dos critérios serem característicos de uma outra psicopatologia e problemas relacionados com a família; (3) os sintomas de fadiga que estejam associados a trabalhos monótonos ou excesso de trabalho devem ser também excluídos, pois, normalmente, estes não são acompanhados por sentimentos de incompetência e baixo rendimento.

Avaliação Psicométrica do *Burnout*: Barnett, *et al*, (1999) referem que o método standard para a avaliação e medida do *burnout* continua a ser o *Maslach Burnout Inventory* (MBI - **Anexo 1**) quer seja na sua forma original *Human Services Survey* (MBI-HSS; Maslach e Jackson, 1981b) ou na sua 3ª e última versão, *General Survey* (MBI-GS; Maslach *et al* 1996), sendo esta a mais aceite e utilizada, pois é a única versão traduzida e adaptada a países como: Itália, França, Alemanha, Espanha, Polónia e ultimamente em Portugal (Cruz e Melo, 1996).

1.1.6. *Burnout* e Depressão (Introdução)

Freudenberger complementou seus estudos em 1975 e 1977, incluindo na sua definição novos sintomas e comportamentos tais como: fadiga, **depressão**, irritabilidade, aborrecimento, sobrecarga de trabalho, rigidez, inflexibilidade e **falta de realização pessoal** (Carlotto e Câmara, 2004).

De facto, actualmente observa-se que as doenças consideradas emergentes, como o stresse, a **depressão** ou a ansiedade, bem como a violência no trabalho, o assédio e a intimidação, representam, por si sós, 18% dos problemas de saúde relacionados com o trabalho, uma quarta parte dos quais implica duas semanas ou mais de ausência ao trabalho (CCE, 2002).

Alguns autores têm proposto a conceptualização do *burnout* como um quadro depressivo associado estritamente ao mundo do trabalho (Fráguas e Figueiró, 2001, citados por Capitão e Mallar, 2003), no entanto, outros afirmam que a depressão e a síndrome de *burnout* apresentam, de facto, certas semelhanças, como cansaço, isolamento social e sentimentos de desvalorização, mas salientam a existência de diferenças acentuadas entre estes dois quadros clínicos: o *burnout* é fundamentalmente um constructo social que surge como consequência da pressão nas relações interpessoais e organizacionais, enquanto a depressão representa um conjunto de emoções e cognições que têm consequências sobre essas relações interpessoais (Capitão e Mallar, 2003; Toker, *et al*, 2005).

Alguns especialistas vêem o *burnout* como sendo uma manifestação no trabalho de uma depressão que afecta vários aspectos da vida do indivíduo. Por isso, frequentemente, é diagnosticada a perturbação depressiva ou perturbação de adaptação, que é mais facilmente admissível perante os critérios das diferentes compensações financeiras em caso de incapacidade no trabalho (Delbouck, 2006).

A relação entre os episódios depressivos e o trabalho pode ser subtil (Capitão e Mallar, 2003). Esta pode surgir após sucessivas decepções nas situações de trabalho, perdas acumuladas ao longo dos anos de trabalho, exigências excessivas de desempenho cada vez maior no trabalho, geradas pelo excesso de competição, implicando ameaça permanente de perda do lugar que o trabalhador ocupa na hierarquia da empresa, perda efectiva, perda do posto de trabalho e demissão podem determinar depressões mais ou menos graves (MSB, 2001; Capitão e Mallar, 2003; Delbouck, 2006).

Em suma, como o *burnout* tem sido descrito em termos de sintomas disfóricos, tais como exaustão, fadiga, diminuição ou perda da auto-estima e depressão (Maslach, *et al*, 1996; 1997; Cruz, *et al*, 2000; Maslach, *et al*, 2001; Mendes, 2002; Campos, 2005), torna-se importante e, de alguma forma interessante, abordar, mesmo de uma maneira breve e sumária, a perturbação depressiva relacionada com stresse/stresse ocupacional e a síndrome do *burnout*. Neste sentido o próximo capítulo dedica-se à análise das possíveis similaridades, diferenças e complementaridades entre estes conceitos, fenómenos, e perturbações, na tentativa de compreender a relação existente entre eles.

1.2. Perturbação Depressiva

As perturbações de humor, no seu todo, apresentam-se como sendo uma categoria diagnóstica que engloba as perturbações do humor bipolar (mania, hipomania, depressão bipolar, estados mistos e ciclotimia) e as perturbações unipolares (depressão *major* e distimia) (Gilbert, 2000). O humor de um indivíduo pode ser caracterizado pela expressão verbal de sentimentos que reflectem o seu estado emocional interior (Gomes, 2003). O afecto diz respeito à expressão não verbal destes estados emocionais (Gomes, 2003). Os principais estados de humor são conhecidos como a alegria, a tristeza, a raiva e o medo (Grevet e Knijnik, 2001).

Neste capítulo abordaremos apenas a forma unipolar da perturbação de humor: a **depressão *major***.

A depressão não é um fenómeno recente. Já no século 4 DC Hipócrates começa por afirmar que a melancolia deveria ser considerada uma perturbação mental, caracterizada por sintomas e sinais próprios (Gilbert, 2000). No entanto, somente no século 20, teóricos como o Freud (1856-1939) e Abraham (1911-1960) começaram por reconhecer a importância de factores psicológicos e emocionais no desenvolvimento e agravamento da perturbação depressiva (Ingram e Trenary, 2004).

Nos últimos 20 anos, houve um crescente interesse pela investigação dos aspectos psicológicos das perturbações de humor (Neto e Ito, 1998). A depressão, como tal como todas perturbações psiquiátricas, sofreu uma evolução significativa nos últimos dois séculos, com particular incidência para as duas últimas décadas (Gomes, 2003). Actualmente, a depressão é reconhecida, essencialmente, como um problema de saúde pública (Gilbert, 2000; Grevet e Knijnik, 2001; O.M.S., 2002; Gomes, 2003; Ingram e Trenary, 2004; Weyand, 2005; Cembrowicz, 2006; Delbouck, 2006).

É um dos processos patológicos que apresenta maior frequência na atenção primária médica e afecta a população em geral, sendo altamente incapacitante, pois interfere de modo decisivo e intenso na vida pessoal, profissional, social e económica dos portadores. É potencialmente fatal, pois, em casos graves, aumenta o risco de tentativas de suicídio, culminando muitas vezes num suicídio consumado (Silva, *et al*, 2003).

1.2.1. Definição do Conceito de Depressão

Todo o ser humano, independentemente das suas características, já apresentou mudanças no seu estado de humor (Gomes, 2003). A experiência de sentimentos bons, menos bons e maus, pode ser frequente e normal na vida de qualquer indivíduo, caso contrário seria considerado apenas um autómato, apresentando comportamentos completamente previsíveis (Gomes, 2003; Cembrowicz, 2006). As

constantes mudanças do estado humor torna-se então um importante processo de resposta e adaptação do organismo aos estímulos exteriores (Cembrowicz, 2006).

No entanto, as reacções que ocorrem como resposta a uma determinada situação/circunstância de vida, ainda que o indivíduo experiencie sentimentos de depressão que lhe causam sofrimento e alguma incapacitação, não são tão severos, nem apresentam duração ou interferência suficiente nas actividades e responsabilidades diárias de forma a possam ser diagnosticada como uma perturbação depressiva (Quinn, 2000; Rubenstein, *et al*, 2000).

Neste sentido, a depressão pode ser definida como sendo uma experiência, como uma reacção (inadequada) ao mundo exterior, reflectindo-se na forma como o indivíduo pensa, sente e age (Simmons e Daw, 2002). A depressão pode ser então caracterizada pela dificuldade do indivíduo em adaptar-se aos seus contextos sempre em evolução, o que evidencia uma rigidez impeditiva dos próprios processos de mudança (Maia, 1998).

Lewinsohn (1974, citado por Neto e Ito, 1998) propõe que o desenvolvimento de sintomas depressivos pode resultar da diminuição ou ausência dos reforços positivos nas interacções do indivíduo com o seu ambiente circundante. Quando determinados comportamentos deixam de ser reforçados positivamente, o indivíduo reduz, de maneira significativa as suas actividades e interacções, o que facilita o desenvolvimento de sintomas depressivos como o isolamento, perda de interesse, disforia entre outros (Neto e Ito, 1998).

Nurcombe (1992, citado por Ingram e Trenary, 2004) argumenta que o termo *depressão* pode ser utilizado para indicar um estado de humor (tristeza), um sintoma ou sinal (estar triste), uma síndrome constituída por uma constelação de sintomas, uma perturbação que permite a identificação e classificação de um grupo de indivíduos, ou uma doença associada a anormalidades bioquímicas e genéticas.

1.2.2. Diagnóstico e Avaliação da Depressão

A depressão corresponde a uma constelação de experiências normalmente sentidas como uma descontinuidade em relação à vivência normal (Maia, 1999). Por isso, nem sempre é fácil reconhecer um quadro depressivo (Delbouck, 2006). A maioria dos sintomas físicos dos pacientes que buscam ajuda no contexto do atendimento ambulatorio, público/privado, não está associada a processo orgânico de doença (Cembrowicz, 2006). O diagnóstico mais comum em cuidados primários é o de *não-doença* (Grevet e Knijnik, 2001, Praag, 2004), porém é necessário mencionar que somente uma análise da gravidade ou frequência dos sintomas não é suficiente para estabelecer um diagnóstico de depressão.

Diagnóstico da Depressão: De acordo com a DSM-IV TR (2002) o diagnóstico da perturbação depressiva (*major*) implica a ocorrência de um ou mais episódios depressivos *major*, ou seja, pelo menos duas semanas de **humor deprimido, perda de interesse**, acompanhado de, pelo menos, 4 sintomas adicionais sistematizados em nove domínios (Maia, 1998; DSM-IV TR, 2002; Cembrowicz, 2006). Sendo assim, a depressão pode ser diagnosticada quando:

A. Estão presentes cinco (ou mais) dos seguintes sintomas durante o período de duas semanas e representam uma alteração do funcionamento prévio. Pelo menos um dos sintomas é 1) humor depressivo ou 2) perda de prazer ou interesse:

(1) Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicados ou pelo relato subjectivo (ex. sente-se triste ou vazio), ou pela observação de outros (ex. parece choroso).

Nota: Em crianças e adolescentes o humor pode ser irritável;

(2) Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as actividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias;

(3) Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativo (ex. uma alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias.

Nota: Nas crianças considera-se também o não atingir dos aumentos esperados de peso;

(4) Insónia ou hipersónia quase todos os dias;

(5) Agitação ou inibição psicomotora quase todos os dias, observável por outros e não meramente pelo relato subjectivo de se sentir agitado ou lento;

(6) Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;

(7) Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias;

(8) Diminuição da capacidade de pensamento ou concentração, ou indecisão, quase todos os dias;

(9) Pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação e/ou tentativa suicida recorrente sem/com um plano específico;

B. Os sintomas não preenchem os critérios para Episódio Misto;

C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante;

D. Os sintomas não são devidos aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (ex. droga de abuso, medicação) ou de um estado físico geral (ex. hipotireoidismo);

E. Os sintomas não são melhor explicados por luto, isto é, depois da perda de ente querido, os sintomas persistem por mais de dois meses ou são caracterizados por uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora.

Fonte: American Psychiatric Association (2002).

Avaliação Psicométrica da Depressão: Sendo a depressão caracterizada como uma perturbação de humor, em que o indivíduo exterioriza um conjunto de sintomas e sinais, que manifestam-se em quatro áreas distintas, abrangendo todo o funcionamento do sujeito (Maia, 1999; Gomes, 2003; Cembrowicz, 2006):

Área afectiva: humor deprimido, sentimento de vazio e desânimo, apatia ou irritação, associados a uma perda de interesse ou prazer em quase todas as actividades, que anteriormente constituíam experiências gratificantes para o indivíduo (Maia, 1999);

Área cognitiva: pensamentos de auto-desvalorização, culpabilização, ou rejeição e abandono, dificuldades de concentração, sensação de ineficácia na realização de tarefas; *tríade cognitiva* da depressão: percepções negativas em relação a si próprios, ao mundo e ao futuro (Maia, 1999);

Área comportamental: apatia e isolamento social, alterações psicomotoras (retardação);

Área física: alterações a nível do sono, apetite, desejo sexual ou energia (Maia, 1999).

Os instrumentos de avaliação que procuram descrever os sintomas normalmente organizam-se de modo a avaliar todas as áreas, tendo em conta a presença ou ausência de um sintoma e, no caso da presença as suas características (intensidade, gravidade e frequência) (Maia, 2001).

Inventário de Avaliação Clínico da Depressão (IACLIDE): O IACLIDE (Vaz Serra, 1994) destina-se a medir a intensidade dos quadros clínicos depressivos. Este inventário foi construído por Adriano Vaz Serra a partir da versão inicial (**Anexo 1**). O IACLIDE é constituído por 23 questões diferentes que se referem a quatro tipos de perturbações distintos: biológicas, cognitivas, interpessoais e desempenho da tarefa. Estes quatro tipos de perturbação significam a relação que o indivíduo tem com o corpo, consigo próprio como pessoa, com os outros e com o trabalho.

1.2.3. Burnout e Expectativas de Controlo (Introdução)

Inicialmente, Freudenberger (citado por Delbouck, 2006) refere que o *burnout* devia ser compreendido como um estado de fadiga ou de frustração motivado pela consagração a uma determinada causa, o um modo de vida, ou a uma relação que não correspondia às expectativas, ou seja seria provocado pela divergência entre as **expectativas** do indivíduo e a sua vivência no geral, tanto em termos relacionais, como profissional (Capitão e Mallar, 2003).

De acordo com Capitão e Mallar (2003) e Guimarães (2005), somente os indivíduos motivados podem desenvolver *burnout*, porque estes têm altos objectivos e expectativas pessoais em relação ao que o trabalho pode prover. (Capitão e Mallar, 2003; Guimarães, 2005),

O importante a referir, nesta questão, trata-se do facto da primeira fase do desenvolvimento da síndrome de *burnout* (**entusiasmo idealista**) ser caracterizada por elevadas aspirações, expectativas, energia para trabalhar e alguma carência/ausência da noção de limites (Lauroche, 1985; e Delbouck, 2006).

Este pressuposto teórico permite colocar uma questão pertinente: “Até que ponto o nível e o tipo de expectativas podem influenciar o desenvolvimento e agravamento da síndrome do burnout?”

Torna-se então necessário compreender o papel desempenhado pelas expectativas na síndrome de *burnout*, bem como a par da compreensão do conceito de “expectativas” serão abordados também outros conceitos subjacentes, tais como: a “auto-eficácia”, “locus de controlo” e as “expectativas de êxito”. Nesta presente investigação, será abordado a perspectiva organizacional/ocupacional das expectativas, tendo em conta que a principal ênfase será dado à possível correlação existente entre a síndrome de *burnout* e as expectativas de controlo (os tipos de expectativas e os níveis demonstrados).

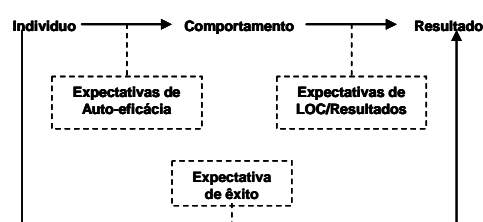
1.3. Expectativas de Controlo

O processo de socialização no mundo de trabalho estende-se ao longo de toda a vida ocupacional do indivíduo, no entanto existem certos momentos em que a sua intensidade e relevância confere uma importância maior, principalmente devido ao impacto que este tem sobre o bem-estar pessoal e profissional do indivíduo (Pinazo e Carrero, 1997; Araújo, *et al*, 2003; Camargo, Caetano e Guimarães, 2005). Entre estes momentos cabe destacar os mais importantes, nomeadamente a entrada no mundo de trabalho, as mudanças que experiencia no novo emprego, as atitudes, regras e comportamentos que terá de adoptar ou deixar e a adaptação a um novo contexto (Pinazo e Carrero, 1997; Conte, 2003).

1.3.1. Tipos de Expectativas

Palenzuela (1990, citado por Palenzuela, 1994; Palenzuela, *et al*, 1997) elabora um esquema (**Figura 3**) a partir do esquema, anteriormente, apresentado por Bandura (1977), onde se verifica o estabelecimento de uma relação adicional entre o indivíduo e o resultado, isto é, neste modelo são apresentados conceitos como a *expectativa de reforço, meta ou êxito* (Palenzuela, 1994; Palenzuela, *et al*, 1997). A novidade refere-se à integração de novos determinantes como a *expectativa de êxito* e a *expectativa de locus de controlo*.

Figura 3 – Representação gráfica dos tipos de expectativas (Palenzuela, 1990)



Fonte: Palenzuela (1994:3); Palenzuela, *et al* (1997:78)

Locus de Controlo: este conceito refere-se às expectativas generalizadas de controlo interno e externo sobre o reforço (Rotter, 1966, citada por Ribeiro, 2000; Baptista, *et al*, 2006), ou seja, se por um lado o **locus de controlo interno** refere-se à percepção de controlo pessoal sobre o resultado da situação ou o reforço e, por isso, tende-se a percebê-lo como resultante das próprias acções, por outro o **locus de**

controlo externo refere-se à percepção da falta de controlo pessoal sobre a situação ou de que o resultado não é/está dependente do próprio comportamento e, por isso, há uma tendência a percebê-lo como resultante de factores exteriores, como sorte ou acaso (Ribeiro, 2000; Baptista, *et al*, 2006).

Sendo o locus de controlo, a crença do indivíduo, a respeito de quem detém o controlo sobre os acontecimentos da sua vida (o próprio indivíduo, outros indivíduos/poderosos ou o acaso), torna-se importante levantar informações sobre a avaliação que este faz sobre suas próprias capacidades (Baptista, *et al*, 2006).

Da mesma maneira, Ribeiro (2000) enfatiza outro constructo relacionado ao controlo de comportamento por intermédio da mediação cognitiva e directamente associado aos modelos de crenças em saúde, ou seja, a **auto-eficácia**, que pode ser definida como uma crença, ou percepção, ou “*juízo das próprias capacidades na execução de comportamentos exigidos para se atingir um certo grau de performance*” (Bandura, 1986:391, citado por Bzuneck, 2000). De acordo com Venditti (2005), a auto-eficácia produz quatro efeitos principais:

- **Escolha das acções:** indivíduos seleccionam actividades nas quais se sentem capazes e competentes e evitam aquelas em que não são.
- **Esforço e resistência à adversidade:** indivíduos com maiores níveis de auto-eficácia se esforçam mais e apresentam mais resistência frente a resultados e condições adversas;
- **Melhores rendimentos:** os indivíduos com elevadas crenças de auto-eficácia apresentam maiores desempenhos para as respectivas áreas de actuação;
- **Padrões de pensamento e reacções emocionais:** indivíduos auto-eficazes desenvolvem serenidade (equilíbrio emocional), pensamento positivo e foco (concentração) na tarefa.

Na visão de Bartlett (1998) *burnout* é um reflexo da falta de auto-eficácia e de sucesso psicológico. Para ele, quando a pessoa experimenta sentimentos de fracasso, deixa de investir emocionalmente na situação, diminui sua execução, mostra-se desinteressada, valoriza as recompensas materiais em detrimento das internas, utiliza mecanismos de defesa, luta contra a organização e finalmente acaba por desistir.

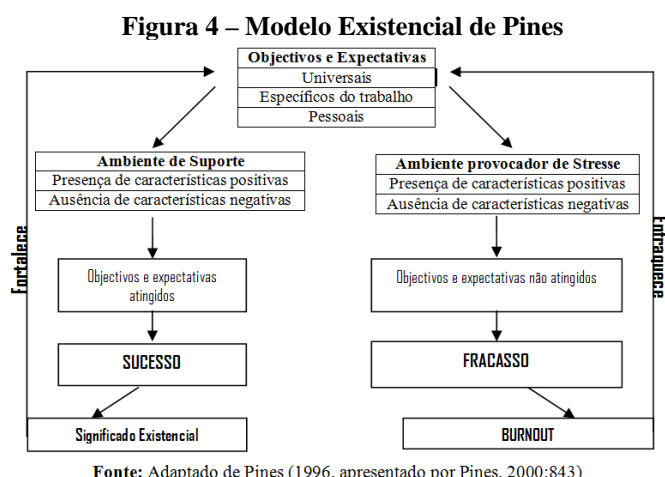
Expectativas de êxito: Em relação a este componente pouco se tem desenvolvimento no sentido de clarificar a sua conceptualização. No entanto, Palenzuela (1997) refere que expectativas de êxito podem ser definidas como a estimativa feita pelo indivíduo que determina em que medida espera conseguir alcançar uma meta, reforço ou resultado desejado.

Segundo o modelo tridimensional as expectativas de controlo, as expectativas de auto-eficácia e as de locus de controlo poderiam ser consideradas determinantes da expectativa de êxito. Este pressuposto vem corroborar o que foi referido por Rotter, no qual ele propõe que a expectativa para uma determinada situação seria determinada pela função das outras expectativas, como as expectativas generalizadas de solução e a expectativa generalizada de reforço ou êxito. Assim como seria a expectativa de êxito seria o resultado da expectativa da auto-eficácia (Palenzuela, 1997).

1.3.2. Modelo existencial de Pines (2000)

De acordo com Pines (1981, citado por Bates, 2002:12), *burnout* é o resultado da constante e repetida pressão emocional associada ao intenso envolvimento com pessoas durante um longo período de vida. Nesse sentido, Pines elaborou o modelo existencial (Pines, 1996, citado por Pines, 2000), que também é motivacional uma vez que para o desenvolvimento do *burnout* é preciso ter existido previamente algum tipo de motivação e altos níveis de expectativas (**Figura 4**).

Pines (1999, citado por Gonçalves, 2002) refere que, além dos profissionais de saúde estarem expostos a frequentes situações de stress, eles têm a percepção que no seu trabalho dedicam-se e oferecem muito mais, em comparação com o que recebem, ou seja, o retorno em termos de gratificação (gratidão) é percebido como sendo reduzido, insuficiente perante as suas expectativas. O nível de expectativa é, dramaticamente, oposto à realidade e estes indivíduos persistem em tentar alcançar suas expectativas, suas trajetórias tornam-se problemáticas e o resultado é uma discrepância significativa entre as exigências, expectativas, recursos individuais e os resultados obtidos (Pines, 2000).



O modelo existencial do processo de *burnout* nos alerta para a possibilidade dos profissionais altamente motivados e determinados poderem não ter sempre reacções adaptativas e eficazes na gestão da pressão profissional (Gomes, 2006).

De acordo com este modelo, os indivíduos altamente motivados começam a trabalhar com altos objectivos e com elevadas expectativas (universais, específicas da profissão e pessoais) acerca daquilo que o trabalho lhes pode proporcionar. Todas estas motivações combinadas sustentam a expectativa de que o trabalho terá um impacto significativo e permitirá aos indivíduos ter sucesso (Gomes, 2006).

Por um lado, este sucesso propicia um sentimento de significância existencial que reforça a motivação original do indivíduo para o trabalho (Gomes, 2006). Por outro lado, para as pessoas que tiram o sentido existencial do seu trabalho, o fracasso é uma experiência devastadora e um antecedente do *burnout*. Uma vez instalado, a motivação do indivíduo para o trabalho reduz-se (Pines, 2000). Sendo assim, o *burnout* é visto como um processo caracterizado pela exaustão física, emocional e mental provocado pela divergência entre as expectativas do indivíduo e a sua vivência no trabalho.

1.3.3. Avaliação Psicométrica das Expectativas

Abordar a avaliação das expectativas implica em grande parte abordar também a avaliação psicométrica da motivação, principalmente no contexto organizacional. A principal teoria de avaliação das expectativas resulta da tentativa dos investigadores avaliarem os principais determinantes de conceito (**expectativas** – crença de que o esforço o levará ao alcance de um determinado objectivo; e **valência** – ideia de que o valor do objectivo pode ser positivo/alto) (Furnham, 1997).

BEEGC: A Bateria de Escalas de Expectativas Generalizadas de Controlo (Palenzuela, 1994) baseia-se nas teorias de Locus de Controlo (LOC) de Palenzuela (1988a) e do Enfoque do Controlo Pessoal (Palenzuela, 1988b, 1989). O fundamento teórico da BEEGC resulta também de outros estudos realizados pelo mesmo autor (Palenzuela, 1984, 1985, 1986, 1987a e 1987b).

A BEEGC (**Anexo 1**) trata-se, como o nome indica, de um questionário de auto resposta, composto por 20 itens, que pretende avaliar os três tipos de expectativas apresentados por Palenzuela: **expectativa de êxito e expectativa de locus de controlo** baseadas na teoria da aprendizagem social de Rotter (1954 e 1966) e a **expectativa de auto-eficácia**, desenvolvida por Bandura (1977), na teoria sócio-cognitiva. Esta bateria é composta por cinco escalas, sendo as três primeiras escalas relacionadas com o constructo de locus de controlo (LOC): **contingência (C)**, **incontrolabilidade (I)** e **sorte (S)**. A quarta escala avalia a expectativa de **auto-eficácia (A)** e a quinta avalia a expectativa de **êxito (E)**.

Capítulo 2: Metodologia da Investigação

2.1. Caracterização metodológica

Tipo de Estudo: Considera-se que esta investigação tem um carácter “**quantitativo**”, pois pretende-se quantificar e traduzir em números num conjunto de elementos (neste caso, opiniões, informações e percepções), que posteriormente poderão ser classificados e analisados, recorrendo-se ao uso de questionários e técnicas estatísticas (Fuhrmann, 2003).

Tendo em conta, os objectivos propostos nesta investigação pode-se dizer que estes têm um carácter **exploratório** pois visam proporcionar maior familiaridade com o problema, tendo em vista torná-lo mais explícito e compreensível ou ainda o estabelecimento de hipóteses e **descritivo** pois pretende descrever as características de uma determinada população/amostra ou fenómeno ou ainda estabelecer relações entre os diferentes tipos de variáveis.

Relevância do Estudo: A seguir apresentam-se algumas razões fundamentais que estiveram subjacentes à opção de estudo/investigação na área de stresse e *burnout* no contexto hospitalar:

1. A crescente importância atribuída ao fenómeno do stresse ocupacional e do *burnout*, nomeadamente no contexto dos profissionais de ajuda;
2. De referir que dentre todas as profissões de ajuda, os enfermeiros, médicos e todos os profissionais de saúde, ainda representam uma classe de risco e, teoricamente, apresentam os maiores níveis de stresse, *burnout* entre outras variáveis;
3. Contribuir para o enriquecimento do conhecimento que até ao momento existe acerca da temática em causa, em relação aos profissionais de saúde: médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde;
4. Contribuir para o desenvolvimento de programas e intervenções, com o principal objectivo de prevenir e tratar os sintomas/perturbações associados ao desenvolvimento e agravamento do síndrome do *burnout*.

Sendo assim, pretende-se com este trabalho criar um ciclo de informação e dados estatísticos que poderão vir a ser utilizados e enriquecidos por um vasto leque de profissionais, como: professores, alunos, instituição educacional e comunidade, bem como permitir a recolha de dados suficientes para a avaliação da amostra e posteriormente, proceder à generalização para o universo/população em que se inclui a amostra recolhida e analisada.

Definição do Problema: No que concerne à presente investigação, e tendo em conta que se trata de uma investigação que pretende, em primeiro lugar, avaliar e comparar os níveis de *burnout*, bem como

<p>b) Contribuir para o aperfeiçoamento das metodologias de avaliação adaptadas do <i>burnout</i> em profissionais e técnicos de saúde;</p> <p>c) Avaliação dos níveis de <i>burnout</i>, depressão e o tipo de expectativas características da amostra: profissionais de saúde da Consulta Externa e profissionais de saúde do INEM, do Centro Hospitalar Cova da Beira.</p>	<p>c) Análise as relações entre <i>burnout</i>, depressão e expectativas de controlo;</p> <p>d) Comparação dos níveis de <i>burnout</i>, depressão e o tipo de expectativas relativos a cada grupo;</p> <p>e) Identificação e análise das variáveis (demográficas) que possam estar a influenciar (positiva ou negativamente) nos resultados obtidos a partir dos dados recolhidos;</p>
---	---

Hipóteses de Estudo: De acordo com Christensen (2004), a hipótese representa uma previsão da relação existente entre as variáveis em estudo. Tendo em conta toda a base teórica apresentada no capítulo anterior podem-se colocar as seguintes hipóteses:

Quadro 1 – Representação das Hipóteses formuladas

<p>Hipótese 1: Os profissionais de saúde do INEM do CHCB apresentam maiores níveis de <i>burnout</i> relativamente aos profissionais da Consulta Externa do CHCB;</p> <p>Hipótese 2: Os profissionais de saúde do INEM do CHCB demonstram maiores níveis de depressão comparativamente aos profissionais da Consulta Externa do CHCB;</p> <p>Hipótese 3: Os profissionais de saúde do INEM do CHCB apresentam menores valores nas escalas de locus de controlo (contingência), Auto-eficácia e Êxito, do BEEGC relativamente aos profissionais da Consulta Externa do CHCB;</p> <p>Hipótese 4: Os enfermeiros da amostra populacional (independentemente do Serviço em que trabalham) apresentam maiores níveis de <i>burnout</i> quando comparados com os médicos da mesma amostra;</p> <p>Hipótese 5: Os enfermeiros da amostra populacional (independentemente do Serviço em que trabalham) demonstram maiores níveis de depressão quando comparados com os médicos da mesma amostra;</p> <p>Hipótese 6: Os enfermeiros da amostra populacional (independentemente do Serviço em que trabalham) apresentam menores valores nas escalas de locus de controlo (contingência), Auto-eficácia e Êxito, do BEEGC, comparativamente aos médicos da mesma amostra;</p>
--

2.2. Procedimentos Metodológicos

De acordo com Silva, *et al*, (2004), os **procedimentos metodológicos** representam a escolha dos métodos científicos subjacentes à realização da investigação, a escolha e caracterização da amostra, bem como a escolha e justificação dos instrumentos a serem utilizados. A seguir são apresentados os principais procedimentos metodológicos utilizados na realização da presente investigação.

Método Científico: Considera-se que o método científico mais adequado subjacente à realização desta investigação seja **hipotético-dedutivo**, pois, na impossibilidade de se explicar o fenómeno psicossocial *burnout* baseado unicamente nas teorias e conhecimentos actuais, define-se um problema chave e a partir da formulação e estabelecimento de determinadas hipóteses, tenta-se através de instrumentos quantitativos e conhecimentos estatísticos contestar ou corroborar as hipóteses inicialmente formuladas.

Amostra: Nesta investigação utilizou-se o método de amostragem não aleatório intencional, pois a amostra é composta por elementos da população que foram seleccionados intencionalmente, pois considera-se que esses elementos possuem características típicas ou representativas da população/universo que se pretende generalizar os conhecimentos adquiridos (Perreira, 1999).

Sendo assim, para a realização do presente estudo participaram os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) do Instituto de Nacional de Emergência Médica (INEM) e do Serviço da Consulta Externa do CHCB, sendo este o principal critério para a sua inclusão na mesma.

No que se refere à amostra do INEM, esta representa a totalidade da população em estudo, ou seja, 32 profissionais de saúde, dos quais 16 são enfermeiros e os outros 16 médicos. Relativamente à amostra do Serviço da Consulta Externa, ela totaliza 124 profissionais, sendo constituída por 28 enfermeiros e 96 médicos distribuídos da seguinte forma:

Tabela 6 - Distribuição dos enfermeiros (categoria e serviço na CE).

Categorias		Serviços	
Enfermeiro Chefe	3	Consulta Externa	12
Enfermeiro Graduado	19	Psiquiatria	2
Enfermeiro Especialista	1	Gastrenterologia	2
Enfermeiros	5	Ginecologia/Obstetrícia	5
		Imunohemoterapia	7
Total	28	Total	28

Tabela 7 - Distribuição dos médicos segundo a sua categoria na Consulta Externa.

Categorias	
Chefe de Serviço	14
Assistente Graduado	30
Assistente	42
Médico	10
Professor	1
Total	96

Tabela 8 – Consultas Externas disponibilizadas pelo Centro Hospitalar Cova da Beira (Fonte: www.cbcb.pt);

Anestesia	Cirurgia Plástica	Fisiatria	Psiquiatria	Ginecologia/Colposcopia
Apoio ao Dador de Sangue	Consulta da Dor	Gastrenterologia	Psicologia Clínica	Consulta da Menopausa
Apoio Plasmaferese	Consulta de Imunidade	Obstetrícia	Planeamento	Hematologia
Alcoologia	Dermatologia	Diagnóstico Pré-Natal	Familiar/Obstetrícia	Consulta de Coagulação
Cardiologia	Pediátrica	Consulta Risco Neo-natal	Pneumologia	Hepatologia
Cardiologia-Pace	Diabetes	Nefro-Urologia Pediátrica	Urologia	Hipertensão/Dislipidémias
Cardiologia	Diabetes Ocular	Alergologia Pediátrica	Consulta de Doença	Imunoalergologia
Pediátrica	Estomatologia	Consulta de Desenvolvim.	Ginecologia	Imunohemoterapia
Cirurgia Cardio-Torácica	Estudo do Sono	Infantil Intestinal	Neurologia	Medicina Interna
Cirurgia Geral	Medicina Paliativa	Pedopsiquiatria	Neuropsicologia	Medicina Intensiva
			Nutrição e Dietética	Cirurgia Dermatológica

Tabela 9 – Distribuição dos médicos segundo o seu serviço na Consulta Externa.

Serviços (1)		Serviços (2)		Serviços (3)		Serviços (4)	
Anestesiologia	11	Endocrinologia	1	Imunoalergologia	1	Ortopedia	5
Cardiologia	2	Estomatologia	2	Imunohemoterapia	3	Otorrinolaringologia	4
Cirurgia Geral	10	Fisiatria	1	Infecçiology	1	Pediatria	8
Cirurgia Cardio Tor.	1	Gastroenterologia	4	Medicina Interna	10	Pedopsiquiatria	1
Cirurgia Plástica	1	Ginecologia/Obstet	10	Neurologia	4	Pneumologia	4
Dermatologia	2	Hematologia	1	Oftalmologia	2	Psiquiatria	4
Médicos Prestação de Serviço	2					Urologia	3

Instrumentos de Avaliação: Relativamente a esta investigação em particular, e tendo em conta os seus principais objectivos, considerou-se que a utilização de questionários seria a forma mais eficaz, fidedigna e rápida de recolha de dados.

Neste sentido, para a realização desta investigação foi utilizada uma bateria de 4 diferentes questionários de avaliação psicológica. Esta bateria de questionários (**Anexo 1**) inclui a **Folha de Apresentação**, o **Questionário Demográfico**, **Inventário de Burnout de Maslach** (MBI – Maslach e Jackson, 1986), o **IACLIDE** (Inventário de Avaliação Clínico da Depressão – Vaz Serra, 1994) e a **BEECG** (Bateria de Escalas de Expectativas Generalizadas de Controlo – Palenzuela, 1994).

De referir que em todos os questionários o registo e a avaliação dos itens e escalas são feitos através do método *Likert*, em que cada número escolhido representa o grau de concordância que o sujeito tem relativamente à afirmação apresentada: em que no MBI a escala apresenta 7 níveis, que varia entre o mínimo de 0 (Nunca) e o máximo de 6 (Todos os dias), no IACLIDE a primeira questão corresponde ao valor mais baixo que é zero, representando a inexistência de qualquer perturbação e à última corresponde o valor quatro, que se refere à gravidade máxima atingida pela queixa. No que se refere ao BEECG a escala varia entre “1” – está totalmente em desacordo com a afirmação até “9” – está totalmente de acordo com a afirmação.

Os questionários utilizados na nesta investigação foram entregues directamente a cada Serviço Administrativo, responsável pela sua distribuição aos profissionais de saúde a que cada profissional pertence. O preenchimento da bateria foi feito por cada profissional individualmente, sendo que a recolha das baterias preenchidas foi feita de semana a semana.

Recolha de dados: O processo de recolha dos dados junto dos profissionais do INEM foi feito da seguinte forma: foram entregues todos os questionários ao Director do Serviço no mesmo dia (09/01/07). Começaram a ser recolhidas uma semana depois. A recolha estendeu-se por um mês, sendo que as baterias eram recolhidas semanalmente.

Dos 32 profissionais que representam a população/amostra do INEM, aos quais foram entregues as baterias de questionários, foram recolhidas no total 27 baterias (14 dos enfermeiros e 13 dos médicos), sendo que 3 não foram utilizadas (baterias em branco). Neste sentido e resumindo, foram utilizados 24 baterias dos profissionais do INEM-VMER, distribuídos equitativamente pelas duas categorias de profissionais (12 enfermeiros e 12 médicos).

O contacto feito com os sectores administrativos da consulta externa iniciou-se no final do mês de Março, em que se começou a entregar as baterias de questionários aos respectivos responsáveis dos sectores, juntamente com o documento comprovativo que autoriza a recolha de dados e a realização desta investigação.

De referir que a recolha das baterias neste sectores tornou-se mais morosa, tanto por causa da extensão numérica da amostra dos profissionais da consulta externa, como devido ao facto de pertencerem a sectores geograficamente diferentes. Sendo assim, todo o processo de entrega e recolha das baterias de questionários decorreu desde de finais de Março e inícios de Junho.

Da mesma forma que no caso dos profissionais do INEM, as baterias de questionários na Consulta Externa foram recolhidas semanalmente, de modo a que houvesse tempo suficiente para que todos os profissionais entrassem em contacto com a bateria dos questionários e com os objectivos da investigação.

Sendo assim, no que se aos profissionais da Consulta Externa, que totalizam 124 (médicos e enfermeiros), com a seguinte distribuição por categorias de profissionais: 28 enfermeiros e 96 médicos, aos quais foram entregues as baterias de questionários, foram recolhidas no total 26 baterias (17 dos enfermeiros e 9 dos médicos), estando todos em perfeitas condições de serem utilizadas.

Tabela 10 – Distribuição das baterias recolhidas e utilizadas na base de dados.

	Frequência	Percentagens Cumulativa
Enfermeiro VMER	12	24,0
Médico VMER	12	48,0
Enfermeiro C. E.	17	82,0
Médico C. E.	9	100,0
Total	50	

Análise Estatística: Após a recolha dos dados considerados necessários tornou-se importante, e como em qualquer trabalho de investigação discreto e comparativo, realizar o tratamento e análise desses mesmos dados recolhidos. Para se conseguir trabalhar nesse sentido, utilizou-se mais outro método científico complementar, o método estatístico, que se revela apropriado para a recolha, classificação, apresentação, análise, descrição e interpretação de dados (Guarín, 2002; Sánchez-Caro, 2003).

O programa estatístico utilizado para a realização da análise dos dados recolhidos foi o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences – Versão 13.0 for Windows*; 2003) distribuído pela SPSS Inc., sendo que a mais recente actualização do SPSS corresponde à versão 15.0, que permite a análise estatística de dados para o domínio das Ciências Sociais e da Psicologia (Pereira, 1999), e é um precioso instrumento de trabalho que executa procedimentos estatísticos, transformando os dados em informação compreensível e interpretável.

2.3. Procedimentos Administrativos e Legais para a Elaboração da Investigação

Após a comunicação aos orientadores (de estágio: Dr. Jorge Marques e dos seminários Dr. Luís Maia) o interesse em pesquisar o tema em questão, no contexto organizacional do estágio CHCB, foram tomadas algumas diligências para que este estudo se concretizasse.

O primeiro passo em questão foi o estabelecimento dos primeiros contactos, de forma oficiais e não oficiais com aos Serviços Administrativos do CHCB, de forma a garantir a autorização e o consentimento informado dos profissionais de saúde incluídos na investigação.

Em primeiro lugar, estabeleceu-se um contacto com carácter não oficial, com os dois serviços incluídos na investigação, de forma a conhecer, não só, a sua constituição, no que se refere ao número de profissionais, como também para pedir o consentimento informado junto aos respectivos coordenadores e avaliar a sua disponibilidade em participar na presente investigação.

Seguidamente, elaborou-se uma carta oficial dirigida ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar da Cova da Beira, Dr. João Casteleiro, entregue no dia 13 de Outubro de 2006, de forma a pedir a autorização da recolha informações/dados na amostra populacional em questão. A resposta do Conselho Administrativo surgiu no dia 28 de Novembro de 2006, sendo entregue a 15 de Dezembro de 2006 (**Anexo 2**) Após essa resposta do CA, foi necessário entregar um conjunto de documentos, de modo a formalizar e completar o pedido de autorização.

O contacto com os coordenadores de cada um dos serviços tornou-se oficial mediante o pedido de consentimento, feito através da entrega de uma carta aos respectivos coordenadores, no dia 31 de Outubro de 2006, respectivamente, sendo que com o Coordenador da Consulta Externa, o contacto foi directo e pessoal, do qual conseguimos a autorização imediata. Relativamente às cartas dirigidas ao Enfermeiro responsável do INEM e ao Coordenador do INEM, foram entregues por correio interno do CHCB, devido à impossibilidade de contactar directamente com os supracitados. Este contanto foi feito também no dia 31 de Outubro de 2006.

De forma a recolher informações estatísticas e dados pessoais acerca dos dois serviços hospitalares e dos profissionais de saúde envolvidos na investigação foram entregues mais duas cartas formalizando o pedido de autorização ao CA do CHCB, para a recolha destas informações junto do GEPI e GRH. Os pedidos foram feitos no dia 03 de Novembro de 2006 e 22 de Dezembro de 2006, respectivamente. Relativamente às respostas aos pedidos surgiram no início do mês de Janeiro de 2007.

A par destas diligências, fizeram-se as primeiras pesquisas bibliográficas sobre o tema, tendo-se constatado que havia de facto muitas investigações levadas a cabo, no contexto dos profissionais de saúde e de ajuda, mas de referir que a maioria esmagadora, referem-se a investigações fora do contexto populacional português. A pesquisa bibliográfica teve como principal objectivo procurar as bases teóricas que sustentassem a investigação, mas também ter um conhecimento aprofundado dos principais instrumentos utilizados para a avaliação de cada uma das variáveis propostas.

Dos instrumentos utilizados para avaliação das variáveis, o **MBI**, **BEEGC** e **IACLIDE**, a utilização dos dois primeiros foi assegurada após o pedido de consentimento e autorização aos respectivos autores. Os pedidos de autorização foram feitos através do envio de *emails* aos respectivos autores, através dos endereços encontrados nos artigos referentes aos instrumentos (**Anexo 3**).

Relativamente ao **IACLIDE** foi necessário pedir a autorização para o acesso ao material de cotação e interpretação do inventário, sendo que para isso elaborou-se um *email* dirigida ao autor do inventário. A cotação e interpretação dos dados relacionados com o **IACLIDE** foi feita através do sistema de cotação digital do orientador da investigação, Professor Doutor Luis Maia.

Após conseguir as autorizações elaborou-se então o questionário (Folha de Apresentação e Questionário Demográfico) e incluíram-se também os inventários de *Burnout*, Depressão e de Expectativas. Este questionário foi revisto e corrigido pelos dois Orientadores de Estágio (Dr. Jorge Marques e Professor Doutor Luís Maia).

Por fim, convém referir que todo o processo de tratamento dos dados recolhidos foi orientado directamente pelo Professor Doutor Luis Maia.

Capítulo 3:
Apresentação e Discussão dos Resultados

O presente capítulo destina-se exclusivamente apresentação e análise da informação recolhida no decorrer da investigação. Em termos da análise estatística dos resultados convém referir, e tendo em conta um conjunto de características subjacentes aos objectivos e hipóteses propostas, à amostra e às variáveis em causa, determinou-se que seria pertinente utilizar os seguintes métodos/técnicas estatísticos: médias, desvios padrão, coeficientes de correlação e teste t.

A seguir, então, faz-se uma descrição e análise aos resultados encontrados relativamente às correlações existentes entre as diversas variáveis, em que são apresentadas as principais correlações positivas e negativas, consoante for o nível de significância que as caracterizam. No final deste capítulo será apresentado

3.1. Caracterização geral da amostra

Na **Tabela 11** podemos verificar que, dos 50 sujeitos da amostra, 27 são do sexo masculino (54%) e 23 do sexo feminino (46%).

Género Sexual

Tabela 11		Frequência	Percent.	Percent. Válida	Percent. Cumulativa
Válido	Masculino	27	54,0	54,0	54,0
	Feminino	23	46,0	46,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Na **Tabela 12**, referente à distribuição do Estado Civil entre os profissionais que fazem parte da amostra, verifica-se que 35 (70%) indivíduos são casados, 9 (18%) são solteiros, 5 (10%) vivem em união de facto e 1 (2%) é divorciado.

Estado Civil

Tabela 12		Frequência	Percent.	Percent. Válida	Percent. Cumulativa
Válido	Solteiro	9	18,0	18,0	18,0
	Casado	35	70,0	70,0	88,0
	Divorciado	1	2,0	2,0	90,0
	União de Facto	5	10,0	10,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

A **Tabela 13** apresenta a distribuição do Grau académico entre os profissionais inquiridos. Verifica-se que 34 (68%) indivíduos são licenciados, 14 (28%) possuem o grau de bacharelato e 2 (4%) são mestres.

Tabela 13
Grau académico mais elevado

	Frequência	Percent.	Percent. Válida	Percent. Cumulativa
Bacharelato	14	28,0	28,0	28,0
Licenciatura	34	68,0	68,0	96,0
Mestrado	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Relativamente à **Tabela 14** do total da amostra, 39 (78%) indivíduos terminaram o curso há menos de 2 anos e 11 (22%) indivíduos há mais de 20 anos. Referir que os períodos que apresentam mais percentagem são: 6-10 anos com 28%, seguido do período que vai dos 11-15 anos (24%) e 16-20 anos (20%) da amostra.

No que se refere à **Tabela 15**, a maior parcela (15%) já exerce entre um período que vai de 6 a 10 anos. A percentagem dos profissionais amostrados que exercem há 1 a 5 anos e 21 a 25 anos e de 26 a 30 anos é a mesma: 10%. Também estão em proporções iguais (18%) estão os que já trabalham de 11 a 15 anos e de 16 a 20 anos. Os que o tempo de trabalho excede os 31 anos estão em menor quantidade: são 2 profissionais, que representam 4% do total.

Há quantos anos terminou o seu curso?

Há quantos anos exerce a sua profissão?

Tabela 14

	Freq.	%	%Válida	% Cumulativa
1 - 5 anos	3	6,0	6,0	6,0
6 - 10 anos	14	28,0	28,0	34,0
11 - 15 anos	12	24,0	24,0	58,0
16 - 20 anos	10	20,0	20,0	78,0
21 - 25 anos	5	10,0	10,0	88,0
26 - 30 anos	5	10,0	10,0	98,0
31 - 35 anos	1	2,0	2,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Tabela 15

	Freq.	%	%válida	% Cumulativa
1 - 5 anos	5	10,0	10,0	10,0
6 - 10 anos	15	30,0	30,0	40,0
11 - 15 anos	9	18,0	18,0	58,0
16 - 20 anos	9	18,0	18,0	76,0
21 - 25 anos	5	10,0	10,0	86,0
26 - 30 anos	5	10,0	10,0	96,0
31 - 35 anos	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

A tabela 16 distribui a população dos inquiridos conforme as funções específicas exercidas. A classe com maior percentagem é a dos enfermeiros de Consulta Externa, que são 17 (34%) indivíduos, seguido da dos Enfermeiros VMER e Médicos VMER, com uma percentagem de 12% cada. Em termos da amostra, os Médicos de Consulta Externa, que constituem 9% do total.

Tabela 16: Profissão

	Freq	%	%Válida	%Cum
Enfermeiro VMER	12	24,0	24,0	24,0
Médico VMER	12	24,0	24,0	48,0
Enfermeiro C. Ext	17	34,0	34,0	82,0
Médico C. Ext	9	18,0	18,0	100,0
Total	50	100	100,0	

A distribuição da amostra relativamente ao serviço na qual se trabalha no CHCB é especificada na **Tabela 17**. Dos 50 participantes do inquérito 24 (48%) trabalham no serviço da INEM – VMER e 26 (52%) trabalham no serviço de Consulta Externa.

Tabela 17: Serviço em que trabalha no CHCB?

	Freq	%	% Válida	% Cum
INEM - VMER	24	48	48	48
Consulta Externa	26	52	52	52
Total	50	100	100,0	

Já **Tabela 18** contém as estatísticas resultantes da análise dos dados, tendo em conta o contexto profissional em que cada um dos inquiridos trabalha. Os resultados são os seguintes: a esmagadora maioria trabalha apenas no sector público: são 43 indivíduos, representando 86% do total. Os 7 restantes, representando 17%, trabalham simultaneamente nos sectores público e privado.

Tabela 18: Contexto profissional em que trabalha?

	Freq	%	% Válida	% Cum
Público	43	86,0	86,0	86,0
Púb/Priv	7	14,0	14,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Finalmente a **Tabela 19**, relativamente ao nº de horas semanais em serviço directo com as pessoas, verifica-se que 28% (14 indivíduos) trabalham em serviço directo com pessoas durante um período compreendido entre as 36 a 40 horas semanais: é a maior proporção. Também se verifica que 24% (12 indivíduos) dedicam de 30 a 35 horas semanais nesta modalidade de serviço, 16% (8 indivíduos) gastam 46 a 50 horas por semana e 14% (7 indivíduos) dedicam de 41 a 45 horas. Com menores parcelas estão os inquiridos nos quais o nº de horas semanais excede as 51 horas por semana (representam 18% da amostra, isto 9 indivíduos).

Nº de horas por semana em serviço directo com as pessoas?

Tabela 19

	Freq	%	% válida	% Cum
30 - 35 horas	12	24,0	24,0	24,0
36 - 40 horas	14	28,0	28,0	52,0
41 - 45 horas	7	14,0	14,0	66,0
46 - 50 horas	8	16,0	16,0	82,0
51 - 55 horas	4	8,0	8,0	90,0
56 - 60 horas	1	2,0	2,0	92,0
61 - 65 horas	1	2,0	2,0	94,0
66 - 70 horas	1	2,0	2,0	96,0
71 - 75 horas	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

3.2. Apresentação dos Resultados

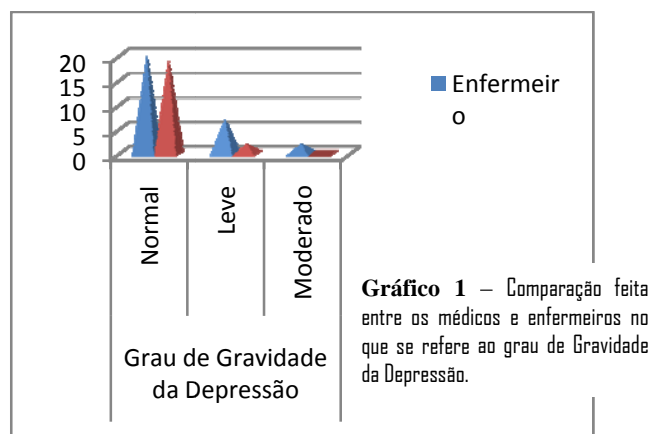
Tabelas de Contingência: De um modo geral, uma tabela de contingência refere-se a uma representação dos dados, quer do tipo qualitativo, quer do tipo quantitativo, especialmente quando são de tipo bi-variado, isto é, podem ser classificados segundo dois critérios. Neste sentido, as tabelas de contingência são utilizadas para estudar a relação entre duas variáveis categóricas descrevendo as frequências das categorias de uma das variáveis relativamente às categorias de outra.

As tabelas a seguir apresentadas referem-se ao cruzamento das variáveis consideradas mais importantes e significativas (género sexual; estado civil; grau académico; serviço em que trabalha no CHCB; contexto profissional e grau de gravidade da Depressão) com a profissão dos inquiridos (Enfermeiro ou Médico).

Grau de Gravidade da Depressão * Enfermeiro ou médico: A Tabela 20 demonstra a comparação feita entre os médicos e enfermeiros no que se refere ao grau de Gravidade da Depressão. Neste sentido e apesar de não haver diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2= 3,616; p=, 164$), pode-se verificar que 9 dos enfermeiros apresentam sintomatologia depressiva (7 no grau Leve e 2 no Moderado), assim como 2 médicos (grau Leve). Por outro lado, 39 profissionais (78% da amostra) apresentam um grau Normal, sendo que 20 são enfermeiros e 19 médicos. De referir ainda que não se contabilizou nenhum médico com o grau de Gravidade Moderado.

Tabela 20

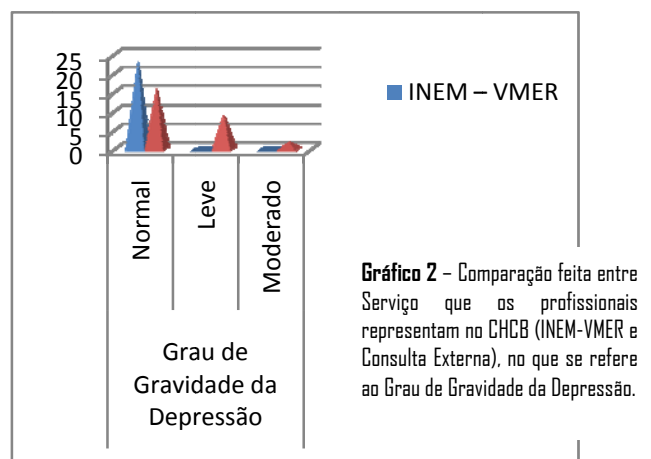
		Enfermeiro ou médico		Total
		Enfermeiro	Médico	
Grau de Gravidade Depressão	Normal	20	19	39 (78%)
	Leve	7	2	9 (18%)
	Moderado	2	0	2 (4%)
Total		29	21	50



Grau de Gravidade * Serviço em que trabalha no CHCB? No que se refere ao cruzamento de dados relativos ao Grau de Gravidade da Depressão (Normal, Leve e Moderado) e o Serviço que os profissionais representam no CHCB (INEM-VMER e Consulta Externa), verifica-se que estão num grau Normal (ausência de Depressão) 100% dos profissionais do INEM-VMER e 59,3% profissionais da Consulta Externa. Por outro lado, os profissionais com sintomatologia depressiva, 11 no total, são todos da Consulta Externa, sendo que 9 apresentam um grau Leve e 2 grau Moderado. De referir que estas diferenças são estatisticamente significativas ($\chi^2= 12,013; p=, 002$).

Tabela 21: Serviço em que trabalha no CHCB?

		INEM – VMER		Total
		INEM – VMER	C. Externa	
Grau de Gravidade Depressão	Normal	23	16	39
	Leve	0	9	9
	Moderado	0	2	2
Total		23	27	50



Correlações: Dado o elevado número de correlações possíveis que se poderiam apresentar, o que transformaria o quadro de correlações maçudo e impossível de se localizar neste formato Word, optamos apenas por apresentar, em forma descritiva, as correlações que apresentam níveis de significância estatística (positivas ou negativas). Esta apresentação foi feita na íntegra no **Anexo 4**.

Comparação de médias para grupos independentes (*independent samples test t*): Um dos modos mais comuns para realizar uma comparação entre dois diferentes grupos, independentes entre si através da comparação de médias. Tal como já se referiu anteriormente, este trabalho de investigação é caracterizado por ser um estudo essencialmente exploratório e comparativo, tendo como propósito principal avaliar e comparar os níveis de *burnout*, depressão, bem como as expectativas de controlo apresentados pelos profissionais de Saúde dos serviços de Consulta Externa e INEM, do CHCB.

Pretende-se, então estabelecer uma comparação entre os resultados médios apresentados por estas duas amostras diferentes, através da utilização do método de tratamento dos dados recolhidos denominado por *independent samples test t* ou comparação de médias de grupos independentes, considerando $p < 0,05$ (5%) como ponto de corte para significância, ou seja, nível necessário para rejeição da hipótese.

INEM x Consulta Externa

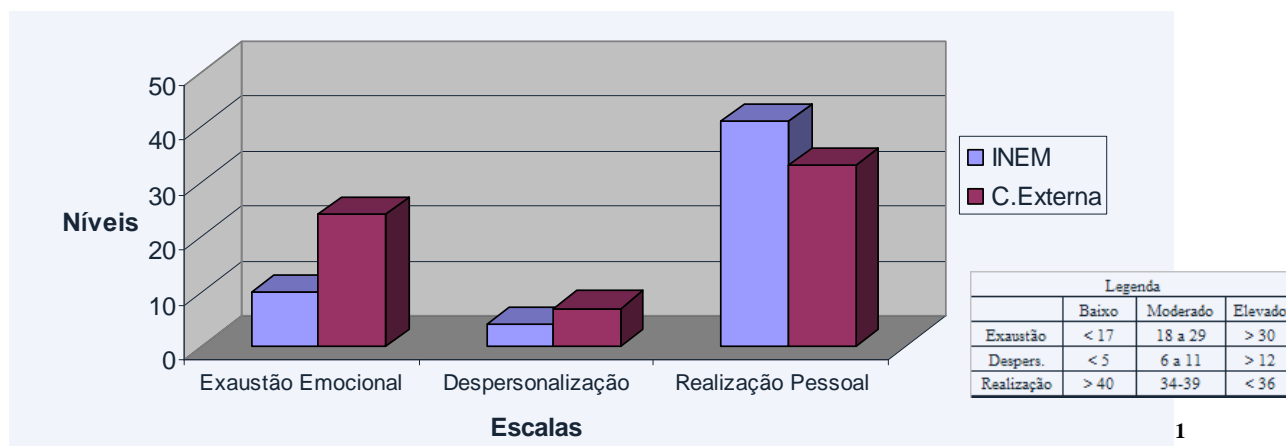
Através da análise das **Tabelas A e B (Anexo 5)** pode-se verificar através da representação gráfica e descrição qualitativa os resultados das comparações entre os sujeitos do INEM e os resultados do sujeito da Consulta Externa salientando unicamente aquelas cujas diferenças sejam estatisticamente significativas.

Níveis de *Burnout* (Escala MBI): No que se refere à comparação dos níveis de Burnout entre profissionais do INEM e os da C. Externa verifica-se que, tal como é representado no **Gráfico 3**, relativamente a::

1. Exaustão Emocional existe uma diferença estatisticamente significativa, pois os sujeitos do INEM apresentam uma média de 9,57 com desvio padrão de 4,571, sendo que relativamente aos da consulta externa a média é de 23,30, com desvio padrão de 11,445;
2. Despersonalização apesar de a diferença não ser estatisticamente significativa, verifica-se que existe uma certa tendência para que tal aconteça, isto é, os sujeitos do INEM apresentam uma média de 3,96 com desvio padrão de 3,457, enquanto os da Consulta Externa apresentam uma média de 6,85 com desvio padrão de 6,520;

3. Realização pessoal existe uma diferença estatisticamente significativa, já que os profissionais do INEM apresentam uma média de 40,52 com desvio padrão 6,494 enquanto os da Consulta Externa apresentam uma média de 33,33 com desvio padrão de 9,479;

Gráfico 3 – Comparação dos Níveis de Burnout entre Profissionais do INEM e os da C. Externa



Níveis de Depressão (Escala do IACLIDE): Relativamente à "Nota Global da depressão", verifica-se que existe uma diferença estatisticamente significativa (representado no **Gráfico 4**), pois os profissionais do INEM apresentam uma média de 4,17 com desvio padrão de 4,14 e os da Consulta Externa uma média de 16,33 com desvio padrão de 10,69. Isto é, em termos práticos verifica-se que, apesar dos dois grupos se situarem no grau **NORMAL**, os profissionais do INEM apresentam um valor significativamente mais baixo que os da C. Externa.

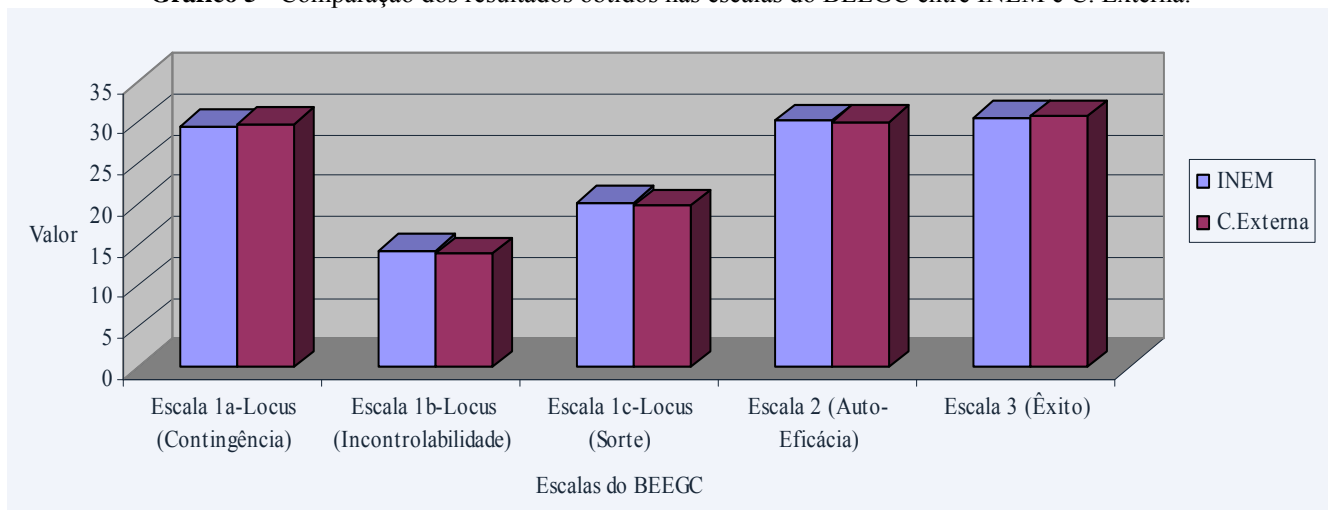
Gráfico 4 – Comparação dos graus de depressão entre profissionais do INEM e da C. Externa



¹ A escala Exaustão Emocional e Despersonalização estão directamente correlacionadas com os níveis de *Burnout*, enquanto a escala "Realização Pessoal" encontra-se inversamente correlacionada com os mesmos níveis.

Estilo de Expectativas de Controle (Escala do BEEGC): No que se refere à comparação dos estilos de expectativas de controle apresentados pelos profissionais do INEM e os da C. Externa verifica-se que, tal como é representado no **Gráfico 5**, que em geral, não existem diferenças estatisticamente significativas, principalmente em relação às Escalas Locus de Controle (Contingência; Incontrolabilidade e Sorte), sendo que as poucas diferenças encontram-se ao nível da Escala de Auto-Eficácia e Escala de Êxito.

Gráfico 5 - Comparação dos resultados obtidos nas escalas do BEEGC entre INEM e C. Externa.



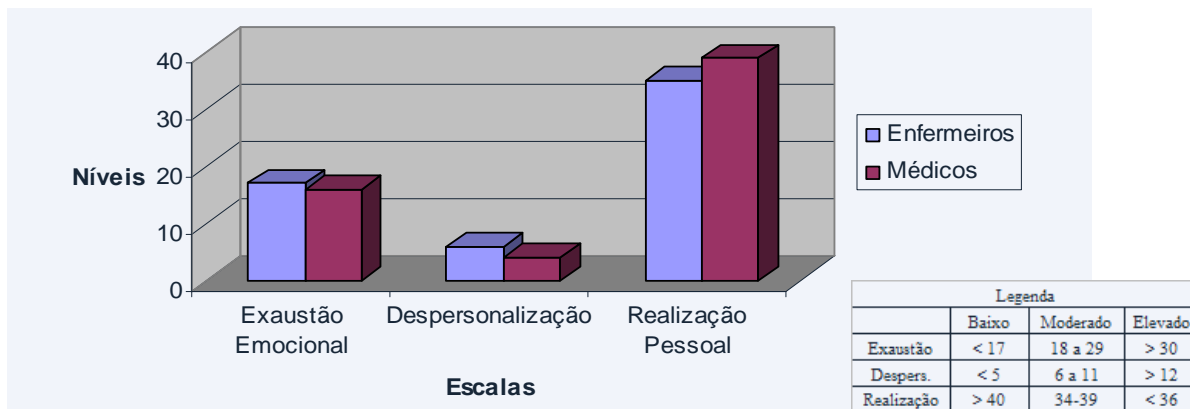
Enfermeiros x Médicos

Através da análise das **Tabelas C e D (Anexo 6)** apresentam-se a seguir, através de gráficos e de uma descrição de cada uma das comparações entre os resultados obtidos dos enfermeiros e os resultados dos médicos, bem como das diferenças estatisticamente significativas existentes entre estes.

Níveis de *Burnout* (Escala do MBI): No que se refere à comparação dos níveis de Burnout entre os médicos e enfermeiros verifica-se que, tal como é representado no **Gráfico 6**, quanto a:

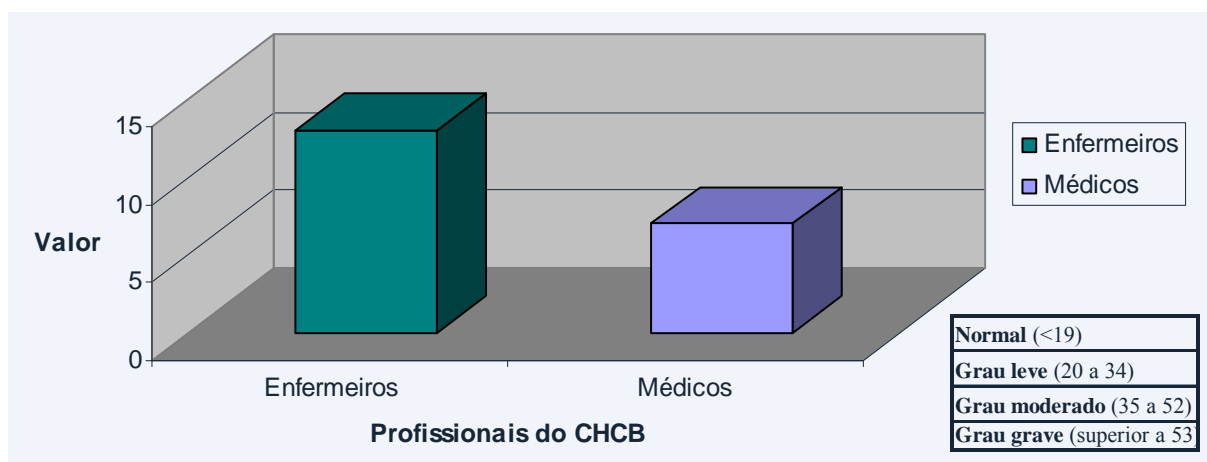
1. Exaustão emocional verifica-se que existe uma ligeira diferença estatística entre estes dois grupos, pois os enfermeiros apresentam uma média de 17,41 com desvio padrão de 10,65 e os médicos, uma média de 16,38 com desvio padrão de 12,27;
2. Despersonalização, o mesmo se verifica já que a classe dos enfermeiros exibe uma média de 6,34 sendo o desvio padrão de 5,69 enquanto a classe dos médicos apresenta uma média de 4,38 com desvio padrão de 5,094;
3. Realização pessoal, ocorre o inverso, em que o grupo representado pelos enfermeiros apresenta uma média de 35 e um desvio padrão de 9,66 sendo que o grupo dos médicos tem uma média igual a 38,9 e desvio padrão de 7,42

Gráfico 6- Comparação dos resultados obtidos nas escalas do MBI entre os enfermeiros e os médicos.



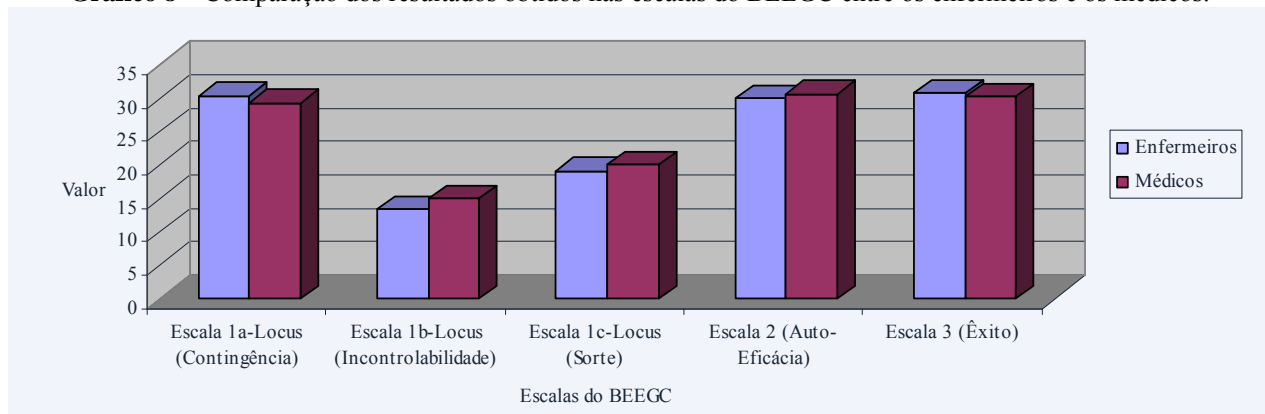
Nível de Depressão (Escala do IACLIDE): Tal como se pode verificar no **Gráfico 7**, e no que se refere à "Nota Global da depressão", há uma tendência dos enfermeiros para apresentarem valores mais altos do que os médicos, apesar de ambos os grupos se situarem no nível **NORMAL** de Depressão. Em termos estatísticos os enfermeiros apresentam uma média de 13,38 com desvio padrão de 11,66 e os médicos, uma média de 7,10 com desvio padrão de 6,71. Observa-se que esta diferença é estatisticamente significativa ($F=9,10, p = 0,03$).

Gráfico 7 - Comparação dos graus de depressão entre os enfermeiros e médicos do CHCB.



Estilo de Expectativas de Controlo (Escala do BEEGC): Relativamente à comparação dos estilos de expectativas de controlo entre os enfermeiros e médicos, verifica-se que, tal como é representado no **Gráfico 8**, em geral, e como acontece na comparação entre os profissionais do INEM e os da C. Externa, não existem diferenças estaticamente significativas nas escalas estudadas. No entanto, convém salientar que existe uma certa tendência para diferenças nas Escalas Locus de Controlo (Incontrolabilidade e Sorte) e a Escala Auto-eficácia em que os médicos apresentam valores mais altos. Nas duas outras escalas (Contingência e Êxito) os enfermeiros apresentam valores ligeiramente mais altos.

Gráfico 8 – Comparação dos resultados obtidos nas escalas do BEEGC entre os enfermeiros e os médicos.



Em jeito de conclusão deste capítulo referente à apresentação dos dados recolhidos e analisados, verifica-se que, em termos gerais e tendo em conta toda a amostra do estudo, os profissionais de saúde do CHCB apresentam os seguintes resultados relativamente ao MBI (**Gráfico 9**), que avalia os níveis de *burnout*, através da três escalas (Exaustão Emocional; Despersonalização e Realização pessoal) e em relação à Nota global de depressão, avaliada pelo IACLIDE (**Gráfico 10**).

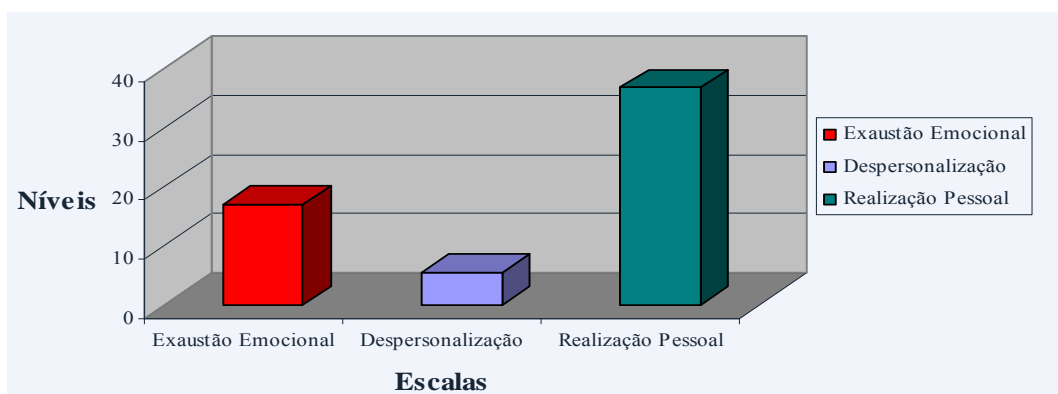
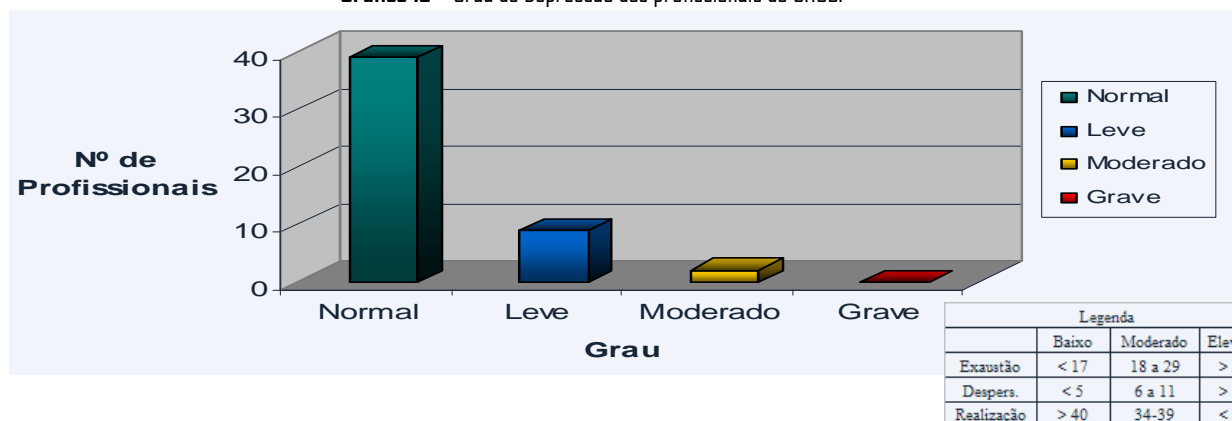


Gráfico 9 - Resultados médios dos níveis de Burnout nos profissionais do CHCB.

Gráfico 10 - Grau de Depressão dos profissionais do CHCB.



Legenda			
	Baixo	Moderado	Elevado
Exaustão	< 17	18 a 29	> 30
Despers.	< 5	6 a 11	> 12
Realização	> 40	34-39	< 36

3.3. Discussão dos Resultados

O mundo trabalho a par da família e do meu social, é uma das principais áreas para a formação da identidade de um indivíduo (Martins, 2004) e tal como Silva (2000:1) afirma “*a profissão do indivíduo caracteriza o seu ser, o indivíduo é a sua profissão*”.

De acordo com a perspectiva psicológica, o trabalho provoca diferentes graus de motivação e satisfação, principalmente, no que se refere à forma e ao meio no qual o indivíduo desempenha a tarefa (Kanaane, 1994, Silva, 2000).

No entanto, à medida que o indivíduo se insere no seu contexto organizacional, confronta-se com diferentes variáveis e factores que podem afectar directamente um conjunto de áreas da sua vida (Marinho e Coutinho, 2006). Neste sentido, torna-se mais fácil compreender a preocupação exacerbada que existe actualmente, pela saúde do indivíduo no seu contexto de trabalho. Um destes contextos profissionais trata-se do ambiente relacionado com a saúde física e mental (Silva, 2000).

Actualmente, reconhece-se que os serviços de saúde, os hospitais em particular, constituem organizações algo peculiares, na medida em que são concebidas quase que exclusivamente em função das necessidades dos utentes (Martins, 2004), sem muitas vezes apresentarem condições, quer físicas, quer sociais para acolher os seus profissionais (Bianchi, 2007).

Neste sentido, trabalhar num ambiente hospitalar pode significar por si só um alto risco para a ocorrência de acidentes de trabalho (tal como pode ocorrer em qualquer contexto profissional), no entanto acrescido do alto risco para desencadear situações de conflito e problemas quer ao nível físico quer mental (Santos, Pegoraro e Oliveira, 2006; Bianchi, 2007).

Dentre estes problemas, destacam-se a fadiga, os problemas relacionados com o consumo/abuso de substância, entre os quais o álcool, medicamentos, perturbações do sono, problemas familiares, problemas psicoemocionais/psiquiátricos, entre os quais destacam-se a ansiedade, o stress, a depressão e, mais recentemente a denominada síndrome de Burnout (Silva, 2000; Santos, *et al*, 2006; Bianchi, 2007).

O estudo de stress no contexto hospital, mais concretamente com enfermeiros teve início por volta dos anos sessenta, quando na realidade norte-americana surgiu a preocupação com um tipo de profissional, que manifestava sintomas como: irritação, desapontamento, culpa, insatisfação, ansiedade, bem como uma acentuada incapacidade para lidar com esses mesmos sintomas (Bianchi, 2007).

Trata-se neste sentido, de uma temática preocupante e que afecta todo um conjunto de áreas desenvolvimentais do indivíduo, tornando-se muitas vezes incapacitante ao ponto de influenciar negativamente tanto o próprio indivíduo, como todos os que o rodeiam (Silva, 2000).

Por estas e outras razões, consideramos de grande interesse proceder a uma investigação neste contexto, particularmente ao nível dos profissionais que mantêm um contacto directo e diário com pacientes, como são os enfermeiros e os médicos.

Neste sentido, pretendeu-se com esta investigação explorar e comparar duas amostras de profissionais, de modo a caracteriza-los em termos de presença, manifestação e gravidade de sintomas de *burnout* e depressão, bem como relativamente às expectativas que depositam na sua capacidade profissional.

Isto, porque as situações indutoras de *burnout* e propícias para o desenvolvimento de sintomas depressivos, bem como sentimentos de ineficácia e desânimo aprendido, podem e devem ser identificadas e analisadas adequadamente, para que seja possível uma intervenção eficaz, no sentido de as modificar ou de minimizar os seus efeitos negativos (Martins, 2004).

Sendo assim, a seguir são apresentadas as principais conclusões retiradas a partir da realização desta investigação e dos resultados obtidos e analisados.

Uma primeira análise diz respeito aos dados provenientes desta investigação que nos permitem, antes de mais nada, identificar e confirmar a existência de sintomas relacionados não só com a síndrome de *burnout*, bem como com a perturbação depressiva.

Relativamente ao *burnout*, alguns dos resultados obtidos nesta investigação vão de encontro com os muitos estudos e investigações apresentados pela comunidade científica.

O facto de esta investigação ser realizada num contexto relacionado com a saúde, nomeadamente um centro hospitalar público, levou-nos a formular algumas hipóteses, que ao longo do trabalho e da análise dos resultados foram, algumas corroboradas e outras rejeitadas e postas de lado, sendo então importante referir que ao longo deste estudo surgiram algumas surpresas interessantes, que na nossa opinião podem ser agrupadas da seguinte forma.

Em primeiro lugar e de um modo geral, tal como alguns autores reconhecem e afirmam a área relacionada com a saúde (Serra, 1999, citado por Jesus, Santos, Stobäus, Mosquera e Esteves, 2004; Hillhouse, *et al*, 2000; Bates, 2002; Borges, *et al*, 2002; Gomes e Cruz, 2004; Imai, Nakao, Tsuchiya, Kuroda e Katoh, 2004; Malagris e Fiorito, 2006), principalmente no contexto hospitalar e sendo ainda

mais específico, os profissionais de saúde que trabalham diariamente em contacto com pacientes, como são os médicos e enfermeiros, apresentam-se como grupo de alto risco para o desenvolvimento de sintomas relacionados com o stress e, no extremo, com o *burnout* (Melo, *et al*, 1997; Hillhouse, *et al*, 2000; Gundersen, 2001; McManus, Keeling e Paice, 2004; Penson, *et al*, 2005; Malagris e Fiorito, 2006;).

Já Freudenberg, em 1974 (citado por Hespanhol, 2005) e confirmado por Maslach e Jackson (1981; 1986) e Maslach, *et al*, (2001) haviam afirmado que as ocupações assistenciais, tais como médicos e enfermeiros, são as mais afectadas, pois estas assentam-se, essencialmente na filosofia humanística, da cura e reabilitação de outros, sendo que a discrepância entre as expectativas e a realidade contribui para que o nível de stress que tais profissionais experimentam seja elevado e com um carácter crónico.

De um modo geral, os profissionais de saúde do CHCB avaliados nesta investigação parecem experienciar um nível relativamente significativo de pressões e stress no seu quotidiano, bem como alguma manifestação dos sintomas relacionados com a síndrome de *burnout* e depressão.

De referir que apesar dos dados gerais demonstrarem a níveis baixos de *burnout* ou mesmo inexistência de depressão na amostra, uma análise mais profunda (às escalas e factores) pode-se verificar que existem algumas áreas significativas na vida do sujeito que podem estar comprometidas ou em risco de tal acontecer, como por exemplo a realização pessoal e profissional (Alvarez, Arce, Barrios e Sanchez, 2005; Malagris e Fiorito, 2006; Rego, Figueredo, González e Abreu, 2006; Reyes, Soloaga e Quintana, 2007), capacidade para lidar com o stress (Malagris e Fiorito, 2006; Bianchi, 2007) os relacionamentos interpessoais (Regis, 1996; Silva, 2002; Guimarães, Mangolin, Nunes, Rosangela, Zola, Ferreira e Andrade, 2003; Ramos, 2003), ou mesmo manifestação de um conjunto de sintomas físicos, mentais e cognitivos referentes à ansiedade (Regis, 1996; Teixeira, 2001; Heloani e Capitão, 2003; Jacques, 2003; Hespanhol, 2005).

De acordo com Grunfeld, Whelan e Evans (2000), Hillhouse, *et al*, (2000), Gundersen, (2001), Pêra e Serra-Prat (2002), Imai, *et al*, (2004), Ozyurt e Sur (2006), um outro factor que contribui para a alta incidência da síndrome de *burnout* no seio dos profissionais de saúde (e de qualquer outro profissional) é o longo tempo dedicado aos pacientes, isto é, um elevado número de horas de serviço directo a pessoas que frequentemente se encontram em situações dramáticas, o que de acordo com a literatura, gera entre outros sentimentos a impotência (Gonçalves, 2002; Braga e Cruz, 2005; Macedo, 2005), culpa (Gonçalves, 2002; Formighieri, 2003; Braga e Cruz, 2005; Campos, 2005; Frasquilho, 2005), distanciamento emocional (Coelho, 1999; Formighieri, 2003; Macedo, 2005), bem como propicia o

desenvolvimento de uma relação interpessoal baseada na frustração (Gonçalves, 2002; Campos, 2005; Frasilho, 2005; Macedo, 2005; Malagris e Fiorito, 2006), medo (Gonçalves, 2002; Campos, 2005) e tensão emocional (Gonçalves, 2002; Campos, 2005; Frasilho, 2005; Malagris e Fiorito, 2006).

Realmente, relativamente a nossa amostra verificou-se que havia uma correlação estatisticamente significativa entre o número de horas dos profissionais em contacto directo com pessoas e a manifestação de sintomas associados ao *burnout*, em que tal como se esperava, o aumento de horas de trabalho directo com pessoas fazia aumentar os sintomas relacionados com a despersonalização e exaustão emocional, sendo que por outro lado diminuía os sentimentos de realização pessoal e profissional. O mesmo acontece relativamente à depressão, em que o elevado número de horas de trabalho directo com pessoas corresponde ao aumento da presença de sintomas biológicos, cognitivos e incapacidades a diversos níveis.

Além disso, o presente estudo, também confirmou dados de estudos semelhantes, principalmente no que se refere à existência de diferenças de género sexual nos níveis de *burnout* experienciados, tal como pode ser verificado nos estudos de Melo, *et al*, (1997); Cruz, *et al*, (2000); Gomes e Cruz (2004) e Kristensen, Pejtersen e Villadsen (2006) e Rupert e Kent (2007).

Esta tendência verificou-se, também na nossa amostra (mesmo que ligeiramente), pois tal como se pôde constatar nos resultados (**Gráficos 9 a 15 – Anexo 7**) os profissionais do sexo feminino demonstraram mais tendência para experienciar e principalmente, exteriorizar um conjunto de sentimentos que podem ser associados à síndrome de *burnout*, concretamente no que se refere a um nível comparativamente mais elevado de “Exaustão Emocional” e “Despersonalização” (embora neste último as diferenças estatísticas são quase inexistentes) com indivíduos do sexo masculino, bem como num menor nível de realização pessoal, em comparação com o mesmo grupo (**Gráfico 15 – Anexo 7**).

Por outro lado, e no que se refere às diferentes categorias dos profissionais de saúde da amostra, os enfermeiros evidenciaram níveis de *burnout* mais elevados que os médicos. Embora as diferenças entre estes dois grupos não sejam estatisticamente significativas, verificam-se algumas distâncias relativamente a variáveis específicas, tais como diferenças nos sentimentos de preocupação para com os pacientes (Item 15 – MBI) e capacidade para criar ambiente agradável ao paciente (Item 17 – MBI) o que pode significar algum distanciamento emocional por parte dos enfermeiros da amostra relativamente aos seus pacientes.

De referir que estes resultados vêm, deste modo, confirmar uma das hipóteses formuladas, nomeadamente a 4ª: “*Os enfermeiros da amostra populacional, independentemente do Serviço em que trabalham, apresentam maiores níveis de burnout quando comparados com os médicos da mesma amostra*”.

Estes resultados são claramente sustentados pelos estudos realizados por Maslach e Jackson (1984), Hillhouse, *et al*, 2000, Hall (2001) Guimarães, *et al*, (2003), Imai, *et al*, (2004), Rego, *et al*, (2006) e Reyes, *et al*, (2007), e que objectivaram a comparação dos níveis de *burnout*, stress e sintomas de ansiedade entre enfermeiros e médicos e que afirmam que a classe de enfermeiros parece vivenciar e exteriorizar mais sintomas de stress e *burnout* dos médicos.

De salientar um dado considerado interessante, relativo à associação entre o número de horas de serviço directo a pessoas e a manifestação de sintomas de *burnout*, sendo que tal como já foi referido a tendência verificada demonstra que quanto mais horas de trabalho directo com pessoas o profissional fizer, mais probabilidade terá de desenvolver e manifestar sintomas de exaustão emocional e/ou despersonalização, que influi directa e negativamente na sua percepção de realização pessoal e profissional.

O dado curioso no nosso estudo refere-se ao facto de, apesar de os enfermeiros serem os que apresentam maiores níveis de exaustão emocional e despersonalização, bem como menores níveis de satisfação/realização profissional, são os médicos (essencialmente os do INEM) que, individualmente, mais horas de trabalho directo com pessoas fazem, sendo que no total da comparação do nº de horas X sintomas de *burnout* estas acabam por ser um factor essencial para o desenvolvimento e manifestação de sintomas de *burnout*.

Ainda relativamente à comparação entre a classe dos médicos e a dos enfermeiros, agora no que se refere à manifestação de sintomas depressivos, verificou-se que, apesar de termos gerais todos os profissionais da amostra se localizem no nível “Normal” (em que a nota de depressão varia entre 0-19), os enfermeiros apresentam uma média de 13 (Nota de Depressão), enquanto os médicos apresentam 7.

Convém ainda salientar que a diferença mais explícita refere-se ao facto de na classe dos médicos, somente dois profissionais situam-se no grau “Leve”, sendo que o restante grupo apresenta um nível considerado normal. No entanto, dentre os profissionais da classe dos enfermeiros 7 apresenta o que se denominou de “Depressão Ligeira” e 2 “Depressão Moderada”.

Uma das explicações para a ocorrência destes dados tem a ver com o facto de esta classe ser constituída maioritariamente por mulheres (18 para 11 homens). Sendo estes dados confirmados pela literatura, que afirma que a Enfermagem caracteriza-se por ser uma profissão predominantemente feminina (Coradini, 1983, citado por Santos, Almeida, Martins e Moreno, 2003) e com relação à depressão, estudos apontam que esta perturbação ocorre com maior frequência em mulheres, ou que pelo menos, elas exteriorizam mais esses sintomas, sendo considerada uma prevalência de 11,4% ao longo da vida (Menezes e Nascimento, 2000; Araújo, Aquino, Menezes, Santos e Aguiar, 2003).

No que se refere ainda à comparação das médias entre as duas categorias dos profissionais da amostra, verificou-se que a partir da comparação entre os profissionais e tendo em conta o serviço em que trabalham (INEM ou Consulta Externa), surgiram alguns resultados, surpreendentes para nós, já que uma das hipóteses formuladas (Hipótese 1) foi totalmente rejeitada, pois ao contrário do que se esperava os profissionais de saúde do INEM do CHCB apresentam, significativamente, menores níveis de *burnout* relativamente aos profissionais da Consulta Externa do CHCB.

A hipótese que aqui se formulou, tinha como base alguns estudos, tais como de Batista e Bianchi (2001), Matrai (2001), Damian, Alva, Levano, Sánchez e Velarde (2005), Feliciano, Kovacs e Sarinho (2005) e López, Zegarra e Cuba (2006), que afirmam que os profissionais de saúde, com maior incidência, na classe dos enfermeiros, presta assistência nos sectores de saúde considerados desgastantes, tanto pela carga de trabalho, como pelas especificidades das tarefas, e nesse panorama, encontra-se, claramente o serviço de emergência (Matrai, 2001).

Sendo assim, torna-se um processo natural a construção de opiniões que designam que, tendo em conta as características do meio hospital, especificamente no contexto das urgências (moveis), em que factores como: o número reduzido de funcionários que constituem a equipa de trabalho, a carga horária; a necessidade de realização de tarefas em tempo reduzido e sobre pressão; ambiente físico da unidade; a tecnologia de equipamentos; assistência ao paciente, bem como a gravidade da situação de emergência (Batista e Bianchi, 2001), implicam necessariamente a convivência diária com situações de stress e pressão, sendo o resultado natural e progressivo o desenvolvimento da síndrome de *burnout* (Matrai, 2001; López, *et al*, 2006).

No entanto, não foi o que se verificou nesta investigação, pois tal como já foi referido a amostra dos profissionais que constitui o INEM, apresenta um conjunto de resultados que indicam que não existe sintomatologia associada ao *burnout*, sendo que em termos estatísticos, estes exibem valores significativamente menores que os profissionais da Consulta Externa, relativamente aos níveis de

Exaustão Emocional (sendo o valor da C. Externa o dobro do valor do INEM) e Despersonalização, em que praticamente não são apresentados sintomas relacionados com esta escala. No que se refere à percepção da realização pessoal os profissionais do INEM demonstram altos níveis, ao contrário dos da Consulta Externa.

No entanto, e tendo em conta que os objectivos desta investigação não estão associados à análise dos possíveis factores e causas deste fenómeno no contexto do INEM do CHCB, este resultado, indica que, apesar de todos os factores que possam concorrer para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, bem como outras perturbações associadas ao stress, os profissionais do INEM parecem estar altamente capacitados para resolver com sucesso os problemas do seu dia-a-dia, bem como habilitados para vivenciar as situações de stress diário e de forma mais adequada ultrapassa-las.

Do mesmo modo, relativamente à manifestação de sintomas depressivos, os profissionais do INEM apresentam resultados que rejeitam uma segunda hipótese formulada (2ª: “*Os profissionais de saúde do INEM do CHCB demonstram maiores níveis de depressão comparativamente aos profissionais da Consulta Externa do CHCB.*”).

De acordo com os resultados obtidos verifica-se que no que se refere à comparação do grau de depressão, e apesar dos dois serviços se situarem no mesmo patamar (“Normal”), pode-se afirmar que em termos numéricos, os profissionais da Consulta Externa apresentam 4 vezes mais sintomatologia depressiva que os do INEM.

Tal como já foi referido anteriormente, um conjunto diversificado de factores podem estar associados a estes resultados, podendo-se, por exemplo, simplesmente considerar que a maior fonte de satisfação no trabalho de um profissional de saúde num serviço de emergência concentra-se no facto de que as suas intervenções auxiliam, consideravelmente na manutenção da vida humana (Kinrys e Wygant, 2005).

No entanto, há outro factor que vale a pena reforçar na medida em que, nos parece ser o mais pertinente e coerente neste âmbito, que está relacionado com o facto de existir uma significativa diferença em termos da representação do género sexual na amostra.

De referir então, que relativamente às diferenças de género, a Consulta Externa é constituída maioritariamente por mulheres, tanto enfermeiras como médicas, ao contrario do INEM, em que predomina o género sexual masculino.

Alguns estudos (Menezes e Nascimento, 2000; Araújo, *et al*, 2003; Kinrys e Wygant, 2005); têm demonstrado que as mulheres apresentam possibilidade significativamente maior do que os homens para desenvolver perturbações mediadas pela ansiedade (tais como a perturbação de pânico, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de ansiedade generalizada) bem como a perturbação depressiva e somatizações.

Dessa forma, mulheres com que apresentam sintomas relacionados com as perturbações mediadas pela ansiedade e stress apresentam maior probabilidade de desenvolverem situações de comorbidade, como a depressão, e assim afectar ainda mais o curso e gravidade perturbação primária (Kinrys e Wygant, 2005).

Outro factor que poderia influenciar os resultados, no que se refere à comparação entre duas amostras, nomeadamente entre os profissionais do INEM e da Consulta Externa, bem como entre os médicos e enfermeiros, relaciona-se com um processo natural entre os seres humanos, que se trata da criação de expectativas relativamente a alguém ou algo e que determina em grande medida a sua realização, concretização ou alcance.

Falar de auto-eficácia é de certa forma falar sobre o que pode o ser humano quando acredita de maneira efectiva nas suas potencialidades e falar de burnout é falar da desesperança que acomete aqueles que desistem, pois perderam a confiança em seu poder de modificar circunstâncias, é falar da impotência diante do que parece irreversível, do imutável (Palenzuela, 1994; Palenzuela, *et al*, 1997; Pinazo e Carrero, 1997; Palenzuela, 1998; Calatayud, Lerín e Planes, 2000; Ribeiro, 2000; Costa, 2003; Velarde, Alvarez e López, 2004; Bandeira, Quadria, Bachetti, Ferreira e Souza, 2005; Macedo, 2005; Xavier, 2005).

Nesta investigação em particular, considerou-se, que em termos gerais, os profissionais de saúde apresentariam níveis mais baixo no que se refere às escalas de locus de controlo (contingência), Auto-eficácia e Êxito, do BEEGC, do que uma outra área profissional, devido ao facto de conviverem diariamente com situações que, ao seu alcance (como ser humano) não seria possível concretizar ou mudar, tal como é a cura de doentes terminais ou com doenças crónicas, e principalmente relativamente à morte (Grunfeld, *et al*, 2000; Penson, *et al*, 2000; Agrawal e Emanuel, 2001; Gonçalves, 2002; Antunes e Moeda, 2005; Frasilho, 2005; Xavier, 2005).

De modo mais específico e tendo em conta a comparação entre diferentes grupos, seria então de esperar que, tal como se formulou, tanto os profissionais de saúde do INEM do CHCB, como os enfermeiros da

amostra populacional (independentemente do Serviço em que trabalham) apresentassem menores valores nas escalas de Locus de controlo (contingência), Auto-eficácia e Êxito, do BEEGC relativamente aos profissionais da Consulta Externa do CHCB e os médicos da mesma amostra, respectivamente.

Estas duas hipóteses foram formuladas com base no que é apresentado por alguns estudos que sustentam a premissa de que a componente ou a área profissional, tendo em conta a sua importância na vida de qualquer indivíduo, revela-se como sendo um tipo de actividade essencial para a sobrevivência do mesmo e trata-se de uma das mais importantes fontes geradoras de expectativas e consequentes triunfos ou frustração (Cura e Rodrigues, 1999; Calatayud, *et al*, 2000; Costa, 2003; Velarde, Alvarez e López, 2004; Campos, 2005; Xavier, 2005), sendo que calcula-se que todo este processo, complexo e multifactorial, consuma metade da vida de um indivíduo, principalmente para que ocorra a definição dos interesses, uma avaliação/percepção positiva do seu bem-estar e qualidade de vida, bem como para a formação da identidade pessoal (Palenzuela, 1994; Palenzuela, *et al*, 1997; Palenzuela, 1998; Calatayud, *et al*, 2000; Bandeira, *et al*, 2005; Campos, 2005; Xavier, 2005; Rupert e Kent, 2006).

Trata-se de uma temática tão importante, que a CE (2002) apresenta um conjunto de directrizes, que regulamentam os programas de intervenção e prevenção no contexto do stress no trabalho.

Sendo assim e de acordo com estas directrizes o stress no trabalho “*pode ser evitado ou combatido através da redefinição do trabalho (por exemplo, responsabilizando os trabalhadores e evitando cargas de trabalho excessivas ou deficitárias), da melhoria do apoio social e da promoção de uma recompensa razoável pelo esforço despendido, não esquecendo, evidentemente, o ajuste das estruturas físicas nos locais de trabalho às capacidades, necessidades e expectativas razoáveis dos trabalhadores*” (CE, 2002 - Directiva/quadro do artigo 152.º do Tratado de Amesterdão).

No entanto não se verificarem diferenças estatisticamente significativos, no que se refere aos dois tipos de comparação (INEM vs. C. Externa/Enfermeiros vs. Médicos do CHCB), sendo que os resultados para estas duas comparações indicam níveis “normais” expectativas de Locus de controlo (contingência), Auto-eficácia e Êxito, bem como valores relativamente baixos no que se refere às escalas de incontrolabilidade e sorte.

Estes resultados podem indicar, em termos gerais que os profissionais da amostra recolhida podem ser caracterizados como tendo um estilo atribucional interno (Palenzuela, 1994; Palenzuela, *et al*, 1997; Palenzuela, 1998; Ribeiro, 2000; Costa, 2003), o que significa que estes profissionais “esperam e

acreditam que os acontecimentos sejam resultados das suas acções” (Palenzuela, 1998), bem como possuem uma percepção são capazes de desempenhar e realizar tarefas e actividades, com o objectivo de conseguirem os resultados que perspectivam (Palenzuela, 1998). Apresentam ainda valores significativamente altos que indicam estes profissionais, quando criam uma determinada expectativa, acreditam conseguir concretiza-la ou alcança-la.

O locus de controlo interno é descrito como a tendência do indivíduo para atribuir e explicar os eventos de sua vida como sendo causados ou estar sob a influência dos seus próprios comportamentos, acções e características pessoais (Braga e Cruz, 2005;), isto é, este estilo atribucional é caracterizado essencialmente pela percepção de controlo, sendo este o principal determinante da resposta do sujeito (Palenzuela, 1998).

Nesta perspectiva, pode-se então, considerar que a qualidade de vida de um indivíduo no trabalho não é determinada apenas pelas suas características individuais (necessidades, valores, crenças e expectativas) ou situacionais (estrutura organizacional, tecnologia, sistemas de recompensas), mas sim pela interacção sistémica das características individuais e organizacionais (Conte, 2003; Marques, Moraes, Costa e Ferreira, 2003; Zottoli, 2003; Pizzoli, 2005; Martins, 2006).

Em termos conceptuais e tendo em conta a opinião de diversos autores (Conte, 2003; Marques, *et al*, 2003; Pizzoli, 2005; Martins, 2006; Melo, 2006) a qualidade de vida significa, portanto, entender e procurar atender a pessoa nas suas necessidades integrais relacionadas com as dimensões mental, física, social, emocional e espiritual. Assim sendo, esta definição é considerada tão ampla e extensiva a diversas áreas quanto a dimensão abstracta do “*Human Being*” (ser humano), sendo que um destas áreas é exactamente o “Trabalho”.

A expressão qualidade de vida no trabalho associa-se directamente ao alcance dos objectivos individuais, participação, condições de trabalho, plano de carreira, cargos e salários, sistema de recompensa, avaliação de desempenho e do potencial do profissional entre outros, mas não é possível implantar programas de qualidade, sem que as pessoas estejam motivadas e engajadas no trabalho (Martins, 2002; Miranda, 2006; Rosa e Carlotto, 2006 e Schmidt e Dantas, 2006).

De acordo com Hackman e Suttle (1997:19, citado por Freire, 2006:10): “*a qualidade de vida no trabalho refere-se à satisfação das necessidades da pessoa. Ela afecta atitudes pessoais e comportamentais, tais como criatividade, vontade de inovar ou aceitar mudanças, capacidade de*

adaptar-se a mudanças no ambiente de trabalho e o grau de motivação interna para o trabalho, que são factores importantes para a produtividade do indivíduo”.

Para Chiavenato (1995, citado por Martinez e Paraguay, 2003), a qualidade de vida no trabalho assimila duas posições distintas: por um lado, as aspirações da pessoa em relação ao seu bem-estar e satisfação do trabalho, e por outro, o interesse da organização quanto aos seus efeitos nos objectivos organizacionais.

Esta abordagem feita à qualidade de vida serve como ponte para um aspecto essencial desta investigação, que encerra a nossa discussão crítica, a percepção e avaliação geral que se pode fazer à realização pessoal dos profissionais de saúde da amostra estudada.

Desta forma, conclui-se que estes profissionais têm uma percepção aceitável da sua satisfação pessoal, pois apresentam níveis moderados relativamente à escala e variável “Realização Pessoal”, em comparação com baixos níveis de “Exaustão Emocional” e níveis moderados de “Despersonalização”.

Pode-se então inferir que, em termos gerais e tendo em conta os pressupostos estatísticos relacionados com a utilização de métodos como a média, estes profissionais estão moderadamente satisfeitos com o seu trabalho, e tendo em conta que a satisfação no trabalho é um elemento fundamental na determinação da qualidade de vida, pode-se inferir em última análise que os profissionais da amostra, no seu todo apresentam níveis moderados de satisfação com a vida.

No entanto, esta “moderada satisfação” não rejeita em nada uma intervenção imediata aos problemas específicos que foram anunciados ao longo desta investigação. Um dos exemplos refere-se à questão das diferenças do género relativamente à manifestação de sintomas de *burnout* e depressão, que podem estar ainda, intimamente correlacionadas com a questão das discrepâncias de resultados entre os profissionais do INEM e da Consulta Externa.

Em síntese esta investigação permitiu entre outros objectivos, comparar e analisar as principais características, relacionadas com os níveis de *burnout*, depressão e expectativas de controlo, experienciados por profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) uma amostra da população do Centro Hospitalar Cova da Beira.

Por outro lado, os resultados obtidos sugerem e chamam a nossa atenção, para a importância do desenvolvimento e implementação de procedimentos e programas de carácter interventivo, e quiçá preventivo, tendo em vista a reabilitação do grupo de profissionais que apresentaram maiores

problemáticas, bem como o controlo dos factores e causas inerente à síndrome de *burnout* e perturbação depressiva relacionadas com o ambiente profissional, não só a nível individualizado, mas também tendo em vista mudanças na própria instituição hospitalar.

Salientam-se aqui título de reflexão algumas estratégias que poderão contribuir para a promoção de satisfação no trabalho e saúde dos trabalhadores, bem como para combater eficazmente os factores para o desenvolvimento do *burnout* e sintomas depressivos:

- Mudanças na forma de reconhecimento e valorização dos profissionais e do seu desempenho, seja por meio de comunicação verbal ou escrita, formal ou informal, pessoal ou colectiva, como por meio de incentivos ou recompensas a ideias, esforços e trabalhos realizados (Cooper e Payne, 1990, citados por, Melo, *et al*, 1997; Cruz, *et al*, 2000; Martinez e Paraguay, 2003);
- Implementar/promover a autonomia e o controlo no trabalho exercidos pelos profissionais, com aumento das participações individual e colectiva na tomada de decisões (Sisson, 2000, citado por Martinez e Paraguay, 2003); De acordo com, Martinez e Paraguay (2003) isso pode ser obtido através da valorização da análise e das decisões e consenso entre chefias e trabalhadores e pela promoção do envolvimento dos mesmos nas actividades de planeamento e organização e não apenas de execução do trabalho (no entanto evitar os conflitos e ambiguidade de papéis);
- Enriquecimento do trabalho e aumento do conhecimento e das competências a partir do envolvimento dos trabalhadores em todo o processo do seu trabalho, desde a concepção até a avaliação dos resultados, por meio de tarefas mais interessantes e complexas;
- Aumento do suporte social através da criação por exemplo de grupos de apoio e auto-ajuda;
- Melhorias das condições do ambiente físico de trabalho por meio de (re)adequação das condições ambientais (ruído, temperatura, iluminação), entre outras questões ergonómicas;

Por último, é necessário referir que a implementação desse tipo de mudanças deve ser feita de modo que elas correspondam às necessidades, expectativas e desejos dos trabalhadores e que sejam compatíveis com as características e as exigências das tarefas.

"Atentei para todas as obras que se fazem debaixo do sol, e eis que tudo era vaidade e aflição de espírito.
Aquilo que é torto não se pode endireitar; aquilo que falta não pode ser calculado.
Falei eu com o meu coração, dizendo: Eis que eu me engrandeci, e sobrepujei em sabedoria a todos os
que houve antes de mim em Jerusalém: na verdade, o meu coração contemplou abundantemente a
sabedoria e a ciência.
E apliquei o meu coração a conhecer a sabedoria e a conhecer os desvarios e as loucuras, e vim a
saber que também isto era aflição de espírito.
Porque na muita sabedoria há muito enfado; e o que aumenta em ciência aumenta em trabalho".
(Eclesiastes 1:14-18)

Capítulo 4: Limitações da Investigação

Uma investigação desta natureza tem limitações inevitáveis, neste sentido importa salientar algumas das limitações, referentes à presente investigação, que parecem ser as mais importantes e que exigem alguns cuidados no estabelecimento de relações, hipóteses, análise dos dados e no estabelecimento das conclusões. De referir, que as limitações deste estudo são, essencialmente de natureza metodológica. Portanto, os resultados obtidos deverão ser interpretados tendo em conta estas limitações.

4.1. – Metodologia Utilizada

Em termos da metodologia utilizada para a elaboração desta investigação pode-se dizer que, em primeiro optou-se por realiza-la de forma objectiva e constituída por duas partes distintas, que poderão ter influenciado no percurso da mesma, pois decidiu-se por uma primeira parte totalmente bibliográfica, em que se fez uma pesquisa qualitativa dos aspectos considerados importantes para o seu desenvolvimento.

Isto quer dizer, que a primeira parte desta investigação, baseia-se essencialmente nos diversos artigos, documentos, relatórios, estudos e investigações, sendo que em termos práticos, não houve uma contribuição directa para a aquisição de novos conhecimentos, tal como se objectivava.

Esta opção teve um cariz pessoal, pois até este momento considera-se que ainda não houve uma aquisição suficiente e sólida de competências para apresentar algo inovador. No entanto, convém referir que, a mim pessoalmente, muito me apraz, ter contribuído, pelo mínimo que seja, para a realização de uma revisão bibliográfica que possa vir a ser útil para futuras investigações e ai sim contribuir para a aquisição de novos conhecimentos.

Relativamente, à componente prática desta investigação, considerada fundamental, pensa-se que, apesar da parte teórica ser muito importante para sustentar qualquer estudo e concorda-se que uma revisão bibliográfica realizada correcta e adequadamente facilita a elaboração de uma investigação rica em termos resultados e conclusões, esta parte prática permitiu, entre outras ocorrências, desmistificar algumas ideias e opiniões, que agora adequam-se perfeitamente ao mundo científico, bem como contribuiu para fazer mais um alerta às problemáticas relacionadas com o mundo dos profissionais de saúde.

No entanto, e apesar de todos os pontos positivos retirados desta investigação convém salientar que, relativamente à esta parte prática consideram-se algumas “sub-limitações” que possam ter influenciado, negativamente o percurso da mesma, bem como nos diferentes processos até se chegar às conclusões. A principais (sub) limitações da componente prática podem estar relacionadas com:

4.1.1. A amostragem

Importa referir que a presente investigação e todas as conclusões retiradas estavam sujeitas inteiramente à participação dos profissionais dos dois serviços. Tendo em conta que o grau de participação dos profissionais do INEM e Consulta Externa foi condicionado inteiramente da sua disponibilidade e livre escolha, alguns (muitos) dos profissionais optaram por não participar, o que resultou numa diminuição significativa do número de sujeitos da amostra que se pretendia.

No entanto, convém referir que se por um lado, alguns profissionais optaram por não participar, outros de bom grado demonstraram todo interesse em cooperar na realização desta investigação. Salientam-se dois exemplos: a completa disponibilidade do Director do Serviço do INEM e os profissionais que constituem esta unidade, bem como o Enfermeiro Chefe da Consulta Externa II e as respectivas enfermeiras deste serviço.

Todos os esforços levados foram utilizados para que esta amostra fosse constituída por 50 indivíduos, sendo que todos estes contribuíram directa e grandemente para que esta investigação se concretizasse.

Outro aspecto importante, mas agora relacionado somente com os profissionais do INEM, refere-se ao facto de todos eles serem afectos a um outro serviço, tanto no CHCB como noutra entidade. Este facto pode representar uma variável não controlada, que poderá ter influenciado nos resultados obtidos, pois por exemplo, não se sabe se ao responder aos questionários não estivessem a referir-se ao outro contexto profissional que não o INEM.

4.1.2. Os métodos de recolhas de dados

Os métodos utilizados na investigação, que têm inerentes algumas limitações, relacionadas, por exemplo com a veracidade das respostas dos inquiridos, uma vez que a recolha de dados desenvolve-se através de uma comunicação indirecta entre o investigador e os sujeitos em causa, bem como os problemas de desejabilidade social que não foram controlados e poderão dar um viés positivo às respostas dadas.

A fim de minimizar as limitações referidas recorreu-se à utilização de instrumentos validados para a população portuguesa (MBI e IACLIDE), não sendo, no entanto possível utilizar um instrumento que avaliasse as expectativas de controlo válido para a população portuguesa. Neste sentido, a versão do instrumento utilizado (BEEGC), validado para a população espanhola, já foi traduzida pelos próprios autores Palenzuela, Prieto, Almeida e Barros, 1994) para língua portuguesa. Contudo, não podemos ter absoluta garantia da eliminação de todos os problemas referidos.

Como toda pesquisa que é realizada, esta é circunscrita às dimensões espaço-temporais e o contexto histórico, físico em que a mesma ocorreu. Tendo em conta, por exemplo que a abordagem aos profissionais de cada serviço foi feita, logicamente em lugares diferentes e recolha dos testes realizada em períodos também distintos, nomeadamente, os dados recolhidos do INEM foi feita entre os meses de Dezembro e Janeiro, os da Consulta Externa foram recolhidos entre finais de Março e inícios de Junho.

Tal como já foi descrito no processo de recolha de dados as primeiras baterias de questionários foram recolhidos dos profissionais do INEM, num processo que demorou cerca de um mês, sendo que a recolha foi feita semanalmente. Relativamente ao processo de recolha das baterias de questionários dos profissionais da Consulta Externa, este foi mais longo e moroso, tendo-se prolongado por mais de dois meses consecutivos.

Apesar destas limitações apresentadas, este método é considerado o mais adequado para atingir os objectivos da pesquisa.

4.1.3. Os métodos de tratamento e análise de dados

A opção de utilizar o método estatístico para o tratamento vem no seguimento do pressuposto que de, mediante a utilização deste tipo de testes, torna-se possível determinar, em termos numéricos, a probabilidade de acerto de uma determinada conclusão, bem como a margem de erro de um valor obtido.

No entanto, convém referir que as explicações obtidas mediante a utilização do método estatístico não podem ser consideradas absolutamente verdadeiras, mas dotadas de boa probabilidade de serem verdadeiras. Neste sentido, é importante salientar que existem algumas limitações inerentes à utilização de métodos estatísticos, sobretudo no que se refere à incerteza e variabilidade dos resultados que se podem obter. A seguir são apresentadas as associadas à presente investigação:

- Após ter em questionários em mão foi necessário inserir os dados recolhidos no programa estatístico SPSS. Uma das limitações, não inerente à estatística directamente, tem a ver com a possibilidade de ter havido algum erro no processo de inserção dos dados, pois este processo caracterizou-se por ser totalmente manual;
- Após os dados inseridos, pôde-se gerir e produzir uma grande quantidade de informação, no entanto, tornou-se mais complicado a quando da distinção e selecção das informações mais pertinentes e úteis, pois o *software* e a versão utilizada (SPSS *for Windows* 13.0) não permitiu a realização de alguma selecção de dados, tendo sido necessário recorrer a outros programas informáticos, tais como *Microsoft Excel* e *Visual Basic for Applications* (VBA), tendo sido preciosa a ajuda de um aluno finalista do Curso de Engenharia Informática, para dar resposta a todas os objectivos pretendidos;

- Outra limitação está inerente à questão de que nem sempre aquilo que é estatisticamente significativo é importante o suficiente para ser incluído na investigação;
- Por último, convém referir que, embora seja frequentemente utilizado nas investigações populacionais, nem sempre o tratamento estatístico e/ou analítico dos dados é adequado ao tipo de procedimento utilizado para a selecção das unidades experimentais, o que pode implicar recorrer à interpretação dos dados, o que pode significar um a utilização de algum senso comum.

4.1.4. Tipologia da Investigação

Tal como já foi referido na caracterização da tipologia desta investigação, considera-se que esta investigação tem um carácter “**quantitativo**”, pois pretende quantificar e traduzir em números num conjunto de elementos (neste caso, opiniões, informações e percepções), que posteriormente foram classificados e analisados, recorrendo-se ao uso de questionários e técnicas estatísticas (tais como percentagem, coeficiente de correlação, análise de regressão, médias, desvios padrão e teste t) (Silva e Menezes, 2001). Pretende-se ainda escolher uma parte da população, e através desta amostra (que seja representativa do universo populacional), de tal forma que os resultados obtidos na investigação possam vir a ser generalizados para o todo (Fuhrmann, 2003).

Do ponto de vista dos objectivos e de acordo com Gil (1999) e Silva e Menezes (2001), uma investigação pode ser exploratória, descritiva e explicativa. Tendo em conta, os objectivos propostos nesta investigação pode-se dizer que estes têm um carácter **exploratório** pois visa proporcionar maior familiaridade com o problema, tendo em vista torná-lo mais explícito e compreensível ou ainda o estabelecimento de hipóteses e **descritivo** pois pretende descrever as características de uma determinada população/amostra ou fenómeno ou ainda estabelecer relações entre os diferentes tipos de variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de recolha de dados: questionário/observação sistemática (Silva e Menezes, 2001).

Esta última limitação apresenta-se de um carácter muito importante, na medida em que tratando-se de uma investigação exclusivamente exploratória e descritiva, consistiu na ausência da análise das estratégias de intervenção e prevenção no contexto do *burnout* e depressão no âmbito da área profissional, tais como o contribuições para elaboração de programas que incluam e promovam recursos e suportes sociais, assim como do potencial contributo das estratégias e técnicas de confronto e controlo do stress e *burnout*.

Reconhecendo-se as limitações desta investigação e compreendendo que mais estudos relacionados com a síndrome de *burnout* e perturbação da depressão no contexto profissional devam ser realizados, e nesse sentido conceder-se mais atenção à importância da parte interventiva e/ou preventiva.

Considerações Finais

Uma exposição permanente e não resolvida às situações stressantes no mundo do trabalho, em que as respostas do organismo a um estado de stress prolongando, crónico, estabelecido perante situações muito exigentes e as estratégias para lidar não foram utilizadas, falharam ou não foram suficientes e adequadas, podem levar ao que se designou de **Síndrome de *Burnout***.

O conceito de *burnout* foi inicialmente descrito por Herbert Freudenberger em 1974 como sendo um “estado crónico de fadiga ou frustração motivado pela consagração a uma causa, a um modo de vida ou a uma relação profissional que não correspondeu às expectativas inicialmente criadas” (Delbrouck, 2003).

Os profissionais de saúde têm razões especiais para constituírem um grupo profissional particularmente afectado pelo *burnout*. Merece especial realce, na literatura actual, a elevada prevalência de stress e *burnout* nos profissionais de saúde, e os seus efeitos negativos para o trabalhador, para a organização com a qual colabora, e para as pessoas alvos dos seus serviços. Entre os profissionais de saúde, destacam-se os enfermeiros e os médicos.

Após uma revisão dos diferentes modelos conceptuais de *burnout*, depressão e expectativas de controlo o presente estudo efectuado junto de 50 profissionais de saúde de dois serviços diferentes, INEM e Consulta Externa procurou-se:

- a) Avaliar e comparar os níveis de *burnout* e depressão, bem como caracterizar estes profissionais de acordo com uma escala de expectativa numa amostra de médicos e enfermeiros;
- b) Explorar a existência de diferenças nos níveis de *burnout* e depressão, bem como estilos atribucionais em função do serviço onde trabalham, bem como em função da sua profissão;
- c) Analisar a experiência de *burnout* em função de variáveis sócio-demográficas e profissionais;

Os resultados gerais demonstram níveis baixos de *burnout* e inexistência de depressão na amostra, no entanto uma análise mais profunda (às escalas e factores) pode-se verificar que existem algumas áreas significativas na vida do sujeito que podem estar comprometidas ou em risco de tal acontecer, como por exemplo a realização pessoal e profissional, capacidade para lidar com o stress, relacionamentos interpessoais, ou mesmo manifestação de um conjunto de sintomas físicos, mentais e cognitivos referentes à ansiedade.

Os resultados apontam também para diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de *burnout* e serviços em que os profissionais trabalham (INEM/C. Externa), ou ainda relativamente à profissão

(médico e enfermeiro), bem como diferenças estatisticamente significativas quando realizada a mesma comparação mas desta vez relativamente ao grau de depressão. No final do estudo os resultados são discutidos e são apontadas algumas sugestões e implicações para a investigação futura.

Esta investigação permitiu explorar questões delicadas como é a presença e a manifestação, mesmo que reduzida, de sintomas de *burnout* e depressão na amostra dos profissionais de saúde do Centro Hospitalar Cova da Beira, sendo estes homens e mulheres, enfermeiros e médicos, jovens e adultos, do INEM e da Consulta Externa.

Pôde-se inferir através dos resultados que, em termos gerais estes profissionais estão “moderadamente satisfeitos” com o seu trabalho, e tendo em conta que a satisfação no trabalho é um elemento fundamental na determinação da qualidade de vida, pode-se inferir em última análise que os profissionais desta amostra, no seu todo, apresentam níveis moderados de satisfação com a vida.

No entanto, esta avaliação foi feita através da utilização de “um único par de óculos”, isto é, convém salientar que esta análise incide na globalidade das variáveis e factores relacionados com os níveis de *Burnout* e depressão e não numa avaliação individual dos problemas característicos de cada sujeito deste grupo.

Isto quer dizer que ao olharmos para esta amostra, constituída por 50 indivíduos, com profissões diferentes, que apresentam características individuais distintas, mas que por causa da questão básica dos métodos estatísticos apresentam resultados gerais tão homogéneos, não obteremos as mesmas conclusões se trocarmos de “óculos” e começarmos a individualizar os problemas e a chamá-los pelos respectivos nomes.

De facto, a perspectiva muda totalmente quando ousamos avaliar cada questionário individualmente, e mudará radicalmente caso o respectivo profissional falasse abertamente. Portanto, este presente estudo não se esgota com a apresentação de seus resultados. Se continuado, poderá propiciar novas descobertas e outras sugestões para promover a melhoria da qualidade de vida de pessoas que, por ironia das profissões, estão envolvidas directamente na melhoraria da qualidade de vida de outros seres humanos.

(...) "Fiz para mim obras magníficas; edifiquei para mim casas; plantei para mim vinhas.

Fiz para mim hortas e jardins, e plantei neles árvores de toda a espécie de fruto.

Fiz para mim tanques de águas, para regar com eles o bosque em que reverdejam as árvores.

Por isso odiei esta vida, porque a obra que se faz debaixo do sol me era penosa; sim, tudo é vaidade e aflição de espírito.

Então eu me volvi e entreguei o meu coração ao desespero no tocante ao trabalho, o qual realizei debaixo do sol." (...)

(Eclesiastes 2:4-6; 17 e 20).

COMPONENTE 2:
COMPETÊNCIAS DE AVALIAÇÃO

De seguida apresentam-se as competências relacionadas com a actuação aos níveis da avaliação psicológica que representam em primeiro lugar um contributo relevante para a área do conhecimento em que se integram e que abrangem a apresentação teoricamente fundamentada de casos específicos, bem como a exposição dos resultados da prática clínica alcançados ao longo desse ano curricular.

De um modo particular, este documento representa todo o percurso curricular de um ano lectivo, que decorreu no Serviço de Nutrição e Actividade Física (SNAF), do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), Covilhã.

A realização dos Estágios Curricular e Profissional caracterizou-se pela realização de diferentes modalidades de actividades e tarefas, desde observações clínicas, a acompanhamentos e intervenções psicoterapêuticas (a algumas perturbações psicológicas, nas diversas faixas etárias), em consultas a pacientes e utentes Serviço de Psicologia, integrado no SNAF, do CHCB e atendimentos psicopedagógicos em diferentes agrupamentos de Escolas da Guarda.

Foi possível ainda participar em momentos de aprendizagem e formação, relativamente a utilização, cotação e interpretação de instrumentos de avaliação psicológica, como também momentos de formação e intercâmbio com diversas especialidades clínicas e da saúde do CHCB, bem como participar em reuniões pedagógicas nas escolas.

Relativamente ao presente documento em particular, este está organizado da seguinte forma:

1. Caracterização dos locais onde decorreram os Estágios. Logo a seguir faz-se uma introdução às actividades realizadas, bem como as características temporais e estatísticas dos mesmos. Apresentam-se também as limitações e dificuldades encontradas no contexto da prática clínica, bem como os resultados obtidos;
2. Logo a seguir são apresentadas as áreas problemáticas encontradas e nas quais houve intervenção directa, sendo que essa apresentação tem um carácter abreviado, teórico e generalizado;
3. A componente prática das áreas problemáticas encontradas nos diversos casos é exposta no capítulo seguinte, em que são apresentados os casos observados, avaliados e acompanhados ao longo do Estágio Curricular e Profissional.
4. No capítulo seguinte apresenta-se o Programa “PESO Saudável”, constituído pelas principais informações retiradas da participação de um projecto inovador no CHCB.

Capítulo 6: Caracterização do Estágio



6.1. Serviço de Nutrição e Actividade Física (SNAF) ²

O Serviço de Nutrição e Actividade Física (SNAF), do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB) trata-se de um serviço de apoio assistencial do Hospital. Desenvolve a sua actividade na área da Nutrição Clínica e de consultadoria ao Serviço de Alimentação e Dietética. A Nutrição clínica divide-se, essencialmente, em duas áreas: **Consulta externa de Nutrição** e **Consulta interna de Nutrição** aos doentes, mediante solicitação de pedido de colaboração do médico responsável.

De referir que, relativamente à actividade profissional actual do Nutricionista³, esta tem-se vindo a diversificar por várias áreas de actuação entre as quais a saúde, a restauração colectiva e pública, a indústria alimentar, a investigação, o ensino e o controlo de qualidade.

Na Saúde: No Sistema de Saúde o Nutricionista insere-se como Técnico Superior de Saúde, no Ramo de Nutrição. Tratando-se de um profissional diferenciado que actua nos vários serviços do hospital, nomeadamente de assistência e de apoio geral. A sua actividade tem que ser flexível. Interage directa ou indirectamente com todos os profissionais de um hospital, sendo que a sua actividade clínica desenvolve-se ao nível da avaliação e prescrição nutricional em todas as valências médicas do internamento e consulta externa.

A supervisão do cumprimento da terapêutica nutricional requer um contacto directo com uma equipa de especialistas multidisciplinar, tanto médica, de psicologia, de enfermagem e com os serviços de alimentação e farmacêuticos.

Tal como Viana (2002:620) refere “*no contexto dos hábitos alimentares em particular e do estilo e hábitos de vida em geral, a Psicologia e a Nutrição são disciplinas e domínios complementares. Psicólogos e Nutricionistas podem e devem trabalhar em conjunto e com outros especialistas da Saúde e da Educação no sentido de serem definidos programas de educação e intervenção para a saúde*”.

A seguir apresentam-se alguns dos profissionais de saúde, que representam os recursos humanos do SNAF, tendo em conta a sua distribuição administrativa neste serviço.

² Informação retirada de: http://www.chcbeira.min-saude.pt/InfoUtente/InfoUteis/Consultas_Externas.htm

³ <http://esjmlima.prof2000.pt/ProfissoesNutricionista.htm>

Ilustração 1 – Distribuição Administrativa dos profissionais de saúde integrados no SNAF

Director do Serviço



- Especialista em Medicina Interna e em Medicina Desportiva;
- Pós-graduação nos USA em Fisiologia do Esforço;
- Dedicou-se ao Exercício, Nutrição e Controlo do peso;
- Carreira universitária em Lisboa e Covilhã;
- Responsável Médico do Estudo PESO da FMH e do PS do CHCB;
- Dirigente da SPEO;

Nutricionista



- Nutricionista do SNAF mais ligada a estes programas
- Fará as consultas de Nutrição da maioria dos participantes
- Responsável pela coordenação administrativa dos programas

Psicólogo



- Avaliação psicológica de base
- Avaliação das alterações do comportamento alimentar
- Seguimento psicoterapêutico SOS

Nutricionista



- A Nutricionista do SNAF mais antiga
- Fará as consultas de Nutrição das participantes que já segue ou duma minoria
- Mais ligada a outros aspectos da Nutrição

6.2. Caracterização do Estágio Curricular

O Estágio Curricular é uma das principais etapas de preparação para o exercício de uma profissão. Não constitui somente um período de aperfeiçoamento do conteúdo teórico adquirido, mas principalmente uma fase de inserção plena em todas as vivências da carreira que se pretende abraçar, sendo portanto, o Estágio necessário para uma integração consciente no mundo do trabalho.

Este período, de duração variável, visa essencialmente proporcionar aprendizagem e treino especificamente direccionados para o exercício da actividade profissional e facilitar então, a inserção profissional do futuro licenciado no mercado de trabalho. Como objectivo adicional, o estágio objectiva reforçar o relacionamento da Instituição de Ensino (Universidade/Faculdade/Politécnico) com os profissionais e Instituições que acolhem os estudantes estagiários.

Objectivos Gerais: Os objectivos apresentados a seguir, foram estabelecidos pelo Departamento de Psicologia e Educação, actualmente liderado pelo Professor Henrique Marques Pereira (Professor Auxiliar), Presidente do Departamento e da Comissão Científica Departamental.

1. Estabelecer relações privilegiadas de colaboração entre o curso de Psicologia e os Serviços de Psicologia devidamente enquadrados nas Instituições primordialmente as da área de localização da Universidade da Beira Interior;
2. Facultar uma experiência de aproximação ao mercado de trabalho, capaz de contribuir para a ulterior inserção profissional dos licenciados;
3. Proporcionar uma experiência de aprendizagem integradora das diversas componentes da formação (teóricas, teórico-práticas e práticas);
4. Aprofundar o conhecimento teórico e prático de uma das especialidades das áreas científicas da Psicologia;
5. Desenvolver competências de intervenção e investigação.

Orientação/Supervisão: Tal como acontece com os objectivos acima citados, a questão relativa à orientação e supervisão do Estágio também foi regulamentado pelo Departamento de Psicologia e Educação. Sendo assim e tendo em conta as normas do Departamento, destacam-se algumas questões:

1) Este estágio foi orientado pelo Professor Doutor Luís Alberto Coelho Rebelo Maia, Professor Auxiliar do Departamento de Psicologia e Educação e supervisionado pelo Dr. Jorge da Silva Marques, Psicólogo Clínico do Serviço de Nutrição e Actividade Física (SNAF), no Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB);

2) Foi realizado no início desta etapa uma reunião no SNAF-CHCB, em que estiveram presentes os dois orientadores do estágio e as respectivas estagiárias do serviço, em que foram delineados um conjunto de questões, relativos às características e calendarização das actividades a serem realizadas ao longo do estágio, bem como a definição da frequência das reuniões de orientação;

3) No seguimento desta reunião, ficou estabelecido que as orientações no local do estágio, lideradas pelo Dr. Jorge Marques, seriam feitas às segundas-feiras, pelos 15 horas. Relativamente à orientação na área científica, esta poderia ser realizada, às quartas-feiras, num horário flexível;

Sendo assim, e tendo-se resolvido as questões administrativas e regulamentares do Estágio, este teve o seu início numa terça-feira, dia 03 de Outubro de 2006, às 09:30.

Duração: O estágio curricular decorreu ao longo de oito meses, sendo que, tal como já foi referido, teve o seu início oficial no dia 03 de Outubro de 2006 e terminado a 15 de Junho de 2007. O horário das actividades a serem realizadas ao longo do estágio foi em primeiro lugar delineado pelo Departamento de Psicologia e Educação, em que foram estabelecidos 4 dias por semana (Segunda-feira, Terça-feira, Quinta-feira e Sexta-feira).

No entanto, ao longo do estágio este horário tornou-se bastante flexível, no que se refere aos dias da semana estabelecidos, bem como às entradas e saídas no Serviço, devido ao facto, deste horário ter sido adaptado às datas das consultas de intervenção e reuniões no SNAF. Sendo que todas as alterações foram comunicadas ao supervisor do estágio.

A seguir apresenta-se um calendário (**Ilustração 2**), onde é possível observar a distribuição do tempo feita ao longo do período de Estágio. De referir que ao longo do ano lectivo correspondente ao Estágio Curricular, foi-me possível desenvolver diferentes tipos de actividades que contribuíram, significativamente, não só para a melhoria do próprio estágio, mas e principalmente para o meu desenvolvimento e enriquecimento pessoal.

Ilustração 2 - Calendarização das actividades desenvolvidas ao longo do período de Estágio Curricular 2006/2007

Outubro/2006							Novembro/2006						
Dom	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sab	Dom	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sab.
1	2	3	4	5	6	7				1	2	3	4
8	9	10	11	12	13	14	5	6	7	8	9	10	11
15	16	17	18	19	20	21	12	13	14	15	16	17	18
22	23	24	25	26	27	28	19	20	21	22	23	24	25
29	30	31					26	27	28	29	30		

Dezembro/2006

Dom	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sab
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24/31	25	26	27	28	29	30

Janeiro/2007

Dom	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sab
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Fevereiro/2007

Dom	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sab
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28			

Março/2007

Dom	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sab
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

Abril/2007

Dom	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sab
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

Maio/2007

Dom	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sab
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

Junho/2007

Dom	Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sab
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

LEGENDA	
	Consultas de intervenção
	Feriados e Férias
	Formação Extracurricular
	Consultas e formação
	Programa "PESD"
	Consultas e Prog. "PESD"
	Avaliações Prog. "PESD"
	Apresentação Prog. "PESD"
	Conferências
	Consultas e Conferências
	Orientações

Tendo em conta uma estimativa global é possível referir que foram dedicadas cerca de 850 horas ao Estágio Curricular, sendo que, pelo menos 550 horas foram passadas no local de estágio (SNAF), distribuídas por: consultas (observação, intervenção, avaliação, contacto único), reuniões de orientação, participação nos programas “PESO Saudável”, bem como nos procedimentos legais para a realização do Seminário de Investigação (pedidos de autorização, entrega, recolha e cotação dos questionários utilizados).

As restantes horas distribuem-se pelas reuniões no contexto académico com orientador científico, formações extracurriculares, conferências, bem como na elaboração dos dois seminários, Investigação e Intervenção.

6.2.1. Estatísticas gerais

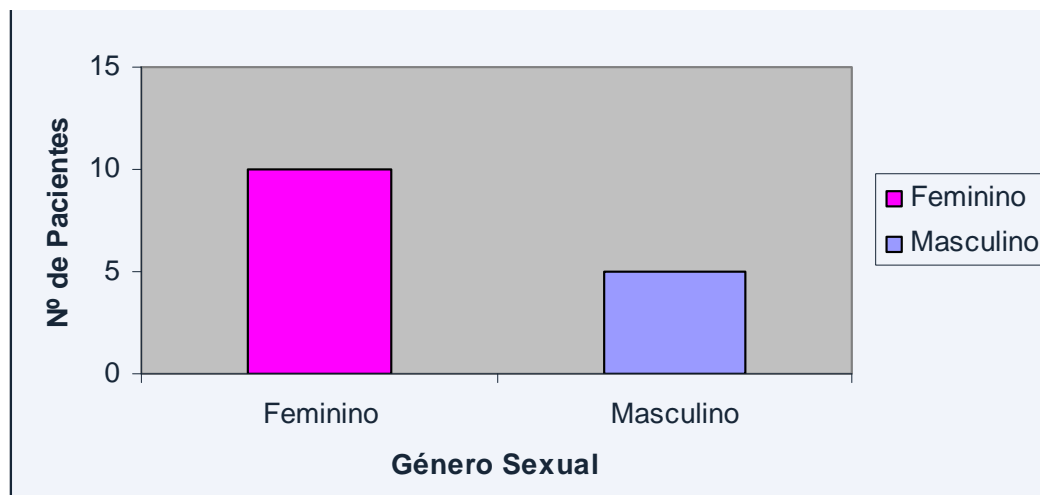
Ao longo do Estágio Curricular 2006/2007 foi-me possível atender, observar, avaliar, acompanhar e intervir num total de 15 casos (observação, acompanhamento, intervenção, avaliação), sendo que não foram incluídos cinco casos de contacto único, onde não foi possível, recolher informações suficientes para a elaboração de histórias clínicas.

Sendo assim, neste item apresentam-se os dados estatísticos relativos à caracterização da componente prática do Estágio, tendo em conta os casos acompanhados, a frequência das consultas, referente a cada paciente, bem como a caracterização demográfica dos pacientes atendidos. A seguir apresentam-se, então, os dados estatísticos considerados pertinentes.

Tabela 22 – Estatística dos casos atendidos.				
Caso nº	G. Sexual	Idade	Nº Consultas	Modalidade
1	F	30	18	AcIn
2	F	12	2	OBS
3	F	61	6	AcIn
4	F	35	12	AcIn
5	M	5	7	AvaPsi
6	F	50	3	AcIn
7	F	60	6	AcIn
8	F	22	11	AcIn
9	M	8	7	AvaPsi
10	M	8	6	AvaPsi
11	F	52	2	AcIn
12	F	40	4	AcIn
13	F	41	1	AvaPsi
14	M	45	1	AvaPsi
15	M	35	1	AvaPsi

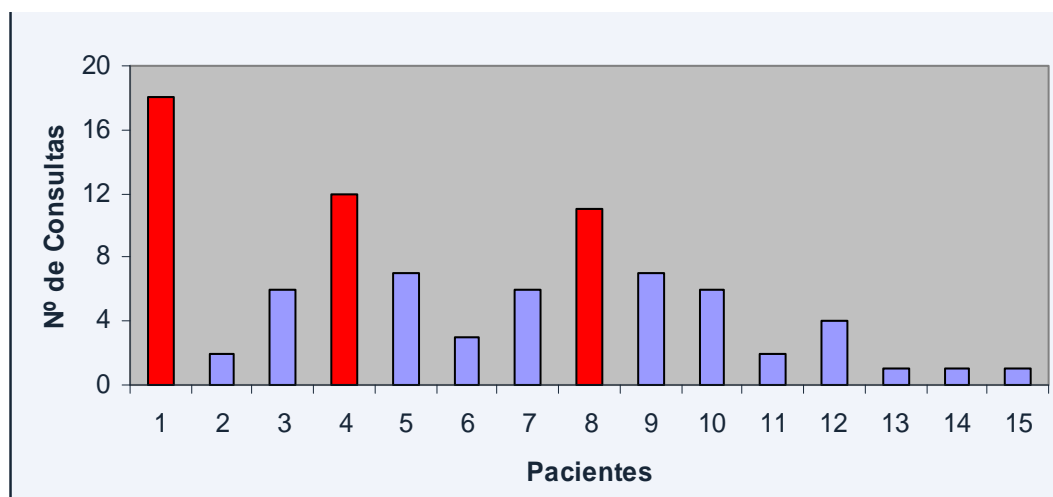
A seguir apresenta-se um **Gráfico de barras 11** representativo da distribuição dos pacientes atendidos ao longo do Estagio Curricular, tendo em conta o seu género sexual.

Gráfico 11 - Distribuição dos pacientes de acordo com o género sexual.



O gráfico de barras a seguir apresentado, faz uma pequena comparação entre os pacientes, tendo em conta o número de consultas despendido para cada processo terapêutico.

Gráfico 12 – Comparação Paciente vs nº consultas.



Capítulo 7: Resumo Teórico das Áreas Problemáticas

Ao longo do Estágio Curricular, e tendo em conta os casos de acompanhamento e intervenção psicoterapêuticos realizados, foram diagnósticos e analisados um conjunto de áreas problemáticas que caracterizaram cada um destes casos. A seguir, são apresentadas as principais áreas problemáticas diagnosticadas, bem como uma breve abordagem teórica a cada uma delas. A abordagem teórica caracteriza-se, essencialmente, pela definição do problema/perturbação, pela apresentação dos principais dados epidemiológicos, bem como pela exposição das principais recomendações, relativamente aos processos de avaliação, intervenção e tratamento.

De referir que a maior parte dos casos acompanhados caracterizam-se pela associação de duas ou mais áreas problemáticas. No entanto, há que salientar que nalguns casos não foi possível concretizar uma problemática, sendo que estes casos foram acompanhados de modo a aliviar a sintomatologia, o sofrimento/incapacitação imediata causada pelo estado de saúde (física/mental) do paciente. As áreas problemáticas serão apresentadas tendo em conta a ordem de aparecimento de cada caso. Sendo neste sentido, apresentadas da seguinte forma:

Quadro 2 – Áreas problemáticas analisadas ao longo do estágio

Perturbações Alimentares	Problemas Conjugais/Divórcio
Adesão Terapêutica	Práticas Parentais
Competências Sociais e Comunicacionais	Enurese e Encoprese
Perturbação Depressiva (Episódios Depressivos)	Luto Patológico/Antecipado

A seguir apresenta-se uma tabela representativa das áreas problemáticas diagnosticadas e analisadas, associadas aos respectivos casos clínicos de avaliação, acompanhamento e intervenção.

Tabela 23 – Frequência das áreas problemáticas analisadas

Áreas Problemáticas	Casos clínicos	Frequência
Perturbações Alimentares ¹	P1; P3; P4; P5; P6; P7; P11; P12;	8
Adesão Terapêutica	P1; P5;	2
Competências Sociais e Comunicacionais	P1; P7;	2
Perturbação Depressiva/ Luto Patológico e Antecipado	P2; P6; P8; P12;	4
Problemas Conjugais/Divórcio	P4; P8;	2
Práticas Parentais/PHDA/Problemas de Comportamento	P1; P5; P10; P9;	3
Enurese e Encoprese	P9; P10;	2

¹ Relativamente a esta problemática (perturbações alimentares) somam-se mais casos de avaliação, no âmbito do Programa "PESO Saudável";

7.1. Perturbações Alimentares

De um modo geral, a designação “*perturbações alimentares*” refere-se às perturbações psicológicas que se caracterizam por graves anomalias no comportamento de ingestão, isto é, a base de funcionamento de tais perturbações esta assente em alterações psicológicas (Raich, 2001; Sokol, Jackson, Selser, Nice, Christiansen e Carroll, 2005).

Este tipo de perturbações afecta principalmente mulheres jovens, caracterizando-se ainda pela manifestação de distorções na percepção da forma e do peso corporal (Machado, Gonçalves, Machado, Santos e Santos, 2001; Machado, Soares, Sampaio, Torres, Gouveia e Oliveira, 2004).

As alterações de alimentação, contempladas pela Psicologia podem ter lugar por excesso e por defeito, ou seja, ingestão a mais ou a menos daquilo que seria considerado necessário e “normal” (Lázaro, 2001). Curiosamente, a perturbação do comportamento alimentar no que se refere à ingestão excessiva verifica-se numa grande parte na população adulta, enquanto que a ingestão de alimentos por defeito ou recusa/rejeição ocorre, maioritariamente, nas crianças e adolescentes (Sokol, *et al*, 2005).

A apresentação teórica de cada perturbação será feita consoante a ordem do seu aparecimento no período do estágio curricular. Em primeiro lugar, far-se-á uma abordagem à Obesidade Infanto-juvenil, seguida da apresentação da Perturbação Alimentar da Primeira Infância, como a Recusa e Selectividade Alimentar, seguidos das perturbações alimentares na idade adulta.

7.1.1. Obesidade Infanto-juvenil

De acordo com Oliveira e Fisberg (2003), a prevalência da obesidade infantil apresenta um rápido aumento nas últimas décadas, sendo caracterizada como uma verdadeira epidemia mundial. Cerca de um terço das crianças portuguesas entre os sete e nove anos (31,5%) têm excesso de peso ou são obesas, facto que coloca Portugal no segundo lugar dos países da Europa com mais crianças a sofrerem de obesidade (Cosme, 2005).

Em primeiro lugar, é necessário fazer uma importante distinção entre os conceitos de **excesso de peso** e **obesidade**, definição que ainda hoje prevalece. Resumidamente, a obesidade ocorre quando o *input* de energia (calorias) é superior ao seu *output* das mesmas, o que provoca o armazenamento de gordura no adiposo, enquanto que o excesso de peso refere-se ao excesso de gordura corporal em relação à chamada massa magra corporal (Abraham *et al.*, 1983, citados por Segal, *et al*, 2002; Costa, 2000; Guedes e Guedes, 1995, citado por Bankoff, 2004; Oliveira, Cerqueira, Souza e Oliveira, 2003).

De referir que tendo em conta as variações contínuas na altura e massa muscular relativa mostram que a obesidade não pode ser avaliada somente pelas medidas de peso, principalmente, quando se trata de crianças e adolescentes em constante desenvolvimento (Toman, 2002).

Neste contexto é utilizado o denominado “**Índice de Massa Corporal**” (IMC – índice de Quetelet: Garrow e Webster, 1985). O índice de massa corporal é o padrão internacional para a classificação do peso corporal e trata-se de uma medida útil de adiposidade, pois leva em consideração as variações na altura (Cole, *et al*, 2000; Toman, 2002). O produto é resultado da seguinte função (IMC: peso em quilogramas dividido pela altura em metros quadrados):

$$\frac{\text{IMC}^2}{\text{Peso} \times \text{Altura}}$$

Avaliação na Obesidade Infanto-Juvenil: De acordo com Wallace, Sheslow e Hassink (1993, citados por Cardoso, 2006) a obesidade requerer uma avaliação psicológica associada aos diferentes tipos de perturbações psicossociais e emocionais particularmente nas crianças e famílias que buscam ajuda no controlo e manutenção do peso. De acordo com Cardoso (2006) na avaliação utilizam-se um conjunto diversificado de instrumentos, de modo a permitir uma avaliação multifactorial dos problemas associados à obesidade.

Inicialmente, o processo de avaliação da obesidade remete, essencialmente, para o controlo, perda e manutenção do peso e da forma corporal da criança. Isto implica, por exemplo, a avaliação da evolução nutricional da criança, a par do acompanhamento nutricional a que ela é sujeita (Mello, Dâmaso, Antunes, Sequeira, Castro e Bertolino, 2005). Esta avaliação inicial, de carácter mais fisiológico, implica também a avaliação do impacto na qualidade de vida da criança (Halpern, *et al*, 2005).

No que se refere à avaliação dos factores psicológicos, e dependendo em grande parte das características idiossincráticas de cada criança/adolescente, esta pode incluir o diagnóstico de sintomas, perturbações, e problemas como: **baixa auto-estima/auto-conceito/auto-eficácia** (Halpern, *et al*, 2005; Cardoso, 2006); **sintomas depressivos** (Wallace, *et al*, 1993; Strauss, 2000; Luiz, 2004); **distorção da imagem corporal** (Stipp e Oliveira, 2003; Barros, 2005; Lemes, 2004, citado por Cardoso, 2006).

Intervenção na Obesidade Infanto-Juvenil: Apesar de não haver um tratamento considerado padrão e exclusiva à idade adulta, as recomendações actuais para o controlo e tratamento clínico do excesso de peso e obesidade, tanto nos adultos com em crianças e adolescentes são baseados, essencialmente no controlo e manutenção do peso e na intervenção dos problemas/perturbações associados e eventualmente encontradas (Torrecillas e García, 1994; Halpern, *et al*, 2005; Cardoso, 2006)

A intervenção e o tratamento da obesidade devem incluir modificações gerais na postura familiar e da criança, relacionados, principalmente, com mudanças ao nível dos hábitos alimentares, do estilo de vida,

da actividade física e correcção alimentar (Cardoso, 2006). Para tal, deve-se ter em conta a criança e as suas características idiossincráticas, a participação da família, bem como a de uma equipa multiprofissional (Fisberg, 1995; Fisberg, *et al*, 2004; Cardoso, 2006).

O tratamento convencional da obesidade baseia-se na redução da ingestão calórica, no aumento do gasto energético, na modificação comportamental e no envolvimento familiar no processo de mudança. Este tipo de tratamento caracteriza-se por ser de longo prazo (Halpern, *et al*, 2005). Neste sentido, e na maior parte dos programas existentes para a intervenção e tratamento da obesidade, os principais objectivos centram-se nas seguintes estratégias e métodos:

1. Estratégias comportamentais e cognitivas para a modificação e controlo da ingestão alimentar (controlo de estímulos, estilo alimentar, substituição de pensamentos negativos por positivos e resolução de problemas);
2. Informações sobre uma alimentação mais adequada que inclui instruções e formações específicas sobre hábitos alimentares saudáveis;
3. Estratégias destinadas ao aumento do gasto calórico (informações acerca das vantagens da realização de exercícios físicos);
4. Intervenção ao nível das problemáticas associadas à obesidade (depressão, auto-estima, imagem corporal, entre outras).

7.1.2. Recusa e Selectividade Alimentar

As primeiras perturbações alimentares na infância podem aparecer logo na idade lactente através da recusa do peito materno. Geralmente, denomina-se de **anorexia precoce**, no entanto este conceito não abrange completamente a situação, pois algumas crianças demonstram apenas uma passividade perante a comida, não realizam os movimentos de sucção e, somente algum tempo depois começam, efectivamente, a negar a comida (Woski, 1994; Madeira e Aquino, 2003).

Na abordagem da recusa e selectividade alimentar (RSA), um dos principais aspectos a serem considerados são os motivos que levam a criança a este comportamento, visto que esta atitude pode representar um facto comum e típico do desenvolvimento, uma maneira de expressão e/ou reacção das dificuldades emocionais no âmbito familiar (Abreu e Fisberg, 2004).

A etiologia da RSA, na maioria das vezes, correlaciona-se com as etapas de crescimento e desenvolvimento, assim como a influência dos pais no cumprimento do ritual da alimentação (Abreu e Fisberg, 2004). Um aspecto interessante sobre a recusa alimentar, é que esta pode ocorrer tanto em

crianças saudáveis quanto nas com desordens gastrointestinais e com necessidades especiais, como é o caso das crianças com problemas neurológicos e prematuros (Abreu e Fisberg, 2004).

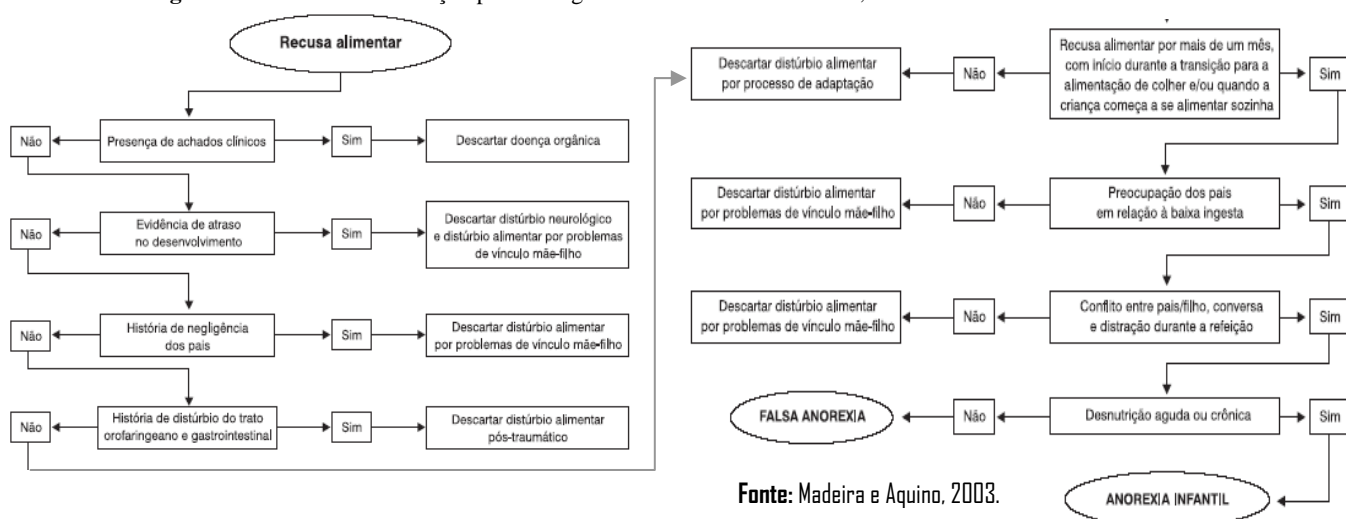
No entanto e de um modo geral, as causas da RSA podem ser psicológicas, neste caso, como uma reacção negativa automática desencadeada pela ansiedade da mãe (Abreu e Fisberg, 2004). Ainda por razões psicológicas, a criança pode apresentar recusa alimentar por ocasião do desmame do seio materno, manifestando-se, além da recusa alimentar, choro, agitação e/ou vômitos (Madeira e Aquino, 2003).

A RSA manifesta-se sob a forma da tríade recusa alimentar, pouco apetite e desinteresse pelo alimento. Associado a estas características, verificou-se que as crianças selectivas não apresentavam mais problemas de saúde do que as outras, nem apresentavam IMC abaixo do normal (Madeira e Aquino, 2003). No entanto, este comportamento é mais comum nas crianças que apresentam características de Hiperactividade, independentemente do género sexual, da classe social, raça (Abreu e Fisberg, 2002).

Avaliação e Diagnóstico: O processo de diagnóstico da RSA, inicialmente deve-se realizar uma avaliação médica, com o intuito de excluir as causas orgânicas decorrentes de patologias específicas. Exames específicos só deverão ser solicitados quando houver uma verdadeira indicação clínica (Madeira e Aquino, 2003; Abreu e Fisberg, 2004).

Deste modo, autores como Chatoor, Hirsh, Ganiban, Persinger e Hamburger (1998, citados por Madeira e Aquino, 2003) referem que no atendimento a uma criança que recusa comer, a avaliação global da saúde associado a determinação do estado nutricional, são aspectos de fundamental importância para demonstrar aos pais que apesar da recusa alimentar, muitas vezes, a criança apresenta bom estado de saúde.

Figura 5 – Processo de avaliação para o diagnóstico da Recusa Alimentar, Anorexia Precoce ou Falsa Anorexia



Intervenção na RSA: A prevenção, intervenção e tratamento nos casos de perturbação alimentar caracterizados, essencialmente pela recusa/selectividade alimentar baseia-se nos princípios da preservação do apetite, visto que as atitudes e reacções mais comuns diante da inapetência são o desespero, uso da força, insistência e imposição dos alimentos, factores considerados como agravantes deste tipo de comportamentos (Abreu e Fisberg, 2004).

De um modo geral e de acordo com Abreu e Fisberg (2002; 2004), e Fisberg (2005), a intervenção eficaz pressupõe que os pais devem ser orientados para:

Quadro 3: Indicações terapêuticas para uma intervenção eficaz na Recusa/Selectividade Alimentar

- Respeitar o direito da criança em ter preferências e escolhas próprias;
- Oferecer os alimentos em quantidades pequenas para encorajar a criança a comer;
- Não forçar, ameaçar punir ou obrigar a criança comer algo já rejeitado ou disfarçar os alimentos;
- Não demonstrar irritação ou ansiedade no momento da recusa, pois a criança necessita de se sentir confortável no momento da refeição;
- Estabelecer horários e regras durante as refeições, o que evita a oferta de alimentos a todo e qualquer o momento;
- Respeitar as oscilações passageiras do apetite, características de uma determinada etapa de desenvolvimento;

Fonte: Abreu e Fisberg (2002; 2004), e Fisberg (2005).

7.2.1. Obesidade na Idade Adulta

De acordo com a OMS, a obesidade é uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde (WHO, 1998).

Na perspectiva de diversos autores, investigadores e instituições (Williamson, 1995; Gigante, Barros, Post e Olinto, 1997; WHO, 1998, 2003; Costa, 2000; NAASO, 2000; Shaw, O'Rourke, Mar e Kenardy, 2007) a obesidade caracteriza-se por ser uma doença crónica, com uma enorme prevalência nos países desenvolvidos, que atinge homens e mulheres de todas as etnias e de todas as idades, reduz significativamente a qualidade de vida e apresenta elevadas taxas de morbidade e mortalidade.

Tendo em conta o seu impacto na vida social, psicológica, económica e principalmente, na saúde, a obesidade é vista como uma doença dispendiosa, de alto risco, crónica e recorrente, que afecta milhões de pessoas em todo o mundo, inclusive crianças (Pereira, Mateus e Amaral, 1999; WHO, 2003).

Em Portugal e de acordo com estudos realizados por Simões e José (2006), tendo em conta os dados recolhidos no Inquérito Nacional, no período entre 1996-1999, de sujeitos com idade superiores a 17 anos, estimou-se que cerca de 40% desta população apresentava o IMC acima do considerado normal para a altura, peso e idade, sendo que 13% destes foram classificados como obesos (**Figura 6**).

Estes mesmos autores apresentam uma estimativa relativa à prevalência da obesidade em Portugal, considerando que esta caracteriza-se por ser elevada e crescente. A **Figura 7** apresentada a seguir demonstra a estimativa realizada no ano 2006, fazendo a comparação entre os anos 2002-2005 e apresentado uma previsão para o ano 2010.

Figura 6 – Representação gráfica da classificação da população quanto ao seu IMC (1996-1999).

	Total	Homens	Mulheres
BMI baixo	7%	3,6%	9,9%
BMI normal	43%	42,7%	44,3%
BMI alto	37%	42,3%	31,8%
BMI obeso	13%	11,4%	14%

Fonte: Simões e José (2006)

Figura 7 – Estimativa da prevalência da obesidade em Portugal quanto ao seu IMC (2002-2010).

	2002	2005	2010
Média BMI	25,7	25,9	26,1
BMI>25	55,5	58,5	60,9
BMI>30	13,1	13,7	15,5

Fonte: Simões e José (2006),

Causas da Obesidade: Relativamente às causas do desenvolvimento da obesidade, Wellman e Friedberg (2002) referem que os factores genéticos e ambientais influenciam, grandemente no peso do corpo, mas a sua interacção para determinar o peso de uma pessoa ainda não está esclarecida. A seguir apresenta-se uma tabela representativa das principais causas e factores apontados como determinantes para o desenvolvimento e manutenção da obesidade.

Tabela 24 – Causas e factores determinantes para o desenvolvimento e manutenção da obesidade.

Causas e factores	
Factores Genéticos	As investigações recentes sugerem que a influência genética contribui em 33 %, aproximadamente, para o peso do corpo, sendo no entanto, esta influência maior ou menor, relativamente a pessoa em particular, tendo em conta as suas características individuais;
Factores Socioeconómicos	De acordo com estes autores, os factores socioeconómicos influem fortemente na obesidade, sobretudo no seio da população feminina. Em determinados países desenvolvidos, a frequência da obesidade é mais do dobro entre as mulheres de nível socioeconómico baixo do que entre as de nível mais alto. No entanto, não se compreende completamente este fenómeno, mas sabe-se, por exemplo, que as medidas contra a obesidade aumentam com o nível social.
Factores Psicológicos	As características psicológicas mais comuns nesta população referem-se a alterações a nível psicopatológico e de personalidade , a perturbação <i>borderline</i> e a nível emocional , a perturbação

Medicamentos	<p>depressiva e as perturbações mediadas pela ansiedade. Outras complicações psicológicas associadas à obesidade são: a distorção da imagem corporal; baixa auto-estima; discriminação/hostilidade social; sentimentos de rejeição e exclusão social; ideação suicida; sentimentos de vergonha e auto-culpabilização; agressividade/revolta; insatisfação com a vida, isolamento social.</p> <p>Alguns medicamentos utilizados frequentemente causam aumento de peso, como a prednisona (um corticóide) e muitos antidepressivos, assim como também muitos outros medicamentos que são utilizados para curar perturbações psicológicas e psiquiátricas.</p>
Factores desenvolvimentais	<p>Um aumento do tamanho ou do número de células adiposas, ou ambos, soma-se à quantidade de gorduras armazenadas no corpo. As pessoas obesas, em particular as que desenvolveram a obesidade durante a infância, podem ter uma quantidade de células gordas até cinco vezes maior do que a das pessoas de peso normal.</p>

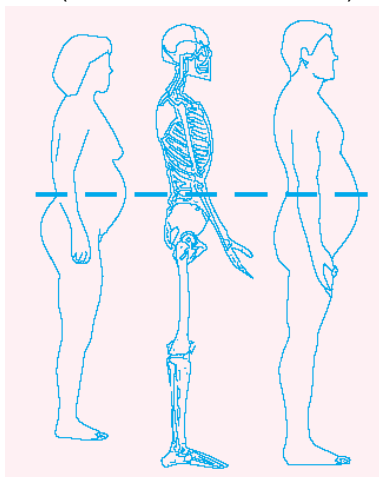
Fonte: Ludwig, Peterson e Gortmaker (2001); Dobrow, Kamenetz e Devlin (2002); Wellman e Friedberg (2002); Frelut e Flodmark (2002); Segal, *et al* (2002); Kiselinchev, Hill, Houston e Green, (2003); Butor (2004); Travado, Pires, Martins, Ventura e Cunha (2004).

Efeitos e Complicações: Tal como já se referiu anteriormente, a população obesa caracteriza-se por apresentar uma qualidade de vida significativamente reduzida, bem como por apresentar elevadas taxas de morbilidade e mortalidade (Williamson, 1995).

De acordo com NAASO (2000) esta população corre maiores riscos de adoecer ou morrer por qualquer doença, lesão ou acidente, do que a população com peso normal, sendo que esse risco aumenta proporcionalmente à medida que aumenta o seu grau de obesidade. Também influi no risco a localização do excesso de gordura (**Ilustração 3**). Esta tende a acumular-se no abdómen (obesidade abdominal ou andróide) dos homens e nas coxas e nádegas (obesidade da parte inferior do corpo ou ginóide) das mulheres (Guedes e Guedes, 1998).

Ilustração 3 – Localização/acumulação do excesso de gordura no corpo.

Abdómen (obesidade abdominal ou andróide)



Fonte: NAASO (2000).

Coxas e nádegas (obesidade da parte inferior do corpo ou ginóide)



Fonte: <http://emdieta.blogspot.pt/arquivo/apple.jpg>

A obesidade abdominal foi relacionada com um risco muito mais elevado de doença coronária e com três dos seus principais factores de risco: a hipertensão arterial, a diabetes de início na idade adulta e as concentrações elevadas de gorduras (lípidos) no sangue (Guedes e Guedes, 1998; Wellman e Friedberg, 2002). A perda de peso faz baixar a pressão arterial na maioria das pessoas que têm hipertensão arterial e permite a mais de metade das pessoas que desenvolvem diabetes na idade adulta suprimir a insulina ou outro tratamento farmacológico (Carrageta, 2006; Salve, 2006).

Diagnóstico e Tratamento: Embora a obesidade seja evidente, a sua dimensão determina-se medindo a altura e o peso. Muitas vezes, estas medições expressam-se como índice de massa corporal (IMC). Um valor superior a 27 indica uma obesidade ligeira, enquanto um valor igual ou maior que 30 indica a necessidade de um tratamento (NAASO, 2000).

Tabela 25 – Relação entre o IMC, Tipo de obesidade e o Grau de risco associado para a saúde.

IMC (kg/m²)	Tipo de obesidade	Grau de Risco
18 a 24,9	Peso saudável	Ausente
25 a 29,9	Moderado Excesso de Peso	Pré-Obesidade
30 a 34,9	Alto	Obesidade Grau I
35 a 39,9	Muito Alto	Obesidade Grau II
40 ou mais	Extremo	Obesidade Grau III ("Mórbido")

Fonte: Santos (2006).

O tratamento da obesidade revela-se como sendo complexo e multidisciplinar, não existindo nenhum tratamento farmacológico a longo prazo que não envolva mudança de estilo de vida (AHRQ, 2004; Zigman e Elmquist, 2006). Sendo assim, a escolha do tratamento deve ser baseada na gravidade do problema, na presença de complicações associadas, bem como nas características do paciente (género sexual, idade, grau da obesidade) e da avaliação/diagnóstico realizado (Borges, Borges e Santos, 2006; Mancini, 2006). (Mancini, 2006).

A maior parte dos programas para perder peso baseiam-se na modificação do comportamento (Campagnolo, Beatriz, Prateado, Lascio e Heller, 2005), sendo que os métodos mais utilizados para conseguir este objectivo podem-se classificar em três grupos: auto-ajuda, programas não clínicos administrados por conselheiros que não são técnicos de saúde, e programas clínicos fornecidos por especialistas da saúde (Borges, Borges e Santos, 2006; Mancini, 2006).

A seguir é apresentada uma tabela representativa dos diferentes tipos de tratamento existentes na intervenção e tratamento da obesidade.

Tabela 26 – Tipos de tratamentos existentes na intervenção da obesidade.	
Tratamento	Implicações
Nutricional	A prescrição de um Plano Alimentar baseia-se no estabelecimento de hábitos e práticas relacionados à escolha dos alimentos, comportamentos alimentares, adequação do gasto energético e redução da ingestão energética que terão que ser mantidos a longo prazo (Cardoso, 2002; C.C.E., 2005; Borges, <i>et al</i> , 2006; Murate, 2006);
Farmacológico	O uso de medicamentos no tratamento da obesidade, geralmente, visa auxiliar o processo de mudança de estilo de vida e facilitar a adaptação às mudanças nutricionais. Sendo assim, a farmacoterapia serve apenas como auxílio ao tratamento dietético e não como estrutura fundamental do tratamento da obesidade (AHRQ, 2004; Borges, <i>et al</i> , 2006; Mancini, 2006). Os medicamentos utilizados no processo de perda de peso são distribuídos em três principais grupos: os que diminuem a fome ou modificam o processo de saciação , os que reduzem a digestão e a absorção de nutrientes e os que umentam o gasto energético , sendo que estes últimos não são aprovados em alguns países (AHRQ, 2004; Borges, <i>et al</i> , 2006);
Actividade Física	Os programas de intervenção na obesidade, geralmente, incluem propostas de actividades e exercícios físicos, sendo que 30 minutos de caminhada pelo menos 3 vezes por semana é o mais recomendado (C.C.E., 2005; Sousa e Virtuoso, 2005; Borges, <i>et al</i> , 2006; Murate, 2006). É importante referir que a escolha de uma actividade física que o indivíduo gosta, pode aumentar a adesão ao tratamento.
Psicológico	Ao delinear um projecto de intervenção na obesidade deve-se ter em conta uma ampla gama de variáveis, tais como: hábitos alimentares, as psicopatologias associadas (depressão, ansiedade), o apoio familiar, as crenças, atitudes e pensamentos irracionais e distorcidos relacionados com o excesso de peso e a obesidade (Torrecillas e García, 1994; Borges, <i>et al</i> , 2006; Mancini, 2006); Este tipo de tratamento baseia-se na análise e modificação de comportamentos disfuncionais associados ao estilo de vida do paciente, tendo como principal objectivo a implementação de estratégias que auxiliam no controle de peso, reforço à motivação em relação ao tratamento e evitar a recaída e o consequente ganho de peso novamente (Brito, Bystronski, Mombach, Stenzel e Repetto, 2005).
Cirurgia	As múltiplas complicações da obesidade grau grave/extremo tornam necessário o tratamento médico e, em muitos casos, a cirurgia aparece como a opção mais eficaz (Oliveira, Linardil e Azevedo, 2004). A cirurgia aplica-se nestes casos para reduzir o tamanho do estômago, de maneira a diminuir a quantidade de alimento que se pode ingerir de cada vez (diminuindo a ingestão de calorias), sendo que este procedimento cirúrgico pode levar a perdas de peso consideráveis (em geral de 36 kg a 68 kg) (Borges, <i>et al</i> , 2006).

7.2.2. Compulsão Alimentar

O acompanhamento dos pacientes diagnosticados com esta perturbação, estava intimamente relacionado com facto destas pacientes serem todas do sexo feminino, encaminhadas pelo Serviço de Nutrição, apresentarem todas obesidade grau I-III (grave a mórbido) e apresentarem problemas de saúde complicados (diabetes, fibromialgia, problemas cardíacos).

A **perturbação da compulsão alimentar (PCA)** (*Binge Eating Disorder*) trata-se de um nova categoria diagnosticada e proposta pela comunidade científica para possível inclusão no DSM, pois esse quadro ainda não apresenta diagnóstico definido e está descrito no DSM-IV ^(TR) como Distúrbio alimentar não-especificado, necessitando, portanto, de mais estudos que possam elucidar esse problema (Vitolo, Bortolini e Horta, 2006).

No entanto, dos estudos epidemiológicos realizados apontam uma prevalência desta perturbação em cerca de 2% na população geral e em 30% dos obesos que procuram serviços especializados para tratamento de obesidade (Smith, Marcus, Lewis, Fitzgibbon, Schreiner, 1998; NEDA, 2002; NIDDKD, 2003; Hilbert, 2005).

Esta perturbação caracteriza-se, essencialmente pela presença de compulsão alimentar, isto é, ingestão compulsiva de alimentos, seguida de angústia devido à ausência de comportamentos regulares voltados para eliminação do excesso alimentar (NEDA, 2002).

Por sua vez, a compulsão alimentar é definida actualmente por: *“ingestão, num período limitado de tempo, de uma quantidade de alimentos definitivamente maior do que a maioria das pessoas consumiria num período similar, sob circunstâncias similares, com sentimento de falta de controlo sobre o consumo alimentar durante o episódio”* (Tuschen-Caffier e Schlüssel, 2005).

De acordo com os critérios de diagnósticos apresentados no DSM IV ^{TR}, a compulsão alimentar dá-se num curto período de tempo, o que exclui, por exemplo, o comportamento de determinados indivíduos que ao longo do dia ingerem pequenas quantidades de alimentos. Outro aspecto prende-se com a quantidade de alimentos que deve ser excessivo para o período em que é ingerido. Além disso, é importante a presença de sentimento de perda de controlo, em que o indivíduo percebe que não tem qualquer controlo sobre os seus actos (optar entre comer ou não comer). Por fim, o indivíduo deve apresentar sofrimento relativo a esse comportamento recorrente, que acaba por comprometer, significativamente com as áreas da sua vida (Munsch e Dubi, 2005).

Intervenção e Tratamento: As pesquisas realizadas sobre a intervenção e tratamento da PCA caracterizam-se por se bastante recentes, e, até agora, não existem evidências científicas de que uma abordagem seja superior a outra. No entanto, e de acordo com dados recolhidos, as abordagens estudadas com mais ênfase são relativas aos tratamentos com antidepressivos e as psicoterapias, sendo que as intervenções combinadas parecem ser mais eficazes (Bottino, Junqueira, Henriques, Hanns, Debieux, e Andrade, 2003; Yager, Devlin, Halmi, Herzog, Mitchell, Powers e Zerbe, 2006).

O principal objectivo do tratamento da PCA está relacionado com estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis e adequados, bem como ajudar o paciente a evitar todas as formas de hiperalimentação (ingestão excessiva) (Biedert, 2005). No que se refere ao tratamento farmacológico, os fármacos mais estudados no tratamento do PCA são os antidepressivos inibidores selectivos da recaptação de serotonina (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina) e o tricíclico imipramina (Biedert, 2005; Yager, *et al*, 2006).

As psicoterapias mais utilizadas e testadas neste contexto são: a Terapia Cognitivo-Comportamental; Terapia comportamental; Psicoterapia Breve; Psicoterapia Interpessoal; Psicoterapias Psicodinâmicas; tratamentos de auto-ajuda e intervenções Psico-educacionais. Essas abordagens podem ser aplicadas individualmente ou em grupo (Bottino, *et al*, 2003; Yager, *et al*, 2006).

Dentre as terapias acima citadas, a Terapia Cognitivo-comportamental é a que tem sido mais estudada e utilizada, principalmente porque aponta melhores resultados e eficácia e eficiência. Trata-se de uma terapia de curto prazo (cerca de 12 a 16 sessões), que enfatiza aspectos cognitivos do problema (pensamentos distorcidos e negativos), a auto-avaliação centrada no peso e forma do corpo, na baixa auto-estima, perfeccionismo e outros aspectos, enquanto a parte comportamental focaliza-se na aprendizagem e/ou mudança dos hábitos alimentares inadequados (Bottino, *et al*, 2003).

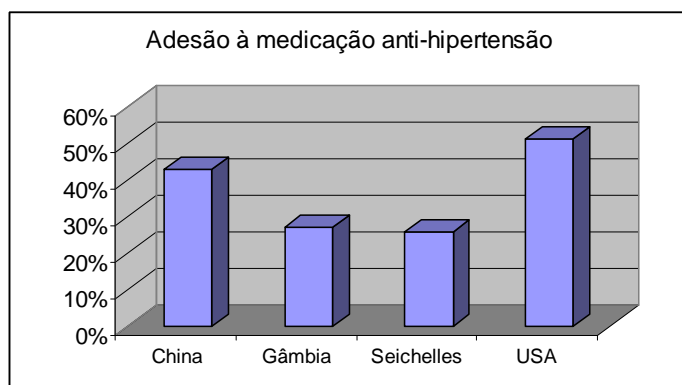
7.3. Adesão Terapêutica

A não-adesão aos tratamentos constitui provavelmente a mais importante causa de insucesso das terapêuticas, e introduz disfunções no sistema de saúde através do aumento da morbidade e da mortalidade. Na verdade, como referem Meichenbaum e Turk (1987, citados por Delgado e Lima, 2001), a não-adesão aos tratamentos constitui o grande problema comum partilhado por quase todas as doenças e perturbações.

A baixa ou não-adesão aos tratamentos e terapêuticas de doenças crónicas e perturbações mentais revela-se um problema de magnitude mundial, na medida em que afecta tanto os países desenvolvidos, pois

cerca de 50% dos casos dependentes de medicação registados apresentam baixa adesão do indivíduo à terapêutica (Delgado e Lima, 2001) (**Gráfico 13/Tabela 27**). Da mesma forma que é muito baixa a taxa de manutenção de mudanças nos estilos de vida, como, por exemplo, alteração do regime alimentar (Delgado e Lima, 2001; WHO, 2002a; Sabaté, 2003; Singh e Kansra, 2006).

Gráfico 13: Representação da adesão à medicação no tratamento da hipertensão.



Fonte: Sabaté (2003);

Tabela 27 – Adesão a diferentes tipos de terapias

Adesão a diferentes tipos de terapias	
Depressão	40%-80%
Perturbação Bipolar	47%-52%
Asma	28%-43%
SIDA	37%-83%

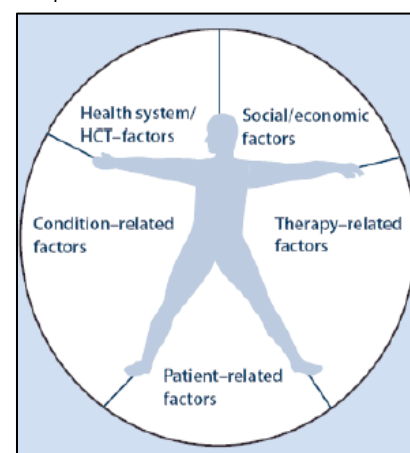
Fontes: Sabaté (2003); Santin, Ceresér e Rosa (2005).

A temática da adesão ao tratamento tem sido muito explorada e investigada nos últimos 30 anos, principalmente por causa do impacto desta problemática, que tem vindo a aumentar exponencialmente e de modo proporcional ao crescimento das doenças mentais e perturbações mentais. (Sabaté, 2003; Bosworth, *et al*, 2005). As consequências negativas desta problemática afectam tanto ao nível da saúde individual, como também aumentou, grandemente os custos ao nível do sistema de saúde (Sabaté, 2003).

A adesão terapêutica é condicionada por diversos factores, tais como: os sociais e económicos, factores inerentes ao sistema/equipa de cuidados e serviços de saúde, factores característicos da doença/perturbação, da eficácia das terapias e mesmo das características dos pacientes (Sabaté, 2003; Singh e Kansra, 2006).

Outros factores importantes na adesão ao tratamento são: capacidade de comunicação dos prestadores de cuidados; convicção do doente quanto à utilidade do regime recomendado e a sua capacidade de obter medicamentos ou outros tratamentos recomendados a um custo razoável (factores relacionados com as crenças, atitudes, comportamentos, idade do paciente, o seu nível educacional, o apoio sócio-comunitário, o seu funcionamento cognitivo e emocional).

Ilustração 4 – Factores importantes que influenciam a adesão ao tratamento.



Fonte: Frayne e Wilbourne (2006:46).

Singh e Kansra (2006) referem que a eficácia da terapia das patologias e perturbações crónicas depende do “quão bom” o tratamento é, bem como “quão bem” o paciente adere a ele. Isto é, os resultados de um bom tratamento surgem somente, quando o paciente demonstra motivação suficiente para por em pratica as exigências e as recomendações terapêuticas.

Neste sentido, a promoção da adesão em qualquer tipo de terapia, revela-se num importante objectivo, que possibilita não só melhorias directas ao estado de saúde do paciente, como também e principalmente, permite capacitá-lo para lidar de forma mais adequada a doença/perturbação que apresenta (Sabaté, 2003). De acordo com Murphy e Coster (1977, citados por Marin, *et al*, 2003), uma boa adesão implica que o paciente seja capaz de:

- Perceber e cumprir as recomendações clínicas;
- Utilizar o medicamento como prescrito;
- Adoptar as mudanças aconselhadas no estilo de vida;
- Realizar os procedimentos diagnósticos e de monitorização recomendados;

Sendo assim, importa referir que a adesão relacionada com a saúde é compreendida tendo em conta duas perspectivas: a **adesão comportamental** (comportamentos relacionados com a melhoria da saúde: deixar de fumar, fazer exercício físico, mudar hábitos alimentares, etc.) e a **adesão médica** (especificamente relacionada com a toma da medicação prescrita) (Sousa, 2003).

Por seu lado, Marin, *et al*, (2003) referem que a não-adesão caracteriza-se por um desvio significativo do tratamento ou do regime terapêutico prescrito, mesmo que esse desvio não apresente consequências clínicas. Geralmente, a não-adesão acarreta consequências negativas ao processo terapêutico por:

- a. Desorganizar potenciais benefícios do tratamento;
- b. Submeter o paciente a técnicas de diagnósticos e procedimentos terapêuticos desnecessários;
- c. Exacerbar ou prolongar a doença;
- d. Comprometer a avaliação médica no que se refere à resposta do paciente a um tratamento ou à qualidade do tratamento empreendido;
- e. Acarretar sofrimentos, angústia e danos ao paciente;
- f. Interferir negativamente na relação médico-paciente (Marin, *et al*, 2003).

Avaliação: A necessidade de observação e avaliação da adesão revela-se muito importante na eficiência e sucesso da intervenção e tratamento, principalmente para garantir que o paciente compreende e além de se comprometer, efectiva realmente as mudanças exigidas para o seu tratamento. No entanto, não existe um “regra de ouro” para a avaliação do constructo “adesão”, sendo por isso necessário a utilização de diversas estratégias (Delgado e Lima, 2001; Sabaté, 2003; Pires, 2006).

Em termos práticos não existem instrumentos psicométricos destinados exclusivamente à avaliação do comportamento de adesão, no entanto, alguns questionários da personalidade podem revelar alguns traços relacionados com a facilidade ou não para a adesão, bem como questionários comportamentais relativos à recomendação médica, orientados ao registo da frequência da toma dos medicamentos e das refeições (que possibilitam por exemplo a avaliação das perturbações alimentares) (Leite e Vasconcellos, 2003; Sabaté, 2003; Leite, 2006).

No contexto da sua avaliação alguns métodos e estratégias revelam-se pouco económicos (*medication event monitoring system* – MEMS) ou dependem de informações tecnológicas dificilmente disponíveis (base de dados das farmácias) que se tornam inviáveis para a maioria da população que precisa dela (Pires, 2006).

Escolher o “melhor” método de avaliação dos comportamentos de adesão implica conhecer profundamente um conjunto de instrumentos psicométricos que incluem itens e dimensões, que revelam indícios da adesão ou não-adesão. Por isso, a utilização de um único método de avaliação pode ser ineficaz e inadequado, sendo que, pelo contrário, recomenda-se a utilização de um conjunto diversificado de métodos e estratégias (Sabaté, 2003; Pires, 2006).

7.4. Competências Sociais e Comunicacionais

O desenvolvimento do indivíduo implica a aprendizagem e o domínio de um conjunto de aptidões para lidar com os desafios ambientais cada vez mais complexos e exigentes (Berler, Gross e Drabman, 1982). Na fase inicial da vida, o desenvolvimento do sistema nervoso e o suporte parental e familiar são suficientes para a aquisição e desenvolvimento das aptidões básicas como a alimentação, a locomoção e a comunicação (Baptista, Pereira, Carvalho, Lory e Santos, 2000).

No entanto, após o desenvolvimento inicial e circunscrito ao meio familiar, dá-se início ao processo de conquista de autonomia e individuação, importante passo para a construção da identidade e que afecta de um modo particular as relações do adolescente com a família, com os pares e com os outros em geral, conduzindo a modificações importantes na esfera interpessoal (Veloso, 2005).

Os pares, juntamente com a família e a escola, constituem os principais contextos de desenvolvimento de competências fundamentais para o crescimento e adaptação à vida adulta (Stratton e Reid, 2004). Sendo por isso que os adolescentes dedicam a maior parte do seu tempo no investimento da relação com os pares, o que é vital para o desenvolvimento da sua individualidade e da sua identidade (Foster e Crain, 2002).

No entanto, nem sempre o que é válido para um grupo o é para os outros (Sprinthall e Collins, 1994, citado por Veloso, 2005). A par do crescimento e desenvolvimento individual, as atitudes desviantes e comportamentos negativos conduzem habitualmente a situações de rejeição social, apesar de não existirem características que por si só garantam a aceitação ou a rejeição social (Carvalho, 2006).

É neste contexto que o isolamento social das crianças, sobretudo no meio escolar, pode ser entendido como um padrão de comportamento persistente, que causa significativo mal-estar, caracterizado por uma baixa frequência e duração de interações sociais, tanto com os pares, como também com todas as pessoas com as quais a criança/adolescente interage (Bandeira, Rocha, Freitas, Prette e Prette, 2006).

As crianças socialmente isoladas poderão estar em risco no que se refere à aquisição da linguagem, das competências sócias e de comunicação, dos valores morais e modos de expressar os sentimentos e emoções, sendo que as consequências negativas persistem ao longo do ciclo desenvolvimental (Cornish e Ross, 2003). Isto significa que quando se ignora e não se trata a dimensão psicossocial, esta pode influenciar negativamente outros domínios e áreas da vida do indivíduo (Carvalho, 2006).

7.4.1. Competências Sociais (*Social Skills*)

A área da competência social, ou *social skills training* de crianças ou adolescentes que possuem poucas ou nenhuma competência interpessoais tem-se demonstrado, desde há muito, numa área de muito interesse por parte dos investigadores e da literatura científica (Foster e Crain, 2002). Já em nos anos 80 do séc. passado que este interesse se evidenciou. Berler, *et al*, (1982), referiram que os estudos levados a cabo até então, demonstraram que, ao comparar competências sociais num grupo de crianças com relacionamentos interpessoais problemáticos e pobres corriam o risco de desenvolver problemas graves de adaptação e ajustamento social na sua idade adulta (Berler, *et al*, 1982).

Apesar de não existir uma definição única acerca do conceito de “*competências sociais*”, existem alguns componentes importantes comuns à maioria das definições propostas (Baltazar, 2006):

1. Comportamentos manifestos: As competências sociais são comportamentos que se manifestam nas situações interpessoais, são aprendidos, pelo que podem ser ensinados e treinados;

2. Orientação para objetivos: Estes comportamentos orientam-se à conquista de dois tipos de reforços: **a) reforços do ambiente:** que podem ser reforços materiais ou sociais (como por exemplo: melhorar as relações sociais ou aumentar o número de amigos) **b) auto-reforço:** sentir-se satisfeito com a interação social.

Neste sentido e de acordo com Foster e Crain (2002:32) “o comportamento socialmente competente refere-se a um conjunto de acções e comportamentos emitidos por um indivíduo num contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos desse indivíduo de um modo adequado à situação, respeitando os comportamentos dos outros, e geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas.”

A competência ou habilidade social, isto é, a facilidade com que os indivíduos se envolvem e participam activamente na organização de actividades de grupo, parece constituir um importante preditor da integração, socialização e mesmo popularidade, principalmente quando esta é mediada por outras competências, tais como: a capacidade para estabelecer relações, competências comunicacionais adequadas, a capacidade para exteriorizar sentimentos sem recorrer à agressividade, entre outras competências (Bernel, 1990; Bandeira, *et al*, 2006).

Sendo assim, conceptualizar as competências sociais implica classificadas de **gerais** (ex. competências para manter conversas) ou **específicas** (ex. saber ouvir, manter o contacto ocular, adequar a postura corporal à comunicação) (Baltazar, 2006). De acordo com Foster e Crain (2002), as competências dividem-se, de acordo com a trilogia do sistema de resposta em: **comportamentais**, **cognitivas** e **fisiológicas**. Os comportamentos pela sua vez compreendem um amplo conjunto de elementos (comunicação verbal e não verbal), sendo que a competência final é determinada pela combinação adequada de todos os seus componentes e elementos.

7.4.2. Assertividade

A assertividade refere-se a um dos componentes das competências sociais. No entanto, desde que Salter (1949, citado por Bernel, 1990) afirmou que os comportamentos assertivos podiam ser utilizados como comportamentos inibidores da resposta de ansiedade, tem-se realizado um grande trabalho para desenvolver programas terapêuticos e escalas de avaliação para a assertividade.

A assertividade pode ser definida como a expressão clara e objectiva das necessidades, interesses, opiniões e sentimentos do indivíduo, sem ansiedade excessiva, que envolve a defesa dos direitos do “Eu” sem infringir os do “Outro” (Baltazar, 2006).

De acordo com Cecconello e Koller (2000) a assertividade procura ser um meio para o estabelecimento e manutenção de formas de comunicação mais adequadas e eficazes com os outros. Segundo estas autoras, esta não é uma aptidão inata ou um traço de personalidade que alguns indivíduos possuem e outros não. Trata-se sim de uma aptidão que se pode desenvolver mediante um treino sistemático e estruturado, ou

seja, o comportamento assertivo deve ser considerado como um comportamento passível de ser aprendido, treinado e melhorado (Cecconello e Koller, 2000)

O **comportamento assertivo** consiste na expressão directa dos próprios sentimentos, desejos, direitos legítimos e opiniões sem ameaçar ou castigar os outros e sem violar os direitos dessas pessoas. A assertividade implica respeito relativamente ao expressar de necessidades próprias e ao defender os próprios direitos e também implica, o respeito face aos direitos das outras pessoas (Bernel, 1990).

O indivíduo tem de conhecer também quais são as suas responsabilidades nessa situação e que consequências resultam da expressão dos seus sentimentos. O comportamento assertivo não tem sempre como resultado a ausência de conflito entre as duas partes; mas o seu objectivo é a potenciação das consequências favoráveis e a minimização das consequências desfavoráveis (Baltazar, 2006).

7.4.3. Competências Comunicacionais

Para ser um bom comunicador, o indivíduo deve ser capaz de enviar mensagens coerentes e adequadas, bem como assegurar que é compreendida por aqueles a quem se dirige (Meichenbaum, *et al*, 2002).

Isto implica entre outros componentes, saber falar claramente, compreender e expressar correctamente a linguagem corporal, manifestar os seus sentimentos adequadamente e ser capaz de se explicar sempre que necessário. É necessário ainda, que o indivíduo seja capaz de “ler” e compreender correctamente o que lhe é transmitido (Csóti, 2001).

Cornish e Ross (2003) defendem que grande parte de ser socialmente competente significa ser um bom comunicador. Neste sentido, não possuir competências sociais implica muitas vezes correr sérios riscos de não se ser compreendido ou, ainda ser mal compreendido. Sendo assim, o processo de estabelecer novas e duradouras relações pode ser comprometido, o indivíduo começa por sentir-se incapaz de fazer amigos e sequer iniciar uma conversa, o que leva a que muitas vezes se isole e evite qualquer situação de inter-relação.

De acordo com Cross (2004) as competências de comunicação evidenciam-se como sendo um importante componente no desenvolvimento sócio-cognitivo e psico-emocional tanto da criança, do adolescente e do adulto. A seguir são apresentados os principais componentes associados às capacidades comunicacionais (**Tabela 28**), que permitem não estabelecer uma boa conversa, como também e principalmente, saber transmitir uma mensagem adequadamente, compreender o que lhe é transmitido e saber utilizar todos os recursos comunicacionais para se impor como pessoa no seu meio envolvente.

Tabela 28 – Componentes das Competências Comunicacionais.

Componentes Não Verbais	Componentes linguísticas	Componentes Verbais
O olhar/A expressão facial	O volume e a entoação da voz	O conteúdo
O sorriso/Os gestos	A fluidez	A forma
A postura/A orientação	A clareza	A Utilidade
A distância/ o contacto físico	A velocidade	
A aparência pessoal	O tempo de fala	

Fonte: (Baltazar, 2006; Freitas, 2006).

A comunicação interpessoal não se resume aos elementos verbais (aquilo que se diz), mas também engloba componentes para além da linguagem verbal (o volume da voz, a entoação, a fluidez, a clareza, o tempo de fala) e componentes não verbais (o olhar, a expressão facial, o sorriso, os gestos, a postura, a orientação, a distância/contacto físico, a aparência pessoal). Todos estes aspectos podem também ser aprendidos e controlados no sentido de tornar a comunicação mais assertiva (Baltazar, 2006; Freitas, 2006).

Em suma, competências sociais ou *social skills* são comportamentos que se manifestam durante o relacionamento com os outros indivíduos e que expressam sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos da pessoa que os emite, de um modo adequado à situação (Bandeira, *et al*, 2006). É importa referir que as competências sociais não são traços de personalidade, são aprendidos e podem desenvolver-se mediante um treino sistemático e estruturado (May, 1992). A este treino denomina-se “*Social Skills Training*” (Treino de competências sociais).

Este treino é utilizado tanto para avaliação como para a intervenção, em que se utilizam técnicas específicas, que permitem a aquisição de competências e comportamentos adequados em determinadas e específicas situações, comportamentos esses que poderão ser generalizados a outras situações do dia-a-dia (Carvalho, 2006). Essas técnicas podem ser: **Role-play; Modelagem; Reforço Positivo; Brainstorming.**

7.5. Luto Normal vs Luto Patológico

Face a qualquer perda significativa, de uma pessoa ou até de um objecto estimado, desenrola-se um processo necessário e fundamental para que o vazio deixado, com o tempo, possa voltar a ser preenchido. Esse processo é denominado de luto e consiste numa adaptação à perda, envolvendo uma série de tarefas ou fases para que tal aconteça (Melo, 2005).

O termo **luto** refere-se à perda real do objecto – de uma pessoa (ente querido, familiar, amigo...) (Carreteiro, 2003). De acordo com Coimbra de Matos (2001, Carvalho, 2006), o luto trata-se de uma reacção normal à perda de um objecto importante e constitui uma fase transitória e necessária da readaptação do investimento em novos objectos.

Ao ocorrer em condições normais, este processo apresenta um carácter adaptativo e desenvolvimentalista, bem como, caracteriza-se por ser universal (Parkes, 1998), no entanto não se pode descurar o seu carácter idiossincrático, associado à sociedade, cultura e seio familiar envolvente, pois mesmo sendo universal, parece estar profundamente marcado pela forma como cada indivíduo, membro de determinada cultura, o experiencia na sua individualidade (Melo, 2005).

De acordo com Sullivan (1956 citado por Sanders, 1999), o processo de luto oferece ao indivíduo enlutado a oportunidade de se desembaraçar dos laços da vinculação anteriormente criados. Em condições normais, o processo de luto elimina estas vinculações que ameaçam manter as ligações vivas e ilusões em relação ao ente falecido (Melo, 2005). Segundo este autor, portanto, o processo de luto caracteriza-se por ser um mecanismo extremamente valioso e protector, sem no entanto negligenciar a dor e o aspecto desagradável que o caracterizam.

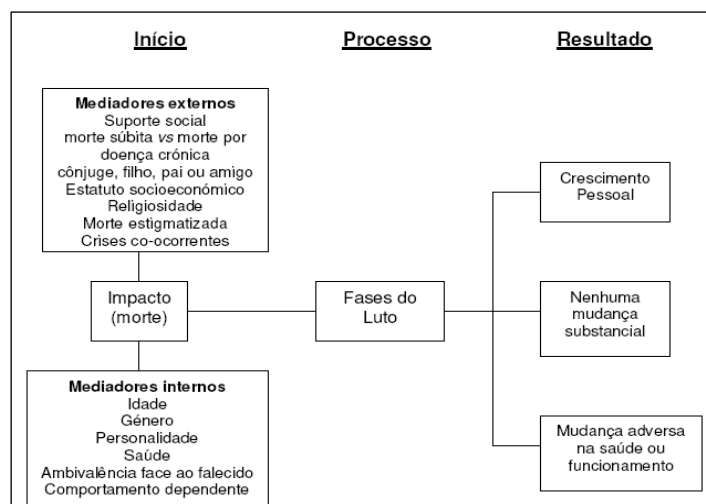
Fases do processo de luto: O conceito de fases foi popularizado por Elisabeth Kübler-Ross, através de um estudo baseado em relatos obtidos de indivíduos, anteriormente confrontados com uma morte iminente e no qual é possível observar a existência de uma padronização da experiência dos indivíduos (Silverman 1981; Weizman e Kamm, 1987; Macedo, 2004).

No entanto, o estabelecimento do número de fases para o processamento do luto difere de autor para autor, bem como o nome que lhes é atribuído.

Kübler-Ross (1974) propôs que o processo de luto decorreria em 5 diferentes fases: **negação e isolamento** (*denial and isolation*); **raiva** (*anger*); **negociação** (*bargaining*); **depressão** (*depression*); **aceitação** (*acceptance*).

Sanders (1999), no entanto apresenta as fases do processo de luto baseando-se em diferentes teorias, nomeadamente na teoria de Cannon (1929). Através de uma investigação empírica esta autora construiu um **modelo integrativo**

Figura 8 – Teoria Integrativa do Processo de Luto (Sanders, 1999).



Fonte: Sanders (1999).

que pretende explicar a necessidade e o desenrolar do processo de luto. De acordo com esta autora, o processo de luto ocorre em 5 fases distintas: **choque; consciência da perda; conservação-retirada; cura; renovação** (Sanders, 1999).

A figura **Figura 8** representa um esquema da teoria Integrativa de Sanders (1999). Tal como se verifica na **Figura 8**, a teoria Integrativa pressupõe a existência tanto de variáveis moderadoras internas, como externas.

De acordo com Sanders (1999), os moderadores externos incluem factores como: os sistemas de suporte social; a forma como ocorreu a morte; a pessoa que faleceu; o estatuto socio-económico, entre outros. Enquanto que os moderadores internos descrevem elementos característicos do estado pessoal interno, tais como: a idade, o género sexual, a personalidade, a vinculação ao falecido, o funcionamento e estado físico e psíquico (Sanders 1999).

Da mesma forma, actualmente e tendo em conta a conjugação que se fez dos diferentes modelos das fases do processo de luto Silva (2004) apresenta as seguintes fases como componentes do processo de luto são (Silva, 2004):

1. **Choque** – reacção inicial à perda da pessoa (o sujeito fica “atordoado” com o sucedido);
2. **Negação** – mecanismo de defesa criado pela própria pessoa enlutada e que leva a não acreditar ou a não querer acreditar no que aconteceu;
3. **Depressão** – etapa em que a pessoa já teve alguma tomada de consciência do que aconteceu e por isso, sente-se profundamente triste, chora intensamente, não tem prazer nas actividades, pensa recorrentemente acerca da morte e no ente falecido, isola-se. Estes sintomas se forem muito intensos e persistirem no tempo, podem ser sinal de uma perturbação de humor;
4. **Culpa** – as pessoas começam a pensar em tudo o que poderiam ter dito ou feito para impedir essa morte. Por outro lado, a culpa também como surgir em consequência do alívio pela morte de alguém que nos era muito querido mas que estava a sofrer;
5. **Ansiedade** – associada a um período de agitação e ânsia pelo acontecimento. O sujeito muitas vezes deseja encontrar a pessoa falecida, mesmo sabendo este desejo é impossível;
6. **Agressividade** – o indivíduo revolta-se contra a perda, isto é, surgem sentimentos de raiva, cólera, irritação por estar a viver aquela situação. Estes sentimentos podem ser dirigidos para si mesmo ou para os outros (por exemplo, para os médicos; para Deus; para amigos ou outras pessoas significativas);
7. **Reintegração** – trata-se geralmente da última etapa do processo, na qual a pessoa consegue adaptar-se adequadamente às mudanças e volta à “vida normal”.

As fases explicam-nos como se processa o luto. Isto é, o decorrer do luto faz-se através de fases e, desta forma, é possível analisar a maneira como as pessoas sofrem e o que elas experienciam durante o processo (Silva, 2004). No entanto, apesar de todas as diferenças existentes entre os modelos apresentados por cada autor, todos consentem que estas fases não são limitadas no tempo nem sequenciais. Tornando-se apenas orientações flexíveis, que terão de interpretadas e aplicadas de acordo com as características de cada indivíduo e da circunstância (Silva, 2004).

7.5.1. Luto Normal

A par de todas as fases ou tarefas de luto inerentes já apresentados no vários modelos teóricos, existe uma diversidade de sintomas fisiológicos, cognitivos, espirituais, emocionais e comportamentais que são podem ser manifestados e esperados ao longo do processo de luto (Carvalho, 2006). Neste sentido, a seguir são apresentados os principais sintomas e manifestações (físicos, cognitivos e comportamentais) associados ao processo do luto considerado normal.

Tabela 29 – Sintomas e manifestações associados ao processo do luto normal.	
Tipo de Sintomas	Sintomas/Sensações/Manifestações (Normalmente aparecem após a perda)
Físicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vazio no estômago; aperto no peito; nó na garganta; ▪ Hipersensibilidade ao barulho; fraqueza muscular; falta de energia; ▪ Sensação de despersonalização (nada parecer real, incluindo o próprio); ▪ Falta de fôlego, sensação de falta de ar; boca seca.
Cognições	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Descrença (não acreditar na morte assim que se ouve a notícia) ▪ Confusão (pensamento confuso, desordenado); ▪ Dificuldade de concentração ou esquecimento de coisas; ▪ Preocupação (obsessão com pensamentos acerca do falecido); ▪ Sensação de presença (contraparte cognitiva do sentimento de anseio); ▪ Alucinações (visuais e auditivas);
Comportamentos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distúrbios do sono (insónias); ▪ Distúrbios do apetite (redução/aumento do apetite); ▪ Comportamentos de distração e Isolamento social; ▪ Evitar lembranças da pessoa falecida ou guardar objectos que pertenciam à pessoa falecida; ▪ Procurar e chamar pelo ente perdido; Suspirar; Chorar; Hiperactividade, agitação; ▪ Visitar sítios ou transportar consigo objectos que lembrem a pessoa perdida.

Fonte: Melo (2005) e Carvalho (2006).

Tal como se verifica e segundo Ogradniczuk, Piper, Joyce, Weideman, McCallum, Azim e Rosie, (2003), muitos dos sintomas associados ao processo de luto, também são característicos da perturbação depressiva. De acordo com Ogradniczuk, *et al*, (2003), muitas vezes luto pode ser acompanhado pela depressão, sendo que ambos apresentam algumas semelhanças tornando-se, nesse sentido importante demarcar estas duas situações. Em primeiro lugar porque embora não haja luto sem depressão, pode obviamente haver depressão sem luto (Ogradniczuk, *et al*, 2003).

Nesse sentido, para um profissional da saúde em contacto com paciente em luto, torna-se fundamental saber diferenciar o luto normal, tanto da depressão como de uma perturbação independente, como e principalmente do denominado “*Complicated Grief*” – luto complicado (Luz, 2005;).

Sendo assim e de acordo com o DSM IV TR (2000) a presença de alguns sintomas que são características da reacção ao luto normal podem ser úteis para a diferenciação entre o luto e um episódio de depressão major.

Em primeiro lugar, e de um modo resumido, enquanto que na depressão o sujeito sofre, mas não tem a percepção muito bem definida do que perdeu, no luto o indivíduo, devido às circunstâncias, sabe muito bem que perder um ente querido (embora por vezes, principalmente nos primeiros momentos haja alguma tendência para negar a realidade com o intuito de evita/amenizar a dor) e que não poderá recupera-lo (Carreteiro, 2003)

Para Livneh (1991, citado por Carvalho, 2006) o luto e a depressão podem surgir como reacções semelhantes, diferindo sobretudo nas posições que ocupam num contínuo temporal. Se os sintomas se prolongarem por mais de dois meses ou se incluírem uma marcada deficiência funcional, preocupação mórbida com sentimentos de desvalorização pessoal, ideação suicida, sintomas psicóticos ou lentificação psicomotora, podem então tomar o diagnóstico de Episódio Depressivo Major.

Outro critério que ajuda no diagnóstico diferencial relaciona-se com a duração dos quadros clínicos. O trabalho de luto, cuja duração é variável, consoante todo o conjunto de parâmetros existentes, no entanto por norma não ultrapassa os 9-12 meses. O luto normal está fixado em ter mais ou menos esta duração, pois de acordo com Horowitz, *et al*, (1997) o indivíduo necessita de tempo para desinvestir da relação e do próprio ente perdido, para investir em novas relações.

Durante este período de adaptação que é o luto, pode ainda surgir outro diagnóstico, principalmente quando o sujeito não realiza as tarefas adaptativas adequadamente pode ocorrer o que se denomina de *luto complicado ou patológico* (Rijo, 2004).

7.5.2. Luto Complicado (*Complicated Grief*)

O termo de “*luto complicado*” é utilizado quando determinados factores influenciam e perturbam, negativamente, o processo de luto normal (Kristjanson, Lobb, Aoun e Monterosso, 2006). Esses factores resultam de uma variedade de circunstâncias, desde problemas de personalidade pré-morbidos até factores de stress externos e situacionais. Estas variáveis fazem com que o luto seja mais severo e duradouro do que seria de esperar ou, pelo contrário, fazem com que o enlutado evite ou nem sequer reconheça a sua dor, o que impede que ela se possa resolver (Sanders, 1999).

Ao longo das investigações realizadas por Kristjanson, *et al*, (2006), e tendo em conta as características da população estudada, estes autores conseguiram identificar num total de 10 variações ou síndromes de luto complicado: **luto antecipado; luto ausente; luto atrasado; luto inibido; luto distorcido; luto conflituoso; luto inesperado; luto crónico, luto patológico e luto traumático.**

Apesar de existirem diversas variações de luto, os lutos **atrasado, distorcido, crónico e patológico** aparentam ser, de acordo com esses autores, os principais a separar o luto complicado de um luto normal. No entanto e tendo em conta as características do caso acompanhado no âmbito do Estágio Curricular, só serão abordados, breve e resumidamente os lutos **antecipado e patológico.**

Luto Antecipado: este termo foi utilizado pela primeira vez por Lindemann em 1944 (Luz, 2005). Nesta época este autor observou um fenómeno com as esposas dos soldados que iam para a guerra: elas apresentavam sintomas e comportamentos característicos do luto, após a separação física dos seus maridos e diante da perspectiva de que estes morreriam na batalha.

Segundo Lindemann (Luz, 2005) esta reacção ocorreria, pois tratava-se de uma forma de se protegerem da possibilidade da morte repentina, cujos efeitos eram mais devastadores. Face a estas constatações, Lindemann conclui que este fenómeno tinha uma função adaptativa para as esposas (Torres, 2001).

De acordo com este autor, o luto antecipado refere-se, também, à ausência de manifestação aberta de luto na época da morte, nas pessoas enlutadas, que em rigor já passaram pelas fases do luto normal e se libertaram de seus elos emocionais com a pessoa falecida (Borges, 2003).

Luz (2005), propõe que para um melhor entendimento do luto antecipado, seja necessário abordar questões que contextualizam este fenómeno dentro de alguns parâmetros tais como: o estabelecimento de vínculos na vida do indivíduo, a definição de família e sua concepção sob a óptica da abordagem sistémica, a rotura dos vínculos causada pela morte súbita ou morte “anunciada/espera”, o papel e a actuação do psicólogo diante do luto antecipado.

Luto Patológico: De acordo com Middleton, Raphael, Martinek e Misso (1993, citado por Carvalho, 2006), e tendo em conta a multiplicidade de termos e critérios quanto à sua classificação, as formulações actuais tendem a identificar o luto patológico com a intensificação, inibição, adiamento ou prolongamento das respostas decorrentes do luto em si.

Segundo Rijo (2004) a classificação do luto como patológico, implica a presença de alguns dos critérios definidos por tanto por Horowitz, *et al.*, (1997), como Bowlby (1998) e por Worden (2001), em que todos consentem que os principais critérios são: ansiedade extrema face ao falecido, não-aceitação da situação de perda, incapacidade de reinvestir na vida, em si próprio e/ou nos outros.

De com a literatura actual e tendo em conta a contribuição dos autores acima citados o luto patológico pode ser caracterizado pelos seguintes critérios/sintomas/manifestações:

- Reacções tardias, após uma negação prolongada do sucedido;
- Ideias delirantes/paranóicas negação da morte do ser querido;
- Hiperactividade motora, sem sentimentos de perda;
- Patologia psicossomática/Conduitas auto-destrutivas;
- Sintomas delirantes hipocondríacos iguais aos do ente perdido;
- Perda continuada e significativa das relações sociais;

Outros elementos que servem para diferenciar a natureza do luto, dando-lhe o matiz de patológico são de acordo com o (DSM-IV):

1. Culpa pelas coisas positivas que recebe após a morte da pessoa;
4. Lentidão psicomotora acentuada;
2. Pensamentos de morte mais que de vontade de viver;
5. Deterioro funcional acentuado e prolongado;
3. Sentimentos de que deveria ter morrido com o falecido;
6. Experiências alucinatórias variadas (auditivas, visuais).

Efectivamente, Worden (2001) defende que os casos de luto patológico são os que necessitam e que mais beneficiam da terapia. Este mesmo autor caracteriza-os pelo facto da reacção de sofrimento e dor ser manifestada como um sofrimento prolongado, com um atraso significativo na sua expressão, como uma resposta de dor exagerada e/ou através de algum sintoma somático mascarado ou comportamental.

Existem múltiplos factores que contribuem para a complicação do processo de luto. De acordo com Parkes (1998), circunstâncias traumáticas da perda, morte do companheiro ou criança, morte inesperada, múltiplas perdas, mortes por suicídio ou homicídio, baixa auto-estima, personalidade, relação dependente, historial de depressão, problemas sociais, entre outros, são alguns dos factores que aumentam o risco de complicação.

Em suma, o luto revela-se como sendo um processo psicossocial que, no seu desenvolvimento normal, visa a transferência, na esfera emocional, da vinculação em relação à pessoa perdida para memórias amenas das expressões dessa mesma vinculação (Rebelo, 2005).

Psicoterapia no luto: Neste processo de adaptação ao luto e à nova vida, a terapia pode auxiliar tanto de forma terapêutica quanto preventiva (Worden, 2001). Este processo terapêutico visa, essencialmente, identificar e resolver os conflitos e problemas que surgiram após a separação e que impedem o indivíduo de resolver e cumprir as tarefas desenvolvimentais para uma adaptação adequada às mudanças (Worden, 2001).

Foram desenvolvidas pesquisas científicas com o objectivo de avaliar os resultados deste tipo de intervenção (Papalia, Olds e Fedalman, 2003). Desta forma, assim como foi apontado por Worden (1991, citado por Silva, 2004) pode-se constatar que a psicoterapia de luto possibilita as seguintes mudanças diante do processo de luto:

- Alívio ou supressão dos sintomas;
- Mudanças com relação a perturbações da situação – problema;
- Adaptação à nova situação;
- Aquisição de consciência dos problemas psicológicos;
- Recuperação, elevação ou auto-regulação da auto-estima;
- Outras modificações favoráveis (referentes a dificuldades em diversas áreas da vida);
- Estabelecimento ou reconsideração de novos projectos para futuro;

Uma das vertentes da (Psico) terapia do luto focaliza-se na intervenção com a família (núcleo familiar enlutada). Neste contexto, é essencial ter-se sempre em vista os aspectos gerais e particulares de cada caso (Luz, 2005). No que se refere à intervenção estes aspectos são:

1. Questões sócio-culturais que podem abranger: comportamentos, valores, rituais, costumes religiosos);
2. Estrutura da família, incluindo: papéis, funções, fronteiras intra e extra familiares;
3. Etapa evolutiva em que a família se encontra;
4. Circunstâncias específicas da morte;
5. Sistema de suporte da família no contexto em que está inserida;
6. Grau de flexibilidade do sistema à mudança;
7. Histórico do passado e idiossincrasias;
8. Expectativas da família relativas ao tratamento confrontadas às possibilidades reais da terapia em correspondê-las (Macedo, 2004; Silva, 2004; Luz, 2005).

No que se refere ao foco da reorganização do sistema familiar e no (re) estabelecimento das relações também são importantes a busca de novas estratégias e tarefas para o equilíbrio e estabilidade do sistema, no qual o senso de identidade tanto individual quanto familiar, devem ser restituídos (Worden, 2001).

Outras metas cruciais deste processo envolvem o reinvestimento em outros vínculos e outras fontes de gratificação; a retomada do ciclo de vida individual e familiar com suas crises normais de desenvolvimento e o planeamento de novos projectos de vida para o presente e futuro (Luz, 2005).

A nível preventivo, a intervenção terapêutica pode antecipar possíveis sentimentos de desesperança, momentos de oscilação e maior vulnerabilidade, como por exemplo nos momentos em que se revive as lembranças do familiar falecido (datas significativas, aniversários) (Silva, 2004).

7.6. Problemas Conjugais/Divórcio

A designação “*problemas conjugais*” aqui apresentada refere-se a todos os problemas que ocorrem no contexto de um relacionamento amoroso – quer os parceiros se encontrem casados, quer vivam juntos sem estarem casados, quer tenham uma relação de namoro sem viverem juntos (Mackenzie, 2004).

Neste sentido, esta problemática será abordada tendo em conta todas as situações de discórdia entre o casal, manifestadas na forma de conflito conjugal e que podem ser caracterizados em diferentes níveis de intensidade, frequência, conteúdo e resolução, além de serem expressas no âmbito do quotidiano familiar (Benetti, 2005).

De referir ainda que a intervenção na problemática dos problemas conjugais, torna-se muitas vezes necessário e urgente, pois quando surgem problemas a este nível, é frequente que estes se sobreponham ao impacto emocional a todos os outros problemas e dificuldades na vida da pessoa nesse momento (Daly e Wilson, 1996).

Em Portugal verifica-se que este fenómeno tem vindo a atingir algumas zonas do país, pois de acordo com os dados oficiais do Instituto Nacional de Estatística (INE), zonas como Norte, Centro e Madeira apresentam um decréscimo no número de casamentos realizados. No entanto, mesmo relativamente às outras zonas que apresentam um aumento no valor de casamentos realizados, verifica-se que este aumento acaba por ser inferior ao decréscimo, contribuindo para o valor negativo de 1,0%, ao se analisar todos os casos do país. Estes dados são apresentados a seguir na **Tabela 30**.

CASAMENTOS				
Regiões	2003	2004	2005	Variação %
Portugal	53 735	49 178	48 671	- 1,0
Norte	20 828	19 161	18 680	- 2,5
Centro	11 556	10 847	10 551	- 2,7
Lisboa	13 100	11 730	11 863	1,1
Alentejo	3 343	2 887	3 052	5,7
Algarve	1 809	1 592	1 645	3,3
Açores	1 541	1 494	1 499	0,3
Madeira	1 558	1 467	1 381	- 5,9

Fonte: <http://www.ine.pt/prodserv/indicadores/quadros.asp?CodInd=20>

Observa-se, ainda, que têm ocorrido experiências de novos modelos de relacionamento, desde casamentos informais e abertos, até casamentos comunitários, poligâmicos e, ainda, uniões homossexuais, além de um grande aumento de padrões de experiência extraconjugais (Neto e Carneiro, 2005).

Por outro lado, a partir de 1975, a dissolução do casamento por divórcio passou a ser legalmente reconhecida para todos os cidadãos portugueses. Na série estatística iniciada em 1975, até ao ano 2002, constata-se que o divórcio tornou-se um fenómeno demográfico cada vez mais frequente na sociedade portuguesa (INE, 2003).

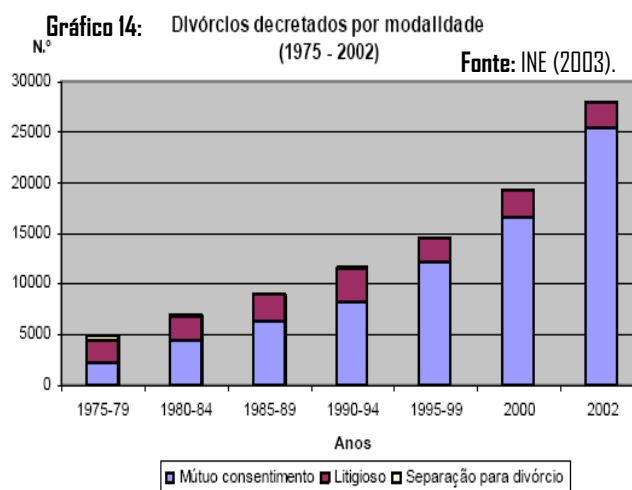
As recentes alterações do quadro jurídico para o requerimento e tramitação processual do divórcio poderão, eventualmente, ter também contribuído para a maior amplitude deste acontecimento demográfico (Lobo e Conceição, 2003).

A seguir apresentam-se mais dados do INE, que exemplificam a situação actual de Portugal, no que se refere ao recurso do divórcio para dissolver um casamento, bem como um outra tabela que apresenta a modalidade/forma escolhida para o fazer.

Tabela 31 – Divórcios realizados em Portugal (2003-2005).

DIVÓRCIOS				
Regiões	2003	2004	2005	Var.
Total	22 818	23 348	22 853	- 2,1
Portugal	22 617	23 161	22 576	- 2,5
Norte	6 909	7 170	6 918	- 3,5
Centro	4 754	4 850	4 649	- 4,1
Lisboa	7 352	7 531	7 451	- 1,1
Alentejo	1 398	1 420	1 526	7,5
Algarve	1 043	961	871	- 9,4
Açores	551	626	613	- 2,1
Madeira	610	603	548	- 9,1
Residência no estrang.	201	187	277	48,1

Fonte: http://www.ine.pt/prod_serv/indicadores/quadros.asp?CodInd=22



São diversos os factores que influem no desenvolvimento de problemas no seio de um casal tais como: a comunicação pobre ou deficiente (Daly e Wilson, 2006). De acordo com Figueiredo (2005), existe uma estreita relação entre a comunicação e o casamento (relação conjugal), que os dois principais agentes interagem de forma íntima e constante, o que leva a encontros e desencontros de informações e mensagens; a qualidade e satisfação do relacionamento conjugal e que muitas vezes é apresentada como motivo para a dissolução de um casamento é a sexualidade do casal, mais concretamente, a relação sexual satisfatória (Carneiro, 1998). As pesquisas que relacionam satisfação conjugal e relacionamento sexual revelam a correlação positiva existente entre essas duas variáveis (Figueiredo, 2005).

Lidar com os Problemas Conjugais (Intervenção): O processo psicoterapêutico de casal tem como principal objectivo o aumento da complexidade e flexibilidade do sistema, introduzindo, através de processos de *feedback* do sistema terapêutico, um aumento da sinergia (Neto, 2005).

De acordo com diversos autores (Gurman e Jacobson, 1995; Johnson e Lebow, 2000; Gurman e Fraenkel, 2002) a história conceptual da Psicoterapia de Casal apresenta pelo menos quatro fases metodológicas e conceptuais (Neto, 2005). Convém referir que cada fase caracteriza-se pelo predomínio duma determinada corrente teórica e um certo método considerado o mais adequado e eficaz (Neto, 2005).

Pretende-se centrar na quarta fase metodológica e conceptual, na qual se destaca principalmente a Terapia Cognitivo-comportamental com Casais (TCCC) (Neto e Carneiro, 2005).

Esta terapia apresentou desde o seu início um desenvolvimento gradual, em que a intervenção e tratamento de cônjuges em conflito pela abordagem cognitiva avançou a partir das intervenções comportamentalistas, onde eram enfatizados o contrato marital e o intercâmbio social simples (Dattilio e Padesky, 1995, citados por Peçanha, 2005). De um modo resumido e de acordo com Peçanha (2005), a TCCC enfatiza:

- A importância e a influência desempenhada pelas cognições disfuncionais nas relações amorosas, bem como a má comunicação nos problemas dos relacionamentos afectivos;
- A descrição das principais consequências de uma resolução inadequada dos problemas para o convívio conjugal;
- O papel desempenhado pelas interações negativas no relacionamento marital, bem como a dificuldade de expressar emoções por parte dos companheiros;
- Por fim, as técnicas de Prevenção de Recaídas.
- A descrição das fases, procedimentos e metodologias envolvidos na avaliação e intervenção realizada com os cônjuges, em que se realça:
 - A importância das primeiras sessões para a intervenção e resolução dos problemas conjugais;
 - A modificação de padrões de comportamento disfuncionais e das reacções emocionais excessivas ou deficitárias, através das etapas relacionadas com a reestruturação cognitiva;
 - O Treino de Competências Sociais e Comunicacionais e o Treino de Resolução de Problemas;

Durante o todo o processo terapêutico, com especial ênfase na etapa de intervenção, os profissionais incluídos apresentam-se como moderadores e nunca como intercessores (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997, citados por Penhaça, 2005).

Sendo assim, ao longo das etapas de avaliação, intervenção e treino nas sessões, os terapeutas conduzem o casal a discutir e resolver, desde questões de gravidade leve, de modo a que as habilidades e competências possam ser apreendidas sem a interferência das reacções emocionais exageradas (Neto e Carneiro, 2005).

7.7. Problemas de Comportamento/PHDA/Práticas Parentais

Uma das questões interessantes relacionadas com estas duas problemáticas, tem a ver com o facto de muitas vezes as queixas apresentadas como sendo de problemas de comportamento de uma determinada criança, também envolvia por outro lado algumas dificuldades dos pais por fim a estes mesmos comportamentos (problemas nas práticas parentais).

Os casos acompanhados e caracterizados com estas duas problemáticas, apresentavam características diversas, desde a manifestação de comportamentos agressivos por parte das crianças, até ao facto dos pais queixarem que já não terem qualquer solução para por termo à situação actual dos filhos, bem como a não adesão dos pais às recomendações dos profissionais de saúde,

7.7.1. Problemas de Comportamento

De acordo com, Biederman, *et al*, (2004), os problemas de comportamento consistem num padrão disruptivo no repertório de manifestações comportamentais tão difíceis que ameaçam as relações normais entre a criança e quem a rodeia. No entanto e tal como já foi referido, o termo “*problemas de comportamento*” caracteriza-se por ser bastante ambíguo e controverso, pois possui definições vagas, classificações distintas, exaustivas e sem limites claros para alguns tipos de problemas de comportamento (Silva e Prette, 2003).

Entretanto, a maioria dos autores parece concordar que os problemas de comportamento envolvem desvios do comportamento social, isto é, comportamentos agressivos e hiperactividade (Brioso e Sarriá, 1995, citados por Biederman, *et al*, 2004).

De acordo com a ICD-10, os problemas de comportamento são tidos como condutas típicas, referentes a: “*manifestações de comportamentos típicos de portadores de síndromes e quadros psicológicos, neurológicos ou psiquiátricos que ocasionam atrasos no desenvolvimento e prejuízos no relacionamento social, em grau que requeira atendimento educacional especializado*”.

Segundo o DSM IV^{TR} (2000) a perturbação do comportamento pode ser subdividido em três grupos: Perturbação Desafiante por Oposição, Perturbação do Comportamento Disruptivo e Perturbação Comportamento Disruptivo sem outra especificação.

A **Perturbação Desafiante por Oposição** refere-se a “*um padrão persistente de comportamentos negativistas, hostis e desafiadores na presença de sérias violações de normas sociais ou direitos alheios*”, o qual deve estar presente durante, pelo menos, seis meses (Kaplan *et al*, 1997:995).

Para a **Perturbação do Comportamento Disruptivo** é dada a seguinte definição: “*o aspecto essencial da Perturbação do Comportamento Disruptivo é um padrão repetitivo e persistente de conduta, no qual os direitos básicos dos outros ou as normas ou direitos básicos dos outros ou as normas ou regras sociais apropriadas à idade são violados*”. Os comportamentos devem estar presentes por, pelo menos, seis meses para se realizar o diagnóstico” (Kaplan *et al*, 1997:997).

De acordo com o DSM IV^{TR} (2000) revela que a característica essencial da perturbação dos comportamentos disruptivos refere-se a um padrão repetitivo e persistente de comportamentos no qual são violados os direitos básicos dos outros ou normas ou regras sociais importantes apropriadas à idade.

Os autores que investigam e analisam a designação “*problemas de comportamento*” e as questões inerentes à sua compreensão (Kauffman, 1977; Almeida, 1984; Mendonça, 1990; Rosenberg, *et al*, 1992; Brioso e Sarrià, 1995; Peterson, 1995, Benavente, 2004), afirmam que este termo apresenta sérias dificuldades, relativamente à sua definição, classificação e diagnóstico. De acordo com Silva e Prette (2003), tais dificuldades podem comprometer tanto a análise dos comportamentos considerados desviantes como as intervenções necessárias para evitá-los e/ou trata-los (Brasil, 1994, citado por Silva e Prette, 2003).

De acordo com Pinheiro, Guimarães e Serrano (2005), as perturbações do comportamento ou os comportamentos disruptivos são responsáveis pela maioria dos encaminhamentos aos serviços de pedopsiquiatria infantil. De referir que a alta prevalência das perturbações do comportamento é observada na literatura internacional, sendo que, de acordo com Biederman, Mick, Faraone e Wozniak (2004), nos EUA, os dados da APA (Steiner e Dunne, 1997, citados por Biederman, *et al*, 2004), indicam que na população geral de crianças e adolescentes situava-se entre os 1.5% e os 3.4%.

No entanto, não existem dados estatísticos organizados em Portugal, quanto à prevalência deste tipo de patologias, apesar da prática clínica indicar um crescimento deste tipo de perturbação entre a população portuguesa (Benavente, 2004).

7.7.2. Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA)

A Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção (PHDA) caracteriza-se por ser uma das mais estudadas e controversas perturbações de desenvolvimento da infância e da adolescência (Shaywitz e Shaywitz, 1992 citado por Lopes, 1998; Facion, 2004; Rohde, Constantino, Filho, Benetti, Gallois e Kieling, 2004).

Actualmente e de acordo com Feijó e Velmo (2006) estudos têm sido desenvolvidos com o principal objectivo de desenvolver novas perspectivas inovadoras acerca da PHDA, o que culminou numa nova redefinição da PHDA. De referir que o grande mérito destas perspectiva inovadoras reside no valor explicativo e não propriamente descritivo.

A redefinição do DHDA assenta no pressuposto que esta Perturbação não consiste fundamentalmente num défice a nível da atenção, mas sim num problema desenvolvimental de inibição de respostas (inapropriadas) (Feijó e Velmo, 2006).

Sendo assim, a PHDA consiste “*num conjunto de deficiências desenvolvimentais na regulação e manutenção do comportamento através de regras e consequências. Estas deficiências dão origem a problemas de inibição, iniciação ou manutenção de respostas a tarefas ou estímulos e de adesão a regras ou instruções, particularmente em situações em que as consequências de tais comportamentos são distantes, fracas ou inexistentes. As deficiências são evidentes na primeira infância, provavelmente crónicas e embora possam melhorar com a maturação neurológica, evidenciam-se persistentes em comparação com as realizações de crianças normais da mesma idade, as quais também melhoram com o desenvolvimento*” (Barkley, 1994:71 citado por Feijó e Velmo, 2006:10).

Intervenção e Tratamento (Problemas de Comportamento e PHDA): Em termos da intervenção, o interesse pelas estratégias que promovem melhorias nos relacionamentos interpessoais tem demonstrado significativo crescimento com o passar dos últimos anos, especialmente por causa da relação existente entre os comportamentos sociais deficitários na infância e desajustamentos psicológicos futuros (Melo e Silveiras, 2003).

Sendo assim, a parte que compete apresentar os principais pressupostos, técnicas, terapias e estratégias de intervenção nos Problemas de Comportamento e na Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção será apresentada em conjunto, tendo em conta e pressupondo que na base das duas problemáticas encontram-se as dificuldades de interacção interpessoal, a falta de competências sociais e a manifestação exacerbada de comportamentos inadequados e incompatíveis com as regras e condutas familiares e sociais previamente estabelecidas.

Neste sentido, a utilização do termo “**Problemas do Comportamento**” (PC), neste contexto engloba não só a “perturbação de comportamento”, como também o PHDA, como forma de se simplificar a denominação das duas perturbações.

De acordo com Benavente (2004), o tratamento deste tipo de patologia deve assumir-se como abordagem integrada, isto é, caracterizada por actuação abrangente sobre as várias dimensões da vida da criança: família, escola, grupo de pares e a própria criança.

O principal objectivo da intervenção nos PC é direccionada ao ensino de estratégias à criança, que a possam ajudar a adaptar-se melhor aos diversos contextos nos quais ela esta inserida (família, escola e pares) (Agostinho, 2005).

Relativamente às modalidades psicoterapêuticas utilizadas neste contexto, existe alguma variedade de terapias e técnicas aplicáveis neste tipo de patologia, entre as quais destaca-se a Psicoterapia Individual ou de Grupo, em que são utilizadas as técnicas cognitivo-comportamentais (Benavente, 2004).

A **Psicoterapia individual** ou de **Grupo** pode ser muito útil com a criança, podendo ser complementada com treino de técnicas para o aumento de competências psicossociais. Assim, poder-se-á ajudar a criança a melhorar o seu funcionamento social, encontrando estratégias de tolerância à frustração, aumentando os contactos sociais (Benavente, 2004).

De seguida encontram-se algumas estratégias que poderão ser implementadas no processo de intervenção com crianças que apresentam problemas do comportamento (Agostinho, 2005):

- Treino de competências cognitivas para resolução de problemas (identificar etapas de resolução);
- Identificação das situações que desencadeiam comportamentos agressivos e anti-sociais;
- Desenvolvimento e preocupação com a perspectiva dos outros;
- Estratégias adequadas para lidar com os conflitos;
- Treino de competências para pais/professores;
- Treino de relaxamento (Progressivo Jacobson; Autogénico Shultz; Respiratório);
- Estratégias operantes (ex: Economia de Fichas – *Token Economy*);
- Treino de competências sociais;
- Promoção dos sentimentos de eficácia;
- Treino de Auto-verbalizações.

No trabalho com a família, o recurso a técnicas orientadas, de base cognitivo-comportamentais, torna-se indispensável, principalmente quando há pouca diferenciação, dificuldades de comunicação com o terapeuta, ou quando os seus elementos apresentam *insight* reduzido (Benavente, 2004). Kazdin e Wassel (2000, citados por Benavente, 2004) consideram que a própria redução do comportamento desviante da criança tem significativas repercussões no funcionamento familiar e parental. Sendo assim, a intervenção junto da família poderá incluir: terapia familiar, orientação parental e programas de treino (Agostinho, 2005).

No entanto, é importante referir que não basta intervir nos “problemas de comportamento”, mas também e principalmente possibilitar o aumento das competências sociais da criança, que são factores de protecção para o surgimento e desenvolvimento de tais dificuldades (Benavente, 2004).

7.7.3. Práticas Educativas e Estilos Parentais

As relações entre pais e filhos e suas influências no desenvolvimento sócio-emocional e cognitivo das crianças e dos adolescentes têm sido um dos principais objectos de investigação nas áreas de Psicologia do Desenvolvimento e da Psicologia Clínica (Benetti e Balbinotti, 2003), especialmente aquelas

relacionadas com as práticas educativas parentais, ou seja, as estratégias utilizadas pelos pais para orientar o comportamento dos filhos (Gomide, Salvo, Pinheiro e Sabbag, 2005).

Desde os trabalhos iniciais de Sears, Maccoby e Levin (1970, citados por Benetti e Balbinotti, 2003) sobre como os pais educam seus filhos e quais as consequências para o desenvolvimento da criança, nas variadas formas de socialização, diferentes aspectos das relações parentais foram foco de investigações.

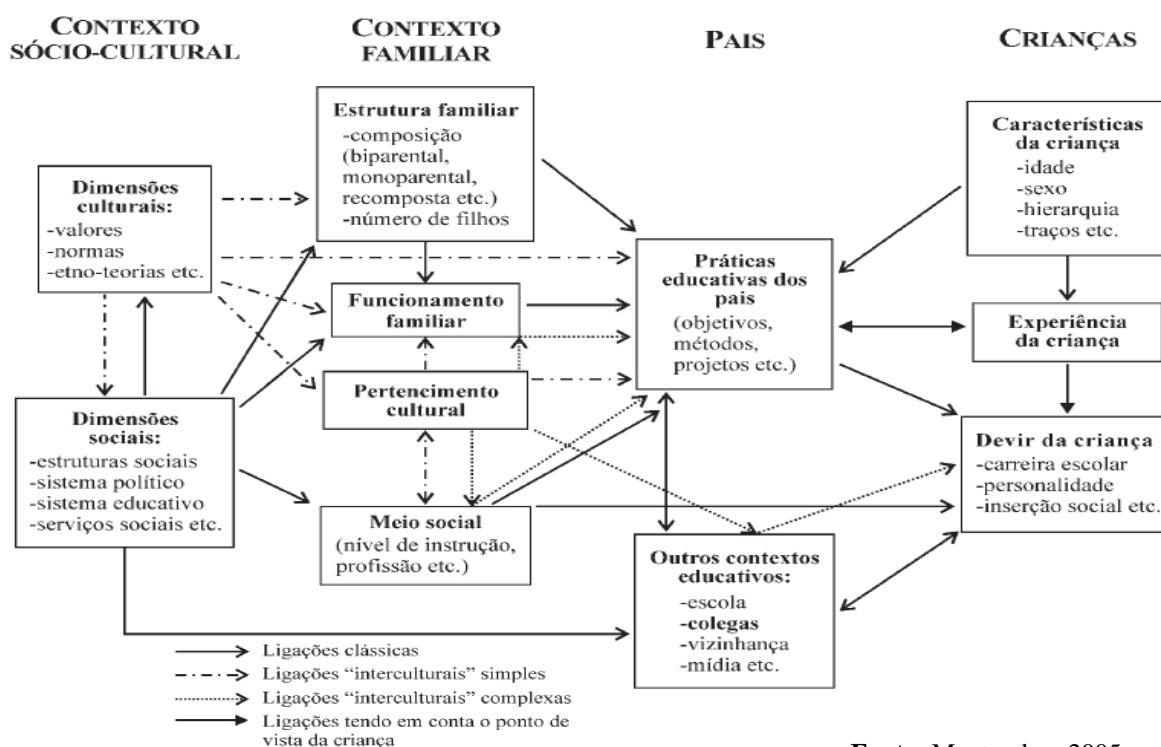
Através destas pesquisas conseguiu-se identificar relações significativas entre as práticas adotadas pelos pais e o posterior desenvolvimento de comportamentos problemáticos e até anti-sociais (Gomide, 2003; Mathews, Woodall, Kenyon e Jacob, 1996; Patterson, Reid e Dishion, 1992; Pettit, Laird, Dodge, Bates & Criss, 2001; Reppold, *et al*, 2002, citados por Gomide, *et al*, 2005).

As inúmeras pesquisas realizadas tentaram isolar os factores que influenciam os estilos de práticas e atitudes educativas dos pais e o efeito destas sobre as crianças (Montandon, 2005). Sendo assim e de acordo com esta autora, as práticas parentais podem ser influenciadas através da (o):

- **Estrutura e composição das famílias:** considerou-se por exemplo que o género sexual da criança influencia na sua educação, pois os pais tendem a ser mais restritos com as filhas do que com os filhos, ou ainda que o divórcio dos pais tem efeitos negativos sobre suas práticas educativas (Maccoby, 1980; Baumrind, 1980, citados por Montandon, 2005);
- **Estatuto socioeconómico da família:** os pais de classe média/alta tendem a exercer uma disciplina dentro de limites claramente definidos (negociação, punições e recompensas), tendo em vista êxitos a longo prazo, sendo que os pais de nível socio-económico baixo seriam menos propensos à elaboração de um projecto educativo para seus filhos e a dedicar tempo para explicar os motivos das suas exigências, e tenderiam a utilizar a punição como forma remediativa (Gecas, 1979, citado por Montandon, 2005);

A seguir apresenta-se uma figura representativa de alguns dos determinantes sócio-culturais inerentes à educação familiar. No entanto e tal como se pode verificar na complexa representação da **Figura 15**, ainda resta muito por fazer neste contexto, pois, de acordo com Montandon (2005), muitas vezes não são valorizados factores como: a evolução temporal do contexto familiar (ciclo de vida da família), bem como vários acontecimentos de vida, como desemprego, doença, acidentes, nascimento de uma criança com deficiência, que produzem transformações significativas nas relações, reestruturações, e mudanças nas práticas.

Gráfico 15 – Determinantes socioculturais inerentes à educação familiar.



Fonte: Montandon, 2005;

Definição de conceitos (Atitudes, Práticas e Estilos Parentais): A literatura sobre este tema permite identificar três dimensões distintas na interação entre pais e filhos: as **atitudes parentais**; as **práticas educativas** e os **estilos parentais**, sendo as duas últimas são as mais investigadas (Montandon, 2005).

Atitudes parentais – respostas parentais ante as exigências das diferentes situações do quotidiano relacional com os filhos. A atitude parental é concebida como resultado de três componentes: o **cognitivo** (crenças ou ideias dos pais sobre a situação), o **afectivo** (quando os pais realizam a avaliação dos aspectos positivos/negativos da situação) e o **comportamental** (acção propriamente dita, utilizada na interação com a criança) (Karpinski & Hilton, 2001, citados por Benetti e Balbinotti, 2003);

Práticas parentais – conjunto de comportamentos singulares emitidos pelos pais no processo de educação ou socialização dos filhos que levam a um resultado comum, resultado este que seria uma meta dos pais para com a socialização (Darling & Steinberg, 1993, citado por Teixeira, Oliveira e Wottrich, 2006). Ceconello *et al.*, (2003), refere ainda que, as práticas educativas referem-se às estratégias utilizadas pelos pais para atingir objectivos específicos em diferentes domínios (académico, social, afectivo) sob determinadas circunstâncias e contextos;

Estilos parentais – refere-se ao padrão global de características da interação dos pais com os filhos em diversas situações, que geram um clima emocional (Ceconello *et al.*, 2003; Weber, Prado, Viezzer e Brandenburg, 2004). De acordo com Baumrind (1966, 1971) e Maccoby e Martin (1983, citados por Weber, 2007) podem ser considerados três seguintes estilos parentais: **autoritário**, **permissivo** e **participativo ou democrático**.

Avaliação das Práticas e Estilos Parentais: As estratégias educacionais parentais podem ser avaliadas através da utilização de diversas possibilidades metodológicas, tendo em conta perspectivas quantitativas e qualitativas (Boeckel e Sarriera, 2005). No entanto, convém referir que neste contexto os instrumentos mais utilizados são de carácter quantitativo. Sendo assim, em termos da avaliação **quantitativa**, várias medidas têm sido utilizadas, das quais destacam-se as seguintes:

- *Parental Authoritative Questionnaire* (Buri, 1991);
- *Parental Bonding Instrument* (Melis, *et al*, 2001; Reti, *et al*, 2002);
- **Escalas de Responsividade e Exigência** (Costa, *et al*, 2000; Oliveira, *et al*, 2002);
- **Inventário de Práticas Parentais** (Benetti e Balbinotti, 2003);
- **Inventário de Estilo Parental** (Gomide, 2003);
- **Práticas Parentais: Versão Portuguesa** (Santos e Gaspar, 2004).

Intervenção e Prevenção: A maneira mais adequada de educar e se relacionar com os filhos, tornou-se nas últimas décadas, um importante objecto de estudo no âmbito da Psicologia (Weber, *et al*, 2004). Neste sentido, o estudo das práticas e estilos parentais trata esse assunto de forma objectiva, pois investiga o conjunto de comportamentos dos pais que propiciam/impedem a criação de um clima emocional em que são expressas as interacções pais-filhos, tendo por pressuposto a significativa influência dos pais no repertório comportamental, emocional e intelectual dos filhos (Weber, *et al*, 2004).

No seguimento e de acordo com Melo (2005b), parece plausível declarar que, grande parte do desenvolvimento emocional, comportamental e intelectual da criança, principalmente no que se refere à competência social e internalização e externalização de sintomas, resultam do impacto das estratégias parentais de socialização na regulação emocional da criança.

O actual estudo de Melo (2005) vem reforçar os estudos realizados anteriormente (por Eisenberg, 1996; Shipman e Zeman, 2001) em que se considerou que o comportamento parental e, em particular, o comportamento de socialização das emoções pode afectar e influenciar, positiva/negativamente, três tipos de regulação por parte da criança: a **regulação emocional** propriamente dita (conseguida através de estratégias como a regulação da atenção, a distração ou a reestruturação cognitiva); a **regulação comportamental** (orientado por emoções); e a **regulação centrada no problema** (considerada uma subcategoria da regulação do comportamento orientado por emoções) (Melo, 2005)).

Por exemplo, diversas pesquisas e estudos desenvolvidos nesta área demonstraram que a adopção do estilo parental **participativo/democrático** tem demonstrado melhores resultados e efeitos na formação dos filhos como: melhor desempenho escolar (Dornbusch, *et al*, 1987; Steinberg, *et al*, 1995; Cohen e Rice,

1997, citados por Teixeira, et al, 2006) e alto índice de competência psicológica e baixo índice de disfunção comportamental e psicológica (Lamborn, et al, 1991, citados por Montandon, 2005).

No entanto, a adopção deste estilo implica, sobretudo que os pais se envolvam na educação, respondam às necessidades de atenção, incentivo, auxílio, diálogo e diversão que a criança tem (responsividade), como também supervisionar e monitorizar os comportamentos do filho, ao mesmo tempo que exige a obediência das regras e limites impostos e o cumprimento dos deveres (exigência) (Weber, et al, 2004).

Sendo assim, uma intervenção feita com pais é a possibilidade de uma aplicação directa do conhecimento de estilos parentais. Isto significa elaborar uma intervenção em que os objectivos sejam a educação/treino dos pais com suficientes conhecimentos e competências que lhes permitam promover o desenvolvimento e a competência de seus filhos (Melo, 2005b).

Em termos práticos, a intervenção com os pais, na forma, por exemplo, de treinos e orientação pode trazer grandes benefícios para as famílias, tais como: melhorias nas actividades parentais e aumento da coesão familiar (Reppold, et al, 2002, citado por Weber, et al, 2004); a sociedade como um todo seria beneficiada, já que mais pessoas teriam possibilidades de crescer e se desenvolver num ambiente familiar saudável; os pais adquirem boas práticas educativas que se tornam imprescindíveis para criar e manter um repertório de comportamentos adequados, desenvolver habilidades sociais e manter uma dinâmica familiar com mais afecto (Melo, 2005b).

7.8. Perturbações de Eliminação

De entre todas as mudanças ocorridas ao longo da infância, destaca-se o processo aquisição do controle esfinteriano e retirada das fraldas (Sirena, 2004). O controlo de esfíncteres ocorre para a maioria das crianças, de forma quase natural com o auxílio dos familiares, através de um processo em geral denominado “treino de controlo de esfíncteres” ou desfralda, por volta dos 2/3 anos, nas crianças ocidentais (DSM IV TR, 2000; Lujam, Lavisier e Rodríguez, 2000).

É por volta dessa idade, que em termos desenvolvimentais, quer física quer cognitiva, a criança atinge a maturidade suficiente para o controlo dos músculos dos esfíncteres, sendo este processo característico pelo treino de retenção e eliminação dos excrementos que abrange alguns procedimentos a serem feitos com a criança (Lavisier e Rodríguez, 2000).

De acordo com o DSM IV TR (2000), torna-se necessário recorrer à ajuda de profissionais de saúde, quando este processo não ocorre de modo natural e/ou são verificados episódios de descontrolo dos esfíncteres da criança, tendo em conta as seguintes características/sintomas:

- Descontrolo dos esfíncteres durante um certo período (3 meses);
- Com uma certa frequência (2/semana no caso da Enurese e 1/mês na Encoprese);
- Com incidência numa criança com mais de 5 anos de idade (para Enurese) ou 3 (para Encoprese);
- Nos casos em que haja um impacto social negativo sobre a criança e respectiva família;

As perturbações associadas à deficiência no controlo de esfíncteres, denominadas de “**Perturbações de Eliminação**”, podem ser classificadas como “**Enurese**” e “**Encoprese**”. Sendo que a enurese refere-se à falta do controlo de urina (esfíncter vesical) e a encoprese a falta de controlo das fezes (esfíncter anal), numa idade em que a maioria das crianças já tem esse domínio (Lujam, *et al*, 2000).

7.8.1. Enurese

A palavra enurese vem do grego “*enourein*” que significa “*fazer urina ou urinar*” ou ainda “*eliminar urina*” (Soares, Moreira, Monteiro e Fonseca, 2005).

É reconhecida pela psicopatologia actual como uma “*perturbação funcional de eliminação infantil*” que requer tratamentos médicos e psicológicos (Costa e Silvares, 2003), sendo que a definição mais utilizada de enurese é: “*disfunção na micção, que se caracteriza pela perda involuntária de urina, numa idade em que o controlo já deveria ter sido alcançado*” (Fonseca e Monteiro, 2004:147).

A enurese pode também ser definida funcionalmente como “*acto de micção repetida e inadequada, accidental ou incontrolado que ocorre na ausência de patologia urológica ou neurológica*” (Costa e Silvares, 2003:9).

De acordo com Soares, *et al* (2005), esta trata-se de uma das perturbações que mais atingem a população infanto-juvenil, cuja alta incidência, prevalência e o impacto no desenvolvimento psicossocial na criança e na família, fez aumentar significativamente o interesse na sua investigação nos últimos tempos.

Tipos de Enurese: A enurese pode ser classificada de acordo com alguns critérios categoriais:

Critério 1 (de acordo com momento em que ela ocorre na vida da criança):

- Primária (contínua, persistente ou crónica): na qual a criança jamais estabeleceu a continência urinária, isto é, a criança nunca apresentou o controlo vesical, sendo que por definição, a enurese primária inicia-se aos 5 anos;
- Secundária (descontínua, regressiva ou adquirida): na qual a perturbação desenvolve-se após um período de continência urinária estabelecida, iniciando-se frequentemente entre os 5 e 8 anos de idade; (DSM IV TR, 2000; Costa e Silvares, 2003).

Critério 2 (de acordo com momento do dia no qual ocorrem os episódios):

- **Nocturna:** definido como a perda da urina apenas durante o sono nocturno, sendo que este acontecimento dá-se, tipicamente, durante o primeiro terço da noite;
- **Diurna:** subtipo definido micção involuntária durante as horas de vigília. É muitas vezes associada a estado de ansiedade social ou de excessiva preocupação com questões como a escola ou actividade lúdica;
- **Nocturna e Diurna:** subtipo definido como uma combinação dos dois subtipos acima (DSM IV TR, 2000).

Etiologia: A enurese caracteriza-se por uma interacção altamente complexa entre factores desenvolvimentais, orgânicos, psicológicos, hereditários (Costa e Silveiras, 2003), tendo sido por isso considerada uma condição multifactorial (Vasconcelos e Lima, 2004).

Resultados dos estudos realizados, recentemente, com um grupo de crianças com enurese (sendo na maioria crianças com enurese nocturna) demonstraram que na génese desta perturbação estarão várias causas que, em conjunto, formam a base para um modelo fisiopatológico com importantes implicações clínicas (Henriques, *et al*, 2002; Vasconcelos e Lima, 2004). De acordo com Henriques, *et al*, (2002); Costa e Silveiras (2003); Vasconcelos e Lima, 2004; Françaço e Mauro (2006) estes factores podem ser de diversas ordens: orgânicos, maturação ou desenvolvimentais, hormonais, genéticos ou familiares e psicológicos.

7.8.2. Encoprese

O termo **encoprese** foi utilizado, inicialmente, em 1926 por Weissenberg para descrever o equivalente fecal da enurese (Vieira e Gurmini, 2002). Desde então, o processo de conceptualização tem gerado muitas controvérsias e confusão quanto à definição deste termo e a etiologia desta condição (De Soto e Osório, 2006).

Desde do início das investigações neste âmbito, que a literatura psiquiátrica define encoprese como “*evacuação involuntária de origem emocional*” (Machado, 1980; Pinheiro e Moreno, 1983). No entanto, actualmente, sabe-se que apenas 20% dos pacientes com encoprese têm problemas psicológicos significativos e a maioria desses surgiram após o início da mesma (De Soto e Osório, 2006).

A encoprese refere-se à incontinência fecal na aprendizagem de controlo esfíncteriano, em que as condições orgânicas que causam a incontinência fecal devem ser excluídas antes da encoprese ser diagnosticada (Gomes, 1998).

De acordo com o DSM IV (1994), a encoprese pode ser caracterizada como:

- 1) **Diurna ou noturna** (dependendo do momento em que ocorre a evacuação);
- 2) **Primária** (incontinência fecal persistente) ou **secundária** (incontinência ocorre após um período de continência fecal), tendo em conta a aquisição anterior ou não do controlo dos esfíncteres;
- 3) **Com retenção** (ocorrência de constipação, falta de eliminação) ou **sem retenção** (fezes não são retidas no intestino e ocorre diarreia).

Ou ainda como (Gomes, 1998):

Encoprese Com Obstipação e Incontinência por Hiper fluxo – quando existem evidências de obstipação no exame físico ou na anamnese, sendo que as fezes são caracteristicamente (mas não invariavelmente) mal formadas e o evacuação é contínua, ocorrendo tanto durante o dia quanto durante o sono. Apenas quantidades pequenas de fezes são evacuadas quando o indivíduo tenciona defecar, e a incontinência resolve-se após o tratamento da constipação;

Encoprese Sem Obstipação e Incontinência por Hiper fluxo – quando não existem evidências de constipação no exame físico ou na anamnese. As fezes tendem a ser normais e consistentes e a evacuação involuntária é intermitente. As fezes podem ser depositadas num local de destaque, o que está geralmente associado à presença de Perturbações do Comportamento.

Avaliação clínica: Primeiramente, no que se refere à avaliação (preparação para o estabelecimento do diagnóstico clínico), pretende-se com este processo recolher a maior quantidade de informações fidedignas possíveis de modo a se conheceras características da criança, da família, do seu meio envolvente, do processo de desenvolvimento da perturbação e da perturbação em si, sendo que a recolha destes dados torna-se indispensável para se conhecer e acompanhar a rotina de eliminações e evacuações (micção e fezes) da criança (Henriques, *et al*, 2002; Fonseca e Monteiro, 2004; Vasconcelos e Lima, 2004; Biggs e Dery, 2006).

De acordo com Vasconcelos e Lima (2004) e dependendo da manifestação dos sintomas, da perturbação subjacente e do objectivo a alcançar, uma avaliação completa e adequada inclui:

- Antecedentes familiares; História clínica de saúde da criança;
- Avaliar o estado de saúde actual, nutricional e de actividade física;
- O tipo de patologia (diurna/nocturna; primária/secundária);
- Frequências das micções/evacuações involuntárias: número de dias na semana e o horário preferencial;
- Volume das micções/evacuações; capacidade vesical/ano-rectal funcional;
- Sintomas de dor, sofrimento e psicoemocionais associados aos momentos de evacuação;

Avaliação clínica inclui também exames objectivos (específicos e complementares) que permitem não só verificar se há ou não alguma condição física e orgânica subjacente ao estado actual, como também permite conhecer muito bem o perfil clínico de saúde da criança (Cox, Ritterband, Quillian, Kovatchev, Morris, Sutphen e Borowitz, 2003). Estas informações podem ser recolhidas através de uma entrevista clínica estruturada, da anamnese ou ainda através de questionários de avaliação do estado de saúde (Henriques, *et al*, 2002).

Sabendo que, as perturbações de eliminação/evacuação referem-se a situações clínicas de etiologia multifactorial, não existe um tratamento específico e único, tanto da enurese, como da encoprese, tratando-se antes de uma gama de propostas terapêuticas, em que a combinação de várias terapias tem demonstrado ser mais eficaz que a aplicação de uma única terapia (Gomes, 1998).

O esquema adoptado deverá ser individualizado para cada criança e aceite por esta e pelos pais (Henriques, *et al*, 2002), pois o sucesso do tratamento depende essencialmente, da cooperação da criança e da família (Vasconcelos e Lima, 2004). Após a exclusão de causas orgânicas, há lugar ao esclarecimento e adopção de medidas comportamentais, sendo que a terapêutica farmacológica tem lugar quando estas falham (Henriques, *et al*, 2002).

Intervenção e Tratamento: Após a realização de uma avaliação cuidadosa e adequada, e o estabelecimento correcto de que Perturbação de Eliminação/Evacuação se trata, passa-se então à fase da intervenção e tratamento em que se pretende melhorar a condição física da criança que apresenta problemas de evacuação, bem como melhorar estado psicoemocional quer da criança, como também família a que ela pertence.

Alguns estudos mostram que a escolha de métodos de intervenção mais directos, como o uso do alarme de urina e treino para o controlo esfíncteriano, mostraram-se mais efectivos para o tratamento da enurese nocturna que a utilização da psicoterapia breve (Palmisano, 1976; Smith e Smith, 2000; Fernández, Armentia e Miguelsanz, 2002; Henriques, *et al*, 2002; Santos e Silvares, 2006). Além disso, os estudos de Smith e Smith (2000) indicaram melhoras comportamentais e emocionais mais duradouras no tempo em crianças cujo foco de tratamento incidiu apenas sobre a enurese.

No entanto e tal como já foi referido a terapia mais eficaz e completa é a associação e combinação que se entre o uso de aparelho de alarme de urina, o treino para o controlo esfíncteriano, utilização de estratégias e técnicas comportamentais e a psicoterapia nos problemas psicoemocionais associados (Santos e Silvares, 2006). Caso seja necessário a integração da terapia farmacológica pode ser um importante componente para o tratamento eficaz da enurese nocturna (Fernández, *et al*, 2002).

Capítulo 8: Avaliações e Intervenções

Psicoterapêuticos ao longo do Estágio Curricular

(2006/2007 – Centro Hospitalar Cova da Beira)

ACOMPANHAMENTO e INTERVENÇÃO: Caso nº 1

Informação geral

Nome: P (2) **Paciente nº. 2** **Sexo:** F **Idade:** 30 anos **Estado Civil:** Solteira
Profissão: Auxiliar da Acção Médica

MOTIVO DO PEDIDO DA CONSULTA: Após a primeira questão feita pelo psicólogo “Então o que a traz hoje à consulta de Psicologia?”, a P (2) reage com choro intenso, dizendo que, nem sabe por onde começar e tal como a mesma referiu “Hoje não estou muito bem” e acrescenta que: “Isto já é de infância”. A P (2) refere ainda: “Já não consigo aguentar mais. Acabei uma relação agora e como sempre, fiquei mal.” Menciona ainda, quase que imediatamente, que o pai é alcoólico, que a sua relação com a mãe nunca foi muito boa, que os seus irmãos não a apoiam e que sendo mãe solteira a sua situação era muito complicada. Refere ainda que precisa de ajuda, pois sozinha não consegue resolver os seus problemas.

- **HISTÓRIA FAMILIAR**

Relacionamento com a mãe: Nesta primeira consulta as únicas referências que houveram acerca da sua relação com a mãe prendem-se com o facto de esta considerar que a sua relação com a mãe não era muito boa e que algumas vezes a mãe saía de casa após as agressões do pai. Actualmente a P (2) refere que tal como acontece com o pai, as coisas tem vindo a melhor, principalmente após o nascimento do filho, que diz ter sido um boa notícia para a mãe, já que ela ficou muito contente com a ideia de ter um neto. A P (2) chega a referir que “Os meus pais estão a dar ao meu filho aquilo que não me deram a mim e aos irmãos”.

Relacionamento com o pai: De acordo com o que a P (2) verbaliza pode-se depreender que esta tinha uma relação problemática com o pai, pois esta refere que além do pai se encontrar sempre alcoolizado (“Não me lembro de o ter visto sóbrio”; “Ele andava sempre em desintoxicação”), muitas vezes era agressivo com a mãe e consigo (“Já me bateu muitas vezes”). É de referi ainda um episódio relatado pela P (2) onde diz ter agredido o pai (“Uma vez bati-lhe, ele pediu-me – Dá cá um mimo ao pai, mas eu disse que não. Ele caiu, fui lá e bati-lhe.”). É ainda relatado um outro episódio que aconteceu à 15 anos que a P (2) refere que o pai estava alcoolizado, o que o fez cair do prédio onde viviam (do 3º andar). Segundo a P (2) a partir deste acontecimento o pai deixou de beber.

No entanto, a P (2) refere ser ela a única que o ajudava (“Era sempre eu que ia lá ajudá-lo”). Mas menciona que, apesar disso, sentia vergonha do pai, pois este estava sempre alcoolizado e as pessoas vizinhas, bem como os amigos sabiam disso.

Presentemente, a P (2) menciona que “As coisas mudaram bastante”; “O meu pai mudou da noite para o dia”, referindo que este facto sucedeu-se após o nascimento do seu filho. Neste momento a P (2) refere não haver problemas entre eles e menciona ainda que tem todo o apoio dos pais (inclusive o apoio financeiro).

Relacionamento com os irmãos: De acordo com a P (2) a sua relação com os irmãos não era muito bom, pois segundo a mesma “*Eles não me apoiavam.*” É importante referir que uma das primeiras afirmações e queixas da P (2) refere-se à sua relação com os irmãos. Da informação recolhida sabe-se que o irmão mais velho foi criado pela avó. Outra informação revelada trata-se do facto do pai não ter sido tão agressivo com irmãos do que com a P (2).

- **HISTORIA PROFISSIONAL**

Grau de satisfação actual com o trabalho: De acordo com a informação recolhida a P (2) parece estar satisfeita com a situação actual no emprego. Ela refere que gosta do seu local de trabalho e das tarefas que desempenha, mas por outro lado afirma que o ambiente entre os colegas não é muito bom.

- **HISTÓRIA CONJUGAL**

Último relacionamento com o cônjuge/companheiro: De acordo com a P (2) este é o principal motivo pelo qual ela busca ajuda/apoio nas consultas de psicologia. A P (2) refere ter terminado uma relação íntima há pouco mais de um mês e tal como ela mesma refere “Fico sempre mal quando isto acontece.” A P (2) revela ainda gostar muito do último namorado e ainda sofre muito com o terminar da relação. Mesmo depois do término da relação o ex-namorado a procurou por diversas vezes, segundo ela “somente para ter relações sexuais”. Ela revela não querer “cair mais” e diz precisar de ajuda para que tal não volte a acontecer. A P (2) revela ser muito possessiva e muito ciumenta nos relacionamentos íntimos que já que teve.

Tabela 32 – Frequência das Consultas da P (2)

Data da consulta	Sumário da Consulta	Observações
<u>10/10/2006 (15:30)</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Observação • Intervenção psicoterapêutica • Estabelecimento da relação terapêutica • Entrevista (recolha de informação) • Apoio emocional 	Tipo de Consulta: Observação
<u>19/10/2006 (11:30)</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista (recolha de informação); • Abordagem dos Conceitos: <ul style="list-style-type: none"> - Auto-estima; - Auto-conceito; • Treino do auto-conceito; 	Tipo de Consulta: Observação
FIM DO PROCESSO TERAPÊUTICO (OBSERVAÇÃO)		

De acordo com o que o Dr. Jorge Marques referiu a paciente 2 preferia ter consultas somente com o seu psicólogo sem a presença de outras pessoas. A paciente alegou que se sentia bem mais confortável e confiante somente com ele e que muitas vezes se inibia na presença da estagiária. Nesse sentido, foi considerado mais adequado que as consultas deixassem de ser observadas, sendo que este processo terapêutico ficou exclusivamente a cargo do Dr. Jorge Marques.

ACOMPANHAMENTO e INTERVENÇÃO: Caso nº 2**Informação geral**

Nome: P (3) **Paciente nº** 3 **Data de nascimento:** 04/03/1945 (61 anos) **Sexo:** F **Estado Civil:** Casada
Profissão: reformada (auxiliar da acção médica) **Peso:** 91,4 kg **Altura:** 1,68 **IMC:** 32,4

MOTIVO DO PEDIDO DA CONSULTA: A P (3) aparece na consulta após encaminhamento do serviço da nutrição, sendo que as solicitações feitas pela nutricionista Dra. Joana estavam relacionadas com o aumento do peso, devido a presença de episódios de descontrolo alimentar, provavelmente causadas por problemas emocionais (problemas conjugais e familiares);

Quais as principais queixas do paciente, tal como ele as formula?

1. Após ter começado as consultas no serviço da nutrição conseguiu diminuir consideravelmente de peso, mas com o passar do tempo, além de recuperar o peso perdido, aumenta (a P (3) refere que este facto agravou-se, principalmente depois de ter fracturado um joelho);
2. De acordo com as palavras da mesma “*Dói-me o estômago com fome, momentos após ter comido.*”; e acrescenta que durante a noite come mais, principalmente quando está mais nervosa. (“*Quando estou nervosa não há comida que me resista, como um pão de quartos sozinha*”);
3. A P (3) menciona ainda que “*A partir dos 40 anos, nunca mais fiquei a mesma. Tudo por causa das operações, dos nervos, dos meus filhos que são uma jóia, mas...*”
4. Tal como a P (3) refere: “*queria controlar mais os meus nervos emocionais e controlar também os impulsos com a comida.*”, pois “*quando em sinto mais nervosa eu vingo-me na comida*”;
5. Problemas conjugais, relacionados com a incapacidade do marido ter ou manter uma erecção, problemas estes que apareceram há mais ou menos 7 anos;

Quais as expectativas do paciente em relação ao processo terapêutico? Quando questionada acerca das suas expectativas em relação a todo o processo psicoterapêutico e aos seus resultados, a P (3) responde que “*Qualquer consulta dos médicos é para ajudar, mas esta consulta tem me feito reviver os momentos de crise que já passei. Eu queria muito que as coisas melhorassem, mas não consigo ver como...*” (SIC-P (3))

Quais os tratamentos anteriores? Está ser acompanhada pelo psiquiatra Dr. Carlos Leitão, em consultas com o seu marido. Deste acompanhamento e segundo o psiquiatra, foi-lhe diagnosticada uma *depressão nervosa*, sendo-lhe receitado o anti-depressivo *Flouxetina Solipax* 20 mg, que lhe tem ajudado muito nestes últimos tempos.

Outras notas/observações: A P (3) refere ser diabética e que já foi sujeita a 7 operações cirúrgicas. Refere ainda necessitar de tomar medicamentos para conseguir dormir (medicamentos estes que já toma há 4 anos e que foram receitadas pelo Dr. Carlos Leitão).

Tabela 33 – Frequência das Consultas da P (3)

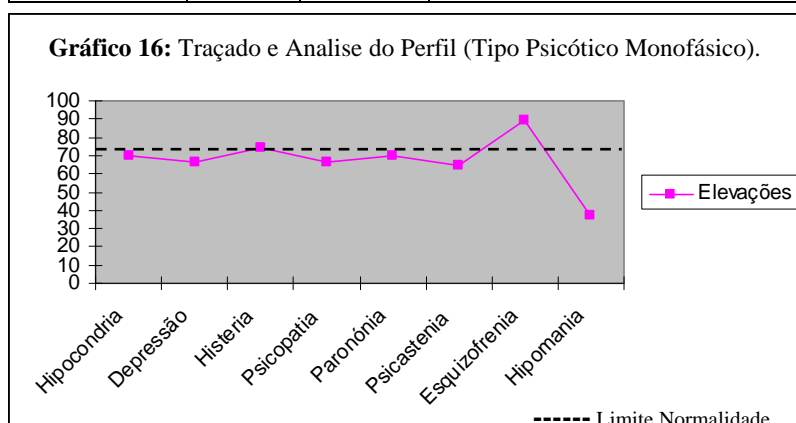
Data	Sumário da Consulta	Observações
<u>16/10/2006</u> <u>(10:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observação 2. Intervenção Psicoterapêutica (início) 3. Apresentação 4. Entrevista Clínica 5. Estabelecimento da relação terapêutica 	Observação
<u>30/10/2006</u> <u>(11:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção psicoterapêutica; 2. Entrevista Clínica (Continuação); <ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento actual com o marido; • Relacionamento com os filhos (genro e nora); • Explorar a percepção de si mesma; 3. Definição das áreas problemáticas; 	Acompanhamento Entrevista
<u>06/11/2006</u> <u>(11:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção psicoterapêutica; 2. Entrevista Clínica (Continuação); <ul style="list-style-type: none"> • Medicação actual e seus efeitos; • Dificuldades e áreas problemáticas actuais; • Expectativas em relação ao acompanhamento psicoterapêutico; • Ideações e comportamentos suicidas; 3. Avaliação Psicométrica: <i>Mini Mult</i>; 	Acompanhamento Entrevista Aval. Psicométrica
<u>20/11/2006</u> <u>(14:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção psicoterapêutica; 2. Entrevista Clínica (Continuação); <ul style="list-style-type: none"> • Nova medicação e seus efeitos; • Exploração do Plano Alimentar e controlo alimentar; • Identificação dos comportamentos impulsivos (pensamentos, emoções associados); • Métodos e estratégias para controlar impulsos alimentares; 3. Registo de auto-monitorização dos comportamentos, pensamentos e emoções relacionados com momentos de refeição; 	Acompanhamento Entrevista Monitorização
<u>28/11/2006</u> <u>(14:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista Clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Tempos-livres, Vida Social, Rotinas diárias 2. Verificação e Análise do Diário de auto-monitorização; 3. Abordagem e apresentação breve da técnica do relaxamento: <ul style="list-style-type: none"> • Conceitos/Principais indicações/Aprender a respirar; 4. Primeiras sugestões para a alimentação; 5. Entrega da tarefa para casa; 	Acompanhamento Entrevista Monitorização Relaxamento
<u>22/12/2006</u> <u>(14:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exploração das semanas anteriores: <ul style="list-style-type: none"> • Exames médicos; • Medicamentos; • Relacionamentos com familiares em Lisboa; • Alimentação 2. Preparação para a sessão de relaxamento; 3. Exercícios de respiração; 4. T.P.C. 	Acompanhamento Entrevista Monitorização Relaxamento
FIM DO PROCESSO TERAPÊUTICO		

-----RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA-----

As Escalas Clínicas e as suas Elevações

Neste relatório estão descritos o conteúdo e o significado das principais escalas que se destacam. Na **Tabela (34)** a seguir apresentada pode-se verificar também as pontuações T baixas, moderadas e elevadas e a sua relação. Contudo convém salientar que as características de cada escala podem assumir interpretações diferentes quando relacionadas umas com as outras.

Tabela 34 – As Escalas Clínicas, suas Elevações e o nível de Interpretação.			
Escalas	Elev. T	Nível	Análise
Hipocondria	70	Elevado	“Sujeitos imaturos, queixosos, exigentes, pessimistas, teimosos e manipuladores.”
Depressão	66	Moderado	“As descrições são de pessoas pessimistas, pouco interesse, em que a desesperança faz com que a desesperança faz com que se sintam desencorajados em relação ao trabalho e à vida em geral.”
Histeria	74	Elevado	“São descritos como imaturos, egocêntricos, exigentes, egoístas, sugestionáveis e amigáveis. As relações com os outros são superficiais, imaturas e narcisistas. Procuram através das emoções conseguir afeição e apoio. Têm grandes dificuldades em lidar com agressão e stress.”
Psicopatia	66	Moderado	
Paranóia	70	Moderado	“Aumento da susceptibilidade e os sentimentos de se achar de alguma forma prejudicados, com possibilidade de sugerir suspeição e ressentimento com base real ou imaginária. Estes sujeitos projectam a culpa e a hostilidade expressando os conteúdos agressivos de formas indirectas, envolvendo outras pessoas; apresentam suspeição, rigidez e hostilidade.”
Psicastenia	65	Moderado	“Com esta pontuação os sujeitos tendem a ser escrupulosos, autocríticos, perfeccionistas e moralistas. Existe ainda a possibilidade de grande ansiedade, tensão e preocupação.”
Esquizofrenia	89	Elevado	“As elevações que ultrapassam T-80 provavelmente se associam com um significativo transtorno do pensamento, que se completa com confusão e com ideias, crenças e acções estranhas”.
Hipomania	37	Baixo	“Estes sujeitos são descritos como apáticos, pessimistas, com baixa auto-estima, falta de energia e de iniciativa.”



Perfil Psicótico Monofásico: Revela ausência de mecanismos de defesa que impendem a quebra de contacto com o real, sendo portanto maior a gravidade da perturbação. É característico o “V paranóide” que significa a presença de delírios paranóides.

Códigos de Dois Pontos (Quarto nível de Interpretação)

A informação a seguir apresentada revela-se muito útil na elaboração, complementação e organização, de modo sucinto, do perfil completo, necessário e descritiva do tipo de funcionamento da personalidade dos sujeitos.

Código 38/83: Este código esta associado a uma acentuada perturbação emocional em que se observam ansiedade, depressão, tensão e inquietude. A ansiedade pode ser canalizada através da somatização com queixas de cefaleia, problemas gastrointestinais.

Estes sujeitos apresentam dificuldades de pensamento, concentração e memoria, com má capacidade de *insight*, podendo ter sintomas de confusão mental, desorientação e, eventualmente, pensamento delirante e perda de associação de ideias. Socialmente são alienados, esquizóides ou dependentes, por isso têm varias vezes conflitos em relação à necessidade de dependência, requerendo atracção e afecto, mas temendo serem rejeitados.

-----**FIM DO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**-----

A seguir apresentam-se dois gráficos e uma tabela representativos da avaliação pessoal da Evolução Psicoterapêutica da P (3), tendo em conta a manifestação da sintomatologia relacionada com compulsão alimentar e os sintomas de ansiedade ao longo do processo psicoterapêutico.

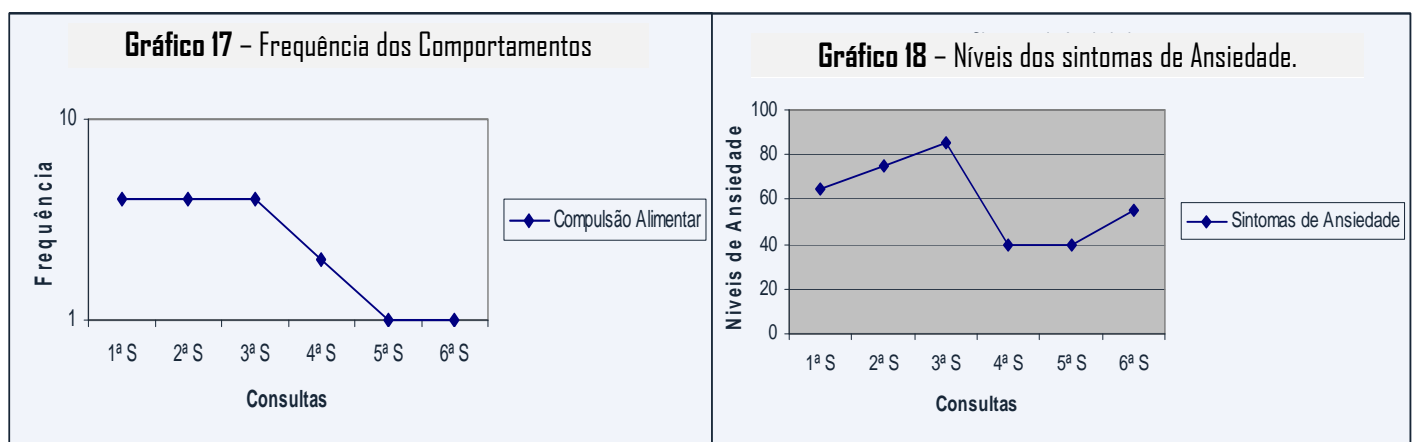


Tabela 35 – Avaliação da Evolução Psicoterapêutica da P (3) (Compulsão alimentar e os sintomas de ansiedade).

Consultas	Compulsão Alimentar	Sintomas de Ansiedade
1ª S	4	65
2ª S	4	75
3ª S	4	85
4ª S	2	40
5ª S	1	40
6ª S	1	55

- 1 - Não houve
 - 2 - Pelo menos 1/Semana
 - 3 - Houve + 2/Semana
 - 4 - Houve todos os dias
- 0-20 Não apresenta
 - 21-40 Apresenta Poucos
 - 41-60 Médio
 - 61-80 Apresenta alguns
 - 81-100 Apresenta Muitos

ACOMPANHAMENTO e INTERVENÇÃO: Caso nº 3

Informação geralNome: P (5)

Paciente nº

P5

Sexo:

MData de nascimento: 13/09/2001 (Jardim-de-Infância)**Tabela 36 – Frequência das Consultas do P (5)**

Data	Sumário da Consulta	Observações
<u>02/11/06</u> <u>(09:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação 2. Estabelecimento da relação terapêutica (com P (5) e os pais); 3. Início da recolha de informação (Anamnese); 4. Primeira observação dos comportamentos do P (5); 	Observação/Avaliação; Anamnese;
<u>09/11/06</u> <u>(09:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recolha de informação (Continuação) <ul style="list-style-type: none"> • Análise do repertório comportamental no Infantário; • Análise da dinâmica familiar (núcleo familiar); • Análise da influência de terceiros no núcleo familiar; • Avaliação da resposta comportamental do P (5) na ausência e presença dos pais e avó; 2. Primeira avaliação da hiperactividade através da: <ul style="list-style-type: none"> • Pintura de desenhos com formas limitadas; • Tarefas que exigem a utilização de funções cognitivas como: memória, atenção, raciocínio; 3. T.P.C: Desenho do menino no carro 	Acompanhamento; Observação/Avaliação; Anamnese/Entrevista.
<u>16/11/06</u> <u>(09:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exploração dos acontecimentos importantes da semana passada; 2. Entrevista Clínica (continuação – à mãe): <ul style="list-style-type: none"> • Ciclo sono-vigília (onde dorme, quantas horas, comportamentos); • Alimentação (do que gosta e não gosta); • Medos; 3. Introdução dos reforços positivos: <ul style="list-style-type: none"> • Poster dos DZRT/Desenhos para pintar em casa; 	Acompanhamento; Anamnese/Entrevista; Reforço positivo.
<u>27/11/06</u> <u>(11:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exploração dos acontecimentos importantes da semana passada; 2. Entrevista Clínica: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportamentos à hora das refeições e à hora de dormir; 3. Breve avaliação da função cognitiva: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificação de objectos, localização e denominação dos mesmos; ▪ Expressões faciais associadas aos familiares e situações específicas (comer, relacionamento familiar) ▪ Desenho da turma do Infantário; 4. Diários de monitorização: <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Comportamentos do P (5) às refeições”; ▪ “Registo de observação na hora de dormir”; 	Acompanhamento; Anamnese/Entrevista Avaliação Cognitiva; Desenhos

<u>14/12/06</u> <u>(14:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exploração dos acontecimentos importantes da semana passada: <ul style="list-style-type: none"> • Em casa; • No Infantário; 2. Verificação dos registos de monitorização <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ciclo sono-vigília; ▪ Alimentação; 3. Exercícios cognitivos (avaliação do DHDA): labirintos, puzzles...; 	Acompanhamento; Anamnese/Entrevista; Avaliação Clínica;
<u>10/01/07</u> <u>(11:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exploração dos acontecimentos importantes da semana passada: <ul style="list-style-type: none"> • Em casa; • No Infantário; 2. Avaliação psicométrica: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenho da família e da figura humana; ▪ Labirintos de Porteus; ▪ “Era Uma Vez...”; 3. Reforço Positivo; 	Acompanhamento; Avaliação Psicométrica; Reforço positivo;
<u>15/02/07</u> <u>(15:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exploração dos acontecimentos importantes da semana passada: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Em casa; ▪ No Infantário; 2. Avaliação Psicométrica (projectiva) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pata Negra; ▪ Desenho livre; 	Acompanhamento; Avaliação Psicométrica;
FIM DO PROCESSO TERAPÊUTICO		

MOTIVO DO PEDIDO DA CONSULTA: O pedido da consulta foi feita directamente ao Dr. Jorge Marques, tendo com principais motivos as queixas da Educadora de Infância do P (5), relativamente aos seus comportamentos problemáticos e disruptivos com os colegas do infantário. Tal como a mãe refere “*A educadora disse-nos que já tentou fazer de tudo com o P (5), mas não conseguiu resolver nada.*” (SIC). Foi por este motivo que a Educadora pede uma avaliação para verificar e diagnosticar ou não se o P (5) é ou não “hiperactivo” e que se confirmasse o pré-diagnóstico de “hiperactividade”, este fosse acompanhado por um psicólogo caso fosse necessário.

Quais as principais queixas dos pais? Segundo os pais do P (5), a mudança de comportamentos verifica-se principalmente no aspecto da obediência: “*É preciso dizer as coisas muitas vezes e ele mesmo assim teima em não obedecer, e às vezes temos que lhe dar algumas palmadas.*” (SIC-Pai); dos comportamentos agressivos para com os colegas do infantário: “*Ele agora anda sempre à bulha com mais dois colegas lá do infantário.*” (SIC-Pai), bem como e tal como a mãe refere “*em repostas de ansiedade, pois é só eu falar com ele que ele fica tremer muito e fica todo vermelho, cheio de medo e ainda nem cheguei perto dele.*” (SIC-Mãe).

Breve História Desenvimental

O P (5) é o primeiro dos dois filhos do casal (casados há mais ou menos 7 anos). De acordo com os dados recolhidos ao longo das consultas e das entrevistas o P (5) nasceu com 37 semanas, tinha o peso normal, sempre mamou bem, assim como tinha um ciclo normal de sono. Esteve sempre com a mãe até aos 4 meses, quando ela regressou ao trabalho, tendo ficado ao cuidado duma tia até aos 8 meses de idade. A partir desta idade foi integrado num infantário, até a idade actual. De acordo com a mãe, a integração do P (5) foi difícil no início, mas com o passar do tempo este habituou-se ao novo ambiente.

Quando questionada acerca da dependência/autonomia do filho a mãe revela que por exemplo, o filho desde que nasceu nunca dormiu uma noite completa no seu quarto. A mãe refere que sempre que tentaram muda-lo para o seu quarto durante a noite, ele acorda e chora até voltarem para a cama dos pais. Eles referem que, nos últimos dias, ele dorme algumas horas no quarto, mas frequentemente ele acorda a meio da noite e por saber que está sozinho no quarto, grita, chora e chama pelos pais.

Relativamente, à alimentação a mãe refere que quando ainda mamava, *“as coisas corriam bem, mas quando passamos para a comida sólida, ele nunca quis comer. Tinha sempre que passá-la, por ao contrário ele não conseguia engolir a comida. Aliás até agora ainda temos de passar a comida, senão ele passa horas a comer. Mastiga durante horas, mas nunca engole.”* (SIC-Mãe).

A mãe refere que a inquietude do filho aumentou depois do nascimento da irmã mais nova (dois anos), bem como todos os problemas com a alimentação, dependência/autonomia e respeito para com as regras.

Sendo assim, a intervenção será encaminhada no sentido de ajudar os pais a lidar com as dificuldades do momento, iniciando com a questão da alimentação e a passagem do filho para o seu próprio quarto. Posteriormente e perante uma recolha de informações e avaliação mais exaustiva serão delineadas outros objectivos, de modo a optimizar a intervenção e o sucesso do processo.



Desenho 1: Desenho livre.

Desenho 2: Formas limitadas para pintar.



Relatório Final

Data da Consulta: 10/01/07 (11:00) 15/02/07 (15:30)

Tipo de Consulta: Acompanhamento psicoterapêutico

Estas duas consultas serão apresentadas em conjunto pois apresentam os mesmos objectivos (avaliação cognitiva e projectiva) sendo também consideradas as duas últimas do processo devido mais uma vez a falta de comparência à consulta. Foi então considerado “*alta forçada*” dando deste modo fim ao processo terapêutico no final da consulta do dia 15/02/07.

No início de cada consulta fez-se uma exploração dos últimos e importantes acontecimentos em casa e no infantário. O P (5) veio acompanhado pelos pais e pela irmã. Durante o início da consulta (em que estavam todos a consulta), foi bastante difícil controlar o P (5), pois ele quase nunca esteve quieto, levantando-se da cadeira constantemente, contrariando todas as ordens dos pais e da estagiária. De referir que a irmã tornou-se também irrequieta, não podendo ser possível tê-los a todos no gabinete. Foi então pedido que os pais e a irmã esperassem fora do gabinete, de modo a iniciar a consulta com o P (5).

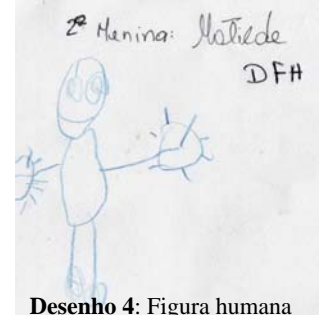
Logo após saírem, verificou-se uma modificação completa do comportamento do P (5), sendo que quase nunca se levantou da cadeira. No entanto quando o fazia e era repreendido, pedia desculpa e permanecia sentado. Ao longo das sessões foram propostas e desenvolvidas algumas actividades, às quais o P (5) participou sem quaisquer dificuldades.

Após as actividades e antes de terminar a sessão foi necessário falar com os pais, de modo a ser comunicado o fim do processo terapêutico, devido às sucessivas faltas de comparência e falta de motivação por parte dos pais. Durante toda conversa somente a mãe falou, sendo necessário dirigir-se directamente ao pai para pedir a sua opinião. Segundo ele: “*Eu tenho que ser verdadeiro. Como a mãe esta a trabalhar e não o pode trazer, tenho de ser eu. E como eu faço à noite, não posso vir sempre. Para ser sincero desde que sai do trabalho hoje, ainda não dormi. E não estou para estas coisas.*” (Pai).

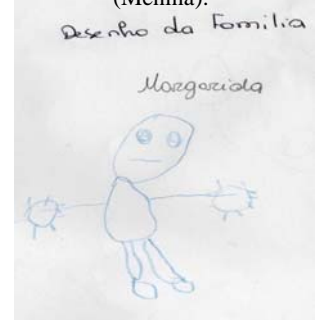
No entanto, antes da consulta terminar foi abordada com os pais a questão da responsabilidade relativamente à componente educativa (comportamental e emocional) dos filhos, neste caso particular do P (5), sendo que a procura de “ajuda extra” (infantário, amas, psicólogos) seria somente um complemento e auxílio à sua tarefa de



Desenho 3: Figura humana (Rapaz).



Desenho 4: Figura humana (Menina).



Desenho 5: Desenho da Família.



Desenho 6: Desenho da Arvore.

educar os filhos e nunca uma substituição da mesma. Isto quer dizer, que foi aos pais que apesar do P (5) ter sido acompanhado por um psicólogo não significava que ficaria imediatamente “melhor”, mas que isto poderia vir a acontecer caso os pais participassem e permitissem que estas mudanças acontecessem. O que significa que em primeiro lugar, deveria haver uma mudança no seio do casal (na maneira como se comportam à frente dos filhos) para que depois esta mudança permita modificações nos comportamentos dos filhos (a autoridade e praticas parentais que apresentam).

Sendo assim, o processo de intervenção foi finalizado, comunicando aos pais que os resultados da intervenção seriam entregues assim que estivessem prontos. Antes de terminar, assegurou-se aos pais que o processo terminara devido à falta de comparência da sua parte, e que seria necessário uma primeira responsabilização pelas melhorias do filho, principalmente pela modificação do ambiente familiar (praticas parentais).

FIM DO PROCESSO TERAPÊUTICO DEVIDO ÀS SUCESSIVAS FALTAS DE PRESENÇA

ACOMPANHAMENTO e INTERVENÇÃO: Caso nº 4

Informação geral					
Nome: <u>P (6)</u>	Paciente nº	P6	Sexo: F	Data de nascimento: <u>25/11/1957</u>	Estado Civil: <u>Casada</u>
Profissão: <u>Empregada de limpeza das Correias</u>		Peso: <u>101,1 kg</u>	Altura: <u>1,50 cm</u>	IMC: <u>45,7</u>	

Tabela 37 – Frequência das Consultas do P (6)

Data	Sumário da Consulta	Observações
<u>02/11/06</u> <u>(11:15)</u>	<ol style="list-style-type: none"> Intervenção Psicoterapêutica; Apresentação e Estabelecimento da Relação Terapêutica; 	Acompanhamento
<u>06/11/06</u> <u>(09:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> Fortalecimento da relação terapêutica Avaliação dos comportamentos depressivos e suicidas através da entrevista clínica: <ul style="list-style-type: none"> Em que consistem os comportamentos depressivos; Identificação dos antecedentes e consequências (Situações e Pensamentos); Risco do suicídio/ideações suicidas; Avaliação psicométrica (início): <ul style="list-style-type: none"> Questionário <i>Mini-Mult</i>; Apoio emocional/Contrato Psicológico; 	Acompanhamento Entrevista Clínica Avaliação psicométrica
<u>13/11/06</u> <u>(09:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> Intervenção Psicoterapêutica; Verificação e análise dos diários de auto-monitorização <ul style="list-style-type: none"> “Diários das Situações” (Anexo A1); “Auto-conhecimento” (Anexo A2) “A minha Imagem” (Anexo A3) Recolha de informação acerca da relação conjugal: 	Acompanhamento Apoio Emocional Entrevista Clínica Avaliação psicométrica

- Comunicação; Discussões;
- 4. Avaliação psicométrica (depressão):
 - IACLIDE (Inventário de Avaliação Clínica da Depressão);
- 5. Exploração de alguns itens do IACLIDE:
 - Autonomia;
 - Risco de suicídio;
- 6. Breve introdução aos Pensamentos Automáticos Negativos;
- 7. Apoio Emocional (por causa da proximidade da viagem da filha para o Líbano, numa missão do Exército);

Drop-out (Desistência) do processo terapêutico

MOTIVO DO PEDIDO DA CONSULTA: Intervenção e acompanhamento psicoterapêutico a pedido da nutricionista. Segundo a mesma a P (6) demonstra algum descontrolo alimentar e episódios de ingestão compulsiva, pois “*quando estou em casa não paro de comer, sobretudo quando estou mais alterada.*” (SIC-P6). De acordo com a nutricionista existem de igual forma alguns problemas emocionais e/ou familiares que podem estar a influenciar negativamente no processo terapêutico de perda e manutenção do peso.

De acordo com os dados recolhidos pela nutricionista, a P (6) começou a engordar há mais ou menos 14 anos, desde que lhe foram extraídos os ovários e o útero. Já tinha frequentado as consultas de nutricionismo, conseguiu emagrecer alguns quilos, mas com o passar do tempo acabou por desistir por falta de motivação para continuar o processo. Desta vez, apresenta-se no Serviço de Nutrição e Actividade Física com o propósito “*de não só perder peso, mas também ser ajudada nalguns problemas pessoais que tenho*” (SIC-P6).

Tabela 38 – As Escalas Clínicas, suas Elevações e o nível de Interpretação.

Escalas	Elev. (T)	Nível	Análise
Depressão	85	Elevado	Satisfaz os critérios diagnósticos para o quadro depressivo. “ <i>São sujeitos descritos como apáticos, pessimistas, auto punitivos, preocupados e retraídos.</i> ”
Histeria	60	Moderado	“ <i>O sujeito sente necessidade de se apresentar de forma favorável apesar de ser descrito como ingênua e egocêntrica. Carecem de insight em relação a si próprios e com os outros, acabam por ser manipuladas, para satisfação das suas necessidades pessoais.</i> ”
Paranóia	80	Elevado	“ <i>As mulheres são caracterizadas como sensíveis e emocionais, bondosas, mas dependentes, submissas e com pouca confiança nelas próprias.</i> ”
Psicastenia	60	Moderado	“ <i>Com esta pontuação os sujeitos tendem a ser escrupulosos, autocríticos, perfeccionistas e moralistas. Existe ainda a possibilidade de grande ansiedade, tensão e preocupação.</i> ”
Esquizofrenia	90	Elevado	“ <i>As elevações que ultrapassam T-80 provavelmente se associam com um significativo transtorno do pensamento, que se completa com confusão e com ideias, crenças e acções estranhas.</i> ”
Hipomania	45	Baixo	“ <i>Os sujeitos são descritos como apáticos, pessimistas, com baixa auto estima, falta de energia e de iniciativa.</i> ”

Quais as principais queixas do paciente, tal como ele as formula?

Relativamente às queixas da paciente, a mesma refere que tem vindo a atravessar um momento difícil na sua vida, mas ela menciona que “*estes problemas já existem há muito tempo e tem sido cada vez mais difícil de aguentar e é por isso que me sinto muito triste e deprimida*” (SIC-P6). Ao ser questionada acerca do termo “deprimida” a P (6) refere que “*Estou muitas vezes a chorar por tudo e por nada e estou muito em baixo*” (SIC).

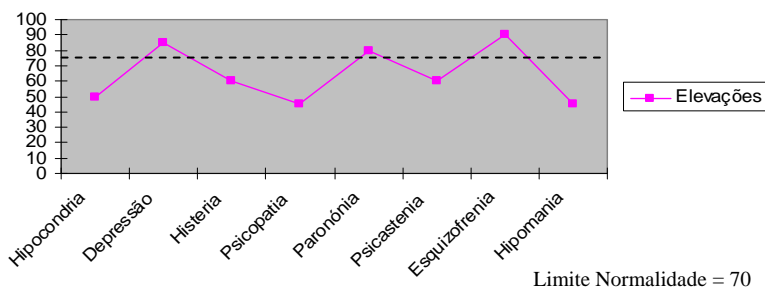
-----**RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**-----

As Escalas Clínicas e as suas Elevações (Mini Mult)

Neste relatório estão descritos o conteúdo e o significado das principais escalas que se destacam. Na **Tabela (38)** a seguir apresentada pode-se verificar também as pontuações T baixas, moderadas e elevadas e a sua relação. Contudo convém salientar que as características de cada escala podem assumir interpretações diferentes quando relacionadas umas com as outras.

Desta avaliação obteve-se o perfil e os seguintes códigos: 28/82 (considerando a combinação das elevações de duas escalas). De acordo com o manual de cotação e interpretação (Gouveia e Alves, s/d), este código pode indicar perturbação séria no contacto com a realidade. São pessoas ansiosas, retraídas e irritáveis, podendo haver características anti-sociais e de suspeição (desconfiança). Apresentam dificuldades de concentração e memória, pensamento confuso, sentimentos de desamparo e desvalorização. Revelam ainda queixa de depressão, ansiedade, insónia, fadiga e perda de memória e tonturas. A seguir apresenta-se o perfil desta paciente:

Perfil psicótico Bifásico: Elevação da tríade neurótica e elevação maior da tríade psicótica. Quando a escala Sc (Esquizofrenia) é a mais elevada está-se na presença de “esquizofrénicos delirantes”. Esta condição revela que existem mecanismos de defesa que impedem a quebra de contacto com o real, sendo que quando há elevação em D (depressão) indica consciência do problema.

Gráfico 19 · Traçado e Análise do Perfil (Tipo Psicótico Bifásico)

Neste sentido e após a recolha destes resultados seguir-se-á a avaliação da depressão através do IACLIDE, para se confirmar o diagnóstico de perturbação depressiva, sendo que caso seja confirmado seguir-se-á a elaboração de um plano terapêutico de intervenção de modo a tratar os sintomas mais imediatos e incapacitantes.

Quadro 4 – Resultado Globais do IACLIDE P (6)

RESULTADOS GLOBAIS			
Nota global da depressão		Grau de gravidade	
49		Moderada	
Grupos de sintomas		Incapacidades	
Biológicos	2,667	Vida em geral	1,130
Cognitivos	2,000	Vida de trabalho	0,123
Inter-pessoais	3,000	Vida social	2,531
Desemp. de tarefa	1,000	Vida familiar	2,308
		Factores	
		F1	-0,186
		F2	0,813
		F3	3,562
		F4	3,007
		F5	3,938
		Nome	P (6)
		Idade	49

Nesta avaliação foi feita uma breve análise dos itens do IACLIDE, principalmente no que se refere aos itens relacionados com os pensamentos/actos suicidas e comportamentos de autonomia. Concluiu-se, e tal como se verifica nos resultados do instrumento a paciente apresenta níveis de depressão, que se manifestam de forma incapacitante em diversas áreas da sua vida (relacional, profissional e familiar), bem como presença de pensamentos e actos de morte/suicídio.

Neste sentido, as principais preocupações neste processo terapêutico prendem-se com a intervenção imediata nestes pensamentos automáticos negativos, de modo a diminuir e prevenir o risco de suicídio. Esta intervenção teria um carácter cognitivo-comportamental, em que seriam abordados as questões relacionadas com a tríade cognitiva característica da depressão. No entanto, verificou-se que a P (6) não se apresentou mais às consultas (após ter pedido que uma consulta fosse adiada devido a questões pessoais) e após terem sido enviadas algumas cartas (no nome do Hospital) a remarcar novas consultas, o processo terapêutico foi encerrado, assumindo-se uma desistência.

ACOMPANHAMENTO e INTERVENÇÃO: Caso nº 5

Informação geral				
Nome: P (7)	Paciente nº: 7	Sexo: F	Data de nascimento: 01/04/1946 (60 anos)	
Estado Civil: Casada	Peso: 75 kg	Altura: 1,45 m	IMC: 35,7	Profissão: Doméstica

Tabela 39 – Frequência das Consultas do P (7)

Data	Sumário da Consulta	Observações
<u>07/11/06</u> <u>(11:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecimento da relação terapêutica 2. Apresentação 3. Início da recolha de informação (Entrevista Clínica) 4. Apoio emocional 	Acompanhamento Inter. Psicoterap. (início) Entrevista Clínica
<u>13/11/06</u> <u>(11:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exploração dos acontecimentos/situações da semana anterior; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Correção da Tarefa para Casa: “Auto-conhecimento”; 2. Recolha de informação (Entrevista Clínica): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relacionamento conjugal; 3. Avaliação e análise da auto-estima: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Necessidade de aprovação e opinião dos outros; ▪ Dependência/autonomia; 5. Exploração de pensamentos, ideias e comportamentos suicidas; 6. T.P.C: (“Auto-conhecimento”); 	Acompanhamento Inter. Psicoterap. Entrevista Clínica Auto-conhecimento Auto-estima Ideações e comportamentos suicidas

<u>21/11/06</u> <u>(09:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exploração dos acontecimentos/situações da semana anterior; 2. Correção da Tarefa para Casa; <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Auto-conhecimento”; 1. Avaliação e análise da auto-estima: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conceito/Importância; ▪ Vantagens e desvantagens; 5. T.P.C: (“Registo de auto-monitorização”); 	Acompanhamento Inter. Psicoterap. Entrevista Clínica Auto-conhecimento Auto-estima
<u>28/11/06</u> <u>(10:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exploração dos acontecimentos/situações da semana anterior; 2. Correção da Tarefa para Casa; <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Registo de auto-monitorização”; 3. Entrevista Clínica <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relacionamento com o marido e outras pessoas; 4. Avaliação e análise da auto-estima: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abordagem dos pensamentos e emoções; ▪ Estabelecimento de diferenças entre os pensamentos e as emoções; ▪ Análise e identificação de pensamentos e emoções relacionados com situações específicas do seu dia-a-dia com o marido; 5. Avaliação psicométrica <ul style="list-style-type: none"> ▪ IACLIDE 6. T.P.C: (“Registo de auto-monitorização”); 	Acompanhamento Inter. Psicoterap. Entrevista Clínica Auto-monitorização Auto-estima Avaliação Psicométrica
<u>07/12/06</u> <u>(14:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Correção da Tarefa para Casa; <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Registo de auto-monitorização”; 2. Avaliação e análise da auto-estima: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Início do Treino de Competências Sociais; 3. Preparação para a alta (a pedido da paciente); 4. T.P.C. 	Acompanhamento Inter. Psicoterap. Entrevista Clínica Auto-monitorização Auto-estima Avaliação Psicométrica
<u>29/12/06</u> <u>(14:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificação e análise das tarefas de casa; 2. Avaliação do estado actual; 3. Alta (a pedido da paciente); 	Alta
FIM DO PROCESSO TERAPÊUTICO		

Motivos da Consulta/ Principais queixas do Paciente: A P (7) procura a consulta de psicologia porque *“Tive alguns problemas ao longo da minha vida que me tornaram assim como sou. Não sou a coitadinha, não quero ser a coitadinha. Quero viver a vida com optimismo, ter uma auto-estima alta e não rebaixada como tenho. Queria ser auto-suficiente e ter a minha própria autonomia.”* (SIC)

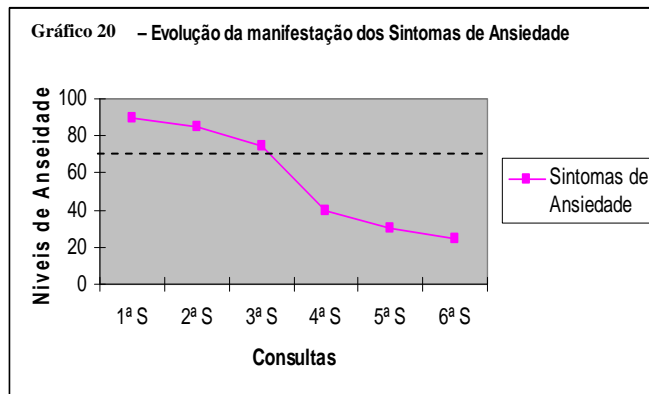
Outro motivo prende-se com as dificuldades que tem atravessado ao longo dos anos no seu relacionamento íntimo com o seu marido. Sentiu-se sempre *“rebaixada e humilhada”* pelo marido.

Quais as expectativas do paciente em relação ao processo terapêutico?

“Quero viver a vida com optimismo, ter uma auto-estima alta e não rebaixada como tenho. Queria ser auto-suficiente e ter a minha própria autonomia.” (SIC). A seguir é apresentado um gráfico representativo da avaliação feita a este processo terapêutico, tendo em conta não só a observação feita à evolução da paciente, como também das verbalizações da mesma relativamente ao seu progresso.

Quadro 5 – Resultado Globais do IACLIDE P (7).

RESULTADOS GLOBAIS			
Nota global da depressão	Grau de gravidade	Factores	
24	Leve	F1	1,829
Grupos de sintomas		F2	0,581
Biológicos	1,667	F3	0,491
Cognitivos	0,800	F4	0,228
Inter-pessoais	0,333	F5	0,699
Desemp. de tarefa	1,250	Nome	
Incapacidades		P (7)	
Vida em geral	0,873	Idade	
Vida de trabalho	1,088	61	
Vida social	2,010		
Vida familiar	1,330		



ACOMPANHAMENTO e INTERVENÇÃO: Caso nº 6

Informação geral					
Nome: P (11)	Paciente nr. 11	Sexo F	DN: 05/07/1954 (52 anos)	Estado Civil: C	Profissão: Reformada

Tabela 40 – Frequência das Consultas do P (11)

Data	Sumário da Consulta	Observações
<u>03/04/07</u> <u>(14:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> Estabelecimento da relação terapêutica; Entrevista Clínica: <ul style="list-style-type: none"> Estado actual; História clínica e de saúde/História nutricional; Avaliação Psicométrica: <i>Mini-Multi</i>; Apoio Emocional; T.P.C. 	Acompanhamento Inter. Psicoterapêutico (início) Entrevista Clínica Avaliação Psicométrica
<u>12/04/07</u> <u>(14:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> Entrevista Clínica: <ul style="list-style-type: none"> Avaliação do estado actual; História clínica e de saúde (antecedentes); Avaliação clínica: <ul style="list-style-type: none"> Padrão de sentimentos e pensamentos; Comportamentos Compulsivos; Sintomas de ansiedade; Apoio Emocional; Registo de auto-monitorização. 	Acompanhamento Psicoterapêutico Entrevista Clínica Registo de auto-monitorização

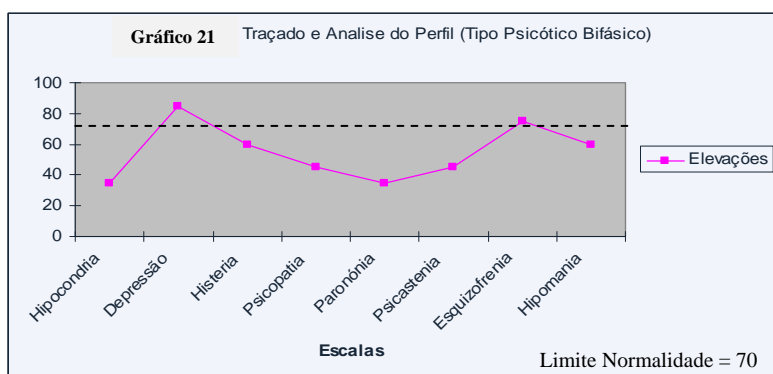
Drop-out (Desistência) do processo terapêutico

Motivos da Consulta/ Principais queixas da Paciente: A P (11) vem à consulta de Psicologia para a realização de Avaliação Psicológica, como um procedimento de rotina do Programa PESO Saudável, em que participa. A avaliação, e possível acompanhamento são reforçados e recomendados pela sua nutricionista que alerta a existência de comportamentos de compulsão alimentar que estão a influenciar (negativamente) o processo terapêutico nutricional e o estado de saúde (físico e emocional) da paciente.

Expectativas do paciente em relação ao processo terapêutico? Tratando-se de uma consulta de avaliação psicológica rotineira, não era necessário a recolha de informações relativamente expectativas da paciente. No entanto, como a P (11) demonstrou vontade em continuar o processo na forma de acompanhamento, quando questionada com esta questão ela responde: “*Se tivesse a chance de ser acompanhada seria muito bom para mim. Tenho passado por algumas situações que penso precisar de ajuda. E acho que me podem ajudar*” (SIC-P11).

-----RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA-----

As Escalas Clínicas e as suas Elevações: Neste relatório estão descritos o conteúdo e o significado das principais escalas que se destacam. Desta avaliação obteve-se um perfil e os seguintes códigos: 28/82 (considerando a combinação das elevações de duas escalas). De acordo com o manual de cotação e interpretação (Gouveia e Alves, s/d), este código pode indicar perturbação séria no contacto com a realidade. São pessoas ansiosas, retraídas e irritáveis, podendo haver características anti-sociais e de suspeição (desconfiança). Apresentam dificuldades de concentração e memória, pensamento confuso, sentimentos de desamparo e desvalorização. Revelam ainda queixa de depressão, ansiedade, insónia, fadiga e perda de memória e tonturas.



Perfil psicótico Bifásico: Elevação da tríade neurótica e elevação maior da tríade psicótica. Quando a escala Sc (Esquizofrenia) é a mais elevada está-se na presença de “esquizofrénicos delirantes”. Esta condição revela que existem mecanismos de defesa que impedem a quebra de contacto com o real, sendo que quando há elevação em D (depressão) indica consciência do

problema. Na **Tabela (41)** a seguir apresentada pode-se verificar também as pontuações T baixas, moderadas e elevadas e a sua relação.

Tabela 41 – As Escalas Clínicas, suas Elevações e o nível de Interpretação.

Escalas	Elev. (T)	Nível	Análise
Depressão	75	Elevado	Satisfaz os critérios diagnósticos para o quadro depressivo. “São sujeitos descritos como apáticos, pessimistas, auto punitivos, preocupados e retraídos”.
Histeria	65	Moderado	“O sujeito sente necessidade de se apresentar de forma favorável apesar de ser descrito como ingénuo e egocêntrico. Carecem de insight em relação a si próprios e com os outros, acabam por ser manipuladas, para satisfação das suas necessidades pessoais.”
Esquizofrenia	90	Elevado	“As elevações que ultrapassam T-80 provavelmente se associam com um significativo transtorno do pensamento, que se completa com confusão e com ideias, crenças e acções estranhas”.
Hipomania	65	Moderado	“Quanto mais a elevação se acentua mais se torna difícil distinguir entre uma pessoa dita normal, energética e ambiciosa, de um sujeito hipomaniaco”.

ACOMPANHAMENTO e INTERVENÇÃO: Caso nº 7

Informação geral					
Nome:	P (12)	Paciente nr.	12	Sexo	F
Data de nascimento:	05/07/1954 (52 anos)				
Estado Civil:	C	Profissão:	Empregada Fabril	Peso (A):	73 kg
Altura:	1,59 cm		IMC:	28,9 (Excesso de Peso)	

Tabela 42 – Frequência das Consultas do P (12)

Data da consulta	Sumário da Consulta	Observações
<u>02/04/07 (09:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecimento da relação terapêutica; 2. Entrevista Clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Estado actual; • História clínica e de saúde/História nutricional; 3. Avaliação Psicométrica: <i>Mini-Multi</i>; 4. Apoio Emocional; 5. T.P.C. 	<p>Acompanhamento Inter. Psicoterapêutico (início) Entrevista Clínica Avaliação Psicométrica</p>
<u>11/04/07 (11:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista Clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do estado actual; • História clínica e de saúde (antecedentes); 2. Avaliação clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Padrão de sentimentos e pensamentos; • Pensamentos comportamentos de suicídio; • Sintomas de Depressão (IACLIDE); 3. Apoio Emocional; 4. Registo de auto-monitorização. 	<p>Acompanhamento Psicoterapêutico Entrevista Clínica Avaliação Clínica Registo de auto-monitorização</p>
<u>02/05/07 (14:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista Clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Acontecimentos do quotidiano; • Relacionamento com os familiares (pais); 2. Avaliação clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Luto Patológico; • Depressão; 3. Apoio Emocional; 4. Registo de auto-monitorização. 	<p>Acompanhamento Psicoterapêutico Entrevista Clínica Avaliação Clínica Registo de auto-monitorização</p>
<u>30/05/07 (14:30)</u>	Intervenção no Luto Patológico (Anexo A1 e B)	Intervenção
Interrupção do processo terapêutico (Final do Estágio Curricular)		

Motivos da Consulta/ Principais queixas da Paciente: A P (12) vem à consulta de Psicologia para a realização de Avaliação Psicológica, como um procedimento de rotina do Programa PESO Saudável, em que participa. Vem acompanhada do marido e da filha, que também participam no programa de emagrecimento saudável.

Expectativas do paciente em relação ao processo terapêutico? Após a consulta de avaliação a P (12) demonstrou vontade em continuar o processo na forma de acompanhamento, sendo que quando questionada (à frente do marido e da filha), ela refere “timidamente” que sim: “*acho que todos concordam que devo ser acompanhada por um psicólogo. As coisas não andam bem e acho que podem piorar.*” (SIC-P12).

-----**RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**-----

As Escalas Clínicas e as suas Elevações

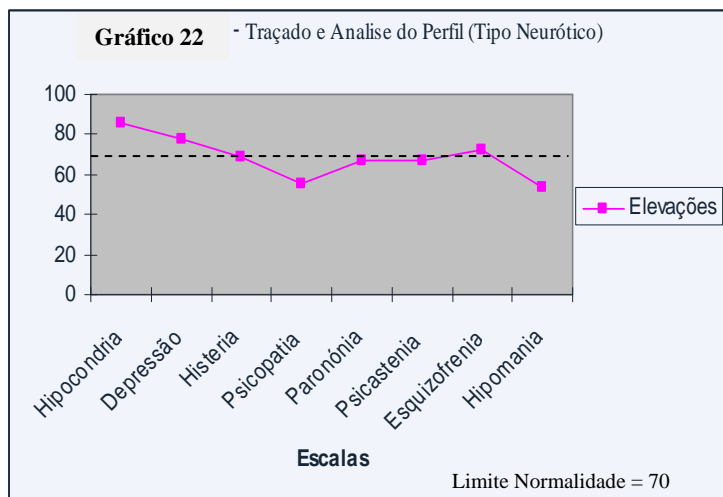
Neste relatório estão descritos o conteúdo e o significado das principais escalas que se destacam. Desta avaliação obteve-se um perfil e os seguintes códigos: 38/83 (considerando a combinação das elevações de duas escalas). De acordo com o manual de cotação e interpretação (Gouveia e Alves, s/d), este código está associado a uma acentuada perturbação emocional em que se observam ansiedade, depressão, tensão e inquietação. A ansiedade pode ser canalizada através da somatização, com queixas de cefaleia, problemas gastrointestinais, etc.

Socialmente são alienados, esquizóides ou dependentes por isso têm muitas vezes conflitos em relação à necessidade de dependência, requerendo atracção e afecto, mas temendo serem rejeitados. Neste caso, como a escala 3 é bem mais alta que a 8 com F menor que T=70, exclui-se esquizofrenia (Ver **Tabela 43**).

Tabela 43 – As Escalas Clínicas, suas Elevações e o nível de Interpretação.

Escalas	Elev. (T)	Nível	Análise
Hipocondria	86	Elevado	<i>"Sujeitos imaturos, queixosos, exigentes, pessimistas, teimosos e manipuladores."</i>
Depressão	78	Elevado	Satisfaz os critérios diagnósticos para o quadro depressivo. <i>"São sujeitos descritos como apáticos, pessimistas, auto punitivos, preocupados e retraídos".</i>
Histeria	69	Moderado	<i>"O sujeito sente necessidade de se apresentar de forma favorável apesar de ser descrito como ingénuo e egocêntrico. Carecem de insight em relação a si próprios e com os outros, acabam por ser manipuladas, para satisfação das suas necessidades pessoais."</i>
Paranóia	67	Moderado	<i>"Aumento da susceptibilidade e os sentimentos de se achar de alguma forma prejudicados, com possibilidade de sugerir suspeição e ressentimento com base real ou imaginária. Estes sujeitos projectam a culpa e a hostilidade expressando os conteúdos agressivos de formas indirectas, envolvendo outras pessoas; apresentam suspeição, rigidez e hostilidade."</i>
Psicastenia	67	Moderado	<i>"Com esta pontuação os sujeitos tendem a ser escrupulosos, autocríticos, perfeccionistas e moralistas. Existe ainda a possibilidade de grande ansiedade, tensão e preocupação."</i>
Esquizofrenia	72	Moderado	<i>"Sujeitos com funcionamento neurótico que apresentam interesses mais abstractos, abordam as tarefas de um forma inovadora, sem envolvimento, apresentando muitas vezes alienação ou traços psicóticos."</i>

A seguir apresenta-se o perfil desta paciente: Tendo em conta o historial clínico de depressão, decidiu-se aprofundar a avaliação clínica nesse sentido. Sendo assim, nas próximas consultas far-se-á uma nova avaliação psicométrica (IACLIDE), bem como uma entrevista clínica estruturada com base nos critérios delineados do DSM IV TR (2000).



Quadro 6 – Resultado Globais do IACLIDE P (12).

RESULTADOS GLOBAIS			
Nota global da depressão	Grau de gravidade	Factores	
51	Moderada	F1	1,988
Grupos de sintomas		F2	2,118
Biológicos	2,500	F3	1,412
Cognitivos	2,400	F4	1,835
Inter-pessoais	1,667	F5	1,639
Desemp. de tarefa	1,750	Nome	
Incapacidades		P (12)	
Vida em geral	1,319	Idade	
Vida de trabalho	1,713	40	
Vida social	2,995		
Vida familiar	2,435		

FIM DO RELATÓRIO

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: Caso nº 8

Informação geral

Nome: P (9) **Idade:** 7 anos **Sexo:** Masculino **Ano de escolaridade:** 2º ano (T. Mista)

I. Breve descrição da criança/problema/motivo:

O P (9) apresentou-se na consulta de Psicologia, no dia 02 de Fevereiro de 2007 com a mãe (e desde então vem sendo acompanhado e avaliado), a pedido da Escola para a realização de uma Avaliação Psicológica, tendo como principais motivos os seguintes:

1. Dificuldades na aquisição da matéria escolar do 2º ano, assinaladas pela professora, principalmente no que se refere às capacidades de leitura/interpretação, escrita e raciocínio matemático;
2. Suspeitas de PHDA (Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção), pois de acordo com a mãe “o P (9) em casa nunca consegue estar quieto, está sempre a mexer-se”, enquanto que na escola e apesar de não apresentar comportamentos de hiperactividade, manifesta sintomas de défice de atenção (falta de atenção que o prejudica na realização dos trabalhos escolares);
3. Suspeitas de Dislexia (por parte da mãe que o acompanha), pois segundo o seu relato sempre apresentou dificuldades/confusão relativamente à aprendizagem e utilização de determinados (ex.: b e d; p e q);

Neste sentido fazer um despiste de um quadro de Dislexia e PHDA, bem como melhorar o seu rendimento académico foram os principais motivos do pedido de Avaliação Psicológica.

II. Dinâmica Familiar

O P (9) é o segundo filho dos três filhos do casal (tem um irmão mais velho de 9 anos e uma irmã mais nova de 1 ano), dos quais, segundo a mãe, não apresentam quaisquer problemas.

De acordo com a informação recolhida através da entrevista com a mãe, considera-se que o P (9) provém de uma família estruturada, em que se destacam boas relações familiares (tanto com os pais, como entre irmãos), sendo que a mãe refere que não existem problemas maiores na família. De referir somente, que tendo em conta a situação profissional do pai (motorista), este passa muito tempo fora de casa (está com a família geralmente aos fins-de-semana). Esta situação, de algum modo, permitiu com que o P (9) muitas vezes preferisse dormir com a mãe quando o pai não está presente, sendo que até aos 5 anos assim o fez, sob o consentimento da mãe.

III. Procedimentos da Avaliação Psicológica

Em primeiro lugar foi realizada uma entrevista anamnésica com o intuito de recolher o maior número de informações pertinentes relativas ao processo desenvolvimental do P (9). Esta anamnese foi feita por completo com a mãe, sendo que o pai somente compareceu a uma consulta devido à sua situação profissional.

Nas consultas de avaliação e observação directa com o P (9), foi-lhe pedido que fizesse desenhos livres, em que na maior parte das vezes ele desenha “um bosque, com muitas árvores”, apresentando traços finos, em que sempre utilizou os lápis de cor à sua disposição. Após a realização dos desenhos sempre foi-lhe pedido que explicasse o conteúdo, ao qual ele fez sem quaisquer dificuldades.

Foram colocadas algumas questões à mãe, no sentido de averiguar a presença, tanto de critérios de PHDA como de Dislexia, segundo o DSM IV TR, já que a mãe havia referido essas preocupações apresentadas tanto por ela, como pela professora do P (9), logo no início do processo psicoterapêutico.

Desde a primeira consulta que foram realizadas alguns exercícios de leitura e escrita (regulares e não-estruturados), de modo a serem estabelecidas as primeiras hipóteses de avaliação e diagnóstico.

A partir destas hipóteses decidiu-se e foram então aplicados os seguintes instrumentos e provas de avaliação:



Desenho 8 – Desenho da Árvore.

- **Matrizes Progressivas Coloridas de Raven:** conjunto de escalas não-verbais destinadas a avaliar a aptidão da criança para apreender relações entre figuras e desenhos geométricos e perceber a estrutura do desenho a fim de seleccionar a parte apropriada (entre várias) que completa cada padrão ou sistema de relações (avaliação da inteligência não verbal);
- **Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC III):** bateria de testes, aferida à população portuguesa, que visa avaliar o desempenho cognitivo da criança, relativamente às suas capacidades verbais e perceptivo-motoras (capacidade de realização e manuseamento visuo-espacial), de acordo com um conjunto específico de condições já definidas.

IV. Comportamento e atitudes do P (9) ao longo das avaliações

Durante as avaliações, o P (9) cooperou e manifestou interesse na realização das tarefas propostas, sendo que respeitou sempre as indicações e recomendações que foram dadas. Ele apresentou-se sempre seguro das suas respostas, mesmo nas situações em que estas revelavam-se, posteriormente, como incorrectas/inadequadas (não demonstrando quaisquer sintomas de ansiedade).

De referir ainda, que na execução de algumas tarefas, o P (9) não revelou qualquer lentidão, sendo que algumas vezes até manifestava impulsividade (“*Ai, isto é muito difícil, não vou conseguir fazer.*”), acabando por realizar a maioria destas tarefas.

Foi possível constatar, que algumas vezes, o P (9) apresentava alguma desatenção durante a realização das tarefas, o que sempre resultava numa resposta incorrecta, sendo que quando solicitado (e prestava atenção) respondia/realizava a dita tarefa correctamente.

V. Avaliação Cognitiva

No que se refere à apresentação dos resultados obtidos da avaliação realizada, esta será feita de forma qualitativa, omitindo-se quaisquer resultados quantitativos.

Em primeiro lugar, e em relação à avaliação feita através das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, os resultados permitem-nos concluir que o P (9) apresenta uma Capacidade Intelectual (não-verbal) dentro da média considerada “normal”, sendo que os resultados indicam que existe uma correspondência entre a idade mental e a idade cronológica. Esta análise mostra que o P (9) apresenta uma capacidade de estruturação espacial e representação mental adequada à idade.

No entanto e relativamente à WISC III, de um modo geral, o P (9) apresenta um funcionamento intelectual abaixo do nível esperado para a sua idade. Num grau mais específico, o P (9) revela alguma heterogeneidade nos resultados, na medida em que destaca-se (positivamente), ainda que minimamente, nas provas de realização que fazem apelo às capacidades perceptivo-motoras (ex.: cubos e disposição de objectos), em detrimento das todas provas de carácter

verbal (em que apresenta resultados muito abaixo da media esperada). Deste modo e apesar dos resultados obtidos, apontam-se os seguintes pontos fortes do P (9): memória, acuidade visual, percepção visual, manipulação de objectos e destreza motora.

No que se refere à área social, o P (9) parece possuir as capacidades de juízo prático, compreensão e adaptação a situações sociais, bem um comportamento social aceitável e eficaz.

As áreas menos desenvolvidas (e que merecem muita da nossa atenção) encontram-se ao nível da compreensão e na capacidade de estabelecimento de relações conceptuais, o que denota dificuldades na utilização do raciocínio abstracto. Outra área deficitária (tal como foi assinalada pela mãe e professora) trata-se do nível linguístico, que revela uma pobreza no tipo de vocabulário empregue e ainda uma fluidez e compreensão verbal diminutas. Do mesmo modo, a aritmética também revela-se como um campo a desenvolver, pois o P (9) revela algumas dificuldades na capacidade de concentração, de raciocínio e de cálculo numérico, acompanhada por uma dificuldade acentuada na utilização e compreensão automático de símbolos (exceptuando as situações em são requeridas os processos de memorização, sendo que neste contexto o P (9) não apresenta quaisquer dificuldades).

VI. Integração dos Resultados da Avaliação Psicológica

Através das informações fornecidas tanto pela mãe, como pelo relatório enviado pela professora e pela observação feita ao desempenho e comportamentos o P (9) durante o processo psicoterapêutico, considera-se que este não preenche os critérios de diagnóstico necessários para a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, apesar deste apresentar algumas dificuldades relativamente ao processo atencional, sendo muitas vezes facilmente distraído com objectos. Estas dificuldades, durante as consultas, revelaram-se de fácil controlo, pois foi necessário somente chamar a sua atenção (poucas vezes) para que este se concentrasse novamente na tarefa.

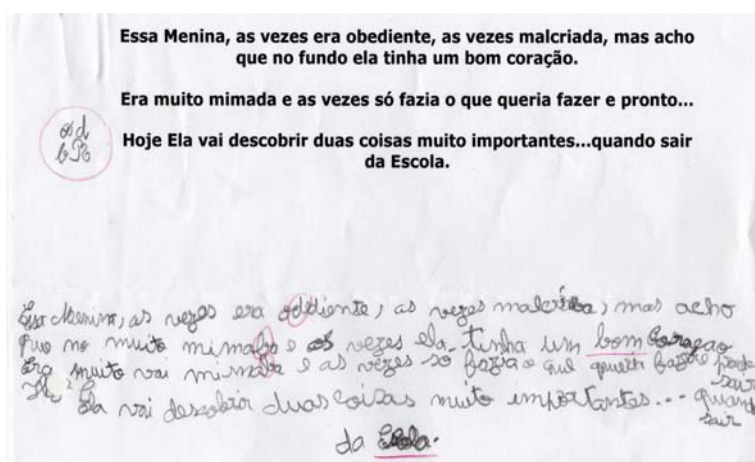


Ilustração 5 – Exemplo de uma das tarefas realizadas no processo de Avaliação Psicológica (cópia).

Relativamente às suspeitas de Dislexia, e tendo em conta os exercícios de leitura e escrita realizados, considera-se que o P (9) apresenta e preenche os critérios para o diagnóstico desta problemática, principalmente no que se refere aos seguintes:

- Na leitura notaram-se confusões de grafemas cuja correspondência fonética é próxima ou cuja forma é aproximada, bem frequentes inversões, omissões, adições e substituições de letras e sílabas, bem como problemas na compreensão semântica e na análise compreensiva de textos lidos;

- Na produção escrita em que as características são semelhantes à leitura, em que se verificava a presença de muitos erros ortográficos, grafia disforme e ilegível, para além de défices acentuados na construção frásica, bem como a omissão ou adição de letras e sílabas;
- Ilegibilidade da escrita, letra rasurada, disforme e irregular, presença de muitos erros ortográficos e dificuldades ao nível da construção frásica;
- Incapacidade em apreender as vogais, sendo que até agora, e tal como confirmam as informações recolhidas o P (9) somente utiliza a vogal “O”;
- Confusão entre letras, sílabas ou palavras com diferenças subtis de grafia ou de som (a-o; o-u; p-t; b-v; s-z; m-n; f-v; ch-j-x; nh-lh-ch);
- Confusão entre letras, sílabas ou palavras com grafia similar, mas com diferente orientação no espaço (b-d; d-p; b-q; d-q);

No entanto não se verificou a presença dos seguintes critérios:

- Problemas ao nível da dominância lateral (lateralidade difusa, confunde a direita e esquerda, lateralidade cruzada).
- Problemas ao nível da motricidade fina e do esquema corporal.
- Problemas na percepção visuo-espacial e na orientação espaço-temporal.

No entanto, não sendo necessário o diagnóstico concreto desta problemática para se iniciar a intervenção, recomenda-se que desde já se comece a trabalhar de modo a diminuir a sintomatologia descritiva desta problemática, ou pelo menos se contribua para que estes não se agravem/intensifiquem, prejudicando ainda mais o P (9), nas diversas áreas da sua vida.

Neste sentido, a seguir são apresentadas breves e práticas sugestões, que poderão ser úteis para a intervenção com o P (9). No entanto convém referir e alertar que uma intervenção neste contexto, deve incidir essencialmente sobre as dificuldades específicas de cada criança, sendo por isso necessário adaptar as sugestões, neste caso às dificuldades específicas do P (9). Isto é, não há “receitas” infalíveis e adaptáveis a todos os casos. Antes pelo contrário, cada caso é um caso e deve ser encarado na sua singularidade e especificidade.

Fim do Relatório de Avaliação

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: Caso nº 9

Informação geral

Nome: P (10) **Paciente nº.** **Sexo** **D.N:** 15/05/1999 (8 anos) **Ano escolaridade:** 2º ano

I. Descrição dos problemas/motivos:

O P (10) apresentou-se na consulta de Psicologia, no dia 15 de Janeiro de 2007 com a mãe (e desde então vem sendo acompanhado e avaliado). Esta primeira consulta foi realizada pelo Dr. Jorge Marques, que após ter feito uma primeira avaliação e entrevista clínica decidiu fazer a transferência terapêutica de modo a que a criança fosse avaliada e acompanhada por uma estagiária. Neste sentido, a primeira consulta de avaliação psicológica foi feita na semana seguinte, no dia 26 de Janeiro de 2007, às 10:30.

O pedido foi feito através da mãe e da Escola para a realização de uma Avaliação Psicológica, bem como de Acompanhamento Psicoterapêutico, tendo em conta os seguintes motivos:

1. Recorrentes comportamentos agressivos e desadequados para com colegas de turma, colegas de Judo e a irmã mais nova e recorrentes comportamentos de oposição e desobediência relativamente aos pais (especialmente com a mãe) e com os professores e auxiliares da Escola;
2. Significativas dificuldades na aquisição da matéria escolar, que têm vindo a influenciar negativamente o seu desempenho e rendimento escolar, sendo que anteriormente não mostrava tais dificuldades;
3. Suspeitas de PHDA (Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção), pois de acordo com a mãe *“o P (10) nunca consegue estar quieto. Metemo-lo no judo, para ver se gasta mais energia, mas até piorou. Já não sabemos o que fazer. Eu sei que nesta idade as crianças são irrequietas, mas assim é demais. E o pior de tudo é que o P (10) desafia a todos.”* (SIC-MÃE);
4. Enurese primária/nocturna, dado que, de acordo com as informações recolhidas, P (10) nunca desenvolveu as capacidades de retenção e controlo vesical (continência urinária), apresentado frequentes (muitas vezes diárias) episódios de micção involuntária, durante a noite na roupa e na cama;
5. Provável associação entre os episódios de enurese nocturna e comportamentos agressivos, já que de acordo com a mãe, pode existir um determinado ciclo, pois o P (10) apresenta os comportamentos agressivos e de oposição sempre que tem uma noite molhada: *“Sempre que o P (10) molha a cama, ele acorda maldispuesto e triste com o que aconteceu, vai para a escola mais irritado e pronto, porta-se mal e quando volta para casa, esta mais agitado, que acaba por molhar a cama mais uma vez”* (SIC-MÃE);

II. Descrição da criança e do processo psicoterapêutico:

O P (10) vem sendo acompanhado pelo pediatra (nefrologia) há mais ou menos 1 ano e do tratamento foi-lhe diversas vezes medicado, antes de passar pela psicoterapia, sem contudo obter sucesso no controle vesical. De acordo com a mãe, os medicamentos não fazem efeito, pois *“nos primeiros dias ele até não molha a cama, mas passados uns tempos, semanas, parece que o corpo dele habitua-se e deixa de fazer efeito. Voltamos ao pediatra e ele aumenta a dosagem ou receita-lhe um novo medicamento. E voltamos à estaca zero.”* (SIC-MÃE)

P (10) apresenta enurese nocturna primária com frequência semanal de pelo menos 5 noites molhadas, sendo que às vezes ocorriam 2/3 semanas seguidas em que apresentava micção nocturna involuntária diariamente. Os episódios, segundo a mãe, ocorrem sempre entre as 2/3 horas de manhã, sendo que muitas vezes ela levantou-se para tentar acordá-lo e levá-lo à casa de banho, mas sem resultados, pois o P (10) apresenta um sono muito pesado. De acordo com a mãe, o ritual do P (10) quando este molha a cama é o seguinte: levanta-se alguns momentos depois de se sentir molhado, muda a roupa e vai se deitar numa outra cama (sendo que algumas vezes também molha essa cama, ocorrendo portanto 2 episódios numa noite).

De referir que este problema foi característico da infância de ambos os pais, sendo que tal como a mãe refere, *“Eu sei o que ele está a passar agora. Eu já passei por isso também. Aliás, comecei a controlar-me bem mais velha do que ele. Tinha mais ou menos 12 anos. E o pai dele também. Ele demorou a adquirir o controlo miccional.”*

De acordo com a opinião da mãe, neste último ano (desde que entrou no 2º ano de escolaridade), e com uma maior consciência do seu problema, *“O P (10) sente-se mais revoltado com a situação. E acho que uma das maneiras que ele encontrou para desviar a atenção é portar-se mal na escola e também em casa. Já tivemos de o tirar de todas as actividades extracurriculares e só deixamos que ele ficasse nas aulas de judo. Mas mesmo assim não adianta. Ele não melhora nada, aliás só piora.”* (SIC-MÃE chora).

A intervenção na Enurese nocturna com o P (10) teve um carácter essencialmente prático, pois desde o primeiro momento e através da recolha das informações o P (10) mostrou-se preparado, sendo que algumas das intervenções/estratégias foram escolhidas ou indicadas por sua própria iniciativa.

As estratégias utilizadas na intervenção da enurese foram essencialmente, folheto informativo/apresentação em PPT (**Anexo C e D**), diários de registos (**Anexo E**) e certificados de apreciação (**Anexo F**). Para a intervenção foram também utilizados exercícios práticos para o controlo do esfíncter, bem como o aconselhamento de algumas técnicas e estratégias para controlar as micções involuntárias do P (10).

III. Dinâmica Familiar

O P (8) é o primeiro filho dos dois filhos do casal (tem uma irmã mais nova de 3 anos), sendo que de acordo com a mãe a relação entre os dois filhos é relativamente boa, pois *“O P (10) gosta muito da irmã e cuida dela, mas muitas vezes exagera nas brincadeiras e não consegue perceber que a irmã só tem 3 anos e que é uma menina.”* (SIC-MÃE).

De acordo com a informação recolhida através da entrevista com a mãe, considera-se que o P (8) provém de uma família bem estruturada, podendo ser classificada como pertencente ao meio socio-económico médio/alto, em que se destacam boas relações familiares (tanto na relação íntima dos pais, como destes para com os filhos), sendo que a mãe refere não existirem problemas maiores na família. A mãe refere ainda que existem regras e limites explícitos no seio familiar que todos tem de cumprir.

De referir que ao longo das consultas foi possível verificar que o P (10) já tem adquirido (conhece, compreende e cumpre) um conjunto de regras sociais que o permitem comportar-se de forma adequada num contexto social. Estas regras revelaram-se muito importantes no processo psicoterapêutico, pois permitiram uma abordagem directa à problemática, não sendo necessário abordar a questão da imposição das regras e limites.

IV. Procedimentos da Avaliação Psicológica

Em primeiro lugar é preciso referir que o processo de avaliação neste caso foi bastante curto, pois tornou-se necessário recorrer essencialmente a uma intervenção, devido ao carácter incapacitante que os sintomas problemáticos haviam adquirido.

Inicialmente, foi realizada uma entrevista anamnésica com o intuito de recolher o maior número de informações pertinentes relativas ao processo desenvolvimental do P (10), principalmente no que se refere ao desenvolvimento físico do P (10). Esta anamnese foi feita por completo com a mãe, pois tal como já foi referido o pai nunca compareceu às consultas, segundo a mãe por causa da distância e da impossibilidade de deixar o emprego.

Nas consultas de avaliação e observação directa com o P (10), foi-lhe pedido que fizesse desenhos livres. Ele fez o desenho sem quaisquer dificuldades (**Desenho 9**), apresentando traços finos, em que sempre utilizou os lápis de cor à sua disposição. Após a realização dos desenhos sempre foi-lhe pedido que explicasse o conteúdo, ao qual ele fez sem quaisquer dificuldades.



Foram colocadas ainda algumas questões à mãe, no sentido de averiguar a presença ou não de critérios de PHDA, segundo o DSM IV TR, já que a mãe havia referido essas preocupações (relativamente aos comportamentos agressivos e de oposição) apresentadas tanto por ela, como pela professora do P (10), logo no início do processo psicoterapêutico.

Como forma de “quebrar o gelo” e procurar algum conteúdo não explícito decidiu-se e foram então aplicados os seguintes instrumentos e provas de avaliação:

- **Prova “Era Uma Vez...”** (Fagulha, 1997): Prova projectiva que permite descrever a forma como as crianças elaboram as emoções, essencialmente a ansiedade e o prazer. É constituída por cartões cujos desenhos contam uma história não acabada. A criança deverá dar uma sequência à história, escolhendo três cartões para a continuar. A análise da prova é feita com base num quadro de referência das teorias psicodinâmicas;
- **Matrizes Progressivas Coloridas de Raven:** conjunto de escalas não-verbais destinadas a avaliar a aptidão da criança para apreender relações entre figuras e desenhos geométricos e perceber a estrutura do desenho a fim de seleccionar a parte apropriada (entre várias) que completa cada padrão ou sistema de relações (avaliação da inteligência não verbal);

- **Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC III):** bateria de testes, aferida à população portuguesa, que visa avaliar o desempenho cognitivo da criança, relativamente às suas capacidades verbais e perceptivo-motoras (capacidade de realização e manuseamento visuo-espacial), de acordo com um conjunto específico de condições já definidas;

V. Comportamento e atitudes do P (10) ao longo das avaliações

Durante os momentos de avaliação, o P (10) cooperou e manifestou muito interesse na realização das tarefas propostas, sendo que respeitou sempre as indicações e recomendações que lhe foram dadas. Ele apresentou-se sempre muito seguro das suas respostas, sendo que na maior parte das vezes estava correcto. Ao longo das avaliações o P (10) não aparentou quaisquer sinais/sintomas de ansiedade, sendo que sempre mostrou-se motivado e atencioso ao que lhe era dito. Nesse sentido não houve qualquer problema na realização da avaliação psicológica.

VI. Avaliação Cognitiva

No que se refere à apresentação dos resultados obtidos da avaliação realizada, esta será feita de forma qualitativa, omitindo-se quaisquer resultados quantitativos.

Em primeiro lugar, e em relação à avaliação feita através das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, os resultados permitem-nos concluir que o P (10) apresenta uma Capacidade Intelectual (não-verbal) acima da média considerada “normal”, sendo que os resultados indicam que existe uma boa correspondência entre a idade mental e a idade cronológica. Esta sua capacidade foi verificada ao longo da avaliação, na medida em que o P (10), apresentou-se calmo e sempre confiante das suas respostas, sendo que quando surgia alguma dúvida, ele verbalizava (em alta voz) o que deveria fazer para resolver o problema. Esta análise mostra que o P (10) apresenta uma capacidade de estruturação espacial e representação mental adequada à sua idade.

Do mesmo modo, relativamente à WISC III, de um modo geral, o P (10) apresenta um funcionamento intelectual acima da média, tendo em conta o nível esperado para a sua idade. Num grau mais específico, o P (10) revela alguma heterogeneidade nos resultados, na medida em que destaca-se (positivamente) em todas as provas de realização que fazem apelo às capacidades perceptivo-motoras (ex.: cubos e disposição de objectos), bem como em todas as provas de carácter verbal, compreensão, estabelecimento de relações, raciocínio abstracto, etc.

Deste modo os resultados obtidos, apontam os seguintes pontos fortes do P (10): compreensão, estabelecimento de relações, raciocínio abstracto, bem como memória, acuidade visual, percepção visual, manipulação de objectos e destreza motora.

Outra área que se destaca (positivamente) (tal como foi assinalada pela mãe, pois esta referiu que o filho, tem todas as capacidades para ter boas notas, no entanto o seu comportamento ultimamente impede que isso aconteça) trata-se do nível linguístico, que revela uma boa riqueza no tipo de vocabulário que emprega, bem como uma boa fluidez e compreensão verbal. Do mesmo modo, a aritmética também revela-se como um campo bem desenvolvido, pois o P

(10) revela ter boas capacidades de concentração, de raciocínio e de cálculo numérico, acompanhadas por uma boa competência para utilizar e compreender de modo automático símbolos e caracteres associados à aritmética.

No que se refere à área social, o P (10) parece possuir as capacidades de juízo prático, compreensão e adaptação a situações sociais, bem um comportamento social aceitável e eficaz. Apesar dos bons resultados obtidos na avaliação psicológica sugere-se a aplicação de regras e limites ainda mais claros, principalmente no que se refere aos métodos de estudos.

No que se refere à avaliação projectiva feita através da Prova “Era Uma Vez...” considera-se que o P (10) apresenta, em primeiro lugar boas capacidades para resolver situações problemáticas, bem como boas competências para reconhecer e distinguir entre situações geradoras de stress e ansiedade, bem como adequar as suas respostas a cada situação. A seguir apresentam-se alguns exemplos das respostas dadas pelo P (10):

Ilustração 6 – Exemplos das respostas dadas pelo P (9) na Prova Projectiva “Era Uma Vez...”

Sequência da história (Carnaval):



Cenas Escolhidas e sequencia dada à história:



Historia verbalizada:

O Joãozinho não sabia o que vestir para ir à festa de Carnaval. Foi ter com a mãe e a mãe deu-lhe uma ideia. “Não te queres vestir de Super-homem?” “Sim” – disse o Joãozinho. Foi comprar o fato e foi à festa e todos gostaram do seu fato. Fim!

Sequência da história (Carnaval):



Cenas Escolhidas e sequencia dada à história:



Historia verbalizada:

Era uma vez um menino que estava num cruzamento com a mãe e ele parou para olhar para a planta. A mãe pensando que ele vinha atrás dela foi-se embora. Quando ele viu que a mãe já não estava lá começou a chorar. Depois estava lá um polícia e foi falar com ele mas ele não respondeu, por isso começou a ter asas e vou até casa. Fim!

VII. Integração dos Resultados da Avaliação Psicológica

Através das informações fornecidas tanto pela mãe, como pela avaliação e observação feitas ao desempenho e comportamentos o P (10) durante o processo psicoterapêutico, considera-se que este não preenche os critérios de diagnóstico necessários para a Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção, apesar deste apresentar alguns comportamentos típicos de crianças hiperactivas (agitação psicomotora e alguma impulsividade).

VIII. Estratégias de Intervenção

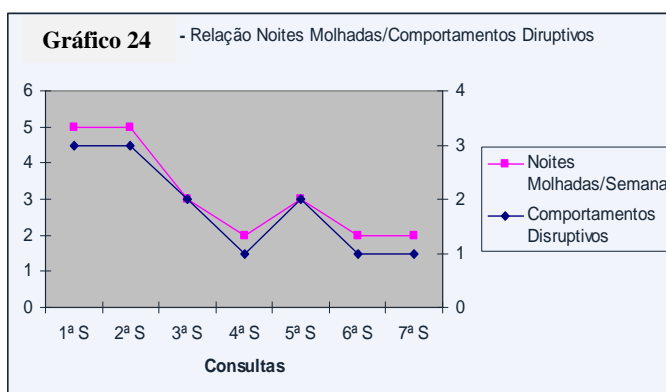
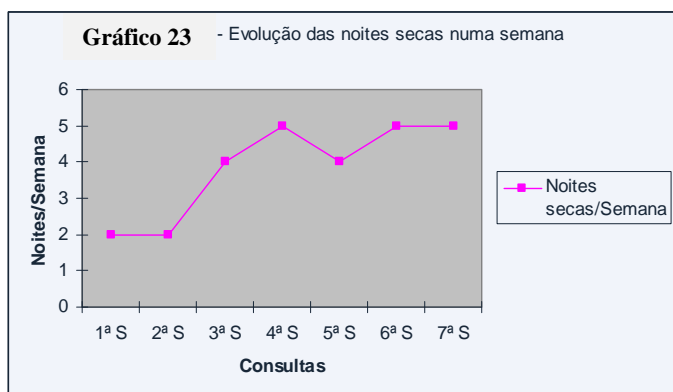
Tendo em conta, que não se confirmou a presença da PHDA, a intervenção neste caso incidiu essencialmente no tratamento da enurese nocturna, sendo que se juntaram todos os esforços para reduzir/eliminar as noites molhadas. Neste sentido, a intervenção incluiu as seguintes estratégias/técnicas:

- **Medidas comportamentais:** através da utilização de folheto informativo/apresentação em PPT, tanto para os pais como também para o P (10) (**Anexos C e D**); diários de registos (**Anexo E**) e certificados de apreciação (**Anexo F**);
- **Treino dos esfíncteres vesicais:** sessões de treino, em que eram apresentados os principais exercícios e os respectivos procedimentos, que deveriam ser repetidos em casa diariamente;
- **Abordagem farmacológica:** continuação da terapia farmacológica actual;

Avaliação da Intervenção

De um modo geral, considera-se que este caso foi bem sucedido, na medida em que até ao momento o P (10) apresentou menos noites molhadas que anteriormente (apesar de ainda apresentar 1/2 noites molhadas por semana). Relativamente aos comportamentos disruptivos, agressivos e de oposição diminuíram significativamente, sendo que nas últimas semanas a mãe refere “*Ele está tão bem comportado que nem chego a reconhecê-lo. As coisas que fazia já não faz. Já não está tão teimoso, tem mais cuidado com a irmã, não faz as asneiras que fazia na escola e a professora até já telefonou-me a dizer que ele mudou muito. Tirou boas notas este trimestre e tudo. A única coisa que continua são algumas noites molhadas, mas isso com o tempo também vamos lá!*” (SIC-MÃE).

A seguir é apresentado um gráfico representativo da avaliação pessoal deste caso de avaliação psicológica e intervenção psicoterapêutica, tendo em conta a contabilização das noites secas/noites molhadas por semana:



Fim do Relatório de Avaliação

Programa PESO Saudável®

Trata-se de Programa de investigação, único em Portugal, em parceria com o Laboratório de Exercício e Saúde (LabES) da Faculdade de Motricidade Humana (FMH) da Universidade Técnica de Lisboa (UTL).



Ilustração 7: Logótipo do Programa Peso Saudável.

O Programa PESO (Promoção do Exercício e Saúde na Obesidade) é um programa de controlo do peso e promoção do exercício para mulheres com excesso de peso e obesidade, desenvolvido por especialistas em exercício da nutrição e psicologia, sob supervisão médica. Trata-se de um programa que visa fomentar a autonomia das participantes e a modificação permanente dos seus hábitos e estilos de vida, sem o recurso a medicamentos ou quaisquer outros produtos, aparelhos, ou técnicas de “emagrecimento”.

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

Na Covilhã, este programa completou 2 anos de actividade, sendo este o 2º de 5 programas pré-estabelecidos. Este programa está integrado no Serviço de Nutrição e Actividade Física (SNAF) do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB).

De referir que este serviço é pioneiro em Portugal nesta área e já desenvolveu Programas como: “Peso Saudável” e iniciou um novo denominado “Saúde do Diabético” que tem como finalidade complementar a actividade “clássica” dos vários Serviços. O objectivo da actividade é implementar um estilo de vida saudável de modo a prevenir o estado de doença, auxiliar os tratamentos médicos e possibilitar um melhor bem-estar ao utente.

A equipa que lidera este Programa é constituída por:

- Dr. Themudo Barata – Director Médico do Programa;
- Dr.ª Joana Reis – Nutricionista e Coordenadora Executiva;
- Dr. Romeu Mendes – Responsável pela Actividade Física;
- Dr. Jorge Marques – Psicólogo;
- Dr.ª Ana Monteiro – Nutricionista.

9.2. Folha de Registo (Pacientes avaliados na consulta de Psicologia)

Tabela 44 – Apresentação dos casos avaliados no Programa PESO		
Data	Informação geral dos pacientes:	Medidas Clínicas
29/03/07 (11:00)	Nome: PESO (1) – Sexo: F Ano de nascimento: 1966 – Estado Civil: Casada, 2 filhos Profissão: Actualmente desempregada (Instrutora)	Idade: 41 anos Peso (A): 67 kg Altura: 1,62 cm IMC: 25,53 (Excesso de Peso)
02/04/07 (09:00)	Nome: PESO (2) – Sexo: M Ano de nascimento: 1961 – Estado Civil: Casado, 1 filha Profissão: Vendedor (condutor)	Idade: 45 anos Peso (A): 129 kg Altura: 1,74 cm IMC: 42,6 (Obesidade III)
02/04/07 (09:00)	Nome: PESO (3) – Paciente n.º 12 * – Sexo: F Ano de nascimento: 1966 – Estado Civil: Casada, 1 filha Profissão: Costureira (Confecção)	Idade: 40 anos Peso (A): 73 kg Altura: 1,59 cm IMC: 28,9 (Excesso de Peso) *Acompanhamento
03/04/07 (12:00)	Nome: PESO (4) – Sexo: M Ano de nascimento: 1961 – Estado Civil: Casado, 1 filha Profissão: Escriturário	Idade: 35 anos Peso (A): 90 kg Altura: 1,77 cm IMC: 28,7 (Excesso de Peso)
03/04/07 (14:00)	Nome: PESO (5) – Sexo: F Ano de nascimento: 1954 – Estado Civil: Casada, 1 filha Profissão: Reformada (Professora)	Idade: 52 anos Peso (A): 68 kg Altura: 1,50 cm IMC: 30,2 (Excesso de Peso) Acompanhamento

9.3. Relatórios das Avaliações Psicológicas

A seguir são apresentados os relatórios produzidos das consultas de Avaliação Psicológica, integradas no Programa “PESO Saudável”. De salientar que, a maior parte dos relatórios apresentados nesta secção, são referentes a um único contacto clínico, pois, de acordo com a opinião do paciente em causa, não havia a necessidade de se estabelecer um contacto periódico para Acompanhamento Psicológico e Intervenção Psicoterapêutico.

29/03/07 (11:00)	Relatório 1 Nome: PESO (1) – Sexo: F Ano de nascimento: 1966 – Estado Civil: Casada, 2 filhos Profissão: Actualmente desempregada (Instrutora)	Idade: 41 anos Peso (A): 67 kg Altura: 1,62 cm IMC: 25,53 (Excesso de Peso)
-----------------------------	---	--

A PESO (1) apareceu na consulta de Avaliação Psicológica, integrada no Programa “PESO Saudável” numa Quinta-feira, dia 29 de Março de 2007, pelas 11 horas da manhã. A PESO (1) apresentou-se bem vestida e de acordo com a sua idade cronológica.

A PESO (1) apresentou um humor congruente com a sua aparência, sorrindo e mantendo o contacto ocular sempre que adequado. Ela mostrou-se participativa no processo de recolha de informações, respondendo a todas as questões solicitadas e sem quaisquer dificuldades. De salientar que tal como a PESO (1) refere, pôde-se verificar alguma ansiedade relacionada com o processo de avaliação em causa e com facto de ser a primeira vês a participar numa consulta de Psicologia.

Inicialmente, foram feitas as primeiras apresentações (pessoais e administrativas). Logo a seguir foram apresentados os principais objectivos da Consulta de Psicologia em questão. Informou-se à PESO (1) que a presente consulta visava uma pequena e breve avaliação, em que seriam recolhidas algumas informações consideradas pertinentes. Logo de início garantiu-se o sigilo profissional e a confidencialidade dos dados recolhidos, sendo que estes só seriam utilizados para os fins propostos.

Do conjunto dos dados recolhidos salientam-se os seguintes:

PESO (1) refere que desde sempre que se preocupa com o seu peso e a sua aparência física, sendo que no período antes dos 28 anos de idade, somente se preocupava em manter o peso. A partir dessa idade (e por causa do nascimento do primeiro filho) começa a preocupar-se mais com a aparência física, pois percebeu que ganhava cada vez mais peso sem conseguir, no entanto, perdê-los. PESO (1) salienta no seguimento que “também nunca fiz grandes esforços para perder o peso que ganhava” (SIC).

Neste sentido, e de acordo com a mesma “o meu principal motivo e desejo neste programa é sem duvida o emagrecimento”. PESO (1) refere que é a primeira vez que participa num programa de emagrecimento e já começa a ver bons resultados (“desde que comecei o programa – Janeiro deste ano – que já perdi mais ou menos 10kg e sei que posso perder mais” – SIC). Ela refere que “sempre quis ser magra e mais bonita” e “o meu peso ideal sempre foi 57kg – menos 10kg do meu peso actual” (SIC).

Relativamente ao programa “PESO Saudável” a PESO (1) considera que tem sido uma mais valia para ela, pois tem-lhe permitido perder peso e mantê-los sem muitas dificuldades, ajudando-a a alcançar o seu peso ideal.

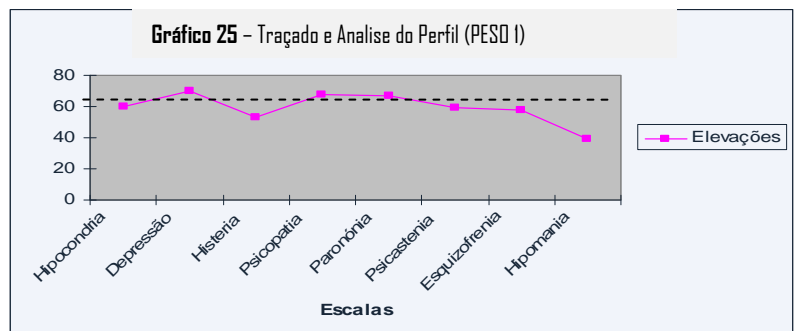
Neste momento a PESO (1) segue o Plano Alimentar que lhe foi atribuído e cumpre o diário de actividade física, através de uma caminhada diária de 1 hora. A mesma refere que não encontra quaisquer dificuldades em cumprir as

recomendações dos profissionais do programa pois, no que se refere ao Plano Alimentar, não afecta os outros familiares, tendo sido fácil a mudança e adesão ao novo estilo alimentar. Relativamente ao Plano de Actividade física a PESO (1) refere que como se encontra desempregada, dispõe de mais tempo para dedicar aos exercícios físicos recomendados, o que não acontecia anteriormente.

Antes de terminar a consulta de avaliação pediu-se à PESO (1) que preenche-se o questionário Mini-Multi, ao qual preencheu sem qual dificuldades aparentes. De acordo com a cotação deste instrumento apresenta-se uma pequena tabela que traduz os resultados e os principais aspectos encontrados.

Já no final da consulta questionou-se à PESO (1) se alguma vez sentiu necessidade de ser acompanhada por um psicólogo ou se sentiu necessidade de desabafar algum problema pessoal com um profissional capacitado para ajudá-la a resolver o problema, ao qual ela respondeu que “necessidade de desabafar já senti, mas nunca senti necessidade de ir a um psicólogo. Todos os problemas que já tive pude resolvê-los e penso que neste não preciso” (SIC).

Sendo assim, deu-se por encerrada a consulta de avaliação, agradecendo à PESO (1) a pronta colaboração na recolha de informações para o processo clínico. Tendo em conta que os resultados estão dentro dos parâmetros normais, a seguir apresenta-se o gráfico representativo dos resultados da avaliação psicométrica feita através do *Mini-Mult*.



FIM DO RELATÓRIO

02/04/07
(09:00)

Relatório 2

Nome: PESO (2) – **Sexo:** M **Ano de nascimento:** 1961 – **Estado Civil:** Casado, 1 filha
Profissão: Vendedor (condutor)

Idade: 45 anos
Peso (A): 129 kg
Altura: 1,74 cm
IMC: 42.6
(Obesidade III)

Por se tratar de um casal, que participam juntos no Programa PESO Saudável, considerou-se ser pertinente abordar os dois como casal e não individualmente. Sendo assim, ambos foram abordados e “avaliados” numa só consulta. Inicialmente, questionou-se a ambos os pacientes se consideravam oportuno a consulta aos dois, como casal e não individualmente, ao qual concordaram pois segundo os dois “*Como estamos juntos neste processo, não há problema nenhum em termos esta consulta em conjunto*” (SIC- PESO(2)). De referir que o casal apresentou-se à consulta com a filha (que também participa no programa PESO Saudável e está a ser acompanhada pelo serviço de Psicologia).

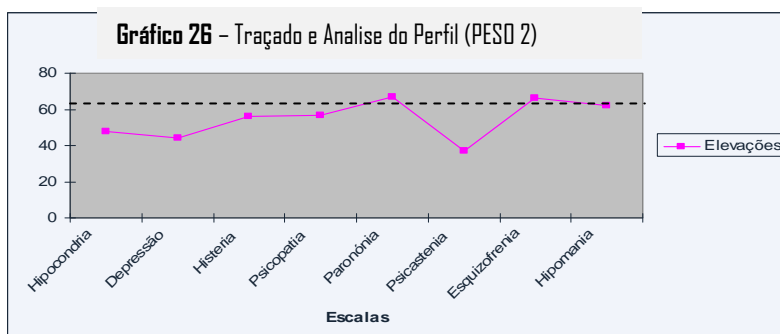
Em primeiro lugar, foram feitas as primeiras apresentações. Logo a seguir foram apresentados os principais objectivos da Consulta de Psicologia (Avaliação Psicológica). Informou-se ao casal que a presente consulta visava uma pequena e breve avaliação, em que seriam recolhidos alguns dados e informações pessoais considerados pertinentes. Logo de início garantiu-se o sigilo profissional e a confidencialidade de todos os dados recolhidos, sendo que estes só seriam utilizados para os fins propostos no Programa e consultas de Avaliação Psicológica.

Dos dados e informações recolhidos salientam-se os seguintes:

Relativamente ao PESO (2), este apresentou-se bem disposto, sempre sorridente e disposto a participar na conversa, sendo ele a liderar a maior parte da comunicação, chegando muitas vezes a interromper quem estivesse a falar no momento para dar a sua opinião (acontecia muitas vezes com a esposa).

No que se refere aos seus problemas com o peso, estes surgiram aos 9 anos de idade, quando começou a engordar sem uma razão aparente. Com o passar dos anos aumenta cada vez mais de peso, sendo que segundo este “os meus pais e os médicos diziam sempre que se tratava de um problema de saúde, mas nunca souberam do que se tratava” (SIC- PESO 2). Somente aos 38 anos (quando já pesava 152kg) foi-lhe diagnosticado “*hipotireoidismo*” no Hospital de Coimbra. Foi medicado (Letter e Lisox) e submetido a uma “dieta” Plano Alimentar, que segundo ele “*deu bastante resultado, pois perdi 33kg em menos tempo que pensei ser possível*” (SIC-PESO 2).

A entrevista ao PESO (2) foi interrompida, na medida que se começou a falar no casamento e na esposa, sendo que de acordo com o PESO (2): “*Eu estou bem. Acho que quem devia ser avaliada é a minha mulher. Ela anda muito em baixo, não é verdade?*” (SIC-PESO 2).



02/04/07 (09:00)	Relatório 3	Idade: 40 anos Peso (A): 73 kg Altura: 1,59 cm IMC: 28,9 (Excesso de Peso) *Acompanhamento
	Nome: PESO (3) – Paciente n.º: 12 * – Sexo: F DN: 1966 – Estado Civil: Casada, 1 filha Profissão: Costureira (Confecção)	
Ver Caso de Acompanhamento e Intervenção n.º 7		

03/04/07 (15:00)	Relatório 4	Idade: 35 anos Peso (A): 90 kg Altura: 1,77 cm IMC: 28,7 (Excesso de Peso)
	Nome: PESO (4) – Sexo: M – DN: 1961 – Estado Civil: Casado, 1 filha Profissão: Escriturário	

Motivo da consulta: Preocupação com o peso. Apesar de ser sempre magro (60kg), engordou muito desde que veio para a Covilhã (do Funchal), passou de 60kg para 74kg. Aumentou ainda mais de peso quando deixou de fumar (há mais ou menos 2/3 meses) de 74-90kg. Tem consciência que o seu corpo tem modificado e isso tem influenciado e muito na sua relação conjugal, “*A minha relação com a minha mulher já não é a mesma.*” (SIC).

As informações recolhidas estão relacionadas com o estado actual da vida do PESO (4), tal como ele refere “*...psicológica, emocional, profissional e financeiramente*” (SIC).

Relativamente à componente psicológica, PESO (4) refere que desde que se conhece que sabe que tem alguns problemas psicológicos, pois sempre foi muito nervoso e ansioso (“*tal como a minha mãe*” – SIC) e muito pessimista em relação à vida. Refere que os seus problemas psicológicos têm vindo a aumentar cada vez e que provavelmente poderão ser as principais causas para a manutenção e agravante do seu estado actual. No entanto, não consegue perceber quais poderão ser as causas para estes problemas psicológicos, bem como as soluções para a resolução dos mesmos. Apesar disso, refere estar disposto a trabalhar para resolver os seus problemas caso tiver ajudas para tal.

No que se refere aos seus problemas emocionais, o PESO (4) menciona que com o agravar da sua situação (principalmente psicológica e financeiramente), sente que a maior parte dos seus problemas tem ressentido na sua relação conjugal com a esposa. Um dos problemas tem a ver com a sua reacção, irritação e “*agressividade-passiva*” (SIC) com a esposa, isto é, ele refere que ultimamente irrita-se com facilidade, prefere estar sozinho à frente do computador, ou simplesmente evita falar com a esposa, somente para não se irritar ainda mais. Refere ter a plena consciência que os seus problemas estão a “*manchar o meu casamento*” (SIC). Ele refere ainda que a única coisa que faz é tomar cuidado para que a sua filha de 4 meses “*Não apanhe por tabela com os meus problemas, sempre que estou ao pé dela, tento esboçar o maior sorriso do mundo, porque neste momento é a pessoa mais importante para mim. Aliás eu neste momento só tenho a minha esposa e a minha filha*” (SIC).

Outro problema “emocional” referido pelo PESO (4) tem a ver com o facto de não ser capaz de chorar (desde há 1 ano). Ele refere que mesmo que tenha “*todos os problemas do mundo sobre os seus ombros*” não consegue chorar. Ele diz que sempre que se proporciona uma situação para que tal aconteça, não consegue sequer verter uma lágrima, apesar da tristeza e sofrimento que sente.

Os problemas profissionais e financeiros estão intimamente relacionados, pois pelo facto de não conseguir um emprego, tem vindo a passar por dificuldades financeiras cada vez maiores, que não se resumem somente ao rendimento financeiro baixo da família, como também e principalmente o acumular de dívidas.

PESO (4) terminou o curso há mais ou menos 2 anos, mas tendo em conta que o mercado de trabalho para esse curso está saturado, ainda não conseguiu arranjar um emprego na sua área. O único emprego que conseguiu até agora, não o satisfazia e por ter tido problemas de adaptação desistiu. Tem vindo a fazer diversas entrevistas de emprego, mas nenhuma deu resultado ainda.

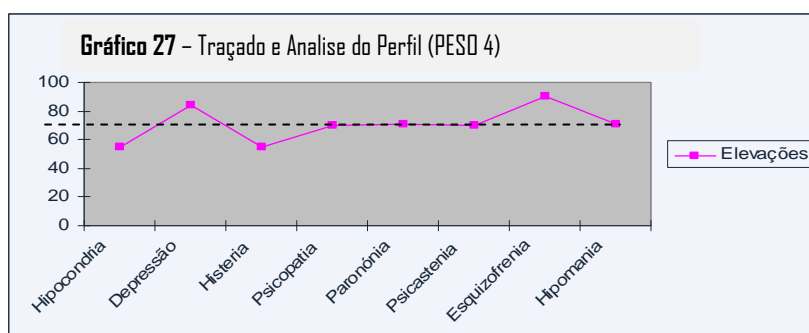
Esta situação tem vindo a agravar-se ainda mais, pois neste momento somente a esposa trabalha e com uma filha de 4 meses, as despesas têm açulado cada vez mais, bem como as dívidas. Neste momento ele refere que vive do salário da esposa e da ajuda que recebe dos pais (“*Para dizer a verdade eu neste momento, ainda estou a depender financeiramente dos meus pais*” – SIC).

PESO (4) refere que apesar de ter outros problemas, se conseguisse resolver a sua situação financeira e profissional resolveria grande parte dos seus problemas. Neste sentido, ele menciona que o pior que podia acontecer neste momento era que a situação continuasse como esta ou que piorasse, isto é, que ele não conseguisse um emprego ou que tivesse de vender o apartamento e o carro.

É por estes motivos que muitas vezes ele pensa em morrer ou desaparecer. Ele menciona que muitas vezes “*gostava de simplesmente desaparecer, deixar de existir. Assim os meus problemas acabariam*” (SIC). Foi-lhe questionado como se classificavam estes pensamentos de morte: como vontade de morrer e desaparecer ou vontade de se matar? PESO (4) refere que ambos os pensamentos, mas que tem com mais frequência pensamentos de se matar, suicídio. No entanto ele refere que não tem nenhum plano em mente e que não sabe como fazê-lo, mas confessa que se tivesse cometer o suicídio, fazia-o de forma a parecer/simular um acidente, de forma a proteger legalmente e financeiramente a esposa e filha. No entanto, ele declara que ainda não o fez um pouco por falta de coragem.

Ao finalizar a consulta PESO (4) refere que tem muito gosto em recomeçar as consultas de psicologia e espera que consiga a ajuda necessária para resolver as “*causas psicológicas do meu problema*” (SIC). No entanto, não foi possível iniciar um processo terapêutico com este paciente, pois uma semana depois, consegue arranjar emprego e refere que não poderia assistir às consultas devidos às faltas que daria.

Após esta recolha de informações foi feita a avaliação psicométrica através da utilização do *Mini-Multi*. Os resultados obtidos são apresentados no gráfico que se segue.



FIM DO RELATÓRIO

03/04/07 (14:00)	Relatório 5 Nome: PESO (5) – Sexo: F – DN: 1954 – Estado Civil: Casada, 1 filha Profissão: Reformada (Professora)	Idade: 52 anos Peso (A): 68 kg Altura: 1,50 cm IMC: 30,2 (Excesso de Peso)
----------------------------	--	--

A PESO (5) apresentou-se bem vestida e de acordo com a sua idade cronológica. Mostrou-se participativa no processo de recolha de informações, respondendo a todas as questões solicitadas e sem quaisquer dificuldades, mantendo o contacto ocular adequado.

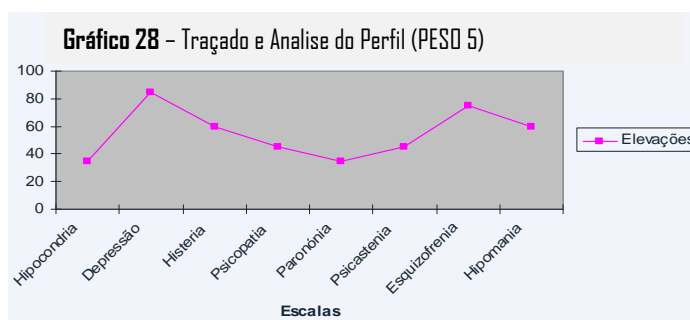
Inicialmente, foram feitas as primeiras apresentações. Logo a seguir foram apresentados os principais objectivos da Consulta de Psicologia em questão. Informou-se à PESO (5) que a presente consulta visava uma pequena e breve avaliação, em que seriam recolhidas algumas informações consideradas pertinentes. Logo de início garantiu-se o sigilo profissional e a confidencialidade dos dados recolhidos, sendo que estes só seriam utilizados para os fins propostos. Da entrevista foram recolhidas as seguintes informações:

A PESO (5) apresenta uma longa história de tristeza, falta de ânimo e energia para desempenhar quaisquer tarefas, pessimismo em relação a todos os eventos de seu quotidiano e ao futuro, e algum isolamento social. Este quadro teve seu início há mais ou menos 6 anos atrás, com sintomas discretos e pouco frequentes (mas com gravidade crescente) poucos meses após o seu despedimento (segundo ela sem motivo), sendo que este quadro evolui e piora lentamente, caracterizando por ser progressiva, sem remissões.

Foi acompanhada durante alguns anos, sendo que deste acompanhamento psiquiátrico foi-lhe diagnosticada “Depressão Compulsiva” e foi medicada (*Fluoxetina Salipox 20mg; Trazon*), pois além da presença dos sintomas característicos da perturbação, a PESO (5) apresenta comportamentos alimentares compulsivos, comportamentos estes que afectam (prejudicam e agravam) tanto a seu estado de saúde físico (Fibromialgia), como o seu estado emocional.

É a partir deste período que começa a ganhar peso (passa de 56-68 kg), sendo que actualmente, este aumento de peso agrava o seu estado de saúde, relacionado com a Fibromialgia que lhe foi diagnosticada há mais ou menos 6 meses. Observou-se também um certo retardo psicomotor, problemas relacionados com o ciclo de sono (dorme pouco, sono perturbado, insónia tanto inicial como terminal, com hipersónia durante o dia. Dois anos após o início do quadro, a PESO (5) refere que os sintomas agravaram-se significativamente, fazendo-a abandonar todas as actividades e passa a ter também dificuldades cada vez maiores na realização de tarefas domésticas.

Após esta recolha de informações foi feita a avaliação psicométrica através da utilização do *Mini-Multi*.



FIM DO RELATÓRIO

Capítulo 9: Reflexão Crítica

(Competências de Avaliação)

Limitações, Dificuldades e Aprendizagens

O iniciar do estágio por si só, foi um motivo para experimentar diversos sentimentos. O facto de ser o início da vida profissional, trouxe muitas ansiedades e medos, pois deparei-me com a realidade de estar a actuar directamente em vidas que exigiam o máximo de cuidado. Devo confessar que o pensamento “*e se algo corre mal?*” tornou-se numa constante ao longo do meu estágio, pois eu tive a oportunidade de atender e acompanhar diferentes casos, com diferentes características, em que cada caso apresentava novas dificuldades e exigências.

No entanto, não devo deixar de mencionar também que a orientação e supervisão que tive deu-me, não só a possibilidade de esclarecer dúvidas sempre que necessário, como também e principalmente, concedeu-me o incentivo para tomar decisões, intervir e resolver os problemas de acordo com as minhas capacidades, permitindo um significativo crescimento pessoal e profissional.

A seguir serão apresentadas de modo abreviado as aprendizagens, dificuldades e limitações encontradas ao longo do Estágio Curricular, com especial ênfase nos processos que indicam a aquisição das competências de avaliação na prática clínica da Psicologia.

REFLEXÃO CRÍTICA: Caso nº 1

Relativamente a este caso, este caracterizou-se por ser o único de observação e de curta duração, sendo que somente foi possível assistir a duas consultas, pois por iniciativa da paciente, esta decidiu não haver observação, pois não se sentia confortável com uma terceira pessoa no seu processo psicoterapêutico.

Do pouco que pude assistir deste caso, foi possível aprender uma série de questões, nomeadamente, que nós que trabalhamos (ou iremos trabalhar) no contexto da Psicologia Clínica, com pessoas “reais”, só podemos fazer aquilo que os pacientes permitirem. Foi nesse instante, que tive a consciência de que não somos bombeiros, para sermos chamados depois do problema estar instalado e apagarmos o fogo e seguirmos a nossa vida, nem médicos para olhar para “o” problema, medicarmos e esperar que faça efeito. Sei agora que trabalhamos com pessoas que precisam de ajuda e que por isso dão-nos espaço para intervirmos, caso contrário nada podemos fazer.

Da observação propriamente dita, foi-me possível aprender algumas técnicas, tais como a postura de um psicólogo, estratégias de confrontação, avaliação do auto-conceito/auto-estima, exploração para a determinação de um diagnóstico, que muito me auxiliaram ao longo das minhas intervenções.

REFLEXÃO CRÍTICA: Caso nº 2

O **segundo caso** caracterizou-se por ser um dos mais difíceis para mim. Tratou-se do caso de uma paciente de 61 anos, que apresentava sintomas de stress pós traumático (após ver o marido a tentar o suicídio), bem como comportamentos de compulsão alimentar.

Foi um caso difícil para mim, pois em primeiro lugar, tal como se verifica existe uma diferença muito grande de idades entre nós (quase 40 anos), sendo que para mim foi muitas vezes complicado separar a questão profissional, da denominada “conflito de gerações”, principalmente no que se refere à apresentação de recomendações e aconselhamento.

Outra questão, igualmente importante remete para uma característica específica do caso, pois além de manifestar problemas psicoemocionais, apresentava também complicações de saúde (diabetes e disfunção sexual causada por intervenções cirúrgicas), que por desconhecimento meu da prática clínica nestas patologias, fiz recomendações não aconselhadas para a paciente. Esta recomendação foi logo corrigida pela nutricionista e pelo Dr. Jorge, sem consequências mais graves para a paciente em causa.

Tratou-se de um erro profissional, principalmente porque interferiu directamente na saúde e bem-estar da paciente, bem como na confiança por ela depositada no processo psicoterapêutico e no profissional na minha pessoa. Por essa razão, e seguindo as recomendações do Dr. Jorge fiz a transferência terapêutica (sendo que a paciente preferiu assim) para o meu supervisor.

Uma das lições mais importantes que consigo tirar deste caso reflecte a necessidade dos profissionais de saúde (quer física, quer mental) terem a iniciativa de sempre pesquisarem mais e mais, de modo a acompanhar não só os avanços científicos, como e principalmente para terem “à mão” respostas adequadas às diferentes exigências dos seus pacientes. De referir, que esta tornou-se numa das minhas principais preocupações ao longo do estágio.

Outra lição, tem a ver com o verdadeiro sentido da “**Intervenção Multidisciplinar**”, pois por trabalhar em equipa, foi possível corrigir imediatamente um erro e evitar “males maiores”.

REFLEXÃO CRÍTICA: Caso nº 3

O **caso 3**, referente a um pedido de avaliação, tornou-se um desafio para mim, na medida em que, sendo a primeira vez que me foi solicitado a realização de uma avaliação psicológica a uma criança. Para tal, era necessário um conhecimento básico das teorias do desenvolvimento da criança, das principais técnicas de avaliação, bem como dos instrumentos a utilizar na avaliação.

Tornou-se num desafio, na medida em que foi necessário rever os conhecimentos teóricos já adquiridos, bem como de novos conhecimentos, para realizar a referida avaliação. Após esta avaliação, decidiu-se continuar o acompanhamento a pedido dos pais da criança.

A avaliação teve como objectivo principal fazer o despiste da PHDA. Após a avaliação concluiu-se que a criança não apresentava os critérios necessários para o diagnóstico desta perturbação, sendo que provavelmente, estariam na base das problemáticas apresentadas dificuldades na imposição de regras, problemas no seio familiar, e práticas parentais desadequadas.

No entanto, ao longo deste processo de avaliação e intervenção foi possível verificar que muitos dos problemas apresentados pelo P (5), não eram resolvidos, muito por causa da não adesão dos pais às recomendações propostas, bem como a uma fraca colaboração às actividades e tarefas. Estas dificuldades manifestavam-se, principalmente, nos constantes atrasos e faltas às consultas, sendo que foi necessário conceder alta “forçada” à criança e interromper o processo terapêutico.

Em termos pessoais, este processo trouxe-me sentimentos de frustração e impotência, pois à medida que tentava provocar modificações no comportamento do P (5) através da modificação de práticas parentais, os pais “impediam” que isso acontecesse, principalmente por parte do pai, que se mostrou sempre reticente em relação às estratégias propostas, bem como em relação ao processo terapêutico no geral. Por isso, foi bastante penoso para mim “desistir” deste processo e principalmente do P (5) que se mostrou sempre bem-disposto, colaborante e motivado nas actividades e tarefas realizadas.

REFLEXÃO CRÍTICA: Caso nº 4

Relativamente ao **caso 4**, este caracterizou-se pela desistência da paciente logo no início do processo terapêutico, sendo que somente foram realizadas 3 consultas. Não se conhecem os motivos da desistência, no entanto, presume-se que este *drop out* tenha sido causado pelo não estabelecimento da relação terapêutica, como pela utilização de técnicas não adequadas às características da paciente, bem como pelas próprias características da paciente.

Este caso também causou-me alguma ansiedade, na medida em que a P (6) apresentava pensamentos e comportamentos de morte e suicídio. Uma consulta antes da desistência da P (6) foi-lhe concedida o meu número privado, no caso de haver possibilidades de levar a termo os pensamentos de suicídio. No entanto, nunca houve notícias desta paciente, apesar das várias tentativas de retomar o processo.

A ansiedade relacionada a este caso mostrou-me mais uma vez que nada podemos fazer, caso o paciente não esteja disposto e motivado para a mudança. Foi possível aprender ainda, que é necessário manter a

distância emocional dos pacientes e dos seus problemas, para mantermo-nos mentalmente saudáveis. No entanto, na prática clínica muitas vezes esta premissa torna-se difícil de cumprir, principalmente quando há suspeitas e possibilidades do paciente tentar/cometer suicídio.

REFLEXÃO CRÍTICA: Caso nº 5

O caso 5 refere-se a um caso relativamente fácil e motivador para mim, na medida em que a paciente parecia ter consciência do que se passava, bem como o pleno conhecimento dos seus objectivos e metas a alcançar.

A P (7) apresentou-se ao longo do processo psicoterapêutico com a sua história clínica já estruturada, tendo sido por isso fácil recolher as informações necessárias para o estabelecimento do “diagnóstico”. Ela mostrou-se ainda determinada no que se refere à concretização dos seus objectivos, pois colaborou em todas as actividades com bastante interesse e motivação, o que ajudou muito no sucesso deste processo.

Notou-se ainda que a paciente sentia-se satisfeita com as estratégias e técnicas utilizadas, pois esta fazia sempre questão de partilhar a sua opinião, tal como ela mesma referia “*Eu quero sentir-me melhor o mais rápido e faço o que for possível para que isso aconteça*” (SIC-P7).

Neste sentido e tendo em conta a minha opinião pessoal, este caso representa também um dos meus preferidos, pois foi possível verificar a evolução para melhor da paciente, bem como confirmar que uma relação terapêutica bem estabelecida, um paciente motivado para a mudança e estratégias terapêuticas adequadas contribuem bastante para o sucesso de um acompanhamento psicoterapêutico.

REFLEXÃO CRÍTICA: Caso nº 6

Este caso, tal como o nº 5, caracterizou-se também pela desistência da paciente logo no início do processo terapêutico, sendo que somente foram realizadas 2 consultas, uma de avaliação psicológica no contexto do Programa PESO Saudável e outra para início do processo de acompanhamento psicoterapêutico. Do mesmo modo que no caso 6, não se conhecem os motivos da desistência desta paciente, por isso mais um vez, tomo a liberdade de especular que o *drop out* tenha sido causado pelo não estabelecimento da relação terapêutica, como pela utilização de técnicas não adequadas às características da paciente, bem como pelas próprias características da paciente.

REFLEXÃO CRÍTICA: Caso nº 7

Este foi o último caso psicoterapêutico a ser acompanhado no meu estágio curricular, não possível terminar o processo devido ao término do estágio. Sendo assim, este processo psicoterapêutico foi interrompido, com o compromisso de se continuar posteriormente ou de se fazer a transferência psicoterapêutica para o Dr. Jorge.

Este caso caracterizou-se por ser bastante exigente, na medida em que tratou-se de uma problemática muito incapacitante e de difícil abordagem, tal como é a Perturbação Depressiva Grave, associada ao luto patológico/antecipado. Sendo que este caso já dura há mais ou menos 9 anos, em que os sintomas parecem estar a intensificar-se nos últimos meses, foi necessária uma intervenção directa a estes mesmos sintomas.

No entanto, tal como já foi referido o caso não teve a devida continuação, sendo que neste momento encontra-se em “*stand by*”. Convém referir que nos poucos momentos em que foi possível intervir pode-se utilizar um conjunto de estratégias e técnicas, bem como a elaboração de algum material que contribuíssem para uma abordagem mais eficaz ao caso. Espero sinceramente que esta paciente consiga num futuro muito próximo resolver os seus problemas.

REFLEXÃO CRÍTICA: Caso nº 8 e 9

Estes dois casos apresentaram desde o início, um conjunto de semelhanças, desde serem dois pacientes do mesmo género sexual (ambos do sexo masculino), da mesma idade (7 anos) e com mesmos motivos de avaliação a pedido da escola (despiste de PHDA, apresentação de problemas de comportamento, dificuldades de aprendizagem/aquisição de matéria escolar), bem como apresentarem ambos sintomas relacionados com perturbações de eliminação, sendo que P (9) apresenta enurese nocturna e P (10) encoprese.

No entanto, em termos de intervenção propriamente dita, com o P (9) foi-me possível trabalhar de maneira prática, enquanto com o P (10) o motivo prendia-se somente com uma avaliação psicológica e devolução dos resultados à escola.

Relativamente a estes dois casos, posso referir que foram bastante interessantes, na medida em que pude desenvolver competências na área da avaliação psicológica com crianças, principalmente no que se refere à utilização, cotação e interpretação de diferentes instrumentos, como também verificar melhoras significativas num dos casos (P9), bem como estabelecer e manter laços de afeição e modelagem com as duas crianças.

De referir ainda que nestes dois casos, ao contrário do que aconteceu no caso 5, os pais destas duas crianças apresentaram-se muito motivados e participativos na tentativa de resolução dos problemas dos filhos. As recomendações foram aceites e havia interesse de pô-las em prática.

Outra questão satisfatória para mim foi a oportunidade de neste contexto criar um conjunto de materiais específicos para a abordagem dos problemas destas duas crianças.

Avaliações Psicológicas no contexto do Programa PESO Saudável

As avaliações psicológicas realizadas no contexto do Programa PESO contribuíram grandemente para a aquisição de novos conhecimentos práticos no âmbito da avaliação de adultos.

Tratando-se de um momento de contacto único (para aqueles que preferiram não iniciar um processo psicoterapêutico) exigiu de mim a aquisição e aplicação de competências e estratégias que em muitos casos não foi possível apresentar, nomeadamente a capacidade de realizar uma exploração da história clínica do paciente, numa só consulta e daí conseguir elaborar um relatório conciso e directo para apresentar aos responsáveis do programa.

De referir que ao ser testada neste nível consegui verificar que apresento algumas dificuldades, principalmente no que se refere a manter uma linha de questões relacionada somente com um assunto particular, bem como competências para por exemplo “cortar” a conversa do paciente e dirigir o assunto para questões concretas, bem como ainda ser directa ao ponto de cumprir o horário estipulado para o início e fim da sessão da avaliação.

No entanto, tal como era de esperar e sendo o estágio um período e uma oportunidade de aprender e pôr em prática conhecimentos teóricos, considero que foi oportuno ter a chance de praticar tanto os pontos fortes como os fracos. Neste sentido, penso ter adquirido a tempo as competências que me eram exigidas para desempenhar esta tarefa e espero vir a servir-me dessas mesmas competências num futuro profissional próximo.

De um modo geral, e tendo em conta que se tratou do início do exercício profissional, considero que em relação às oportunidades surgidas, as condições do local de estágio, a abertura na supervisão e orientação do estágio, este tornou-se um óptimo campo para adquirir as competências e conhecimentos propostos, bem como alcançar os objectivos delineados tanto pelo Departamento do curso, como em conjunto por mim e pelos orientadores.

COMPONENTE 3:
COMPETÊNCIAS DE INTERVENÇÃO

Introdução

De um modo geral, avaliar e intervir implica, necessariamente, *actuar* sobre os outros indivíduos (Ros, 2006a). Isto é, uma intervenção psicológica tem como principal objectivo resolver os problemas que um determinado indivíduo enfrenta e que dificultam significativamente a sua adaptação ao meio em que vive (Ros, 2006c). De acordo com Kanfer e Goldstein (1987, Ros, 2006c), um problema psicológico manifesta-se quando:

- Há uma falta subjectiva de bem-estar que o indivíduo não pode eliminar por si só;
- Há uma significativa manifestação de défices ou excessos de comportamento que interferem no funcionamento considerado adequado por si mesmo e/ou pelos outros;
- A pessoa participa em actividades que são questionáveis pelas pessoas que a rodeiam e que têm a consequências negativas que revertem sobre si mesmo e sobre os outros;
- Há desvios comportamentais que têm como resultado sanções sociais severas para as pessoas mais próximas do seu meio.

De acordo com esta perspectiva, a **intervenção psicológica** é um processo de aprendizagem cujo objectivo geral é a melhoria do comportamento das pessoas que consultam o psicólogo à procura de ajuda para os seus problemas (Parry, Cape e Pilling, 2003).

Neste sentido, Morris (2003) defende que a intervenção clínica pode ser entendida como um processo de solução de problemas e de tomada de decisão (tanto por parte do paciente e como do terapeuta).

Neste processo intervêm uma série de variáveis, para além dos processos de aprendizagem implementados, que é necessário controlar, tais como: competências, habilidades e personalidade do paciente, atribuições e percepções que tem acerca da sua saúde e a possibilidade de controlo, habilidades do terapeuta, expectativas de sucesso da intervenção, entre outras variáveis (Ros, 2006c).

De acordo com Trindade e Teixeira (1998:217), de entre todas as questões relacionadas com a intervenção psicológica nos serviços de saúde, *“a intervenção nos cuidados de saúde primários é (...) a mais prioritária e, paradoxalmente, a mais desconhecida, quer dos responsáveis pelas políticas de saúde quer dos próprios psicólogos”*.

No entanto, importa salientar, que por se tratar de um campo relativamente novo, este não deixa de ser bastante ampla e envolver diversas áreas de actuação, tais como:

1. Contribuição para programas de promoção da saúde e de prevenção das doenças, em especial aquelas nas quais o comportamento está implicado
2. Adesão a exames de saúde e rastreios, em diferentes fases do ciclo vital
3. Processos de confronto e adaptação à doença (física e mental) e à incapacidade
4. Stress induzido pelo confronto com procedimentos médicos de diagnóstico e/ou tratamento
5. Problemas de adesão a tratamentos médicos, regimes alimentares, desenvolvimento de auto-cuidados e medidas de reabilitação
6. Desenvolvimento da informação relacionada com a saúde e processos de comunicação em contextos de saúde
7. Comportamentos de procura de cuidados de saúde e determinantes da utilização dos serviços de saúde
8. Qualidade dos cuidados de saúde e humanização dos serviços (Trindade e Teixeira, 1998:221).

Neste sentido, e de acordo com estes autores, compete ao psicólogo delinear intervenções adequadas às diferentes fases do desenvolvimento psicológico da população alvo e ao contexto social.

As modalidades de intervenção podem ser diversas, mas têm que ter sempre em consideração o indivíduo como um todo, sendo que se por lado for necessário intervir com as crianças e os adolescentes, seja também necessário intervir com o seu meio circundante, tal como é o seio escolar e familiar (Trindade, 1996).

Por outro lado, na intervenção com adultos este pode incluir o apoio individualizado em períodos de crise de vida (lutos, transições no ciclo vital) e a avaliação, acompanhamento e prevenção de recaídas em perturbações do foro psicológico como: depressão, perturbação bipolar, ansiedade generalizada/social, fobias/pânico, POC, perturbações alimentares, entre outros (Trindade e Teixeira, 1997).). Sendo que por vezes, concomitantemente com o apoio psicológico, é recomendável um acompanhamento médico e psicofarmacológico.

Neste sentido, a presente componente foi desenvolvido no âmbito do estágio curricular como posteriormente no estágio profissional, realizados no SNAF, do Centro Hospitalar Cova da Beira – Covilhã e PSICOFOZ, Centro de Intervenção Psicopedagógica da Guarda.

A componente de intervenção vem de encontro a dois dos principais objectivos de um estágio que enfatizam o aprofundamento de conhecimentos teóricos e práticos numa das especialidades das áreas científicas da Psicologia e o desenvolvimento de competências de intervenção e investigação.

Relativamente, à Componente de Intervenção, optou-se inicialmente, pela intervenção e apresentação de um caso único, cujo processo decorreu ao longo do estágio curricular. No entanto, posteriormente decidiu-se apresentar num total de 3 casos clínicos acompanhados ao longo do estágio curricular. Neste sentido, esta componente representa o resultado do objectivo principal do estágio, a recordar: a capacidade de ultrapassar a barreira da teoria para a prática clínica.

A apresentação do conteúdo que se segue será feita da seguinte maneira, de modo a serem abordadas questões essenciais subjacente aos processos de intervenção em causa, nomeadamente:

1) Apresentação dos casos de estudo, em que são incluídos a exposição dos dados demográficos dos pacientes (garantindo sempre o anonimato dos mesmos), seguida da anamnese/história clínica, dos planos de Avaliação, da definição das principais áreas problemáticas e finalmente, o estabelecimento dos principais objectivos a atingir ao longo de cada processo de intervenção.

A seguir apresentam-se os planos de Intervenção propriamente ditos, em que, primeiramente se abordam as estratégias utilizadas no âmbito de cada problemática apresentada. A última parte de cada caso é reservada à apresentação da reflexão crítica feita relativamente ao caso em causa. De referir que tratando-se de casos práticos de intervenção psicológica, será feita uma abordagem ao que se fez e ao que poderia ter sido feito.

3) Finalmente e para encerrar este trabalho será apresentado um capítulo que englobará uma breve apreciação final de todo o trabalho apresentado.

Capítulo 10

Apresentação dos casos de Intervenção

10.1. CASO DE INTERVENÇÃO 1

10.1.1. Breves Informações do CASO 1

Este caso baseia-se na intervenção psicoterapêutica de uma paciente do sexo feminino, denominado MAG, por questões éticas relacionadas com o anonimato e confidencialidade, isto é, a protecção contra exposição e divulgação dos dados pessoais, de acordo com a Lei nº 67/98, de 26 de Outubro (Lei da Protecção de Dados Pessoais, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados).

Informação geral

Nome: MAG **Sexo:** F **Data de nascimento:** 23/04/1995 **Est. Civil:** Solt. **Profissão:** Estudante
Nível socio-económico: médio/alto **Peso:** 59,8 kg **Altura:** 1,53 cm **IMC:** 25,5

Motivos da consulta: O pedido de acompanhamento ao serviço de Psicologia foi feito com os seguintes motivos: aparentes dificuldades de comunicação da paciente, e pouca motivação para o cumprimento do Plano Alimentar (PA), bem como da família que se mostra pouco envolvida, não colaborante e pouco motivada. Refere-se ainda que a paciente não se encontrava motivada para o processo de perda de peso.

A MAG foi inicialmente acompanhada nas consultas de psicologia pelo Psicólogo Dr. Jorge Marques. No entanto e de acordo com este profissional, o acompanhamento psicoterapêutico não foi bem sucedido, principalmente por questões de proximidade que o mesmo tinha com a família da MAG. Um outro motivo importante refere-se ao facto da diferença de género sexual e idade, o que pôs em causa o estabelecimento da aliança terapêutica.

Informações Gerais: MAG é segunda filha dos pais (tem um irmão de 16 anos), que estão casados há 20 anos, mas que vivem separados há pelo menos 9 anos, devido ao facto do pai trabalhar no estrangeiro (Suíça). O pai regressa a casa todos os anos, nas épocas festivas (Natal e Fim de ano) e férias do ano lectivo dos filhos (Agosto). De referir que a esposa e os filhos nunca foram visitar o pai à Suíça, mas o contacto mantém-se quase que diariamente através dos telefonemas e/ou da ligação via Internet.

A família da MAG é caracterizada por todos os profissionais que fazem parte da equipa multidisciplinar que a acompanha, como não colaborante, pouco participativa e desmotivada para o processo de mudança de estilo de vida da filha. Neste sentido, este poderá ser um dos motivos que impede o alcance dos objectivos propostos pelos profissionais de saúde que trabalham com ela.

10.1.2. Áreas problemáticas (Objectivos da Avaliação e Intervenção)

Ao longo das consultas realizadas e da (pré) avaliação já feita concluiu-se que podem existir um conjunto de problemas ou áreas problemáticas que possam estar a afectar negativamente o desenvolvimento emocional da MAG. A seguir apresentam as principais áreas problemáticas encontradas, seguidas dos objectivos propostos para este caso:

- 1. Dificuldades na adesão terapêutica;**
- 2. Obesidade (excesso de peso);**
- 3. Dificuldades nas Competências sociais e de comunicação;**

Programa de Intervenção para o caso: Este programa será constituído por três fases, em que se pretende principalmente abordar as questões psicológicas e emocionais que possam estar associadas à obesidade/excesso de peso, bem como colaborar na adesão às recomendações nutricionais e de actividade física, tendo como fim ultimo perder peso de modo saudável e manter os ganhos terapêuticos a longo prazo.

Pretende-se ainda que a MAG adquira algumas competências sociais, principalmente no que se refere a competências de comunicação que poderão estar a agravar o seu estado actual e a impedir a sua adesão às terapêuticas a que esta sujeita. Sendo assim, a seguir apresenta-se a estrutura do programa de Avaliação e Intervenção com a paciente em causa (**Tabela 45**).

Área		Objectivos	Técnicas/Instrumentos
FASE 1: Avaliação e Diagnóstico FASE 1: Avaliação e Diagnóstico (Cont.)	Aliança Terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer uma relação empática, baseada na confiança mútua; • Apoio e Descarga Emocional; 	Desenho da Figura Humana Desenho da Família
	Avaliação Clínica	<ul style="list-style-type: none"> • História Clínica e Desenvolvimental; • História Familiar; • Recolha de Informações; • Avaliar a Motivação; • Estabelecimento de Hipóteses; 	Entrevista Clínica Entrevista Motivacional Registo de Auto-conhecimento
	Hábitos Alimentares	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar os hábitos relacionados com: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Número de refeições diárias; ✓ Horários de cada uma; ✓ Locais de consumo; ✓ Actividades realizadas durante a ingestão; ✓ Respostas a estimulação externa (aspecto, sabor, cheiro, dos alimentos); 	Entrevista Registos de auto-monitorização Diários Alimentares Diário de actividades diárias
	Padrões de Actividade Física	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar padrões de actividade física: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Quotidiana (duração); ✓ Estruturada (duração); ✓ Actividades de lazer: tipo de actividade (duração); ✓ Ver TV: número de horas; 	Entrevista Registo de actividade física Registo de controlo de peso Registo de actividades diárias
Avaliação Psicológica	Avaliação ao nível: 1. Psicológico/Emocional	Diário de situações	

	(Psicométrica)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Psicopatologia geral; ✓ Ansiedade/Ansiedade Social; ✓ Competências Sociais: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Assertividade ❖ Competências de comunicação ✓ Depressão; ✓ Auto-estima/Auto-conceito/Auto-eficácia ✓ Percepção da imagem corporal: <ul style="list-style-type: none"> ❖ Distorções da imagem corporal; ❖ Cognições e atitudes acerca da imagem corporal; ❖ Grau de satisfação com o peso e silhueta; <p>2. Cognitivo-comportamental</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Competências Cognitivas; ✓ Motivação/Expectativas; ✓ Crenças/Atribuição causal do problema; ✓ Atitudes relacionadas com o problema; ✓ Padrão de Pensamentos; ✓ Padrão de Comportamentos; <p>3. Projectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Representação de si e dos familiares; ✓ Dinâmica familiar; ✓ Aceder a conteúdos latentes; ✓ Mecanismo de defesa; ✓ Percepção global do mundo interpessoal; 	<p><i>Role play</i></p> <p>Questionários:</p> <ul style="list-style-type: none"> Auto-estima; Auto-eficácia; <p>“Escala de avaliação de imagem de crianças – menina”;</p> <p>WISC-III;</p> <p>Matrizes Progressivas de Raven;</p> <p>Reforços;</p> <p>Controlo de contingências;</p> <p>Desenho da Figura Humana;</p> <p>Desenho da Família;</p> <p>O Teste Pata Negra;</p> <p>CAT-H;</p> <p>Roberts Apperception Test for Children (RATC);</p>
FASE 2: Intervenção e Tratamento	FASE 1 (Preparar)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Promover/Aumentar a Motivação; ❖ Promover/Aumentar a Adesão à terapêutica; ❖ (Psico) Educação ❖ Redução/Manutenção do peso; ❖ Modificação do comportamento alimentar; ❖ Modificação do estilo de vida; ❖ Inclusão Familiar 	<p>Auto-observação/Auto-registos</p> <p>(Auto) Reforços</p> <p>Controlo de contingências</p> <p>Modificação de hábitos Aliment.</p> <p>Programa de actividade física</p> <p>Contratos comportamentais</p> <p>Reuniões (15/15 dias) com a mãe</p>
	FASE 2 (Mudar)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Redução da activação emocional (alimentos); ❖ Modificação/Melhorar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cognições/Sentimentos/Emoções (que facilitam a ingestão emocional); ✓ Cognições/Sentimentos/Emoções (que interferem com a prática da actividade física); ✓ Imagem Corporal; ✓ Pensamentos automáticos negativos; ✓ Auto-estima/Auto-conceito/Auto-eficácia ❖ Exposição Sistemática/Prevenção de recaídas; 	<p>Relaxamento</p> <p>Reestruturação Cognitiva</p> <p>Resolução de Problemas</p> <p>T. Competências Sociais</p> <p>Treino de Assertividade</p> <p>Apoio social</p> <p>(Auto) Reforços</p>
	FASE 3 (Manter)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prevenção de recaídas; ❖ Manutenção do peso perdido; ❖ Aquisição do peso alvo; 	<p>Resolução de Problemas</p> <p>Treino de Competências Sociais</p> <p>Treino de Assertividade</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Manutenção dos padrões de actividade física; ❖ Manutenção do novo estilo de vida; 	Apoio social Auto-registos Contratos comportamentais Auto-reforço Apoio familiar e social
FASE 3	<i>Follow Up</i>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prevenção de recaídas; ❖ Manutenção dos padrões de actividade física; ❖ Manutenção do novo estilo de vida; 	Auto-registos Auto-reforço Apoio familiar e social

10.1.3. Avaliação e Intervenção (Resultados)

Tendo em conta todo o processo de avaliação e intervenção foram registadas os seguintes resultados:

Tabela 46 – Frequência das Consultas (MAG)

Data	Sumário da Consulta	Observações
<u>03/10/06 (09:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observação 2. Intervenção psicoterapêutica 3. Apresentação 	Passagem terapêutica
<u>19/10/06 (09:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação; 2. Estabelecimento da relação terapêutica; 3. Confidencialidade e consentimento informado; 4. Formalização do contrato psicológico; 5. Obtenção das primeiras informações; 6. Utilização dos instrumentos de avaliação: <ul style="list-style-type: none"> • Desenho da Figura Humana; • Desenho da Família; • Proposta da tarefa de casa; 	Primeira Consulta: Acompanhamento;
<u>26/10/06 (09:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Correção do TPC (tarefa para casa): 2. Início da Entrevista Clínica (exploração das seguintes áreas): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gostos e Interesses; ▪ Tempos Livres/Fins-de-semana; ▪ Rotina Diária (dia comum); ▪ Relacionamentos: Amigos e Colegas (ambiente escolar); 3. Avaliação e Treino do Auto-conceito; 	Entrevista Clínica;
<u>14/11/06 (09:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Correção do TPC (tarefa para casa): “<i>O que eu vejo na minha imagem no espelho.</i>” – “<i>O que eu gosto e o que eu não gosto</i>”; 2. Continuação da recolha de informação (exploração das seguintes áreas): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expectativas em relação ao processo psicoterapêutico; ▪ Plano Alimentar (PA). 3. Intervenção psicoterapêutica: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrato de Compromisso; ▪ Apresentação das tarefas de desempenho pessoal (fichas de monitorização); ▪ Técnica Economia de Fichas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lista de Reforços, diário de monitorização, sinais a utilizar; 4. Entrega das tarefas de casa; 	A. Psicoterapêutico Entrevista clínica Reforços positivos (<i>Token Economy</i>)
<u>23/11/06 (10:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verificação da ficha de monitorização (diário semanal análise das tarefas enviadas para casa); 2. Correção do TPC (tarefa para casa): “<i>Eu agora estou a ver a minha imagem no espelho. O que eu vejo?</i>”; 3. Continuação da recolha de informação (exploração das seguintes áreas): 	A. Psicoterapêutico Expectativas Monitorização <i>Token Economy</i>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expectativas em relação às consultas de psicologia e do processo psicoterapêutico (Exploração das vantagens e desvantagens de ter consultas de psicologia); ▪ Plano Alimentar (PA); ▪ Elaboração da lista dos reforços preferidos; <p>4. Confrontação com a sua situação actual;</p> <p>5. Tarefa Para Casa;</p>	
<u>30/11/06 (09:30)</u>	<p>1. Correção das TPC (tarefas para casa):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ficha de monitorização (diário semanal); ▪ Diário da alimentação; ▪ Ficha acerca da motivação; <p>2. Elaboração da lista de princípios, valores e comportamentos aceite nas consultas de psicologia;</p> <p>3. Revisão da lista de reforços elaborada anteriormente;</p> <p>4. Nova confrontação em relação à sua situação actual, do seu comportamento e participação nas consultas;</p> <p>5. Continuação da recolha de informação (exploração das seguintes áreas):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expectativas em relação às consultas de psicologia e do processo psicoterapêutico (Exploração das vantagens e desvantagens de ter consultas de psicologia); ▪ Diário Alimentar/ Plano Alimentar (PA); <p>6. Tarefa Para Casa;</p>	A. Psicoterapêutico Entrevista clínica <i>Token Economy</i> Motivação
<u>07/12/06</u>	Consulta com a mãe (Faltou/Adiado);	
<u>14/12/06 (09:00)</u>	<p>1. Exploração dos acontecimentos e actividades feitas ao longo das 2 semanas passadas;</p> <p>2. Verificação da ficha de monitorização (diário semanal);</p> <p>3. Análise das tarefas enviadas para casa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Vantagens e desvantagens de ter consultas de psicologia”; ▪ Ficha acerca da “Motivação”; ▪ Diário alimentar; ▪ “Lista de princípios, valores e comportamentos importantes na consulta de Psicologia”; <p>4. Avaliação psicométrica: “Escala de avaliação de imagem de crianças – meninas”;</p> <p>5. Tarefa Para Casa;</p> <p>6. Entrevista clínica e recolha de informações através da mãe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regime alimentar familiar; ▪ Dinâmica familiar: relacionamento com a filha, relacionamento entre irmãos; ▪ Padrão de exercício da P (1); ▪ Propostas feitas à mãe; 	A. Psicoterapêutico Monitorização Aval. Psicométrica <i>Token Economy</i>
<u>21/12/06 (10:00)</u>	<p>1. Exploração dos acontecimentos da semana anterior;</p> <p>2. Correção das tarefas para casa;</p> <p>3. Avaliação do padrão de exercícios físicos;</p> <p>4. Avaliação da participação e cooperação nas consultas de Psicologia;</p> <p>5. Atribuição do reforço/T.P.C.</p>	A. Psicoterapêutico Aval. Informal <i>Token Economy</i>
	Avaliação Psicométrica	
<u>10/01/07 (08:00)</u>	<p>1. Exploração dos acontecimentos da semana anterior;</p> <p>2. Avaliação das consultas de Psicologia (Balanço positivo e negativo);</p> <p>3. Preparação das consultas de Avaliação: primeiros conhecimentos;</p>	A. Psicoterapêutico Monitorização Bal. das consultas
<u>18/01/07 (09:45)</u>	<p>1. Exploração dos acontecimentos da semana anterior;</p> <p>2. Avaliação da evolução nutricional (Peso e IMC);</p> <p>3. Auto-avaliação da imagem corporal (Desenho de si mesma);</p> <p>4. Avaliação de presença de sintomas de ansiedade (situações escolares);</p>	A. Psicoterapêutico Aval. Informal Aval. Psicométrica
<u>01/02/07 (10:00)</u>	<p>1. Exploração dos acontecimentos da semana anterior;</p> <p>2. Avaliação e auto-avaliação da assertividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competências sociais/Competências de Comunicação; <p>3. T.P.C.</p>	A. Psicoterapêutico Aval. Informal Treino Competências
<u>29/03/07 (09:00)</u>	<p>1. Exploração do quotidiano:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentação (Plano Alimentar); 	A. Psicoterapêutico Monitorização Aval. Informal

	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento Académico; <ol style="list-style-type: none"> 2. Evolução Nutricional. 3. Avaliação e auto-avaliação da assertividade: <ul style="list-style-type: none"> • Competências sociais; • Competências de Comunicação; 	
<u>05/04/07</u> a <u>10/05/07</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exploração do quotidiano; 2. Avaliação Psicométrica: <ul style="list-style-type: none"> ▪ WISC III 	A. Psicoterapêutico Monitorização Aval. Psicométrica
<u>31/05/07 (09:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Exploração do quotidiano: <ul style="list-style-type: none"> • Alimentação (Plano Alimentar); • Desenvolvimento Académico; 2. Evolução Nutricional. 3. Avaliação e auto-avaliação da assertividade: <ul style="list-style-type: none"> • Competências sociais; • Competências de Comunicação; 4. Balanço das consultas; <ul style="list-style-type: none"> • Conversa com a mãe; • Apresentação dos resultados; • Apreciação Final 	A. Psicoterapêutico Monitorização Aval. Informal <i>Role-Play</i> Treino de Competências
FIM DO PROCESSO TERAPÊUTICO (Alta)		

-----**RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA**-----

Performance Académica

A MAG é uma aluna com uma performance escolar média-baixa, conseguindo na maior parte das vezes notas de 3 (Suficiente Bom/Mau), sendo em disciplinas como a Matemática e a Língua Portuguesa consegue quase sempre notas negativas ou 3-. Por outro lado, a MAG destaca-se nas disciplinas de Inglês (com notas de 4/5) e de Expressão Plástica. Ela refere que estas são as disciplinas que lhe dão mais gosto estudar.

De acordo com a mãe, os resultados conseguidos pela MAG, apresentam significativas discrepâncias entre o seu potencial e seu rendimento académico, pois segundo a mãe “a MAG é muito inteligente e tem muito jeito para a escola. Eu sei disso. Mas ela não gosta de estudar, principalmente quando não gosta da matéria, como é o caso da Matemática. Mas ela quando quer e está motivada consegue ter boas notas” (SIC-mãe)

Por sua vez, a MAG estabelece como meta máxima para o seu rendimento académico o “Satisfaz”, pois acha que neste ano lectivo já não será possível alcançar mais: “Já é um bocadinho tarde para começar a estudar, mas para o próximo ano vou ter que me esforçar mais” (SIC-MAG)

Avaliação Cognitiva

De um modo geral, a MAG apresenta um nível de capacidades intelectuais médio-baixo, destacando-se em quase todas as provas de realização (disposição de gravuras, Cubos e composição de objectos), mas apresentado muitas dificuldades nas provas verbais, principalmente, na prova referente à Aritmética, Informação, Vocabulário, Compreensão e Memória dos dígitos.

Por conseguinte, a MAG no que se refere à memória e acuidade visual, revela um elevado domínio nas tarefas de manuseamento automático de símbolos, percepção visual, relações espaciais e coordenação visuo-motora. Sendo que,

esta avaliação permitiu verificar que a MAG revela uma elevada capacidade de concentração no que se refere principalmente à componente motora e espacial.

No entanto, a MAG revela pouco domínio de conhecimentos gerais, principalmente no que se refere ao nível linguístico, em que ela manifesta uma fraca fluidez e compreensão verbal, caracterizado por um vocabulário pobre e pouco desenvolvido, de monossílabas e respostas curtas. No entanto, neste contexto ela demonstra boas capacidades de estabelecimento de relações conceptuais, o que denota uma fácil utilização do pensamento abstracto e associativo, sendo que neste sentido, o único problema reside na capacidade de se expressar verbalmente e fluentemente.

Estas dificuldades notam-se também ao nível social, em que embora a MAG demonstre boas capacidades de juízo prático, compreensão e adaptação a situações sociais, ela acaba por apresentar algumas dificuldades na manifestação de comportamentos sociais aceitáveis e eficazes, principalmente no que se refere à componente comunicativa, mais uma vez relacionada com a capacidade de se expressar verbal e não-verbalmente de modo correcto.

Deste modo, torna-se cada ainda mais claro a necessidade de maior investimento e treino no âmbito das competências sociais e comunicacionais, sendo este um dos principais objectivos das Consultas de Psicologia.

FIM DO RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Relatório FINAL

Objectivos da consulta:

1. Exploração do quotidiano:
 - Alimentação (Plano Alimentar) /Avaliação Nutricional;
 - Desenvolvimento Académico;
2. Treino das: Competências sociais e Comunicacionais;
3. Técnicas e métodos de Estudo;
4. Balanço das consultas: Conversa com a mãe/Apresentação dos resultados;
 - Apreciação Final.

Sendo esta a última consulta do processo terapêutico, foi necessário prolongar mais em termos da duração, sendo que esta acabou por durar mais ou menos 1h30min.

Em primeiro lugar, convém referir que foi necessário conceder a alta pelas seguintes razões:

1. Prolongamento excessivo e sem resultados aparentes do processo psicoterapêutico;
2. A persistente não adesão às consultas de Psicologia e Nutrição;
3. Falta de motivação demonstrada tanto pela MAG, como pela família, no que se refere à disposição para a mudança do estilo de vida (relativamente aos hábitos alimentares e padrão de actividade física);

4. À alta concedida pelos profissionais do Serviço de Nutrição e Actividade Física (nutricionista e Médico Responsável pela Intervenção na componente da Actividade Física). E sendo o motivo principal das consultas de Psicologia, promoção da motivação para a adesão às recomendações clínicas, não havia necessidade de continuar o acompanhamento, já que o processo nutricional tinha sido terminado;
5. Questões legais, administrativas e financeiras relativas à manutenção de consultas sem sucesso aparente;
6. Excessivas faltas escolares (sendo uma das chamadas de atenção por parte do Agrupamento Escolar), causadas pelas vindas às Consultas de Nutrição, Pediatria e Psicologia;
7. Aproximação do final do Estágio Curricular;

Neste sentido e tendo em que conta que se tratava da última consulta de psicologia (sendo que este aviso tinha sido feito desde a consulta anterior), abordaram-se os motivos pelos quais era necessário terminar o processo e disponibilizou-se para se no caso de ser necessário haverem mais consultas e contactos. Este momento foi feito logo no princípio da consulta bem como no final da consulta agora na presença da mãe da MAG.

Durante esta consulta, na qual os principais objectivos referiam-se ao treino das competências sociais e comunicacionais foram feitos novos *role-plays*, em que mais uma vez e à semelhança da consulta de 29/03/07, foram escolhidas novas personagens para se imitar, em que na primeira parte do *role-play* a MAG tinha que identificar os pontos fortes e fracos das competências de comunicação da personagem (e corrigir os pontos fracos), analisar o efeito que esses pontos fracos tinham num relacionamento e especificamente numa conversa e finalmente tentar imitar a personagem escolhida, tendo o cuidado de não repetir os “erros” de comunicação encontrados.

A seguir aos momentos de *role-play* (imitação das formas de comunicação de algumas personagens da série televisiva “Morangos com Açúcar”, foi feito um momento de *role-play*, sendo que desta vez houve uma inversão de papéis (da psicóloga e paciente) em que lhe foi entregue a bata e houve troca de lugares. O objectivo era não só pôr a MAG a fazer perguntas, tentar “meter conversa”, mas também e principalmente perceber as dificuldades em manter uma conversa “agradável” quando um dos participantes não apresenta competências adequadas para tal.

Quando se verificou que a MAG “aprendera” a lição, seguiu-se então um breve momento de discussão em que a MAG expôs as suas principais dificuldades em manter a conversa, o que poderia ter feito para ultrapassar essas dificuldades e porque que não foi capaz de o fazer. Explorou-se então as diferentes situações, em que a MAG sentiu-se mais/menos confortável para comunicar, as principais razões e alternativas para melhorar. É preciso referir que esta tratou-se da consulta em que a MAG mais participou.

Já no final da consulta e antes de chamar a mãe, foi abordado a questão dos hábitos de estudo da MAG (tendo em conta que se aproximava a época de exames). Constatou-se que mais uma vez a MAG não conseguira pôr em prática as recomendações anteriormente feitas (uso de um horário de estudo, de técnicas e métodos adequados de estudo e locais adequados para estudar) e que seria necessário, uma última vez, aconselhar a MAG a tentar modificar os seus

hábitos e métodos de estudo. A MAG concordou em fazê-lo, principalmente, diz ela: “Porque vou ter mesmo que estudar, se não vou ter más notas” (SIC-MAG. Entregou-se então um novo horário de estudo adaptado a uma menina (**Anexos MAG**) para que a MAG programasse correctamente os seus estudos. Foram feitas novamente as principais recomendações para se ter sucessos nos estudos.

Após este momento, chamou-se a mãe, para que assim se desse por terminada a consulta e o processo psicoterapêutico. Foram novamente explicados os principais motivos para o término das consultas de psicologia e apresentaram-se os resultados (qualitativos) até ao momento encontrados.

A seguir são então apresentados dois gráficos e uma tabela representativos dos resultados alcançados ao longo deste processo, tendo em conta as variáveis “Evolução Nutricional da MAG”, “Motivação da MAG”, “Participação da MAG” e “Objectivos Alcançados”.

De referir que a avaliação feita às consultas e tendo em conta as variáveis em causa, tem um carácter pessoal.

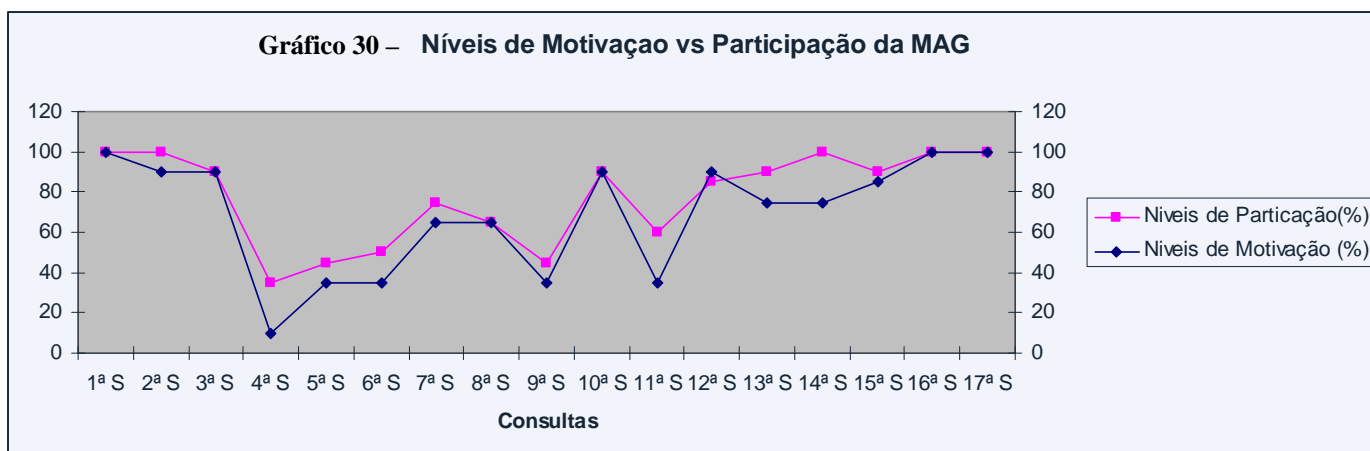
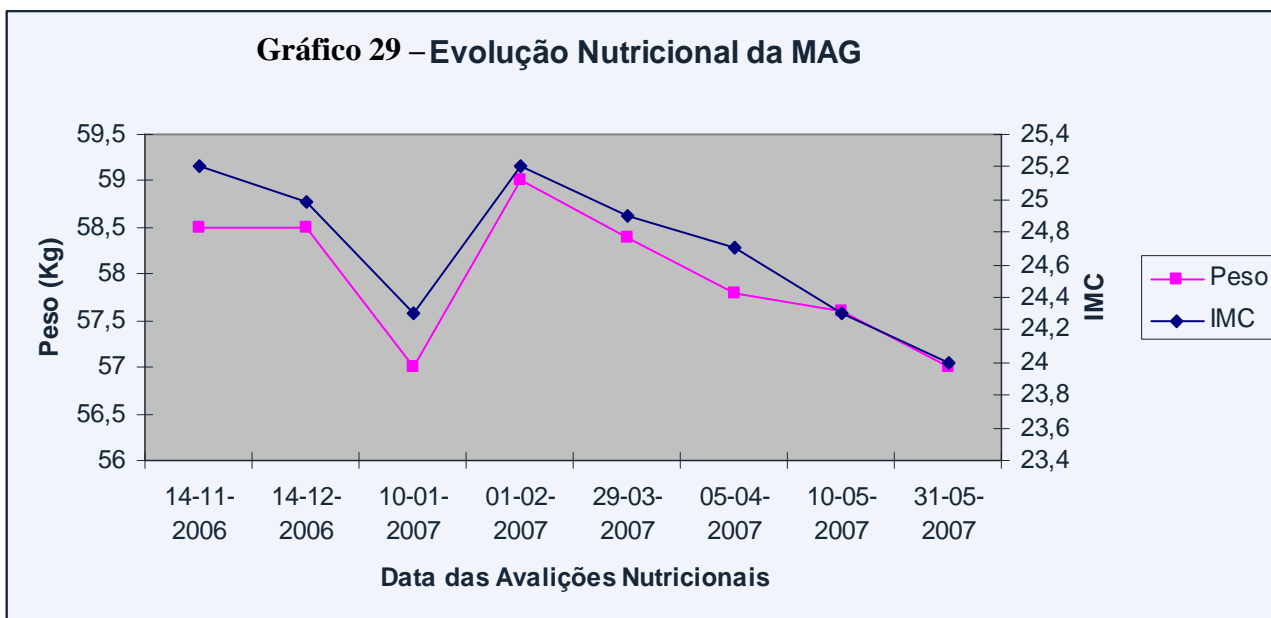


Tabela 47 – “Motivação da MAG” x “Participação da MAG” x “Objectivos Alcançados”

Consultas	Níveis de Participação (%)	Níveis de Motivação (%)	Objectivos atingidos (%)
1ª S	100	100	Todos
2ª S	100	90	Todos
3ª S	90	90	Todos
4ª S	35	10	Quase Nada
5ª S	45	35	Médio
6ª S	50	35	Quase Todos
7ª S	75	65	Todos
8ª S	65	65	Quase Todos
9ª S	45	35	Todos
10ª S	90	90	Todos
11ª S	60	35	Todos
12ª S	85	90	Todos
13ª S	90	75	Quase Todos
14ª S	100	75	Quase Todos
15ª S	90	85	Quase Todos
16ª S	100	100	Todos
17ª S	100	100	Todos

0-20 Muito Mau	0-20 Muito Mau	Nada
21-40 Mau	21-40 Mau	Quase Nada
41-60 Médio	41-60 Médio	Médio
61-80 Bom	61-80 Bom	Quase Todos
81-100 Muito Bom	81-100 Muito Bom	Todos

10.1.4. Avaliação Qualitativa e Reflexão Crítica

Tratando-se de um caso de transferência terapêutica, vinda do Psicólogo do SNAF, em que houve algumas dificuldades para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica (motivadas pela proximidade entre o psicólogo e família da MAG, sendo que muitas vezes dificultava as chamadas de atenção, repreensões e recomendações e pela diferença de idade e género sexual, que muito influenciam no estabelecimento da relação terapêutica).

Estas dificuldades foram ultrapassadas pela transferência psicoterapêutica, pois não existiam quaisquer relações extra profissionais com a paciente e seus familiares, bem como havia alguma semelhança entre mim e a MAG. Neste sentido, o processo de estabelecimento da relação terapêutica foi feita com sucesso,

pois inicialmente tanto a MAG, como a mãe (que sempre a acompanhava à consulta) mostraram-se satisfeitas com este novo processo psicoterapêutico, bem como com as recomendações propostas.

No entanto, ao longo deste processo psicoterapêutico foram surgindo as complicações e dificuldades apontadas pela nutricionista que a acompanhava, nomeadamente e principalmente, a falta de adesão e motivação para com as consultas de psicologia e com as recomendações propostas. Estas dificuldades eram apresentadas tanto pela MAG, como também pela família representada pela mãe.

A falta de adesão via-se, principalmente, através da não mudança dos comportamentos da MAG, no que se refere aos seus hábitos alimentares e de actividade física, bem como algumas dificuldades referentes às competências sociais e de comunicação. No que se refere à mãe/família da MAG, a falta de adesão era manifestada na não mudança do estilo alimentar da filha, bem como na incapacidade de estabelecer regras explícitas e rígidas, relacionadas quer com a alimentação quer com a actividade física, bem como com os hábitos de estudo e socialização da filha.

Neste caso foram utilizadas estratégias, essencialmente, comportamentais e motivacionais, tais como: registos diários de situações, diários alimentares e de actividade física, horários e métodos de estudos, recompensas e reforços positivos, treinos de competências, exploração de interesses, que apresentaram bons resultados.

No entanto, este caso não pode ser considerado totalmente um sucesso, pois não foram alcançados alguns dos objectivos propostos nomeadamente, a perda de peso por iniciativa e esforço da MAG e família, sendo que apesar dela diminuir o IMC ao longo do processo psicoterapêutico (de 26,2 para 24,0), isto aconteceu devido ao desenvolvimento e crescimento normal na sua idade (aumento da altura e manutenção do peso).

Por outro lado, o quadro não se pinta todo de negro, pois foram alcançados objectivos como: treino de competências sociais e comunicacionais, transmissão de conhecimentos relacionados com a nutrição, alimentação, actividade física, motivação, interesses, que poderão servir-lhe mais tarde.

Para finalizar, a análise crítica deste caso psicoterapêutico de intervenção, convém referir que apesar de todas as dificuldades com que me deparei ao longo deste acompanhamento, este não deixa de ser um dos meus preferidos, pois trata-se do primeiro caso a ser acompanhado exclusivamente por mim e em que a supervisão e orientação mostraram-se importantes para a resolução de algumas situações problemáticas, ou mesmo pelo conforto de me mostrar que nem sempre os casos que acompanhamos desenvolvem-se da maneira como esperamos.

10.2. CASO DE INTERVENÇÃO 2

<u>Informação geral</u>			
Nome: <u>SEC</u>	Sexo: <input type="text" value="F"/>	D. Nasc. <u>25/03/1972</u>	E. Civil: <u>Casada/Divorciada</u>
Altura: <u>1,53 cm</u>	Peso: <u>72,2 kg</u>	IMC: <u>32,2</u>	Profissão: <u>Empregada fabril;</u>

10.2.1. Motivo do pedido da consulta

O pedido de acompanhamento nas consultas de psicologia foi feito pela médica nutricionista Dra. Joana Mascarenhas. O principal motivo deste pedido prende-se com o facto de a SEC não conseguir atingir os objectivos propostos nas consultas de nutricionismo (está a perder pouco peso). A própria SEC refere que *“a nutricionista já me disse que estou a perder peso, algum peso, mas eu não noto nada. Acho que estou na mesma.”* (SIC)

De acordo com a nutricionista, e a SEC concorda, que o processo terapêutico de perda de peso não está a ter resultados consideráveis, principalmente devido a problemas conjugais, que a paciente se queixa. Um outro pedido vindo da nutricionista está relacionado com a promoção da motivação para a mudança e a resolução de problemas emocionais;

Quais as principais queixas do paciente, tal como ele as formula? De acordo com o que a SEC refere *“Comecei a sentir-me mal com o meu corpo. Via que estava a engordar. Alias, estou mais gorda, e já não gosto mais mim.”* (SIC). Foi por este motivo que ela decidiu pedir ajuda numa nutricionista. Paralelamente a este problema estão as dificuldades conjugais que actualmente atravessa. A SEC refere que há mais ou menos 4 meses (quando estavam na quinta por causa das vindimas) a sua relação com o marido começa a apresentar problemas, principalmente devido à presença de terceiros no seu casamento (2 empregadas que estão em constante contacto com o marido).

Ela começa a desconfiar que o marido podia estar a ser-lhe infiel, pois refere que através das duas empregadas, acima citadas, conseguia saber que o marido lhes contava assuntos íntimos do casal e acerca da sua vida. Ela começa por notar diferenças a partir do momento em que a comunicação entre os dois diminui consideravelmente (ainda há pouco mais de 4 semana quase não se falavam e o marido evitava sempre todas as questões colocadas), bem como o afastamento emocional e sexual do marido.

A SEC queixa-se também que ultimamente tem se sentido muito sozinha, pois o marido raramente esta em casa e principalmente porque não tem pessoas intimas com quem conversar ou desabafar. Ela refere que durante algum tempo relacionou-se muito e bem com a sogra e com cunhada, mas que depois começou a reparar que as duas mantinham conversas paralelas entre elas, deixando-a muitas vezes de fora. Ela refere que estas situações a magoaram muito.

Quais as expectativas do paciente em relação ao processo terapêutico?

Tendo em conta as verbalizações da SEC (“*Se com apenas 2 consultas, eu consegui ver muitas mudanças, muitos mais hei-de ver se continuarmos. Eu agora não estou a guardar as coisas más só para mim. Cada vez que me acontece alguma coisa que faz mal, falo logo com a pessoa em causa e não guardo nada. E sinto que fico mais aliviada e que não fico a pensar muito nas coisas que me acontecem.*” (SIC). De referir que as mudanças mencionadas pela SEC estão estreitamente relacionadas com o seu casamento, pois sente que há mais ou menos 4 semanas a situação mudou muito e para melhor. Este assunto será melhor abordado na “história conjugal”.

Outras notas / observações: De referir que, tal como a SEC relata, após 2 consultas notou-se alguma diferença no estado de humor dela (inicialmente vinha mais triste e chega a chorar na consulta, mas actualmente ri-se muito e demonstra mais sentimentos positivos acerca dela própria). Esta mudança pode ter sido causada pelo início das consultas de psicologia (pois ela diz que agora tem alguém com quem conversar e desabafar), como também, pelo facto de agora estar a trabalhar e consequentemente está mais ocupada, não pensa muito nos seus problemas e está mais em contacto com outras pessoas.

10.2.2. História Clínica (P4)**PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO:****1 – HISTÓRIA FAMILIAR**

Como foi o relacionamento, no passado e actualmente, com o pai? Logo após ouvir a questão acerca da sua relação com o pai, a SEC refere que “*Ele nunca me bateu, mas gostava das coisas direitinhas. Ele gosta muito de ajudar os filhos. É um pai normal.*” (SIC). Lembra por exemplo, de quando namorava com o actual marido e que apesar dos pais aceitarem sem problemas, diziam sempre que podia namorar, mas não sair à noite com ele.

Ela menciona que ao se comparar com os pais consegue perceber que é mais semelhante ao pai do que à mãe, porque “*Tal como ele, rebento longo. Posso até guardar as coisas dentro de mi, mas depois de algum tempo acabo sempre por dizer tudo aquilo que penso. Tal como o meu pai faz.*” (SIC).

Como foi o relacionamento, no passado e actualmente, com a mãe? Relativamente à mãe, e tal como o pai a SEC refere que se dava bem com ela, não tinham problemas maiores, “*Só os problemas normais entre pais e filhos, mais nada.*” (SIC). Refere ainda que a mãe também gostava de ajudar os filhos e que ainda hoje o faz sempre que pode. Diz que falava muito com ela, mas não de todos os assuntos, referindo aos mais íntimos. Os pais já estão casados há 38 anos e acha que eles sempre tiveram um bom casamento. Menciona que ainda hoje costumam fazer programas juntos e que são muito felizes juntos.

Com quem se sentia mais à vontade? Quem impunha mais respeito/quem dava os mimos? Após esta questão, ela reflecte durante alguns segundos e diz que por mais que tente não conseguia fazer diferença entre pais, pois dava-se bem com os dois. No entanto, como passava mais tempo com a mãe tinha mais à vontade com ela de que com o pai. Em relação à imposição das regras e respeito tanto um como outro o fazia e bem.

A SEC refere ainda que muitas vezes tinham momentos de diversão e que mesmo agora costumam ter esses momentos, em que saem de casa sem rumo e que se divertem muito.

Relacionamento com os irmãos? SEC tem dois irmãos (um mais velho de 36 anos e outro mais novo que ela de 32 anos). Segundo ela, como eles têm uma diferença pequena de idade não houveram muitas situações de rivalidade. Davam-se bem uns com os outros e ainda hoje mantêm uma boa relação. No entanto, refere que tem uma relação mais íntima e de maior cumplicidade com o irmão mais novo. Actualmente, ambos os irmãos residem na França (onde já viveu) e encontram-se sempre nas férias e nas principais férias e feriados.

Relativamente, à descrição dos irmãos a SEC diz que o irmão mais velho “... *Não tem muito juízo e não tem muito sentido para a responsabilidade*” (SIC). Ela refere que ele se casou, mas logo se divorciou. Foi depois do divórcio que foi viver para França, onde arranjou uma outra namorada, com a qual teve dois filhos, um par gémeos. Segundo ela, o irmão “*Tem uma mentalidade um bocado para o especial. Ele sempre foi assim, muito distraído, tem o feitio daquelas pessoas que faz as coisas, mas não pensa no que faz. Ele geralmente não compartilha, mas exige muito*” (SIC). Ela relata ainda que os dois estão sempre aos “*picos um com o outro*” (SIC), mas ela diz que lhe dá muitos conselhos.

No que se refere ao irmão mais novo, ela menciona que a relação entre eles tem mais intimidade e cumplicidade (“*dou-me melhor com ele, mesmo apesar dele estar na França*” – SIC). Ele já vive na França há pelo menos 9 anos, mas mesmo assim mantêm sempre contacto (falam muito ao telefone). A SEC descreve-o como sendo uma pessoa muito divertida, que ri muito e “*faz com os que estão à sua volta estejam também sempre às gargalhadas.*” (SIC). Refere também que ao contrário do outro irmão ele gosta muito de ajudar e o faz sempre que pode. Diz ainda que “*Ele não pode ver ninguém triste, mesmo que tiver problemas. É por isso que gosto muito dele.*” (SIC).

2 – HISTÓRIA CONJUGAL

Estado civil: Casada/Divorciada

Numero de casamentos ou de relações significativas: 1

Idade: 35 anos

Profissão: Vendedor de máquinas agrícolas

Como o paciente descreve o cônjuge/companheiro (a)? Nas primeiras consultas, quando questionada acerca da maneira como descreve o marido a SEC refere que a considera “*uma pessoa boa, um bom amigo, e que se for preciso gastar, gasta com eles, mas isso com as pessoas de fora que é muito diferente. É trabalhador. Para mim, quando não estamos a discutir as coisas vão bem*” (SIC).

No entanto, ela refere que devido às situações complicadas que já passaram e actualmente passam “*não o consigo ver com bons olhos*” (SIC – SEC, referindo-se, principalmente, às desconfianças e provável infidelidade do marido.

Relacionamento actual e passado com o cônjuge? A SEC e o marido conheceram-se há mais ou menos 20 anos (desde os seus 16 anos de idade), mesmo antes de vir morar para Portugal. Na altura em que se conheceram ainda vivia na França com os pais e ela refere que “*sempre que vínhamos de férias, ele andava sempre atrás de mim. Queria que começássemos a namorar, mas eu na altura não gostava dele. Aliás, nem o podia ver à minha frente. Gostava dele, mas só como amigo.*” (SIC).

Ela refere que muito devido às insistências do marido, começou a namorar com ele, numa das suas férias aqui em Portugal. Namoraram durante 1 ano à distância e se comunicavam, essencialmente por cartas. Quando veio residir em Portugal oficializaram o namoro, que veio a durar, mais ou menos 10 anos, na sua totalidade. A SEC refere que a decisão de se casarem foi “*tomada pelos dois e já estamos casadas, há 9, quase 10 anos, e este é sem duvida o pior momento do nosso casamento... (chora) ... nem se vamos aguentar*”. (SIC).

Actualmente, a SEC refere que devido à situação difícil por que passam “*quase nunca temos bons momentos. Não falamos muito e quando o fazemos só discutimos.*” (SIC). Actualmente, o casal atravessa pelo processo de separação/divórcio pedido pela SEC. Nesse sentido, as últimas consultas tiveram o principal propósito, o apoio emocional e reforço à tomada de decisões consciente e responsáveis.

Relacionamento actual e passado com os filhos (as)? A SEC tem um filho de 6 anos. Ela refere que “*ele é a melhor coisa que já me aconteceu na vida. Não me lembro de ter tido outro momento tão feliz como o seu nascimento. Ainda me lembro de o ter nos meus braços pela primeira vez como se fosse hoje.*” (SIC). No entanto, ela refere que “*sinto que muitas vezes descarrego a minha raiva e falta de paciência nele, sem razão e principalmente por causa das discussões e problemas com o meu marido.*” (SIC).

A SEC refere que outro assunto que preocupa muito são os efeitos que a provável separação/divórcio irá ter no seu filho. Ela menciona que ainda ao notou nenhuma diferença “*mas tenho medo que esta situação o venha a prejudicar mais tarde*” (SIC).

3 – HISTORIA PROFISSIONAL

Profissão actual: Empregada numa fábrica

Quais as principais tarefas e responsabilidades profissionais actuais? Actualmente, a SEC trabalha numa fábrica de produção em série. No entanto, desde que começaram os problemas com o marido, que começou a procurar um emprego “*para me precaver, pois ele dizia sempre que eu não fazia nada e que por esse andar iria ficar sem nada e viver à custa dos outros*” (SIC). No entanto, esta procura tornou-se complicada, pois ela não possui experiência profissional, tendo sido sempre a responsável pela administração da casa e das questões familiares, enquanto que somente o marido trabalhava.

Qual o grau de satisfação actual com o trabalho? Nos últimos meses conseguiu dois empregos temporários, sendo que ainda se mantém a trabalhar no último (na fábrica de produção em série). Ela refere que apesar de não ser aquilo que gostaria de fazer, este emprego a mantém ocupada e está mais tempo fora de casa, além da ajuda financeira que daí advém.

4 – HISTÓRIA DA SAÚDE

Estado de saúde actual: Actualmente, a SEC refere que não tem grandes problemas de saúde, excepto o facto de considerar que tem peso a mais. Relativamente, a esta questão está a ser acompanhada pela nutricionista e segue um plano alimentar para perder e manter o peso.

No entanto, ela refere ter alguns problemas no aparelho reprodutor (mioma no útero) que lhe causaram alguns efeitos negativos na sua vida sexual com o marido “*desde que soube e lhe contei, tenho a sensação que a nossa vida de casal tenha piorado e muito*” (SIC).

Medicamentação actual: Neste momento a SEC não toma qualquer medicamento.

Padrões de sono: De acordo com o que a SEC refere, esta parece ter o ciclo sono vigília normal, dormindo diariamente entre os 6-8horas por dia. Ela refere ainda que não tem muitos problemas para dormir. Ela menciona ainda que sempre dormiu bem, excepto os dias em que esta mais cansada, irritada e nervosa.

Padrões de alimentação e de actividade física: Neste momento, e por estar a ser acompanhada pela nutricionista a SEC refere ter mais cuidado com a sua alimentação “*tento seguir o plano alimentar o mais que posso e acho que estou a conseguir.*” (SIC). No entanto, no que se refere à actividade física a SEC menciona que não faz qualquer exercício físico, por não ter tempo e companhia.

Tabela 48 – Frequência das Consultas da SEC

Data	Sumário da Consulta	Observações
<u>31/10/06</u> <u>(09:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção Psicoterapêutica; 2. Apresentação; 3. Estabelecimento da relação terapêutica; 4. Início da entrevista clínica; 	Acompanhamento
<u>07/11/06</u> <u>(09:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção Psicoterapêutica; 2. Avaliação Clínica: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista Clínica (início); ▪ <i>Mini Mult</i> ▪ Auto-conceito/Auto-estima; ▪ Expectativas em relação às consultas; 3. Tarefa para casa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Auto-conhecimento” (AnexoA2); ▪ “Registo de auto-monitorização” (AnexoA1) 	Acompanhamento Entrevista clínica Avaliação Psicométrica
<u>16/11/06</u> <u>(09:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção Psicoterapêutica; 2. Correção da T.P.C; <ul style="list-style-type: none"> ▪ “Auto-conhecimento”; ▪ “Registo de auto-monitorização”; 3. Avaliação Clínica: 	Acompanhamento Entrevista clínica

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista Clínica (continuação): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Relacionamento com o marido; ▪ IACLIDE; 4. T.P.C: “Registo de auto-monitorização”; 	
<u>24/11/06</u> <u>(14:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção Psicoterapêutica; 2. Correção da T.P.C; ▪ “Registo de auto-monitorização”; 3. Estratégias para lidar com situações problemáticas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Preparar-se para lidar com situações relacionadas com: <ul style="list-style-type: none"> ▪ A sua vida conjugal; ▪ Outras situações com familiares, (des)conhecidos...; ▪ Situações hipotéticas; ▪ T.P.C: “Prepare-se para lidar com a situação” (Anexos SEC); “Relembre-se de uma situação que lhe trouxe muitos problemas” (Anexos SEC) 	Acompanhamento Estratégias para lidar com situações específicas e hipotéticas;
<u>30/11/06</u> <u>(12:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção Psicoterapêutica; 2. Apoio Emocional; 3. Recolha de informação específica em relação à sua vida conjugal; 4. Confrontação com situações hipotéticas (tomada de decisão); 5. Abordagem da questão da separação/divórcio; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Questão jurídica da separação/divórcio; 	Acompanhamento Apoio emocional; Apoio e informações para a tomada de decisão consciente;
<u>07/12/06</u> <u>(12:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção Psicoterapêutica; 2. Apoio Emocional; 3. Exploração de informações específicas relativas à vida conjugal: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infidelidade; ▪ Separação/divórcio; ▪ Tomada de decisões. 4. Confrontação com situações hipotéticas: treino de Resolução de problemas; 	Acompanhamento Apoio emocional; Confrontação com situações
<u>08/01/07</u> <u>(11:45)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção Psicoterapêutica; 2. Apoio Emocional; 3. Exploração do processo de separação: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infidelidade; ▪ Tomada de decisões; ▪ Previsão do futuro; ▪ Questões financeiras; ▪ Conhecimentos judiciais; 4. Questão da presença do filho; 	Acompanhamento Apoio emocional; Exploração do processo de separação
<u>01/02/07</u> <u>(11:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção Psicoterapêutica; 2. Apoio Emocional; 3. Exploração do processo de separação; 4. Questão do filho; <ul style="list-style-type: none"> • Como abordar o filho? • O que lhe dizer? • Questões e respostas; 	Acompanhamento Apoio emocional; Divórcio/Filho;
<u>01/03/07</u> <u>(11:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção Psicoterapêutica; 2. Apoio Emocional; 3. Exploração do quotidiano: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Busca do novo emprego; ▪ Adaptação à nova vida; 	Acompanhamento Apoio emocional;
<u>29/03/07</u> <u>(10:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervenção Psicoterapêutica; 2. Apoio Emocional; 3. Exploração do quotidiano; 4. Processo de divórcio; 5. Plano Alimentar; 	Acompanhamento Apoio emocional;

<u>26/04/07</u> <u>(09:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preparação para Alta; 2. Apoio Emocional; 3. Exploração do quotidiano; 4. Processo de divórcio; 5. Plano Alimentar; 	Acompanhamento Apoio emocional; Preparação para Alta;
<u>31/05/07</u> <u>(09:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoio Emocional; 2. Avaliação do Estado actual; 3. Exploração do quotidiano; 4. Divórcio; 5. Plano Alimentar; 6. Alta; 	Acompanhamento Apoio emocional; Alta;
FIM DO PROCESSO TERAPÊUTICO		

10.2.3. Relatórios de Avaliação (SEC)

Relatório INÍCIO

Data da Consulta: 31/10/06 (09:30)

Tipo de Consulta: Acompanhamento/ Intervenção psicoterapêutica (início)

Objectivos da consulta: Intervenção Psicoterapêutica;

Apresentação;

Estabelecimento da relação terapêutica;

Início da entrevista clínica;

A SEC vem à consulta de Psicologia porque segundo ela: *“Acho que não estou a emagrecer, embora a Dra. Joana diga que sim. Se calhar é porque eu tenho tido alguns problemas que não me deixam perder peso. Afinal de contas, engordamos quando estamos mais nervosos.”* (SIC).

O principal motivo do pedido prende-se com o facto de a SEC não conseguir atingir os objectivos propostos nas consultas de nutricionismo (está a perder pouco peso). A própria SEC refere que *“a nutricionista já me disse que estou a perder peso, algum peso, mas eu não noto nada. Acho que estou na mesma.”* (SIC)

Inicialmente, não foi capaz de se explicar e contar que problemas poderiam estar a influenciar o seu processo nutricional. Limitava-se simplesmente a dar alguns exemplos e no final de cada frase dizia: *“A Sra. Dra. sabe do que eu estou a falar.”* (SIC). Foi então necessário explicar-lhe que nada poderia ser feito se os problemas e situações não forem bem esclarecidos e se não houver sinceridade de ambas as partes. A SEC parece ter percebido a questão levantada, pois logo a seguir confessou: *“É verdade, eu sei que se não contar tudo o que estou a sentir e passar não me poderá ajudar.”* (SIC). Foi a partir deste momento que começou a clarificar os prováveis problemas que poderão estar a influenciar o seu processo de perda de peso.

Em primeiro lugar a SEC refere que *“Comecei a sentir-me mal com o meu corpo. Via que estava a engordar. Alias, estou mais gorda, e já não gosto mais mim.”* (SIC). Foi por este motivo que ela decidiu pedir ajuda numa nutricionista.

Paralelamente este problema a SEC refere que os seus problemas conjugais começaram há mais ou menos 4 meses (no verão passado), quando se encontravam na casa de campo (onde trabalham quase todos os verões), com alguns familiares e as três empregadas do seu marido. SEC menciona que sempre foi um pouco ciumenta em relação ao seu marido, mas que nunca desconfiou que ele pudesse ter uma relação extra conjugal. No entanto, neste verão, ao falar com as empregadas descobriu que elas tinham conhecimento de situações e informações que diziam respeito à vida íntima do casal e que só poderiam saber através do marido.

Outro facto importante a mencionar trata-se de ter descoberto que o seu marido ofereceu um telemóvel (segundo ela “*top de gama*”) a uma das empregadas, sem a ter consultado, principalmente porque semanas antes ela pediu ao marido que lhe comprasse um telemóvel porque precisava, mas a resposta foi que: “*Ele disse-me que se eu queria assim tanto o telemóvel, que devia ir trabalhar, ganhar o meu próprio dinheiro e decidir o que fazer com ele.*” (SIC).

Ao pensar no assunto, chegou à conclusão que o marido passava muito tempo com as empregadas e que “*por isso havia alguma probabilidade de acontecer alguma coisa entre o Carlos e uma delas*” (SIC). Ela refere que tentou saber mais algumas informações para ter certezas, mas de nada valeram as tentativas. Confrontou o marido com a situação ocorrida, mas “*Ele disse-me simplesmente para não pensar em asneira e que não estava com vontade, nem paciência para falar disso. É claro que continuei a insistir.*” (SIC).

De acordo com o que a SEC relata passou a pensar muito no assunto e a juntar as “*peças ao puzzle*” (SIC). Ela refere que a partir desse momento todos os sinais, situações e acontecimentos estranhos podiam estar relacionados com as empregadas (telefonemas, recados, saídas do marido,...). Ela menciona que todas as suas desconfianças ressentiram-se na sua vida íntima com o marido. SEC relata que por estar com mais atenção notou que o marido agia de forma mais estranha que antigamente, por exemplo: não trazia o telemóvel para casa, não a deixava sequer tocar no mesmo, evitava qualquer conversa acerca do assunto e aborrecia-se mais rapidamente. Notou também diferenças a partir do momento em que a comunicação entre os dois diminui consideravelmente (ainda há pouco mais de 4 semana quase não se falavam e o marido evitava sempre todas as questões colocadas), bem como o afastamento emocional e sexual do marido. Ela revela ainda que estes problemas afectam também a sua relação com o filho, R de 6 anos.

Por causa do emprego do marido (trabalha com máquinas pesadas da agricultura), ele tem que fazer viagens longas e por isso passa muitas horas fora de casa (sai de manhã e só volta de madrugada). SEC refere que esta situação a incomodava muito, mas a situação piorou desde a situação no verão passado.

Para piorar a situação a SEC refere que não tem com quem conversar, pois além de não ter nenhuma amiga, a maior parte dos seus familiares não se encontram no país: “*Falta-me alguém com quem conversar e desabafar*” (SIC). Antigamente relacionava-se bem com a sogra e a cunhada, mas ultimamente, segundo ela “*as duas juntaram-se e já não gosto de estar com elas. Eu sei que elas falam muito da vida das pessoas e eu não gosto disso.*” (SIC) Por isso tem-se sentido cada vez mais sozinha, sem ninguém com quem desabafar, e “*isso só me faz pensar mais nos meus problemas*”.

Esta última semana, segundo a SEC correu muito melhor que as anteriores pois começou a trabalhar numa sapataria e como está mais ocupada e contacta-se mais com outras pessoas, não pensa muito nos seus problemas. Ela refere ainda

que há mais ou menos 1 mês, confrontou o marido com a situação íntima do casal e após uma “*séria e longa conversa*” (SIC) decidiram pôr uma pedra sobre o assunto e por isso a relação entre eles melhorou consideravelmente, principalmente porque: “*Agora ele dá-se ao luxo de me responder quando lhe pergunto qualquer coisa.*” (SIC).

Iniciou-se a avaliação clínica da SEC através da entrevista clínica, semi-estruturada, com o objectivo de explorar algumas áreas consideradas importantes. Uma das áreas mais exploradas nesta consulta está estritamente relacionada com a vida social e rotineira da SEC, de forma a analisar o seu meio e suporte social. Questionou-se então acerca da sua ocupação dos tempos livres, fins-de-semana e férias, preferências, interesses e gostos, bem como o seu relacionamento com familiares directos (pais e irmãos). Estas informações estão incluídas no relatório da entrevista clínica.

-----RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA-----

As Escalas Clínicas e as suas Elevações: Neste relatório estão descritos o conteúdo e o significado das principais escalas que se destacam. Na **Tabela (49)** a seguir apresentada pode-se verificar também as pontuações T baixas, moderadas e elevadas e a sua relação. Contudo convém salientar que as características de cada escala podem assumir interpretações diferentes quando relacionadas umas com as outras.

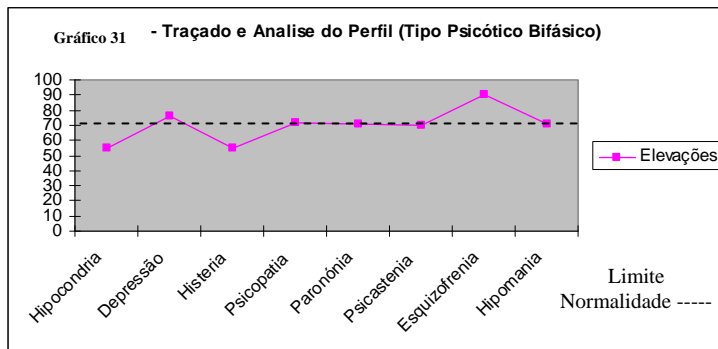
Tabela 49 – As Escalas Clínicas, suas Elevações e o nível de Interpretação da SEC.			
Escalas	Elev. (T)	Nível	Análise
Depressão	76	Elevado	Satisfaz os critérios diagnósticos para o quadro depressivo. “ <i>São sujeitos descritos como apáticos, pessimistas, auto punitivos, preocupados e retraídos</i> ”.
Psicopatia	72	Elevado	“ <i>São descritos como imaturos, levianos, impulsivos, agressivos, irresponsáveis e anti-sociais</i> ”.
Paranóia	70	Moderado	“ <i>Aumento da susceptibilidade e os sentimentos de se achar de alguma forma prejudicados, com possibilidade de sugerir suspeição e ressentimento com base real ou imaginária. Estes sujeitos projectam a culpa e a hostilidade expressando os conteúdos agressivos de formas indirectas, envolvendo outras pessoas; apresentam suspeição, rigidez e hostilidade.</i> ”
Psicastenia	70	Moderado	“ <i>Com esta pontuação os sujeitos tendem a ser escrupulosos, autocríticos, perfeccionistas e moralistas. Existe ainda a possibilidade de grande ansiedade, tensão e preocupação.</i> ”
Esquizofrenia	90	Elevado	“ <i>As elevações que ultrapassam T-80 provavelmente se associam com um significativo transtorno do pensamento, que se completa com confusão e com ideias, crenças e acções estranhas</i> ”.
Hipomania	71	Moderado	“ <i>Quanto mais a elevação se acentua mais se torna difícil distinguir entre uma pessoa dita normal, energética e ambiciosa, de um sujeito hipomaniaco</i> ”.

Desta avaliação obteve-se o perfil e os seguintes códigos: 28/82 (considerando a combinação das elevações de duas escalas). De acordo com o manual de cotação e interpretação (Gouveia e Alves, s/d), este código pode indicar perturbação séria no contacto com a realidade. São pessoas ansiosas, retraídas e irritáveis, podendo haver características anti-sociais e de suspeição (desconfiança). Apresentam dificuldades de concentração e memória,

pensamento confuso, sentimentos de desamparo e desvalorização. Revelam ainda queixa de depressão, ansiedade, insónia, fadiga e perda de memória e tonturas.

A seguir apresenta-se o perfil desta paciente:

Perfil psicótico Bifásico: Elevação da tríade neurótica e elevação maior da tríade psicótica. Quando a escala Sc (Esquizofrenia) é a mais elevada está-se na presença de “esquizofrénicos delirantes”. Esta condição revela que existem mecanismos de defesa que impedem a quebra de contacto com o real, sendo que quando há elevação em D (depressão) indica consciência do problema.



Neste sentido e após a recolha destes resultados seguir-se-á a avaliação da Depressão através do IACLIDE, para se confirmar o diagnóstico de perturbação depressiva, sendo que caso seja confirmado seguir-se-á a elaboração de um plano terapêutico de intervenção de modo a tratar os sintomas mais imediatos e incapacitantes.

Avaliação da Depressão: Tendo em conta as respostas dadas às questões do teste de avaliação IACLIDE, registaram-se os seguintes resultados:

Quadro 7 – Resultado Globais do IACLIDE SEC

RESULTADOS GLOBAIS

Nota global da depressão	Grau de gravidade	Factores	
12	Normal	F1	-0,125
Grupos de sintomas		F2	0,384
Biológicos	0,667	F3	0,924
Cognitivos	0,700	F4	0,750
Inter-pessoais	0,000	F5	0,721
Desemp. de tarefa	0,250	Nome P (4)	
Incapacidades		Idade 35	
Vida em geral	0,267		
Vida de trabalho	1,774		
Vida social	0,839		
Vida familiar	0,764		
Valores	Apagar	Imprimir	

Relatório FINAL

Tipos de Consultas: Acompanhamento/ Intervenção psicoterapêutica/Preparação para Alta/Alta;

Objectivos das consultas:

1. Preparação para Alta/Alta;
2. Avaliação do Estado actual;
3. Apoio Emocional;
4. Exploração do quotidiano;
5. Processo de divórcio;

As duas últimas consultas tinham como principal objectivo a preparação para a alta (*disengagement*). Tendo em conta que esta paciente passou nos últimos meses pelo processo do divórcio, foi necessário nestas duas consultas, avaliar o estado emocional e psicológico da paciente, de modo a assegurar e prevenir recaídas.

A preparação foi feita, inicialmente, através da avaliação clínica dos sintomas de depressão (através da exploração das actividades diárias), bem como da correcção dos registos de monitorização enviados para casa.

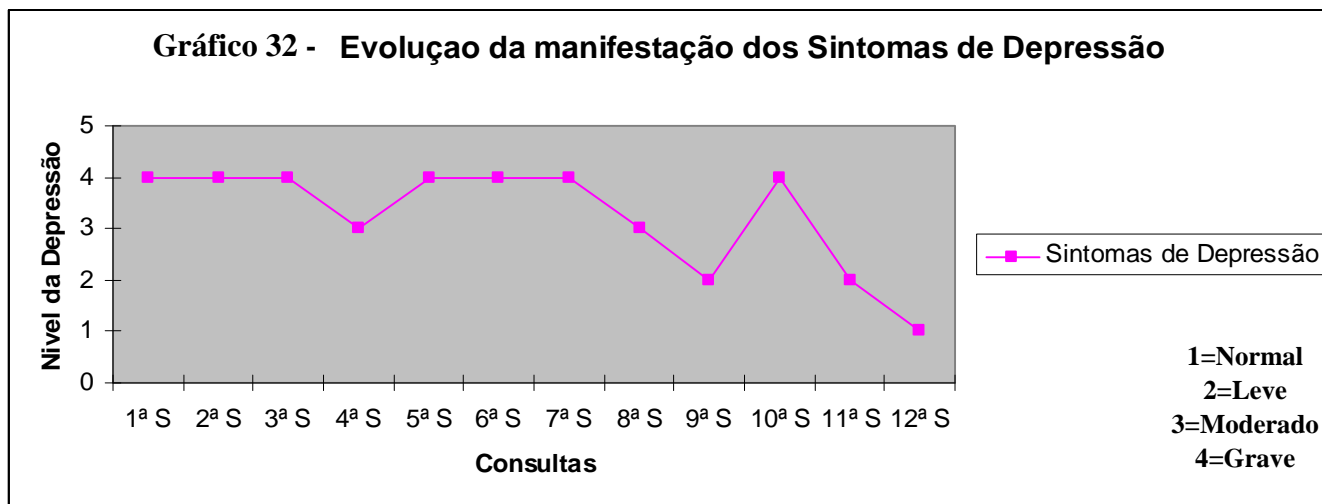
Neste sentido, a consulta teve de ser prolongada de modo a se esclarecerem todos os pontos considerados necessários, tais como:

- Estado emocional e psicológico após o divórcio (tristeza, solidão e recaídas);
- Impacto psicossocial do estado civil “divorciado”;
- Questão financeira;
- Abordagem e preparação do filho relativamente à separação dos pais;
- Início de uma nova relação íntima;
- Apoio/suporte dos familiares e amigos;

Após a abordagem a todos esses assuntos, passou-se então ao balanço das consultas de Psicologia, em que, em primeiro lugar, pediu-se à SEC que fizesse uma análise/comparação da maneira como se sentia no início do processo terapêutico e a maneira como se sente actualmente, bem como uma avaliação pessoal dos resultados (negativos e positivos) que obteve de todo o processo terapêutico.

A SEC refere que ao comparar os dois períodos da sua vida, consegue ver que muitas das coisas que conseguiu fazer, muitas das respostas “*correctas*” que apresentou devem-se ao facto de ter sido acompanhada e aconselhada nas consultas de Psicologia. Ela refere um exemplo, o facto de “*eu antes guardavas as coisas para dentro de mim. As pessoas magoavam-me e não fazia nada, mas depois que vim para cá, comecei a não sujeitar-me às pessoas. Agora já digo o que pensa sem ter medo de ser mal julgada. Agora consigo tomar as minhas próprias decisões sem temer as consequências. Um exemplo é o divórcio. Se não fosse pela minha decisão ainda estava casa e infeliz*”. (SIC- P4)

A seguir é apresentada a minha avaliação pessoal das consultas de Psicologia, relativamente ao processo terapêutico com paciente. Esta avaliação é feita com base na manifestação ou não de sintomas depressivos ao longo das consultas. Sendo assim, o gráfico a seguir apresentado representa a evolução sintomatológica da depressão.



Pelo que se verifica no gráfico depreende-se que a paciente SEC apresentou ao longo do processo psicoterapêutico muitas variações no humor, que poderiam indicar alguma perturbação do humor (além da depressão), como por exemplo a Perturbação Bipolar. No entanto, com um olhar cuidadoso e atento às épocas de nível grave da depressão (picos elevados) pode-se verificar que estas épocas correspondem:

1. Ao início do processo terapêutico (3 primeiras sessões) em que a paciente apresenta-se já com sintomatologia depressiva, que vão diminuindo com o tempo;
2. Ao período em que a paciente descobre e confirma a infidelidade do marido e começa a pensar na questão da separação/divórcio;
3. E a 10 sessão em que a paciente apresenta-se na consulta já decidida acerca do divórcio;

Os picos que se verificam não correspondem ao diagnóstico/presença da perturbação depressiva em si (o que implica a presença de todos os critérios), mas sim a manifestação de sintomas depressivos (tristeza, choro, perda de interesse, cansaço, falta de apetite e sono) que havendo um prolongamento no tempo permitiriam o diagnóstico de Depressão.

No entanto, verifica-se que a paciente recupera bastante bem de todo o processo de divórcio, principalmente porque ela refere que *“Eu sei que me vai custar um bocadinho. Mas também sei que estou muito melhor assim.”* (SIC-P4). Outro motivo que poderá estar a contribuir para a recuperação rápida da SEC é o estabelecimento de uma nova relação íntima (também divorciado), que segundo a SEC *“Ele ajuda-me bastante nestes momentos. Ele já passou pelo que estou a passar, por isso sabe e me aconselha sempre que peço.”* (SIC-P4).

10.2.4. Reflexão Crítica

No que se refere a este **caso de acompanhamento** posso dizer que foi um dos processos psicoterapêuticos de sucesso, em que foi possível verificar a evolução clínica da paciente, desde o início da manifestação dos primeiros sintomas clínicos, até ao seu restabelecimento e finalmente proporcionar um *disengagement* seguro e eficaz. Este caso inicia com o encaminhamento da nutrição, em que se suspeita que existiria alguma ligação entre o processo de perda de peso e problemas psicoemocionais.

De referir que estas suspeitas confirmaram-se, na medida em que a paciente começava a apresentar sintomas relacionados com um episódio depressivo, devido aos seus problemas conjugais.

Relativamente a este caso, pode-se dizer que houve um bom estabelecimento da relação terapêutica, assim como houve uma óptima adesão da SEC ao processo terapêutico. Esta paciente mostrou-se também muito participativa e motivada para a mudança.

Nesse sentido, foi possível ver que, à medida que o processo avançava e as técnicas e estratégias eram utilizadas, a SEC adquiria mais e melhores competências para lidar com os seus problemas conjugais e do dia-a-dia, bem como competências para tomar decisões conscientes e adequadas.

Na finalização deste processo e após a avaliação do mesmo foi possível constatar que a paciente melhorou muito, principalmente porque já não apresentava os sintomas relacionados com a perturbação de humor, que anteriormente parecia apresentar. Para finalizar a análise deste caso, convém referir que este tratou-se de um dos casos que mais satisfação me deu, pois foi possível sentir que a paciente preocupava-se bastante com a sua recuperação, com as recomendações propostas, bem como com a relação terapêutica.

10.3. CASO DE INTERVENÇÃO 3

Informação geral		
Nome: <u>ACM</u>	Sexo: F	Data de Nascimento: <u>31/07/1984</u> (22 anos)
	Estado Civil: S	Profissão: <u>Cabeleireira</u>

Tabela 50 – Frequência das Consultas do ACM

Data da consulta	Sumário da Consulta	Observações
<u>19/01/07 (09:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Estabelecimento da relação terapêutica; 2. Entrevista Clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Estado actual; • Relacionamento amoroso; • Medicação; • História clínica e de saúde; 3. Apoio Emocional; 4. T.P.C. 	Acompanhamento Inter. Psicoterapêutico (início) Entrevista Clínica
<u>26/01/07 (10:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista Clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do estado actual; • História clínica e de saúde (antecedentes); • Relacionamento amoroso; 2. Avaliação Psicométrica: <i>Mini-Multi</i> 3. Avaliação clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Padrão de sentimentos e pensamentos; • Sintomas de ansiedade; 4. Apoio Emocional; 5. Registo de auto-monitorização. 	Acompanhamento Psicoterapêutico Entrevista Clínica Auto-conhecimento/Auto-estima Ideações/comportamentos suicidas Avaliação Psicométrica Registo de auto-monitorização
<u>08/02/07 (12:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação do estado actual; 2. Avaliação Psicométrica: IACLIDE 3. Avaliação clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Padrão de sentimentos e pensamentos; • Capacidade de Tomada de Decisões; 4. Apoio Emocional; 5. Registo de auto-monitorização. 	Acompanhamento Psicoterapêutico Entrevista Clínica Ideações/comportamentos suicidas Avaliação Psicométrica Registo de auto-monitorização
<u>15/02/07</u> a <u>08/03/2007</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação do estado actual; 2. Intervenção: Técnicas Cognitivas/Comportamentais; 3. Apoio Emocional; 4. Registo de auto-monitorização. 	Acompanhamento Psicoterapêutico Intervenção: Técnicas Cognitivas Registo de auto-monitorização
<u>15/03/07 (12:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação do estado actual; 2. Treino de Tomada de Decisões; 3. Apoio Emocional; 4. Registo de auto-monitorização. 	Acompanhamento Psicoterapêutico Treino de Tomada de Decisões Registo de auto-monitorização
<u>22/03/07 (12:00)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação do estado actual; 2. Treino de Tomada de Decisões (Cont.); 3. Entrevista Clínica: <ul style="list-style-type: none"> • Área Profissional/Financeira; 4. Apoio Emocional; 5. Registo de auto-monitorização. 	Acompanhamento Psicoterapêutico Treino de Tomada de Decisões Entrevista Clínica Registo de auto-monitorização
INTERRUPÇÃO DO PROCESSO TERAPÊUTICO (a pedido da paciente)		

<u>12/04/07</u> <u>(12:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação do estado actual; 2. Preparação para a Alta; 	Preparação para Alta
<u>30/05/07</u> <u>(12:30)</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avaliação do estado actual; 2. Balanço das Consultas de Psicologia; 3. Alta; 	Alta
FIM PROCESSO TERAPÊUTICO		

10.3.1. Motivos da Consulta/ Principais queixas da Paciente:

A ACM procura ajuda na consulta de psicologia, pois segundo o que ela mesma refere: *“Já estive uma vez no fundo do poço e sinto que estou a voltar para lá. Quero ajuda para não voltar a ser e a sentir o que já fui e senti.”* (SIC-ACM).

A ACM refere-se aos problemas emocionais que teve desde os seus 16 anos (depressão, tentativas de suicídio e auto-mutilação), que a levou a ser acompanhada num serviço de Psiquiatria durante vários anos.

Outro motivo que a leva a pedir ajuda de um profissional, prende-se com as dificuldades e problemas que tem atravessado, nos últimos anos, num relacionamento íntimo com o seu namorado/companheiro. Segundo o que a ACM refere *“Sempre se tratou de um relacionamento problemático. Fui várias vezes vítima de violência física e psicológica, já terminei por várias vezes a relação e sempre acabava por voltar para ele e tudo voltava a acontecer. Desta vez, terminei tudo, mas já não quero voltar ao mesmo. E preciso ajuda para que isso não volte a acontecer”* (SIC-ACM).

Expectativas do paciente em relação ao processo terapêutico?

A ACM refere que o facto de já ter sido acompanhada (com sucesso) num outro contexto, por causa dos seus problemas psicológicos (depressão, tentativas de suicídio e auto-mutilação), sente que pode vir a sentir-se melhor com esta ajuda. A própria refere: *“Já passei por este processo uma vez. Sei o que tenho de fazer, só preciso de um empurrãozinho”* (SIC-ACM).

10.3.2. Relatórios de Avaliação da ACM

Relatório INICIO

Datas da Consultas: 19/01/07 (09:30) 26/01/07 (10:30)

Tipo de Consulta: Acompanhamento Psicoterapêutico (início)

Objectivos da consulta:

1. Estabelecimento da relação terapêutica;
2. Entrevista Clínica: Estado actual/Relacionamento amoroso/Medicação/História clínica e de saúde;
3. Avaliação Psicométrica: *Mini-Multi*
4. Avaliação clínica: Padrão de sentimentos e pensamentos/Sintomas de ansiedade;
5. T.P.C.: Registos de auto-monitorização.

A primeira consulta teve o seu início com as apresentações, seguidas dos procedimentos legais, em que se especificam as condições das consultas de Psicologia, tais como e principalmente a privacidade e protecção das informações recolhidas.

No que se refere à primeira observação feita à ACM, esta aparenta estar orientada espaço e temporalmente, apresenta-se vestida de acordo com a sua faixa etária e o esperado socialmente. Inicialmente, a ACM apresenta algumas dificuldades para se expressar, pois refere não saber por onde começar. No entanto, após alguns minutos depois, começa a falar e parece expressar-se e comunicar-se sem quaisquer dificuldades, respondendo de forma coerente sempre que questionada, utilizando uma linguagem fluente e coerente com o seu estado de humor.

Os primeiros momentos foram dispendidos no estabelecimento da relação terapêutica. De referir que foi relativamente fácil estabelecer a relação, pois, tal como a ACM refere: *“Já passei por esta situação uma vez, e sei que é importante quando nos comprometemos com o nosso psicólogo. Sei que é importante confiarmos totalmente.”* (SIC-ACM).

A primeira consulta foi relativamente longa, pois no primeiro momento foi necessário “deixar” a paciente desabafar e fazer a descarga emocional.

Nesta e na consulta seguinte a entrevista clínica teve um carácter não-estruturado, de maneira a se recolher uma maior panóplia de informações, sendo que as foram recolhidas relacionavam-se com o seu estado emocional actual, bem como informações referentes ao seu relacionamento amoroso (problemas e dificuldades), a sua história clínica de saúde (acompanhamentos psicológicos anteriores, medicação, sucessos/insucessos) e questões relacionadas com a área profissional.

No final da primeira consulta, pediu-se à ACM que fizesse uma pequena avaliação da sua auto-estima/auto-conceito, em que foi utilizado o registo “Auto-conhecimento”. Enviou-se a tarefa para casa, de modo a ser terminada adequadamente, sendo que esta foi “corrigida” na consulta seguinte.

A “correção” foi feita na segunda consulta, em que foi analisada um conjunto de questões relacionadas com a maneira como a ACM se vê e se descreve, o padrão de sentimentos e pensamentos associados à sua descrição, bem como sintomas de ansiedade relacionadas com algumas situações relatadas.

Após esta análise foi feita a avaliação psicométrica através da utilização do *Mini-Multi*. No final da segunda consulta foi feita uma breve exploração de alguns dos itens do questionário, de modo a verificar se estas questões foram compreendidas correctamente e se as respostas correspondiam à realidade.

No final desta consulta foram entregues os registos de auto-monitorização (“Auto-conhecimento” e “Diário de situações”)

Os resultados obtidos são apresentados no relatório a seguir.

-----RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA-----

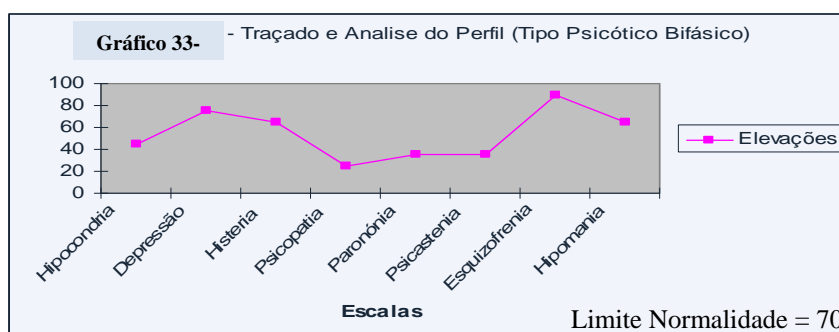
As Escalas Clínicas e as suas Elevações

Neste relatório estão descritos o conteúdo e o significado das principais escalas que se destacam. Na **Tabela (31)** a seguir apresentada pode-se verificar também as pontuações T baixas, moderadas e elevadas e a sua relação. Contudo convém salientar que as características de cada escala podem assumir interpretações diferentes quando relacionadas umas com as outras.

Tabela 51 – As Escalas Clínicas, suas Elevações e o nível de Interpretação da ACM.			
Escalas	Elev. (T)	Nível	Análise
Depressão	75	Elevado	Satisfaz os critérios diagnósticos para o quadro depressivo. “São sujeitos descritos como apáticos, pessimistas, auto punitivos, preocupados e retraídos”.
Histeria	65	Moderado	“O sujeito sente necessidade de se apresentar de forma favorável apesar de ser descrito como ingénuo e egocêntrico. Carecem de insight em relação a si próprios e com os outros, acabam por ser manipuladas, para satisfação das suas necessidades pessoais.”
Paranóia	35	Baixo	“As mulheres são caracterizadas como sensíveis e emocionais, bondosas, mas dependentes, submissas e com pouca confiança nelas próprias.”
Psicastenia	35	Baixo	“Os sujeitos são descritos como auto-confiantes, calmos, relaxados e eficientes.”
Esquizofrenia	90	Elevado	“As elevações que ultrapassam T-80 provavelmente se associam com um significativo transtorno do pensamento, que se completa com confusão e com ideias, crenças e ações estranhas”.
Hipomania	65	Moderado	“Quanto mais a elevação se acentua mais se torna difícil distinguir entre uma pessoa dita normal, energética e ambiciosa, de um sujeito hipomaniaco”.

Desta avaliação obteve-se um perfil e os seguintes códigos: 28/82 (considerando a combinação das elevações de duas escalas). De acordo com o manual de cotação e interpretação (Gouveia e Alves, s/d), este código pode indicar perturbação séria no contacto com a realidade. São pessoas ansiosas, retraídas e irritáveis, podendo haver características anti-sociais e de suspeição (desconfiança). Apresentam dificuldades de concentração e memória, pensamento confuso, sentimentos de desamparo e desvalorização. Revelam ainda queixa de depressão, ansiedade, insónia, fadiga e perda de memória e tonturas. A seguir apresenta-se o perfil desta paciente:

Perfil psicótico Bifásico: Elevação da tríade neurótica e elevação maior da tríade psicótica. Quando a escala Sc (Esquizofrenia) é a mais elevada está-se na presença de “esquizofrénicos delirantes”. Esta condição revela que existem



mecanismos de defesa que impedem a quebra de contacto com o real, sendo que quando há elevação em D (depressão) indica consciência do problema.

Neste sentido e após a recolha destes resultados seguiu a avaliação da depressão através do IACLIDE, para se confirmar o diagnóstico de perturbação depressiva, sendo que caso seja confirmado seguir-se-á a elaboração de um plano terapêutico de intervenção de modo a tratar os sintomas mais imediatos e incapacitantes, sendo que os resultados são apresentados no quadro a seguir:

Quadro 8 – Resultado Globais do IACLIDE da ACM

RESULTADOS GLOBAIS			
Nota global da depressão	Grau de gravidade	Factores	
19	Normal	F1	1,001
Grupos de sintomas		F2	0,138
Biológicos	0,833	F3	0,416
Cognitivos	0,700	F4	1,703
Inter-pessoais	1,000	F5	-0,249
Desemp. de tarefa	1,000	Nome	
Incapacidades		P (9)	
Vida em geral	0,354	Idade	
Vida de trabalho	1,080	22	
Vida social	1,691		
Vida familiar	1,478		
Valores	Apagar	Imprimir	

No entanto e tal como se verifica no **Quadro 8**, convém referir que através da avaliação psicométrica (IACLIDE) não foi possível diagnosticar a presença de perturbação depressiva, já que os resultados apontaram para o estado normal de humor. Mas, tendo em conta as próprias palavras da ACM, foi necessário intervir, de imediato, nos sintomas que a incapacitavam mais, tais como: falta de interesse no trabalho e outras áreas que lhe davam prazer/satisfação, choro constante, tristeza, cansaço e sentimentos de agonia e desesperança.

Tal como se pode verificar, os sintomas acima descritos remetem para a avaliação de um estado de humor depressivo, principalmente tendo em conta a sua duração no tempo (subsistem há mais de 3 meses e manifestam-se constantemente).

Sendo assim, as consultas que se seguiram (apresentadas nos próximos **Relatórios**) caracterizam-se por ser, essencialmente práticas, na medida em que foram utilizadas algumas técnicas (cognitivas e comportamentais), para a intervenção nos sentimentos e comportamentos associados à condição actual de humor (humor depressivo).

-----**FIM DO RELATÓRIO**-----

10.3.3. Relatórios de Intervenção da ACM**Tipo de Consulta:** Intervenção**Objectivos da consulta:**

1. Avaliação do estado actual/ Apoio Emocional;
2. Intervenção nos sintomas depressivos: Técnicas Cognitivas/Comportamentais;
3. Treino de Tomada de Decisões/Treino de Resolução de Problemas;
4. Entrevista Clínica: Área Profissional/Financeira;
5. Apoio Emocional;
6. Registo de auto-monitorização.

Ao iniciar de cada uma destas consultas, foi feita uma breve avaliação do estado actual da paciente, através da análise dos registos levados para casa, bem como através de um breve período que perguntas/respostas. Verificou-se, por conseguinte, que apesar da ACM se apresentar mais “*calma e com a moral mais em cima*” (SIC-ACM), ainda manifestava sintomas (observados e expostos pela própria paciente) que remetiam para o estado de humor depressivo (choro constante, sinais de cansaço, dificuldades no sono, falta de apetite, falta de interesse nas actividades que anteriormente lhe davam prazer, falta de interesse no trabalho, sentimentos de agonia e desesperança).

As técnicas, cognitivas e comportamentais, utilizadas na intervenção dos sintomas, pensamento, emoções e comportamentos associados ao humor depressivo da ACM são apresentadas a seguir (**Tabela 52**).

Tabela 52 – Plano de Intervenção nos sintomas associados ao humor depressivo (ACM).

Período de Intervenção	Objectivos	Técnica e Aplicação
<p>Início (15-22/02/07) (realizada inicialmente na consulta, com continuação durante a semana em casa)</p>	<p>Recolha de informações relevantes acerca do problema; Definição de cognição e pensamento automático; Diferenciação entre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentimentos/pensamentos/comportamentos; <p>Diferenciação entre os vários sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afectivos/Cognitivos/Motivacionais; • Fisiológicos e Comportamentais; <p>Registo e identificação dos pensamentos automáticos;</p>	<p><u>Técnicas Cognitivas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Exame dos pensamentos; • Prova de Realidade; • Técnica de Re-atribuição; <p><u>Técnicas Comportamentais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Registos de monitorização; • Diário de actividades;
<p>Intervenção (22/02-08/03/07) (realizada inicialmente na consulta, com continuação durante a semana)</p>	<p>Eliminação ou redução da sintomatologia manifestada; Identificação e modificação dos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensamentos automáticos negativos; • Erros de processamento de informação; • Distorções cognitivas; • Crenças irracionais; <p>Preparação para a fase final;</p>	<p><u>Técnicas Cognitivas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prova de Realidade; • Registo de Expectativas; • Técnica das 3 colunas; <p><u>Técnicas Comportamentais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Registos de monitorização • Programação de actividades; • Treino de auto-reforço; • <i>Role-play</i>;

Finalização (08/03/07)	<ul style="list-style-type: none">• Revisão dos conteúdos aprendidos;• Verificação dos registos utilizados;• Abordagem da Recaída;	
------------------------	--	--

Para a aplicação das técnicas e estratégias nas 4 consultas de intervenção na sintomatologia depressiva, foram elaboradas e utilizadas um conjunto de materiais que foram cedidas à ACM. Estes materiais estão apresentados nos **Anexos ACM**.

Apesar de ter sido aplicada num curto espaço de tempo, considera-se que a intervenção nos sintomas associados ao humor depressivo alcançou os objectivos propostos inicialmente (eliminação ou redução da sintomatologia manifestada).

O principal motivo para o sucesso da intervenção na sintomatologia depressiva, deve-se ao facto da ACM já possuir conhecimentos “teóricos” acerca das técnicas, estratégias e objectivos. Neste sentido, recorreu-se apenas à lembrança de algumas questões, sendo por isso fácil a adaptação à intervenção. De referir ainda, que a ACM estava muito motiva e interessada na mudança, pois comprometeu-se e aderiu, sem dificuldades às recomendações feitas, bem realizava adequadamente todas as tarefas e actividades propostas.

Embora, as melhoras não tenham surgido logo de imediato, notaram-se algumas diferenças (positivas) na ACM e tal como ela mesmo refere: “*Sinto que não deixei de estar deprimida, mas agora ao menos sei lutar contra a depressão*” (SIC-ACM).

Após as consultas de intervenção na sintomatologia de humor depressivo, passou-se então à intervenção nos outros problemas relatados pela ACM, sendo estes problemas relacionados com a sua capacidade de tomar decisões correctas e adequadas, bem como de resolver problemas no seu dia-a-dia.

Neste sentido, foi proposto à ACM a realização do “Treino de Tomada de Decisões” a par do “Treino de Resolução de Problemas”. Como a ACM concordou foi iniciado imediatamente a abordagem teórica dos dois temas. Esta abordagem foi feita tendo em conta as minhas bases teóricas da licenciatura, sendo que a maior parte da bibliografia utilizada foi daí recolhida.

Foi então feito um pequeno guia teórico-prático (“Treino de Resolução de Problemas” – **Anexos ACM**), entregue à ACM, que serviu como um adiantar à abordagem teórica dos dois treinos, sendo que os treinos.

De referir que para a realização dos treinos foram utilizadas as fichas relacionadas com a resolução de problemas, bem como técnicas de *role-play* e solução de problemas hipotéticas e imaginadas.

De um modo geral e tendo em conta as verbalizações da ACM, considera-se que os treinos realizados no contexto deste processo psicoterapêutico tiveram sucesso, na medida em que a paciente refere ter adquirido as competências necessárias e que precisava para enfrentar os problemas do seu dia-a-dia.

Na última consulta de intervenção, relacionada com o treino de resolução de problemas e tomada de decisão, a ACM dirige-se ao serviço de Psicologia para pedir uma pequena pausa das consultas, por motivos pessoais (aproximação do período dos exames práticos no seu curso). Ela refere ainda que sente que conseguiu alcançar os objectivos que tinha proposto, nomeadamente, diminuição dos sintomas relacionados com a depressão e conseguir/treinar competências para resolver problemas e tomar decisões, bem como de um modo geral “*ver o mundo com mais luz*” (SIC-ACM).

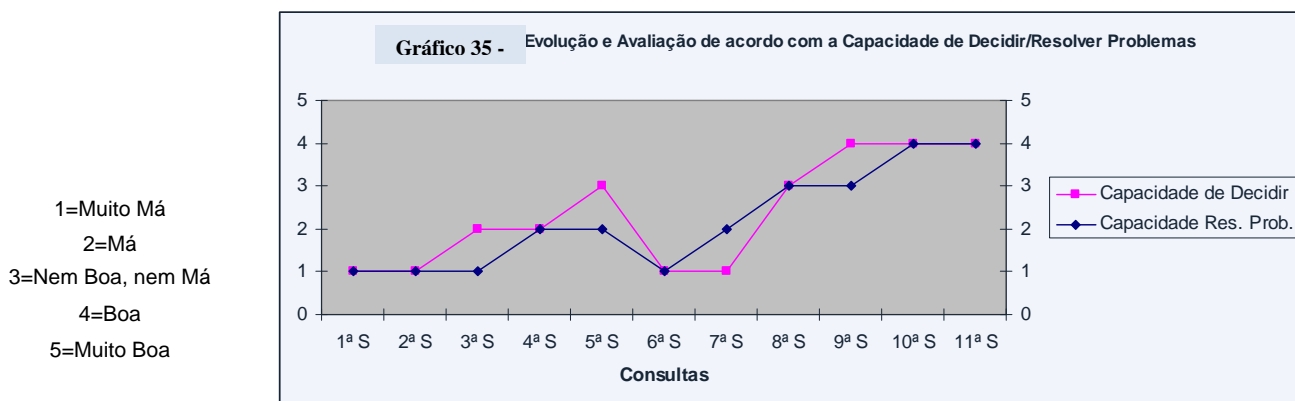
Relatório FINAL

Tipo de Consulta: Acompanhamento Psicoterapêutico/Preparação para Alta

Objectivos da consulta: Avaliação do estado actual/Preparação para a Alta/Alta;

Relativamente às duas últimas consultas com a ACM, nas quais os principais objectivos relacionavam-se com a avaliação do estado actual da mesma, bem como preparação para a alta clínica. Deste modo e para finalizar o processo terapêutico foram feitas breves avaliações (observação e auto-avaliação da ACM), de modo a garantir que o processo psicoterapêutico foi eficaz e que os resultados seriam duradouros.

De um modo geral e tendo em conta as verbalizações da ACM, considera-se que os treinos realizados no contexto deste processo psicoterapêutico tiveram sucesso, na medida em que a paciente refere ter adquirido as competências necessárias e que precisava para enfrentar os problemas do seu dia-a-dia. Neste sentido, realizou-se uma breve avaliação (quantitativa) com a ACM e é com base nessa avaliação que a seguir apresenta-se os gráficos referentes à sua evolução psicoemocional, tendo em conta os sintomas de humor e a sua capacidade para tomar decisões e resolver problemas.



10.3.4. Reflexão Crítica

Este **caso** caracterizou-se por ser também muito motivador para mim, na medida em que deu-me a oportunidade de intervir numa paciente bastante interessada e colaborativa em todo o processo psicoterapêutico. Isto deveu-se, essencialmente ao facto desta ter sido acompanhada anteriormente num outro contexto hospitalar e por isso estar mais ou menos familiarizada com as características de todo este processo. Sendo assim, esta intervenção serviu para consolidar os conhecimentos “teóricos” que ela já tinha adquirido, bem como também e principalmente para treina-los e pô-los na prática do seu dia-a-dia.

Foi-me possível neste caso empregar um conjunto de técnicas e estratégias que tinha adquirido somente de modo teórico, nomeadamente as técnicas cognitivo-comportamentais (a reestruturação cognitiva), treino de resolução de problemas, treino de tomada de decisões, entre outras técnicas e estratégias.

No entanto, convém referir um senão deste acompanhamento psicoterapêutico, nomeadamente, o facto de se ter estabelecido uma relação terapêutica não com base numa empatia profissional, mas sim numa certa “simpatia”, pois tendo em conta as semelhanças entre nós as duas (ser do mesmo género sexual e da mesma faixa etária), houve um momento no processo terapêutico, em que não pude perceber se a ACM via em mim uma profissional de saúde, ou então uma “amiga/confidente”. Foi por isso necessário numa das consultas chamar a atenção à ACM e resolver a questão sem muitas dificuldades.

Capítulo 10: Reflexão Crítica

(Componente de Intervenção)

“Certa vez, quando tinha seis anos, vi num livro sobre a Floresta Virgem, “Histórias Vividas”, uma imponente gravura. Representava ela uma jibóia que engolia uma fera. Eis a cópia do desenho.

Dizia o livro: “As jibóias engolem, sem mastigar, a presa inteira. Em seguida, não podem mover-se e dormem os seis meses da digestão.”

Reflecti muito sobre as aventuras da selva, e fiz, com lápis de cor, o meu primeiro desenho.

Meu desenho número 1 era assim:



Mostrei minha obra-prima às pessoas grandes e perguntei se o meu desenho lhes fazia medo.

Responderam-me: “Por que é que um chapéu faria medo?” (Saint-Exupéry, 1943:1¹)

A saída da minha terra natal, apesar de difícil e doloroso, pois cada momento que passava as saudades e a vontade de voltar aumentavam, tornou-se, com certeza na melhor decisão que até agora tomei. A oportunidade de conhecer novas pessoas, novos lugares e adquirir novos conhecimentos, continua a fazer de mim uma pessoa completamente diferente, e penso que para muito melhor.

A aquisição de novos conhecimentos teóricos, mas principalmente da prática clínica, intensifica-se grandemente com o último ano lectivo e o primeiro ano de exercício prático, em que me foi possível realizar um óptimo estágio curricular, no Serviço de Nutrição e Actividade Física, no Centro Hospitalar Cova da Beira, sob a orientação e supervisão directa do Dr. Jorge Marques e Professor Doutor Luís Maia, bem como e posterior e actualmente um estágio profissional, no Centro de Intervenção Psicopedagógica, PSICOFOZ, na Guarda.

Ao longo do estágio, tive a possibilidade de realizar e participar em diferentes actividades práticas, num contexto profissional bastante saudável, em que o mais importante remetia para o restabelecimento e melhoria do bem-estar das pessoas atendidas, bem como também para a aquisição dos melhores conhecimentos práticos possíveis, sempre de olho no nosso futuro profissional, como estagiárias.

O facto de ter-me sido possível aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, num contexto já conhecido, no Hospital Pêro da Covilhã, facilitou e diminui grandemente os meus anseios e temores. No entanto, não foi suficiente para acabar com toda a ansiedade de estar “ao vivo e a cores” num contexto real, de atendimento ao público, principalmente, por se tratar de uma área tão sensível, como é a da psicologia, mente e emoção humana.

¹ Extraído de Saint-Exupéry, A. (1943). *Le Petit Prince* (O Príncipezinho).

Neste sentido, o presente capítulo vem apresentar uma reflexão crítica e pessoal de todo o meu percurso de estágio, em que serão incluídos, todos os medos, anseios, expectativas e motivação, certezas e incertezas, dificuldades, problemas e sucessos ocorridos ao longo deste ano lectivo, bem como a reflexão dos porquê e do “*E agora?*”, tendo em conta não só o estágio na sua globalidade, como referente a cada caso de intervenção em particular.

Apreciação Final

De um modo global, considero que a realização deste estágio, tendo em conta o contexto profissional em que ocorreu e a orientação e supervisão que me foi possível ter, representa a oportunidade *major* que tive para fazer uma pré-avaliação dos conhecimentos, competências e capacidades que fui adquirindo ao longo destes anos no curso de Psicologia.

A experiência de desempenhar actividades profissionais no CHCB, ao serviço do SNAF, foi muito gratificante, pois todas as minhas expectativas foram superadas. A sensação que agora possuo de ter contribuído pelo pouco que seja para a melhoria das pessoas com quem me deparei ao longo do estágio, faz com que eu continue a caminhada sempre em frente, nesta direcção que escolhi.

Sei que o contexto onde me quero inserir, ainda é pouco reconhecido e recompensado e que nem sempre as pessoas que passam tomam cuidado com a sinalização: “Cuidado! Pintado de fresco”, mas este não parece ser um motivo suficientemente forte para desistir ou ter mais medo. Confesso que para mim não foi fácil encarar as pessoas que “torceram o nariz” quando respondi “*estou a tirar o curso de Psicologia*” ou “*sou estagiária de Psicologia*”, no entanto, foi muito mais marcante, ouvir pela primeira vez, após uma consulta “Obrigada” e são estes momentos que importam na carreira de um Psicólogo.

Meu desenho não representava um chapéu.

Representava uma jibóia a digerir um elefante.

Desenhei então o interior da jibóia, a fim de que as pessoas grandes pudessem compreender.

Elas têm sempre necessidade de explicações. (Saint-Exupéry, 1943:1)



Bibliografia

A

- Abreu, C. L. e Fisberg, M. (2002). Recusa Alimentar: O que fazer com a criança que não come? Artigo;
- Abreu, C. L. e Fisberg, M. (2004). Recusa Alimentar: O que fazer com a criança que não come? Revisão Artigo;
- Abreu, C. N e Cangelli, R. (2004) Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa – Abordagem Cognitivo-construtivista de psicoterapia. Revista Psiquiátrica Clínica. Nº 31 (4); 177-183;
- Abreu, K. L., Stoll, I. R., Silveira, L. e Kristensen, C. H. (2002). Stresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*. Vol. 22, nº 2 (22-29);
- Abreu, P. R. (2006). Terapia analítico-comportamental da depressão: uma antiga ou uma nova ciência aplicada? Revista de Psiquiatria Clínica. Vol. 33, nº 6 (322 – 328);
- Agency for Healthcare Research and Quality (2004). Pharmacological and Surgical Treatment of Obesity. Evidence Report/Technology Assessment. Number 103;
- Agostinho, M. (2005). Crianças com Desordens Emocionais e Comportamentais. Lisboa;
- Agras, W. S. e Apple, R. F. (2002). Understanding and Treating Eating Disorders. Chapter 9 (189-212). In *Comprehensive Handbook of Psychotherapy: Cognitive-behavioral Approaches*. Vol. 2. John Wiley & Sons, Inc. NY;
- Agrawal, M. e Emanuel, E. (2001). Attending to Psychologic Symptoms and Palliative Care. *Journal of Clinical Oncology*. Vol. 20, nº 3 (624-626);
- Aires, L., Santos, P., Ribeiro, J. C., Rego, C. e Mota, J. (2004). Níveis de actividade física habitual em crianças obesas sujeitas a um programa de exercício. *Nascer e Crescer: Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*. Vol. 13, nº 4 (331-336);
- Almeida, L. S. (1999). Avaliação psicológica: exigências e desenvolvimento nos seus métodos. Capítulo 3 (41-55). In *Avaliação psicológica: perspectiva internacional*. Publicadora Casa do Psicólogo;
- Almeida, L. S. e Freire, T. (1997). Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação. APPORT. Coimbra;
- Alvarez, A. M., Arce, M. L., Barrios, A. E. e Sanchez, A. R. (2005). Síndrome de burnout en medicos de hospitales publicos de la ciudad de corrientes. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, nº 141;
- Alves, H. e Cunha, L. M. (2004). Software Estatístico: Uma introdução a alguns aplicativos, numa abordagem inicial dos dados. Dossier Didáctico XII. Lisboa;
- Alves, J. F. e Silva, M. D. F. (2007). Orientações para a perda e para o restabelecimento em narrativas de luto: contributos para uma abordagem narrativa ao processo dual de lidar com o luto. Universidade do Minho;
- American Psychiatric Association (2000). Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders revision. *The American Journal of Psychiatry*. Vol. 157, nº 1. Washington, DC. Author;
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3th ed.)*. Washington, DC: Author;
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., Rev.)*. Washington, DC: Author;
- American Psychiatric Association. (2002). Childhood Disorders. Disponível On-line através de: www.psych.org/public_info/childr-1.cfm, desde Junho de 2002;
- Anastasi, A. e Urbina, S. (2000). *Fundamentos da testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas;
- Antunes, M. I. e Moeda, A. (2005). Ao Encontro da Morte – o impacto das emoções do médico no cuidado ao doente. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol. 21 (353-7). Lisboa;
- Araújo, I. M. B. (2004). *Aprendem Doença, Educam para a Saúde: Influência da formação, em futuros profissionais de Saúde, em concepções saúde/doença, educação para a Saúde e sua implementação*. Dissertação de Mestrado em educação, área de especialização em Educação para a Saúde;
- Araújo, T. M., Aquino, E, Menezes, G., Santos, C. O. e Aguiar, L. (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 37, nº 4 (424-33);

Araújo, T. M., Graça, C. C. e Araújo, E. (2003). Stress ocupacional e saúde: contribuições do Modelo “Demand-Control or Job Strain Mode”. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol. 8, nº 4 (991-1003);

Ardid, C. y Zarco, V. (1999). El estrés Laboral. Pág. 15. In *Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Psicología Pirámide. Madrid;

B

Baldwin, D. S. e Birtwistle, J. (2002). An atlas of depression. The encyclopedia of visual medicine series. The Parthenon Publishing Group. UK;

Baltazar, S. (2006). Competências Sociais. Capítulo 6. In *Competências Sociais e Assertividade*. Universidade do Algarve.

Bandeira, M., Quadria, M., Bachetti, L., Ferreira, T. e Souza, G. (2005). Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controlo e auto-estima em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia*. Vol. 22, nº 2 (111-121);

Bandeira, M., Rocha, S. S., Freitas, L. C., Prette, Z. A. e Prette, A. (2006). Habilidades sociais e variáveis sociodemográficas em estudantes do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*. Vol. 11, nº 3 (541-549);

Bankoff, P. C. (2004). Estudo da Postura Corporal e Aspectos Nutricionais nas Crianças em Idade Escolar. Faculdade de Educação Física da Universidade Estadual de Campinas. Brasil;

Baptista, A., Pereira, A., Carvalho, M. Lory, F. e Santos, R. (2000). Aprender a lidar com as dificuldades emocionais: Centro de Aconselhamento para Estudantes. *Dificuldades Emocionais em Estudantes*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Centro de Estudos de Psicologia Cognitiva e da Aprendizagem;

Baptista, M. N., Santos, K. M. e Dia, R. R. (2006). Auto-eficácia, locus de controlo e depressão em mulheres com cancro da mama. *Psicologia e Argumento*. Vol. 24, nº. 44 (27-36).

Barnett, R. C., Brennan, R. T. e Gareis, K. C. (1999). A Closer Look at the Measurement of Burnout *Journal of Applied Biobehavioral Research*. Vol. 4, nº 2 (65-78);

Barros, D. D. (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde*. Vol. 12, nº. 2: (547-554);

Bartlett, D., (1998). *Stress: Perspectives and Processes*. Health Psychology. Philadelphia;

Bates, D. B., (2002). A Workshop Assessing the Effects of Social Support on the Incidence of Burnout. S. Fairbanks, Alaska;

Batista K. M., Bianchi, E. R. F. (2001). Stress do enfermeiro numa unidade de emergência. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Vol. 14, nº 4 (534-539.);

Bebbington, P. (2004). The classification and Epidemiology of Unipolar Depression. Chapter 1 (3-25). In *Mood Disorders: A Handbook of Science and Practice*. John Wiley & Sons, Ltd. USA;

Beltrán, C. A., Moreno, M. P., Estrada, J. S., Rodríguez, M. G. A., Reyes, M. B. P. (2004). Factores psicossociales laborales y Síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención. *Investigación en Salud*. Vol. 6, nº1;

Benavente, R. (2004). Perturbação de comportamento na infância: Diagnóstico, etiologia, tratamento e propostas de investigação futura. *Notas de Intervenção*;

Benetti, S. P. C. (2005). Conflito Conjugal: Impacto no Desenvolvimento Psicológico da Criança e do Adolescente. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 19, nº 2 (261-268);

Benetti, S. P. C. e Balbinotti, M. A. A. (2003). Elaboração e estudo de propriedades psicométricas do Inventário de Práticas Parentais. *Revista Psico-USF*. Vol. 8, nº. 2 (103-114);

Berler, E. S., Gross, A. M. e Drabman, R. (1982). Social Skills Training with Children Proceed with Caution. *Journal of Applied Behavior Analysis*. Vol. 15, nº. 1 (41-53);

Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A. e Tutté, J. C. (2004). Guía clínica para la Psicoterapia. *Revista de Psiquiatria del Uruguay*. Vol. 68, nº 2 (99-146);

Bernel, A. O. (1990). Las Habilidades Sociales Y su Entrenamiento: Um Enfoque necessariamente Psicossocial. *Psicothema*. Vol. 2, nº2 (93-11);

- Bianchi, E. R. F. (2007). *Enfermeiro Hospitalar e o Stress*. Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica. Escola de Enfermagem da USP
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V. e Wozniak, J. (2004). *Pediatric Bipolar Disorder or Disruptive Behavior Disorder? Primary Psychiatry*. Vol. 11, nº 9 (36-41). Clinical Focus;
- Biedert, E. (2005). *The Psychological and Pharmacological Treatment of Binge Eating Disorder: An Overview*. In *Obesity and Binge Eating Disorder*. Bibliotheca Psychiatrica. Nº 171 (165–179). Basel, Karger;
- Biggs, W. e Dery, W. (2006). *Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children*. *American Family Physician*. Vol. 73, nº 3 (469-477);
- Birch, L. (1998). *Factors Influencing Food Intake Implications for Childhood Obesity*. Chapter 3 (33-45). In *Childhood Obesity: Causes & Prevention*. Symposium Proceedings. Center for Nutrition Policy and Promotion. Washington;
- Blair, S. e Brodney, S. (1999). *Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues*. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. Vol. 31, nº. 11 (646-662);
- Boeckel, M. e Sarriera, J. (2005). *Análise factorial do Questionário de Estilos Parentais (PAQ) numa amostra de adultos jovens universitários*. *Psico-USF*. Vol. 10, nº. 1 (1-9);
- Borges, M. B. e Jorge, M. R. (2000). *Evolução histórica do conceito de compulsão alimentar*. *Psiquiatria Prática e Médica*, Vol. 33, nº 4 (113-118);
- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. S., Machado, E. A. P. e Silva, W. S. (2002). *A Síndrome de Burnout e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Vol. 15, nº 1 (189-200);
- Borges, C. F. (2003). *Dependência e morte da “mãe de família”: a solidariedade familiar e comunitária nos cuidados com a paciente de esclerose lateral amiotrófica*. *Psicologia em Estudo*. Vol. 8, nº Esp. (21-29);
- Borges, C., Borges, R. e Santos, J. (2006). *Tratamento clínico da obesidade*. Simpósio: *Distúrbios Respiratórios do Sono*. *Medicina*. Capítulo X. Vol. 39, nº 2 (246-252);
- Borrill, J. (2000). *All About Depression: A booklet for people with depression, their carers, families and friends*. The Mental Health Foundation. UK;
- Bosworth, H. B. e Voils, C. I. (2005). *Theoretical Models to Understand Treatment Adherence*. Chapter 2 (15-46). In *Patient Treatment Adherence: Concepts, Interventions and Measurement*. Lawrence Erlbaum Associates. USA;
- Bosworth, H. B., Weinberger, M. e Oddone, E. Z. (2005). *What is Treatment Adherence? Introduction*. Chapter 1 (3-11). In *Patient Treatment Adherence: Concepts, Interventions and Measurement*. Lawrence Erlbaum Associates. USA;
- Bottino, S. M., Junqueira, C., Henriques, F. M., Hanns, L. A., Debieux, M. e Andrade, L. H. (2003). *Perturbação da compulsão alimentar periódica e psicoterapia: é possível sistematizar a formulação psicodinâmica de caso?* *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 25, nº 3 (166-70);
- Boyer, W. e Feighner, J. (2001). *Utility of SRRIs in anxious depression*. In *SRRIs in Depression and Anxiety*. *Perspectives in Psychiatry*. 2nd Edition. Vol. 8, Chapter 4 (107-119). John Wiley & Sons. British Library;
- Braga, C. e Cruz, D. (2005). *Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos*. *Revista da Escola de Enfermagem de USP*. Vol. 39, nº 3 (350-357);
- Brewerton, T. D. (1997). *Binge Eating Disorder: Recognition, Diagnosis, and Treatment*. *Medscape Psychiatry & Mental Health eJournal*. Vol. 2, nº 3. Medscape;
- Brito, C. L., Bystronski, D. P., Mombach, K. D., Stenzel, L. M. e Repetto, G. (2005). *Obesidade: Terapia Cognitivo-Comportamental*. Projecto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina: Sociedade Brasileira de Endocrinologia;
- Butor, P. M. (2004). *Some Psychological Viewpoints on Obesity*. Chapter 10. *Obesity in Childhood and Adolescence*. Karger Publishers. USA;
- Bzuneck, J. A. (2000). *As Crenças de Auto-eficácia dos Professores*. *Leituras de Psicologia para Formação de Professores*. Editora Vozes (115-134);
- Bzuneck, J. A. (2001). *As Crenças de Auto-eficácia e o seu Papel na Motivação do Aluno*;

C

- C.C.E. (2005). Promoção de regimes alimentares saudáveis e da actividade física: uma dimensão europeia para a prevenção do excesso de peso, da obesidade e das doenças crónicas. Livro Verde Vol. 30. Bruxelas;
- Calatayud, D. Lerín, F. e Planes, V. (2000). Estudio longitudinal cruzado del desajuste de expectativas y las respuestas proactivas de adaptación laboral. *Anales de Psicología*. Vol. 16, nº 2 (177-118). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. España;
- Camargo, D. A., Caetano, D. e Guimarães, L. A. (2005). Psiquiatria ocupacional II: síndromes psiquiátricas orgânicas relacionadas ao trabalho. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol. 54, nº 1 (21-33);
- Campagnolo, C., Beatriz, K., Prateado, L., Lascio, R. e Heller, D. (2005). A influência do acompanhamento psicológico na opinião de pacientes que se submeteram à cirurgia bariátrica na cidade de Curitiba. *O Portal dos Psicólogos*;
- Campos, R. G., (2005). *Burnout: Uma revisão integrativa na Enfermagem Oncológica*. Universidade de São Paulo. São Paulo;
- Campos, F. S., Silva, A. S. e Fisberg, M. (2006). *Descrição Fisioterapêutica das Alterações Posturais de Adolescentes Obesos*. Universidade São Marcos, Centro de Pesquisas Aplicadas a Saúde;
- Carabolante, A. C. e Ferriani, M. G. C. (2003). O crescimento e desenvolvimento de crianças na faixa etária de 12 a 48 meses, *Revista Electrónica de Enfermagem*. Vol. 5, nº. 1 (28 – 34);
- Cardoso, L. K. O. (2006). Avaliação psicológica de crianças obesas em um programa de atenção multi-profissional a obesidade da Universidade de São Paulo – 2001 e 2002. *Promoção de Saúde Mental*;
- Cardoso, S. M. (2002). Alimentação, Ambiente e Evolução. *Revista de Epidemiologia*. *Arquivos de Medicina*. Vol. 16, nº 6 (3-6). *ArquiMed*;
- Carlotto, M. S. Câmara, S. G. (2004). Análise Factorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) numa Amostra de Professores de Instituições Particulares. *Psicologia em Estudo*. Vol. 9, nº. 3 (499-505);
- Carlotto, M. S., Nakamura A. P. e Câmara, S. G. (2006). Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. *Revista PSICO*. Vol. 37, nº 1 (57-62). Porto Alegre;
- Carneiro, T. F. (1998). Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 11, nº 2 (1-12). Porto Alegre;
- Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach*. Brunner-Routledge. Taylor & Francis Group. USA;
- Carrageta, M. (2006). A obesidade abdominal e as doenças cardiovasculares. *The British Journal Of Cardiology (Versão Portuguesa)*. Vol. 2, nº 2 (7-8). Hospital Garcia de Orta, Almada;
- Carreteiro, R. M. (2003). A Morte e o Luto: Quando chega a hora da partida. *PSICLÍNICA*. Psicologia Clínica;
- Cartwright, S., Cooper, C. L., (1997). *Managing Workplace Stress*. SAGE Publications. London;
- Carvalho, A., Linhares, M. e Martinez, F. (2003). História de Desenvolvimento e Comportamento de Crianças Nascidas Pré-termo e Baixo Peso (< 1.500 g). *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 14, nº. 1 (1-33);
- Carvalho, C. D. R. (2006). *Luto e Religiosidade*. Monografia realizada no âmbito da Licenciatura em Psicologia pelo Instituto Superior da Maia, Portugal;
- Carvalho, J. E. (2002). *Metodologia de Trabalho de Investigação*. Escolar Editora. Lisboa.
- Carvalho, R. G. G. (2006). Isolamento Social nas Crianças: Propostas de Interação Cognitivo-comportamental. *Revista Iberoamericana de Educacion*. Madeira;
- Cecconello, A. M. e Koller, S. H. (2000). Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estudos de Psicologia*. Vol. 5, nº. 1 (71-93);
- Cecconello, A., Antoni, C. e Koller, S. (2003). Práticas educativas, estilos parentais e abuso físico no contexto familiar. *Psicologia em Estudo*. Vol. 8 (45-54). Edição Especial;

- Cembrowicz, S. (2006). What is depression? Chapter 1 (1-20). In *Beating Depression: A Questions and Answer Guide to Symptoms, Causes and Treatment* (2nd Edition). GBR: Class Publishing. London;
- Christensen, L. (1996). *Diet-Behaviour Relationships: Focus on Depression*. American Psychological Association. Washington;
- Christensen, L. (2004). *Experimental methodology*. 9th Edition. Book Company. Boston, USA;
- Christensen, R. E. Fetters, M. D. e Green, L. A. (2005). Opening the Black Box: Cognitive Strategies in Family Practice. *Annals of Family Medicine*. Vol. 3, nº. 2 (144-150);
- Claudino, A. M. e Borges, M. B. (2002). Critérios diagnósticos para as perturbações alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 24, nº 3 (7-12);
- Cleare, A. J. (2004). Biological Models of Unipolar Dpression. Chapter 2 (29-46). In *Mood Disorders: A Handbook of Science and Practice*. John Wiley & Sons, Ltd. USA;
- Codo, W e Vasques-Menezes, I. (2000). Burnout: sofrimento psíquico dos trabalhadores em educação. *Cadernos de Saúde do Trabalhador*. INST (Instituto Nacional da Saúde no Trabalho);
- Coelho, L. S. G. (2001). Encoprese e constipação em gémeos: um estudo de caso em ludoterapia comportamental. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Vol. 21, nº.1 (2-13);
- Cole, T. J. e Rolland-Cachera, M. F. (2002). Measurement and Definition. Chapter 1. In *Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Preventions and Management*. Cambridge University Press. USA;
- Comissão das Comunidades Europeias (2002). *Adaptação às transformações do trabalho e da sociedade: uma nova estratégia comunitária de saúde e segurança 2002-2006*. Comunicação da Comissão. Bruxelas;
- Comissão Europeia, (2002). O «Stress» no Trabalho: Sal da Vida ou Morte Anunciada? Síntese. Saúde e segurança no local de trabalho. Luxemburgo;
- Conte, A. L (2003). Qualidade de vida no trabalho. *Revista FAEBUSINESS*, n.7;
- Cordas, T. A. (2002). *Depressão: da bile negra aos neurotransmissores. Uma introdução histórica*. Lemos Editorial. São Paulo;
- Cornish, U. e Ross, F. (2003). *Social Skills Training for Adolescent with General Moderate Learning Difficulties*. Jessica Kingsley Publishers. London;
- Cosme, D. (2005). Plano de intervenção para a obesidade infantil e juvenil. Disponível em: www.danielacosme.com;
- Costa, A. E. B. (2003). Auto-Eficácia e Burnout. *Revista Electrónica InterAcção Psy*, Ano 1, nº 1- (34-67);
- Costa, C. A. Q. (2000). Psicoterapia comportamental e cognitiva na promoção da saúde: Intervenção na obesidade. *Promoção da Saúde e Obesidade. Terapias Comportamentais e Cognitivas*;
- Costa, F., Teixeira, M. e Gomes, W. (2000). Responsividade e Exigência: Duas Escalas para Avaliar Estilos Parentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 13, nº. 3 (465-473);
- Costa, N. e Silveiras, E. (2003). Enurese na adolescência: estudo de caso com intervenção comportamental. *Interacção em Psicologia*. Vol. 7, nº. 1 (9-17);
- Cox, D., Ritterband, L., Quillian, W., Kovatchev, B., Morris, J., Sutphen, J. e Borowitz, S. (2003). Assessment of Behavioral Mechanisms Maintaining Encopresis: Virginia Encopresis-Constipation Apperception Test. *Journal of Pediatric Psychology*, Vol. 28, nº. 6 (375-382). Society of Pediatric Psychology;
- Cristiane, M., Pereira, A. e Fávero, N. (2001). A motivação no trabalho da equipe de enfermagem. *Revista Latino-americano de Enfermagem*. Vol. 9, nº 4 (7-12);
- Cross, M. (2004). *Children with Emotional and Behavioural Difficulties and Communication Problems: There is always a reason*. Jessica Kingsley Publishers. London;
- Cruz, J. F., Gomes, A. R. e Melo, B. (2000). Stress e Burnout nos Psicólogos Portugueses. *Manuais de Psicologia*. SHO-Lda (Sistemas Humanos e Organizacionais). Braga;

Csóti, M. (2001). *Social Awareness Skills for Children*. Jessica Kingsley Publishers. London;

Cunha, M. P. e Marcelino, A. R. (2003). Um compêndio de medidas (frequentes e recentes) usadas em comportamento organizacional. *Análise Psicológica*. Vol 3, nº. 19 (461-470);

Cunningham, J. B. (2000). *The stress management sourcebook: Everything you need to know*. 2nd Edition. McGraw-Hill Professional,

Cura, M. L. A. e Rodrigues, A. R. F. (1999). Satisfação profissional do enfermeiro. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Vol. 7, nº 4 (21-28);

D

D'El Rey, G. e Pacini, C.A. (2006). Terapia Cognitivo-Comportamental da Fobia Social: Modelos e Técnicas. *Psicologia em Estudo*. Vol. 11, nº. 2 (269-275);

Daly, M. e Wilson, M. (1996). Evolutionary Psychology and Marital Conflict: The Relevance of Stepchildren. In *Sex, power, conflict: feminist and evolutionary perspectives*. Chapter 1(9-28). Oxford University Press, New York;

Damian, E., Alva, R., Levano, J., Sánchez, O. e Velarde, R. (2005). Síndrome de Burnout en Medicos Asistentes del Servicio de Emergencia de un Hospital de Essalud. *Medicina de Emergencia, Hospital Rebagliati, Perú*;

De Soto, P. F. e Osório, A. E. (2006). Enuresis y encopresis en adolescente de 12 años. *Universitas Médica*. Vol. 47, nº 2 (190-196);

Deitel, M. (2003). Overweight and Obesity Worldwide now Estimated to Involve 1.7 Billion People. *Obesity Surgery*. Vol. 13 (329-330). FD-Communications Inc;

Del Prette, Z. A. P. e Del Prette, A. (1999). *Psicologia das Competências Sociais: Terapia e Educação*. Petrópolis: Vozes;

Delboubck, M. (2006). Síndromes associadas ou conexas com a exaustão. Cap. 4 (77-103). In *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Manuais universitários 47. Climepsi Editores. Bruxelas;

Delgado, A. (1999). La personalidad del individuo y los niveles de exigencia de la organización: percepción, actitudes y motivación. Cáp. 6. In *Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Psicología Pirámide. Madrid;

Delgado, A. B. e Lima, M. L. (2001). Contributo para a Validação Concorrente de uma Medida de Adesão aos Tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 2, nº. 2 (81-100);

DePaulo, R., Frank, E., Rosenbaum, J. F, Rudorfer, V. e Wittenberg, C. K. (2002). *Depression*. National Institute of Mental Health (NIMH). USA;

Dietz, W. (1998). Childhood Obesity: The Contribution of Diet and Inactivity. Chapter 1 (15-22). In *Childhood Obesity: Causes & Prevention*. Symposium Proceedings. Center for Nutrition Policy and Promotion. Washington;

Dishman, R. K., Sallis, J. F. e Orenstein, D. R. (1985). Determinants of Physical Activity and Exercise. *Public Health Reports*. Vol. 100, nº.2 (158-171).

Dobrow, I. J., Kamenetz, C. e Devlin, D. J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 24, nº. 3 (63-67). Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade de Columbia e Instituto Psiquiátrico de New York;

Dobrow, I. J., Kamenetz, C. e Devlin, D. J. (2002). Aspectos psiquiátricos da obesidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 24, nº. 3 (63-67). Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina e Cirurgia da Universidade de Columbia e Instituto Psiquiátrico de New York;

Dominick, K. L. e Morey, M. (2005). Adherence to Physical Activity. Chapter 3 (49-94). In *Patient Treatment Adherence: Concepts, Interventions and Measurement*. Lawrence Erlbaum Associates. USA;

E

Erickson, M. T. (1997). *Behavior Disorders of Children and Adolescents: Assessment, Etiology, and Intervention*. Prentice Hall;

F

- Facion, J. R. (2004). Distúrbio de Déficit de Atenção/Hiperatividade (D.D.A.H): Atualização Clínica. Revista de Psicologia da UnC. Vol. 1, nº. 2 (54-58);
- Faleiros, F. T. V. (2005). Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde por meio de questionário CHQ-PF50® em crianças com distúrbios da evacuação. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Pediatria, Área de Concentração;
- Feljó, L. e Vielmo, F. (2006). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH): Comentários sobre os critérios de diagnóstico.
- Feliciano, K., Kovacs, M. e Sarinho, S. (2005). Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil. Vol. 5, nº 3 (319-328);
- Ferenhof, I. A. e Ferenhof, E. A. (2002). Burnout em professores. ECCOS – Avaliação e Mudanças. Vol. 4, nº 1 (131-151);
- Fernández, L., Armentia, S. e Miguelsanz, J. (2002). Diagnóstico y tratamiento de la enuresis nocturna. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Nefrología/Urología;
- Fettes, P. e Williams, D. E. (1996). Assessment and Treatment of Morbid Obesity. In Body Image, Eating Disorders and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment. APA;
- Fisberg, M. (1995). Obesidade na infância e adolescência. Capítulo 1 (9-13). In Obesidade na infância e adolescência. Fundação Editorial BYK. São Paulo, Brasil;
- Fisberg, M. (2005). Selectividade alimentar da criança. Nutrição na Infância e Adolescência. Centro de Nutrição da Universidade São Marcos;
- Fisberg, M., Baur, L., Chen, W., Hoppin, A., Koletzko, B., Lau, D., Moreno, L., Nelson, T. e Strauss, R. (2004). Obesidade em Crianças e Adolescentes: Relatório do Grupo de Trabalho do Segundo Congresso Mundial de Nutrição e Gastreterologia Pediátrica. Vol. 39, nº. 2. Gastreterologia Pediátrica;
- Flecka, M. P. A., Laferb, B., Sougeyc, E. B., Del Porto, J. A. (2003). Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol. 25, nº 2 (114-22).
- Fonseca, E. e Monteiro, L. (2004). Diagnóstico clínico de disfunção de micção em crianças e adolescentes com enurese. Jornal de Pediatria. Vol. 80, nº2 (147-53);
- Formighieri, V. J. (2003). Burnout em fisioterapeutas: influência sobre a actividade de trabalho e bem-estar físico e psicológico. Dissertação apresentada no âmbito da Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina (para obtenção do grau de Mestre em Engenharia de Produção). S. Paulo;
- Foster, S. L. e Crain, M. M. (2002). Social Skills and Problem-Solving Training. Chapter 2 (31-50). In Comprehensive Handbook of Psychotherapy: Cognitive-behavioral Approaches. Vol. 2. John Wiley & Sons, Inc. NY;
- Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, Médicos e Pessoas: Compreender o stresse para prevenir o *burnout*. Acta da Medicina Portuguesa. Vol. 8 (433-444). Serviço de Psiquiatria. Hospital Miguel Lombarda. Lisboa;
- Frayne, S. e Wilbourne, P. L. (2006). Adherence: Working Towards Shared Agendas;
- Freire, M. (2006). Qualidade de vida e saúde mental dos profissionais de saúde. Curso De Especialização Em Saúde Mental;
- Freitas, L. C. (2006). Social Skills Psychology in Childhood: Theory and Practice. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol. 22, nº 2 (251-252);
- Frelut, M. L. (2002). Interdisciplinary residential management. Chapter 8. In Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Preventions and Management. Cambridge University Press. USA;
- Frelut, M. L. e Flodmark, C. E. (2002). The obese Adolescent. Chapter 8. In Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Preventions and Management. Cambridge University Press. USA;
- Friedman, R. M. (2001). The practice of Psychology with Children, Adolescents and their Families: A look to the Future. Chapter 1 (3-22). In Handbook of Psychological Services for Children and Adolescents. Oxford University Press, Incorporated, NC. USA;
- Fuhrmann, N. L. (2003). Metodologia de Pesquisa. São Paulo;

Furegato, A. R. F., Nievas, A. F., Silva, E. C. e Costa, M. L. (2005). Pontos de vista e conhecimentos dos sinais indicativos de depressão entre acadêmicos de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem – USP*. Vol. 39, nº 4 (401-408);

Furnham, A. (1997). *The Psychology of Behaviour at Work: The Individual in the Organization*. Psychology Press, Publishers;

G

Garb, H. N., Lilienfeld, S. O. e Fowler, K. A. (2004). Psychological Assessment and Clinical Judgment. Chapter 5, (85-104). In *Psychopathology: Foundations for a Contemporary Understanding*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. London;

Garcia, L. P. e Benevides-Pereira, A. T. (2003). Investigação do Burnout em Professores Universitários. *Revista Electrónica InterAcção Psy*. Vol. 1, nº 1 (90-101);

Garcia-Lopez, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S. e Rosa, A. I. (2005). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. (1-15). *Anxiety Disorders*. ELSEVIER;

Garcia-Lopez, L. J., Olivares, J., Hidalgo, M. D., Beidel, D., e Turner, S. (2001). Psychometric Properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory, the Social Anxiety Scale for Adolescents, the Fear of Negative Evaluation Scale, and the Social Avoidance and Distress Scale in an Adolescent Spanish-Speaking Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. Vol. 23, nº. 1 (51-59);

Garner, D. e Garfinkel, P. (1997). *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. Guilford Press;

Gigante, D. P., Barros, F. C., Post, C. L. A e Olinto, M. T. A. (1997). Prevalência de obesidade em adultos e seus factores de risco. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 31, nº 3 (236-246). Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública;

Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. Atlas. São Paulo;

Gilbert, P. (2000). Depression and Basic Principles of Cognitive Interpersonal Counselling: Depression and Dysphoria and the Counselling Relationship. Part 1 (1-22). In *Counselling for Depression (2nd Edition)*. SAGE Publications, Ltd. London;

Gilbert, P. (2004). Depression: A Biopsychosocial Integrative and Evolutionary Approach. Chapter 6 (99-138). In *Mood Disorders: A Handbook of Science and Practice*. John Wiley & Sons, Ltd. USA;

Gil-Monte, P. R. (2003). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Síndrome de Burnout) en Profesionales de Enfermería. *Revista Electrónica InterAcção Psy*. Vol. 1, nº 1 (19-33);

Gil-Monte, P. R. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 39, nº 1 (1-8);

Gil-Monte, P. R. e Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*. Vol. 15, nº 2 (261-268). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Espanha;

Glina, R. M. R., Rocha, L. E., Batista, M. L. e Mendonça, M. G. V. (2001). Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexos com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Caderno Saúde Pública*. Vol. 17, nº 3 (607-616). Rio de Janeiro;

Góes, J. (2003). Curso de Estatística Básica. <http://www.resumosconcursos.hpg.com.br>;

Goldhamer, L. (2006). What are the Differences Between Anorexia, Bulimia, and Binge Eating Disorder? *Eating Disorder*. Bellwood Health Services;

Golembiewski, R. T. (2000). Burnout as a focus for consultants: significance, incidence and persistence of phases. In *Handbook of Organizational Consultation*. 2nd edition. Chapter 37 (365-371). Revised and expanded. Marcel Dekker, Inc. NY;

Golfeto, J.H. e Mian, H. (1999). Abordagem Psicoterapêutica da Criança e da Família no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo. *Medicina: Ponto de Vista*. Vol 32 (203-210);

Gomes, A. R. (2006). Stresse Ocupacional e Estratégias de Confronto: Desenvolvimento de um Guião de Entrevista para Diferentes Profissões. *Actas da XI Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Psiquilíbrios Edições. Braga;

Gomes, A. R., Melo, B e Cruz, J. F. A. (1997). Stress ocupacional, saúde e absentismo: Estudo com quadros médias e superiores de uma empresa têxtil. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Vol. 5, nº 1. Braga.

- Gomes, A. R., Silva, M. J., Mourisco, S., Silva, S., Mota, A e Montenegro, N. (2006). Problemas e desafios no exercício da actividade docente: Um estudo sobre o stresse, "burnout", saúde física e satisfação profissional em professores do 3º ciclo e ensino secundário. *Revista Portuguesa de Educação*, Vol. 19, nº 1 (p 67-93). CIED – Universidade do Minho;
- Gomes, A.R., e Cruz, J.F. (2004). A experiência de stresse e “burnout” em psicólogos portugueses: Um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*. Vol. 9 (193-212);
- Gomes, J. C. R. (2003). Desemprego, Depressão e Sentido de Coerência: uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública Uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública. *Saúde Pública*. Lisboa;
- Gomes, L.S. (1998). Um estudo de caso de encoprese em ludoterapia comportamental. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Vol. 3 (54-61);
- Gomide, P. I. C. (2001). Efeito das práticas educativas no desenvolvimento do comportamento anti-social. *Psicologia clínica e da saúde*. Londrina (Brasil); Granada (Espanha): UEL.
- Gomide, P. I. C. (2003). Estilos parentais e comportamento anti-social. *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceptuais, avaliação e intervenção*. Campinas: Alínea.
- Gomide, P., Salvo, C., Pinheiro, D. e Sabbag, G. (2005). Correlação entre práticas educativas, depressão, stresse e habilidades sociais. *Psico-USF*. Vol. 10, nº. 2 (169-178);
- Gomides, J. E. (2002). A definição do problema de pesquisa a chave para o sucesso do projecto de pesquisa. *Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão – CESUC*. Ano IV, nº 06, 1º Semestre;
- Gonçalves, F. A. e Coelho, R. (2006). Depressão e Tratamento: Apoptose, Neuroplasticidade e Anti-depressivos. *Acta Médica Portuguesa*. Vol. 19 (9-20);
- Gonçalves, L. O. (2002). Cuidadores primários familiares dos idosos atendidos na Clínica Escola de Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí – Univali. *Dissertação de Mestrado*;
- Gonçalves, O. (1999). *Introdução às Psicoterapias Comportamentais*. *Psicologia Clínica e Psiquiatria 1*. Edições Quarteto.
- Gonçalves, O. (2004). *Terapias Cognitivas: Teorias e Práticas*. 4ª Edição. Edições Afrontamento. Porto;
- Goran, M. (1998). Obesity and Health Risk in Children. Chapter 2 (23-32). In *Childhood Obesity: Causes & Prevention*. Symposium Proceedings. Center for Nutrition Policy and Promotion. Washington;
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S. e Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 66, nº 2 (377-384);
- Graham, P. J. (2004). *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families Second Edition*. Published by Cambridge University Press. Cambridge University Press;
- Grevet, E. H. e Knijnik, L. (2001). Diagnóstico de depressão major e distímia. *Simpósio sobre Depressão*. *Revista AMRIGS*, Porto Alegre, Vol. 45, nº 3 e 4, (108-110);
- Gruenberg, A. M., Goldstein, R. D. e Pincus, H. M. (2005). *Classification of Depression: Research and Diagnostic Criteria: DSM-IV and ICD-10. Biology of Depression: From Novel Insights to Therapeutic Strategies*. WILEY-VCH. Weinheim;
- Grunfeld, E. Whelan, T. e Evans. W. (2000). Cancer care workers in Ontario: prevalence of burnout, job stress and job satisfaction. *Canadian Medical Association Journal*, Vol. 163, nº 2 (166-169); Canada;
- Guarín, N. S. (2002). *Estadística Aplicada*. *Estadístico Universidad de Medellín*. *Estadística Universidad Nacional de Colombia*;
- Guedes, D. P. e Guedes, J. E. (1998). Distribuição de Gordura Corporal, Pressão Arterial e Níveis de Lipídios-Lipoproteínas Plasmáticas. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*. Vol. 70, nº 2 (93-98).
- Guest, D. E. (2004). *The Psychology of the Employment Relationship: An Analysis Based on the Psychological Contract*. *Applied Psychology*. Vol. 53, nº 4 (541-555);
- Guimarães, E., Mangolin, M., Nunes, N., Rosangela, T., Zola, P., Ferreira, A. e Andrade, C. (2003). Avaliação do Nível de Stress Emocional na Equipe de Enfermagem de Hospitais de Lins/SP. *Saúde em Revista*. Vol. 5, nº 10 (21-28);

- Guimarães, F. A. L. (2005). Realização profissional, Prazer e Sofrimento no trabalho e valores: um estudo com profissionais de nível superior. UFU. Faculdade de Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia;
- Guimarães, L. A. M. e Cardoso, W. L. C. D. (2003). Actualizações sobre o síndrome de Burnout: Origens do Síndrome de Burnout;
- Gundersen, L. (2001). Physician burnout. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 135, nº 2 (145-150);
- Gusmão, M. H. (2002). As perturbações e as dificuldades da alimentação. *Revista Latino-americano de Psicopatologia Fundamental*. Vol. 5, nº 5 (44-60);
- Gusmão, M. M., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., Almeida, J. M. (2005). O Peso das Perturbações Depressivas: Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*. Vol. 18 (129-146). Clínica Universitária de Psiquiatria e Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa. Lisboa;

H

- Hall, E. (2001). Nurse burnout in a high stress health care environment: Prognosis better than expected? Department of Management at School of Business;
- Halpern, Z.S.C., Villares, S.M.F., Arrais, R.F. e Rodrigues, M.D.B. (2005). Obesidade: Diagnóstico e Tratamento da Criança e do Adolescente. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo;
- Harrington, R. (2004). Developmental Perspectives on Depression in Young People. Chapter 5 (79-93). In *Mood Disorders: A Handbook of Science and Practice*. John Wiley & Sons, Ltd. USA;
- Haslam, S. A. (2004). Stress. *Psychology in Organizations: The social identity approach*. Chapter 10 (184-208). 2nd Edition. Sage Publications;
- Hay, J. P. (2002). Epidemiology of eating disorders: current status and future developments. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 24, nº 3 (13-17). Departamento de Psiquiatria da Universidade de Adelaide. Austrália do Sul, Austrália;
- Heinberg, L. J. (1996). Theories of Body Image Disturbance: Perceptual, Development, and Socialcultural Factors. Chapter 2 (27-27). In *Body Image, Eating Disorders and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment*. APA;
- Heloani, J. R. e Capitão, C. G (2003). Saúde Mental e Psicologia do Trabalho. São Paulo em Perspectiva. Vol. 17, nº2 (102-108);
- Henriques, R., Correia, A. e Salgado, M. (2002). Enurese na criança: normas de orientação. *Revista Saúde Infantil*. Vol. 24, nº. 1 (5-14). Hospital Pediátrico de Coimbra;
- Hernando, B. O. (2003). Tratamiento del síndrome hiperquinético en la infancia. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. Vol. 27, nº 5 (145-151). España;
- Herndon, J. M. (2001). *Personalized Depression Therapy (PDT)*. Vallis Solaris Press. USA;
- Hespanhol, A., (2005). Burnout e Stress Ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*. Vol. 7, nº 1/2;
- Hidalgo, G. F. (2003). Problemes Psicològics, Temperament y Capacitat Cognitiva A L'edat de 6 anys: Factors Predictors y Factors Associats. *Tesi Doctoral*. Universitat Rovira i Virgili;
- Hilbert, A. (2005). Course, Etiology, and Maintenance of Binge Eating Disorder. In *Obesity and Binge Eating Disorder*. *Bibliotheca Psychiatrica*. Nº 171 (149 – 164). Basel, Karger;
- Hill, M. M. e Hill, A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hillhouse, J. J., Adler, C. M. e Walters, D. N. (2000). A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: a longitudinal study. *Psychology, Health e Medicine*. Vol. 5, nº 1. Taylor e Francis, Ltd.;
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. e Stinson, C. H. (1997). Diagnostic Criteria for Complicated Grief Disorder. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 154 (904–910);

I

- Iglesias, A. T., Santos, M. D. D. e Sacristán, J. R. (2004). La Psiquiatria Infantil, Hoy: Aspectos Históricos. Vol.3, nº 2 (1-9). *Revista Internacional On-line*;

Imai, H., Nakao, H., Tsuchiya, M., Kuroda, Y. e Katoh, T. (2004). Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occupational and Environmental Medicine*. Vol. 61 (764–768);

Ingram, R. e Trenary, L. (2004). Mood Disorders. Chapter 8 (155-180). In *Psychopathology: Foundations for a Contemporary Understanding*. Mahwah, NJ, USA: Lawrence Associates, Incorporated;

Inscape Publishing (2001). A Comparison of *Work Expectations Profile* and the DiSC Dimensions Research Report;

Instituto Nacional de Estatística (2003). Estatísticas Demográficas – Divorcialidade (Resultados definitivos de 2002). As dissoluções do casamento por divórcio. Destaque: Informação à Comunicação Social. Portugal;

J

Jackson, S. A. e Schuler, R. S. (1983). Preventing Employee Burnout. AMACOM Periodicals Division, American Management Associations,

Jacobson, N.S. e Hollon, S.D. (1996). Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy: now that the jury's returned its verdict, it's time to present the rest of evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 64 (74-80);

Jacques, M. G. C. (2003). Abordagens teórico-metodológicas na saúde e doença mental e trabalho. *Psicologia e Sociedade* 15, nº 1 (97-116);

Jáen, A. F. e Pérez, B. C. (2005). Trastorno por Déficit de Atención y/o Hiperactividad (Tdah): Abordaje multidisciplinar.

Jesus, S. N., Santos, J. C. V., Stobäus, C. D, Mosquera, J. J. M. e Esteves, J. M. (2004). Formação em gestão do stresse. Relatório de Pesquisa. *Revista Mal-Estar e Subjectividade*. Vol. 5, nº 2 (358 – 371). Fortaleza;

Joyce-Moniz, L. e Barros, L. (2004). Intervenção desenvolvimentista em psicologia da doença. *Análise Psicológica*. Vol. 3, nº. 22 (487-497);

K

Kachani, A. T., Abreu, C. L., Lisboa, S. B. e Fisbergm, M. (2005). Selectividade Alimentar em Crianças. *Pediatria*. Vol. 27, nº. 1 (48 – 60). São Paulo;

Kanter, J.W., Callaghan, G.M., Landes, S.J., Bush, A.M. e Brown, K.R. (2004). Behavior analytic conceptualization and the treatment of depression: traditional models and recent advances. *Behaviour Analyse*. Vol. 5, nº 3 (255-274);

Kaplan, H. I., Sadock, B. J., e Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 7ª edição.

Kay, J. e Tasman, A. (2006). Mood Disorders: Depression. Chapter 46 (533-555). *Essentials of Psychiatry*. John Wiley & Sons, Ltd. England;

Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for Children and Adolescents. *Annual Reviews of Psychology*. Vol. 54 (53–76). Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut Annual Reviews;

Kazdin, A. E. e Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Vol 44, nº. 8 (1116–1129). Published by Blackwell Publishing;

Killoron, A., Fentem, P. e Caspersen, C. (1994). Moving On. *International perspectives on promoting physical activity*. Education Authority. London;

Kinrys, G. e Wygant, L. (2005). Perturbações de ansiedade em mulheres: género influência o tratamento? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 27, nº II (43-50);

Kiselinchev, K., Hill, K., Houston, S. e Green, J. S (2003). The causes and effects of the growing waistline of obesity in American society. *Proceedings of the Academy of Organizational Culture, Communications and Conflict*. Vol. 7, nº 2. Las Vegas;

Koski, M. L. e Gill, T. (2004). Defining Childhood Obesity. Chapter 1. *Obesity in Childhood and Adolescence*. Karger Publishers. USA;

Kristensen, S., Pejtersen, J. e Villadsen E. (2006). Gender differences in psychosocial work environment. A national Danish study 9th International Congress of Behavioral Medicine Bangkok. Denmark;

Kristjanson, L., Lobb, E., Aoun, S., Monterosso, L. (2006). A systematic review of the literature on complicated Grief. Book produced by WA Centre for Cancer & Palliative Care, Edith. Cowan University, Pearson Street, Churchlands, Western. Australia;

- L**
- Lagos, M. E. (2005). Comentarios y reflexiones sobre el trabajo “Guía clínica para la psicoterapia”, desde la perspectiva de una psicoterapeuta cognitivo-conductual. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 69, nº 1 (23-28);
- Lask, B., Taylor, S. e Nunn, K. P. (2002). *Practical Child Psychiatry: The Clinician’s Guide*. BMJ Publishing Group. London;
- Lauroche, L. M. (1985). Manifestations cliniques du “burn out” chez les médecins. *Santé Mental au Québec*. Vol. X, nº 2 (145-150);
- Lázaro, A. G. (2001). *Problemas de alimentação na criança*. McGraw Hill.
- Leite, S. N. e Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 8, nº. 4 (775-782);
- Leontiev, A. N (1978). *Actividade, Consciência e Personalidade*. Tradução para o português de Maria Silvia Cintra Martins (2002);
- Lobo, C. e Conceição, C. P. (2003). O recasamento em Portugal. *Sociologia, Problemas e Práticas*. N.º 42, (141-159);
- Lopes, J.A.L. (1998), Distúrbio Hiperactivo de défice de atenção em contexto de sala de aula: a incerta existência de um problema de desenvolvimento da infância e adolescência. Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia Universidade do Minho. Braga;
- Lopes, V. L. B. (2001). *Terapia cognitivo-comportamental da depressão na prática clínica: o modelo de Aaron Beck*;
- López, C., Zegarra, A. e Cuba, V. (2006). Factores asociados al Síndrome de Burnout en Enfermeras de emergencia del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen. *Revista de Ciencias de la Salud*. Vol. 1, nº 1 (53-61);
- Ludwig, D., Peterson, K. e Gortmaker, S. (2001). Causes of obesity. *The Lancet*. Vol. 357, nº 9272 (1978-1979). Elsevier Ltd;
- Lujam, E., Lavisier, M. e Rodríguez, P. (2000). Desarrollo de la continencia urinaria en el niño. *Clínicas Urológicas de la Complutense*. Vol. 8 (663-669). Servicio de Publicaciones. UCM, Madrid;
- Luz, M. J. M. (2005). *A actuação do psicólogo perante pacientes terminais*. Monografia apresentada como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário de Ciências Humanas do CESMAC;
- M**
- Macedo, C.A.P., Bello, K. L. e Palha, L.A.G. (2002). *A criança que não come: guia de tratamento e prevenção*. Atheneu. São Paulo;
- Macedo, J. C. D. (2004). Elisabeth Kübler-Ross: a necessidade de uma educação para a morte. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho;
- Macedo, Z. D. (2005). *Dificuldades que afectam os profissionais da Saúde Mental na Rede Pública da Região Oeste de Santa Catarina (UOSC). Área das ciências biológicas e da saúde*. Dissertação de Mestrado;
- Machado, B. C., Gonçalves, S., e Machado P. P. (2003). A two stage epidemiological study of eating disorders in Portugal. Poster apresentado no Encontro da Eating Disorders Research Society, Ravello, Itália;
- Machado, D. V. M. (1980). Encoprese: Revisão da Literatura. *Pediatria: Revisões e Ensaio*. Vol. 2 (101-110);
- Machado, P. P., Gonçalves, S., Machado, B. C., Santos, L. e Santos, R. (2001). Tratamento cognitivo comportamental em grupo da Perturbação de Ingestão Compulsiva. Um estudo exploratório. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 1, nº 2 (307-316). Braga;
- Machado, P. P., Soares, I., Sampaio, D., Torres, A. R., Gouveia, J. P. e Oliveira, C. V. (2004). Perturbações Alimentares em Portugal: Padrões de Utilização dos Serviços. *Revista de informação e divulgação científica do NDCA (Núcleo de Doenças do Comportamento Alimentar)*. Vol. 1, nº 1 (1-8). Braga;
- Mackenzie, L. (2004). *Dimensions of marital conflict in the home, parental psychological symptoms, and child adjustment: a family-wide investigation A Dissertation*. Graduate Program in Psychology. Notre Dame, Indiana;
- Madeira, I. R. e Aquino, L. A. (2003). Problemas de abordagem difícil: “não come” e “não dorme” (Difficulties in the management of sleep and eating disorders). *Jornal de Pediatria*. Vol. 1, nº 43. Sociedade Brasileira de Pediatria. S. Paulo;G

- Magnabosco, R. (2003). Como redigir um relatório científico. Modelo para a redacção de um relatório. Centro Universitário da FEI;
- Maia, A. C. (1999). Estatuto empírico das terapias cognitivo-comportamentais da depressão. *Revista Psiquiatria Clínica*. Vol. 20, nº3, (205-212);
- Maia, A. C. (1999). Estatuto empírico das terapias cognitivo-comportamentais da depressão. *Revista Psiquiatria Clínica*. Vol. 20, nº3, (205-212);
- Maia, A. C. (1999). Terapias Cognitivo-comportamentais da Depressão. *Psiquiatria e Praxis Pnychiatica*. Vol. II, nº 6 (19-28);
- Maia, A. C. (2000). Das observações aos resultados da investigação: Coincidências e discrepâncias no estudo da depressão. *Psiquiatria Clínica*. Vol. 21, nº 1 (39-48);
- Maia, A. C. (2001). Modelos de avaliação da experiência depressiva. *Psiquiatria Clínica*. Vol. 22, nº 2 (197-204);
- Maia, A. S. (1998). Narrativas Protótipo e Organização do Conhecimento na Depressão. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Psicologia. Instituto de Educação e Psicologia Universidade do Minho;
- Malagris, L. E. e Fiorito, A. C. (2006). Stress level evaluation of technicians from the health area. *Estudos de Psicologia*. Vol. 23, nº 4 (391-398);
- Mallar, S. C. e Capitão, C. G (2004). Burnout e *hardiness*: um estudo de evidência de validade. *Revista Psico-USF*. Vol. 9, nº. 1 (19-29);
- Mancini, M. C. (2006). Obesidade: Tratamento. Projecto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina: Sociedade Brasileira de Endocrinologia;
- Marin, N., Luiza, V. L., Castro, C. G. S. e Santos, S. M. (2003). Dispensação Ambulatorial e Atenção Farmacêutica. Capítulo 9 (239-285). Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. OPAS/OMS;
- Marinho, E. e Coutinho, F. (2006). O stress em funcionários de emergência. *Enfermagem do Trabalho. Laboratório de Tecnologias em Enfermagem do Trabalho*. S. Paulo;
- Marques, A., Moraes, L., Costa, R. e Ferreira, J. (2003). Qualidade de Vida e Stress no Trabalho numa Grande Corporação de Polícia Militar. *Organizational Behaviour and Human Resources Management*;
- Martinez, M. C. e Paraguay, A. I. B. B. (2003). Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. Vol. 6 (59-78);
- Martins, M. (2002). Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos;
- Martins, M. C. A. (2004). Situações indutoras de stress no Trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. Escola Superior de Enfermagem de Viseu;
- Martins, M. C. A. (2006). Factores de Risco Psicossociais para a Saúde Mental. Educação, Ciência e Tecnologia. Escola Superior de Enfermagem de Viseu;
- Maslach, C. e Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. Vol. 2 (99-113). John Wiley & Sons. Ltd;
- Maslach, C. e Jackson, S. E. (1984). Burnout in Organizational Settings. In S. Oskamp (Ed.), *Applied Social Psychology Annual*, Vol.5, Beverly Hills, CA: Sage;
- Maslach, C., e Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*, 2nd edition, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Ca: Consulting Psychologist Press;
- Maslach, C., Jackson, S. E. & Leiter, M. P. (1997). The Maslach Burnout Inventory – Test manual, (3rd edition.). Pg: 191-218. In *Evaluating Stress: A Book of Resources*. Edited by Zalaquett, C. P. and Wood, R. J. The Scarecrow Press, Inc. Lanham, Md., & London;
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory*. (3rd edition.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press;
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. e Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. Vol. 52 (397-422);

- Matrai, L. (2001). Estrés y “burnout”, aproximación a un diagnóstico de situación en un sistema de emergencia móvil. *Archive of Pediatric*. Vol. 72, nº 5 (14-19). Uruguay;
- May, M. (Adm. Eds.) (1992). *Social Skills Instruction Guide*. Curriculum Development. SSD St. Louis County. USA;
- McManus, I. C., Keeling, A. e Paice, E. (2004). Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *BioMed Central*. Vol. 2, nº 29 (1-12). Research article;
- Meichenbaum, D. L., Fabiano, G. A. e Fincham, F. (2002). Communication in Relationships with Adolescents. Chapter 8 (167-187). In *Comprehensive Handbook of Psychotherapy: Cognitive-behavioral Approaches*. Vol. 2. John Wiley & Sons, Inc. NY;
- Mello, M. T., Dâmaso, A. R., Antunes, H. K., Sequeira, K. O., Castro, M. L. e Bertolino, S. V. (2005). Avaliação da composição corporal em adolescentes obesos: o uso de dois diferentes métodos. *Revista Brasileira de Medicina e Desporto*. Vol. 11, nº 5. S. Paulo;
- Melo, A. I. (2005b). Emoções no período escolar: estratégias parentais face à expressão emocional e sintomas de internalização e externalização da criança. Tese: Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade do Minho. Braga;
- Melo, A. R. (2005). Processo de Luto: o inevitável percurso face a inevitabilidade da morte.
- Melo, B., Gomes, A. R. e Cruz, J. F. A. (1997). Stress ocupacional em profissionais da saúde e do ensino. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*. Vol.2, 53-72. Centro de estudos em Educação e Psicologia. Universidade do Minho;
- Melo, M. H. S. e Silveiras, E. F. M. (2003). Grupo cognitivo-comportamental com famílias de crianças com défices em habilidades sociais e académicas. *Temas em Psicologia da SBP*. Vol. 11, nº. 2 (122– 133);
- Melo, M. S. (2006). Qualidade de vida no trabalho e motivação. Artigo Original;
- Mendes, F. M. P. (2002). Incidência de burnout em professores universitários. Dissertação de Pós-Graduação em Engenharia de Produção;
- Menezes, P. R. e Nascimento, A. F. (2000). Epidemiologia da depressão nas diversas fases da vida. In: *Depressão no ciclo de vida*. Porto Alegre: Artes Médicas (31-36);
- Merkel, L. (2003). The History of Psychiatry. PGY II Lecture;
- Migliorini, M. A. (2005). A dimensão do contrato psicológico como acordo das expectativas do indivíduo nas relações de trabalho na organização. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina. Brasil;
- Ministério da Saúde do Brasil (2001). Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Nº 114. Brasil;
- Miranda, E. (2006). Qualidade de vida de profissionais de enfermagem que actuam em centro cirúrgico. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem;
- Mitan, L. A. P. (2002). Adolescent Health: Eating Disorders in Adolescent Girls. *Current Women's Health Reports*. Vol. 2 (464–467). Current Science Inc;
- Montandon, C. (2005). As Práticas Educativas Parentais e a Experiência das Crianças. *Educação e Sociologia*. Vol. 26, nº. 91 (485-507);
- Moreira, J. M. (2004). Questionários: teoria e prática. Coimbra: Almedina.
- Moreno, A. M. (2001). Instrumentos de Evaluación Clínica en Niños y Adolescentes. *Revista Psiquiátrica. Psicología del Niño y Adolescente*. Vol. 2, nº 1 (23-40);
- Morris, S. J. (2003). A Meta-model of Theories of Psychotherapy: A Guide to Their Analysis, Comparison, Integration and Use. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Vol. 10 (1–18). John Wiley & Sons, Ltd. University of Louisville, KY, USA
- Munsch, S. e Dubi, K. (2005). Binge Eating Disorder: Specific and Common Features. A Comprehensive Overview. In *Obesity and Binge Eating Disorder*. *Bibliotheca Psychiatrica*. Nº 171 (197–216). Basel, Karger;
- Murate, E. H. (2006). Atenção nutricional e actividade física no tratamento de pessoas obesas e/ou com excesso peso;
- N
- National Eating Disorders Association (2002). *Binge Eating Disorders*.

- National Institute for Clinical Excellence (2004). The treatment of depression in adults: Understanding NICE guidance – information for people with depression, their advocates and carers, and the public. Information about NICE Clinical Guideline 23. London;
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases (2003). Weight-control Information Network;
- Navarro, M. D. F. e Llobell, J. P. (2003). Psicología Clínica Basada en Pruebas: Efecto del Tratamiento. Revista Papeles del Psicólogo, nº 85;
- Neto, F. L., e Ito, L. M. (1998). Terapia Cognitivo-comportamental da Depressão. Cap. 21 (269-277). In Psicoterapias: Abordagens Actuais. 2ª Edição. ArtMed;
- Neto, O. D. (2005). Jogos conjugais: proposta de um modelo construtivista social para terapia de casais. Tese de Doutorado. Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro;
- Neto, O. D. e Carneiro, T. F. (2005). Psicoterapia de casal na pós-modernidade: rupturas e possibilidades. Estudos de Psicologia. Vol. 22, nº. 2 (133-141);
- Neto, R. M., Takei, A. T., Consolino, I. J. e Silva, R. O. (2002). Manual da FECAP para a Elaboração de Monografias e Trabalhos Acadêmicos: Forma, Conteúdo e Dicas. Fundação Escola De Comércio Álvares Penteado – FECAP; Centro Universitário Álvares Penteado. São Paulo;
- Neves, A. (2002). Stresse no trabalho: Conceito, Causas, Consequências, Prevenção e Tratamento;
- Noronha, A. P. P e Freitas, F. A. (2005). Testes psicológicos, usos e conhecimento. PSICO. Vol. 36, nº. 1 (21-28);
- North American Association for the Study of Obesity (2000). Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. The Practical Guide. National Institutes of Health. USA;
- O**
- O.M.S. (2000). Prevenção do Suicídio: Um Manual para Médicos Clínicos Gerais;
- O.M.S. (2000). The world health report 2000. Health systems: Improving performance;
- O.M.S. (2002). Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Consultado na página WEB da OMS, em <http://www.who.int/whr/>;
- O'Connor, T. C., Dunn, J., Jenkins, J. M., Pickering, K. e Rasbash, J. (2001). Family setting and children's adjustment: differential adjustment within and across families. British Journal of Psychiatry. Vol. 179 (110-115). Departments of Psychology and Child/Adolescent Psychiatry;
- Ockene, I. S., Hayman, L. L., Pasternak, R. C., Schron, E. e Dunbar-Jacob, J. (2002). Adherence Issues and Behavior Changes: Achieving a Long-Term Solution. Task Force 4. Journal of American College of Cardiology. Vol. 40, nº. 4 (630-640);
- Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., Joyce, A. S., Weideman, R., McCallum, M., Azim, H. F. e Rosie, J. S. (2003). Differentiating Symptoms of Complicated Grief and Depression Among Psychiatric Outpatients. The Canadian Journal of Psychiatry. Vol. 48, nº 2 (87-93). Canada;
- Olivares, J., García-López, L. J., Hidalgo, M. D. Greca, A. M., Turner, S. M. e Beidel, D. C. (2002). A pilot study on normative data for two social anxiety measures: The Social Phobia and Anxiety Inventory and the Social Anxiety Scale for Adolescents. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 2, nº 3, (467-476);
- Oliveira, A. M. A., Cerqueira, E. M. M., Souza, J. S. e Oliveira, A. C. (2003). Excesso de peso e Obesidade Infantil: Influência de Factores Biológicos e Ambientais. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo. Vol. 47, nº 2 (144-150);
- Oliveira, C. L. e Fisberg, M. (2003). Obesidade na Infância e Adolescência – Uma Verdadeira Epidemia. Arquivo Brasileiro da Endocrinologia e Metabolismo. Vol. 47, nº 2;
- Oliveira, K. L. Noronha, A. P. P, Dantas, M. A. e Santarém, E. M. (2005). O Psicólogo Comportamental e a Utilização de Técnicas e Instrumentos Psicológicos. Psicologia em Estudo. Vol. 10, nº. 1 (127-135);
- Oliveira, V. M., Linardil, R. C. e Azevedo, A. P. (2004). Cirurgia bariátrica – aspectos psicológicos e psiquiátricos. Revista Psiquiatria Clínica. Vol. 31, nº 4 (199-20);

Ozyurt, A. e Sur, H. (2006). Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. *Q. Journal of Medicine*, Vol. 99 (161–169);

P

Paixão, M. J. e Gaspar, M. (2005). Estudo Qualitativo sobre Percepções e Comportamentos Alimentares. Agência Portuguesa de Segurança Alimentar (APSA);

Palenzuela, D. L. (1988). Refining the theory and measurement of expectancy of internal versus external control of reinforcement. *Personality and Individual Differences*, 9, 607-629;

Palenzuela, D. L. (1994). BEEGC (Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control). Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca;

Palenzuela, D. L. (1998). Breve Descripción de la BEEGC-20: Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control;

Palenzuela, D. L., Prieto, G. Barros, A. M. e Almeida, L. (1997). Una versión Española de una Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC). *Revista Portuguesa de Educação*. Vol. 10, nº. 1 (75-96). Universidade do Minho;

Palmer, B. (2001). *Helping People with Eating Disorders. A Clinical Guide to Assessment and Treatment*. Wiley.

Palmisano, P. A. (1976). Enuresis: Causes, cures and cautions. *The Western Journal of Medicine*. Vol. 125 (347-349);

Papalia, D. E., Olds, S. W. e Feldman, R. D. (2003). Dealing with Death and Bereavement. Chapter 19. In *Human Development*. 9th Edition. International Edition. McGraw-Hill;

Papelbaum, M. e Appolinário, J. C. (2001). Binge eating disorder and obsessive compulsive disorder: both parts of the same spectrum? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 23, nº 1 (38-40);

Parizkova, J., Maffeis, C. e Poskitt, E. M. E. (2002). Management through Activity. Chapter 15. In *Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Preventions and Management*. Cambridge University Press. USA;

Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. Summus Editorial. São Paulo;

Parry G., Cape, J. e Pilling, S. (2003). *Clinical Practice Guidelines in Clinical Psychology and Psychotherapy*. Clinical Psychology and Psychotherapy. Vol. 10 (337–351). John Wiley & Sons, Ltd. UK;

Passos, B. C. L (2007). *Problemas de Comportamento Infantil: Relações com o Vínculo e Afecto na Primeira Infância*. Departamento de Psicologia da Faculdade Ruy Barbosa;

Pate, R., Baranowski, T., Dowda, M. e Trost, S. (1996). Tracking of physical activity in young children. *Medicine and Science in Sports and Exercise*. Vol. 28, nº 1 (92-96);

Peçanha, R. F. (2005). *Desenvolvimento de um Protocolo Piloto de Tratamento Cognitivo-Comportamental para Casais*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro;

Peck, D. (2004). Current Approaches to the Assessment of Depression. Chapter 17 (307-316). In *Mood Disorders: A Handbook of Science and Practice*. John Wiley & Sons, Ltd. USA;

Penson, R. T., Dignan, F. L., Canellos, G. P., Picard, C. L. e Lynch, T. J. (2000). Burnout: Caring for the Caregivers. *The Oncologist*. Vol 5 (425-434);

Pêra, G e Serra-Prat, M. (2002). Burnout syndrome: prevalence and associated factors among workers in a district hospital. *Unitat de Recerca. Fundació Jaume Esperalba i Terrades del Consorci Sanitari del Maresme*. Mataró. Barcelona;

Pereira, P., Mateus, C. e Amaral, M. J. (1999). *Custos da obesidade em Portugal*. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Portugal;

Pereira, S. (2006). *Projecto de Intervenção em Crianças e Adolescentes Obesos*. Arquivos de Medicina. Porto;

Perreira, A. (1999). *Guia prático de utilização do SPSS: Análise de dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 2ª Edição. Edições Sílabo. Lisboa;

- Pinazo, D. e Carrero, V. (1997). El Desajuste de Expectativas Laborales y la Permanencia en el Puesto de Trabajo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. Vol. 3, nº. 4;
- Pines, A. M. (2000). *A burnout workshop: Design and Rationale*. In *Handbook of Organizational Consultation*. 2nd edition. Chapter 110 (841-850). Revised and expanded. Marcel Dekker, Inc. NY;
- Pinheiro, H. B. e Moreno, M. (1983). Encoprese: Um Enfoque Clínico, Diagnóstico e Terapêutico. *Revista Brasileira de Colo-Proctologia*. Vol. 3, nº. 1 (19-24);
- Pinheiro, M. A., Guimarães, M. M., Serrano, M. E. (2005). The Effectiveness of Parent Management Training in a Brazilian Sample of Patients with Oppositional-Defiant Disorder. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 32, nº 2 (68-72). Artigo Original;
- Pinzon, V. e Nogueira, F. C. (2004). Epidemiologia, curso e evolução dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 31, nº. 4 (158-160);
- Pires, R. M. (2006). Adesão à terapêutica anti-retrovírica: Uma meta Psicoterapêutica;
- Pizzoli, L. (2005). Qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso das enfermeiras de um Hospital. *Ciência e Saúde Colectiva*. Vol. 10, nº 4 (1055-1061). Themis Livres;
- Poole, D. A. e Lamb, M. E. (1998). *Investigative Interviews of Children: A guide for helping professional*. A.P.A. Washington;
- Poskitt, E. M. E. (2002). Home-based Management. Chapter 13. In *Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Preventions and Management*. Cambridge University Press. USA;
- Power, M. J. e Schmidt, S. (2004). Emotion-focused Treatment of Unipolar and Bipolar Mood Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Vol. 11 (44-57). John Wiley & Sons, Ltd;
- Praag, H. M. (2004). Diagnosing depression. Chapter 1 (1-12). In *Stress, the Brain and Depression*. West Nyack: Cambridge University Press;
- Prette A. D. e Prette, Z. A. P. (2003). Assertividade, sistema de crenças e identidade social. *Psicologia em Revista*. Vol. 9, nº. 13 (125-136);
- Produtos e Serviços de Estatística (2002). *Análise estatística completa com o SPSS. Soluções SPSS*. Author. Lisboa;
- Q**
- Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. (1ª Edição). Coimbra. Edições Sinais Vitais;
- Querido, J. G., Bears K. e Eyberg, S. (2002). Parent/Child Interaction Therapy. Chapter 5 (91-113). In *Comprehensive Handbook of Psychotherapy: Cognitive-behavioral Approaches*. Vol. 2. John Wiley & Sons, Inc. NY;
- Quinn, B. P. (2000). *The Depression Sourcebook*. Lowell House CA;
- R**
- Raich, R. M. (2001). *Anorexia e Bulimia*. McGraw Hill.
- Ramacciotti, C., Paoli, R., Marcacci, G., Piccinni, A., Burgalassi, A., Dell'Osso, L. e Garfinkel, P. (2005). Relationship between bipolar illness and binge-eating disorders. *Psychiatry Research*. Vol. 135, nº 2 (165-170);
- Ramires, A., Carapeta, C., Felgueiras, F. e Viana, M. F. (2001). Treino de modelagem e visualização mental: Avaliação dos efeitos nas expectativas de auto-eficácia e desempenho de atletas de patinagem. *Análise Psicológica* Vol. XIX (15-25);
- Ramos, M. (2003). O Stress no Trabalho e a sua Gestão Organizacional. *Segurança no Trabalho Revista de pensamento do Eixo Atlântico*. Vol 5. Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional. Universidade Lusófona;
- Rebelo, J. E. (2005). Importância da entretajuda no apoio a pais em luto. *Análise Psicológica*. Vol. 4, nº 13 (373-380);
- Regis, L. M. (1996). O stress ocupacional no executivo: relação entre os causadores de stress na vida profissional e estado de saúde. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo;
- Rego, J., Figueredo, M., González, B. e Abreu, S. (2006). El Síndrome de Burnout en trabajadores de la salud de la Atención Primaria. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

- Rehm, L. P., Wagner, A. L. e Ivens-Tyndal, C. (2001). Mood Disorders: Unipolar an Bipolar. Chapter 11 (277-307). In *Comprehensive Handbook of Psychopathology* (3rd Edition). Kluwer Academic/Plenum Publishers. NY;
- Reis, J. e Fradique, F. (2002). Desenvolvimento sociocognitivo de significações leigas em adultos: Causas e prevenção das doenças. *Análise Psicológica* Vol. 1, nº. 20 (5-26);
- Reto, L. e Nunes, F. (2003). Normas de Elaboração de Teses de Mestrado. ISCTE;
- Reyes, J. M., Soloaga, G. e Quintana, P. P (2007). El síndrome de burnout en personal medico y de Enfermeria del hospital “Juan Ramón Gomez” de la Localidad de santa lucia, corrientes. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, nº 167;
- Reynaert, C. Libert, Y., Janne, P. e Adanowicz, N. (2006). A síndrome de Exaustão do Prestador de Cuidados ou *Burnout Syndrome*: Abordagem Cognitivo-comportamentalista. Cap. 2 (48-51). In *Síndrome de Exaustão (Burnout)*. Manuais universitários 47. Climepsi Editores. Bruxelas;
- Ribeiro, C. (2000). Em Torno do Conceito *Locus de Controlo*. MÁTHESIS. Vol. 9 (297-314);
- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Instituto Superior de Psicologia. Aplicada. Lisboa;
- Rijo, D. (2004). Temas críticos do luto patológico: Diagnóstico, modelos e intervenção terapêutica. *Psychologica*. Vol 35 (49-67);
- Riley, G. J. (2004). Understanding the stresses and strains of being a doctor. On Being a Doctor: Commentary. *Medical Journal of Australia*. Vol. 181 (350–353);
- Rocha, L. E. e Ribeiro, M. D. (2001). *Revista de Saúde Pública*. Vol. 35, nº 6 (539-547). Trabalho, saúde e género: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Brasil;
- Rodrigues, A. P., Dias, M. R. e Costa, M. J. C. (2005). Psicologia e nutrição: predizendo a intenção comportamental de aderir a dietas de redução de peso entre obesos de baixa renda. *Estudos de Psicologia*. Vol. 10, nº. 1 (121-129);
- Rodrigues, E. M. (2003). Problematização do comportamento alimentar como estratégia de educação nutricional: uma experiência com adolescentes obesos. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas;
- Rohde, L. A., Constantino, E., Filho, M., Benetti, L., Gallois, C. e Kieling, C. (2004). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Childhood and Adolescence: Clinical and Therapeutic Aspects. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 31, nº. 3 (124-131);
- Rolland-Cachera, M. F. e Bellisle, F. (2002). Nutrition. Chapter 4. In *Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Preventions and Management*. Cambridge University Press. USA;
- Ros, A. M. J. (2006a). A Consulta Psicológica na Infância e Adolescência. In *Consulta Psicológica*. Universidade do Algarve;
- Ros, A. M. J. (2006b). Terapia Cognitivo-comportamental dos Problemas Comportamentais na Infância. In *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais*. Universidade do Algarve;
- Ros, A. M. J. (2006c). O Processo de Intervenção. In *Psicoterapias Cognitivo-comportamentais*. Universidade do Algarve;
- Ros, A. M. J. (2006d). A Entrevista Psicológica. In *Consulta Psicológica*. Universidade do Algarve;
- Rosa, C. e Carlotto, M. (2006). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar;
- Rosen, J. C. (1996). Improving Body Image in Obesity. Chapter 17 (425-440). In *Body Image, Eating Disorders and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment*. APA;
- Rubenstein, L., Unutzer, J., Miranda, J., Katon, W., Wieland, M., Jackson, T. M., *et al*, (2000). *Clinical Guide to Depression Assessment and Management in Primary Care*. Agency for Healthcare Research and Quality. Vol. III (140);
- Rudio, F. V. (1986). Esboço do Projecto de pesquisa. Retirado de Introdução ao projecto de pesquisa científica. Petrópolis: Vozes. Brasil;
- Rugiski, M., Pilatti, L. e Scandelari, L. (2006). O instrumento de avaliação da qualidade de vida da organização mundial da saúde, o WHOQOL-100, e sua utilização;
- Rupert, P. A. e Kent, J. S. (2006). Gender and Work Setting Differences in Career-Sustaining Behaviors and Burnout among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 38, nº. 1 (88–96). American Psychological Association;

Rybakowski, J. K., Suwalska, A., Lojko, D., Rymaszewska, J., e Kiejna, A. (2007). Types of Depression More Frequent in Bipolar than in Unipolar Affective Illness: Results of the Polish Study. *Psychopathology*. Vol. 40 (153-158);

S

Sabaté, E. (2001). WHO Adherence Meeting Report. World Health Organization. Geneva.

Sabaté, E. (2003). Adherence to Long-term Therapies: Evidence for Action. World Health Organization. Geneva;

Saikali, C. J., Soubhia, C. S., Scalfaro, B. M. e Cordás, T. A. (2004). Body Image in Eating Disorders. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 31, nº. 4 (164-166).

Sallis, J. (1993). Epidemiology of physical activity and fitness in children and adolescents. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. Vol. 33 (403-408);

Sallis, J. e Owen, N. (1999). Physical activity and behavioral medicine. London: Sage Publications.

Salve, M. G. (2006). Obesidade e Peso Corporal: riscos e consequências. *Movimento e Percepção*. Vol. 6, nº 8 (29-49). Espírito Santo de Pinhal, SP;

Samaniego, C. (1999). Absentismo, rotación y productividad. Pág. 16. In *Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Psicología Pirámide. Madrid;

Sánchez-Caro, A. J. (2003). Estadística. Abordagem teórica. Espanã;

Sanders, C. (1999). Grief. *The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement*. (2nd Edition). Jonh Wiley & Sons, Inc. New York;

Sanders, M. R. e Markie-Dadds, C. (2002). Behavioral Family Interventions with Children. Chapter 1 (3-30). In *Comprehensive Handbook of Psychotherapy: Cognitive-behavioral Approaches*. Vol. 2. John Wiley & Sons, Inc. NY;

Santin, A., Ceresér, K. e Rosa, A. (2005). Adesão ao tratamento da perturbação bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica*, Vol. 32, nº. 1 (105-109);

Santos, A. S., Pegoraro, V. A. e Oliveira, V. L. (2006). O ambiente de trabalho inserto no processo de adoecimento versus a síndrome de burnout. *Enfermagem do Trabalho. Laboratório de Tecnologias em Enfermagem do Trabalho*. S. Paulo;

Santos, E. C. e Cardoso, A. L. (1996). Obesity in Children and Adolescents - Social Attendance. *Equipa Multiprofissional de Saúde da Criança. Pediatria*. Vol. 18, nº. 3 (155-156);

Santos, E. e Silveiras, E. (2006). Crianças enuréticas e crianças encaminhadas para Clínicas/Escola: Um estudo comparativo da percepção dos pais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 19, nº. 2 (277-282);

Santos, J. A. (2006). Obesidade e Exercício. XI Congresso Ciências do Desporto e Educação Física dos países de língua portuguesa. *Revista Brasileira de Educação Física e Desporto*. Vol. 20, nº 5 (161-162). Faculdade de Desporto. Universidade do Porto, Portugal;

Santos, P. e Gaspar, M. (2004). Práticas Parentais: Versão Portuguesa. Projecto: "Os Anos Incríveis" - University of Washington Parenting Clinic;

Santos, T. M., Almeida, A. O, Martins, H. O. e Moreno, V. (2003). Aplicação de um instrumento de avaliação do grau de depressão em universitários do interior paulista durante a graduação em Enfermagem. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Vol. 25, nº. 2 (171-176);

Schestatsky, S. e Fleck, M. (1999). Psicoterapia das depressões. *Depressão: Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 21;

Schestatsky, S. S. (1998). Psicoterapia Interpessoal para a Fase Aguda da Depressão. Cap. 19 (243-255). In *Psicoterapias: Abordagens Actuais*. 2ª Edição. ArtMed;

Schmidt, D. e Dantas, A. (2006). Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, actuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a óptica da satisfação. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. Vol. 14, nº 1 (54-60);

Schutz, Y. e Maffei, C. (2002). Physical Activity. Chapter 5. In *Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Preventions and Management*. Cambridge University Press. USA;

Schwartzmanna, A. e Lafera, B. (2004). Diagnóstico e tratamento dos estados mistos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Vol. 26, nº 3 (7-11);

- Scott, R. W., Mughelli, K. e Deas, D. (2005). An Overview of Controlled Studies of Anxiety Disorders Treatment in Children and Adolescents. *Journal of the National Medical Association* Vol. 97, nº. 1 (13-24). JNMA Editor;
- Segal, A., Cardeal, M. V e Cordás, T. A. (2002). Aspectos psicossociais e psiquiátricos da obesidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 29, nº. 2 (81-89);
- Serra, A. V. (2002). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra;
- Shaw, K., O'Rourke, P., Mar, C. e Kenardy, J. (2007). Psychological interventions for overweight or obesity. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Vol. 2. John Wiley & Sons;
- Shirk, S. R. (2001). The Road to Effective Child Psychological Services. Chapter 3 (43-59). In *Handbook of Psychological Services for Children and Adolescents*. Oxford University Press, Incorporated, NC. USA;
- Shirom, A. (2005). Reflections on the study of burnout. *Work & Stress*. Vol. 19, nº 3 (263-270). Tel Aviv University, Israel. Taylor & Francis,
- Sigulem, D. M., Taddei, J. A. A., Escrivão, M. A. M. e Devincenzi, M. U. (2006). *Obesidade na Infância e na Adolescência*. Compacta Nutrição;
- Silva, A. T. B. e Prette, A. D. (2003). Problemas de comportamento: um panorama da área. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Vol. 5, nº 2 (91-103);
- Silva, C. (2002). *Vida de Hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde*;
- Silva, C. M. (2001). Perturbações alimentares em contextos desportivos: Um estudo comparativo. *Análise Psicológica*. Nº 1, Série XIX: 131-141.
- Silva, E. L. e Menezes, E. M. (2001). *Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação*. 3ª Edição. Brasil;
- Silva, F. P. P. (2000). Burnout: Um desafio à saúde do trabalhador. *Revista Psicologia*. Vol. 2, nº 1. Universidade Complutense. Madrid;
- Silva, M. C. F., Furegato, A. R. F. e Costa, M. L. (2003). Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da Rede básica de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*;
- Silva, M. C., Chacon, M. J. M., Pederneiras, M. M. e Lopes, J. E. G. (2004). Procedimentos metodológicos para a elaboração de projectos de pesquisa. *Revista Contabilidade & Finanças – USP*. Nº 36 (97 – 104). S. Paulo;
- Silva, M. D. F. (2004). *Processos de Luto e Educação*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Educação, área do conhecimento Educação de Adultos. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Braga;
- Silveira, N. M., Vasconcelos, S. J. L., Cruz, L. P., *et al* (2005). Avaliação de *burnout* em uma amostra de policiais civis. *Revista de Psiquiatria*. Vol. 27, nº 2 (159-163),
- Silvério, J. M. A. (1995). Burnout no desporto: Estudo comparativo em atletas do triatlo, natação, ciclismo e atletismo. Universidade do Minho;
- Silverman, W. K. e Saavedra, L. M. (2004). Assessment and Diagnosis in Evidence-Based Practice. Chapter 3 (49-70). In *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment*. John Wiley & Sons, Incorporated;
- Simmons, M. e Daw, P. (2002). *Stress, Anxiety and Depression*. (8th Edition). London: Speechmark Publishing;
- Singh, M. e Kansra, S. (2006). Adherence Issues in Asthma. *Personal Practice*. *Indian Pediatrics*. Vol. 43 (1050-1055).
- Singh, N. N. e Oswald, D. P. (2004). Evaluations Issues in Evidence-Based Practice. Chapter 4 (71-87). In *Handbook of Interventions that Work with Children and Adolescents: Prevention and Treatment*. John Wiley & Sons, Incorporated;
- Sirena, S. (2004). *A Atenção à Saúde da criança de zero a cinco anos de idade*. Protocolo. Coordenação Geral de Vigilância da Saúde (CGVS). Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul (SPRS). Brasil;
- Smith, D. E., Marcus, M.D., Lewis, C.E., Fitzgibbon, M., Schreiner, P. (1998). Prevalence of binge eating disorder, obesity and depression in a biracial cohort of young adults. *Annals of Behavioral Medicine*. Vol. 20 (227-232);

- Smith, L. e Smith, P. (2000). Behavioural treatment of urinary incontinence and encopresis in children with learning disabilities: transfer of stimulus control. *Developmental Medicine & Child Neurology*. Vol. 42 (276–279);
- Smith, L., Smith, P. e Yi Le, S. K. (2000). Behavioural treatment of urinary incontinence and encopresis in children with learning disabilities: transfer of stimulus control. *Developmental Medicine & Child Neurology*. Vol. 42 (276–279).
- Soares, A., Moreira, M., Monteiro, L. e Fonseca, E. (2005). A enurese em crianças e seus significados para suas famílias: abordagem qualitativa sobre uma intervenção do profissional de saúde. *Revista Brasileira da Saúde Materno-Infantil*. Vol. 5, n.º 3 (301-311);
- Sokol, M. S., Jackson, T. K., Selser, C.T., Nice, H.A., Christiansen, N.D. e Carroll, A.K. (2005). Review of Clinical Research in Child and Adolescent Eating Disorders. *Primary Psychiatry*. Vol. 12, n.º 4 (52-58). *Clinical Focus*;
- Sokol, M. S., Jackson, T.K., Selser, C.T., Nice, H.A., Christiansen, N.D. e Carroll, A.K. (2005). Review of Clinical Research in Child and Adolescent Eating Disorders. *Primary Psychiatry*. Vol. 12, n.º 4 (52-58). *Clinical Focus*;
- Sousa, L. M. e Virtuoso, J. S. (2005). A Efectividade de Programas de Exercício Físico no Controle do Peso Corporal. *Revista de Saúde Comunitária*. Vol. 1, n.º 1 (71-78);
- Sousa, M. R. M. (2003). Estudo dos Conhecimentos e Representações de Doença associados à Adesão Terapêutica nos Diabéticos Tipo 2. Dissertação ao Mestrado de Educação, área de especialização de Educação para a Saúde. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia;
- Sousa, M. R. M. (2003). Estudo dos Conhecimentos e Representações de Doença associados à Adesão Terapêutica nos Diabéticos Tipo 2. Dissertação ao Mestrado de Educação, área de especialização de Educação para a Saúde. Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia;
- Souza, J. (2004). Maturidade emocional e avaliação comportamental de crianças filhas de alcoólicos. Dissertação de mestrado em Enfermagem Psiquiátrica na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo;
- Souza, J. (2004). Maturidade emocional e avaliação comportamental de crianças filhas de alcoólicos. Dissertação de mestrado em Enfermagem Psiquiátrica na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo;
- Souza, T. E. (2005). Proposta de Avaliação Fisioterapêutica das Principais Alterações Psicomotoras, em Crianças Portadoras de DHDA – Distúrbio de Hiperactividade e Deficit de Atenção. Trabalho de Conclusão de Curso para obtenção do título de Graduado em Fisioterapia;
- Sprinthal, N. A. e Collms, W. A. (1995). *Adolescent Psychology – A development view*. 3rd Edition. McGraw-Hill. EUA;
- Statistical Package for the Social Sciences (2003). *SPSS 13.0 Base User's Guide*. SPSS for Windows. SPSS INC.;
- Stewart, G. (2000). *Understanding Depression*. National Association of Mental Health. London;
- Stipp, L. M. e Oliveira, M. R. M. (2003). Imagem Corporal e Atitudes Alimentares: diferenças entre estudantes de nutrição e de psicologia. *Saúde em Revista*. Vol. 5, n.º 9 (47-51);
- Stratton, C. W. e Reid, J. (2004). *Strengthening Social and Emotional Competence in Young Children – The Foundation for Early School Readiness and Success*. Incredible Years Classroom Social Skills and Problem-Solving Curriculum. Infants and Young Children;
- Strock, M. (1994). *Plain Talk about Depression*. National Institute of Mental Health (NIMH). USA;

T

- Taublieb, A. B. (1997). *The Psychopathology of Childhood and Adolescence*. LONGMAN. Addison,-Wesley Educational Publishers, Inc. USA;
- Teixeira, J. A. C. (2004). *Psicologia da Saúde. Análise Psicológica*. Vol. 3, n.º 22 (441-448). Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa;
- Teixeira, J. M. (2001). *Comorbilidade - depressão e ansiedade*. Vol. 3, n.º1;
- Teixeira, M., Oliveira, A. e Wottrich, S. (2006). Parental Practices Scales (PPS): Evaluating Dimensions of Parental Practices towards Adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 19, n.º 3 (433-441);

- Thompson, J. K., Heinberg, L. J. e Clarke, A. J. (1996). Treatment of Body Image Disturbance in Eating Disorders. Chapter 12 (303-320). In *Body Image, Eating Disorders and Obesity: An Integrative Guide for Assessment and Treatment*. APA;
- Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S. e Melamed, S. (2005). The Association between Burnout, Depression, Anxiety, and Inflammation Biomarkers: C-Reactive Protein and Fibrinogen in Men and Women. *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol. 10, nº. 4 (344–362). National Institute of Occupational & Environmental Health;
- Toman, E. (2002). Body Mass Index and its Impact on the Therapeutic Alliance in the Work with Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review*. Vol. 10 (168–178). Wiley InterScience;
- Torrecillas, F. L. e García, J. F. (1994). Estratégias Cognitivo-Conductuales para el tratamiento de la Obesidade. *Psicothema*. Vol. 6, nº 3 (333-345). Spain;
- Torres, W. C. (2001). As perdas do paciente terminal: o luto antecipado. *Psicologia Argumento*. Vol. 19, nº 28 (7-12);
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C. e Cunha, S. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica*. Vol. 3, nº 22 (533-550). Centro Hospitalar de Lisboa (Zona Central), Hospital de S. José, Equipa de Psicoterapia;
- Trindade, I. e Teixeira, J. A. (1998). Intervenção psicológica em centros de saúde. O psicólogo nos cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 2 (XVI): 217-229;
- Trindade, I. (1996). O psicólogo como facilitador da comunicação nos serviços de saúde. *Análise Psicológica*, 14 (2/3), 363-366.
- Trindade, I., & Carvalho Teixeira, J. A. (1997). Estágios de psicologia no sistema de cuidados de saúde primários – Objectivos dos estágios em centros de saúde. *Análise Psicológica*, 14 (2), 319-321.
- Tuschen-Caffier, B. e Schlüssel, C. (2005). Binge Eating Disorder: A New Eating Disorder or an Epiphenomenon of Obesity? In *Obesity and Binge Eating Disorder*. *Bibliotheca Psychiatrica*. Nº 171 (138 – 148). Basel, Karger;
- V**
- Valentine, P. (2003). Trauma: definição, diagnóstico, efeitos e prevalência. *Stress Traumático: Aspectos teóricos e intervenção*. Climepsi Editores. Lisboa;
- Vasconcelos, M. A. e Maia, J. (2001). Actividade física de crianças e jovens: Haverá um declínio? Estudo transversal em indivíduos dos dois sexos dos 10 aos 19 anos de idade. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*. Vol. 1, nº 3 (44 – 52);
- Vasconcelos, M. e Lima, E. (2004). Enurese Nocturna Primária Monossintomática. *Textos científicos Sociedade Mineira de Pediatria*;
- Velarde, R. J., Alvarez, H. e López, N. (2004). Estudio de satisfacción laboral del medico de la consulta externa de medicina familiar del centro médico ISSET. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*. Vol. 27 (55-66);
- Veloso, S. M. M. S. (2005). Determinantes da Actividade Física dos Adolescentes: Estudo de uma População Escolar do Concelho de Oeiras. *Psicologia Desportiva*. Minho;
- Venditti, R. (2005). Análise da Auto-eficácia Docente de Professores de Educação Física. *Dissertação (mestrado) – Faculdade de Educação Física*;
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica*. Vol. 4, nº 20 (611-624). Lisboa;
- Vieira, M. A., Atihê, R. D., Soares, R. C., Damiani, D. e Setian, N. (2004). Adesão inicial ao tratamento de adolescentes obesos em programas de redução de peso. *Pediatria*. Vol 26, nº. 4 (240-246);
- Vieira, M. C. (2005). Constipação intestinal na Pediatria. X Congresso Paranaense de Pediatria e XX Jornada Maringaense de Pediatria e Cirurgia Pediátrica. *Jornal Paranaense de Pediatria*. Vol. 6, nº. 3 (100-101);
- Vieira, M. C. e Gurmini, J. (2002). Constipação intestinal. III Jornada Paranaense de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica. *Jornal Paranaense de Pediatria*. Vol. 3, nº 2 (33-37);
- Virginia Commission on Youth (2002). Collection of evidence-based treatment modalities for children and adolescents with mental health treatment needs. Originally published in House Document;

- Vitolo, M. R., Bortolini, G. A. e Horta, R. L. (2006). Prevalência de compulsão alimentar entre universitárias de diferentes áreas de estudo. *Revista Psiquiatria*. Vol. 28, nº 1 (20-26);
- Volpato, D. C., Gomes, F. B., Silva, S. G. M., Justo, T. e Benevides-Pereira, A. M. T. (2003). Burnout: O Desgaste dos Professores de Maringá. In *Revista Electrónica InterAcção Psy*. Vol. 1, nº 1 (p. 90-101);
- W**
- Wabish, M. (2002). Molecular and Biological factors with emphasis on adipose tissue development. Chapter 3 (50-68). In *Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Preventions and Management*. Cambridge University Press. USA;
- Weber, L. (2007). Estilos e práticas parentais e determinantes para o desenvolvimento e socialização de crianças e adolescentes. *Núcleo de Análise do Comportamento*;
- Weber, L., Prado, P., Viezzer, A. e Brandenburg, O. (2004). Identificação de Estilos Parentais: O Ponto de Vista dos Pais e dos Filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Vol. 17, nº. 3 (323-331);
- Weffort, V. R. S. (2002). Manejo nutricional na constipação intestinal. *Temas de Nutrição*. Fascículo nº. 2. Departamento de Nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria;
- Wellman, S. M. e Friedberg, B. (2002). Causes and consequences of adult obesity: health, social and economic impacts in the United States. *Asian Pacific Journal Clinical of Nutrition*. Vol. 11. USA;
- Weyand, L. L. (2005). Mood Disorders. Chapter 6 (134-165). In *Physiological Bases of Cognitive and Behavioural Disorders*. Lawrence Erlbaum Associates, Incorporated. USA;
- WHO (1998). Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO. Geneve;
- WHO (2002a). A Saúde Mental pelo Prisma da Saúde Pública. Capítulo 1 (29-49). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Relatório Mundial da Saúde*. 1ª Edição. The World Health Report. Lisboa;
- WHO (2002b). A Resolução de Problemas de Saúde Mental. Capítulo 3 (95-133). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Relatório Mundial da Saúde*. 1ª Edição. The World Health Report. Lisboa;
- Widiger, T. A. (2004). Classification and Diagnosis: Historical Development and Contemporary Issues. Chapter 4, (63-80). In *Psychopathology: Foundations for a Contemporary Understanding*. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. London;
- Williamson, D. F. (1995). Prevalence and demographics of obesity. In *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook* (pp. 391-395). The Guilford Press. New York;
- Wong, M. e Licinio, J. (2001). Research and Treatment Approaches to Depression. *Nature Reviews. Neuroscience*. Vol. 2 (343-352);
- Worden, J. (2001). *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health professional*. 3rd Edition. Springer Publishing Company;
- World Health Organization (1993). *The health of young people: a challenge and promise*. WHO. Geneva;
- World Health Organization (1998). *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. WHO. Geneve;
- World Health Organization (1999). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10 – referência rápida*. Edição. Artes Médicas. Geneva;
- World Health Organization (2002a). *A Saúde Mental pelo Prisma da Saúde Pública*. Capítulo 1 (29-49). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Relatório Mundial da Saúde*. 1ª Edição. The World Health Report. Lisboa;
- World Health Organization (2002b). *O Peso das Perturbações Mentais e Comportamentais*. Capítulo 2 (54-92). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Relatório Mundial da Saúde*. 1ª Edição. The World Health Report. Lisboa;
- World Health Organization. (2003). *Global Burden of Disease Project*. WHO. Geneve;
- Woski, J.R. (1994). Anorexia na infância. In: *Nutrição e Dietética em Pediatria*. 4ª Edição (231-235). Atheneu. São Paulo;

X

Xavier, V. M. (2005). Locus de Controlo, Comportamento Organizacional e Satisfação no Trabalho: Um Estudo Correlacional

Y

Yager, J., Devlin, M. J., Halmi, K. A., Herzog, D., Mitchell, J. E., Powers, P. e Zerbe, K. J. (2006). Practice guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. Third Edition. American Psychiatric Association. Washington DC;

Yancy, W. e Boan, J. (2005). Adherence to Diet Recommendations. Chapter 4 (95-124). In Patient Treatment Adherence: Concepts, Interventions and Measurement. Lawrence Erlbaum Associates. USA;

Z

Zabala, I. P. e Cantero, A. O. (2003). Los riesgos psicossociales en la Administración: La incidencia del Mobbing y el Burnout en la Agencia Estatal de la Administración Tributaria (AEAT) y en la Intervención General de la Administración del Estado (IGAE). Universidad de Alcalá. Madrid;

Zigman, J. M. e Elmquist, J. K. (2006). In search of an effective obesity treatment: A shot in the dark or a shot in the arm? PNAS. Vol. 103, nº 35 (12961 – 12964). USA;

Zottoli, M. A. (2003). Understanding the process through which breaches of the psychological contract influence feelings of psychological contract violation: an analysis incorporating causal, responsibility, and blame attributions. The Ohio State University;

Zwaan, M. (2001). Binge eating disorder and obesity. International Journal of Obesity and related metabolic disorders. Vol. 25, nº 1 (51-55). Journal of the International Association for the Study of Obesity;

Zwiauer, K. F. M., Caroli, M., Tenders, E. M. and Poskitt, E. M. (2002). Clinical features, Adverse Effects and Outcome. Chapter 7. In Child and Adolescent Obesity: Causes and Consequences, Preventions and Management. Cambridge University Press. USA;