

DM  
MAXI.1

Instituto Superior de Psicologia Aplicada


Dissertação de Mestrado em Psicossomática

AVALIAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL E DEPRESSÃO EM  
PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

*Janete Maximiano*



Outubro 2008

 Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
Centro de  
Documentação

Registo: 18360  
Data: 30.06.09

Tel: 21 601 17 50 - Alameda Filipa Camões, 14

## **Agradecimentos**

Agradeço à Prof. Doutora Graça Cardoso que me deu a sugestão do tema e me possibilitou o contacto com o serviço de cardiologia do Hospital Fernando Fonseca.

À Dr<sup>a</sup>. Ana Oliveira Soares, agradeço por me ter facultado a sua agenda de pacientes e me ter permitido espaço junto da consulta de insuficiência cardíaca para a aplicação dos instrumentos de avaliação.

Apresento também os meus agradecimentos ao Prof. Doutor Mendes Pedro pela sua orientação no meu projecto de tese.

E por fim, agradeço profundamente a todos os pacientes da consulta de insuficiência cardíaca que tornaram possível este estudo.

# AValiação DA IMAGEM CORPORAL E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

## RESUMO

### Âmbito:

O objectivo deste estudo é identificar quais são as dimensões da imagem corporal mais desvalorizadas nos pacientes com insuficiência cardíaca (NYHA I, II, III).

Acredita-se que a percepção negativa da imagem corporal poderá levar à desmotivação para participar num programa de reabilitação cardíaca, fazer exercício físico e gerir as actividades de vida diária ou outros factores promotores de qualidade de vida.

### Objectivos:

- Avaliar a relação dos sintomas depressivos e percepção da imagem corporal;
- Avaliar quais das dimensões da imagem corporal se encontram mais perturbadas em relação ao diagnóstico e sintomas depressivos.

### Métodos:

A amostra foi recolhida no service de cardiologia do Hospital Fernando Fonseca e consiste num grupo de 22 pacientes (N=22).

Foram aplicados os questionários *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ, Cash, T.) e *Beck Depression Inventory* (BDI)

### Resultados:

Foram encontradas cotações baixas (em relação à media padrão) nas seguintes subescalas:

*Appearance Evaluation* (< 3,49), *Appearance Orientation* (< 3,6), *Fitness Evaluation* (< 3,72), *Fitness Orientation* (< 3,41), *Health Evaluation* (< 3,95), *Health Orientation* (< 3,61) e *Body Areas Satisfaction* (< 3,5). No que diz respeito à subescala *Illness Orientation*, verifica-se que mais do que a média da amostra, demonstra estar em alerta ou ser reactiva aos sintomas físicos da doença.

Observou-se também que 9,1% dos pacientes não se encontra deprimido, 45,5% está ligeiramente deprimido, 36,4% está moderadamente deprimido e 9,1% está severamente deprimido.

### Conclusões:

A maioria dos pacientes demonstra cotações baixas na maioria das dimensões avaliadas pelo MBSRQ.

Os indivíduos do sexo masculino atribuem cotações mais positivas à aparência física do que as os indivíduos do sexo feminino, mas não se encontram diferenças significativas nas respostas entre sexos.

Quase metade da amostra está ligeiramente deprimida e as mulheres apresentam mais sintomas depressivos do que os homens.

Não foram encontradas diferenças significativas nas respostas entre indivíduos de classes NYHA diferentes.

Foram encontradas as seguintes correlações significativas: Idade e Educação e Ocupação; Sexo e diagnóstico NYHA; Avaliação da Aparência e Estado Civil e Preocupação sobre o Peso; Orientação para a Aparência e Depressão; Avaliação da Condição Física e Orientação para a Doença; Satisfação pelas áreas corporais e Classificação do Peso; Orientação para a Doença e Ocupação; Depressão e Avaliação da Aparência.

**Palavras-chave:** Imagem Corporal, Depressão, Insuficiência Cardíaca

# BODY IMAGE AND DEPRESSION IN HEART FAILURE PATIENTS

## ABSTRACT

### **Background:**

The purpose of this study is to find out which body image subscales are most disturbed in patients with heart failure (NYHA I, II and III) and in which way they influence the patients' daily life. It is believed that a negative body image perception can cause lack of motivation to participate in a cardiac rehabilitation program, do physical exercise, manage daily activities or other important factors of QOL.

### **Aims:**

- to assess the influence of depressive symptoms on body image perception;
- to assess which body image subscales are most disturbed in relation to the NYHA Class and depressive symptoms;

### **Methods:**

The sample has been collected in the cardiac service of Fernando Fonseca Hospital and consists of a group of 22 patients (N=22).

The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ, Cash, T.) and the Beck Depression Inventory (BDI) were applied.

### **Results:**

Low scores (as related to the standard) were found in the following subscales: Appearance Evaluation (< 3,49), Appearance Orientation (< 3,6), Fitness Evaluation (< 3,72), Fitness Orientation (< 3,41), Health Evaluation (< 3,95), Health Orientation (< 3,61), and Body Areas Satisfaction (< 3,5). Illness Orientation subscale shows more than an average of patients being alert or reactive to physical symptoms of illness.

It was found that 9.1% of the patients were not depressed, 45.5% were mildly depressed, 36.4% were moderately depressed and 9.1% were severely depressed.

### **Conclusion:**

Most of patients show low scores in the majority of dimensions of MBSRQ

Men give more positive scores to the physical appearance than women, but in general no significant differences were found in the answers between men and women (low scores for both genders).

The average of the sample is mildly depressed;

Women show more depressive symptoms than men;

No significant differences were found in the answers between classes NYHA;

Significant correlations were found in the following factors: Age and Education and Occupation; Sex and Diagnosis NYHA; Appearance evaluation and Marital Status and Over-weight Preoccupation; Appearance Orientation and Depression; Fitness Evaluation and Illness Orientation; Illness Orientation and Occupation; Body Areas Satisfaction and Weight Classification; Depression and Appearance Evaluation.

**Key-words:** Body-Image, Depression, Heart Failure

# ÍNDICE GERAL

## Parte I

### APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

1. Objecto do estudo	1
1.1 Enunciado do problema	1
1.2 Objectivos do estudo	2
1.3 Variáveis	3
1.4 Questões da investigação	3
1.5 Limitações da investigação	4

## Parte II

### REVISÃO DA LITERATURA

1. Conceito de Imagem Corporal	5
1.1 Relação entre Imagem Corporal e desenvolvimento da auto-estima	6
1.2 O papel do adulto para o aporte de segurança na construção da Imagem Corporal	7
1.3 Indicadores de perturbação ao nível da Imagem Corporal	9
1.4 Perspectivas cognitivo-comportamentais	10
1.5 Imagem Corporal e envelhecimento	11
2. Insuficiência Cardíaca	14
2.1 Causas frequentes	15
2.2 Prevalência	17
2.3 Fisiopatologia	18
2.4 Sintomas	18
2.5 Classificações funcionais	20
2.6 Exames complementares	20
3. Depressão e doença cardíaca	22
3.1 A problemática da depressão	22
3.2 Mecanismos fisiológicos e psicossociais da depressão e ansiedade que afectam o bom prognóstico da doença cardíaca	24
3.3 A influência da personalidade	25
3.4 Preditores psicológicos de incapacidade	26

### **Parte III**

#### **METODOLOGIA**

1. Métodos e Procedimentos	
1.1 Amostra e critérios para inclusão no estudo	28
1.2 Descrição do instrumento	30
2. Natureza da Investigação	
2.1 Procedimentos e análise de dados estatísticos	33

### **Parte IV**

#### **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

1. Estatística descritiva	
1.1 Descrição da amostra	35
1.1.1 Distribuição da amostra em função do sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, ocupação, agregado familiar e diagnóstico.	35
1.1.2 Distribuição da amostra em função do valor de resposta obtido em cada item do instrumento MBSRQ.	38
1.1.3 Distribuição da amostra em função do valor total de resposta obtido no BDI.	43
1.1.4 Análise da relação entre a variável sexo e os itens do MBSRQ e total do BDI.	43
1.1.5 Análise da relação entre a variável intervalo de idade e os itens do MBSRQ e total do BDI.	49
1.1.6 Análise da relação entre a variável depressão e os itens do MBSRQ.	51
1.1.7 Análise da relação entre a variável depressão e diagnóstico.	57
1.2 Análise de correlações: Teste Spearman.	57
1.3 Diferenças entre os totais dos itens do MBSRQ, total do BDI e as variáveis: sexo e diagnóstico.	60
1.4 Análise da Consistência interna do instrumento.	60

### **Parte V**

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO DOS RESULTADOS	61
RECOMENDAÇÕES	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo cognitivo-comportamental de Cash, T.; 2004	11
Figura 2: Factores agravantes na evolução da insuficiência cardíaca	16

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Tipos e sintomas de insuficiência cardíaca	18
Quadro 2: Descrição de sintomas	19
Quadro 3: Classificação da <i>New York Heart Association</i> (NYHA)	20
Quadro 4: Sub escala de factores do instrumento MBSRQ	31
Quadro 5: Idade	35
Quadro 6: Idade por intervalo	36
Quadro 7: Sexo	36
Quadro 8: Estado Civil	37
Quadro 9: Habilitações Literárias	37
Quadro 10: Ocupação	37
Quadro 11: Agregado Familiar	38
Quadro 12: Classe NYHA	38
Quadro 13: Avaliação da Aparência	39
Quadro 14: Orientação para a Aparência	39
Quadro 15: Avaliação da Condição Física	40
Quadro 16: Orientação para a Condição Física	40
Quadro 17: Orientação para a Saúde	41
Quadro 18: Orientação para a Doença	41
Quadro 19: Satisfação pelas Áreas Corporais	42
Quadro 20: Preocupação pelo Peso	42
Quadro 21: Classificação do Peso	43
Quadro 22: Depressão	43
Quadro 23: Relação da variável sexo e avaliação da aparência	44
Quadro 24: Relação da variável sexo e orientação para a aparência	44
Quadro 25: Relação da variável sexo e avaliação da condição física	45
Quadro 26: Relação da variável sexo e orientação para a condição física	45
Quadro 27: Relação da variável sexo e avaliação da saúde	46
Quadro 28: Relação da variável sexo e orientação para saúde	46
Quadro 29: Relação da variável sexo e orientação para a doença	47

Quadro 30: Relação da variável sexo e satisfação pelas áreas corporais	47
Quadro 31: Relação da variável sexo e preocupação pelo peso	48
Quadro 32: Relação da variável sexo e classificação do peso	48
Quadro 33: Relação da variável sexo e depressão	48
Quadro 34: Relação da variável intervalo de idade e avaliação da aparência	49
Quadro 35: Relação da variável intervalo de idade e orientação para a saúde	50
Quadro 36: Relação da variável intervalo de idade e orientação para a doença	50
Quadro 37: Relação da variável intervalo de idade e depressão	51
Quadro 38: Relação da variável depressão e avaliação da aparência	52
Quadro 39: Relação da variável depressão e orientação para a aparência	52
Quadro 40: Relação da variável depressão e avaliação da condição física	53
Quadro 41: Relação da variável depressão e orientação para a condição física	53
Quadro 42: Relação da variável depressão e avaliação da saúde	54
Quadro 43: Relação da variável depressão e orientação para saúde	54
Quadro 44: Relação da variável depressão e orientação para a doença	55
Quadro 45: Relação da variável depressão e satisfação pelas áreas corporais	56
Quadro 46: Relação da variável depressão e preocupação pelo peso	56
Quadro 47: Relação da variável depressão e classificação do peso	57
Quadro 48: Relação da variável depressão e classe NYHA	57
Quadro 49: Correlações de Spearman	59

## **Índice de Anexos**

Multidimensional Body Self-Relation Questionnaire

Beck Depression Inventory

## Parte I

### APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

#### Objecto do Estudo

Enunciado do problema

Objectivos do estudo

Variáveis

Questões da investigação

Limitações da investigação

## OBJECTO DO ESTUDO

### *Perspectivas e hipóteses gerais de investigação*

Neste capítulo serão apresentados o enunciado do problema, os objectivos e hipóteses gerais da investigação, as questões de investigação levantadas e ainda algumas das limitações consideradas relevantes no decorrer deste estudo.

#### ***Enunciado do problema***

A Imagem Corporal é a representação subjectiva sobre o próprio corpo. É um constructo multidimensional constituído por duas componentes: Perceptiva e Subjectiva.

A componente perceptiva está relacionada com a forma como o sujeito avalia a sua aparência física, no que diz respeito à forma e dimensões corporais. Por sua vez, a componente subjectiva diz respeito ao modo como o sujeito se relaciona consigo próprio, ou seja, como avalia a sua competência e função no seu contexto de vida pessoal e sócio-cultural.

Estas componentes são interdependentes e desenvolvem-se ao longo da história de vida do indivíduo, sofrendo a influência de factores biológicos, cognitivos, afectivos, psicopatológicos, sociais e culturais.

A maior parte dos estudos clínicos realizados sobre Imagem Corporal têm incidido sobre patologias que provocam alterações morfológicas, tais como o cancro, amputações, e perturbações do comportamento alimentar. A avaliação deste constructo nestes casos baseia-se na componente perceptiva.

Não se tendo encontrado, até à data, referências de estudos realizados neste âmbito em doentes com patologia cardíaca, propõe-se a realização deste estudo de forma a se perceber quais as dimensões da Imagem Corporal mais afectadas nos doentes com Insuficiência Cardíaca (classe I, II e III), e de que modo poderão afectar a sua funcionalidade. Isto porque se considera que a percepção negativa da Imagem Corporal poderá influenciar a motivação para a participação num programa de reabilitação cardíaca ou para a gestão das actividades de vida diária, assim como o dinamismo pessoal para a realização de actividade física ou a participação em eventos sócio-culturais, importantes para a manutenção da Qualidade de Vida dos pacientes.

### ***Objectivos do estudo***

Este estudo pretende avaliar como é que indivíduos com insuficiência cardíaca percebem e se relacionam com o seu próprio corpo, tendo assim em conta as componentes subjectiva e perceptiva da Imagem Corporal. Pretende também estabelecer uma relação com a sintomatologia depressiva.

O instrumento utilizado (MBSRQ – Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire), permite avaliar as seguintes sub escalas:

- Avaliação da Aparência;
- Avaliação da Saúde;
- Orientação para a Aparência;
- Orientação para a Saúde;
- Avaliação da Condição Física;
- Orientação para a Doença.

- Orientação para a Condição Física;

E as seguintes sub escalas adicionais:

- Satisfação pelas áreas corporais;
- Auto-classificação do peso.
- Preocupação pelo excesso de peso;

É intenção deste estudo relacionar as sub escalas mencionadas acima com o valor total obtido no instrumento de avaliação da depressão clínica (BDI – Beck Depression Inventory).

A partir dos instrumentos utilizados pretendem-se focar os seguintes objectivos mediante uma avaliação quantitativa:

1. Investigar sobre a percepção dos indivíduos com Insuficiência Cardíaca relativa a cada dimensão / sub-escala avaliada pelo MBSRQ;
2. Analisar descritivamente cada dimensão avaliada de acordo com as características clínicas e demográficas dos indivíduos com Insuficiência Cardíaca;
3. Estudar a relação entre as diferentes variáveis em estudo e dimensões da Imagem Corporal avaliadas.

A partir deste estudo pretende-se reflectir sobre futuras propostas de intervenção num programa de Reabilitação Cardíaca sensível aos aspectos relacionados com a Imagem Corporal.

### *Variáveis do estudo*

#### Sócio-demográficas

- Sexo
- Idade
- Estado civil
- Habilitações literárias
- Profissão
- Agregado Familiar

#### Clínicas

- Diagnóstico (Classe de Insuficiência Cardíaca da NYHA (New York Heart Association))
- Componentes da Imagem Corporal
- Sintomatologia Depressiva

### *Questões/ Hipóteses do estudo*

- Avaliar a influência da sintomatologia depressiva na percepção da Imagem Corporal;
  - ↳ H1: Indivíduos depressivos com insuficiência cardíaca possuem uma Imagem Corporal negativa.
- Avaliar quais as dimensões da Imagem Corporal se encontram mais distorcidas em relação ao diagnóstico e sintomatologia depressiva;
  - ↳ H2: Há determinadas dimensões da Imagem Corporal que se encontram mais distorcidas devido ao diagnóstico ou sintomatologia depressiva.
- Relacionar as variáveis sócio-demográficas e clínicas:
  - Relacionar a variável diagnóstico com cada item da escala MBSRQ e total da escala BDI.
  - Relacionar a variável sexo com cada item da escala MBSRQ e total da escala BDI.

- Relacionar a variável intervalo de idade com cada item da escala MBSRQ e total da escala BDI.
- Relacionar a variável depressão com cada item da escala MBSRQ.

### ***Limitações do estudo***

Como limitações do estudo considera-se relevante destacar os seguintes aspectos:

- O reduzido número da amostra, que poderá ter influenciado a obtenção de poucas correlações significativas entre itens e variáveis;
- Os instrumentos aplicados são bastante extensos, o que levou a um tempo médio de aplicação 50% superior ao esperado (de 20 minutos para 40 minutos);
- Dificuldades de compreensão de algumas questões do instrumento por parte dos indivíduos da amostra por razões relacionadas com o analfabetismo;
- Dificuldade na recolha da amostra por resistência à participação dos indivíduos e condições de aplicação.

## Parte II

### REVISÃO DA LITERATURA

#### Conceito de Imagem Corporal

Relação entre Imagem Corporal e desenvolvimento da auto-estima

O papel do adulto para o aporte de segurança na construção da Imagem Corporal

Indicadores de perturbação ao nível da Imagem Corporal

Perspectivas cognitivo-comportamentais

Imagem Corporal e envelhecimento

#### Insuficiência Cardíaca

Causas frequentes

Prevalência

Fisiopatologia

Sintomas

Classificações funcionais

Exames complementares

#### Depressão e doença cardíaca

A problemática da depressão

Mecanismos fisiológicos e psicossociais da depressão e ansiedade que afectam o bom prognóstico da doença cardíaca

A influência da personalidade

Preditores psicológicos de incapacidade

## CONCEITO DE IMAGEM CORPORAL

Ao longo das investigações sobre Imagem Corporal, a experiência corporal tem sido perspectivada como um constructo fundamental para a compreensão do funcionamento humano (Pruzinsky & Cash, 2004). O papel da Imagem Corporal influencia largamente a qualidade de vida. Desde a infância, as emoções, pensamentos, comportamentos e consequentemente as relações sociais afectam a concepção individual da Imagem Corporal (Pruzinsky & Cash, 2004).

O conceito de Imagem Corporal surge inicialmente da psicanálise, definindo-se de acordo com Groz (cit. por Williams e Bendelow, 1998), como um terceiro termo entre a mente e o corpo, o psíquico e o somático (Cunha, 2004).

Entre tantos outros investigadores, foi Schilder (1935) que mais se destacou nesta área, por reunir e inter-relacionar num só conceito, os factores fisiológicos, psicológicos e sociais do corpo. Fundamentou a sua teoria através do trabalho de Freud, no que diz respeito à importância atribuída às estruturas libidinais (Cunha, 2004).

Segundo Schilder (1935), o dualismo mente/corpo não pode ser entendido em separado, mas sim de forma integrada. Definiu a Imagem Corporal como a representação mental que cada um faz de si próprio. É um conceito plástico em constante mudança, dependente do crescimento e da influência significativa das interações constantes com o envolvimento social e com o objecto de identificação (Schilder, 1935, tradução portuguesa de 1999; Sira, 2003).

Schilder estabelece uma relação entre o Esquema Corporal (conceito neurológico) e Imagem Corporal (conceito psicanalítico). O Esquema Corporal é a imagem tridimensional que cada um tem de si mesmo, através de estímulos proprioceptivos. Sensações como a dor e outros sinais, são indícios subjectivos do estado das partes do corpo, que permite construir a noção de limite interno. O Esquema Corporal é a integração neurológica de dados posturais e dimensionais e a Imagem Corporal concerne a vida psíquica (Schilder, 1935, tradução portuguesa de 1999; Sira, 2003).

“Imagem Corporal é a forma pela qual o indivíduo percepção o seu próprio corpo, enquanto objecto único, construída de forma dinâmica pelas interações sociais, segundo os padrões de uma dada cultura” (Cunha, 2004).

Cash & Pruzinsky (1990) defendem a Imagem Corporal como um constructo multidimensional, envolvendo factores internos, tais como factores psicológicos e experiências interpessoais e factores externos, tais como factores sociais.

Vários estudos indicam que são os aspectos afectivos ou subjectivos (de atitude) da Imagem Corporal, relacionados com os factores internos, que melhor predizem os distúrbios relacionados com este conceito (Sira, 2003).

### ***Relação entre Imagem Corporal e desenvolvimento da Auto-Estima***

A literatura recente aponta para o facto de que construção da Imagem Corporal é um importante factor do desenvolvimento do “Self” e da saúde mental ao longo da vida. Este factor tem sido correlacionado positivamente com os conceitos de auto-estima, auto-conceito e sentimento de competência (Sira, 2003).

Freud (cit. in Cash & Pruzinsky, 1990) já defendia o ego, como um ego corporal, o qual é referente à combinação da experiência psíquica ou sensação corporal, do funcionamento corporal e da imagem corporal. O ego corporal depende assim, do conjunto variado das experiências cinestésicas da superfície ao interior do corpo, assim como também das várias funções corporais.

O desenvolvimento adequado da imagem corporal, da percepção dos limites físicos do corpo e da subsequente evolução dos limites do ego, caminham passo a passo, passando por estádios de narcisismo primário e estádios de separação-indivuação, fundamentais para a consistência dos limites do corpo e a coerência dos limites do ego (Cash & Pruzinsky, 1990).

O desenvolvimento do Eu (ego) corporal processa-se em três diferentes níveis:

1. *Experiência psíquica precoce do corpo*: o corpo da criança, afectos e movimentos são inicialmente experimentados através do *mirroring selfobject* (espelhamento do objecto cuidador) (Cash & Pruzinsky, 1990).

A imagem corporal narcisista tem como precursor o rosto materno. A criança vê-se reflectida no olhar do objecto materno (Levin, 1999). Tal como Samí Ali afirmou no seu livro *Corpo real, corpo imaginário*, “perceber o rosto da mãe em sua diferença em relação a outros rostos, é pois, pressentir a possibilidade de ter um rosto diferente do da mãe”.

2. *Atenção precoce sobre a imagem corporal com a integração das experiências internas e externas:* a criança começa a explorar e a descobrir os limites da superfície do corpo e subsequentemente começa a distinguir o estado interno do corpo do mundo exterior. Neurobiólogos discutem a possibilidade do desenvolvimento da capacidade de imaginação nesta fase da vida.

Piaget (1945) descreve que esta capacidade é desenvolvida ao longo do estágio sensório-motor (8-13 meses de idade), período no qual, a imagem e suas propriedades parecem existir independentemente do objecto ou da pessoa percebida.

Esta capacidade de imaginação é inicialmente bastante primitiva, sendo limitada na identificação dos símbolos dos objectos transitivos (Malrieu, 1996; Cash & Pruzinsky, 1990).

3. *Definição do Eu corporal como um substrato da atenção do Eu:* por volta dos 15 meses de idade desenvolve-se mais um nível de organização da atenção sobre o corpo. A criança descobre-se a ela própria no espelho e adquire a noção semântica da palavra “não” para se afirmar. Desta forma, a criança expressa uma boa capacidade cognitiva e subsequente capacidade de distinguir o que quer para si própria. O qual é só possível, com o desenvolvimento saudável do conhecimento dos limites do corpo e da sua relação com o mundo exterior (Malrieu, 1996; Cash & Pruzinsky, 1990).

#### ***O papel do adulto para o aporte de segurança na construção da Imagem Corporal***

O adulto é o modelo de identificação e de referência para a criança ao mesmo tempo que lhe confere um aporte de segurança e confiança. A sua ausência ou os seus cuidados precários comprometem o desenvolvimento saudável do Eu corporal. Por outro lado um adulto demasiado protector irá também privar a criança de construir as suas experiências pessoais, promovendo uma relação de dependência e insegurança (Vayer, 1980).

Vayer (citando Rogers), defende assim o favorecimento da auto-directividade ao longo da relação educativa. Desta forma acredita que a educação deverá promover o processo criativo e a tomada de iniciativa e decisão.

Melrieu (1996) cita Piaget ao defender a importância da imitação no desenvolvimento dos esquemas simbólicos da acção. A imitação acompanha o progresso da inteligência, como um prolongamento da acomodação inerente aos esquemas da inteligência sensório-motora. Neste estágio, a imitação deixa de ser uma mera reprodução de

movimentos, passando também a apropriar-se de modelos fornecidos pelos adultos, os quais a criança assimila e acomoda de acordo com a sua realidade.

Piaget defende que este processo é determinado pela conquista do objecto e sua subsequente reprodução por analogia ou semelhança de situações e contextos ocorridos em espaços de tempo diferentes.

É através desta fase que a criança se incita a explorar objectos novos trazendo consigo experiências análogas de manipulação e já de imaginação (Melrieu, 1996).

De modo que a criança consiga comunicar com o mundo que a rodeia, adaptando-se a situações diferentes, deverá ter consciência, controlo e organização do seu próprio corpo. Todas as experiências e comunicações com o mundo exterior mal estruturados vão-se reflectir em dificuldades ao nível da organização do Eu (Vayer, 1980).

A actividade da criança respeita também a organização dos ritmos biológicos, aos quais o adulto não deverá ignorar, mas sim conciliar a sua relação com a criança mediante esses ritmos. Toda acção organizada no corpo, no espaço e com os objectos, poderá favorecer a espontaneidade e por conseguinte o desenvolvimento dos seguintes aspectos:

- Consciência de si,
- Consciência dos elementos corporais,
- Consciência da respiração (atenção sobre si próprio, controlo da actividade involuntária,
- Coordenação dos elementos corporais,
- Equilíbrio corporal (sensações proprioceptivas).

Todos estes factores são investidos através do diálogo tónico-emocional (relação com o outro, autonomia em relação ao outro) e do jogo corporal (espontâneo, expressivo, como também aquisição progressiva de regras pela organização do brincar pela própria criança) (Vayer, 1980).

Estudos sobre a vinculação têm demonstrado que crianças seguras têm a noção de serem desejadas pelo outro, pela responsividade adequada às suas necessidades.

Por outro lado, crianças inseguras avaliam-se negativamente perante o outro, não se considerando dignas do amor do outro, devido à inconsistência dos seus cuidadores e rejeição ou fraca responsividade às suas necessidades (Sira, 2003).

A disponibilidade parental é o recurso básico para o desenvolvimento da segurança nas crianças, e a capacidade de resposta às necessidades das crianças é o primeiro motor do desenvolvimento de relações futuras saudáveis com os outros e com o próprio corpo (Sira, 2003).

### ***Indicadores de perturbação ao nível da Imagem Corporal***

*“Ocupar-se da imagem do corpo e do corpo e suas imagens supõe sempre um corpo simbólico que as sustenta e as mantém.” Levin, 1999*

Gisela Pankon (cit. por Levin, 1999) defende que a Imagem Corporal é definida por duas funções simbolizantes. A primeira é referente à função de *gestalt* ou função referente à unidade, no que diz respeito à estrutura espacial do corpo. Função a qual é determinante para que a criança se reconheça em frente ao espelho, se reconheça como Um, indivíduo, diferente do Outro, reconhecendo as partes do corpo como integrantes de uma unidade completa.

A segunda função é referente ao conteúdo e ao sentido de cada parte corporal, ou seja à semântica corporal.

Para Pankon a imagem do corpo depende da dinâmica espacial e é inconsciente, enquanto o esquema corporal está na base do pré-consciente, tornando-se consciente por intermédio de reacções físicas ou fisiológicas (dor, temperatura, sudação). Esta tomada de consciência é realizada de forma pragmática e na maioria das vezes por reacções de desconforto, mas nunca é totalizante, é fugaz e permite-nos não perder a integridade física (Levin, 1999).

A imagem e o esquema Corporal são indissociáveis e uma perturbação ao nível do esquema corporal, tal como dificuldades na lateralidade, praxia ou paratonias poderá não ter uma origem orgânica, mas sim na imagem subjectiva que o sujeito faz de si próprio, a qual por sua vez é influenciada pela relação com o meio e com o outro.

No parecer de Levin (1999), as crianças autistas apresentam muitas das vezes um esquema corporal desorganizado, não por uma perturbação neurológica, mas pela relação perturbada com o objecto materno ou objecto cuidador, o qual não proporcionou experiências saudáveis e estruturantes para a tomada de consciência dos limites do corpo.

Para que a criança desenvolva uma imagem corporal segura e confiante é necessário reforçar elementos otimizantes da relação. Estes são principalmente, o olhar, o toque, a voz e o movimento (diálogo tónico-emocional). Como foi referido anteriormente, o papel do adulto é fundamental, e deverá promover uma relação equilibrada respeitando os ritmos envolvidos na expressão dos elementos referidos.

A expressão psicossomática na criança verifica-se essencialmente no sono, na alimentação, eliminação e respiração, momentos estes dependentes do equilíbrio do ritmo biológico e fundamentais nos primórdios da relação mãe-filho (Golse, 2002).

A mãe, deverá desempenhar diversos papéis, tais como gratificação (oral, táctil, embalo e outros estímulos sensoriais), protecção contra estímulos externos demasiado fortes e estimulação (Haynal et al, 1998). A aquisição das praxias, do aumento ponderal e altura e dos diferentes processos cognitivos e do funcionamento mental em geral, dependem das várias estimulações oferecidas pela mãe. Estas poderão ser excessivas e traumatizantes, insuficientes ou contraditórias (Haynal & et al, 1998).

Cuidadores excessivamente atentos às necessidades e apelos dos filhos, descodificando os sinais de imediato, não permitem o desenvolvimento da autonomia e essencialmente, ao quebrarem o tempo de espera não permitem que as necessidades se elaborem em desejos. Desta forma, estes cuidadores proporcionam aos filhos um funcionamento futuro do tipo psicossomático, expresso pela ausência do simbólico e dificuldade em pensar nas emoções (Golse, 2002).

Cuidadores deprimidos, também na perspectiva de Golse, devido a uma lacuna na expressão dos seus afectos, fazem com que o bebé corra o risco de se deprimir numa fase muito precoce da sua existência, prévia ao desenvolvimento simbólico e capacidade de elaboração das suas experiências de angústia. Assim sendo a criança desenvolverá mais tarde formas de expressão do sofrimento de forma pragmática e observável, como a expressão da doença ou do mal-estar corporal (materialização corporal ou comportamental dos conflitos intrapsíquicos).

### ***Perspectivas Cognitivo-comportamentais***

A perspectiva cognitivo-comportamental enfatiza os processos de aprendizagem social e a mediação cognitiva de comportamentos e emoções. Sobre o conceito de Imagem Corporal é fundamental distinguir eventos históricos de actuais ocorrências. Os primeiros dizem respeito a eventos passados, atributos e experiências que influenciam a

forma como cada um pensa, sente e age em relação ao seu corpo (Cash, 2004). São exemplos destes factores a socialização cultural, experiências interpessoais, características físicas e de personalidade (Thompson, 2003).

Através de vários tipos de aprendizagem social, os factores históricos instigam atitudes e esquemas fundamentais da Imagem Corporal, tais como a sua avaliação e níveis de investimento na Imagem Corporal (Cash, 2004).

A avaliação da Imagem Corporal refere-se à satisfação ou insatisfação com o próprio corpo. O Investimento na Imagem Corporal refere-se à importância cognitiva, comportamental e emocional do corpo para uma auto-avaliação (Thompson, 2003).

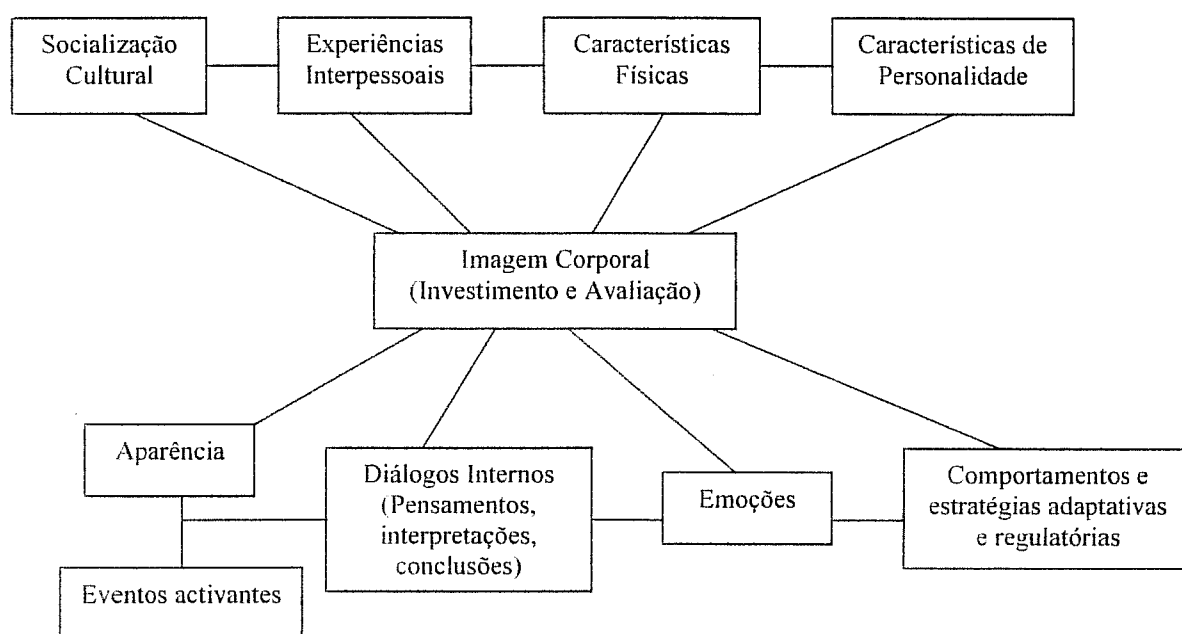


Figura 1: Modelo cognitivo-comportamental de Cash, T., 2004

O modelo acima representado pretende demonstrar de forma esquemática a multidimensionalidade do conceito de Imagem Corporal, assinalando factores históricos e factores actuais, para diferenciar aprendizagens sociais prévias de experiências e reacções imediatas relacionadas com a Imagem do Corpo (Cash, 2004).

### ***Imagem Corporal e envelhecimento***

O corpo evolui continuamente desde o nascimento até à morte. A avaliação sobre como os indivíduos reagem às mudanças da forma, aparência e funcionamento corporal é fundamental para a compreensão da adaptação psicológica ao longo da idade adulta (Whitbourne; Skultety, 2004).

A avaliação da Imagem Corporal na idade adulta requer essencialmente três componentes:

- **Aparência Física:** factor externo importante para o *self* e sua relação com os outros. Inclui informação sobre a idade e a atractividade.

- **Competência:** as sensações internas da competência são, em parte, baseadas em sensações físicas associadas à idade, incluindo noções de agilidade, resistência e poder.

- **Saúde Física:** a experiência de saúde ou doença tem fortes implicações na qualidade de vida e influencia os pensamentos e sentimentos acerca do fim da vida (Whitbourne; Skultety, 2004).

A teoria do processo identitário propõe que os adultos que mantêm um sentido consistente do *self* ao longo do tempo, enquanto fazem adaptações comportamentais e psíquicas ao processo de envelhecimento, são os que melhor previnem e compensam as mudanças no funcionamento físico relacionadas com a idade.

Estão descritos dois mecanismos que influenciam a interacção do adulto com o processo de envelhecimento. São denominados por: assimilação e acomodação (Whitbourne; Collins, 1998).

No mecanismo de assimilação o indivíduo tende a manter uma perspectiva consistente do *self*, quando se confronta com uma situação relacionada com o envelhecimento, como por exemplo, o aparecimento de rugas. Neste caso, a importância da experiência é minimizada e o indivíduo não atribui grande significado e conseqüentemente não se verificam mudanças na identidade.

No mecanismo de acomodação, a experiência ultrapassa o indivíduo e provoca uma redefinição do sentido do *self* (Whitbourne; Collins, 1998).

De acordo com a teoria do processo identitário, existem riscos associados em ambos os mecanismos descritos acima. Os indivíduos que utilizam apenas a identidade por assimilação negam ou ignoram, com frequência, sinais de envelhecimento sobre os quais deveriam prestar mais atenção, não utilizando por vezes medidas preventivas e compensatórias. Por outro lado, poderão envolver-se entusiasticamente na prática de exercício físico, de forma a promover uma aparência jovem (Whitbourne; Skultety, 2004).

Os indivíduos que apenas demonstram o mecanismo de acomodação sofrem com maior frequência as conseqüências negativas do envelhecimento. Definem-se a si próprios como velhos e não vêem o exercício físico como uma medida preventiva ou benéfica.

Por outro lado, poderão tornar-se mais preocupados com os factores de saúde agravados pelo envelhecimento e por tal recorrem mais frequentemente ao médico e ao uso de medicação. Assim sendo, parece que o mecanismo de assimilação é uma abordagem mais favorável ao envelhecimento (Whitbourne; Skultety, 2004).

Alguns estudos de género concluíram que apesar dos homens terem uma Imagem Corporal mais positiva que as mulheres, em ambos os grupos (mais velhos e mais jovens), as diferenças entre sexos tornam-se menos acentuadas a partir dos 65 anos. Assim, as mulheres tendem ao longo da idade a utilizar menos o mecanismo de acomodação e procurarem estratégias de assimilação para manter uma identidade estável de auto-valorização (Wilcox, 1997).

Os homens parecem sofrer menos dos efeitos negativos da idade sobre a aparência corporal, mas poderão ser mais vulneráveis aos efeitos do envelhecimento sobre a competência e saúde. Também por usarem mais mecanismos de assimilação, tendem a ser menos deprimidos com o processo de envelhecimento e doenças associadas do que as mulheres (Pliner et al, 1990).

No que diz respeito à avaliação da Imagem Corporal em idade adulta avançada, alguns estudos demonstram que a maioria dos indivíduos não expressam uma avaliação negativa da sua saúde, bem-estar ou capacidade de enfrentar as tarefas diárias. Isto poder-se-á dever ao facto de os processos identitários estarem a correr bem ou por outro lado, é possível que estes adultos tenham ficado resistentes ou imunes às evidências de mudança do seu corpo. Os estudos expressam também que são os indivíduos de meia-idade que demonstram maior sensibilidade aos medos e mitos do envelhecimento, que os adultos de idade mais avançada, os quais estão realmente na presença dos efeitos do envelhecimento (Tiggemann; Lynch, 2001).

## INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

A Insuficiência Cardíaca é uma das patologias com maior mortalidade (aproximadamente 250 000 indivíduos por ano morrem em consequência de uma insuficiência cardíaca) e a sua prevalência aumenta gradualmente, o que leva a indicar que em poucos anos será a patologia cardiovascular mais frequente. Afecta principalmente indivíduos com uma média de idades entre os 65 anos, acarretando custos hospitalares bastante elevados (Konstam et al, 2005). Desta forma, é cada vez mais importante o desenvolvimento de um maior número de investigações sobre esta área, não só no plano farmacológico, mas também no plano fisiopatológico, preventivo e desenvolvimento de novas terapêuticas não farmacológicas.

A Insuficiência Cardíaca foi descrita inicialmente como um distúrbio hemodinâmico. De acordo com essa descrição, a insuficiência cardíaca acontece após “agressão” cardíaca, que prejudica a ejeção sanguínea, provocando a diminuição do débito cardíaco, com uma consequente diminuição do fluxo renal, que por sua vez, leva à retenção de sódio e água e ao aparecimento de edemas periférico e pulmonar<sup>1</sup>.

A Insuficiência Cardíaca não é simplesmente uma doença do coração, mas sim uma síndrome complexa que agrega toda a circulação, implicando interações neuro-hormonais, processos imunitários, que alteram a reactividade vascular periférica (Cohen-Solal, 2003). É normalmente definida como a incapacidade do coração de assegurar, em condições normais, um débito sanguíneo necessário às necessidades metabólicas e funcionais dos diferentes órgãos.

Quando o débito cardíaco cai após agressão miocárdia, mecanismos neuro-hormonais são ativados com o objetivo de preservar a homeostase circulatória. Embora originalmente vista como uma resposta compensatória benéfica, a libertação endógena de neuro-hormonas vasoconstritoras parece ter acção no desenvolvimento da insuficiência cardíaca congestiva, pelo aumento da sobrecarga de volume e da pós-carga do ventrículo com contractilidade já diminuída. Isto leva à progressão da insuficiência cardíaca já existente. Essas neuro-hormonas podem agravar as anormalidades metabólicas já existentes, ocasionando o aparecimento de arritmias cardíacas. Por esses mecanismos, a ativação neuro-hormonal contribui de maneira significativa para os sintomas de insuficiência cardíaca, assim como está envolvida na alta mortalidade dos portadores dessa doença (Cohen-Solal, 2003).

O estilo de vida (ex.: consumos tabágicos, baixo exercício físico, alimentação rica em colesterol), stress e condição de saúde (ex.: diabetes, excesso de peso) são elevados factores de risco para a insuficiência cardíaca. Contudo, nem todos os pacientes com IC têm comportamentos de risco ou estão expostos aos mesmos. Nestes casos a causa pode estar relacionada com deficiência congénita do coração ou danos do músculo cardíaco por infecções recorrentes ou agudas<sup>2</sup>.

### *Causas frequentes*

A insuficiência cardíaca nunca deve ser um diagnóstico final e a etiologia deve ser cuidadosamente investigada, pois esta poderá influenciar o tratamento e o prognóstico. A história clínica deve incluir dados epidemiológicos, história de uso de substâncias tóxicas, doenças prévias, factores de risco de doença coronária e presença de dor anginosa. No exame clínico sopros intensos podem chamar a atenção para lesões valvares orgânicas. O ECG e o ecocardiograma devem ser analisados tendo em vista a etiologia isquémica. Exames sorológicos podem ser necessários para o diagnóstico de doenças infecciosas como doença de Chagas, toxoplasmose, doença de Lyme, micoplasma e viroses. A biopsia endomiocárdica pode ser necessária. Obesidade, anemia, uremia, doenças tiroideias e consumo de álcool podem agravar ou até mesmo causar insuficiência cardíaca. Hipertensão, taquiarritmias, consumo de substâncias tóxicas, isquémia miocárdica e miocardite são causas reversíveis de insuficiência cardíaca que devem ser exaustivamente pesquisadas<sup>1</sup>.

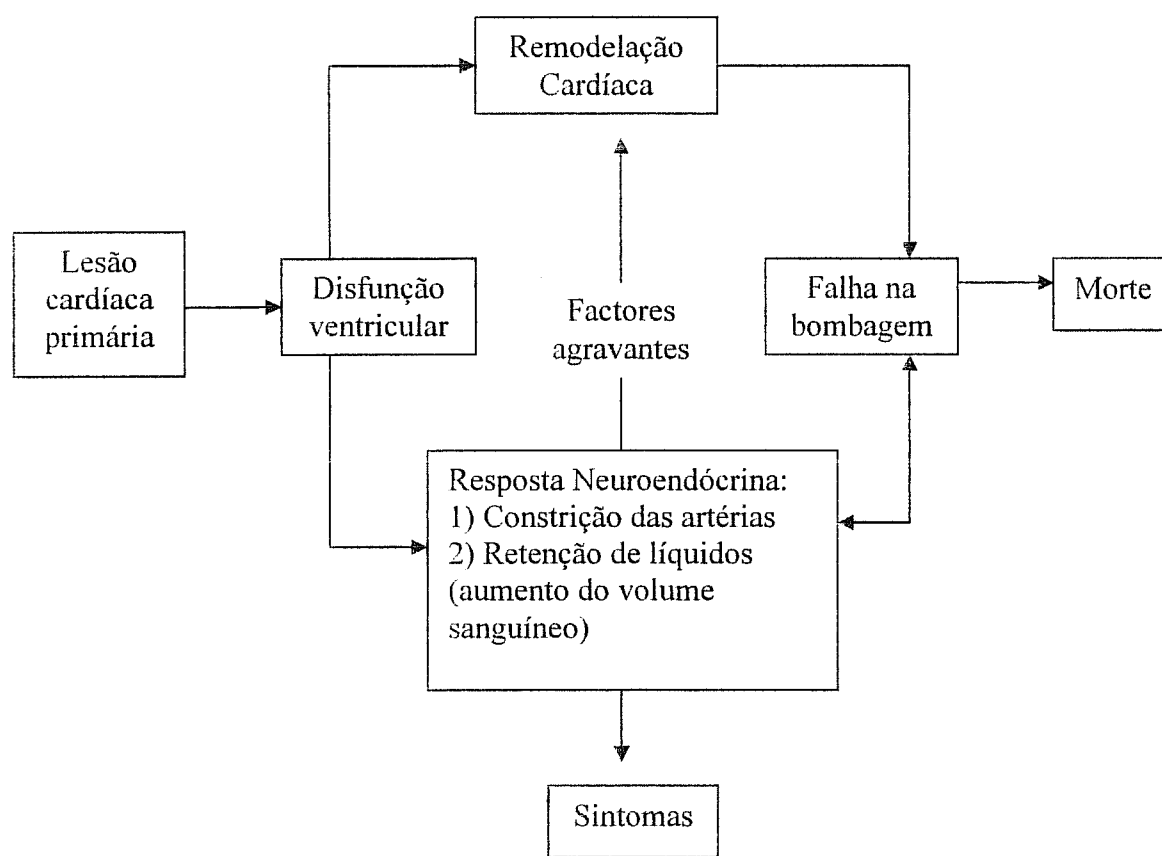


Figura 2: Factores agravantes na evolução da insuficiência cardíaca

### Doença das artérias coronárias

A obstrução das artérias coronárias inibe a passagem do sangue e por conseguinte a chegada de oxigénio ao coração. Esta doença é uma das possíveis consequências do desenvolvimento de aterosclerose, que pode afectar qualquer artéria do corpo. Os factores de risco são: hábitos tabágicos, colesterol elevado, hipertensão e diabetes (Rodrigues, M. 1999).

### Hipertensão

É conhecida pelo senso comum como tensão alta. A maioria dos indivíduos não sofre de sintomas, mas pode ser detectada facilmente por uma simples medida da pressão arterial com um estetoscópio. É um risco para a doença das artérias coronárias, Acidente Vascular Cerebral (AVC), doença vascular periférica ou insuficiência renal.

### Valvulopatia

Condição que ocorre quando as válvulas entre as câmaras do coração estão a falhar, devido a condição congénita ou dano.

### Cardiomiopatia

É a doença do músculo cardíaco. Pode desenvolver-se por causa genética, infecção viral ou consumo de toxinas (ex.: droga, álcool). Pode também desenvolver-se em mulheres no momento perinatal ou ser uma condição idiopática, ou seja, sem causa específica.

### Enfarte do miocárdio

Acontece quando a artéria que fornece sangue ao coração fica bloqueada ou obstruída. A insuficiência em oxigénio e nutrientes danificam o músculo cardíaco.

Existem também outros factores que adicionados às causas apontadas em cima, poderão ter um papel agravante no desenvolvimento da insuficiência cardíaca:

1. Historia familiar de insuficiência cardíaca
2. Diabetes
3. Obesidade
4. Elevado consumo de álcool e/ou drogas
5. Baixa adesão terapêutica
6. Dieta com alto teor de sal e colesterol
7. Arritmia ou disritmia

(Rodrigues, 1999; Cohen-Solal, 2003)

### **Prevalência**

“A epidemiologia da insuficiência cardíaca é maioritariamente estudada nos EUA. O estudo de *Framingham, EUA* aponta para uma prevalência de 8% em indivíduos com idades compreendidas entre 50-60 anos, aumentando de forma exponencial com o avançar da idade: 23% aos 70 anos; 49% entre 70 e 80 anos; 91% entre 80 e 90 anos. Quer isto dizer que nos EUA um indivíduo em cada 10 com mais de 80 anos sofre de insuficiência cardíaca.

A incidência média anual é de 3% nos indivíduos de 35-64 anos e atinge 10% no indivíduos de 65-80 anos. Nas mulheres os valores variam entre os 2% e 8%. Entre os

85 e os 94 anos, a incidência anual era de 50% nos homens e de mais de 80% nas mulheres.

Em França, a doença coronária é responsável em mais de um caso em cada dois antes dos 70 anos. Os números que os estudos apresentam são possíveis subestimações, uma vez que, os critérios utilizados só permitem identificar a insuficiência cardíaca clinicamente patente” (Cohen-Solal, 2003).

Em Portugal, a prevalência global de IC é de 4,3 %, segundo um estudo desenvolvido recentemente (Falcão, L.; Zwieten, P.; 2006)

### ***Fisiopatologia***

As insuficiências cardíacas distinguem-se por: esquerdas, direitas e congestivas.

As IC esquerdas são as mais frequentes, as direitas são essencialmente secundárias às valvulopatias tricúspides ou pulmonares, a hipertensão pulmonar primária ou a uma patologia respiratória. Poderão também ser secundárias a uma insuficiência cardíaca esquerda evoluída (insuficiência cardíaca congestiva) As IC esquerda e direita, são geralmente insuficiências ventriculares (Braunwald, E. s.d.).

### ***Sintomas***

A IC crónica é uma síndrome na qual a disfunção do ventrículo esquerdo desencadeia inúmeras alterações ao nível dos outros órgãos.

Quadro 1: Tipos e sintomas de insuficiência cardíaca

<b>Insuficiência Cardíaca</b>	<b>Sintomas</b>
Esquerda	Dispneia e fadiga
Crónica	Fatigabilidade ao esforço
Direita	Hepatalgia de esforço (dor nevrálgica do fígado em esforço)
Congestiva	Ortopneia (dificuldade respiratória em repouso)

As sensações de dispneia e de fadiga estão pouco correlacionados com a pressão capilar pulmonar ou com a insuficiência de débito cardíaco. Estão sim, associadas a mecanismos periféricos que implicam alterações dos músculos esqueléticos, do endotélio, da circulação periférica e dos sistemas de controlo reflexo cardiopulmonares.

A IC crónica manifesta-se geralmente por uma sintomatologia de esforço. A fadigabilidade ao esforço parece mais frequente do que a dispneia nos doentes já tratados, uma vez que os sinais congestivos estão mascarados (Braunwald, E. s.d.).

A dispneia manifesta-se com maior frequência em acções de subir escadas, de marcha rápida, em declive e com vento contrário.

Uma dispneia que não aumente com o esforço, não está muitas vezes relacionada com uma insuficiência cardíaca (Braunwald, E. s.d.).

A hepatalgia de esforço é um sinal de IC direita que aparece mais frequentemente nos ataques congestivos agudos.

Ao longo do agravamento da IC, surge sintomatologia que ocorre com esforços mínimos (exemplo: ao falar), ou desencadeada com o deitar: dispneia, ortopneia, tosse. A ortopneia é um sintoma específico da IC congestiva (incapacidade do ventrículo esquerdo para suportar o aumento do retorno venoso secundário ao decúbito) (Braunwald, E. s.d.).

Quadro 2: Descrição de sintomas e sinais de insuficiência cardíaca<sup>2</sup>

<b>Sintomas e Sinais</b>	<b>Descrição</b>
<i><b>Inchaço das coxas e pernas</b></i>	Edema periférico, que pode resultar da IC direita, uma vez que o fluído não pode ser bombeado para os pulmões a uma taxa eficiente. Na IC direita, o fluído volta para as veias, sai dos capilares e acumula nos tecidos. A diminuição do fluxo sanguíneo para os rins, pode levar a um aumento na retenção de líquidos.
<i><b>Dispneia</b></i>	Poderá ser causada por congestão pulmonar, conhecida por edema pulmonar.
<i><b>Angina</b></i>	Desconforto no peito ou braço derivado ao bloqueamento das artérias coronárias.
<i><b>Fadiga</b></i>	Resulta da falta de oxigénio nos órgãos. Pode manifestar-se ao levantar.
<i><b>Ganho ou perda de peso</b></i>	O excesso de líquidos pode levar a um aumento de peso, assim como a sua eliminação poderá levar a uma diminuição do peso.

<b><i>Perda de apetite</i></b>	A acumulação de líquidos nos órgãos digestivos pode levar à sensação de saciedade.
--------------------------------	--

### ***Classificações Funcionais***

A classificação mais recorrente é a da New York Heart Association (NYHA), publicada em 1964, que distingue 4 classes funcionais. Este sistema de classificação relaciona a capacidade de realização das actividades diárias do paciente e sua qualidade de vida.

É bastante criticada pela sua subjectividade e imprecisão, contudo é o instrumento de medida mais usado pelos médicos especialistas em insuficiência cardíaca.

Quadro 3: Classificação da *New York Heart Association* (NYHA)

	Dificuldade Funcional	Sobrevivência a 1 ano
Classe I	Nenhuma limitação nas actividades físicas. Esforços comuns não causam fadiga, palpitação ou dispneia.	95%
Classe II	Limitação recorrente de esforço. Bem-estar em repouso, mas esforços comuns resultam em fadiga, palpitação ou dispneia.	85%
Classe III	Marcada limitação nos gestos da vida corrente. Bem-estar em repouso, mas esforços pequenos causam fadiga, palpitação ou dispneia.	75%
Classe IV	Incapacidade em realizar qualquer actividade sem desconforto. Dispneia em repouso.	50%

### ***Exames Complementares***

A aparência geral de uma IC moderada não demonstra nada em particular. Nas formas mais agravadas da doença, pode observar-se um verdadeiro caso de caquexia, contrastando por vezes com uma síndrome edemo-ascítica, diminuição do metabolismo basal e anemia.

O pulso é normalmente pouco amplo e rápido. Também pode ser irregular devido a extra-sístoles ou a uma fibrilação auricular (Cohen-Solal, 2003).

#### *Exames:*

ECG: Mostra anormalidade quando na presença de IC. Podem ocorrer distúrbios do ritmo ou da condução, bem como áreas inativas.

Rx ao Torax: É alteração característica a cardiomegalia associada a congestão vascular pulmonar. É útil em excluir causas pulmonares de dispnéia. No entanto sabe-se que a área cardíaca ao Raio X possui uma correlação pobre com a função ventricular.

Ecodopplercardiograma: Deve ser exame rotineiro na pesquisa da IC. Fornece dados sobre o volume das cavidades, função contrátil, função valvar e gradientes pressóricos.

Medicina Nuclear: Permite avaliar a perfusão e viabilidade miocárdica. A ventriculografia radioisotópica é o exame de melhor acurácia para a avaliação dos volumes cavitários e da fração de ejeção.

Prova de esforço: Teste de fácil execução, seguro e de custo mínimo, consistindo em fazer o paciente caminhar em um corredor previamente medido. A distância percorrida no teste é um importante preditor de mortalidade e de internamento hospitalar. Distâncias maiores que 450 metros indicam bom prognóstico e entre 150 e 300 metros caracterizam pior prognóstico. Existe uma correlação significativa entre o pico de VO<sub>2</sub> do TE e a distância caminhada.

Ergometria: apesar de não ser útil para o diagnóstico é extremamente útil quando associado a análise de gases (ergoexpirometria) para a avaliação funcional e terapêutica, particularmente nos programas de reabilitação, sendo muito importante na estratificação dos candidatos a transplante cardíaco<sup>1,2</sup>.

A reabilitação física tem sido cada vez mais valorizada, uma vez que poderá melhorar 20 a 30% da capacidade de esforço máximo e cerca de 50% da capacidade de esforço submáximo dos doentes. Deve ser realizada em meio hospitalar durante um período de 2 a 4 semanas e em seguida no domicílio. É normalmente proposta a doentes da classe III da NYHA, que se encontram bastante descondicionados e enfraquecidos.

Em conjunto com a reabilitação cardíaca é necessário promover hábitos de mudança do estilo de vida, tais como estratégias de controlo do peso e evitamento de situações de stress (Cohen-Solal, 2003).

A adesão à reabilitação cardíaca e à prática de exercício físico ligeiro no domicílio é influenciada pela condição psíquica dos indivíduos, o que também influencia a percepção da competência corporal.

## DEPRESSÃO E DOENÇA CARDÍACA

A doença coronária, em particular o enfarte agudo do miocárdio, é actualmente a principal causa de morbidade e mortalidade em adultos na maioria dos países industrializados (Barth, J. et al, 2004). Aproximadamente 250 000 indivíduos morrem por ano em consequência de insuficiência cardíaca. Causa esta que também está a aumentar o número de internamentos de indivíduos com uma média de idades de 65 anos (Konstam, V., 2005).

Ao longo de várias décadas, os factores psicossociais, nomeadamente a depressão e a ansiedade em doentes cardíacos, foram considerados irrelevantes para a terapêutica destes doentes (Konstam, V. 2005). Contudo, era já do saber da prática da psicologia clínica, a importância da detecção de factores emocionais e de stress psicológico, uma vez que, estes poderão influenciar o prognóstico e o diagnóstico da doença. Graves ou prolongados problemas de saúde estão quase sempre associados com o aumento da incidência de ansiedade e depressão (Lewin, B., 1995). Estas doenças do foro psiquiátrico, encontram-se com frequência em pacientes com doença cardíaca e hoje em dia reconhece-se que poderão ser um risco elevado para o mau prognóstico da evolução do quadro clínico (Rumsfeld, J. 2003).

Um largo número de estudos revela que a prevalência de sintomas depressivos (major e minor), avaliados segundo o DSM-IV, nas primeiras semanas subsequentes ao enfarte agudo do miocárdio, se encontra entre 30% a 40%. A prevalência de depressão major *per si* é de 15% a 30%.

### *A Problemática da Depressão*

A Depressão é actualmente considerada a doença psiquiátrica mais prevalente em todo o mundo, produzindo efeitos gravemente nocivos na qualidade de vida dos indivíduos. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que aproximadamente 121 milhões de indivíduos sofrem de depressão e clinicamente, o diagnóstico refere-se maioritariamente à Depressão Major. O risco ao longo da vida desta perturbação em amostras comunitárias demonstra uma variação de 15% a 25% para as mulheres e de 5% a 12% para os homens (DSM-IV, 1996).

Os episódios de Perturbação Depressiva Major manifestam-se frequentemente após a influência de um agente stressor psicossocial intenso (por ex. morte de ente querido, divórcio, acidente grave), caracterizando-se por sintomas persistentes de tristeza, fadiga

extrema, sentimentos de culpa e desesperança, perda de apetite, alterações do sono e ideação suicida (DSM-IV, 1996).

O diagnóstico de depressão major requer, de acordo com a *American Psychiatric Association*, a presença de 5 ou mais dos seguintes sintomas por um período de duas semanas consecutivas:

1) Humor depressivo; 2) Marcada diminuição de interesse ou do prazer em todas ou quase todas as actividades; 3) Perda ou ganho significativo de peso, ou diminuição ou aumento do apetite; 4) Insónia ou Hipersónia; 5) Fadiga ou perda de energia; 6) Sentimentos de desesperança ou culpabilização excessiva ou inapropriada; 7) Diminuição da capacidade de pensar ou se concentrar ou para tomar decisões; 8) Pensamentos recorrentes de morte ou de morrer, ideação suicida ou tentativa de suicídio. Um dos sintomas deve ser humor depressivo ou perda do interesse e/ou do prazer, e os sintomas deverão reflectir uma mudança significativa no funcionamento pessoal e ocupacional (Konstam, V., 2005).

No estudo de Sullivan et al, citado por Konstam et al (2005), que pretendeu analisar os custos de saúde de 3 grupos num total de 10 980 pacientes com insuficiência cardíaca (não depressivos, com prescrição de anti depressivos, com depressão e prescrição de anti depressivos), verificou-se que os custos de internamento eram 26% mais elevados no grupo que só estava a tomar anti depressivos, 29% mais elevado nos doentes depressivos com prescrição de anti depressivos, em comparação com os não depressivos. Os custos elevados foram atribuídos ao aumento da utilização dos serviços de internamento e ambulatório e não ao aumento da utilização dos serviços de saúde mental. Deste modo, os autores concluíram que a depressão e outras situações que requeiram o uso de anti depressivos, contribuem significativamente para o aumento directo dos custos dos cuidados prestados no serviço de cardiologia (Konstam, V. 2005).

O estudo de Rumsfeld et al (2003), que possuía como principal objectivo a avaliação da força da associação entre sintomas depressivos e alterações em 6 semanas no estado de saúde dos doentes com insuficiência cardíaca, verificou que os sintomas depressivos eram comuns nesta amostra e que os pacientes depressivos apresentavam um estado de saúde marcadamente pior do que os pacientes não depressivos.

Os pacientes depressivos eram os mais jovens, fumadores, com história de alcoolismo ou abuso de substâncias e com relatos de episódios depressivos prévios.

Os pacientes com insuficiência cardíaca e depressão seguidos em ambulatório, não se encontram apenas em risco de ter pior condição de saúde quando comparados com o grupo não depressivo, mas também se encontram em risco de acentuar gravemente os sintomas de insuficiência cardíaca, de piorar o seu funcionamento e qualidade de vida (Rumsfeld et al, 2003).

Num outro estudo conduzido em doentes com doença coronária, constatou-se que os doentes depressivos apresentavam maior prevalência de taquicardia ventricular (a qual constitui um factor de risco de enfarte do miocárdio) quando comparados com doentes não depressivos (Galla et al, 1997).

Em 1983, Lloyd & Cawley demonstraram que a depressão em pacientes que sofreram um enfarte agudo do miocárdio com história prévia de desordens psicopatológicas, tende a persistir durante mais tempo do que a depressão reactiva ao acontecimento de enfarte.

### ***Mecanismos Fisiológicos e Psicossociais da Depressão e Ansiedade que Afectam o Bom Prognóstico da Doença Cardíaca***

#### Mecanismos Fisiológicos (directos):

A ansiedade e depressão estão fortemente relacionadas com a activação do Sistema Nervoso Simpático (SNS), e com a libertação de catecolaminas, que aumenta o risco de aterosclerose. Esta activação pode resultar numa má evolução da doença cardíaca, uma vez que, leva ao aumento da agregação plaquetária, da contracção do volume sistólico, da coagulação, e da formação recorrente de trombos. A instabilidade eléctrica é outra consequência da activação do SNS e por sua vez, a estimulação simpática é a primeira causa de arritmias cardíacas em pacientes com doença cardíaca (Barth, J. et al, 2004) .

A depressão pode também levar à desregulação dos mecanismos imunológicos (por exemplo, citocinas pró-inflamatórias ou factores de necrose tumorais), que estão associados com o aumento do risco de doença coronária.

### Mecanismos Psicossociais (indirectos):

Outra possível explicação para a correlação entre ansiedade e depressão, e o risco elevado de mortalidade ou reinternamento, é o efeito destas emoções, particularmente a depressão, na adesão à terapêutica. A depressão está associada com a pobre adesão à terapêutica medicamentosa, dieta e à prescrição de exercício nos doentes com doença cardíaca. Está também associada a comportamentos de saúde inadequados, más estratégias de *coping*, isolamento social e stress crónico (Barth, J. et al, 2004).

Factores comportamentais de risco, tais como, hábitos tabágicos, baixa actividade física, dieta inadequada, medeiam a relação entre a depressão e a doença cardíaca.

### ***A Influência da Personalidade***

Autores como Dunbar (1948), Alexander and French (1948) e subsequentemente Friedman (1984) foram pioneiros na investigação dos traços de personalidade e o risco de doença cardíaca. Observaram que grande parte dos indivíduos com doença cardíaca apresentava sentimentos de insegurança, estado depressivo mascarado pela hostilidade, hiperactividade e agressividade. Estas características fazem parte do perfil da personalidade tipo A, a qual reforça os efeitos patogénicos dos factores de risco para a doença cardíaca (Galla, C. et al, 1997).

O indivíduo com personalidade tipo A é ambicioso, hiperactivo, apresenta grandes traços de hostilidade e agressividade, tem uma grande necessidade de liderança e controlo. Estas características poderão conduzir ao aumento da aterosclerose coronária, assim como à precipitação de acontecimentos agudos (Williams, R. et al, 1980).

É necessário também ter em conta, que as experiências afectivas da infância e as variáveis do envolvimento, influenciam o desenvolvimento deste tipo de personalidade. A criança que não recebeu suporte afectivo adequado tende a manifestar maior insegurança e baixa auto-estima, a qual é acentuada se o envolvimento familiar é particularmente exigente ao nível da performance física e/ou intelectual. A criança irá então procurar afecto e a confirmação dos seus valores pessoais pelos seus pais, através do aumento da sua performance, que será sempre insuficiente perante as suas e as expectativas dos seus pais ou cuidadores (Galla, C. et al, 1997).

O adulto com personalidade tipo A aparenta ser seguro de si mesmo e assertivo, no entanto, toda a sua energia é dispendida à procura de confirmação das suas capacidades por parte do mundo social e no controlo das emoções e situações externas. Este facto, pode ser interpretado como um mecanismo de defesa contra uma experiência

depressiva, mas que constitui um risco de desenvolvimento de doença cardíaca (Galla, C. et al, 1997).

Um outro estudo, realizado por Denollet et al (2000), vem apresentar a os efeitos da personalidade tipo D na doença cardíaca. Este tipo de personalidade manifesta-se por tendência a experimentar emoções negativas e inibição de emoções ou comportamentos. Está associada com a vulnerabilidade ao stress emocional crónico e ao aumento de riscos cardíacos. Estas características são semelhantes às características dos doentes depressivos e ansiosos.

A personalidade tipo D influencia negativamente também a qualidade de vida dos indivíduos.

Os dados encontrados neste estudo poderão ser úteis para a prática clínica, no que diz respeito a uma terapêutica individualizada e uma possível intervenção ao nível da gestão do stress (DSM-IV, 1996).

Já foram realizados vastos estudos que estabeleceram ligação entre os tipos de personalidade e a evolução de doença cardíaca. Por ser um tema bastante explorado, os investigadores actuais têm-se debruçado mais sobre os aspectos cognitivos, e sobre os pensamentos e crenças, que poderão predizer a incapacidade (Lewin, B. 1995).

### ***Preditores Psicológicos da Incapacidade***

Actualmente já é possível encontrar psicólogos e psiquiatras envolvidos em programas de reabilitação cardíaca. Existe agora uma ideia mais clara dos factores que poderão predizer a incapacidade do doente cardíaca, entre os quais, destacam-se os seguintes:

- Morbilidade psiquiátrica prévia;
- Atitude do paciente face à doença;
- Comportamento e resposta psicológica da família, especialmente ansiedade e super protecção;
- Percepção do estado de saúde por parte do doente;
- Número de preconceitos que o doente tem sobre a sua doença;
- Crenças sobre as causas de doença coronária.

Verificou-se num estudo que 38% dos pacientes após enfarte agudo do miocárdio não regressaram ao trabalho, a maioria deles devido aos preconceitos por si formulados acerca da possibilidade de voltar a ter uma reincidência (Lewin, B., 1995).

Exemplos de preconceitos sobre a doença:

- Alguém que teve um enfarte do miocárdio terá mais até que um dia morra de um;
- Qualquer choque ou excitação súbita pode matar a pessoa que teve um enfarte do miocárdio;
- Após um enfarte, o coração fica com uma parte morta, que pode eclodir se for colocado sobre demasiada pressão;
- Um enfarte do miocárdio é causado por preocupação, stress ou trabalho excessivo.

É então importante avaliar as crenças e preconceitos que o doente e a sua família possuem sobre a doença e alterá-los numa direcção favorável.

Os pacientes deverão ser também educados em relação à prevenção secundária, a qual diz respeito à modificação de comportamentos de risco para comportamentos de promoção de saúde. Deverão ser também elucidados sobre as sequelas do acontecimento, tais como, baixa concentração e memória, insónia, irritabilidade, sintomas de ansiedade e depressão.

Um programa de exercício deve ser acompanhado e realizado em casa por períodos curtos.

O programa de reabilitação deve ser planeado de forma clara, conhecendo-se que o seu impacto é bastante positivo na redução de sintomas psicossociais como também no aumento da qualidade de vida dos indivíduos (Lewin, B., 1995).

## **Parte III**

### **METODOLOGIA**

#### Métodos e Procedimentos

Amostra e critérios para inclusão no estudo

Descrição do instrumento

#### Natureza da Investigação

Procedimentos e análise de dados estatísticos

## METODOLOGIA

Neste capítulo ir-se-ão apresentar os critérios da selecção da amostra e características da mesma, como também serão descritas as condições da realização do estudo, as características dos instrumentos utilizados, as variáveis definidas e os procedimentos realizados no tratamento estatístico dos dados.

### *Amostra e critérios para a inclusão no estudo*

Em Maio de 2007 foi estabelecido contacto entre a direcção do serviço de psiquiatria e a direcção do serviço de cardiologia do Hospital Fernando Fonseca, para acordo e intercâmbio de opiniões sobre a realização do estudo junto da consulta de insuficiência cardíaca. Ambas as direcções concordaram e procedeu-se à elaboração do projecto de investigação para conseguinte aprovação formal e legal pela comissão de ética do referido hospital.

A comissão de ética aprovou o estudo em finais de Julho de 2007. Por motivos de férias da cardiologista responsável pela consulta de insuficiência cardíaca, a amostra só começou a ser recolhida em meados de Setembro de 2007.

Os pacientes foram contactados telefonicamente para solicitação da sua colaboração no estudo, o que implicaria o seu deslocamento ao hospital. Nesta fase inicial, foram contactados 30 pacientes, 10 dos quais se encontraram incontactáveis, 3 hospitalizados, 14 mostraram-se indisponíveis para se deslocarem ao hospital fora do dia de consulta e 3 pacientes aceitaram responder ao questionário, tendo ido ao hospital fora do dia de consulta.

Após esta tentativa de recolha da amostra por contacto telefónico, verificou-se que a maioria dos pacientes não demonstrou interesse em participar, dando como principal motivo as despesas de deslocação ao hospital num dia que não o marcado para consulta de insuficiência cardíaca e como segundo motivo a desconfiança em participar num estudo sem falar primeiro com a médica assistente.

Repensou-se então a recolha da amostra e em conjunto com a cardiologista responsável pela consulta de insuficiência cardíaca, concordou-se em realizar a aplicação dos questionários na sala de espera do serviço de cardiologia no dia da consulta, a qual se efectua todas as sextas-feiras a partir das 10h30m. Por motivos de gestão de horário de trabalho da investigadora, só foi possível dar início a este procedimento em meados de Outubro de 2007.

Os critérios para a inclusão no estudo foram os seguintes: indivíduos acompanhados em consulta de insuficiência cardíaca com idades compreendidas entre 30 e 85 anos, classificados pelo sistema da NYHA em classes I, II e III, que não apresentassem lesões a nível físico provocadas por um acidente vascular cerebral (AVC), amputações e outras causas para danos corporais, assim como com autonomia suficiente para responderem por si próprios às questões colocadas. Assim sendo, poder-se-á classificar a amostra como de conveniência, uma vez que foi seleccionada segundo a disponibilidade dos pacientes e a sua capacidade de compreensão, como também pelos critérios apresentados acima.

A recolha da amostra não foi consecutiva, ou seja, não foi recolhida sistematicamente todas as sextas-feiras, por motivos de dias feriado, dias de formação da cardiologista responsável e organização laboral da investigadora. A recolha foi realizada entre os meses de Outubro de 2007 e Março de 2008.

A amostra é constituída por um total de 22 casos clínicos de ambos os sexos, com uma média de idades de 64 anos, sendo a idade mais baixa 38 anos e a mais alta 83 anos, 6 indivíduos são do sexo feminino e os restantes do sexo masculino. A maioria encontra-se reformada e tem como habilitações literárias o ensino básico.

As condições de aplicação variaram de acordo com o tempo de resposta e a capacidade de compreensão das questões pelos participantes. O tempo aproximado de aplicação dos instrumentos de avaliação foi de 40 minutos a 1 hora, dependendo da velocidade de resposta dos participantes. Os participantes optaram sempre por responderem ao questionário na presença da investigadora, de modo a poderem esclarecer dúvidas sobre a compreensão das questões.

Uma das limitações observadas nas condições de aplicação foi o facto de que a aplicação dos instrumentos decorreu durante o tempo de espera para a consulta. Por tal, quando os pacientes eram chamados deixavam de responder e não voltavam à sala de espera, mesmo tendo sido solicitados, para completar o questionário. Este facto aconteceu a 6 casos, os quais foram excluídos da amostra. Outra limitação foi de facto o tempo de aplicação, que por vezes era mais longo que o tempo de espera para a consulta, ou seja, se estivessem 5 doentes na sala de espera e se o tempo de aplicação fosse de 1h, conseguia-se aplicar no máximo 2 questionários completos numa manhã.

### ***Descrição dos instrumentos***

A amostra recolhida foi avaliada a partir de uma entrevista para recolha de dados sócio-demográficos, e de dois questionários: The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ) para avaliar a percepção subjectiva da imagem corporal e Beck Depression Inventory para avaliação clínica dos sintomas depressivos.

Estes instrumentos encontram-se descritos em baixo.

### ***Entrevista***

A entrevista foi elaborada com o objectivo de recolha de dados demográficos relativos à idade, sexo, habilitações literárias, estado actual de contrato de emprego, profissão, tempos livres e agregado familiar.

É de resposta rápida com sinalização de cruzes. Foi utilizada como “folha de rosto” dos questionários de avaliação da imagem corporal e depressão.

### ***The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)***

Para avaliação das dimensões subjectivas da imagem do corpo foi utilizado o instrumento desenvolvido por Thomas Cash, denominado *The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire* (MBSRQ). Este instrumento foi traduzido e adaptado para português pela investigadora deste estudo, tendo a tradução sido validada por um tradutor profissional.

O MBSRQ é um inventário de auto resposta constituído por 69 itens que permite avaliar os aspectos da imagem corporal relacionados com a percepção subjectiva das atitudes face ao corpo. Estas atitudes, segundo Cash & Pruzinsky, 1990, contêm componentes de avaliação cognitiva e comportamental. Como defendem os autores mencionados, o “Ser Físico” não inclui apenas a aparência física, mas também a competência física ou corporal do indivíduo e a sua integridade biológica e conseqüente relação saúde – doença.

As sub escalas de factores do MBSRQ reflectem duas dimensões principais: “Avaliação” e “Orientação” cognitivo-comportamental. Em cada uma destas dimensões podem-se encontrar três domínios somáticos relacionados com aspectos de “Aparência”, “Condição Física”, “Saúde/ Doença”. Estas sub escalas são então compostas por:

- Avaliação da Aparência;
- Avaliação da Saúde;
- Orientação para a Aparência;
- Orientação para a Saúde;

- Avaliação da Condição Física;
- Orientação para a Doença.
- Orientação para a Condição Física;

Para além destas 7 sub escalas de factores, encontram-se ainda 3 sub escalas adicionais:

- Satisfação pelas áreas corporais;
- Auto-classificação do peso.
- Preocupação pelo excesso de peso;

O MBSRQ está desenvolvido para utilização somente em adultos e adolescentes de 15 anos ou mais. Este instrumento tem sido aplicado em estudos sobre a imagem corporal em jovens estudantes universitários, também em relação com doenças do comportamento alimentar, alopecia, acne facial, exercício físico e estudos de *outcome* sobre terapia de imagem corporal.<sup>1</sup>

A interpretação das sub escalas do MBSRQ é a seguinte:

Quadro 4: Sub escala de factores do instrumento MBSRQ

<b>Sub escala de factores</b>	
<b>Avaliação da Aparência</b>	Sastisfação ou insatisfação pela própria aparência. Cotações elevadas demonstram um positivo nível de satisfação. Cotações baixas revelam uma insatisfação geral com a aparência física
<b>Orientação para a Aparência</b>	Investimento na própria aparência. Cotações elevadas revelam que o indivíduo dá importância e presta cuidados à sua aparência. Cotações baixas demonstram que o indivíduo é indiferente ou não dá importância à sua aparência.
<b>Avaliação da Condição Física</b>	Sensação de estar ou não em forma física. Cotações elevadas revelam que o indivíduo se observa com estando em forma, activo e competente fisicamente, e também que estão envolvidos em programas de exercício regulares. Cotações baixas revelam que o indivíduo não valoriza ou não se consideram em forma física e que não pratica exercício físico regular.
<b>Orientação para a Condição Física</b>	Investimento em estar fisicamente em forma ou activo. Cotações elevadas demonstram valorização da condição

<sup>1</sup> Nota: a decisão de aplicação deste instrumento em indivíduos com insuficiência cardíaca relaciona-se com o facto de conter factores relacionados com a percepção da saúde e doença, factores estes importantes aquando da presença de uma doença crónica. Como também a avaliação da imagem corporal como um estudo de caracterização da população mencionada para se verificar a importância ou não de um estudo de *outcome* de um programa de reabilitação cardíaca que incluía terapia de imagem corporal, como por exemplo através da terapia psicomotora.

	física e preocupação em mantê-la. Cotações baixas revelam que não há valorização ou interesse sobre a condição física.
<b>Avaliação da Saúde</b>	Sensação de ser saudável ou ausência de doença física. Cotações elevadas demonstram que o indivíduo se considera de boa saúde física. Cotações baixas demonstram sensações de não ser saudável, experiência de sintomas físicos e vulnerabilidade à doença.
<b>Orientação para a Saúde</b>	Investimento num estilo de vida fisicamente saudável. Cotações elevadas revelam que o indivíduo é consciente em relação à saúde. Cotações baixas revelam que o indivíduo está mais apático ou ignora factores relacionados com a saúde
<b>Orientação para a Doença</b>	Reactividade em estar ou tornar-se doente. Cotações elevadas reflectem que o indivíduo se mantém em alerta sobre os sintomas físicos e vulnerabilidade à doença e que é apto a procurar ajuda médica. Cotações baixas indicam que o indivíduo não se encontra em alerta ou reactivo aos sintomas de doença.
<b>Sub escalas adicionais</b>	
<b>Satisfação pelas áreas corporais</b>	Cotações elevadas demonstram que se está satisfeito com a maioria das áreas corporais. Cotações baixas indicam que se está insatisfeito com o tamanho ou aparência de várias áreas corporais.
<b>Preocupação pelo excesso de peso</b>	Reflecte a ansiedade por ser ou tornar-se gordo, vigilância do peso, dieta e restrição alimentar.
<b>Auto-classificação do peso</b>	Reflecte como o indivíduo percepçiona e categoriza o seu peso.

### ***Beck Depression Inventory***

*Beck Depression Inventory* (BDI) foi desenvolvido por Aaron T. Beck e publicado pela primeira vez em 1961. Consiste num inventário de 21 questões de escolha múltipla e é um dos instrumentos mais largamente utilizados para medir a severidade da depressão clínica.

A versão mais comumente utilizada foi construída para indivíduos com idades a partir dos 13 anos e é composto por itens relacionados com os sintomas depressivos tais como, desesperança e irritabilidade, aspectos cognitivos relacionados com o sentimento de culpa ou de castigo, bem como sintomas físicos relacionados com a fadiga, perda de peso e perda do interesse sexual.

As teorias psicodinâmicas descrevem a depressão como a “hostilidade invertida contra o *Self*“. O BDI foi, por sua vez, desenvolvido tendo em conta a descrição dos pacientes sobre os sintomas. Desta forma, Beck focou a sua atenção na importância das “cognições negativas”, as quais, segundo o autor, são responsáveis pela depressão em

vez de serem causadas pela depressão. Beck elaborou uma tríade de cognições negativas sobre o mundo, o futuro e o *self*, as quais se encontram reflectidas no BDI. Por exemplo: “Perdi todo o interesse pelas pessoas”, reflecte os aspectos relacionados com a percepção do mundo; “Culpo-me por tudo de mal que acontece”, reflecte o *self*.

Cada item do BDI possui pelo menos quatro possibilidades de resposta, que variam de intensidade:

#### **A - Tristeza**

0  Não me sinto triste.

1  Sinto-me triste.

2  Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.

3  Estou tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar.

Valores de 0 a 3 são atribuídos a cada resposta e o resultado final total é comparado com os intervalos atribuídos à severidade da depressão. Os *cut-off* padrão são os seguintes:

- 0-9: ausência de depressão;
- 10-18: depressão ligeira a moderada;
- 19-29: depressão moderada a severa;
- 30-63: depressão severa.
- Totais acima de 63 indicam a presença de mais sintomas depressivos severos.

## **NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO**

### ***Procedimentos e Análise dos dados***

A base de dados foi construída no SPSS 16.0 (Statistical Package for the Social Sciences), tendo sido analisada da seguinte forma:

Em primeiro lugar foi feita uma análise descritiva dos dados, tendo em conta as frequências, percentagens e médias das variáveis nominais e contínuas.

Pretendo-se estabelecer uma relação entre as variáveis sexo e idade com os itens do MBSRQ e total do BDI, fez-se o cruzamento entre os mesmos.

Para se verificar a relação entre a variável depressão e os itens do MBSRQ, fez-se o cruzamento entre os mesmos.

O teste de Spearman foi o teste utilizado para se verificarem as correlações significativas entre os itens do MBSRQ e variáveis sócio-demográficas.

Foram analisadas as diferenças de resposta entre os itens do MBSRQ e as variáveis sexo, idade, depressão e diagnóstico, a partir dos testes não-paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

## Parte IV

### APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

#### Estatística descritiva

##### Descrição da amostra

Distribuição da amostra em função do sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, ocupação, agregado familiar e diagnóstico.

Distribuição da amostra em função do valor de resposta obtido em cada item do instrumento MBSRQ.

Distribuição da amostra em função do valor total de resposta obtido no BDI.

Análise da relação entre a variável sexo e os itens do MBSRQ e total do BDI.

Análise da relação entre a variável intervalo de idade e os itens do MBSRQ e total do BDI.

Análise da relação entre a variável depressão e os itens do MBSRQ.

Análise da relação entre a variável depressão e diagnóstico.

Análise de correlações: Teste Spearman.

Diferenças entre os totais dos itens do MBSRQ, total do BDI e as variáveis: sexo e diagnóstico.

Análise da Consistência interna do instrumento.

## APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### *Descrição da Amostra*

Os dados foram recolhidos na sala de espera da consulta de insuficiência cardíaca do serviço de cardiologia do hospital Fernando Fonseca na Amadora. Foi recolhida uma amostra com um total de 22 indivíduos. Não foi possível aplicar o instrumento a mais indivíduos devido aos factores mencionados na parte II da tese e também devido às limitações temporais da investigação.

### *Distribuição da amostra em função da idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, ocupação, agregado familiar, diagnóstico*

Quadro 5: Idade

Idade	Frequência	Percentagem
38	1	4,5
47	1	4,5
50	1	4,5
52	1	4,5
58	1	4,5
59	1	4,5
61	1	4,5
63	3	13,6
64	2	9,1
65	1	4,5
66	1	4,5
67	1	4,5
68	1	4,5
69	1	4,5
72	1	4,5
73	1	4,5
76	1	4,5
83	2	9,1
Total	22	100,0

Verifica-se a partir da tabela acima que a distribuição das idades é dispersa, tendo a maioria dos indivíduos uma idade diferente entre si.

A tabela de idades por intervalo favorece a análise dos dados, uma vez que permite estabelecer os intervalos mais e menos prevalentes das idades participantes. Pode-se verificar que a amostra é maioritariamente constituída por indivíduos com idades compreendidas entre os intervalos 51-63 anos (31,8%) e 64-76 anos (45,5%). Contudo, como a distribuição é dispersa, pode-se observar (quadro nº: idades) que as idades estão distribuídas com maior frequência nas faixas etárias dos 50, 60 e 70 anos, havendo maior concentração na idade de 63 anos (3 indivíduos = 13,6%). Por tal obtém-se uma média de idades de 63,8 anos.

Quadro 6: Idade por intervalos

Intervalo de idades	Frequência	Percentagem	Média
38 – 50	3	13,6	63,8
51 – 63	7	31,8	
64 – 76	10	45,5	
77 – 85	2	9,1	

Do total de 22 avaliações realizadas, 6 (27,3%) foram feitas a indivíduos do sexo feminino e 16 (72,7%) do sexo masculino, o que significa que se obteve uma percentagem bastante maior do sexo masculino, o que poderá ser relacionado com o facto de mais homens frequentarem a consulta de insuficiência cardíaca e também devido à presença de mais homens na sala de espera numa proporção aproximada de 1 para 5 em cada sexta-feira em que se realizaram as avaliações.

Quadro 7: Sexo

Sexo	Frequência	Percentagem
Feminino (1)	6	27,3
Masculino (2)	16	72,7
Total	22	100,0

No que diz respeito ao estado civil, verifica-se que a maioria da amostra é casada (72,7%). As percentagens relativas aos indivíduos solteiros, divorciados e viúvos, são iguais na amostra (9,1%).

Quadro 8: Estado Civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem
Solteiro	2	9,1
Casado	16	72,7
Divorciado	2	9,1
Viúvo	2	9,1
Total	22	100,0

Em relação às habilitações literárias dos participantes, verifica-se que a maioria (45,5%) frequentou o 1º ciclo do ensino básico. 22,7% dos indivíduos não teve nenhuma escolaridade, 18,2% frequentaram o ensino secundário, 9,1% frequentaram o 3º ciclo do ensino básico e 4,5% frequentaram o 2º ciclo do ensino básico. Nenhum dos elementos da amostra frequentou ou concluiu o ensino superior.

Quadro 9: Habilitações Literárias

Habilitações literárias	Frequência	Percentagem
Nenhuma	5	22,7
1º ciclo ensino básico	10	45,5
2º ciclo ensino básico	1	4,5
3º ciclo ensino básico	2	9,1
Secundária	4	18,2
Total	22	100,0

A maioria dos indivíduos encontra-se reformada, tal como se pode verificar na tabela em baixo (72,7%). Facto que poderá ser devido à média de idades de 63,8 anos, idade aproximada da idade de reforma em Portugal. 18,2% dos indivíduos estão desempregados e apenas 9,1% tem trabalho a tempo inteiro.

Quadro 10: Ocupação

Ocupação	Frequência	Percentagem
Tempo inteiro	2	9,1
Desempregado	4	18,2
Reformado	16	72,7
Total	22	100,0

No que diz respeito ao agregado familiar da amostra pode-se constatar que metade dos indivíduos (50%) coabita com um elemento da família que na grande maioria é referente ao conjugue. 22,7% coabita com dois elementos, na maioria o conjugue e um filho, 13,6% vive sozinho, 9,1% coabita com três elementos da família, que poderá ser o conjugue e dois filhos ou outros familiares (primos e sobrinhos), apenas 4,5% dos indivíduos vive com 5 ou mais elementos da família, neste caso são referentes aos sobrinhos.

Quadro 11: Agregado Familiar

Agregado Familiar	Frequência	Percentagem
Sozinho (0)	3	13,6
Um	11	50,0
Dois	5	22,7
Três	2	9,1
Cinco ou mais	1	4,5
Total	22	100,0

A maioria dos indivíduos da amostra recolhida pertencia à classe II da classificação da *New York Heart Association* (NYHA), sendo que os restantes indivíduos se distribuem equitativamente pelas classes I e II.

Quadro 12: Classe NYHA

Classe NYHA	Frequência	Percentagem
I	5	22,7
II	12	54,5
III	5	22,7
Total	22	100,0

### *Distribuição da amostra em função do valor de resposta obtido em cada item do instrumento MBSRQ*

#### Avaliação da Aparência

A maioria dos indivíduos da amostra faz uma avaliação positiva, acima dos valores médios da escala de avaliação ( $M_{\text{homens}} = 3,49$ ;  $M_{\text{mulheres}} = 3,36$ ;  $M_{\text{amostra}} = 3,52$ ). Na tabela

em baixo pode-se verificar que 54,5% dos indivíduos cota positivamente e de forma elevada a sua aparência, mostrando sentir-se satisfeitos com a mesma. 13,6% dos indivíduos revelam valores de resposta equivalentes à média da escala de avaliação e 31,8% encontram-se insatisfeitos com a sua aparência física.

Quadro 13: Avaliação da Aparência

Av. Aparência	Frequência	Percentagem
Na média	3	13,6
Abaixo da média	7	31,8
Acima da média	12	54,5
Total	22	100,0

### Orientação para a Aparência

No item Orientação para a Aparência a amostra revela que a maioria dos indivíduos apresenta valores abaixo da média da escala de avaliação ( $\bar{x}_{\text{homens}} = 3,60$ ;  $\bar{x}_{\text{mulheres}} = 3,91$ ;  $\bar{x}_{\text{amostra}} = 3,09$ ). Quer isto dizer que, a maioria dos indivíduos (81,8%) não investe na sua aparência com o intuito de a melhorar ou manter. Pode-se pensar que este facto se deve à amostra avaliar satisfatoriamente a sua aparência e por tal não investir mais na mesma. Contudo, 13,6% dos indivíduos dão importância à aparência e prestam cuidados à mesma, tendo atenção a padrões sociais. Apenas 1 dos indivíduos (4,5% da amostra) apresenta valores equivalentes à média da escala.

Quadro 14: Orientação para a Aparência

Or. Aparência	Frequência	Percentagem
Na média	1	4,5
Abaixo da média	18	81,8
Acima da média	3	13,6
Total	22	100,0

### Avaliação da Condição Física

A amostra revela baixas cotações sobre importância da prática do exercício físico. Alguns dos indivíduos afirmaram ser importante estar em forma física e manter a mesma, contudo consideraram não poder realizar exercício físico devido à doença. Por tal, verifica-se na tabela de frequências que 68,2% dos indivíduos dão pouca importância à prática de exercício físico e que não a incluem no seu estilo de vida.

Apenas 13,6% dos indivíduos consideram importante a prática de exercício físico, afirmando praticar na sua vida diária e 18,2% atribuem importância satisfatória.

Quadro 15: Avaliação da Condição Física

Av. Cond. Fís.	Frequência	Porcentagem
Na média	4	18,2
Abaixo da média	15	68,2
Acima da média	3	13,6
Total	22	100,0

#### Orientação para a Condição Física

A tabela em baixo demonstra que os resultados do item Orientação para a Condição Física estão em concordância com os do item acima apresentado. A grande maioria dos indivíduos da amostra (90,9%) não pratica exercício físico regular.

Quadro 16: Orientação para a Condição Física

Or. Cond. Fís.	Frequência	Porcentagem
Na média	1	4,5
Abaixo da média	20	90,9
Acima da média	1	4,5
Total	22	100,0

#### Avaliação da Saúde

Todos os indivíduos da amostra ( $n=22$ ), sem exceção, avaliaram negativamente a sua saúde, afirmando pouca saúde e grande vulnerabilidade à doença ( $\bar{x}_{\text{homens}} = 3,95$ ;  $\bar{x}_{\text{mulheres}} = 3,86$ ;  $\bar{x}_{\text{amostra}} = 2,43$ ). Este resultado não é inesperado, uma vez que se tratam de pacientes com insuficiência cardíaca com uma série de limitações funcionais. Contudo, à medida que iam respondendo às questões, alguns dos indivíduos referiram que a maioria das vezes não se sentem doentes, e que à exceção da doença cardíaca, não se consideram vulneráveis em relação a outras doenças. Todas as mulheres da amostra, à exceção de uma, referiram que se encontram bastante vulneráveis a ser e estar doente.

#### Orientação para a Saúde

Contraditoriamente, uma grande parte dos indivíduos da amostra (45,5%) revelam não ser muito conscientes dos factores risco para a saúde e afirmam não ter um estilo de vida saudável, apresentam assim cotações baixas relativamente à média da escala de

avaliação ( $\bar{X}_{\text{homens}} = 3,61$ ;  $\bar{X}_{\text{mulheres}} = 3,75$  ;  $\bar{X}_{\text{amostra}} = 3,49$ ). 36,4% dos indivíduos apresentam valores acima da média da escala e 18,2% encontram-se na média. Estas percentagens revelam que estes indivíduos estão conscientes dos factores agravantes da saúde e tendem a desenvolver um estilo de vida saudável.

Quadro 17: Orientação para a Saúde

Or. Saúde	Frequência	Percentagem
Na média	4	18,2
Abaixo da média	10	45,5
Acima da média	8	36,4
Total	22	100,0

### Orientação para a Doença

Pode-se constatar que a maioria dos sujeitos da amostra (63,6%) revela ter um grande sentido de alerta e reactividade para os sintomas da doença física, procurando ajuda médica sempre que se sentem em perigo. A média total das respostas dadas a este item é superior à média da escala de avaliação ( $\bar{X}_{\text{homens}} = 3,18$ ;  $\bar{X}_{\text{mulheres}} = 3,21$  ;  $\bar{X}_{\text{amostra}} = 3,47$ ). Contudo, constata-se ainda que 31,8% dos sujeitos revelam não dar grande importância aos sintomas e evitam na maioria das vezes procurar ajuda médica.

Quadro 18: Orientação para a Doença

Or. Doença	Frequência	Percentagem
Na média	1	4,5
Abaixo da média	7	31,8
Acima da média	14	63,6
Total	22	100,0

### Satisfação Corporal

Contrariamente ao resultado do item Avaliação da Aparência, verifica-se que ao que diz respeito o item Satisfação Corporal, a maioria dos indivíduos inquiridos (59,1%) afirma estar insatisfeita com o tamanho e aparência de várias áreas corporais (face, cabelo, tronco inferior, tronco médio, tronco superior, tónus muscular, peso e altura)<sup>2</sup>. 31,8%

<sup>2</sup> A análise descritiva da avaliação de cada área corporal não foi realizada, uma vez que, a sua cotação é feita através do cálculo da média aritmética do nível de satisfação (escala de Lickert : 1- muito insatisfeito; 2- insatisfeito; 3-nem insatisfeito, nem satisfeito; 4-satisfeito; 5- muito satisfeito), incluindo o nível de satisfação da aparência global.

dos sujeitos revelam estar satisfeitos com a generalidade das áreas corporais e apenas 9,1% dos sujeitos encontram-se na média.

Quadro 19: Satisfação Corporal

S. Áreas Corpo	Frequência	Percentagem
Na média	2	9,1
Abaixo da média	13	59,1
Acima da média	7	31,8
Total	22	100,0

### Preocupações sobre o Peso

A maioria dos indivíduos revelam valores médios de preocupação em relação ao peso (ex.: ser ou tornar-se gordo, variações de peso, realização de dietas) inferiores aos apresentados na média da escala para mulheres, mas bastante aproximados da média esperada para homens ( $\bar{x}_{\text{homens}} = 2,47$ ;  $\bar{x}_{\text{mulheres}} = 3,57$ ;  $\bar{x}_{\text{amostra}} = 2,51$ ). Pode-se inferir que, na sua generalidade, a amostra não se encontra demasiado preocupada sobre o peso. Contudo, verifica-se que 31,8% dos sujeitos tem preocupações a este nível. A preocupação sobre o peso nesta amostra, poderá não estar relacionada com factores subjacentes da imagem corporal, mas sim associada à preocupação sobre os factores de risco de insuficiência cardíaca.

Quadro 20: Preocupações sobre Peso

Preoc. Peso	Frequência	Percentagem
Na média	2	9,1
Abaixo da média	13	59,1
Acima da média	7	31,8
Total	22	100,0

### Classificação do Peso

Os resultados obtidos revelam que 45,5% dos indivíduos da amostra classificam o seu peso como normal, não tendo nunca realizado dietas de emagrecimento. 31,8% dos indivíduos classifica o seu peso acima do normal, já tendo por vezes realizado dietas de emagrecimento, e 22,7% dos indivíduos classifica o seu peso de acordo com a média da população standard.

Quadro 21: Classificação do Peso

Class. Peso	Frequência	Percentagem
Na média	5	22,7
Abaixo da média	10	45,5
Acima da média	7	31,8
Total	22	100,0

### ***Distribuição da amostra em função do valor total de resposta obtido no BDI***

Na amostra recolhida verifica-se que a maioria dos indivíduos possui sintomas depressivos que variam do ligeiro ao moderado. 45,5% dos indivíduos apresentam valores indicativos de depressão ligeira, 36,4% apresentam valores de depressão moderada e 9,1% de depressão severa. Apenas 9,1% dos indivíduos não apresentam valores indicativos de depressão.

Quadro 22: Depressão

Depressão	Frequência	Percentagem
Não deprimido	2	9,1
Depressão ligeira	10	45,5
Depressão moderada	8	36,4
Depressão severa	2	9,1
Total	22	100,0

$\mu = 18,2$

- 0-9: ausência de depressão;
- **10-18: depressão ligeira a moderada;**
- 19-29: depressão moderada a severa;
- 30-63: depressão severa.
- Totais acima de 63 indicam a presença de mais sintomas depressivos severos.

### ***Análise da relação entre a variável sexo e os itens do MBSRQ e total do BDI***

#### Relação entre a variável Sexo e Avaliação da Aparência

A partir da tabela abaixo verifica-se que a amostra de indivíduos do sexo masculino se concentra maioritariamente em valores atribuídos à avaliação da aparência, acima da média.

No que diz respeito aos indivíduos do sexo masculino, a sua amostra distribui-se quase equitativamente entre valores na média, abaixo e acima da média, atribuídos à avaliação

da aparência, apesar de se constatar maior percentagem de indivíduos com classificação abaixo da média. Por isto é que a análise das percentagens totais reflecte valores com classificação acima da média na maioria da amostra, facto que se deve ao maior número de indivíduos do sexo masculino no total da amostra.

Quadro 23: Relação entre a variável sexo e Avaliação da Aparência

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Feminino	% Aval. Aparência	33,3%	42,9%	16,7%	27,3%
	% do Total	4,5%	13,6%	9,1%	27,3%
Masculino	% Aval. Aparência	66,7%	57,1%	83,3%	72,7%
	% do Total	9,1%	18,2%	45,5%	72,7%
Total	% Aval. Aparência	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% Total	13,6%	31,8%	54,5%	100,0%

#### Relação entre a variável Sexo e Orientação para Aparência

O item orientação para aparência aparece com classificações abaixo da média em ambos os sexos. O total de indivíduos da amostra de mulheres afirma não procurar investir em formas de melhorar a sua aparência física e promover o seu núcleo social.

Quadro 24: Relação entre a variável sexo e Orientação para Aparência

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Feminino	% Orient. Ap.	-	33,3%	-	27,3%
	%Total	-	27,3%	-	27,3%
Masculino	% Orient. Ap.	100,0%	66,7%	100,0%	72,7%
	%Total	4,5%	54,5%	13,6%	72,7%
Total	% Orient. Ap.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	4,5%	81,8%	13,6%	100,0%

#### Relação entre a variável sexo e Avaliação da Condição Física

Verifica-se que a maioria da amostra faz uma avaliação da sua condição física abaixo da média padrão. Pode-se dizer que este valor seria esperado, mostrando assim que os indivíduos da amostra aparentam estar conscientes da sua fraca condição física, relacionando-a com o facto de estar doentes e por isso consideram não poder melhorar a

sua condição física. Os restantes indivíduos que avaliaram a sua condição física com valores dentro ou acima da média padrão, afirmaram não se sentir doentes na maioria das vezes, com a excepção dos dias de consulta e por isso mostram ser mais positivos em relação à sua condição física.

Quadro 25: Relação entre a variável sexo e Avaliação da Condição Física

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Feminino	% Aval. C.F.	-	26,7%	66,7%	27,3%
	%Total	-	18,2%	9,1%	27,3%
Masculino	% Aval. C.F.	100,0%	73,3%	33,3%	72,7%
	%Total	18,2%	50,0%	4,5%	72,7%
Total	% Aval. C.F.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	18,2%	68,2%	13,6%	100,0%

#### Relação entre a variável sexo e Orientação para a Condição Física

A grande maioria dos indivíduos da amostra (90,9%) do total afirma não realizar qualquer tipo de actividade para melhorar a sua condição física, justificando que a sua doença não permite a realização de exercício físico. Apenas 4,5% dos indivíduos do sexo masculino mostram valores acima da média, afirmando a importância do investimento na promoção da condição física.

Quadro 26: Relação entre a variável sexo e Orientação para Condição Física

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Feminino	% O.C.F.	-	30,0%	-	27,3%
	%Total	-	27,3%	-	27,3%
Masculino	% O.C.F.	100,0%	70,0%	100,0%	72,7%
	%Total	4,5%	63,6%	4,5%	72,7%
Total	% O.C.F.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	4,5%	90,9%	4,5%	100,0%

#### Relação entre a variável sexo e Avaliação da Saúde

Todos os indivíduos da amostra, de ambos os sexos, avaliaram a sua saúde com valores abaixo da média padrão, o que indica que se avaliam doentes e vulneráveis a ficar mais doentes. Este resultado vai também de encontro ao esperado para uma população com uma doença crónica e é favorável à percepção da necessidade de cuidados de saúde dos indivíduos.

Quadro 27: Relação entre a variável sexo e Avaliação da Saúde

		Abaixo da média	Total
Feminino	% Av. Saúde	27,3%	27,3%
	%Total	27,3%	27,3%
Masculino	% Av. Saúde	72,7%	72,7%
	%Total	72,7%	72,7%
Total	% Av. da Saúde	100,0%	100,0%

### Relação entre a variável sexo e Orientação para a Saúde

Contudo, apesar de todos os indivíduos classificarem o seu estado de saúde como inferior à média padrão, apenas 36,4% dos indivíduos demonstra tomar medidas de acção e promoção da saúde acima da média padrão e 18,2% dentro da média padrão. Os 45,5% dos indivíduos que avaliaram este item com valores inferiores à média padrão, afirmaram aquando da resposta ao questionário, que procuram ajuda médica somente em estado crítico e que não tomam cuidado com aspectos que poderão agravar o seu estado de saúde, tais como a má alimentação e estilo de vida. A amostra de mulheres acentua-se mais em valores abaixo da média, mas tem uma distribuição quase equitativa. A amostra de homens distribui-se mais entre valores abaixo e acima da média.

Quadro 28: Relação entre a variável sexo e Orientação para a Saúde

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Feminino	% O. Saúde	25,0%	30,0%	25,0%	27,3%
	%Total	4,5%	13,6%	9,1%	27,3%
Masculino	% O. Saúde	75,0%	70,0%	75,0%	72,7%
	%Total	13,6%	31,8%	27,3%	72,7%
Total	% O. Saúde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	18,2%	45,5%	36,4%	100,0%

### Relação entre a variável sexo e Orientação para a Doença

85,7% dos indivíduos do sexo masculino mostram ser reactivos a estar ou a tornar-se doentes e por tal demonstram maior sentido de alerta para a doença e estão aptos a procurar ajuda médica.

42,9% dos indivíduos do sexo feminino apresentam classificações abaixo da média padrão, demonstrando não estarem tão reactivas aos sintomas físicos da doença.

Quadro 29: Relação entre a variável sexo e Orientação para a Doença

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Feminino	%Or. Dç.	100,0%	42,9%	14,3%	27,3%
	%Total	4,5%	13,6%	9,1%	27,3%
Masculino	%Or. Dç.	,0%	57,1%	85,7%	72,7%
	%Total	,0%	18,2%	54,5%	72,7%
Total	%Or. Dç.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	4,5%	31,8%	63,6%	100,0%

### Relação entre a variável sexo e Satisfação das Áreas Corporais

A grande maioria dos indivíduos do sexo feminino (30,8%), assim como a maioria dos indivíduos do sexo masculino (40,9%) afirma não estar satisfeita com as suas partes do corpo.

Quadro 30: Relação entre a variável sexo e Satisfação Áreas Corporais

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Feminino	% S.A.C.	50,0%	30,8%	14,3%	27,3%
	%Total	4,5%	18,2%	4,5%	27,3%
Masculino	% S.A.C.	50,0%	69,2%	85,7%	72,7%
	%Total	4,5%	40,9%	27,3%	72,7%
Total	% S.A.C.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	9,1%	59,1%	31,8%	100,0%

### Relação entre a variável sexo e Preocupação com o Peso

O resultado obtido demonstra que a maioria das mulheres desta amostra não demonstra grande preocupação e vigilância sobre o seu peso, sendo que apenas uma demonstrou estar mais alerta à necessidade de perda de peso e realização de dietas.

A maioria dos homens também não revela preocupação com o peso, mas 31,8% dos indivíduos afirmam estar em alerta aos aumentos de peso e precisar de cuidados especiais com a alimentação.

Quadro 31: Relação entre a variável sexo e Preocupação com Peso

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Feminino	% P. Peso	-	38,5%	14,3%	27,3%
	% of Total	-	22,7%	4,5%	27,3%
Masculino	% P. Peso	100,0%	61,5%	85,7%	72,7%
	%Total	9,1%	36,4%	27,3%	72,7%
Total	% P. Peso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	9,1%	59,1%	31,8%	100,0%

### Relação entre a variável sexo e Classificação do Peso

A maioria da amostra não percepção o seu peso como estando acima do normal. Contudo, verifica-se que os homens desta amostra são os que mais classificam o seu peso acima do esperado para si próprios.

Quadro 32: Relação entre a variável sexo e Classificação Peso

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Feminino	% Class. Peso	20,0%	30,0%	28,6%	27,3%
	%Total	4,5%	13,6%	9,1%	27,3%
Masculino	% Class. Peso	80,0%	70,0%	71,4%	72,7%
	%Total	18,2%	31,8%	22,7%	72,7%
Total	% Class. Peso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	22,7%	45,5%	31,8%	100,0%

### Relação entre a variável sexo e Depressão

A amostra revela que os indivíduos do sexo feminino se distribuem entre valores de depressão ligeira, moderada e severa e que os indivíduos do sexo masculino se distribuem entre ausência de depressão e depressão ligeira e moderada. Podendo isto dizer, que nesta amostra as mulheres tendem a apresentar sintomatologia depressiva mais agravada.

Quadro 33: Relação entre a variável sexo e Depressão

		Não deprimido	Ligeira/e deprimido	Moderada/e deprimido	Severa/e deprimido	Total
Feminino	% Depress.	-	30,0%	12,5%	100,0%	27,3%
	%Total	-	13,6%	4,5%	9,1%	27,3%
Masculino	% Depress.	100,0%	70,0%	87,5%	,0%	72,7%
	%Total	9,1%	31,8%	31,8%	,0%	72,7%

Total	% Depress.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	9,1%	45,5%	36,4%	9,1%	100,0%

### *Análise da relação entre a variável intervalo de idade e os itens do MBSRQ e total do BDI*

No que diz respeito à análise da relação dos intervalos de idade com cada item do MBSRQ, é de salientar que na maioria dos itens não existem diferenças de resposta relevantes, sendo que cada intervalo de idade demonstra uma apreciação abaixo da média padrão. Isto poder-se-á dever à distribuição das idades, na qual se observa maior concentração de indivíduos pertencentes à faixa etária dos 60 anos. Contudo, salientam-se os seguintes itens:

#### Relação entre a variável intervalo idade e Avaliação da Aparência

Verifica-se que o intervalo de idades mais novas (38-50) e o intervalo de 64-76 anos de idade apresentam maior número relativo de indivíduos com maior insatisfação em relação à sua aparência física. Verifica-se também que, à medida que a idade avança maior é a classificação atribuída à aparência física. Poderá este facto ser fundamentado com a teoria apresentada por Whitbourne e Skultety, a qual afirma que idosos mais velhos são mais conformados e descontraídos em relação à sua aparência do que os indivíduos de idades entre 60 e 75 anos.

Quadro 34: Relação entre a variável Intervalo de Idade e Avaliação da Aparência

		Na média	Abaixo da média	Acima da média
38-50	%Intervalo	-	66,7%	33,3%
	% Av. Aparência	-	28,6%	8,3%
	%Total	-	9,1%	4,5%
51-63	%Intervalo	28,6%	14,3%	57,1%
	% Av. Aparência	66,7%	14,3%	33,3%
	%Total	9,1%	4,5%	18,2%
64-76	%Intervalo	10,0%	40,0%	50,0%
	% Av. Aparência	33,3%	57,1%	41,7%
	%Total	4,5%	18,2%	22,7%
77-85	%Intervalo	-	-	100,0%
	%Av. Aparência	-	-	16,7%
	%Total	-	-	9,1%

### Relação entre a variável intervalo de idade e Orientação para a saúde

À excepção do intervalo de idades 64-76 anos, a maioria da amostra classifica como pouco importante os movimentos de promoção da saúde e conseguinte prevenção da doença, tais como idas frequentes ao médico e modificação do estilo de vida.

Quadro 35: Relação entre a variável Intervalo de Idade e Orientação para a Saúde

		Na média	Abaixo da média	Acima da média
38-50	%Intervalo	-	66,7%	33,3%
	%Or. Doença	-	20,0%	12,5%
	%Total	-	9,1%	4,5%
51-63	%Intervalo	28,6%	57,1%	14,3%
	%Or. Doença	50,0%	40,0%	12,5%
	%Total	9,1%	18,2%	4,5%
64-76	%Intervalo	20,0%	30,0%	50,0%
	%Or. Doença	50,0%	30,0%	62,5%
	%Total	9,1%	13,6%	22,7%
77-85	%Intervalo	-	50,0%	50,0%
	%Or. Doença	-	10,0%	12,5%
	%Total	-	4,5%	4,5%

### Relação entre a variável intervalo de idade e Orientação para a Doença

Neste item todos a maioria dos indivíduos em cada intervalo de idade respondeu acima da média padrão, sugerindo que existe uma grande preocupação com factores relacionados com ser ou estar doente. Mais uma vez se salienta o intervalo de idades 64-76 anos, o qual se divide equitativamente ente classificações acima e abaixo da média, mostrando que há um maior número de indivíduos nesta faixa etária, comparativamente às restantes, que se encontra mais alerta com os sinais da doença.

Quadro 36: Relação entre a variável Intervalo de Idade e Orientação para a Doença

		Na média	Abaixo da média	Acima da média
38-50	% Intervalo	-	66,7%	33,3%
	%Or. Doença	-	28,6%	7,1%
	%Total	-	9,1%	4,5%
51-63	%Intervalo	14,3%	-	85,7%
	%Or. Doença	100,0%	-	42,9%
	%Total	4,5%	-	27,3%
64-76	%Intervalo	-	50,0%	50,0%
	%Or. Doença	-	71,4%	35,7%
	%Total	-	22,7%	22,7%

%Intervalo	-	-	100,0%
%Or. Doença	-	-	14,3%
%Total	-	-	9,1%

#### Relação entre a variável intervalo de idade e total BDI

Novamente, os indivíduos com idades compreendidas entre os 64 e os 76 anos são os que apresentam maior percentagem de sintomas depressivos. Isto deve-se também à existência de um maior número de indivíduos neste intervalo relativamente aos outros, como também se poderá dever à maior tendência para a tristeza e desadaptação no que respeita a questões psíquicas e corporais relacionadas com a idade, que nesta fase da vida são apontadas como relevantes.

Quadro 37: Relação entre a variável Intervalo de Idade e Depressão

		Não deprimido	Ligeira/e deprimido	Moderada/e deprimido	Severa/e deprimido
38-50	%Intervalo	-	33,3%	66,7%	-
	%Depressão	-	10,0%	25,0%	-
	%Total	-	4,5%	9,1%	-
51-63	%Intervalo	-	85,7%	14,3%	-
	%Depressão	-	60,0%	12,5%	-
	%Total	-	27,3%	4,5%	-
64-76	%Intervalo	10,0%	20,0%	50,0%	20,0%
	%Depressão	50,0%	20,0%	62,5%	100,0%
	% of Total	4,5%	9,1%	22,7%	9,1%
77-85	%Intervalo	50,0%	50,0%	-	-
	%Depressão	50,0%	10,0%	-	-
	Total	4,5%	4,5%	-	-

#### *Análise da relação entre a variável depressão e os itens do MBSRQ*

##### Relação entre a variável depressão e Avaliação da Aparência

Os indivíduos com valores de depressão severa estão no seu total insatisfeitos com a sua aparência física. Os indivíduos sem sintomas de depressão demonstram estar satisfeitos com a sua aparência e os restantes distribuem-se entre classificações na média, acima e abaixo da média padrão, contudo apresentam uma maior concentração de indivíduos

com classificações acima da média, afirmando assim uma boa satisfação pela sua aparência. Podendo isto dizer que os sintomas depressivos na maioria desta amostra não parece influenciar a sua satisfação com a aparência física.

Quadro 38: Relação entre a variável depressão e Avaliação para Aparência

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Não deprimido	% Aval. Aparênc.	-	,0%	16,7%	9,1%
	%Total	-	,0%	9,1%	9,1%
Ligeira/e deprimido	% Aval. Aparênc.	100,0%	42,9%	33,3%	45,5%
	%Total	13,6%	13,6%	18,2%	45,5%
Moderada/e deprimido	% Aval. Aparênc.	-	28,6%	50,0%	36,4%
	%Total	-	9,1%	27,3%	36,4%
Severa/e Deprimido	% Aval. Aparênc.	-	28,6%	-	9,1%
	%Total	-	9,1%	-	9,1%
Total	% Aval. Aparênc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	13,6%	31,8%	54,5%	100,0%

#### Relação entre a variável depressão e Orientação para Aparência

O total dos indivíduos com sintomas de depressão ligeira e severa, assim como grande parte dos indivíduos com sintomas de depressão moderada, demonstram não dar especial atenção à sua aparência e aspectos relacionados com o seu melhoramento. Os indivíduos não deprimidos (apenas 9,1% do total) distribuem-se na média e abaixo da média padrão.

Quadro 39: Relação entre a variável depressão e Orientação para Aparência

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Não deprimido	% O. Aparênc.	100,0%	5,6%	-	9,1%
	%Total	4,5%	4,5%	-	9,1%
Ligeira/e deprimido	% O. Aparênc.	-	55,6%	-	45,5%
	%Total	-	45,5%	-	45,5%
Modera/e deprimido	%O. Aparênc.	-	27,8%	100,0%	36,4%
	%Total	-	22,7%	13,6%	36,4%
Sever/e deprimido	%O. Aparênc.	-	11,1%	,0%	9,1%
	%Total	-	9,1%	,0%	9,1%
Total	%O. Aparênc.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	4,5%	81,8%	13,6%	100,0%

### Relação entre a variável depressão e Avaliação da Condição Física

A grande maioria dos indivíduos com sintomas de depressão ligeira e moderada apresenta valores de classificação deste item abaixo da média, o que leva a inferir que consideram não ter boa condição física e não serem competentes fisicamente. Os indivíduos não deprimidos distribuem-se equitativamente em classificações situadas na média e abaixo da média padrão e os indivíduos com sintomatologia de depressão severa, distribuem-se equitativamente em classificações abaixo e acima da média padrão.

**Quadro 40:** Relação entre a variável depressão e Avaliação Condição Física

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Não deprimido	% Aval. C.F.	25,0%	6,7%	-	9,1%
	%Total	4,5%	4,5%	-	9,1%
Ligeira/e deprimido	% Aval. C.F.	50,0%	46,7%	33,3%	45,5%
	%Total	9,1%	31,8%	4,5%	45,5%
Moderada/e deprimido	% Aval.C.F.	25,0%	40,0%	33,3%	36,4%
	%Total	4,5%	27,3%	4,5%	36,4%
Severa/e deprimido	% Aval. C.F.	-	6,7%	33,3%	9,1%
	%Total	-	4,5%	4,5%	9,1%
Total	% Aval. C.F.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	18,2%	68,2%	13,6%	100,0%

### Relação entre a variável depressão e Orientação da Condição Física

Não se verificam grandes diferenças de resposta entre os indivíduos com diferentes graus de sintomatologia depressiva, sendo que a grande maioria da amostra apresenta valores abaixo da média padrão, mostrando não incluir a prática de actividade física no seu estilo de vida, não a considerando importante para se sentirem fisicamente aptos.

**Quadro 41:** Relação entre a variável depressão e Orientação Condição Física

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Não deprimido	% O.C.F.	-	10,0%	-	9,1%
	%Total	-	9,1%	-	9,1%
Ligeira/e deprimido	% O.C.F.	100,0%	45,0%	-	45,5%
	%Total	4,5%	40,9%	-	45,5%
Modera/e deprimido	% O.C.F.	-	35,0%	100,0%	36,4%
	%Total	-	31,8%	4,5%	36,4%

Severa/e deprimido	% O.C.F.	-	10,0%	-	9,1%
	%Total	-	9,1%	-	9,1%
Total	% O.C.F.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	4,5%	90,9%	4,5%	100,0%

### Relação ente a variável depressão e Avaliação da Saúde

Todos os indivíduos, independentemente do seu grau de sintomatologia depressiva, avaliam a sua saúde abaixo da média padrão. Demonstrando sentirem-se pouco saudáveis e vulneráveis à doença.

**Quadro 42:** Relação entre a variável depressão e Avaliação da Saúde

		Abaixo da média	Total
Não deprimido	% Aval. Saúde	9,1%	9,1%
	%Total	9,1%	9,1%
Ligeira/e deprimido	% Aval. Saúde	45,5%	45,5%
	%Total	45,5%	45,5%
Moderada/e deprimido	% Aval. Saúde	36,4%	36,4%
	%Total	36,4%	36,4%
Severa/e deprimido	% Aval. Saúde	9,1%	9,1%
	%Total	9,1%	9,1%
Total	% Aval. Saúde	100,0%	100,0%
	%Total	100,0%	100,0%

### Relação entre a variável depressão e Orientação para a Saúde

Metade dos sujeitos com sintomas de depressão moderada e a maioria dos sujeitos com depressão ligeira revelam estar mais apáticos ao seu estado de saúde. Os sujeitos não deprimidos preocupam-se com a saúde e tendem estar mais alerta para aspectos que promovam um estilo de vida saudável. Enquanto que os sujeitos com sintomatologia de depressão severa, distribuem-se equitativamente, entre classificações na média e acima da média padrão, revelando também estarem alerta para factores de promoção da saúde.

**Quadro 43:** Relação entre a variável depressão e Orientação para a Saúde

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Não deprimido	% O. Saúde	-	-	25,0%	9,1%
	%Total	-	-	9,1%	9,1%
Ligeira/e deprimido	% O. Saúde	50,0%	60,0%	25,0%	45,5%

	%Total	9,1%	27,3%	9,1%	45,5%
Modera/e deprimido	% O. Saúde	25,0%	40,0%	37,5%	36,4%
	%Total	4,5%	18,2%	13,6%	36,4%
Severa/e deprimido	% O. Saúde	25,0%	,0%	12,5%	9,1%
	%Total	4,5%	,0%	4,5%	9,1%
Total	% O. Saúde	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	18,2%	45,5%	36,4%	100,0%

#### Relação entre a variável depressão e Orientação para a Doença

A grande maioria dos sujeitos com sintomas de depressão ligeira e moderada apresenta cotações elevadas neste item, o que leva a inferir que estes sujeitos estão conscientes sobre a sua saúde. Os sujeitos com sintomas de depressão severa apresentam cotações inferiores à média padrão, o que demonstra que se encontram menos conscientes em relação à sua saúde e seus factores. Os sujeitos não deprimidos, distribuem-se equitativamente em classificações abaixo e acima da média padrão.

Quadro 44: Relação entre a variável depressão e Orientação para a Doença

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Não deprimido	% O. Doença	-	14,3%	7,1%	9,1%
	%Total	-	4,5%	4,5%	9,1%
Ligeira/e deprimido	% O. Doença	100,0%	28,6%	50,0%	45,5%
	%Total	4,5%	9,1%	31,8%	45,5%
Modera/e deprimido	% O. Doença	-	28,6%	42,9%	36,4%
	%Total	-	9,1%	27,3%	36,4%
Severa/e deprimido	% O. Doença	-	28,6%	-	9,1%
	%Total	-	9,1%	-	9,1%
Total	% O. Doença	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	4,5%	31,8%	63,6%	100,0%

#### Relação entre a variável depressão e Satisfação da Áreas Corporais

Os indivíduos com sintomas de depressão moderada e severa são aqueles que mais se encontram insatisfeitos com as partes do corpo.

Quadro 45: Relação entre a variável depressão e Satisfação Áreas Corporais

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Não deprimido	% S.A.C.	,0%	7,7%	14,3%	9,1%
	%Total	,0%	4,5%	4,5%	9,1%
Ligeira/e deprimido	% S.A.C.	100,0%	30,8%	57,1%	45,5%
	%Total	9,1%	18,2%	18,2%	45,5%
Modera/e deprimido	% S.A.C.	,0%	46,2%	28,6%	36,4%
	%Total	,0%	27,3%	9,1%	36,4%
Severa/e deprimido	% S.A.C.	,0%	15,4%	,0%	9,1%
	%Total	,0%	9,1%	,0%	9,1%
Total	% S.A.C.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	9,1%	59,1%	31,8%	100,0%

### Relação entre a variável depressão e Preocupação com o Peso

Os indivíduos que têm sintomas de depressão ligeira, são os que mais se preocupam com as questões do peso e que mais pensam na realização de dietas e controlo alimentar.

Quadro 46: Relação entre a variável depressão e Preocupação com o Peso

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Não deprimido	% P. Peso	-	15,4%	-	9,1%
	%Total	-	9,1%	-	9,1%
Ligeira/e deprimido	% P. Peso	50,0%	30,8%	71,4%	45,5%
	% do Total	4,5%	18,2%	22,7%	45,5%
Modera/e deprimido	% P. Peso	50,0%	38,5%	28,6%	36,4%
	%Total	4,5%	22,7%	9,1%	36,4%
Severa/e deprimido	% P. Peso	-	15,4%	-	9,1%
	%Total	-	9,1%	-	9,1%
Total	% P. Peso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	%Total	9,1%	59,1%	31,8%	100,0%

### Relação entre a variável depressão e Classificação do Peso

São também os indivíduos com sintomas de depressão ligeira que mais classificam o seu peso acima do normal.

Quadro 47: Relação entre a variável depressão e Classificação do Peso

		Na média	Abaixo da média	Acima da média	Total
Não deprimido	%Class. Peso	20,0%	10,0%	,0%	9,1%
	%Total	4,5%	4,5%	,0%	9,1%
Ligeiramente deprimido	% Class. Peso	60,0%	30,0%	57,1%	45,5%
	%Total	13,6%	13,6%	18,2%	45,5%
Moderadamente deprimido	% Class. Peso	20,0%	50,0%	28,6%	36,4%
	%Total	4,5%	22,7%	9,1%	36,4%
Severamente deprimido	% Class. Peso	,0%	10,0%	14,3%	9,1%
	%Total	,0%	4,5%	4,5%	9,1%
Total	% Class. Peso	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	22,7%	45,5%	31,8%	100,0%

### *Análise da relação entre a variável depressão e diagnóstico*

Na tabela abaixo pode-se verificar que os indivíduos classificados em classe II de Insuficiência Cardíaca, são os que apresentam maior número de sintomas depressivos. Este facto dever-se-á também à amostra ser constituída por um maior número de pacientes da Classe II.

Os indivíduos de Classe I demonstram menos sintomas depressivos e os de Classe III distribuem-se entre ligeira, moderada e severamente deprimidos.

Quadro 48: Relação entre a variável depressão e Classificação NYHA

Classe NYHA	Não deprimido	Ligeiramente deprimido	Moderadamente deprimido	Severamente deprimido	Total %
I	9,1	9,1	4,5	0	22,7
II	0	22,7	27,3	4,5	54,5
III	0	13,6	4,5	4,5	22,7
Total %	9,1	45,5	36,2	9,1	100,0

### *Análise de correlações: Teste Spearman*

O teste de Spearman é um teste não paramétrico, apropriado para dados ordinais ou intervalados. Os valores de coeficiente variam de -1 a +1, sendo que o sinal do coeficiente indica a direcção da relação, e o seu valor absoluto indica fortes relações significativas (Pestana&Gageiro, 1998).

Este teste foi utilizado para se verificarem correlações entre os itens do instrumento MBSRQ, a partir do grau de significância entre os mesmos. Além da correlação entre itens, realizou-se também a análise correlativa deste com as variáveis idade, sexo, diagnóstico, habilitações literárias, ocupação e estado civil.

Não se encontraram muitas correlações significativas entre itens, as encontradas foram as seguintes:

#### Idade:

A variável idade não apresenta correlações significativas com os itens da escala MBSRQ, nem com o valor total da escala BDI. Apresenta correlações significativas com as variáveis sócio-demográficas, tais como o nível educacional e profissão.

A correlação com o nível educacional é negativa, sugerindo que quanto maior a idade, menor o nível educacional e a correlação com o nível ocupacional é positiva, ou seja, quanto maior a idade, mais indivíduos reformados existem.

#### Sexo:

A variável sexo apresenta apenas uma correlação significativa com a variável diagnóstico. Pode-se verificar que é uma correlação negativa, podendo sugerir que nesta amostra os indivíduos do sexo masculino apresentam maiores níveis da classificação NYHA para a insuficiência cardíaca.

#### Avaliação da Aparência:

Este item correlaciona-se positivamente com a variável estado civil, podendo-se inferir que os indivíduos casados fazem uma melhor avaliação da sua aparência. E correlaciona-se negativamente com o item preocupações sobre o peso, ou seja, quanto melhor se avalia a aparência, menos preocupações com o peso se apresentam.

#### Orientação para Aparência:

Este item correlaciona-se positivamente com a variável depressão, podendo-se assim inferir que nesta amostra, quanto mais se procura melhorar a aparência, mais sintomas depressivos se apresentam.

#### Avaliação da Condição Física:

Verifica-se uma correlação significativa negativa com o item orientação para a doença, o que pode indicar que quantos mais os indivíduos desta amostra avaliam positivamente

a sua condição física, menos reactividade e sentido de alerta apresentam para os sintomas da doença.

#### Orientação para a doença:

Para além da correlação significativa com o item avaliação da condição física, também estabelece uma correlação com a variável ocupação. Este facto poderá levar a concluir que os indivíduos reformados são os mais reactivos aos sintomas da doença e procuram mais a ajuda médica.

#### Satisfação pelas Áreas Corporais:

A correlação significativa encontrada é com o item classificação do peso, esta é uma correlação negativa, levando a inferir que quanto maior é o grau de satisfação pelas áreas corporais, considera-se que se tem um peso normal, o que fica abaixo da classificação geral da amostra padrão.

#### Preocupações sobre o peso:

Este item também se correlaciona com o nível educacional, podendo-se concluir que quanto maiores são as preocupações com o peso, maior é também o nível das habilitações literárias.

#### Classificação do peso:

Estando associado ao item mencionado acima, este também se correlaciona com o nível educacional.

Quadro 49: Correlações de Spearman

	CNYHA	EDUC.	OCUP.	E.C.	Pr.Peso	DEP	O.Doença	Cl. Peso
Idade		-.473*	.582**					
Sexo	-.454*							
Aval. Apa.				.524*	-.707**			
Or. Apa.						.459*		
Aval. C.F.							-.533*	
O. Doença			.444*					
Sat. A.C.								-.478*
Pr. Peso		.509*						
Class. Peso		.425*						

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01

### *Diferenças entre os totais dos itens do MBSRQ, total do BDI e as variáveis: sexo e diagnóstico*

Para observar estas diferenças foram realizados os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, sendo ambos testes não paramétricos para amostras independentes. A diferença entre os dois testes é o facto do primeiro permitir apenas o cálculo com dois grupos e o segundo com mais de dois (Pereira, 1999).

Para a variável sexo foi utilizado o teste Mann-Whitney e para as variáveis diagnóstico e depressão, foi utilizado o teste Kruskal-Wallis, pois têm mais de duas categorias.

Após análise do resultado dos testes pode-se verificar que não existem diferenças significativas nas respostas entre os indivíduos com diferentes níveis de sintomas depressivos, assim como também não se verificaram diferenças entre as respostas dos indivíduos do sexo feminino e masculino e nos diferentes intervalos de idade.

No que diz respeito à variável diagnóstico, observou-se que a classe II da classificação NYHA, apresenta maior número de sintomas depressivos ( $\chi^2 = 6,254$ ;  $p < 0,05$ ).

### *Análise da Consistência interna do instrumento*

Para analisar a consistência interna do instrumento MBSRQ, foi utilizado o alfa de Cronbach, no sentido de se verificar se este instrumento avalia uma só ideia ou constructo e para que tal aconteça o seu coeficiente deverá variar entre 0.8 e 1 (Melo, 1998).

A consistência interna é uma medida baseada nas correlações entre os diferentes itens do mesmo instrumento (ou das mesmas subescalas de um instrumento maior). Permite medir se os vários itens que se propõem a medir o mesmo constructo geral, produzem resultados semelhantes.

O alfa de Cronbach geralmente aumenta quando as correlações entre os itens aumentam.

Quando se fez a análise do alfa em função do total do instrumento verificou-se um valor baixo de  $\alpha$  .368 e quando se analisou item a item o valor de alfa baixou ligeiramente. Este valor poderá dever-se à multidimensionalidade do instrumento, ou à baixa correlação entre itens nesta amostra de indivíduos. Talvez seja importante no futuro reorganizar as variáveis e reformular hipóteses.

## **Parte V**

**DISCUSSÃO E CONCLUSÃO DOS RESULTADOS**

**RECOMENDAÇÕES**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A avaliação da Imagem Corporal neste estudo dirigiu-se para a dimensão relacionada com a atitude do sujeito face a si próprio. A atitude é subjectiva, inerente às representações individuais, construídas através das vivências pessoais, onde as emoções e suas significações desempenham um papel fundamental.

A insuficiência cardíaca é uma patologia com etiologia variada, uma vez que todas as doenças cardíacas poderão conduzir a esta patologia. É incapacitante e é actualmente a causa de morte mais frequente. Na maioria dos casos não se manifestam alterações na morfologia, no entanto verificam-se bastantes alterações ao nível da funcionalidade e capacidades para a vida activa. Desta forma, considerou-se interessante realizar a avaliação da percepção da Imagem Corporal nestes pacientes. Tendo sido explorada a atitude dos indivíduos face ao seu corpo, e sua relação afectiva consigo próprio e no mundo social. O instrumento utilizado é essencialmente baseado no processo cognitivo de auto-avaliação.

A partir dos dados obtidos no presente estudo, é de assinalar que a maioria dos pacientes com Insuficiência Cardíaca demonstra baixos valores (quando comparados com os valores padrão) na cotação da maioria das subescalas do MBSRQ. Sendo assim, poder-se-á inferir que os indivíduos da amostra demonstram ter uma percepção negativa da sua Imagem Corporal. Quer isto dizer que, a maioria dos indivíduos não considera relevantes investimentos ao nível corporal, assim como aspectos relacionados com a aparência e melhoramento da condição física. A maioria é preocupada com a saúde física, mas investe pouco na mudança de hábitos. Em relação a aspectos ligados à sexualidade, a maioria está pouco investida e já não releva esta questão justificando pela idade e doença.

Os sujeitos do sexo masculino mostram ser mais positivos em relação à sua aparência física, quando comparados com os sujeitos do sexo feminino, mas no geral não se verificam diferenças significativas nas respostas entre sexos. Ambos (homens e mulheres) apresentam baixos resultados para a maioria dos itens.

Aproximadamente metade da amostra encontra-se de ligeira a moderadamente deprimida, de acordo com os resultados do instrumento BDI. Este instrumento avalia

apenas a depressão clínica, descurando aspectos relacionados com o funcionamento psicossomático.

As questões relacionadas com a dieta e peso nesta população, poderão ter sido enviesadas por factores relacionados com a insuficiência cardíaca e não estar directamente relacionados com a depressão.

As mulheres são as que apresentam sintomatologia depressiva mais agravada, de acordo com esta escala.

Através do teste de Spearman, pode-se constatar que não se estabeleceram muitas correlações significativas entre as variáveis avaliadas, tendo-se encontrado as seguintes:

- Idade e nível educacional e ocupação: quanto maior a idade menor o grau de habilitações literárias e maior prevalência de reformados.
- Sexo e Classe NYHA: os homens apresentam maior severidade de sintomas de insuficiência cardíaca, apresentando um maior nível de classe NYHA.
- Avaliação da Aparência e Estado Civil e Preocupações sobre o peso: os sujeitos casados fazem uma melhor avaliação da sua aparência e quanto melhor cotado for este item, menores são as preocupações acerca do peso.
- Orientação para a Aparência e Depressão: esta correlação poderá parecer um pouco contraditória, uma vez que se verificou que quanto mais se tenta melhorar a aparência mais sintomas depressivos os indivíduos apresentam.
- Avaliação da Condição Física e Orientação para a Saúde: quanto melhor os indivíduos avaliarem a sua condição física, menos sentido de alerta possuem para os factores de promoção da saúde.
- Orientação para a Doença e Ocupação: verifica-se que os indivíduos reformados são os que estão mais atentos aos sintomas de doença e que mais facilmente procuram ajuda médica.
- Satisfação pelas Áreas Corporais e Classificação do Peso: quanto mais satisfeitos se encontram os indivíduos acerca das suas áreas corporais, classificam o seu peso como normal para a idade.

Os testes não-paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, permitiram concluir que não se verificaram diferenças significativas entre respostas das amostras de doentes com diferentes níveis de sintomatologia depressiva, tendo-se verificado que no geral todos revelam uma baixa percepção da Imagem Corporal, independentemente do nível

de depressão. Assim como, também não se observaram diferenças significativas entre respostas dos indivíduos com diferentes classes de insuficiência cardíaca (classificação NYHA).

Foram apenas observadas diferenças de resposta entre a variável diagnóstico e depressão, ou seja, os indivíduos pertencentes à classe II (NYHA) apresentam maior número de sintomas depressivos. Talvez se poderá inferir que estes indivíduos estão mais de alerta em relação a si próprios, questionando-se mais em relação às suas capacidades e motivações.

Os valores de alfa analisados pelo Alfa de Cronbach, são baixos. Isto poder-se-á dever ao tamanho da amostra, como também às hipóteses e variáveis colocadas para a mesma. Em estudos futuros dever-se-á repensar na avaliação mais detalhada para diferenças entre sexos e idades nesta população, pois a concepção da Imagem Corporal não é idêntica entre género e ao longo do envelhecimento. O instrumento utilizado, apesar de estar validade para idades mais avançadas, não se encontra validado nem para a população portuguesa, nem especificamente para indivíduos com insuficiência cardíaca, o que poderá ter influenciado o valor de alfa. A validação do instrumento para esta população permitiria perceber como se deveriam organizar melhor os itens e o conteúdo dos mesmos.

### RECOMENDAÇÕES

O tamanho da amostra poderá ter influenciado o valor de alfa, assim como a concordância com a hipótese nula (refutam-se as hipóteses colocadas).

Para futuras investigações sobre o tema deste estudo, propõe-se um aumento do tamanho da amostra, com grupo de controlo e a replicação da avaliação, para reduzir enviesamentos.

Seria também importante que a análise dos resultados se processasse de forma mais criteriosa, sendo necessário a realização de estudos longitudinais, reveladores de perfis intra-individuais.

Deve ainda considerar-se a recolha de mais dados clínicos da população em estudo, tais como, avaliação do teste de marcha, frequência cardíaca em repouso e em esforço, peso, altura e outras patologias médicas, de forma a perceber-se o impacto destas variáveis clínicas na percepção corporal. Isto é, seria interessante comparar a imagem corporal de

indivíduos com bons e maus testes de marcha, alterações na frequência cardíaca e alto ou baixo índice de massa corporal.

O instrumento escolhido deverá ser repensado, de forma a elaborar um instrumento adaptado e validado à população com insuficiência cardíaca, que até à data não foi encontrado.

Não foram encontradas muitas correlações significativas neste estudo, contudo considera-se importante explorar mais esta área e o constructo da Imagem Corporal na Insuficiência Cardíaca, para que se perceba qual o impacto da construção positiva da imagem do corpo na participação e adesão num programa de reabilitação cardíaca. Estas investigações deverão ser de outcome, com estudos de follow-up.

### Referências bibliográficas

- Braunwald, E. (s.d.). *Heart disease. A textbook of cardiovascular medicine*. 5ª ed. 2vol. Filadélfia. WB Saunders.
- Barth, J.; Schumacher, M.; Lingen-Herrmann, C. (2004). Depression as a Risk Factor for Mortality in Patients With Coronary Heart Disease: A Meta-analysis. *Psychosomatic Medicine* 66:802-813..
- Cunha, M.J. (2004). *A Imagem Corporal: uma abordagem sociológica à importância do corpo e da magreza para as adolescents*. Azeitão. Edições Autonomia 27.
- Cohen-Solal, A. (2003). *Guia prático Climepsi da Insuficiência Cardíaca*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Denollet, J.; Vaes, J.; Brutsaert, D. (2000) Inadequate Response to Treatment in Coronary Heart Disease. *American Heart Association*.
- DSM-IV (1996). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. American Psychiatric Association. 4ª edição.
- Golse, B. (2002). *Do Corpo ao Pensamento*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Galla, C.; Galletti, F.; Invernizzi, G. (1997). Depression and Cardiovascular Disease in *Depression and Physical Illness*. Edited by Robertson, M.M.; Katona, C.L.E. John Wiley & Sons Ltd.
- Haynal, A.; Passini, W., Archiard, M. (1998). *Medicina Psicossomática – Perspectivas Psicossomáticas*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Konstam et al. (2005). Depression and Anxiety in Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, vol. 11. No. 6.

- Levin, E. (1999) *A Clínica Psicomotora – O corpo na linguagem*. Rio de Janeiro Editora Vozes.
- Levin, E. (2001) *A Função do Filho – Espelhos e labirintos da infância*. Rio de Janeiro. Editora Vozes.
- Lewin, B. (1995) The Place of psychological Therapies in Coronary Artery Disease in *Psychiatry Aspects of Physical Disease*. Edited by House, A. et al. Royal College of Physicians. pp 55-67.
- Malrieu, P. (1996) *A Construção da Imaginação*. Lisboa. Edições Instituto Piaget.
- Pliner, P. et al. (1990). Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, pp 263-273.
- Pruzinsky, T.; Cash, T. (1990). *Body Images: Developmental and Clinical integration in disorders of the self*. New York: Brunner/ Mazel.
- Pruzinsky, T.; Cash, T. (2004). Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds), *Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Rodrigues, M. (1999). Efeitos do tipo de exercício na composição corporal e na capacidade funcional de pessoas com doença das artérias coronárias. Tese de doutoramento. FMH-UTL. Lisboa.
- Rumsfeld, J.; Havranek, E. (2003). Depressive Symptoms Are the Strongest Predictors of Short-Term Declines in Health Status in Patients With Heart Failure. *Journal of the American College of Cardiology*. Vol. 42. No.10.
- Schilder, P. (1999). *As Imagens do Corpo – As Energias construtivas da Psique*. Trad. brasileira do original de 1950. São Paulo. Martins Fontes Editores.
- Sira, N. (2003). *Body Image, Relationship to Attachment, Body Mass Index and Dietary Practices among College Students*. Doctoral Dissertation of Faculty of Virginia.
- Tiggemann, M.; Lynch, J. (2001). Body image across life span in adult women: the role of self-objectification. *Developmental Psychology*, 37, pp 243-253.
- Thompson, J.K. (2003). The (mis)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image* 1 (2004). pp 7-14. Elsevier.
- Vayer, P. (1980). *O Diálogo Corporal – A Acção Educativa na Criança dos 2 aos 5 anos*. Lisboa. Edições Instituto Piaget.

- Whitbourne, S.; Skultety, K. (2004). Body Image Development: Adulthood and Aging. In T.F. Cash & T. Pruzinsky (Eds), *Body Image: a handbook of theory, research and clinical practice*. New York: Guilford Press.
- Whitbourne, S.; Collins, C. (1998). Identity and physical changes in later adulthood: Theoretical and clinical implications. *Psychotherapy*, 35, pp 519-530.
- Wilcox, S. (1997). Age and gender in relation to body attitudes: Is there a double standard of aging? *Psychology of Women Quarterly*, 21, pp 549-565.
- Williams, R.; Haney, T. et al. (1980) Type A Behavior, Hostility and Coronary Atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine*. Vol.42. No6. Nov.

***Instrumentos de avaliação:***

- Cash (2000), T.; Multidimensional Body Self Relation Questionnaire
- Beck (1996), Beck Depression Inventory

***Referências online:***

- <sup>1</sup> [http://www.manuaisdecardiologia.med.br/icc/icc\\_Page844.htm](http://www.manuaisdecardiologia.med.br/icc/icc_Page844.htm)
- <sup>2</sup> [www.americanheart.org](http://www.americanheart.org)

## **ANEXOS**

# MULTIDIMENSIONAL BODY-SELF RELATIONS QUESTIONNAIRE (MBSRQ)<sup>1</sup>

POR FAVOR LEIA AS INSTRUÇÕES COM ATENÇÃO

As páginas seguintes contêm uma série de argumentos sobre como as pessoas poderão pensar, sentir ou se comportar. É-lhe perguntado para indicar qual das afirmações se adequa à sua personalidade.

As suas respostas a cada item no questionário serão anónimas, por tal solicita-se que não escreva o seu nome em nenhuma das folhas. De forma a completar o questionário, leia, com cuidado e atenção, cada afirmação e decida que valor pessoal lhe atribuir, segundo uma escala com abaixo exemplificada.

## **Exemplo:**

\_\_\_\_\_ Estou normalmente de bom humor.

No espaço em branco:

- introduza **1** se **discordar totalmente** com a afirmação;
- introduza **2** se **discordar em grande parte**;
- introduza **3** se **não concordar nem discordar**;
- introduza **4** se **concordar em grande parte**;
- introduza **5** se **concordar totalmente**.

Não existem resposta certas nem erradas. Assinale apenas a resposta que mais se adequa à sua opinião. Lembre-se, as suas respostas são confidenciais, por favor, complete honestamente e responda a todos os itens.

*(Duplicação e uso do MBSRQ somente com permissão de Thomas F.Cash,  
Ph.D.; Departamento de Psicologia, Old Dominion University, Norfolk)<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Tradução e Adaptação de Maximiano J., 2007

1	2	3	4	5
discordo totalmente	discordo em grande parte	não concordo nem discordo	concordar em grande parte	concordo totalmente

1. Antes de ir para um lugar público, reparo sempre como estou. \_\_\_\_\_
2. Sou muito cuidadoso(a) a escolher roupas que me dêem uma boa aparência. \_\_\_\_\_
3. Passaria a maioria dos testes de condição física. \_\_\_\_\_
4. É importante que eu tenha uma força física superior. \_\_\_\_\_
5. O meu corpo é sexualmente atraente. \_\_\_\_\_
6. Não estou envolvido num programa de exercício regular. \_\_\_\_\_
7. Tenho controlo sob a minha saúde. \_\_\_\_\_
8. Eu sei bastante acerca de coisas que afectam a minha saúde física. \_\_\_\_\_
9. Desenvolvi deliberadamente um estilo de vida saudável. \_\_\_\_\_
10. Constantemente preocupo-me em relação a ser ou tornar-me gordo. \_\_\_\_\_
11. Eu gosto da minha aparência tal e qual como é. \_\_\_\_\_
12. Verifico a minha aparência no espelho sempre que posso. \_\_\_\_\_
13. Antes de sair, normalmente dispenso muito tempo para me despachar. \_\_\_\_\_
14. A minha resistência física é boa. \_\_\_\_\_
15. Fazer desporto não é importante para mim. \_\_\_\_\_
16. Não faço activamente coisas que me mantenham em forma física. \_\_\_\_\_
17. A minha saúde é uma questão de altos e baixos. \_\_\_\_\_
18. Ter boa saúde é uma das coisas mais importantes da minha vida. \_\_\_\_\_
19. Não faço nada que saiba que irá ameaçar a minha saúde. \_\_\_\_\_

***Continue na página seguinte***

1	2	3	4	5
discordo totalmente	discordo em grande parte	não concordo nem discordo	concordar em grande parte	concordo totalmente

20. Sou bastante consciente sobre pequenas mudanças no meu peso. \_\_\_\_\_
21. A maioria das pessoas considera-me bem parecido(a). \_\_\_\_\_
22. É importante que tenha sempre uma boa aparência física. \_\_\_\_\_
23. Uso poucos produtos de cosmética. \_\_\_\_\_
24. Facilmente aprendo habilidades físicas. \_\_\_\_\_
25. Estar fisicamente em forma não é uma prioridade forte na minha vida. \_\_\_\_\_
26. Faço coisas para aumentar a minha força física. \_\_\_\_\_
27. São raras as vezes em que estou fisicamente doente. \_\_\_\_\_
28. Tomo a minha saúde como garantida. \_\_\_\_\_
29. Leio com frequência revistas e livros sobre questões de saúde. \_\_\_\_\_
30. Gosto da forma do meu corpo quando estou despido(a). \_\_\_\_\_
31. Tenho consciência quando não estou bem arranjado(a). \_\_\_\_\_
32. Normalmente visto o que é confortável sem me preocupar com a estética. \_\_\_\_\_
33. Faço pouco em desportos ou jogos. \_\_\_\_\_
34. Raramente penso sobre as minhas capacidades atléticas. \_\_\_\_\_
35. Trabalho para aperfeiçoar a minha energia física. \_\_\_\_\_
36. De dia para dia, nunca sei como o meu corpo se irá sentir. \_\_\_\_\_
37. Se estou doente, não presto muita atenção aos sintomas. \_\_\_\_\_
38. Não faço nenhum esforço especial para realizar uma dieta equilibrada e nutritiva. \_\_\_\_\_

***Continue na página seguinte***

1	2	3	4	5
discordo totalmente	discordo em grande parte	não concordo nem discordo	concordar em grande parte	concordo totalmente

39. Gosto da forma como as minhas roupas me servem. \_\_\_\_\_
40. Não me importo sobre o que as pessoas pensam sobre a minha aparência. \_\_\_\_\_
41. Tenho um cuidado especial com o arranjo do meu cabelo. \_\_\_\_\_
42. Não gosto do meu físico. \_\_\_\_\_
43. Não me preocupo em aperfeiçoar as minhas habilidades nas actividades físicas. \_\_\_\_\_
44. Tento ser fisicamente activo(a). \_\_\_\_\_
45. Sinto-me com frequência vulnerável a estar doente. \_\_\_\_\_
46. Presto bastante atenção a qualquer sinal de doença no meu corpo. \_\_\_\_\_
47. Se me sentir em baixo, com uma constipação ou gripe, ignoro e continuo na normalidade. \_\_\_\_\_
48. Não sou atraente fisicamente. \_\_\_\_\_
49. Nunca penso na minha aparência. \_\_\_\_\_
50. Estou sempre a pensar em melhorar a minha aparência física. \_\_\_\_\_
51. Sou bastante coordenado(a). \_\_\_\_\_
52. Sei bastante sobre condição física. \_\_\_\_\_
53. Faço desporto regularmente ao longo do ano. \_\_\_\_\_
54. Sou uma pessoa fisicamente saudável. \_\_\_\_\_
55. Sou bastante atento(a) a pequenas mudanças na minha saúde física. \_\_\_\_\_
56. Ao primeiro sinal de doença, procuro ajuda médica. \_\_\_\_\_
57. Estou a cumprir uma dieta de emagrecimento. \_\_\_\_\_

***Continue na página seguinte***

**Para as restantes afirmações utilize a escala de resposta que acompanha cada uma das mesmas afirmações. Introduza o número da sua resposta no espaço em branco.**

58. Tentei perder peso por dietas de emagrecimento rápidas. \_\_\_\_\_

1. Nunca
2. Raramente
3. Às vezes
4. Frequentemente
5. Com bastante frequência

59. Penso que estou: \_\_\_\_\_

1. Bastante abaixo do peso
2. Algo abaixo do peso
3. Peso normal
4. Algo acima do peso
5. Bastante acima do peso

60. De olhar para mim, a maioria das pessoas iria pensar que estou: \_\_\_\_\_

1. Bastante abaixo do peso
2. Algo abaixo do peso
3. Peso normal
4. Algo acima do peso
5. Bastante acima do peso

***Continue na página seguinte***

Da afirmação 61 à 69 a escala de 1-5 assinalada abaixo para indicar quanto satisfeito(a) ou insatisfeito se encontra com cada uma das áreas respectivas do seu corpo:

1	2	3	4	5
Muito Insatisfeito(a)	Insatisfeito(a)	Nem satisfeito(a) Nem insatisfeito(a)	Satisfeito(a)	Muito Satisfeito(a)

61. Face (características faciais, tez ou tom de pele). \_\_\_\_\_

62. Cabelo (cor, espessura, textura). \_\_\_\_\_

63. Tronco inferior (nádegas, ancas, coxas, pernas). \_\_\_\_\_

64. Tronco médio (cintura, barriga). \_\_\_\_\_

65. Tronco superior (Peito ou seios, ombros, braços). \_\_\_\_\_

66. Tónus muscular. \_\_\_\_\_

67. Peso. \_\_\_\_\_

68. Altura. \_\_\_\_\_

69. Aparência global. \_\_\_\_\_

## Beck Depression Inventory (BDI)

As perguntas que se seguem, em cada um dos grupos, relacionam-se com a maneira como actua ou sente. Assinale, por favor, a frase que melhor se aplica a si próprio(a) com uma cruz no quadrado respectivo em cada um dos grupos.

### A - Tristeza

- 0  Não me sinto triste.
- 1  Sinto-me triste.
- 2  Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.
- 3  Estou tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar.

### B - Pessimismo

- 0  Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro.
- 1  Sinto-me com medo/ desanimado do futuro.
- 2  Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.
- 3  Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.

### C – Sensação de Fracasso

- 0  Não tenho a sensação de ter fracassado.
- 1  Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.
- 2  Quando penso na minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos.
- 3  Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, esposa).

### D - Insatisfação

- 0  Não me sinto descontente com nada em especial.
- 1  Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.

2  Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for.

3  Sinto-me descontente com tudo.

### **E – Sentimento de Culpa**

0  Não me sinto culpado em nada em especial.

1  Sinto-me, às vezes culpado, que “não presto” ou que não tenho qualquer valor.

2  Sinto-me bastante culpado(a).

3  Agora sinto-me permanentemente culpado, que “não presto” ou que não tenho qualquer valor.

### **F – Castigo**

0  Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo.

1  Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal.

2  Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado(a).

3  Sinto que mereço ser castigado(a).

### **G – Insatisfação Pessoal**

0  Não me sinto descontente comigo.

1  Estou desiludido(a) comigo mesmo.

2  Não gosto de mim.

3  Odeio-me.

### **H – Acusação Pessoal**

0  Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.

1  Critico-me a mim mesmo(a) pelas minhas fraquezas ou erros.

2  Culpo-me das minhas próprias faltas.

3  Acuso-me por tudo de mal que me acontece.

### **I – Ideação Suicida**

- 0  Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo(a).
- 1  Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.
- 2  Sinto que seria melhor morrer.
- 3  Matar-me-ia se tivesse oportunidade.

### **J – Episódios de Choro**

- 0  Actualmente não choro mais do que costumava.
- 1  Choro mais agora do que costumava.
- 2  Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo.
- 3  Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, quando tenho vontade disso.

### **K - Irritabilidade**

- 0  Não ando agora mais irritado(a) do que costumava.
- 1  Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
- 2  Sinto-me permanentemente irritado(a).
- 3  Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam anteriormente.

### **L – Relações Sociais**

- 0  Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.
- 1  Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.
- 2  Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.
- 3  Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada a seu respeito.

### **M – Tomada de Decisão**

- 0  Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.
- 1  Actualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo(a) e procuro evitar tomar decisões.
- 2  Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas.
- 3  Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.

### **N – Alterações na Imagem Corporal**

- 0  Não acho que tenho pior aspecto do que costumava.
- 1  Estou aborrecido(a) porque estou a “parecer velho(a)” ou pouco atraente.
- 2  Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente.
- 3  Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo.

### **O - Regressão**

- 0  Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.
- 1  Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar.
- 2  Tenho de despender um grande esforço para fazer seja o que for.
- 3  Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.

### **P - Insónia**

- 0  Consigo dormir tão bem como dantes.
- 1  Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual.
- 2  Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me a voltar a adormecer.
- 3  Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que 5 horas.

### **Q - Fatigabilidade**

- 0  Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual.
- 1  Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente.
- 2  Fico cansado(a) quando faço seja o que for.
- 3  Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja.

### **R – Perda de Appetite**

- 0  O meu apetite é o mesmo de sempre.
- 1  O meu apetite é tão bom como costumava ser.
- 2  Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente.
- 3  Perdi por completo todo o apetite que tinha.

### **S – Perda de Peso**

- 0  Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum.
- 1  Perdi mais de 2,5Kg de peso.
- 2  Perdi mais de 5Kg de peso.
- 3  Perdi mais de 7,5Kg de peso.

### **T – Preocupações Somáticas**

- 0  A minha saúde não me preocupa mais do que habitual.
- 1  Sinto-me preocupado(a) com dores e sofrimentos, ou má disposição do estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo.
- 2  Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa.
- 3  Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto.

### **U – Perda da Líbido**

- 0  Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.

- 1  Encontro-me menos interessado(a) pela vida sexual do que costumava estar.
- 2  Actualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual.
- 3  Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.

POR FAVOR VERIFIQUE SE  
RESPONDEU A **TODAS** AS PERGUNTAS