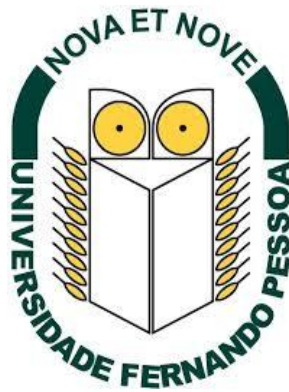


Emília Daniela Sousa da Silva



Estudo de caso:

Pertubação de Humor na Senescência

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2016

Emília Daniela Sousa da Silva

Estudo de Caso:
Pertubação de Humor na Senescência

Dissertação apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos Requisitos
para a obtenção do grau de Mestre em
Psicologia Clínica e da Saúde sob orientação do
Professor Doutor Pedro Cunha

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2016

Resumo

A distímia embora seja um tipo de depressão considerada leve, é crónica. Por isso mesmo causa sofrimento e prejudica a qualidade de vida de imensas pessoas. Porém, este tipo de depressão é difícil de reconhecer. Por isso mesmo, é uma das perturbações de humor menos reconhecidas e tratadas. Este trabalho é composto por uma parte teórica e uma parte prática: a teórica aborda aspetos do envelhecimento, da depressão e da distímia e, na parte prática, é apresentado um estudo de caso com uma senescente com perturbação de humor. Os instrumentos utilizados na investigação foram o *BSI*, o *CORE-OM* e o *EADS-21*. De uma forma geral, os resultados foram positivos, visto que confirmou-se que a terapia breve foi adequada para o tratamento de uma depressão recorrente de um acontecimento de vida.

Palavras-chave: depressão, distímia, envelhecimento, terapia breve

Abstract

Dysthymia although it is a type of depression considered mild, it is chronic. So even causes suffering and affects the quality of life of so many people. However, this type of depression is difficult to recognize. Therefore, it is one of mood disorders less recognized and addressed. This work consists of a theoretical part and a practical part: the theoretical approaches aspects of aging, depression and dysthymia and practical part, it presents a case study with a senescent with disturbance of mood. The instruments used in the investigation were the *BSI*, the *CORE-OM* and the *EADS-21*. In general, the results were positive, whereas it was confirmed that the short therapy was suitable for the treatment of a recurrent depression of a life event.

Keywords: depression, dysthymia, aging, brief therapy

Agradecimentos

*“Os homens deveriam saber
Que é do cérebro,
E de nenhum outro lugar
Que vêm as alegrias,
As delícias,
O riso e
as diversões,
O pesar,
O desalento,
E a lamentação.”*
(Hipócrates)

Esta dissertação é o culminar de um percurso de 5 anos de universidade onde vivi momentos bons e menos bons. De forma geral, o balanço final é muito positivo, não deixando de agradecer a todas as pessoas que me ajudaram a evoluir a nível profissional e pessoal.

Em primeiro lugar, à participante do estudo por ter aceitado participar neste estudo.

Ao professor Doutor Pedro Cunha, orientador deste trabalho, pela ajuda, disponibilidade, paciência e por todas as correções e dicas ao longo deste processo.

Aos meus pais, pelo apoio e motivação que me deram incondicionalmente.

Aos meus avós maternos, pelo incentivo à concretização deste trabalho.

À Universidade Fernando Pessoa por me ter permitido o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais.

Índice

| | |
|--|----|
| Resumo..... | IV |
| Agradecimentos..... | V |
| Introdução..... | 1 |
| Parte Teórica..... | 2 |
| Capítulo I – Alguns aspetos fundamentais sobre o envelhecimento..... | 3 |
| 1.1. Envelhecimento..... | 3 |
| 1.2. Noção de idade e diferentes categorias de idade..... | 6 |
| 1.3. Preconceito de idade..... | 7 |
| 1.4. Teorias do envelhecimento..... | 9 |
| 1.5. Dimensão física..... | 13 |
| 1.6. Dimensão psicológica..... | 18 |
| 1.7. Dimensão social..... | 20 |
| 1.8. Fatores de proteção..... | 22 |
| Capítulo II – Depressão..... | 24 |
| 2.1. Enquadramento conceptual..... | 24 |
| 2.2. Noção de perturbação depressiva..... | 27 |
| 2.3. Modelos explicativos da depressão..... | 27 |
| 2.4. Tipos de depressão..... | 28 |
| 2.5. Causas de depressão..... | 29 |
| 2.6. Relação entre acontecimentos de vida e depressão..... | 29 |
| Capítulo III – Distímia..... | 32 |
| 3.1. Definição de distímia..... | 32 |

| | |
|--|----|
| 3.2. Diagnóstico de distímia..... | 33 |
| 3.3. Causas e fatores de risco da distímia..... | 34 |
| 3.4. Tratamento da distímia: psicoterapia..... | 36 |
| Parte Prática..... | 38 |
| Capítulo IV – Método..... | 39 |
| 4.1. Introdução..... | 39 |
| 4.2. Objetivos e hipóteses/questões..... | 40 |
| 4.3. Amostra..... | 41 |
| 4.3.1. Caracterização da participante do estudo..... | 41 |
| 4.4. Instrumentos..... | 43 |
| 4.5. Procedimentos..... | 47 |
| Capítulo V - Análise e discussão de resultados..... | 50 |
| 5. Resultados..... | 50 |
| 5.1. Discussão dos Resultados..... | 55 |
| Capítulo VI- Conclusão e análise reflexiva..... | 62 |
| Bibliografia..... | 64 |
| Anexos | |

Índice das Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Causas da distímia..... | 35 |
| Tabela 2 – Fatores de risco..... | 35 |
| Tabela 3- Resumo do plano de intervenção..... | 49 |

Índice dos Quadros

Quadro 1 - *BSI*: Valores médios da população em geral.....51

Quadro 2 – Resultados obtidos no *BSI* antes e após a intervenção.....52

Quadro 3 – Valores médios do sexo feminino do *CORE-OM*53

Quadro 4 – Resultados obtidos no *CORE-OM* antes e após da intervenção.....53

Quadro 5 – Resultados obtidos no *EADS-21* antes e após da intervenção.....55

Índice de Anexos

Anexo A – Declaração de consentimento

Anexo B – *BSI*

Anexo C – *CORE-OM*

Anexo D – *EADS-21*

Introdução

A presente dissertação é composta por duas partes (teórica e prática) e por seis capítulos.

O primeiro capítulo aborda alguns aspetos fundamentais sobre o envelhecimento (entre os quais aspetos das dimensões física, psicológica e social dos idosos); o segundo é relativo à depressão; o terceiro aborda a distímia, de modo mais específico e aprofundado; o quarto refere-se à metodologia, o quinto à análise e discussão de resultados e o sexto às conclusões.

Para além disso, é apresentada a bibliografia e alguns anexos, nos quais se incluem a declaração do consentimento, o *BSI*, o *CORE-OM* e o *EADS-21*.

A escolha do tema tem por base motivações pessoais e académicas já que é uma temática que me interessa bastante em termos de intervenção psicológica, e também porque este tipo de perturbação causa grande impacto e preocupação na sociedade contemporânea.

PARTE TEÓRICA

Capítulo I – Alguns aspetos fundamentais sobre o envelhecimento

1.1. Envelhecimento

Na maioria dos países assiste-se ao envelhecimento da população, levando a que o século XXI seja considerado o século dos idosos (Oliveira, 2005).

A drástica redução da taxa de natalidade, originado pelo uso de métodos contraceptivos e várias condições sociopsíquicas adversas, como por exemplo o trabalho e o comodismo e a acentuada redução de doença e da taxa de mortalidade, explicado pelos avanços da medicina, são as duas principais causas que levam ao envelhecimento da população (Oliveira, 2005).

No que respeita às suas consequências são imensas e atingem distintos níveis: a) nível social: convívio de várias gerações, famílias com um ou vários idosos, menos homens (devido à média de vida ser inferior às mulheres), maior número de idosos institucionalizados; b) nível de saúde: necessidade de mais serviços de saúde, maiores gastos com a medicação e com o tratamento, maior ocupação das camas hospitalares, aumento de perturbações mentais na população; c) nível económico: existe um maior número de reformados, menos receitas para o Estado, maior número de lares (cf. Zimmerman, 2000 cit. in Oliveira, 2005).

Para além disso acarreta consequências a nível político, já que existe um maior peso de votos nos partidos conservadores e também na ciência teórica e aplicada (fisioterapeutas, geriatria, gerontologia, enfermeiros, entre outros) (Oliveira, 2005).

No entanto, o envelhecimento faz parte da vida e corresponde à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação, ou seja é um processo inevitável e

irreversível de danificação endógena das capacidades funcionais do organismo (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004 cit. in Marinho, 2010).

A sociedade, durante muito tempo, devido ao próprio desgaste do organismo, da acumulação de sequelas de doenças e da ocorrência de acontecimentos fortuitos ao longo da vida considerava que o fenómeno envelhecimento não era “normal”, mas sim patológico (Moniz, 2003 cit. in Marinho, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), idoso é aquele que completa 65 anos (Oliveira, 2005), sendo que atualmente existem vastíssimos termos usados para se referir a estes (Neri & Freire, 2000 cit. in Schneider & Irigaray, 2008).

Segundo Oliveira (2010) os termos mais usados são de origem latina e grega, nomeadamente: termos latinos – velho (do latim *vétulus*, diminutivo de *vetus*), ancião (do latim medieval *antianus*, através do provençal *ancian* e do francês *ancien*), idoso (sujeito que tem muita idade, do latim *aetas*), sénior (do latim sénior, mais velho, de *sénex*, donde deriva também senescência, senilidade, senado) e “adulto idoso” (*adultum*, tempo supino do verbo latino *adoléscere*, crescer, supondo que o adulto já terminou a fase de crescimento); termos gregos – geronte (de *gerôn-ontos*, donde deriva gerontologia) ou presbítero - termo relativo aos sacerdotes do Novo Testamento, já considerados “velhos” em sabedoria para presidir às Igrejas locais (Oliveira, 2010).

Contudo, será importante a maneira como se apelida os idosos e a velhice? Não, não é o mais importante, o que realmente interessa é ajudá-los e compreendê-los (Oliveira, 2010).

O envelhecimento causa muitas mazelas e perdas em todas as áreas, no entanto, também contém aspetos positivos como a sabedoria, maturidade emocional, capacidade

de usar estratégias pró-ativas (Oliveira, 2005), mais liberdade, menos responsabilidades, experiência de vida, respeito, calma interior e relações com os netos (Westerhof & Tulle, 2008 cit. in Fernandes, 2014).

Relativamente aos aspetos negativos, importa realçar as perdas no funcionamento psicofísico, mudanças na aparência, perda da independência e relações pessoais, na vitalidade, na força e na mobilidade (Westerhof & Tulle, 2008 cit. in Fernandes, 2014).

Segundo Schroots & Birren (1980 cit. in Fonseca, 2006) existem três componentes no processo envelhecimento: a biológica (senescência) – associada a uma crescente vulnerabilidade e a uma maior probabilidade dos indivíduos morrerem; a social – relacionada aos papéis sociais adequados às expectativas da sociedade para esta faixa etária; e a psicológica – caracterizada pela capacidade de auto-regulação dos sujeitos diante do processo de senescência.

Importa acrescentar que existe o envelhecimento normal e o patológico: no normal, não ocorre doença e no patológico, há doença e torna-se causa próxima da morte. A ocorrência de algum desses, reflete o comportamento dos sujeitos durante a vida, isto é a forma de como as pessoas se desenvolvem está relacionada com a forma de como envelhecem (Birren & Cunningham cit. in Fonseca, 2006).

Os psicólogos da saúde geriátricos distinguem envelhecimento primário e secundário: o primário, relaciona-se com as mudanças físicas irreversíveis e universais que todas as pessoas experienciam com decorrer do tempo do envelhecimento e o secundário, está associado às mudanças físicas originadas por doenças ou problemas da idade (Straub, 2005). Importa acrescentar que de acordo com Birren & Schroots (1996 cit. in Fonseca, 2006), também existe o envelhecimento terciário, estando associado às

mudanças que ocorrem de forma precipitada, isto é verifica-se um envelhecimento rápido, num dado momento da velhice, precedendo imediatamente o falecimento.

Por fim, interessa salientar que o envelhecimento é um processo bastante individualizado, ou seja varia substancialmente entre as pessoas (Birren & Schroots, 1996, cit. in Fonseca, 2006).

1.2. Noção de idade e diferentes categorias de idade

Normalmente, quando as pessoas pensam no termo “idade”, pensam na idade cronológica, ou seja no tempo que vivem desde que nasceram (Fonseca, 2006).

A idade cronológica é sem dúvida muito importante, pois é um método simples de organização de acontecimentos. No entanto, é necessário recorrer a outros índices visando uma maior compreensão do comportamento e a forma como este evolui à medida que as pessoas envelhecem (Cavanaugh, 1997 cit. in Fonseca, 2006).

Birren & Cunningham (1985 cit. in Fonseca, 2006) consideram vantajoso diferenciar vários tipos de idade: a) idade biológica: relaciona-se com o funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, considerando os problemas de saúde que afetam os sujeitos, uma vez que com o tempo a capacidade de autorregulação do funcionamento desses sistemas diminui; b) idade psicológica: relaciona-se à capacidade psicológica que o indivíduo utiliza para se adaptar às mudanças do ambiente, sustentando o controlo pessoal e a auto-estima; c) idade sociocultural: refere-se ao conjunto específico de papéis sociais que as pessoas adoptam em relação a outros membros da sociedade e à cultura a que pertencem.

Outros autores mencionam ainda a idade funcional. Esta influencia alguns países a abolirem a obrigatoriedade da reforma pela idade cronológica (65 anos) (Oliveira, 2005).

O conceito de idade funcional talvez seja o que mais ajude a encarar o envelhecimento como um processo desenvolvimental, já que permite olhar positivamente para este, ou seja, pode ser otimizado através de intervenções deliberadas e sistemáticas. Para além disso, possibilita contrariar a constante tendência de desvalorização dos idosos (Fonseca, 2006).

1.3. Preconceito de idade

O conceito de preconceito de idade pode ser definido como sendo atitudes de preconceito e estereótipos negativos contra as pessoas velhas (Straub, 2005).

Na vida adulta, as diferenças individuais são superiores às diferenças entre grupos, levando a que o preconceito de idade seja muito destrutivo para os sujeitos. Por outras palavras, categorizar as pessoas unicamente com base na idade, acontece em todas as faixas etárias, porém no que toca aos idosos, provoca o isolamento e dificulta que os jovens olhem para os idosos como indivíduos (Straub, 2005).

De facto, confirma-se a existência de discriminação etária, sendo que o termo utilizado para dar conta disso se designa por idadismo (Daniel, Antunes & Amaral, 2015).

A noção idadismo junta a palavra “idade” com o sufixo “ismo”, para se referir à discriminação etária para com os mais velhos, mas também para com os mais jovens, já que algumas vezes os jovens dizem que em locais de comércio são atendidos de forma

diferenciada em relação aos seus semelhantes com idades mais avançadas (Daniel, Antunes & Amaral, 2015).

As atitudes negativas que a sociedade atual tem em relação ao envelhecimento têm relevância, pois influencia a qualidade de vida das pessoas idosas (Lima, 2010 cit. in Daniel, Antunes & Amaral, 2015). Segundo a mesma autora, o *ageism* (idadismo em português) é composto por três componentes: afetiva, refere-se aos sentimentos face á pessoa idosa; cognitiva, associada aos pensamentos, crenças e estereótipos em relação aos idosos e comportamental referente às atitudes para com os idosos.

Laditka, Fischer, Laditka & Segal (2004 cit. in Amaro, 2012), realizaram um estudo no qual foi concluído que o grupo de pessoas situadas na meia-idade é o grupo com maior número de atitudes negativas em relação às pessoas mais velhas.

Um dos estereótipos mais presente acerca da velhice prende-se no facto de que as pessoas idosas têm comportamentos conservadores, inflexíveis, resistentes à mudança e, em casos excepcionais, os idosos apenas se limitam à arte e à espiritualidade. Para além disso, existem outros estereótipos comuns, tais como: inexistência de desejo e de atividade sexual, dependência e incapacidade para aprender (Hazan, 1994 cit. in Fonseca, 2006).

As trajetórias no envelhecimento são variadas, por isso mesmo, os gerontólogos distinguiram os *velhos-jovens*, os *velhos-velhos* e os *velhos-mais-velhos*. Estas distinções abrangem todas as dimensões do envelhecimento (Zarit, 1996 cit. in Straub, 2005).

Os *velhos-jovens*, geralmente são fisicamente vigorosos e saudáveis, financeiramente seguros e socialmente integrados (normalmente têm menos de 75

anos); os *velhos-velhos* sofrem de um ou mais défices físicos, psicológicos ou sociais que os debilitam, necessitando assim, de atendimento (geralmente têm mais de 75 anos); e os *velhos-mais-velhos*, dependem dos outros para quase tudo (em geral têm mais de 85 anos) (Straub, 2005).

1.4. Teorias do envelhecimento

As várias teorias divulgadas acerca do fenómeno envelhecimento é uma tentativa de compreender cada vez melhor esse processo complexo, uma vez que cada pessoa reage, vive e encara o avanço de idade de forma singular (Quaresma, 2008).

1.4.1. Teorias Genéticas

1.4.1.1. Teoria do envelhecimento celular

Hayflick & Morhead (1961, cit. in Teixeira, 2006) verificaram que os fibroblastos humanos normais têm a capacidade finita de duplicação celular, ou seja, quando as células normais de um embrião humano crescem em boas condições, o fenótipo de envelhecimento e morte são uma consequência inevitável após cerca de 50 duplicações da população. Logo, a morte da cultura das células humanas normais, é uma consequência das características genéticas das próprias células.

1.4.1.2. Teoria dos telómeros

Os telómeros poderão ter um papel decisivo no envelhecimento tecidual, onde as células mantêm a sua capacidade proliferativa ao longo da vida do sujeito. Todavia, nos tecidos compostos por células pósmitóticas a sua função pode ser restrita. O envelhecimento nesses tecidos provavelmente deve-se à acumulação de lesões celulares sucessivas induzidas por fatores químicos ou mecânicos (Barja & Herrero, 2000; Lezza,

Mecocci Cormio, Beal, Cherubini, Cantatore, Senin & Gadaleta, 1999 cit. in Teixeira, 2006).

1.4.1.3. Teoria neuroendócrina

A atividade do hipotálamo depende da expressão de genes específicos, que independentemente da influência dos fatores estocásticos alteram a sua expressão com a idade, o que condiciona um conjunto de funções diretamente dependentes do sistema neuroendócrino (Johnson & Finch, 1996 cit. in Teixeira, 2006).

1.4.2. Teorias estocásticas

1.4.2.1. Teoria das Mutações Somáticas

Esta teoria foi uma das primeiras tentativas de compreensão do envelhecimento ao nível molecular, constatando que doses de radiações sub-letais são frequentemente acompanhadas por uma diminuição do tempo de vida (Curtis, 1963 cit. in Teixeira, 2006).

1.4.2.2. Teoria do Erro-catástrofe

Esta teoria foi proposta por Orgel (1963 cit. in Teixeira, 2006) e defende que os erros na síntese de uma proteína podem ser utilizados na síntese de outras proteínas. Consequentemente leva a uma diminuição progressiva da fidelidade e eventualmente a uma acumulação de proporções de proteínas anormais, potencialmente fatais. Quando proteínas envolvidas na síntese de DNA são afetadas, resulta numa perda de fidelidade do DNA replicado, levando a um aumento das mutações somáticas, originando,

provavelmente, patologias e disfunção celular (Martin, Hoehn & Norwood, 1980 cit. in Teixeira, 2006).

1.4.2.3. Teoria da reparação do DNA

Segundo esta teoria, a velocidade de reparação do DNA determina o tempo de vida dos indivíduos de espécie diferentes e entre indivíduos da mesma espécie (Hart & Setlow, 1974 cit. in Teixeira, 2006).

1.4.2.4. Teoria da glicosilação

Esta teoria defende que a modificação de proteínas pela glicose e a associação de reações de Maillard (Vlassara, 1990 cit. in Teixeira, 2006) originam a formação de ligações cruzadas graduais no colagénio, características nos idosos (Cerami, 1995; Monnier & Cerami, 1981, cit. in Teixeira, 2006).

Em suma, esta teoria aponta que as ligações cruzadas, originadas pelo elevado nível de glicemia e de glicose tecidual, levam a uma deterioração a nível estrutural e a nível funcional dos tecidos (Hayoz, Zieler, Brunner & Ruiz, 1998 cit. in Teixeira, 2006).

1.4.2.5. Teoria do stresse oxidativo

Harman (1956 cit. in Teixeira, 2006) propôs que existe envolvimento dos radicais livres (RL) no envelhecimento e na doença. O autor defende que o envelhecimento é resultado da acumulação de lesões moleculares provocadas pelas reação dos radicais livres nos componentes celulares durante a vida, levando à perda de funcionalidade e

também à doença com o aumento da idade, conduzindo à morte (Duarte, Figueiredo & Mota, 2004 cit. in Teixeira, 2006).

1.4.3. Teorias psicossociais

1.4.3.1. Teoria da Atividade

Esta teoria correlaciona actividades desempenhadas pelos idosos com satisfação com a vida na velhice, ou seja, se o idoso for ativo e tiver uma rede de relações sociais boa, melhor será o seu autoconceito e maior será a sua satisfação com a vida (Havighurst, 1953 cit. in Ferreira & Barham 2011).

1.4.3.2. Teoria da desinserção

Segundo esta teoria, o envelhecimento acompanha-se por uma desinserção recíproca da pessoa e da sociedade, ou seja, o sujeito gradualmente vai pondo fim ao seu empenho retirando-se da sociedade e por sua vez, a sociedade, passa a oferecer-lhe muito menos do que antes oferecia (Mailloux-Poirier, 1995 cit. in Barbosa, 2012).

1.4.3.3. Teoria da continuidade

Esta teoria defende que o envelhecimento faz parte do ciclo de vida e não é um período final, sendo separado das outras fases, existindo continuidade nos hábitos de vida, nas preferências, experiências e compromissos do indivíduo, pois fazem parte da sua personalidade (Mailloux-Poirier, 1995 cit. in Barbosa, 2012).

1.5. Dimensão Física

O processo de envelhecimento pressupõe mudanças naturais e gradativas em distintos níveis: físico, psicológico e social (Zimerman, 2000).

As transformações físicas que ocorrem a nível externo são imensas, desde o aparecimento de manchas escuras na pele, bochechas enrugadas e embolsadas, flacidez na pele, possibilidade de surgimento de verrugas, alargamento do nariz, olhos húmidos, aumento da quantidade de pêlos nas orelhas e no nariz, ombros mais arredondados, veias enfraquecidas e destacadas sob a pele dos membros a encurvamento postural e diminuição de estatura. Para além destas, também acontecem inúmeras modificações a nível interno, desde o endurecimento dos ossos, debilitação dos órgãos internos, perda de neurónios e atrofiamento, lentificação do metabolismo, dificuldades digestivas, aumento da insónia e da fadiga durante o dia, agravamento da visão ao perto e aparecimento da catarata, degeneração das células auditivas, endurecimento e entupimento das artérias (causando arterosclerose) à diminuição do olfato e paladar (Zimerman, 2000).

As principais preocupações dos idosos estão relacionadas com os problemas de saúde, levando a uma referência constante destes. Por isso, quando realizado uma análise sobre as condições psicológicas do envelhecimento, a problemática da saúde, física e mental, real e percebida, torna-se uma variável fundamental (Fonseca, 2006).

A importância da preocupação com a saúde dos idosos aumenta quando o objetivo é promover um envelhecimento normal, mas principalmente potenciar um *envelhecimento ótimo*. Este fundamenta-se numa base funcional e significa uma velhice saudável, competente e bem-sucedida. Genericamente é conceptualizada numa baixa

probabilidade de doença e de incapacidade, sendo também associado a um elevado funcionamento cognitivo e a um compromisso ativo com a vida (Fernández-Ballesteros, 2000; Rowe & Kahn, 1997 cit. in Fonseca, 2006).

Por si só, a variável saúde não é sinónimo de felicidade, porém a ausência desta provoca uma diminuição do bem-estar e sofrimento físico e psicológico. Importa acrescentar que a doença mobiliza as capacidades de *coping* dos sujeitos para a recuperação, focaliza toda a atividade e recursos nesse problema, podendo posteriormente, acarretar consequências como a redução do poder económico, diminuição da autonomia, modificação de atividades quotidianas e relações sociais, desconforto generalizado e medo da morte (Fonseca, 2006).

Um dos paradigmas atuais referentes à saúde coloca o comportamento individual na base de uma cadeia causal de responsabilidades pela saúde/doença de cada sujeito (Paúl & Fonseca, 2001 cit. in Castro, 2012).

Importa referir que a dimensão relacional tem um papel importante na promoção da saúde, nomeadamente na saúde mental (Fonseca, 2005 cit. in Castro, 2012), uma vez que a existência de redes de apoio é essencial para assegurar a autonomia dos idosos, um autoconceito positivo e maior satisfação de vida (Novo, 2003 cit. in Castro, 2012).

Os problemas psiquiátricos mais importantes e frequentes apontados nas pessoas idosas são os sintomas depressivos e os sinais de demência (Schmidt, Duncan, Silva, Menezes, Monteiro, Barreto et. al, 2011 cit. in Lentsck, Pilger, Schoereder, Prezotto & Mathias, 2015).

A prevalência mundial de depressão nos idosos na comunidade é de 0,9% a 9,4% e nos institucionalizados de 14% a 42% (Djernes Jk,2006 cit. in Lentsck, Pilger, Schoereder, Prezotto & Mathias, 2015).

A depressão e a melancolia atingem todas as faixas etárias, no entanto, são mais frequentes nos idosos, não sendo, muitas vezes, suficientemente apoiadas (Oliveira, 2008).

Geralmente existe maior tendência do idoso sofrer depressão, não só pela idade, mas também devido a outras doenças, perdas, luto, entre outras. A velhice caracteriza-se por muitas perdas, quer físicas quer psicossociais, levando a uma acumulação de estados depressivos (Oliveira, 2008).

De acordo com Inglehart (1990, cit. in Straub, 2005), as pessoas em todas as faixas etárias relatam graus semelhantes de bem-estar, felicidade e satisfação com a vida. No entanto, os idosos são levemente mais afetados à exibição de sintomas de depressão e perturbação de ansiedade generalizada moderada, caracterizada por tensões e preocupações persistentes (Straub, 2005).

Segundo Goleman (1995, cit. in Straub, 2005), a depressão nos idosos, muitas vezes passa despercebida e/ou não é tratada por uma combinação de razões: pelo obscurecimento dos sintomas por outras queixas físicas; por ser confundida como uma componente natural do envelhecimento e também por alguns idosos orgulhosos não admitirem sentir depressão.

Um exemplo da interação entre as dimensões do envelhecimento prende-se no facto de haver associação entre o avanço da idade e a depressão. Os problemas psicológicos e

sociais, podem desencadear problemas físicos, já os fatores psicológicos e sociais positivos podem melhorar e até prevenir problemas físicos (Straub, 2005).

Relativamente à demência, esta caracteriza-se por uma deteriorização global do funcionamento cognitivo, afetivo, físico e de toda a personalidade, resultando do disfuncionamento/atrofia do sistema nervoso central, devido a múltiplas e complexas causas. Esta doença não atinge apenas as pessoas idosas, porém existe uma maior probabilidade de ser contraída nesta faixa etária (Oliveira, 2008).

A prevalência média da demência sem considerar os sintomas, tem a perspectiva de crescimento de 7,6% em 2010 para 7,9% em 2020, representando assim 55.000 novos casos por ano. Neste sentido, torna-se uma questão de saúde pública carregada de uma preocupação bioética, já que causa a perda de autonomia dos sujeitos que sofrem desse problema e requer do sistema de saúde responsabilidade para cuidar dessas pessoas (Burlá, Camarano, Kanso, Fernandes & Nunes, 2013 cit. in Lentsck, Pilger, Schoereder, Prezotto & Mathias, 2015).

Estes dois problemas psiquiátricos e não só, muitas vezes, trazem consigo tentações de autodestruição. O suicídio é frequente em qualquer idade, no entanto, a sua taxa aumenta com a idade (Oliveira, 2008).

De acordo com Beeston (2006, cit. in Minayo & Cavalcante, 2010) o facto de as taxas de suicídio crescerem entre os idosos, demonstra que o aumento da idade relaciona-se com processos biológicos e psicológicos que podem levar a que a pessoa decida autodestruir-se.

Na Europa Ocidental, as tentativas de suicídio entre os idosos diminuem com a idade. No entanto, os suicídios consumados aumentam (De Leo et. al, 2001 cit. in Minayo & Cavalcante, 2010).

Neste sentido, podemos concluir que a atividade física com o avançar da idade torna-se ainda mais importante, pois ajuda a reduzir ou reverter muitas consequências que o envelhecimento traz consigo (Fries,1999 cit. in Straub, 2005). Por outras palavras, a atividade física permite reverter o declínio das capacidades físicas e melhorar resultados em relação à própria pessoa, bem como prevenir e auxiliar a melhora de quadros de alterações psíquicas (Becker, 2013).

Clarkson-Smith & Hartley (1989 cit. in Fonseca 2006) abordaram a relação entre o exercício físico e as capacidades cognitivas dos idosos. Este estudo permitiu concluir que os idosos que praticavam exercício físico tinham melhores resultados em medidas de raciocínio, memória ativa e tempo de reação. Os mesmos autores consideram que a perda de vigor físico relacionada com o envelhecimento é resultado do estilo de vida sedentário que muitos idosos têm, isto é há uma forte correlação entre inatividade física e os muitos sintomas associados a velhice.

De facto, pode-se concluir que a atividade física na população idosa contribui para um envelhecimento saudável, previne o envelhecimento precoce e melhora a qualidade de vida. Neste sentido, os seus benefícios são bem documentados na literatura científica e divulgados activamente nos meios de comunicação e na publicidade (Tavares, 2010).

Para além disso, as campanhas de prevenção e promoção de saúde fomentam cada vez mais a responsabilidade do indivíduo pela sua própria saúde e têm tido sucesso, já que houve crescimento no número de idosos a praticar atividade física. Porém é

fundamental que os programas tenham em consideração as dificuldades que os idosos têm para a sua prática, de maneira a dar resposta às suas vontades e às suas necessidades (Tavares, 2010).

A nutrição é um aspeto frequentemente ignorado, porém é muito importante para um estilo de vida saudável dos idosos (Straub, 2005).

A desnutrição é o problema que mais causa preocupação e é o mais frequente na população idosa, porém também deve ser levado em conta a obesidade já que leva diversos problemas, influenciando assim a saúde destes (Rebelo, 2007).

Os idosos são mais susceptíveis a doenças crónicas e a outras doenças, por isso mesmo, há uma maior probabilidade de tomarem uma variedade de medicamentos vendidos sob prescrição médica ou liberados. Para além disso, a promoção feita na média de vários suplementos de saúde, levou a que inúmeras pessoas saudáveis tomassem grandes doses de vitaminas, minerais e outros suplementos. Em muitos casos, torna-se útil e necessário, sobretudo em idosos vivos e ativos, porém pode levar a um abuso involuntário, o que coloca a saúde destes em perigo (Straub, 2005).

1.6. Dimensão Psicológica

As investigações realizadas em particular nas áreas da saúde em geral e da saúde mental sobre o bem-estar subjetivo desenvolvem-se paralelamente e de várias vezes são articuladas com as noções do bem-estar psicológico. Logo, a separação destes conceitos visa essencialmente respeitar os limites destes (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

De acordo com Waterman (1993 cit. in Nunes, 2009), a diferença entre estes dois conceitos está fundamentalmente, no facto do bem-estar subjetivo relacionar-se à noção

de felicidade, relaxamento, sentimentos positivos, bem como a ausência relativa de problemas, enquanto que o bem-estar psicológico está associado ao ser em mudança, à procura do crescimento e desenvolvimento pessoal e ao exercício de esforço.

O estudo do conceito bem-estar subjetivo nos idosos está a tonar-se muito importante (Ribeiro, 2009), definindo-se como uma dimensão positiva da saúde (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Embora pareça contraditório, os sujeitos mais velhos não se mostram menos felizes do que os mais jovens, isto é, o bem-estar subjetivo não tende a baixar com a idade (Simões et al., 2000 cit. in Nunes, 2009), havendo também estudos que apontam para uma possibilidade do bem-estar subjetivo aumentar com a idade (Diener & Suh, 1998; Mroczek & Kolarz, 1998 cit. in Nunes, 2009).

Segundo Ryff (1989 cit. in Henriqueto, 2013) o bem-estar psicológico refere-se ao funcionamento psicológico positivo de uma pessoa, composto por seis dimensões: a aceitação de si (aceitação de sentimentos bons e maus face à sua vida); os objetivos/sentido de vida (existência de objetivos para dar direção aos comportamentos e sentido à vida); o domínio sobre o ambiente (capacidade para escolher e criar um ambiente compatível com o indivíduo); as relações positivas com os outros (relações de intimidade, empatia, afeto e confiança); a autonomia (independência, autodeterminação e *locus* de controlo interno); e o crescimento pessoal (capacidade do sujeito se desenvolver pessoalmente).

No entanto, quando se aborda este conceito (bem-estar psicológico) na população idosa, existe a conceptualização de três fatores: solidão/insatisfação - avaliação subjetiva do ambiente e das redes de apoio; atitudes face ao próprio envelhecimento -

balanço entre a vida passada e atual; e por fim, a agitação - existência ou ausência de comportamentos de ansiedade (Lawton, 1975 cit. in Henriqueto, 2013).

A literatura científica aponta para a existência de indicadores negativos de bem-estar psicológico, já que se verifica elevados níveis de solidão/insatisfação e agitação (Paúl et al. 2005 cit. in Henriqueto, 2013).

Importar acrescentar que as modificações psicológicas podem resultar em: dificuldade de adaptação a novos papéis e a mudanças rápidas; desmotivação e dificuldade em traçar o futuro; necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais; alterações psíquicas que exigem tratamento; diminuição da autoimagem e da autoestima; depressão, hipocondria, somatização, paranóia e suicídios (Zimerman, 2000).

1.7. Dimensão Social

O envelhecimento acarreta uma modificação no *status* do idoso e no relacionamento dele com outras pessoas, devido a: alteração de papel na família, no trabalho e na sociedade, reforma, perdas, diminuição dos contactos sociais e crise de identidade (Zimerman, 2000).

O idoso na sociedade atual, nomeadamente na família, é uma problemática mais candente, devido ao crescimento da percentagem de idosos comparado a outras faixas etárias e também por estarem sujeitos ao abandono (Oliveira, 2005).

O facto de a família estar em contínua evolução e transformação (cf. v.g. Barros, 2002 cit. in Oliveira, 2005) constitui um problema para os idosos, sentindo-se por vezes, perdidos e ultrapassados pelos filhos, netos e bisnetos (Oliveira, 2005).

Importa ainda referir que Bengston & Treas (1980 cit. in Oliveira, 2005) constataram que a família é a fonte preferida de conforto e ajuda nas crises, porém se a expectativa de receber assistência dos familiares fosse elevada, mais probabilidade o idoso tinha de se deprimir, caso não obtivesse auxílio.

A reforma pode trazer aspetos positivos ou negativos, dependendo da condição sociopsíquica de cada membro da família (Oliveira, 2005).

Um dos pontos positivos são os netos, porém podem causar conflitos e preocupações, isto é, apesar de darem trabalho, dão um novo sentido à vida. A intervenção dos avós na educação dos netos pode ser positiva ou até muito positiva, desde que sejam minimamente competentes, não se sobreponham, contradigam ou critiquem os pais (Oliveira, 2005).

De facto, a presença dos avós é benéfica, sendo inegáveis as vantagens de uma “educação intergeracional” (Kropf & Burnette, 2003 cit. in Oliveira, 2005).

De acordo com Berger (1995, cit. in Silva, 2012) o envelhecimento é um processo normal, integrante da vida dos sujeitos, porém a sociedade desenvolve sentimentos de desvalorização pelo idoso, já que considera a velhice um período de despedida da vida.

A sociedade atual, não estima os idosos como antigamente, devido aos estereótipos existentes em relação às pessoas mais velhas (Straub, 2005 cit. in Correia, 2009), sendo que a valorização destes projeta sobre a velhice uma representação social gerontofóbica (Correia, 2009).

Para além disso, existem fatores que agravam essa visão negativa do idoso, frente a si mesmo (autoimagem e autoestima) e frente aos outros (reforma, casamento/viuvez, condições de saúde, sexualidade, família, estatuto socioeconómico, situação económica, entre outros) (cf. Stuart-Hamilton, 2002 cit. in Oliveira, 2005).

A solidão representa um dos problemas mais frequentes da nossa sociedade, conceitos como os de família ou amizade são ignorados, e conseqüentemente as pessoas ficam entregues a si mesmas, levando a que se sentam sozinhas (Fernandes, 2000).

Segundo Correia (1993, cit. in Fernandes, 2000) a solidão é vivida especialmente pelos idosos, pois está presente em toda a sua vida e não têm alternativas, o que não acontece nas outras idades.

1.8. Factores de Proteção

Os fatores de prevenção primária estão relacionados com a atenção aos riscos ambientais ou pessoais que possam desencadear doenças e que não podem sofrer alterações, como os fatores genéticos, a idade e a etnia. Assim sendo, é possível que os indivíduos que se tenham preocupado desde a sua juventude ou antes, em realizar uma dieta adequada e práticas desportivas, bem como em não se tornarem dependentes químicos ou de fatores debilitantes (como o alto nível de stress físico e mental), experienciem um envelhecimento saudável (Santos, Andrade & Bueno, 2009).

Quanto à prevenção secundária, relaciona-se com a avaliação de sujeitos que já possuam alguma disfunção ou pertençam a um determinado grupo de risco (doenças crônicas não transmissíveis, como por exemplo as doenças respiratórias e cardiovasculares). Por fim, a prevenção terciária associa-se ao tratamento, suporte e

reabilitação, como formas de minimizar os efeitos da doença ou até buscar a sua cura, como por exemplo uma reabilitação neuropsicológica é uma opção exequível em situações de défices cognitivos (Santos, Andrade & Bueno, 2009).

Existe uma procura crescente de fatores de proteção. Um exemplo é o desenvolvimento de atividades físicas para amenizar e prevenir distúrbios emocionais e desordens somáticas, bem como para reduzir a associação entre depressão e a deteriorização cognitiva dos idosos (Santos, Andrade & Bueno, 2009).

Outro fator de proteção muito investigado é o nível de escolaridade (Santos, Andrade & Bueno, 2009). Um estudo realizado com 2.143 idosos residentes em São Paulo revelou problemas cognitivos observados em 11% da amostra, sendo mais frequentes em idosos que nunca tinham frequentado a escola (em 17%) do que em idosos com mais de sete anos de estudos (desses apenas 1% relatou dificuldades) (Lebrão & Oliveira, 2003 cit. in Santos, Andrade & Bueno, 2009).

Segundo a investigação, o apoio social é um fator protetor, pois há uma forte correlação entre apoio social e saúde, já que tem efeitos mediadores na proteção desta e também protege os indivíduos longo de toda a vida (Mikulincer & Florian, 1998; Ribeiro, 1999; Wills, 1997 cit. in Silva, Pais-Ribeiro, Cardoso, Ramos, Carvalhosa, Dias & Gonçalves, 2003).

A resiliência caracteriza-se por um processo complexo resultante da interação entre o indivíduo e o meio ambiente, ou seja, existe um jogo entre processos intrapsíquicos defensivos e factores de proteção internos e externos. Em suma, pode-se ser entendido como um fenómeno, um forma de funcionamento e por vezes uma arte, de adaptação a situações adversas (Laranjeira, 2007).

Capítulo II – Depressão

2.1. Enquadramento Conceptual

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o conceito de Saúde é definido como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, ou seja, não é apenas a ausência de doença ou enfermidade. Assim sendo, a Saúde Mental é designada como um estado de bem-estar em que o sujeito reconhece as suas competências, tem capacidade para lidar com o *stress* da vida do dia-a-dia, tem produtividade profissional e sucesso e contribui para a sua comunidade (WHO/OMS, 2003 cit. in Monteiro, 2012).

Por outras palavras, quando a saúde mental não prevalece perante as contrariedades da vida, como no caso da depressão, há a necessidade de uma resposta efetiva, de forma a prevenir as imensas e significativas consequências, bem como os custos económicos e sociais que daí advém (Monteiro, 2012).

Atualmente a depressão é uma psicopatologia com elevada prevalência (Campos, 2009) e é uma das principais causas de incapacidade, afetando 121 milhões de pessoas no mundo inteiro (WHO/OMS, 2007 cit. in Monteiro, 2012).

Em Portugal, estima-se que existem 650 mil adultos a tomar antidepressivos (Fernandes da Fonseca, 2001, cit. in Campos, 2009).

Para além disso, mais de 150 milhões de indivíduos no mundo já sofreram uma depressão em algum momento da sua vida e perto de 1 milhão comete suicídio todos os anos, sendo que, na grande maioria, existem avisos e sinais de sintomatologia depressiva (WHO/OMS, 2003, cit. in Monteiro, 2012).

Amálio et al. (2004, cit. in Campos, 2009), através da utilização de uma escala de depressão e consulta dos processos clínicos, verificaram que a prevalência de depressão em cuidados primários, é de 16,9%, sendo superior no sexo feminino (20,5%) em comparação com o sexo masculino (8,5%). Para além disso, verificaram que a depressão era mais frequente em sujeitos com menor escolaridade.

O conceito de depressão é difícil de demarcar, já que remete para diferentes realidades e significados, em função da época histórica e do que realmente se pretende caracterizar (por exemplo, personalidade e/ou quadro clínico). Para além disso, pode ser entendido segundo diferentes pontos de vista e escolas de pensamento, como a médica/biológica, psicanalítica, cognitivista, entre outras (Campos, 2009).

A depressão pode remeter para um ou mais quadros diagnósticos, correspondendo a um conjunto de sintomas mais ou menos homogêneos, mas também para um estado afetivo mais ou menos estável e mais ou menos grave, para um tipo de humor - depressivo, ou para um tipo de personalidade – depressiva (Campos, 2009).

No fundo, a depressão é uma perturbação de humor, com duração e gravidade variável, frequentemente recorrente e acompanhada por inúmeros sintomas físicos e mentais (Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

Geralmente a depressão principiante ou estabelecida é reconhecida quando há manifestação de alguns destes sintomas: humor triste persistente; perda de interesse ou prazer por atividades habituais; perturbações do sono; diminuição de energia e fadiga; diminuição da eficiência; incapacidade de concentração e tomada de decisões; perda do apetite ou do peso (também poderá haver aumento); autorrecriinação e culpa; postura

e gestos típicos; diminuição do desejo e da função sexuais; ansiedade, irritabilidade, agitação e lentidão (Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

Esta psicopatologia para além de causar sofrimento emocional, também aumenta a vulnerabilidade a doenças físicas, sendo inclusive um fator de risco para o cancro (Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson & Egeland, 1997 cit. in Monteiro, 2012) e prevê a ocorrência de doenças cardíacas com mortalidade acentuada (Schotte, Bossche, Doncker, Claes & Cosyns, 2006 cit. in Monteiro, 2012).

Para além disso, está associada a uma pior aceitação e adesão aos tratamentos, debilitando a qualidade de vida e o funcionamento dos pacientes sofredores de doenças crónicas (WHO/OMS, 2003 cit. in Monteiro, 2012).

A evolução desta psicopatologia pode classificar-se em três grupos: aqueles que apresentam sintomas em resposta a um acontecimento de vida identificável e que a intensidade da depressão diminui rapidamente, muitas vezes de forma espontânea; aqueles em que a depressão é frequente e com maior duração; e os indivíduos cronicamente depressivos em que se pode considerar que têm uma personalidade depressiva (Wilkinson, Moore & Moore, 2005).

Importa ainda referir que, as evidências mostram que quanto mais vezes o sujeito deprime, mais esses episódios depressivos se tornam autónomos, com cada vez menor ligação a fatores ambientais da realidade atual (Monroe & Reid, 2009; Nierenberg, Sussman & Trivedi, 2003; Schotte, Bossche, Doncker, Claes & Cosyns, 2006 cit. in Monteiro, 2012).

2.2. Noção de perturbação depressiva

A noção de perturbação depressiva é diferente de um estado depressivo passageiro de tristeza, já que este não aponta para uma debilidade pessoal. O mesmo não acontece com uma perturbação depressiva, pois esta doença afeta o organismo, o humor, a autonomia e a forma de pensar (Porciano & Ferreira, 2005).

2.3. Modelos explicativos da depressão

Os vários modelos explicativos da depressão podem ser agrupados em 3 grupos (Guz, 1990 cit. in Fernandes, 2000):

- a) Modelos Bioquímicos – pressupõe que os distúrbios depressivos devem ser provocados por uma alteração nas condições eletroquímicas basais do sistema nervoso central (responsáveis pelo equilíbrio humano). Na antiguidade (medicina grega), acreditavam que haveria um aumento da bílis negra, e que as suas toxinas provocavam melancolia. Todavia, atualmente pressupõe-se que o que causa depressão é uma diminuição do “NA” do sistema nervoso central.
- b) Modelos psicológicos – estes dividem-se em dois grupos: modelo psicodinâmico (aponta para a existência de inter-relações entre a constituição, instintos, desenvolvimento psicosexual e mecanismos psíquicos de defesa dos indivíduos) e modelo cognitivo-comportamental (sustenta que os distúrbios depressivos são a consequência directa de uma aprendizagem defeituosa, que com o decorrer do tempo, assume-se como existência própria).
- c) Modelos sociológicos – postula que a maioria dos comportamentos humanos não são apreendidos, mas geneticamente determinados. Porém, é evidente que os

factores sociais influenciam o desenvolvimento e/ou manutenção de grande número de manifestações depressivas.

2.4. Tipos de Depressão

Existem vários tipos de perturbação depressiva, contudo os 3 tipos mais frequentes são (Porciano & Ferreira, 2005):

- a) Depressão major – este tipo de depressão para além de interferir com a capacidade de trabalhar, estudar, comer, retira prazer nas atividades que antes eram agradáveis para o sujeito. Geralmente ocorre várias vezes na vida, contudo pode surgir apenas uma vez;
- b) Distímia – é um tipo de depressão mais leve, contudo inclui sintomas crónicos, que apesar de não serem tão incapacitantes como na depressão severa, interferem com o funcionamento e o bem-estar do sujeito;
- c) Perturbação bipolar ou doença maníaco-depressiva – este tipo de depressão não é tão frequente como as outras perturbações depressivas. Porém, é caracterizada por alterações cíclicas no estado de ânimo, isto é, fases de ânimo elevado ou eufórico (mania) e fases de ânimo baixo (depressão). Por vezes, estas mudanças de humor ocorrem de forma dramática e rápida, contudo posteriormente tornam-se graduais. Importa referir que, se o estado mania não for submetido a tratamento, pode agravar-se e atingir um estado psicótico.

2.5. Causas da depressão

Uma das causas da depressão pode ser a existência de predisposição biológica, já que alguns tipos de depressão têm tendência de afetar membros da mesma família. Todavia, nem todos os sujeitos com essa predisposição sofrem dessa psicopatologia, levando a concluir que há fatores adicionais que contribuem o seu desenvolvimento, como possíveis tensões na vida, problemas familiares, trabalho ou estudos (Porciano & Ferreira, 2005).

Importa referir que a depressão também tem tendência para afetar pessoas com baixa autoestima, pessimistas e facilmente dominadas pelo stresse. (Porciano & Ferreira, 2005).

Para além disso, a investigação científica nos últimos anos demonstrou que algumas doenças físicas podem ser acompanhadas por problemas mentais. Por outras palavras, algumas doenças podem levar a uma doença depressiva (Porciano & Ferreira, 2005).

Resumidamente, o desencadeamento de uma perturbação depressiva, inclui uma combinação de fatores genéticos, psicológicos e ambientais (Porciano & Ferreira, 2005).

2.6. Relação entre acontecimentos de vida e depressão

Os acontecimentos de vida definem-se como uma ocorrência súbita e de curta duração, ou seja, a sua ocorrência é delimitada no tempo, tal como nos casos de violação, despedimento ou morte súbita do conjugue. Porém, os efeitos subsequentes podem ser de longa duração (Praag, Kloet & Os, 2005).

Estes, devido à sua heterogeneidade, podem ser caracterizados por: a) acontecimentos externos – a sua origem pode ser em áreas de vida, como a saúde, o trabalho, o lar, a família, os recursos económicos e a rede social (Ralte, 1995 cit. in Praag, Kloet & Os, 2005) ou estarem relacionados a diferentes contextos como perdas (físicas, materiais, ente queridos, entre outras) e à difamação ou violação grave da integridade física de alguém ou com desastres ambientais; b) acontecimentos internos ou cognitivos – relacionam-se a pensamentos inquietantes, ou seja, pertencem à vida psíquica do indivíduo; c) acontecimentos dependentes – ocorrem devido ao comportamento da própria pessoa; e d) acontecimentos independentes – ocorrem fora do controlo de alguém (Praag, Kloet & Os, 2005).

As variáveis genéticas influenciam o risco de exposição a acontecimentos de vida, pois não é aleatório e nem é somente resultado da boa ou má sorte (Praag, Kloet & Os, 2005), já que alguns sujeitos experienciam um grande número de acontecimentos de vida e outros apenas alguns (Fergusson & Horwood, 1987; Plomin, 1994 cit. in Praag, Kloet & Os, 2005).

Aparentemente, esse risco é igualmente influenciado por fatores genéticos e por fatores familiares-ambientais (Praag, Kloet & Os, 2005), sendo que cada grupo (genéticos e familiares-ambientais) é responsável por cerca de 20% da variância (Kendler & col., 1993 cit. in Praag, Kloet & Os, 2005).

Os acontecimentos de vida não estão especificamente associados à depressão, no entanto, existe alguma evidência (Surtees, 1995, cit. in Praag, Kloet & Os, 2005) de que acontecimentos de vida específicos relacionam-se com determinados estados psíquicos.

A estrutura da personalidade também é uma variável decisiva para determinar o impacto emocional que os acontecimentos de vida exercem, tal como a sua duração (Praag, Kloet & Os, 2005).

A depressão provoca lesões neuronais (“cicatrizes”), causando o aumento da vulnerabilidade e a diminuição «limiar do stress» (Post, 1992 cit. in Praag, Kloet & Os, 2005), parecendo um processo «saturável», uma vez que a partir de 9 episódios, o impacto dos eventos sobre a depressão torna-se estável (Kendler & col., 2000, cit. in Praag, Kloet & Os, 2005).

Capítulo III - Distímia

3.1. Definição de distímia

O termo “distímia” surgiu em 1980 (Thase & Lang, 2005) e é de origem grega, etimologicamente significa “mal-humorado”. Nesse sentido, distímia é um quadro depressivo crônico, com sintomas de leve intensidade e que se inicia precocemente, trazendo consigo sofrimento e prejuízo significativos para o indivíduo (Cordás, Nardi & Moreno, 2002).

Esta doença afeta milhões de pessoas, porém é mais frequente nas mulheres do que nos homens. É um dos transtornos de humor menos reconhecidos e tratados, já que uma pessoa pode estar deprimida e não sentir tristeza ou mágoa incomuns, ou seja infiltra-se de forma tão insidiosa, que frequentemente não notam nada de errado (Thase & Lang, 2005).

A distímia tem tratamento e em vários casos o sujeito pode se ajudar, mas na maioria das vezes, é utilizado a psicoterapia, medicação ou ambas para o tratamento desta doença. Se esta não for submetida a tratamento, aumenta a probabilidade de problemas cardíacos, derrame, cancro de mama, dependência química, enfraquecimento do sistema imunológico e até morte prematura. Para além disso, está relacionada a um histórico de doenças crônicas, depressão grave recorrente e dependência química, podendo durar toda a vida (Thase & Lang, 2005).

Este tipo de transtorno causa imensos prejuízos: esgota as forças do sujeito; altera boa parte do seu comportamento; destrói o seu estilo de vida; provoca sofrimento; deforma a autoimagem; acarreta dificuldades/ruptura dos relacionamentos interpessoais;

pode levar a uma infinidade de outros problemas relacionados à má saúde e ao desespero; pode provocar transtornos alimentares e de ansiedade; divórcio; perda de produtividade e fracassos profissionais (Thase & Lang, 2005).

Importa ainda acrescentar que, oito em cada dez pessoas que sofrem de distímia têm graves problemas sociais e/ou uma profunda dificuldade para darem conta das suas funções. Para além disso, a probabilidade de viverem um casamento feliz e duradouro é menos de 30% (Thase & Lang, 2005).

3.2. Diagnóstico de Distímia

Segundo o DSM-V (2014), os critérios de diagnóstico para a Perturbação Depressiva Persistente - Distímia (300.4, F.34.1) são os seguintes:

- A) Humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, durante pelo menos dois anos, indicado pelo relato subjetivo ou pela observação dos outros. Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável e a duração deve ser de pelo menos um ano.

- B) Presença, enquanto deprimido, de 2 ou mais dos seguintes sintomas:
 - 1. Appetite diminuído ou aumentado.
 - 2. Insónia ou hipersónia
 - 3. Baixa energia ou fadiga.
 - 4. Baixa autoestima.
 - 5. Falta de concentração ou dificuldade em tomar decisões.
 - 6. Sentimentos de desesperança.

- C) Durante um período de 2 anos (1 ano para crianças ou adolescentes) da perturbação, o indivíduo nunca esteve sem sintomas dos critérios A e B por mais de dois meses de cada vez.
- D) Os critérios para perturbação depressiva major podem estar continuamente presentes durante 2 anos.
- E) Nunca existiu um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e nunca foram preenchidos os critérios para perturbação ciclotímica.
- F) A perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação esquizoafetiva persistente, esquizofrenia, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas.
- G) Os efeitos não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (por exemplo, uma droga de abuso, um medicamento) ou outra condição médica (por exemplo, hipotireoidismo).
- H) Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento.

3.3. Causas e fatores de risco da distímia

De acordo com Thase e Lang (2005), a distímia é causada por uma variedade de fatores:

Tabela 1– Causas das Distímia

| Físicas, genéticas, bioquímicas | Psicológicas | Circunstâncias externas |
|---|---|--|
| Fisiologia cerebral, herança genética, enfermidades médicas e medicamentos. | Pessimismo, estilo global de pensamento, neurose e atitudes contraproducentes | Abusos, traumas, perdas graves, negligência e estigmas |

(Adaptado de Thase & Lang, 2005)

Tabela 2 – Factores de risco

| | |
|--|--|
| Factores de risco mais comuns na idade adulta | <ul style="list-style-type: none">- Stresse agudo;- Stresse crónico;- Abuso de substâncias;- Histórico de depressão;- Histórico familiar;- Baixa renda;- Ser do sexo feminino;- Dores de cabeça;- Problemas de sono;- Dieta;- Acontecimentos traumáticos ou desastres. |
|--|--|

(Adaptado de Thase & Lang, 2005)

3.4. Tratamento da distímia: Psicoterapia

De acordo com vários estudos, determinadas linhas de psicoterapia são tão eficazes como os medicamentos para aliviar a distímia (Thase & Lang, 2005).

Normalmente, a terapia cognitivo-comportamental e a psicoterapia interpessoal têm bons resultados, pois são terapias breves (duração de oito a doze semanas) e focam-se apenas no aqui e agora (presente), visando o futuro (Thase & Lang, 2005).

De facto a psicoterapia tem imensos benefícios, tais como: ausência de efeitos colaterais; os benefícios persistem por muito tempo após o tratamento ao contrário dos medicamentos; alívio emocional pela garantia de que a doença tem tratamento; promove novas competências de prevenção para problemas futuros; existência de empatia de um clínico e otimismo para o futuro (Thase & Lang, 2005).

3.4.1. Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Este tipo de terapia concentra-se sobretudo no diálogo interno, nos pensamentos automáticos e no comportamento das pessoas, ensinando novas formas de pensar e competência para lidar com as situações, mostrando também determinados atos que podem aliviar emocionalmente (Thase & Lang, 2005).

As atuais abordagens acerca desta, compartilham três proposições fundamentais: 1) a cognição tem um papel mediacional, ou seja existe sempre um processamento cognitivo e avaliação de acontecimentos (internos e externos), podendo influenciar a resposta a esses; 2) possibilidade de monitorização, avaliação e medição da actividade cognitiva; e 3) a mudança do comportamento pode ser mediada por essas avaliações

cognitivas, podendo assim evidenciar indiretamente uma mudança cognitiva (Dobson & Dozois, 2001 cit. in Knapp & Beck, 2008).

3.4.2. Terapia Interpessoal

Este tipo de psicoterapia foca-se na resolução de conflitos e na expansão da rede de apoio social. Aumenta a autoestima e reforça os relacionamentos interpessoais (Thase & Lang, 2005).

Por outras palavras, o foco pragmático desta terapia é fazer conexões entre o início da sintomatologia depressiva e os problemas interpessoais atuais, ou seja, o terapeuta tenta intervir mais na formação dos sintomas e nas dificuldades sociais dos sujeitos (relacionadas com a depressão) do que em aspectos da personalidade (Weissman & Markowitz, 1998 cit. in Mello, 2004).

Em suma, a terapia interpessoal pretende ser uma forma de psicoterapia focal e estar ligada à melhoria dos sintomas da doença tratada, não pretendendo tratar a personalidade (Mello, 2004)

PARTE PRÁTICA

Capítulo IV - Método

4.1. Introdução

O presente estudo consiste num estudo de caso com uma senescente, com perturbação de humor.

Os estudos de caso parecem ter características da investigação qualitativa, porém podem contemplar perspectivas mais quantitativas. O objetivo da investigação prende-se em estudar intensivamente um ou poucos casos (Latorre et al., 2003 cit. in Meirinhos & Osório, 2010).

Por outras palavras, o estudo de caso pode ser definido como a história de um fenómeno (passado ou corrente), com base em múltiplas fontes de evidência, como observações diretas, entrevistas sistemáticas, arquivos privados ou públicos (Leonard-Baxton, 1990 cit. in Pereira, Godoy & Terçariol, 2009). No fundo, a principal vantagem destes é permitir estudar situações humanas e também contextos atuais de vida real (Dooley, 2002, cit. in Meirinhos & Osório, 2010).

Importa referir que existem um conjunto de características que auxiliam nos estudos de caso, como a natureza da investigação do estudo de caso, o seu carácter holístico, contexto e a respetiva relação com o estudo, a possibilidade de permitir fazer generalizações, a pertinência de uma teoria prévia e o seu carácter interpretativo constante (Meirinhos & Osório, 2010).

A escolha deste tipo de investigação foi alavancada pelas linhas de investigação da Clínica Pedagógica de Psicologia da UFP, local de realização do estágio curricular do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

A escolha do tema da perturbação de humor, decorreu em parte também de uma motivação intrínseca, dado ser uma temática que me interessa bastante em termos de intervenção psicológica no futuro, e também pelo facto de atualmente este tipo de perturbação causar grande impacto e preocupação na sociedade contemporânea.

4.2. Objetivos e hipóteses/questões

A presente investigação tem um objetivo geral e 4 objetivos específicos. Face a estes objetivos, foram levantadas hipóteses.

a) Objetivo geral

- i. Avaliar se uma terapia breve será a mais adequada para o tratamento de uma depressão decorrente de acontecimento de vida.

Hipótese: Espera-se que a terapia breve seja a mais adequada para o tratamento de uma depressão decorrente de acontecimento de vida.

b) Objetivos específicos

- i. Avaliar se o tratamento cognitivo-comportamental é o mais adequado à resolução do problema apresentado pela cliente em questão;

Hipótese: Espera-se que o tratamento cognitivo-comportamental seja o mais adequado à resolução do problema apresentado pela cliente.

- ii. Avaliar a existência de ansiedade e stresse na cliente;

Hipótese: Espera-se que exista ansiedade e stresse na cliente.

- iii. Avaliar a percepção da cliente em relação ao seu bem-estar psicológico;
Hipótese: Espera-se que a cliente esteja consciente em relação ao seu bem-estar psicológico.

- iv. Avaliar a aceitação e adesão ao tratamento.
Hipótese: Espera-se que a cliente aceite e adira bem ao tratamento.

4.3. Amostra

Neste trabalho realizou-se um estudo de caso com uma participante senescente, que será designada por F. de forma a preservar o anonimato. A participante procurou apoio psicológico na Clínica Pedagógica de Psicologia da Universidade Fernando Pessoa (local do estágio curricular), tendo assim contato com a mesma (foi um dos casos clínicos que dei acompanhamento psicológico).

A participante foi escolhida devido a dois motivos: primeiro, porque era exigido pela clínica (local de estágio) realizar a dissertação baseada num caso clínico acompanhado por mim; e segundo, por um interesse pessoal acerca desta temática nesta faixa etária (perturbação de humor na senescência).

4.3.1. Caracterização da participante do estudo

F é do sexo feminino, tem 73 anos, é casada há 45 anos, vive com o marido e tem um filho. O problema apresentado foi o seguinte: desde que foi lhe foi diagnosticado uma disfunção intestinal (designada por diverticulose) com perda de sangue, começou a ter receio de sair de casa, pelo facto de ter que ir à casa de banho. Para além disso, a

partir daí começou a isolar-se, não querendo sair de casa, e quando se decidia a sair, só ia a locais específicos, apontando também problemas em dormir, devido a preocupações com o que pode suceder. Também mencionou sentir cansaço e, devido a um assalto recente, ter medo de voltar a viver uma nova situação similar.

Segundo a participante, sempre teve prisão de ventre, só que num dia quando foi à casa de banho apareceu-lhe sangue, o que a levou a afligir-se. Porém, não procurou logo ajuda médica, só o fez após 2 anos. Ao longo das consultas, foram detetados outros problemas como a tristeza (choro), humor irritável, dificuldades nas relações interpessoais, falta de apetite/prazer (deixou de fazer coisas que gostava de fazer), pessimismo, pensamentos de desvalorização e de falta de atenção do marido. A emoção mais frequente era a tristeza/desânimo.

Quanto à história clínica, a participante está sujeita a dieta, devido à doença diagnosticada. Para além disso, toma medicação para a hipertensão controlada e colesterol. Na família de origem, estão presentes problemas como diabetes (mãe) e arritmia cardíaca (pai).

No que concerne à história familiar, F apontou que o pai foi sempre bastante rígido e exigente com os filhos, já a mãe caracteriza-a como muito calma e sossegada. Tem uma irmã (com quem tem uma relação próxima e afetiva) e um irmão (com quem não tem contacto nenhum devido a problemas com partilhas). Para além disso, tem dois netos (um menino de 13 anos e uma menina de 11 anos), mas só os vê quinzenalmente, demonstrando que não tem uma relação muito próxima com os netos, com o filho e com a nora.

Quanto ao percurso escolar, F completou o 5º ano de escolaridade (antigo), reprovando 3 vezes. Não era conflituosa e fazia amizades.

No que respeita ao percurso profissional, iniciou a carreira aos 22 anos e terminou aos 69 anos, por sentir-se cansada. Teve mais que um posto de trabalho e sempre trabalhou mais a nível individual, não criando assim amizades.

Relativamente à história social, a participante sempre teve dificuldades em fazer amizades, devido à sua baixa-autoestima.

O acontecimento mais marcante para F foi o diagnóstico da doença, assim como o facto de o filho ter sido criado pela cunhada dos 4 aos 17 anos, devido ao seu trabalho.

4.4. Instrumentos

Os instrumentos utilizados nesta administração foram: o *BSI - Brief Symptoms Inventory*; *CORE-OM – Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure*; e o *EADS-21 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress*.

O *BSI* (versão portuguesa de C. Canavarro, 1999) é um inventário de autorresposta e avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia, fazendo avaliações sumárias de perturbação emocional. Pode ser administrado individualmente ou coletivamente e as respostas devem ter em conta os últimos sete dias. Em geral são necessários 8 a 10 minutos para o seu preenchimento e os valores das respostas vão de 0-4 (Machado & Almeida, 2008).

Posteriormente, para obter pontuações para cada dimensão soma-se o valor obtido de cada item e de seguida, esse valor deve ser dividido pelo número de itens de cada

dimensão. Por fim, observa-se se o valor está dentro da média da população geral ou não (Machado & Almeida, 2008).

Derogatis (1993, pp. 7-10 cit. in Machado e Almeida, 2008) descreveu as nove dimensões da seguinte forma: somatização (reflete o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático); Obsessões-compulsões (inclui cognições, impulsos e comportamentos percebidos como persistentes e irresistíveis, embora sejam ego-distônicos e indesejados; também inclui comportamentos indicativos de dificuldade cognitiva em geral); sensibilidade interpessoal (refere-se aos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, principalmente em relação às outras pessoas); depressão (refletem indicadores de depressão clínica, isto é, sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e interesse pela vida); ansiedade (inclui indicadores gerais como nervosismo e tensão, sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico, assim como, componentes cognitivos que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade); hostilidade (inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo cólera); ansiedade fóbica (refere-se às manifestações de comportamento fóbico patológicas e disruptivas); ideação paranóide (diz respeito ao comportamento paranóide como um modo perturbado de funcionamento cognitivo, por exemplo suspeita, grandiosidade, egocentrismo, entre outros) e psicoticismo (abrange indicadores de isolamento e estilo de vida esquizóide e sintomas primários de esquizofrenia, como alucinações e controle de pensamento). Para além disso, existem ainda 4 itens que não pertencem a dimensão nenhuma, porém como têm relevância clínica, são considerados nas pontuações dos três índices globais (Machado & Almeida, 2008).

Derogatis (1993 cit. in Machado & Almeida, 2008) descreve esses três índices globais da seguinte forma: Índice Geral de Sintomas (IGS), refere-se a uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar vivenciado com o número de sintomas assinalados; Índice de Sintomas Positivos (ISP) dá a média da intensidade de todos os sintomas assinalados; e o Total de Sintomas Positivos (TSP) representa o número de queixas sintomáticas anunciadas.

Em suma, o IGS corresponde à soma das pontuações de todos itens, dividido por 53 (senão existirem respostas em branco); o TSP corresponde ao número de itens assinalados positivamente (maior que 0); e o ISP refere-se à divisão do somatório de todos os itens pelo TSP. Caso o valor do IPS seja maior (>) a 1,7, é provável que as pessoas estejam com perturbação emocional (Machado & Almeida, 2008).

Importa referir que um sujeito pode apresentar um Índice de Sintomas Positivos (ISP) baixo, isto é, os sintomas não são particularmente intensos e perturbadores, no entanto, pode possuir um Total de Sintomas Positivos Elevado (TSP), demonstrando a existência de uma constelação complexa de sintomalogia (Derogatis, 1993 cit. in Machado & Almeida, 2008).

O *CORE-OM* (versão portuguesa de Sales, Moleiro, Evans & Alves, 2012) é um instrumento de autorrelato e o seu objetivo é medir o bem-estar psicológico de adultos. É composto por 34 itens, agrupados em diferentes dimensões: bem-estar subjetivo; queixas e sintomas; funcionamento social e pessoa; e comportamentos de risco – não constitui uma subescala, mas sim um conjunto de alertas clínicos, que poderão ser enquadrados na fase de intervenção em curso, supervisão clínica ou reuniões de equipa (Sales, Moleiro, Evans & Alves, 2012).

Importa referir que cada item é avaliado numa escala que varia entre nunca a sempre ou quase sempre, cujos valores oscilam entre 0-4. As respostas do sujeito reportam-se às experiências da última semana (Sales, Moleiro, Evans & Alves, 2012).

O *EADS-21* (Pais-Ribeiro et al., 2004) é uma escala que se dirige a indivíduos com mais de 17 anos e avalia empiricamente a ansiedade, depressão e stress segundo o modelo tripartido, ou seja, assume que as perturbações não são categoriais, mas sim dimensionais. Por outras palavras, assume que as diferenças na ansiedade, depressão e stress experienciadas pelos sujeitos normais e com perturbações, são essencialmente diferenças de grau, sendo proposto uma classificação dimensional em cinco posições entre o “normal” e “muito grave” (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

A escala da depressão devido à perda de autoestima e motivação está relacionada à percepção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida significativos para o sujeito enquanto pessoa. Quanto à escala da ansiedade realça as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas ao medo. Relativamente, à escala stress aponta para estados persistentes de excitação e tensão, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão (Lovibond & Lovibond, 1995 cit. in Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

As escalas são compostas por 7 itens cada, no total de 21 itens. Os itens são uma frase/afirmação que remete para sintomas emocionais negativos, sendo que as respostas do sujeito têm que ter como base a semana passada. As possibilidades de resposta são 4 e são apresentadas numa escala Likert. Os resultados de cada escala são determinados pela soma resultados dos sete itens. O mínimo é 0 e o máximo 21 (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004).

4.5. Procedimentos

Depois do caso clínico escolhido, o primeiro passo foi informar a participante, esclarecer dúvidas, deixar a cliente decidir e pedir para que desse o seu consentimento formal (por escrito), já que realizar uma investigação obedece a princípios éticos e deontológicos para com a cliente.

Em seguida, após o consentimento da cliente, foram administrados instrumentos psicológicos em contexto de consulta, porém antes disso foram dadas algumas instruções e esclarecimento de dúvidas, para que a cliente pudesse responder claramente ao solicitado.

Importa referir que os instrumentos foram administrados em dois momentos: o primeiro antes da intervenção (instrumentos administrados no fim do mês de Março de 2015) e o segundo depois da intervenção (instrumentos administrados no fim do mês de Julho de 2015). O primeiro momento possibilitou para fazer uma avaliação e o segundo possibilitou avaliar as melhorias após o plano de intervenção.

Depois da administração houve lugar à análise e tratamento da informação, de forma cuidadosa, ou seja, não foi divulgado qualquer informação a terceiros para que a confidencialidade, a privacidade e o anonimato da pessoa fosse salvaguardada.

Com base nessa análise e tratamento de informação e no DSM V foi possível verificar que F. preenchia os seguintes critérios para diagnóstico de perturbação depressiva distímica: A) humor deprimido durante maior parte do dia, mais de metade dos dias, durante pelo menos dois anos; B) presença enquanto deprimido de 2 (ou mais) sintomas: insónia, baixa energia e fadiga, baixa autoestima; C) durante um período de dois anos da perturbação, o individuo nunca esteve sem sintomas dos critérios A e B por

mais de dois meses de cada vez; E) nunca existiu em episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e nunca foram preenchidos os critérios para perturbação ciclotímica; F) a perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação esquizoaffectiva persistente, esquizofrenia, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia com outra especificação ou não especificada ou por outras perturbações psicóticas; H) os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer outra área importante do funcionamento. Com características melancólicas (preenche o critério A, 1. Perda de prazer em todas, ou quase todas, as atividades, preenche também o critério B para os pontos 1. Qualidade distinta do humor deprimido caracterizada por um profundo desânimo; 4. Lentificação psicomotoras marcadas e o ponto 6. Culpa excessiva) e em remissão parcial (estão presentes sintomas do episódio depressivo major imediatamente anterior, mas não estão preenchidos os critérios completos, ou existe um período sem quaisquer sintomas significativos de um episódio depressivo major com duração inferior a 2 meses, após o final de tal episódio). Quanto à gravidade atual, considera-se moderado.

Em seguida, foi dado o *feedback* dos resultados à cliente, iniciando-se o plano de intervenção. Depois houve a administração dos mesmos instrumentos, como forma de avaliar se houve melhorias. Por fim, foi feita a prevenção de recaída e finalização.

O plano de intervenção correspondeu a uma terapia breve, mais concretamente do modelo cognitivo-comportamental. Em baixo, o plano de intervenção efetuado:

Tabela 4- Resumo do plano de intervenção

| | |
|---|---|
| 1ª Sessão: Avaliação | Foram administrados o <i>BSI</i> , o <i>CORE-OM</i> e o <i>EADS-21</i> . |
| 2ª e 3ª Sessão (Avaliação) | Recolha sistematizada de informação para formulação conceptual cognitiva-comportamental. |
| 4ª Sessão (Contrato terapêutico) | Devolução da informação à cliente e apresentação do contrato terapêutico. |
| 5ª e 6ª Sessão (Intervenção) | Redução sintomática. |
| 7ª, 8ª e 9ª Sessão (Intervenção) | Reestruturação cognitiva. |
| 10ª e 11ª Sessão (Intervenção) | Exercícios da psicoterapia positiva. |
| 12ª Sessão (Intervenção e finalização) | Prevenção da recaída e Finalização (novamente administrados o <i>BSI</i> , <i>CORE-OM</i> e <i>EADS-21</i>). |

Capítulo V - Análise e Discussão de Resultados

5. Resultados

Os resultados obtidos serão apresentados em 2 momentos: o primeiro antes da intervenção (instrumentos administrados no fim do mês de Março de 2015) e o segundo depois da intervenção (instrumentos administrados no fim do mês de Julho de 2015).

Os resultados obtidos nos instrumentos foram:

- a) *BSI*: antes da intervenção, F. obteve pontuações elevadas em relação à média da população geral em todas as dimensões, à exceção da dimensão hostilidade. A variável obsessão-compulsão foi a que teve a pontuação mais elevada, seguindo-se as variáveis sensibilidade interpessoal, depressão, ideação paranóide, ansiedade fóbica, ansiedade, psicoticismo e somatização. Para além disso, teve pontuações acima da média da população geral em todos os índices globais. Após a intervenção, a participante obteve pontuações abaixo da média da população geral em todas as dimensões. Porém, pontuou em duas variáveis: obsessões-compulsões e psicoticismo. As variáveis somatização, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica e ideação paranóide, não tiveram pontuação. Importa ainda referir que teve pontuações abaixo da média da população geral em todos os índices globais.

Quadro 1 – *BSI*: Valores médios da população em geral

| Variáveis | Valores médios |
|------------------------------------|-----------------------|
| Obsessões-compulsões | 1,290 |
| Sensibilidade interpessoal | 0,958 |
| Depressão | 0,893 |
| Ideação paranóide | 1,063 |
| Ansiedade Fóbica | 0,418 |
| Ansiedade | 0,942 |
| Psicoticismo | 0,668 |
| Somatização | 0,573 |
| Hostilidade | 0,894 |
| IGS (Índice Geral de Sintomas) | 0,835 |
| TSP (Total de Sintomas Positivos) | 26,993 |
| ISP (Índice de Sintomas Positivos) | 1,561 |

(adaptado de Machado & Almeida, 2008)

Quadro 2 – Resultados obtidos no *BSI* antes e após a intervenção

| Variáveis | Resultados antes da intervenção | Resultados após a intervenção |
|------------------------------------|--|--------------------------------------|
| Obsessões-compulsões | 2,33 | 0,833 |
| Sensibilidade interpessoal | 2,00 | 0 |
| Depressão | 2,00 | 0 |
| Ideação paranóide | 1,80 | 0 |
| Ansiedade Fóbica | 1,60 | 0 |
| Ansiedade | 1,50 | 0 |
| Psicoticismo | 1,00 | 0,2 |
| Somatização | 0,71 | 0 |
| Hostilidade | 0,40 | 0 |
| IGS (Índice Geral de Sintomas) | 1,51 | 0,113 |
| TSP (Total de Sintomas Positivos) | 34 | 5 |
| ISP (Índice de Sintomas Positivos) | 2,35 | 1,2 |

Em suma, os resultados permitiram concluir que antes da intervenção existia perturbação emocional e que havia um intenso mal-estar experienciado pela participante em relação ao número de sintomas assinalados, sendo que os sintomas eram intensos e perturbadores. Após a intervenção verificou-se que não existia evidência de perturbação emocional nem mal-estar associado aos sintomas (devido à sua inexistência).

- b) *CORE-OM*: antes da intervenção as pontuações foram abaixo da média da população geral do sexo feminino em todas as dimensões. Após a intervenção, as variáveis bem-estar subjetivo e funcionamento geral tiveram pontuações acima da média da população em geral das mulheres e, as outras duas dimensões (queixas e sintomas e comportamentos de risco) não tiveram pontuação.

Quadro 3 – Valores médios do sexo feminino do *CORE-OM*

| Variáveis | Valores médios |
|---------------------|-----------------------|
| Bem-estar subjetivo | 12,4 |
| Queixas e sintomas | 13,2 |
| Funcionamento geral | 9,3 |
| Risco | 1,4 |
| Não risco | 11,4 |

(adaptado de Sales, Moleiro, Evans & Alves, 2012)

Quadro 4- Resultados obtidos no *CORE-OM* antes e após da intervenção

| Variáveis | Resultados antes da intervenção | Resultados após a intervenção |
|------------------------|--|--------------------------------------|
| Bem-estar subjetivo | 3,50 | 0,50 |
| Queixas e sintomas | 2,33 | 0 |
| Funcionamento geral | 1,75 | 0,58 |
| Comportamento de risco | 0 | 0 |

Após a análise destes resultados pode concluir-se que F teve sempre consciência das opiniões que tinha acerca de si e acerca de como vê o mundo ao seu redor, assim como do seu funcionamento geral (pessoal e social).

Para além disso, é notável que antes da intervenção a participante tinha baixos valores em relação à população em geral das mulheres nas dimensões bem-estar subjetivo e funcionamento geral e altas pontuações na dimensão queixas e sintomas de ansiedade e depressão, não tendo comportamentos de risco quer em relação a si mesma, quer para os outros.

Após a intervenção, ou seja as pontuações aumentaram nas variáveis bem-estar subjetivo e funcionamento geral e não teve pontuação nas queixas e sintomas, nem comportamentos de risco.

Estes resultados estão de acordo com os resultados do *BSI*, visto que a participante nas dimensões ansiedade e depressão também não pontuou.

- c) *EADS-21*: Importa referir que neste instrumento, o valor mínimo das pontuações é “0” e o máximo é “21”. Os valores mais elevados em cada escala correspondem a estados afetivos mais negativos (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). Antes da intervenção a escala depressão foi a que teve maior pontuação; em segundo o stresse por fim, a escala ansiedade. Após a intervenção não pontuou nas escalas depressão e stresse, porém pontuou 1 na escala ansiedade.

Quadro 5 - Resultados obtidos no *EADS-21* antes e após da intervenção

| Variáveis | Resultados antes da intervenção | Resultados depois da intervenção |
|------------------|--|---|
| Depressão | 10 | 0 |
| Stress | 7 | 0 |
| Ansiedade | 3 | 1 |

Estes resultados permitem concluir que a participante melhorou em todas as escalas após a intervenção.

5.1. Discussão dos Resultados

A discussão dos resultados vai ser realizada com base nos resultados obtidos pelos instrumentos, nos objetivos estabelecidos e hipóteses levantadas para este estudo, bem como na revisão da literatura científica sobre o tema em estudo.

O objetivo geral do estudo era avaliar se uma terapia breve será a mais adequada para o tratamento de uma depressão decorrente de acontecimento de vida.

Depois da análise dos resultados obtidos antes e após a intervenção, pode-se concluir que, neste caso, houve a confirmação da hipótese levantada para este objetivo, ou seja, a terapia breve foi adequada para o tratamento de uma depressão decorrente de um acontecimento de vida, nomeadamente o diagnóstico de uma doença.

Os resultados obtidos no *BSI* antes da intervenção apontavam para pontuações elevadas em relação à população em geral em todas as dimensões (exceto na dimensão hostilidade), existindo assim perturbação emocional. Porém depois da intervenção a participante pontuou abaixo da média da população em geral em todas as dimensões

(exceto nas dimensões obsessões-compulsões e psicoticismo) e não existia evidência de perturbação emocional. Quanto ao *CORE-OM* os resultados demonstram uma melhoria, visto que depois da intervenção a cliente não pontuou na variável queixas e sintomas e os pontuações aumentaram nas dimensões bem-estar subjetivo e funcionamento geral. Para além disso, continuou a não pontuar nos comportamentos de risco (o mesmo se sucedeu antes da intervenção nesta variável). Relativamente ao *EADS-21* também houve melhorias significativas pois a cliente após a intervenção não pontuou nas escalas depressão e stresse, pontuando apenas 1 na escala ansiedade.

De acordo com a literatura, a distímia devido à sua cronicidade, persistência e recuperação necessita de um tratamento prolongado, já que na grande maioria dos casos parece que o mais adequado são dois anos de tratamento continuado (Cordás, Nardi & Moreno, 2002).

Tal como acontece no tratamento de outras perturbações depressivas, é necessário levar em conta o tempo de latência para o início da resposta antidepressiva, sendo que após o início do tratamento, o efeito inicial pode demorar duas a seis semanas e o efeito completo na sintomatologia aguda, seis a oito semanas (Cordás, Nardi & Moreno, 2002).

Atualmente o tratamento adequado para a depressão exige mais do que uma simples melhora dos sintomas agudos, sendo também necessário um período de continuação do tratamento visando a consolidação da resposta favorável inicial. Embora, a duração exata do tratamento de continuação deve ser ajustada ao paciente, normalmente é recomendado um período de continuação de quatro a seis meses após a remissão total de sintomas agudos (Cordás, Nardi & Moreno, 2002).

Um dos objetivos específicos de estudo era avaliar se o tratamento cognitivo-comportamental é o mais adequado à resolução do problema apresentado pela cliente em questão, tendo-se confirmado a hipótese levantada, pois neste caso clínico, o tratamento cognitivo-comportamental foi o mais adequado à resolução do problema da paciente, já que após a intervenção verificou-se que os resultados foram positivos.

No que respeita à literatura científica, muitos estudos apontam que a terapia cognitiva-comportamental pode ser uma terapêutica extremamente eficaz, principalmente em doentes deprimidos e com doença médica concomitante (Beyer JL, 2007, cit. in Medeiros, 2010).

A terapia cognitivo-comportamental pressupõe que os distímicos alojam pensamentos patologicamente negativos acerca de si, das suas experiências e do seu futuro. De forma seletiva, procuram evidências que reafirmem essa visão negativa, reforçando as suas crenças e perpetuando a depressão. Por outras palavras, a terapia cognitivo-comportamental, visa demonstrar essas atitudes patologicamente negativas e auxiliar o paciente a ter uma visão mais racional acerca das situações (Cordás, Nardi & Moreno, 2002).

No que respeita a outro objetivo específico, isto é, avaliar a existência de ansiedade e stresse, foi possível verificar uma confirmação da hipótese levantada para este objetivo, isto é existia alguma ansiedade e stresse em F., embora fosse solucionado após a intervenção.

Os sintomas de ansiedade são frequentes nos idosos e geralmente, a ansiedade vem associada a transtornos depressivos e a doenças físicas (Byrne, 2002 cit. in Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006), sendo extremamente importante que os médicos diante

dos idosos considerem a presença de comorbidades entre a ansiedade e humor depressivo (Xavier & cols., 2001 cit. in Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006).

Geralmente existe uma associação entre ansiedade e depressão, pois o medo e a tristeza são emoções intimamente relacionadas, já que uma auxilia a responder ao perigo e a outra orienta a resposta à perda. Importa ainda referir que, um estudo concluiu que mais de 95% dos pacientes deprimidos sofriam de ansiedade e vice-versa, ou seja, mais de metade dos que sofriam de transtornos de ansiedade experienciavam surtos depressivos graves (Thase & Lang, 2005).

O stresse pode causar distímia pois as pesquisas demonstram que o stresse provoca mudanças estruturais e bioquímicas no cérebro, ficando cada vez mais difícil de normalizar, ou seja, os pesquisadores demonstram a existência de uma forte ligação entre fatores significativos do stresse e a irrupção do primeiro episódio depressivo (Thase & Lang, 2005).

Quanto a outro objetivo específico, ou seja avaliar a percepção da cliente em relação ao seu bem-estar psicológico, os resultados obtidos parecem comprovar que F teve sempre consciente do seu bem-estar psicológico, confirmando-se assim a hipótese levantada para este objetivo. É possível verificar que antes da intervenção, a participante teve pontuações abaixo da população geral do sexo feminino em bem-estar subjetivo e funcionamento geral, tendo sintomatologia de ansiedade e depressão intensa e perturbadora. O mesmo não se sucedeu após a intervenção havendo melhorias significativas.

O envelhecimento é um período de grandes mudanças a nível biológico, psicológico e social, assim como na dimensão das relações pessoa-mundo. Por isso mesmo, essas

mudanças exigem que o idoso faça um esforço de adaptação às novas condições de vida, tornando-se, assim, um momento de risco para o equilíbrio e bem-estar psicológico dos idosos (Sequeira & Silva, 2002 cit. in Silva, 2009).

O bem-estar psicológico tem dimensões subjacentes à congruência entre as aspirações e as realizações, o afeto (positivo e negativo) e provavelmente a felicidade (Paúl, 2005 cit. in Silva, 2009).

De acordo com Miguel, Carvalho & Batista (2000 cit. in Silva, 2009), as respostas ao stress podem comprometer o estado de saúde, ou seja, uma das razões que predispõe os sujeitos a doenças são os estados emocionais negativos (como por exemplo, a ansiedade e a depressão), uma vez que estes provocam alterações no sistema imunológico, tornando o sujeito mais vulnerável a agentes causadores de doenças.

A utilização de estratégias desajustadas para lidar com situações stressantes podem causar um desajustamento emocional (depressão e ansiedade), provocando assim reflexos na qualidade de vida da pessoa (Lazarus & Folkman, 1984 cit. in Silva 2009).

Jacob (2007 cit. in Teixeira, 2010) executou uma revisão de estudos sobre qualidade de vida dos idosos e concluiu que esta está dependente das seguintes variáveis: possuir autonomia para realizar as tarefas quotidianas; manter regularmente relações familiares e/ou com o exterior; ter uma situação financeira suficiente; e realizar constantemente atividades lúdicas e recreativas.

Em suma, o resultado obtido neste objetivo é consensual com a literatura científica, já que embora a variável saúde (por si só) não signifique felicidade, a sua ausência leva a uma diminuição do bem-estar e sofrimento físico e psicológico (Fonseca, 2006).

Por outras palavras, o diagnóstico de uma doença (diverticulose com perda de sangue) levou a uma menor felicidade, á diminuição do bem estar-estar e a um sofrimento físico e psicológico e também a uma distímia, ou seja antes da intervenção a participante apresentada imensas queixas e sintomas, bem como um bem-estar e funcionamento geral reduzidos, porém a intervenção permitiu F encarar a doença doutra forma e conseqüentemente existiu a eliminação das queixas e sintomas levando assim à diminuição do sofrimento físico e psicológico bem como ao aumento da felicidade, do bem-estar e funcionamento geral.

Importa ainda referir que a participante também não tinha um grande suporte relacional/social e sofria muito com isso, no entanto F depois começou a aproximar-se das pessoas, o que ajudou a melhorar.

Para além disso, a participante era autónoma, tinha recursos económicos suficientes e realizava exercício físico.

Por fim, o último objetivo específico avaliar a aceitação e adesão ao tratamento. Os resultados positivos obtidos comprovam que F aceitou e aderiu bem ao tratamento, confirmando assim a hipótese levantada. Estes resultados podem ser justificados pelo facto de F ter sempre consciência que necessitava de auxílio especializado, já que reconhecia que o seu estado e as características apresentadas eram indicadores disso mesmo.

Importa também referir que, F mostrou sempre confiança na terapeuta e no plano de intervenção apresentado para o tratamento da sua doença.

Fazendo uma análise retrospectiva de todo o processo desenvolvido com a cliente, parece-nos que o facto de ter sido estabelecida uma boa relação terapêutica (de

confiança e empática) com a mesma foi, sem dúvida, a alavanca principal para o sucesso terapêutico.

Todas as psicoterapias reconhecem que para haver eficácia nas intervenções terapêuticas é indispensável uma boa relação terapêutica (Cordioli, 1998 cit. in Feliciano & Parra, 2011).

Na terapia cognitivo-comportamental, a relação estabelecida entre terapeuta e o paciente é colaborativa (ambos têm um papel ativo ao longo do processo psicoterapêutico) (Feliciano & Parra, 2011).

A empatia do paciente com o terapeuta torna-se indispensável para o desenvolvimento de uma aliança terapêutica produtiva (Feliciano & Parra, 2011).

Por fim, importa referir que imensos terapeutas cognitivo-comportamentais consideram a aliança terapêutica uma parte integral do tratamento, podendo ser utilizada conjuntamente com uma técnica para produzir a mudança (Katzow & Safran, 2007 cit. in Feliciano & Parra, 2011).

Capítulo VI- Conclusão e análise reflexiva

6. Conclusão e análise reflexiva

Após a realização deste estudo é fundamental reter as principais conclusões, ou seja, é importante responder à questão central e às questões específicas da investigação.

O principal objetivo deste estudo era avaliar se uma terapia breve seria a mais adequada para o tratamento de uma depressão decorrente de acontecimento de vida, ficando comprovado que a terapia breve foi adequada para o tratamento de uma depressão decorrente de um acontecimento de vida, nomeadamente o diagnóstico de uma doença.

Para além deste resultado, esta investigação permitiu concluir o seguinte: o tratamento cognitivo-comportamental foi o mais adequado à resolução do problema de F, já que após a intervenção verificou-se que os resultados foram positivos; que existia alguma ansiedade e stresse, embora fosse solucionado após a intervenção; que F teve sempre consciente do seu bem-estar psicológico; e que a participante aceitou e aderiu bem ao tratamento já que os resultados alcançados foram positivos, havendo uma notável melhoria.

A realização deste estudo teve aspetos positivos e limitações.

Quanto aos aspetos positivos, é importante apontar que o presente estudo foi um enorme desafio para a pesquisadora, pois exigiu-lhe muito empenho e dedicação, bem como uma revisão teórica aprofundada do tema distímia, o que foi enriquecedor.

Outro aspeto positivo é que este estudo fornece um contributo útil para ampliar conhecimentos e investigações aprofundadas desta temática, sobretudo na faixa etária estudada (a senescência).

De forma geral, espera-se que esta investigação possa despertar uma maior consciencialização e sensibilização para o fenómeno em estudo, visto ser um tipo de depressão ainda pouco estudada, quando comparada com outros tipos de perturbações de humor.

Em contrapartida, é possível encontrar algumas limitações nesta investigação, nomeadamente no que respeita ao tamanho muito reduzido da amostra e a alguma dificuldade em encontrar literatura acerca da distímia, principalmente nos idosos.

Em investigações futuras, sugere-se um alargamento da dimensão da amostra a um maior e equilibrado número de participantes, para que se possa obter resultados mais representativos.

Para além disso, seria relevante replicar o mesmo plano de intervenção deste estudo, mas também experimentar outros planos de intervenção psicológica, como forma de verificar qual é que tem melhores resultados, ou seja, questionar se a terapia breve, no modelo de intervenção cognitivo-comportamental, é o modelo mais adequado para o tratamento desta doença.

Bibliografia

Amaro, A. (2012). Imagens de envelhecimento em profissionais de saúde. [Em linha]. Disponível em

<http://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2674/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Ana_Cl%C3%A1udia.pdf>. [Consultado em 16.12.2015].

American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (5ªed.). Lisboa: Climepsi

Barbosa, L. (2012). A solidão dos idosos de Ponte de Lima. [Em linha]. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3488/3/T_Luisabarbosa.pdf>. [Consultado em 13.9.2015].

Becker, A. (2013). Exercício físico, qualidade de vida e autoestima global em idosos portugueses: um estudo exploratório do instrumento Whoqol-old. [Em linha]. Disponível em

<<https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/25068/1/Andrea%20Marinho%20Becker%20-%20Tese%20de%20mestrado.pdf>>. [Consultado em 17.12.2015].

Campos, R. (2009). *Depressivos somos nós: considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Almedina

Castro, L. (2012). Avaliação psicogeriátrica na quarta idade. [Em linha]. Disponível em

<<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9300/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Liliana.pdf>>. [Consultado em 13.9.2015].

Cordás, T., Nardi, A. & Moreno, R. (2002). *Distímia: do mau humor ao mal do humor-diagnóstico e tratamento*, 2ª edição. Porto Alegre: Artmed

Correia, C. (2009). O apoio social e a qualidade de vida dos idosos do concelho de Faro. [Em linha]. Disponível em <<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/564/1/Carla%20-%20DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>>. [Consultado em 14.9.2015].

Daniel, F., Antunes, A. & Amaral, I. (2015). Representações sociais da velhice. *Análise Psicológica*, 3 (XXXIII), pp. 291-301.

Feliciano, M. & Parra, C. (2011). Aliança terapêutica e resultados: estudo de caso clínico em psicoterapia cognitivo-comportamental. [Em linha]. Disponível em <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0625.pdf>>. [Consultado em 28.11.2015].

Fernandes, A. (2014). A auto-percepção do envelhecimento e o bem-estar psicológico. [Em linha]. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/15403/1/ulfpie046663_tm.pdf>. [Consultado em 17.12.2015].

Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso – estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto

Ferreira, H. & Barham, E. (2011). O envolvimento de idosos em atividades prazerosas: revisão da literatura sobre instrumentos de aferição. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14 (3), pp. 579-590.

Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Unidade Católica

Galinha, I. & Pais Ribeiro, J.L. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6 (2), pp. 203-214.

Henriqueto, S. (2013). A resiliência, o suporte social e o bem-estar na adaptação ao envelhecimento. [Em linha]. Disponível em <<http://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/5973/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20S%C3%ADlvia%20Henriqueto.pdf>>. [Consultado em 17.12.2015].

Knapp, P. & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 30 (Supl II), S54-64.

Laranjeira, C. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: revisão da literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23 (3), pp. 327- 332.

Lentsck, M., Pilger, C., Schoereder, E., Prezotto, K. & Mathias, T. (2015). Prevalência de sintomas depressivos e sinais de demência em idosos na comunidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (Internet), jul./set.; 17 (3).

Machado, M. & Almeida, M. (2008). *Avaliação Psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa. Volume III*. Coimbra: Quarteto

Marinho, S. (2010). O suporte social e a depressão no idoso. [Em linha]. Disponível em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1935/3/DM_13804.pdf>. [Consultado em 25.11.2015].

Medeiros, J. (2010). Depressão no idoso. [Em linha]. Disponível em <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53479/2/Depresso%20no%20Idoso.pdf>>. [Consultado em 28.11.2015].

Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: revista de educação*, 2 (2), pp. 49-65.

Mello, M. (2004). Terapia interpessoal: um modelo breve e focal. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26 (2), pp. 124-130.

Minayo, M. & Cavalcante, F. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Revista Saúde Pública*, 44 (4), pp. 750-7.

Monteiro, I. (2012). *Depressão: Por que é que uns deprimem e outros não?* Lisboa: Climepsi.

Nunes, L. (2009). Promoção do bem-estar subjetivo dos idosos através da Intergeracionalidade. [Em linha]. Disponível em <<https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/11787/1/Tese%20Lisa%20Nunes.pdf>> [Consultado em 20.12.2015].

Oliveira, B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso. 3ª Edição*. Porto: Livpsic

Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso. 4ª Edição*. Porto: Livpsic

Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic Psicologia

Oliveira, K., Santos, A., Cruvinel, M. & Néri, A. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11 (2), pp. 351-359.

Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), pp. 229-239.

Pereira, L., Godoy, D. & Terçariol, D. (2009). Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22 (3), pp. 422-429.

Porciano, E. & Ferreira, A (2005). *Estudante: vamos conhecer a depressão*. Coimbra: SASUC

Praag, H., Kloet, R. & OS, J. (2005). *Stress, o cérebro e a depressão*. Lisboa: Climepsi

Quaresma, I. (2008). O significado que os idosos atribuem aos cuidados de enfermagem domiciliários. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7258/2/Tese%20Mestrado%20Ivone.pdf>>. [Consultado em 14.9.2015].

Rebelo, C. (2007). Avaliação do estado nutricional dos idosos. [Em linha]. Disponível em <<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4874/1/2007001309.pdf>>. [Consultado em 17.12.2015].

Ribeiro, A. (2009). Influência do *coping* e dos estilos de vida no BES e na saúde dos idosos. [Em linha]. Disponível em <<http://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/688/1/Tese.pdf>>. [Consultado em 17.12.2015].

Sales, C., Moleiro, C., Evans, C. & Alves, P. (2012). Versão portuguesa do CORE-OM: tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39 (2), pp. 54-9.

Santos, F., Andrade, V. & Bueno, O. (2009). Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 14 (1), pp. 3-10.

Schneider, R. & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade; aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 25 (4). pp. 585-593.

Silva, I., Pais-Ribeiro, J., Cardoso, H., Ramos, H., Carvalhosa, S., Dias, S. & Gonçalves, A. (2003). Efeitos do apoio social na qualidade de vida, controlo metabólico e desenvolvimento de complicações crónicas em indivíduos com diabetes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), pp. 21-32.

Silva, R. (2012). Vivências afetivas na terceira idade num contexto institucional. [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13338/1/TESE%20COMPLETA%20RAQUEL.pdf>>. [Consultado em 14.9.2015].

Silva, S. (2009). Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos. [Em linha]. Disponível em <<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1092/1/sarasilva.pdf>>. [Consultado em 27.11.2015].

Straub, R. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Tavares, A. (2010). Idosos e atividade física – programas, qualidade de vida e atitudes. [Em linha]. Disponível em <<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/2847/1/2010001221.pdf>>. [Consultado em 17.12.2015].

Teixeira, L. (2010). Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. [Em linha]. Disponível em <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf>. [Consultado em 27.11.2015].

Teixeira, P. (2006). Envelhecendo passo a passo. [Em linha]. Disponível em <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0283.pdf>>. [Consultado em 14.9.2015].

Thase, M. & Lang, S. (2005). *Sair da depressão – novos métodos para superar a distímia e a depressão branda crônica*. Rio de Janeiro: Imago

Wilkinson, G., Moore, B. & Moore, P. (2005). *Guia prático do tratamento da depressão*. Lisboa: Climepsi

Zimerman, G. (2000). *Velhice: aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed

ANEXOS

Anexo A – Declaração de Consentimento

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/____/200__

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo B – BSI

BSI

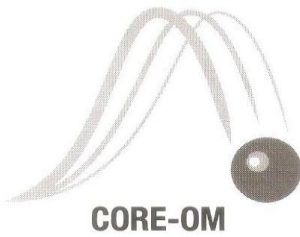
L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

| Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas: | Nunca | Poucas vezes | Algumas vezes | Muitas vezes | Muitíssimas vezes |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Nervosismo ou tensão interior | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Desmaios ou tonturas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dores sobre o coração ou no peito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Medo na rua ou praças públicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Pensamentos de acabar com a vida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Perder o apetite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ter um medo súbito sem razão para isso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Ter impulsos que não se podem controlar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Sentir-se sozinho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Sentir-se triste | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Não ter interesse por nada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Sentir-se atemorizado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Sentir-se inferior aos outros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Dificuldade em adormecer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas: | Nunca | Poucas vezes | Algumas vezes | Muitas vezes | Muitíssimas vezes |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 27. Dificuldade em tomar decisões | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. Sensação de que lhe falta o ar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Calafrios ou afrontamentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Sensação de vazio na cabeça | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Sentir-se sem esperança perante o futuro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Ter dificuldade em se concentrar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Falta de forças em partes do corpo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. Ter vontade de destruir ou partir coisas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. Ter ataques de terror ou pânico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46. Entrar facilmente em discussão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 50. Sentir que não tem valor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. Ter sentimentos de culpa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anexo C- CORE-OM



Identif. Serviço:

Identif. Caso:

Identif. Terapeuta:

Data de preenchimento:

D D M A A A A

Idade: Gênero: M F

Fase de preenchimento

T Triagem
E Encaminhamento
A Avaliação pré-tratamento
P Pré-primeira sessão
1 Pré-terapia, não especificado
D Durante Terapia
U Última sessão
X Follow up 1
Y Follow up 2

Fase

Episódio

IMPORTANTE – LEIA ANTES DE RESPONDER

Este questionário tem 34 afirmações sobre como se sentiu durante a última semana. Por favor, leia cada afirmação e pense quantas vezes se sentiu assim. Depois, marque a resposta que mais se aproxima da maneira como se sentiu.

| Durante a última semana... | Nunca | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre, ou quase sempre | Isso intrinseco, não preenchido |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| 1 Tenho-me sentido terrivelmente sozinho/a e isolado/a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> F |
| 2 Tenho-me sentido tenso/a, ansioso/a ou nervoso/a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 3 Senti que tenho alguém a quem posso pedir ajuda, se precisar | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> F |
| 4 Tenho-me sentido bem comigo próprio/a | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> W |
| 5 Senti-me totalmente sem energia ou entusiasmo | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 6 Fui violento/a fisicamente com outras pessoas | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> R |
| 7 Tenho sentido que sou capaz de lidar com as coisas que correm mal | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> F |
| 8 Tenho-me sentido incomodado/a com dores, mal-estar ou outros problemas físicos | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 9 Pensei em fazer mal a mim próprio/a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> R |
| 10 Tem-me custado muito falar com as outras pessoas | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> F |
| 11 A tensão e a ansiedade não me têm deixado fazer coisas importantes | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 12 Senti-me bem com as coisas que consegui fazer | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> F |
| 13 Tenho tido pensamentos e sentimentos que não quero ter e que me perturbam | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> P |
| 14 Tenho sentido vontade de chorar | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> W |

Vire a página, por favor

Durante a última semana...

| | Nunca | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre, ou quase sempre | Não tentado Não respondida | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------------|----|
| 15 Senti pânico ou terror | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | P |
| 16 Fiz planos para acabar com a minha vida | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | R |
| 17 Senti que os meus problemas são demais para mim | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | W |
| 18 Tenho tido dificuldade em adormecer ou em dormir toda a noite | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | P |
| 19 Senti que tenho pessoas de quem gosto | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> | F |
| 20 Não consegui pôr os meus problemas de lado | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | P |
| 21 Tenho sido capaz de fazer a maior parte das coisas que preciso | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> | F |
| 22 Ameacei ou fiz alguém sentir medo | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | .. |
| 23 Senti-me desesperado/a ou sem saída | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | P |
| 24 Pensei que era melhor se eu estivesse morto/a | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | R |
| 25 Tenho-me sentido criticado/a por outras pessoas | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | F |
| 26 Senti que não tinha amigos | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | F |
| 27 Tenho-me sentido triste | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | P |
| 28 Tenho-me sentido perturbado/a por imagens ou recordações que não quero ter | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | P |
| 29 Tenho-me sentido mais facilmente irritável quando estou com outras pessoas | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | F |
| 30 Tenho-me sentido culpado/a pelos meus problemas | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | . |
| 31 Tenho-me sentido otimista em relação ao meu futuro | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> | W |
| 32 Tenho conseguido as coisas que queria | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> | F |
| 33 Senti-me humilhado/a ou envergonhado/a por outras pessoas | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | F |
| 34 Fiz mal a mim próprio/a fisicamente, ou pus a minha saúde gravemente em risco | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> | R |

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

TOTAIS

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

RESULTADOS MÉDIOS

(total de cada dimensão a dividir pelo número de itens respondidos nessa dimensão)

| | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| (W) | (P) | (F) | (R) | Todos os itens | Todos menos R |

Anexo D- EADS-21

EADS-21 - Nome

Data ____ / ____ / ____

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si *durante a semana passada*. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

- 0- não se aplicou nada a mim
- 1- aplicou-se a mim algumas vezes
- 2- aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3- aplicou-se a mim a maior parte das vezes

| | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| 1 | Tive dificuldades em me acalmar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2 | Senti a minha boca seca | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3 | Não consegui sentir nenhum sentimento positivo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4 | Senti dificuldades em respirar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5 | Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6 | Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7 | Senti tremores (por ex., nas mãos) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8 | Senti que estava a utilizar muita energia nervosa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9 | Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10 | Senti que não tinha nada a esperar do futuro | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11 | Dei por mim a ficar agitado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12 | Senti dificuldade em me relaxar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13 | Senti-me desanimado e melancólico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14 | Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15 | Senti-me quase a entrar em pânico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16 | Não fui capaz de ter entusiasmo por nada | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17 | Senti que não tinha muito valor como pessoa | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18 | Senti que por vezes estava sensível | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19 | Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20 | Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 21 | Senti que a vida não tinha sentido | 0 | 1 | 2 | 3 |

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Reference- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (eads) de 21 itens de lovibond e lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239