

Ana Manuela Baldaia de Carvalho Pinto

Impacto Psicológico a Longo Prazo do Teste Preditivo na Doença de Huntington

**Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e
da Saúde apresentada na Universidade Lusófona do Porto**

Professora Orientadora:

Professora Doutora Ângela Leite

Universidade Lusófona do Porto

Faculdade de Psicologia

Porto

2013

A todos aqueles que, ao longo da minha vida, de alguma forma e em algum lugar, me fizeram *sorrir* e me ensinaram a *sonhar* e *acreditar*!

Em especial aos meus pais,

Dedico, com muito amor, a vitória desta conquista.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo o mundo vê.”

(Arthur Schopenhauer)

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ângela Leite, orientadora desta dissertação de mestrado, pelo seu apoio sempre que necessário. Pelos valiosos conhecimentos que me transmitiu, pelos permanentes incentivos e por toda a disponibilidade demonstrada ao longo deste trabalho. Obrigada por estar sempre presente, por toda a ajuda prestada!

À minha família, principalmente aos meus pais que tanto amo e de quem tanto me orgulho. Agradeço-vos o amor, o apoio incondicional, valores e aprendizagens transmitidas ao longo do meu percurso de vida. São um exemplo para mim! À minha avó, pelo amor constante demonstrado ao longo da minha existência e pela energia, entusiasmo e vontade de viver que me doou. À minha madrinha, pelo seu apoio absoluto e ombro amigo. Ao meu avô, que embora já não esteja presente fisicamente, agradeço cada incentivo, estímulo e alento, quando todos os dias lhe peço o seu amparo. Sem eles não estaria a entregar esta dissertação.

Aos meus restantes familiares, que de alguma forma contribuíram para aquilo que sou hoje e me acompanharam neste percurso académico tao significativo para mim.

Ao meu namorado, por toda a confiança e tempo disponibilizado para escutar as minhas preocupações, apreensões e desassossegos. Obrigado pelas palavras de incentivo, por sempre acreditar que eu seria capaz! Pelo amor, companheirismo e pelo testemunho de força, determinação e coragem.

Às minhas queridas companheiras da “*casa do sol*” pelo carinho e apoio dedicado. Por ouvirem os meus desabafos diários e pelos incentivos constantes. Sem a Ana Aguiar, seria mais difícil passar as semanas longe da nossa cidade.

À minha colega de curso Ana Gomes, pelos momentos de partilha de incertezas, ansiedade, apreensão, inseguranças... e, ao mesmo tempo, pelo apoio, estímulo e partilha de conhecimento. Juntas, acreditamos que seria possível!

E por último, mas não menos importante, à Universidade Lusófona do Porto e a todos a que a ela se dedicam, porque me deu a oportunidade de crescer e de evoluir na minha vida académica, marcando a minha vida e muito do que sou hoje.

RESUMO

A doença de Huntington é uma doença neurológica hereditária, autossômica dominante, com início habitual na idade adulta, muito incapacitante e sem tratamento ou cura eficaz. Por isso, existe um programa de aconselhamento genético, no qual o impacto psicológico da adesão ao teste pré-sintomático é estudado.

O objetivo geral deste trabalho consistiu em conhecer esse impacto psicológico a longo prazo do teste nas pessoas em risco para a doença de Huntington. Para o efeito, foram utilizadas três escalas: 1) Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung (Ponciano, Vaz Serra & Relvas, 1982); 2) Inventário de Depressão de Beck (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973); e 3) Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (Canavarro, 1999).

Verificamos que esta população apresenta valores mais baixos que a população emocionalmente doente na BSI, mais elevados do que a população geral (Canavarro, 1999). Em relação ao Beck, a nossa amostra apresenta valores mais baixos do que a população geral (Campos & Gonçalves, 2011). E, por fim, no que diz respeito ao Zung, não encontramos diferenças significativas (Ponciano, Vaz Serra & Relvas, 1982).

ABSTRACT

Huntington's disease is a neurological disease hereditary, autosomal dominant, late-onset disease, very disabling and with no effective treatment or cure. Therefore, there is a program of genetic counseling, in which the psychological impact of adherence to pre-symptomatic testing is studied.

The aim of this study was to know the predictive test long-term psychological impact in people at risk for Huntington's disease. For this purpose, we used three scales: 1) Self Assessment Scale of Zung Anxiety (Vaz Serra, Ponciano & Relvas, 1982), 2) Beck Depression Inventory (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973), and 3) Inventory Psychopathological Symptoms - BSI (Canavarro, 1999)

We found that this population has higher values than the general population in the BSI, but lower than the population emotionally ill. Regarding Beck, our sample shows lower values than the general population. And finally, regarding Zung, we found no significant differences.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ADN – Acido DesoxirriboNucleico (macromolécula em dupla espiral de nucleotídeos, que compõe o código genético)

Beck – Beck Depression Inventory - BDI (Inventário de Depressão de Beck - Vaz Serra & Pio Abreu, 1973)

BSI – Brief Symptoms Inventory (Inventário de Sintomas Psicopatológicos - Canavarro, 1999)

DH – Doença de Huntington

Max. - Máximo

Mín. – Mínimo

SCL-90-S – Symptom Check-list-90-Revised.

SNC – Sistema Nervoso Central

Zung – Self Anxiety Scale (Escala de Autoavaliação de Zung (Ponciano, Vaz Serra & Relvas, 1982)

ÍNDICE GERAL

Parte I (Enquadramento Teórico)	10
1. Introdução.....	10
2. Caracterização da Doença de Huntington	13
2.1. Curso Clínico da Doença	14
2.2. Alterações Neuro-Comportamentais	14
2.3. Declínio Cognitivo	15
2.4. Movimentos Involuntários.....	15
2.5. Alterações Motoras.....	16
3. Teste Preditivo e Aconselhamento Genético	16
3.1. A Importância do Aconselhamento Genético	18
3.2. Teste Genético Preditivo	20
3.2.1. Teste Pré-Sintomático	20
3.2.2. Teste Pré-Sintomático na DH	21
4. Impacto Psicológico do Teste Preditivo nos Doentes com Huntington	22
Parte II (Metodologia)	27
1. Caracterização da Amostra.....	27
2. Apresentação de Resultados	30
2.1. BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos.....	30
2.2. Beck – Inventário de Depressão de Beck	44
2.3. Zung – Escala de Autoavaliação de Zung	55
Parte III (Discussão dos Resultados)	64
Discussão dos Resultados.....	64
Conclusão	69
Bibliografia.....	73
Anexos.....	78

ÍNDICE TABELAS

<u>Tabelas do Inventário de Sintomas Psicopatológicos - BSI</u>	32
Tabela 1. Frequências dos itens do BSI	32
Tabela 2. Frequência e percentagem das modalidades de resposta do BSI.....	33
Tabela 3. Comparação dos valores médios para as subescalas e índices do BSI, com referência de normalização para a população portuguesa e para a população com perturbações mentais (Canavarro,1999)	35
Tabela 4. Comparação das médias das subescalas em relação ao resultado do teste	35
Tabela 5. Comparação entre as médias das subescalas em relação às profissões classificadas de acordo com Graffar.....	36
Tabela 6. Comparação das médias das subescalas em relação à sintomatologia apresentada	37
Tabela 7. Comparação das médias das subescalas em relação à caracterização das mudanças significativas nos últimos anos	38
Tabela 8. Correlações das subescalas, total e índices BSI.....	39
Tabela 9. Correlações das subescalas, total e índices BSI e subescalas e total Zung.....	40
Tabela 10. Correlações das subescalas, total e índices BSI e subescalas e total Beck....	41
<u>Tabelas do Inventário de Depressão de Beck</u>	45
Tabela 1. Frequências dos itens do Inventário de Depressão de Beck	45
Tabela 2. Frequência das modalidades de resposta dos itens do Inventário de Depressão de Beck	46
Tabela 3. Análise fatorial pelos principais componentes pelo método de rotação varimax para a amostra	48
Tabela 4. Comparação dos valores médios para as subescalas de Beck com referência de normalização para a população geral portuguesa (Campos & Gonçalves, 2011).	49
Tabela 5. Análise fatorial pelos principais componentes pelo método de rotação varimax para a amostra com referência de normalização para a população geral portuguesa (Campos & Gonçalves, 2011)	49
Tabela 6. Pontuação Global e respetiva percentagem	50
Tabela 7. Comparação das médias das subescalas em relação ao resultado do teste	50
Tabela 8. Comparação das médias das subescalas em relação às profissões classificadas de acordo com Graffar.....	50

Tabela 9. Comparação das médias das subescalas em relação à caracterização das mudanças significativas nos últimos anos	51
Tabela 10. Correlações das subescalas e total Beck.....	51
Tabela 11. Correlações das subescalas e total Beck e subescalas e total Zung.....	52
Tabela 12. Correlações das subescalas e total Beck e subescalas, total e índices BSI....	52
<u>Tabelas da Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung</u>	56
Tabela 1. Frequências dos itens da escala de autoavaliação da ansiedade de Zung.....	56
Tabela 2. Frequências das modalidades de resposta dos itens da escala de autoavaliação de Zung	57
Tabela 3. Comparação dos valores médios para as subescalas do Zung com referência de normalização para a população geral portuguesa (Ponciano, Vaz Serra & Relvas, 1982).....	58
Tabela 4. Frequências dos resultados do Zung e respetivas percentagens	58
Tabela 5. Comparação das médias das subescalas e do total Zung em relação ao resultado do teste	59
Tabela 6. Comparação das médias das subescalas e total Zung em relação à sintomatologia	59
Tabela 7. Comparação das médias das subescalas e total Zung em relação ao exame neurológico	59
Tabela 8. Comparação das médias das subescalas e total Zung em relação ao acompanhamento psicológico.....	60
Tabela 9. Correlações das subescalas e total Zung.....	60
Tabela 10. Correlações das subescalas e total Zung e subescalas, total e índices BSI....	61
Tabela 11. Correlações das subescalas e total Zung e subescalas e total Beck.....	61

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. INTRODUÇÃO

Existe um paradoxo neste séc. XXI relativamente à saúde: por um lado, as pessoas têm a expectativa de viver mais tempo e com mais qualidade, graças ao desenvolvimento da medicina; ao mesmo tempo, este desenvolvimento deu origem ao reconhecimento da causa de doenças, cujo teste diagnóstico e pré-sintomático é agora possível, mas que permanecem ainda sem cura (Albrecht, Fitzpatrick & Scrimshaw, 2000).

A compreensão dos mecanismos através dos quais os fatores genéticos contribuem para as doenças humanas tem avançado muito. A descodificação da sequência do ADN de células humanas, realizada pelo Projeto do Genoma Humano, criou um mapa físico dos genes humanos e ajudou diretamente à identificação de cerca de 100 genes causadores de doenças - com uma margem de erro de 1 base em cada 10.000. O ano de 2004 fica inegavelmente marcado pela descodificação da quase totalidade do genoma humano e pelas suas consequências em todas as vertentes da existência, sobretudo na da saúde (International Human Genome Sequencing Consortium, 2004). Este é um tempo importante na história da genética. Agora que temos a sequência do genoma humano, muitos cientistas predizem um grande aumento na atividade da genética médica. Atualmente, não se duvida que a medicina irá melhorar com base na compreensão da genética, suportada pelos testes genéticos. A maior incerteza diz respeito à triagem genética em larga escala de pessoas saudáveis para avaliar a sua suscetibilidade para doenças comuns: o quanto difundida será esta prática, em quanto tempo acontecerá (se acontecerá) e como se poderá organizar (Venter et al., 2001).

Entretanto, um aspeto não menos importante começa a ocupar cada vez mais espaço nas discussões entre os centros de pesquisa em todo o mundo: o aconselhamento genético. Os centros genéticos oferecem diagnóstico, estimativa de risco de recorrência familiar, aconselhamento, vigilância e apoio. Os testes genéticos estão já a ajudar muitas famílias em risco e no futuro desempenharão um papel central na assistência clínica e na prática de todas as especialidades. Os serviços genéticos ajudam as famílias em risco para uma doença genética a viverem da forma mais normal possível. Depois de

consultas e investigação, os pacientes recebem informação acerca da doença na sua família, do seu risco de desenvolver ou transmitir a doença familiar e das opções para lidarem com isso e com a sua reprodução (aconselhamento genético) (Whaley, 2000).

A comunicação entre o médico e o sujeito-em-risco (o consultando) consiste na passagem de informação necessária para que a pessoa em risco compreenda a sua situação, o seu risco e a sua eventual prevenção ou tratamento. Dada a imprecisão de tal informação, ela é muitas vezes fonte de equívocos e mal entendidos, que aumentam a angústia destas pessoas perante um novo quadro: o do paciente saudável face a um médico que não prescreve, mas prediz sem data ou local e, muitas vezes, uma doença sem cura. Uma comunicação compreensível e explicações úteis acerca do que se sabe e não se sabe relativamente a uma doença é um aspeto essencial dessa relação. Explicar a realidade biológica, psicológica e social da doença numa linguagem que o consultando possa compreender é fundamental e isto inclui informá-lo acerca do que se desconhece e do que é incerto relativamente a essas realidades. Como noutras áreas da vida, o caminho pode iluminar-se se tivermos um guia confiável, mesmo que o destino seja desconhecido (Whaley, 2000).

Uma das questões de grande importância psicológica é o impacto emocional de lidar com alguém em risco para certas doenças, muitos anos antes do início esperado da doença. Os psicólogos estão também preparados para desempenharem um papel muito importante nas equipas de investigação que estudam as inúmeras questões levantadas pela aplicação do teste genético. Podem também participar na informação e tornar quer os técnicos de saúde, quer o público, mais conscientes das questões éticas e psicológicas que emergem da presença crescente da genética na nossa sociedade (Pelletier & Dorval, 2004). A tarefa dos psicólogos é a de determinar como é que a informação do risco afeta as atitudes e a qualidade de vida daqueles que tiram partido da tecnologia genética e a de desenvolver intervenções comportamentais para ajudar a lidar com o conhecimento crescente, mas ainda incompleto, acerca do risco (Patenaude, Guttmacher & Collins, 2002).

Neste trabalho, será desenvolvido um estudo sobre o impacto psicológico a longo prazo do teste preditivo na doença de Huntington. Assim, este trabalho divide-se, fundamentalmente, em três partes.

A Parte A (Parte Teórica) desta dissertação é composta por: 1) introdução; 2) caracterização da doença de Huntington; 3) teste preditivo e aconselhamento genético; 4) impacto psicológico do teste preditivo nos doentes com Huntington. Na parte B desta dissertação (Parte Prática) encontramos a apresentação da investigação empírica, na qual é explicada toda a metodologia utilizada, as escalas e as amostras. Chegamos à Parte C (Resultados) deste trabalho, onde apresentamos os resultados obtidos através da nossa investigação, e onde eles são discutidos.

2. CARACTERIZAÇÃO DA DOENÇA DE HUNTINGTON

A doença de Huntington (DH) é uma doença hereditária, neurodegenerativa e progressiva, transmitida segundo um padrão autossômico, com penetrância completa e cuja prevalência mundial é de 5 a 8 casos por 100.000 habitantes (Smolina, 2007). Esta doença pode ser considerada o paradigma das perturbações neuropsiquiátricas por nela confluírem progressivas alterações emocionais, psiquiátricas e comportamentais; perda da função intelectual e cognitiva previamente adquirida; e alterações do movimento (distúrbios emocionais) (Deus-Yela, Pújol & Espert, 1997). Inicialmente foi conhecida como coreia de Huntington, devido ao nome do médico americano que inicialmente a descreveu, em 1872.

Huntington descreveu os sinais mais proeminentes que incluem 1) desenvolvimento de movimentos coreoatetósicos (movimentos involuntários, rápidos, irregulares e bruscos que podem afetar a face, os braços, as pernas ou o tronco); 2) demência (perda gradual do processamento do pensamento e das capacidades intelectuais previamente adquiridas); 3) distúrbios comportamentais e 4) alterações motoras (Ribeiro, 2006; Almqvist et al., 1997). Para além disso, pode ser manifestado empobrecimento da memória, pensamento abstrato e do julgamento; desorientação; desintegração da personalidade e aumento da agitação.

Embora alguns sintomas tipicamente se tornem evidentes apenas na quarta ou quinta década de vida, a idade de aparecimento é variável e vai desde uma infância precoce até idade avançada (70 ou 80 anos) (Ribeiro, 2006). Smolina (2007) refere que os primeiros sintomas da doença aparecem geralmente entre os 25 e 50 anos de idade, ainda que alguns sintomas se tornem mais evidentes no período dos 35 aos 45 anos. Assim, a idade de aparecimento é variável e há casos descritos com início aos 2 e aos 80 anos, sendo a forma juvenil de DH mais rara, ocorrendo apenas em 10% dos casos.

Em 1993, a etiologia desta doença foi identificada como sendo resultado de uma expansão anormal da repetição do trinucleotido CAG, num gene do cromossoma 4 (4p 16.3). O funcionamento do sistema nervoso central vai-se perdendo progressivamente estando associado à perda de neurónios em determinadas áreas do cérebro.

2.1. Curso Clínico da Doença de Huntington

A doença de Huntington é autossômica dominante, o que significa que todos os sujeitos filhos de um paciente com DH, independentemente do sexo e assumindo que o outro progenitor é ou não portador de DH, terão uma probabilidade de 50% de desenvolver a mesma doença.

A sintomatologia da DH pode variar quanto à idade de aparecimento, à gravidade e ao nível de progressão clínica. De acordo com Ribeiro (2006), há estudos que demonstram que quanto mais cedo é o início, mas rápida é a progressão da doença. Por exemplo: na idade de aparecimento típica no adulto, a duração habitual da doença é de 15 a 20 anos, sendo que na DH juvenil o curso da doença tende a ter uma duração de aproximadamente 8 a 10 anos. Nem todos os sintomas estão presentes em todos os pacientes ao mesmo tempo, nem existe uma determinada ordem de aparecimento. Além disso, a progressão da DH também mostra marcadas diferenças individuais, demonstrando que o decurso da doença se vai manifestando de forma diferente de paciente para paciente (Smolina, 2007).

As alterações leves da personalidade, a inépcia, o esquecimento, o desenvolvimento gradual de movimentos casuais breves e o início de alguma agitação motora são sinais primitivos característicos da Doença de Huntington. Numa fase avançada da doença, devido ao aumento da demência e à disfunção motora progressiva, estes pacientes podem tornar-se incapazes de andar, eventualmente param de falar e tornam-se incapazes de tratar deles próprios, requerendo potencialmente tratamento institucionalizado a longo prazo. As causas mais comuns de mortalidade incluem infecção, lesões físicas, suicídio e comportamentos autodestrutivos (Quinn & Schrag, 1998).

2.2. Alterações Neuro-Comportamentais

De acordo com Hashimoto, Shindo e Yanagisawa (2001), ao longo do tempo, as alterações emocionais e comportamentais tendem a desenvolver-se gradualmente e podem tornar-se perceptíveis antes ou ao mesmo tempo que as manifestações motoras. Os sintomas iniciais da DH podem incluir alterações na personalidade, tais como: aumento da irritabilidade; tendência para facilmente se indispor com os outros; queixas

constantes; desconfiança; impulsividade; falta de autocontrole e falta de interesse por atividades que anteriormente proporcionavam prazer (anedonia).

Para além disso, um estudo recente (cit. in Ribeiro, 2006) concluiu que 98% dos doentes com DH são afetados por um problema neuropsiquiátrico inespecífico, em especial a disforia, agitação, irritabilidade, apatia e ansiedade. Pode, também, tornar-se visível o aparecimento de depressão, mania, comportamentos obsessivos-compulsivos, perturbações do sono, aumento do isolamento social e sintomas psicóticos.

2.3. Declínio Cognitivo

Os pacientes com DH desenvolvem um tipo de demência subcortical, caracterizada por um gradual empobrecimento dos processos mentais que envolvem o raciocínio, a compreensão e a memória. De acordo com Santana (cit. in Ribeiro, 2006), a demência inicia-se por esquecimentos e alguma lentificação do pensamento. Precocemente surgem também alterações na atenção e concentração. Este autor acrescenta, ainda, que a evolução para um quadro demencial com dificuldades nas capacidades visuo-espaciais e nas funções executivas, com desorganização do pensamento e na sequência de tarefas é constante.

Diminui, igualmente, o processamento de informação, bem como a aptidão para aprender coisas novas. A linguagem é relativamente preservada, exceto na complexidade sintática, surgindo erros parafrásicos e dificuldade nas palavras procuradas. Atenua-se a capacidade para planejar, iniciar ou desempenhar certos movimentos intencionais (apraxia). Para além disso, dificuldades em exprimir pensamentos em palavras, iniciar conversas ou compreender as palavras dos outros e responder apropriadamente pode estar, igualmente, presentes nestes pacientes (Smolina, 2007).

2.4. Movimentos Involuntários

Os sinais motores precoces de DH típicos incluem o aparecimento gradual de inépcia, dificuldades de equilíbrio e movimentos breves e casuais. Primeiro, a coreia ou movimentos bruscos, frequentes, irregulares e sem propósito podem ser incorporados em ações intencionais, potencialmente mascarando os sintomas e atrasando o reconhecimento da doença. Cedo na evolução da DH, a coreia pode ser limitada aos dedos das mãos ou dos pés. Contudo, esses movimentos tornam-se mais notórios ao

longo do tempo e podem estender-se aos braços, pernas, face e tronco. Em certas circunstâncias, tal como *stress* ou um estado emocional muito alterado, os movimentos coreicos podem tornar-se mais acentuados. À medida que a doença avança, a coreia tende a espalhar-se ou generalizar-se (Brooks, 1996).

Os movimentos involuntários podem desenvolver uma qualidade distónica, aparecendo por vezes movimentos de torção e posturas alteradas ou fixas resultantes da permanente contração muscular. Não raras vezes, doentes com DH desenvolvem uma forma distinta de andar que pode ser trémula, desarticulada, hesitante, aos solavancos e com falta de equilíbrio (Brooks, 1996).

2.5. Alterações Motoras

À medida que a doença progride, outros aspetos podem incluir: movimentos motores finos desajeitados, incapacidade para sustentar certos movimentos voluntários, pouco controlo da língua e do diafragma, dificuldade em mastigar e engolir (disfagia), discurso pobremente articulado e pouco claro (disartria) e voz inapropriadamente alta, enrouquecida e deformada (Chaudhuri, 2001).

Alterações oculomotores estão também relacionadas com a DH. Alguns pacientes desenvolvem uma diminuição do controlo de certos movimentos voluntários dos olhos, relacionados com a focagem de objetos no campo visual (sacadas anormais). Alguns pacientes em estado avançado podem ainda desenvolver aumento do tónus muscular (rigidez) e lentidão de movimentos (bradicinésia). Estes sintomas estão habitualmente mais associados com a DH juvenil (Chaudhuri, 2001; Ribeiro, 2006).

3. TESTE PREDITIVO E ACONSELHAMENTO GENÉTICO

Sheldon Reed, geneticista da Universidade de Minnesota, com o intuito de tentar descrever este complexo processo de fornecimento de informação inventou a expressão “aconselhamento genético”, em 1947. Na perspetiva de Reed (1955), o aconselhamento genético deveria servir os interesses das famílias e deveria ser não-diretivo, ou seja, os valores do consultor não deveriam ser impostos às famílias, tendo como objetivo explicar minuciosamente o que é a situação genética, mas a decisão deveria ser pessoal. O objetivo é o de facilitar as capacidades do consultando para usar a informação

genética de forma significativamente pessoal que minimize o sofrimento psicológico e aumente o seu controlo pessoal.

Desde o meio dos anos 40 até meados dos anos 60, a genética médica e o aconselhamento genético eram praticados apenas num número reduzido de consultas. Embora se sentisse que era uma especialidade médica importante, muito poucas famílias receberam de facto aconselhamento genético até esse período. A prática do aconselhamento genético deu um enorme avanço, depois de 1967, com a realização da primeira amniocentese. Depressa foi compreendido, por médicos e geneticistas, que comunicar informação genética requer um treino especializado. Em 1969, o primeiro programa avançado para aconselhamento genético abriu no colégio Sarah Lawrence, em Nova Iorque, não destinado a médicos e concedia um grau de mestrado em aconselhamento genético. O treino do consultor genético combina conhecimentos de genética, medicina, laboratório, técnicas de comunicação, trabalho social e análise ética (Biesecker & Peters, 2001).

Em 1975, a Sociedade Americana de Genética Humana (cit. in Biesecker & Peters, 2001) adotou a seguinte definição de aconselhamento genético: um processo comunicacional que lida com problemas humanos associados com a ocorrência, ou risco de ocorrência, duma doença genética na família. Este processo envolve uma tentativa de um ou mais técnicos adequadamente treinados para ajudar o indivíduo ou a família a: 1) compreender os factos médicos, incluindo o diagnóstico, o curso provável da doença, e o tratamento atual disponível; 2) apreciar de que forma a hereditariedade contribuiu para a doença e o risco de recorrência em parentes próximos; 3) compreender as alternativas para lidar com o risco da ocorrência, incluindo as alternativas da reprodução; 4) escolher o curso de ação que parece ao indivíduo em risco o mais apropriado, tendo em vista o seu risco, os seus objetivos familiares, as suas posturas éticas e religiosas, e agir de acordo com essa decisão; e 5) fazer o melhor ajustamento possível à doença em membros familiares afetados ou em risco de recorrência dessa doença.

O campo do aconselhamento genético expandiu-se rapidamente durante os últimos 30 anos. Os consultantes que procuram aconselhamento genético podem ser novos, velhos, mulheres, homens, grávidas ou pensando em engravidar, afetados, em risco de doença ou simplesmente curiosos em aprender o papel da genética na sua vida.

Uma mudança relativamente recente para os consultores genéticos consistiu no desenvolvimento do teste genético preditivo para doenças de aparecimento tardio (na idade adulta). Com a tecnologia genética moderna, um teste de ADN pode indicar a probabilidade relativa de certos indivíduos desenvolverem uma doença genética durante a 4ª ou 5ª década de vida. Estes testes não diagnosticam o presente, o atual, apenas determinam a probabilidade de alguém vir a desenvolver uma doença genética. Assim, um indivíduo com 50% ou mais de possibilidade de desenvolver uma doença genética particular, pode permanecer saudável ao longo da vida, enquanto que um indivíduo com apenas 25% de probabilidade de desenvolver a doença pode sucumbir a ela (Evans, Skrzynia & Burke, 2001).

3.1. A Importância do Aconselhamento Genético

As pessoas que procuram aconselhamento médico genético podem fazê-lo por iniciativa própria ou por pressão familiar, mas na maior parte das vezes, fazem-no por sugestão do seu médico (Vigne, 1998). O aconselhamento genético e a avaliação e apoio psicossociais devem sempre anteceder e seguir a entrega de resultados do teste genético. O aconselhamento genético é feito ao longo de todo um processo de consultas, o qual deve ser acompanhado por uma equipa multidisciplinar.

A principal finalidade do aconselhamento genético, não diretivo e orientado para as pessoas, é a de fornecer informação genética que possa ajudar cada indivíduo ou casas a tomar decisões que melhor sirvam as suas necessidades. Por isso, o aconselhamento genético consiste essencialmente em: 1) um processo de comunicação entre o consultor genético e os consultandos (doentes, indivíduos em risco ou portadores assintomáticos); 2) lidar com a avaliação dos riscos da afeção (neles próprios ou nos filhos) e com a discussão do seu significado e das alternativas disponíveis; e 3) ter como ponto de partida um diagnóstico clínico firmemente estabelecido (Biesecker & Peters, 2001).

As componentes do aconselhamento genético são três (diagnóstico, avaliação e comunicação). Trata-se de fornecer informação que, para ser a) *correta e completa*, tem que ser baseada num diagnóstico clínico e genético correto, incluindo o cálculo da magnitude dos riscos e a apresentação de todas as opções tecnicamente possíveis; b) *eficaz* (ou seja, ajudar e não prejudicar os consultandos), tem de ser comunicada de forma clara e precisa, sem preconceitos nem ambiguidades, de modo a ser claramente

compreendida por cada consultando, atendendo ao seu grau de educação e cultura, bem como aos seus preceitos morais e religiosos (Sequeiros, 2001).

A Huntington Disease Society of America (1994) publicou linhas de orientação recomendadas para este tipo de teste: entrevista inicial de pré-seleção pessoal ou pelo telefone; pré-testes, durante o aconselhamento genético, avaliação neurológica e psicológica; quatro sessões para divulgação dos resultados e aconselhamento pós-teste. O objetivo deste processo de aconselhamento consiste em assegurar que a pessoa que procura o teste genético compreenda as suas implicações, esteja preparada para conhecer os resultados e faça uma melhor adaptação a eles.

É altamente recomendado que os sujeitos em risco sejam acompanhados, ao longo do processo de aconselhamento genético, por alguém, escolhido pelo próprio, que funcione como um apoio e suporte, preferencialmente o ou a companheiro/a ou amigo íntimo, mas não outro familiar em risco. É também preferível que irmãos não sejam testados simultaneamente (Bennett, Bird & Teri, 1993). Deve ser realizada pelos pacientes em risco uma pré-reflexão sobre com quem vão partilhar os resultados: alguns preferem mantê-los privados, outros preferem divulgar a uma série de pessoas. O aconselhamento genético deve ser sempre acompanhado de apoio psiquiátrico e ou psicológico. O psiquiatra ou o psicólogo devem ter em conta a história dos sujeitos, as razões para realizar o teste preditivo, as possíveis reações ao teste e a história natural da doença neuro-genética adequada (Paúl, 1996).

O risco para uma doença genética pode alterar por completo a vida individual, conjugal, familiar e no trabalho, provocando, por vezes, desajustamentos e reações patológicas em pessoas predispostas; suicídio e divórcio são consequências possíveis. Em doenças incapacitantes e sem cura, fatais após período prolongado de sofrimento, os efeitos emocionais são devastadores, quer no doente, quer nos familiares, quer em toda a família. Durante o aconselhamento, muitas das reações encontradas devem ser consideradas normais. São os comportamentos que se afastam do processo de ajustamento (*coping*) esperado que terão de ser reconhecidos e referidos aos cuidados especializados do serviço social, do psicólogo clínico ou do psiquiatra, conforme o caso. (Sequeiros, 2001). O aconselhamento genético é um processo psicoeducacional dinâmico, centrado na informação genética, em que no âmbito de uma relação terapêutica estabelecida entre profissionais de saúde e os consultandos, estes são

ajudados a personalizar a informação genética técnica e probabilística, no sentido de promover a autodeterminação e ampliar a sua capacidade de adaptação ao longo do tempo (Biesecker & Peters, 2001). O objetivo é o de facilitar as capacidades do consultando para usar a informação genética de forma significativamente pessoal que minimize o sofrimento psicológico e aumente o seu controlo pessoal.

3.2. Teste Genético Preditivo

O teste genético preditivo consiste no uso de um teste genético num sujeito assintomático que permite predizer um risco futuro de doença. Representa uma nova e crescente gama de testes médicos, que difere dos testes diagnósticos convencionais. A convicção subjacente no uso destes testes recai no facto de que, quanto mais cedo se identificarem os indivíduos em risco duma doença específica, menor poderá ser a morbilidade e a mortalidade, devido à possibilidade de triagem, vigilância e prevenção. Contudo, a utilidade clínica dos testes genéticos preditivos varia consideravelmente para diferentes doenças (Evans et al., 2001).

Estes testes, para além de serem usados com o intuito de estabelecer diagnósticos em doentes sintomáticos, são-no, igualmente, em pessoas assintomáticas que estão em risco para doenças genéticas e que desejam saber se herdaram ou não o gene mutado. Os testes genéticos preditivos englobam os testes de suscetibilidade (para doenças complexas, multifatoriais) e os testes pré-sintomáticos (para doenças monogénicas), bem como os testes pré-natais, os testes pré-implantatórios e os rastreios populacionais.

3.2.1. Teste Pré-Sintomático

Os testes genéticos para sujeitos assintomáticos em risco elevado de desenvolverem uma doença genética são um fenómeno novo na prática da medicina. Estes testes permitem-nos identificar indivíduos que têm uma probabilidade elevada de desenvolverem doenças degenerativas graves, muitas vezes presentemente incuráveis, várias décadas antes do início dos sintomas. Em Portugal, o teste pré-sintomático da DH encontra-se inserido num programa (*Programa Nacional de Teste Pré-Sintomático e de Aconselhamento Genético*) orientado para todos os adultos em risco, que, embora assintomáticos, desejem informar-se sobre a sua situação genética (Sequeiros, 2001).

Neste sentido, pode-se facilmente constatar que existem enormes benefícios e riscos associados com estes testes. Estes benefícios e riscos por vezes não são percebidos da mesma forma pelos pacientes e pelos profissionais de saúde; por vezes nem sequer são equacionados. As consequências a longo prazo podem ser graves e, uma vez conhecido o resultado, não há como voltar atrás. Por estas razões, considera-se que o teste preditivo para indivíduos assintomáticos deve contemplar um protocolo de consultas multidisciplinares incluindo consultas médicas, num contexto de aconselhamento genético profissional, em centros genéticos com profissionais experientes e médicos geneticistas ou consultores genéticos certificados. Tendo em conta, ainda, avaliações psico-emocionais que necessitam de acompanhamento psicológico ao longo do processo do teste pré-sintomático (Sequeiros, 2001).

3.2.2. Teste Pré-Sintomático na DH

A doença de Huntington tem sido alvo de muita atenção devido ao facto de ser uma das doenças genéticas que podem ser diagnosticadas utilizando um teste pré-sintomático, sendo, igualmente, a mais estudada neste sentido. Este teste genético em pessoas assintomáticas em risco para DH é seguramente, no presente, o melhor modelo disponível da prática de um teste pré-sintomático (Ribeiro, 2006).

Em Março de 1993, após ser identificado o gene que causa a DH, indivíduos em risco de herdar a doença puderam ser submetidos ao teste e saber se herdaram o gene da doença ou não. Neste sentido, o teste genético pré-sintomático é realizado em indivíduos em risco de DH que ainda não têm sintomas, sendo que exige aconselhamento genético. O mesmo teste pode ser utilizado para confirmar o diagnóstico da doença em pessoas que já apresentavam sintomas clínicos, especialmente quando a história familiar é desconhecida e para dar a conhecer o estatuto genético de sujeitos assintomáticos, mas com história familiar da doença (Rega et al., 2001).

A decisão de realizar ou não o teste pré-sintomático para a DH é muito complexa e pessoal. Cada indivíduo com historial familiar de DH pode ter sentimentos próprios relativamente a esta questão. Alguns podem ver o teste como a possibilidade de obterem uma informação muito desejada, outros não querem submeter-se a fazê-lo. É importante que a pessoa que está a pensar realizar o teste tome a decisão após receber aconselhamento genético adequado (Read, 1993). De acordo com Sequeiros (2001), uma das razões mais frequentes que os sujeitos sustentam para procurarem o teste

genético preditivo consiste em aliviar o *stress* e a ansiedade de estarem em risco de ter a doença. Outros estudos referem que umas das principais razões para realizar o teste preditivo é o facto de aliviar a incerteza, com o intuito de aliviar um *stress* emocional e mental diário e contínuo associado ao facto de saberem que estão em risco de 50% de terem uma doença neurológica grave (Gharehbaghi-Schnell, Finsterer, Korschineck, Mamoli & Binder, 1998).

As pessoas em risco podem também querer conhecer o seu estatuto genético para planearem a sua vida a longo-prazo. E isto pode incluir ter ou não filhos, quantos filhos irão ter, escolher entre a adoção e a maternidade biológica, planos profissionais e planos financeiros. De forma geral, sujeitos mais jovens e, devido à ausência de sintomas, sentem-se “normais” e têm a esperança (por vezes, irrealista) de ter menos probabilidade de ter a doença. O mesmo se verifica em pessoas mais velhas que pensam não desenvolver a doença, devido à idade já avançada. No entanto, deve enfatizar-se o facto de que todas as pessoas em risco permanecem em risco, mesmo que este diminua com o passar da idade (Rega et al., 2001).

4. IMPACTO PSICOLÓGICO DO TESTE PREDITIVO NOS SUJEITOS EM RISCO PARA HUNTINGTON

Segundo Festinger (1954), as pessoas que estão em risco de desenvolver uma doença genética procuram conhecer a informação médica, mesmo quando sabem que ela lhes pode ser desfavorável. Contudo, outros autores (Dawson, Gilovich & Regan, 2002) pensam que as pessoas estão mais motivadas para proteger o seu bem-estar psicológico face à informação médica potencialmente desagradável, e tendem a evitá-la, negá-la ou desacreditá-la. Estas duas estratégias, geralmente, excluem-se mutuamente: quando os sujeitos acreditam que podem alterar o curso da doença, procuram a informação; quando não acreditam, geralmente evitam-na, o que explica o motivo pelo qual, poucos dos sujeitos em risco para doenças neurológicas autossómicas dominantes, procuram realizar o teste preditivo, procurando o aconselhamento genético para o efeito.

A doença de Huntington é uma doença neurológica progressiva, herdada de modo autossómico dominante. É uma doença de aparecimento tardio (geralmente na idade adulta), com tratamento sintomático, mas ainda sem cura. A doença de Huntington apresenta sintomatologia específica, como a deterioração cognitiva e psicopatologia, o que pode dar origem a uma diferente perceção de risco (Harper, 1996)

em relação a outras doenças neurológicas. Embora o risco de desenvolver a doença diminua gradualmente com a idade, os indivíduos em risco nunca estão inteiramente seguros de estarem imunes à doença. A variabilidade da idade de início da doença é uma fonte adicional de incerteza (Evers-Kiebooms, Welkenhuysen, Claes, Decruyenaere & Denayer, 2000) e cada filho ou filha de uma pessoa afetada tem 50% de probabilidade de desenvolver a doença e é designado como “estando em risco”, um estado descrito como se vivesse constantemente uma ameaça pairando sobre si (Tyler, 1996; Wexler, 1979). Além disso, o risco psicológico não deve nem pode ser subestimado (Folstein, Franz, Jensen & Chase, 1983).

Uma das questões de grande importância para a prática psicológica é o impacto emocional de lidar com alguém em risco para certas doenças, muitos anos antes do início esperado da doença. Aqui, a tarefa dos psicólogos é a de determinar como é que a informação do risco afeta as atitudes e a qualidade de vida daqueles que tiram partido da tecnologia genética e a de desenvolver intervenções comportamentais para ajudar a lidar com o conhecimento crescente, mas ainda incompleto, acerca do risco (Patenaude et al., 2002).

Segundo Evans (1993), os resultados de estudos realizados com indivíduos que realizaram o teste preditivo para DH mostraram algumas surpresas: só 10% das pessoas que pensavam estar sujeitas a um alto risco de contrair a doença prosseguiram com o teste preditivo. Aqueles que quiseram realizar o teste, geralmente, afirmavam que o queriam fazer para poderem planejar as suas vidas ou para poderem evitar passar o gene para os filhos, e são aqueles que mais beneficiam do teste segundo quem oferece o serviço. Mas, num número significativo de casos, as pessoas procuram o teste já numa fase tardia da existência, na altura em que se esperam os primeiros sintomas. Com efeito, estas pessoas podem estar a usar o teste mais como um diagnóstico precoce da doença, do que para estabelecer a sua situação genética.

As pessoas sujeitas a elevado risco de serem portadoras do gene podem experimentar dificuldades psicológicas e emocionais ao terem que lidar com a informação, mas, geralmente, o choque inicial é seguido de uma recuperação relativamente rápida. Porém, constatou-se que, entre os sujeitos que receberam resultados de não portadores do gene afetado, muitos também se apresentam *stressados*. Para outros, o alívio esperado ao saberem que não eram portadores do gene afetado foi

substituído por sentimentos de culpa e depressão persistentes. Isto pode ser explicado pelo facto de os indivíduos terem fortes crenças acerca de terem ou não o gene mutado, o que pode ser básico para a sua identidade e que é difícil de mudar em face de informação contrária. Os familiares de pessoas afetadas tendem a saber muito acerca da doença e a estar muito conscientes do que lhes pode ou poderia acontecer a eles próprios (Evans, Burnell, Hopwood & Howell, 1993).

Lerman e Croyle (2002) procuraram fazer um ponto da situação relativamente aos aspetos psicológicos e implicações do teste genético. Segundo estes autores, a investigação sobre a tomada de decisão é muito limitada. Os poucos estudos relatados apoiam-se nas descrições qualitativas dos pacientes acerca das suas razões para realizarem os testes e não em instrumentos validados. Os dados disponíveis sobre tomada de decisão, sobretudo qualitativos, sugerem que os fatores cognitivos (e.g., benefícios percebidos) e emocionais (e.g., o impacto psicológico esperado do teste e sentimentos) fazem parte integral do processo de tomada de decisão. No que toca aos portadores, a tomada de decisão de realizar o teste genético é geralmente elevada, sobretudo quando acessível e recomendada por um médico.

Os indivíduos parecem especialmente motivados para testar doenças incompatíveis com a vida ou que sejam uma ameaça à vida (Lerman, Croyle, Tercyac & Hamann, 2002). Contudo, encontramos índices de realização de testes genéticos mais elevados nos sujeitos que procuram o teste para doenças que têm um tratamento disponível. No que diz respeito aos efeitos psicológicos, estudos descritivos apresentam alguma estigmatização social, mas precisam de ser replicados com outro tipo de instrumentos de avaliação. Embora alguns sujeitos apresentem perturbação psicológica, não há evidência de sequelas a longo prazo da realização do teste em portadores.

Relativamente às reações aos resultados do teste genético, não se pode afirmar que se registem efeitos psicológicos adversos e, os poucos estudos longitudinais realizados mostram uma redução na sobrecarga entre os não portadores e pequenas alterações na sobrecarga entre os portadores. E isto pode explicar-se pela própria natureza dos protocolos de aconselhamento genético que incluem informação, educação e aconselhamento. Contudo, esta mesma razão pode levar a subestimar níveis de sobrecarga (Lerman et al., 2002).

No atinente aos resultados psicológicos e comportamentais do teste genético, tudo indica que os resultados do teste têm menos influência na perturbação emocional do que inicialmente se antecipou. E embora alguns estudos refiram um aumento inicial de ansiedade depois do teste pré-natal, do teste de portador ou do teste preditivo, estes efeitos tendem a ser transitórios e clinicamente não significativos. Contudo, não podemos deixar de notar que alguns destes estudos utilizaram modelos ótimos de aconselhamento genético que podem trazer melhores resultados aos utentes.

Também Marteau e Croyle (1998) sugerem que apesar da investigação sobre o impacto psicológico do teste genético ser limitada, as reações psicológicas adversas são incomuns quando o teste é fornecido no contexto de um programa que fornece informação e apoio psicológico, antes e depois do teste.

Tibben, Roos e Niermeijer (1997) acompanharam, durante três anos, portadores e não-portadores para a DH e avaliaram o curso do mal-estar que revelou pensamentos intrusivos nos dois grupos de sujeitos, embora, aos seis meses de avaliação, os dois grupos apresentassem modelos opostos de evitamento. Segundo os mesmos autores, uma semana depois da revelação do resultado, os portadores tinham aumentado o nível de desesperança e os não portadores tinham diminuído o nível de desesperança. Contudo, estes efeitos desapareceram ao fim de seis meses e não voltaram. Os companheiros dos portadores tiveram o mesmo percurso de *distress* dos portadores. Os companheiros dos portadores com filhos sentiam significativamente mais *distress* do que os que não tinham filhos. Os companheiros dos não-portadores sentiam significativamente menos *distress* do que os próprios não portadores, ao fim de três anos.

Codori, Slavney, Young, Miglioretti e Brandt (1997) avaliaram os preditores do ajustamento ao teste genético para a DH: 52 portadores e 108 não-portadores foram estudados durante um ano após a realização do teste. O ajustamento, definido pela desesperança e sintomas depressivos, foi medido ao 3º, 6º, 9º e 12º mês depois de revelado o resultado do teste genético. Os sujeitos menos bem ajustados eram portadores, casados, sem filhos, e estavam perto da idade habitual de início de aparecimento dos sintomas.

Assim, enquanto alguns estudos referem problemas persistentes de ansiedade e *distress* numa minoria significativa de pessoas (Lehmann, 1997), outros estudos

apresentam dados sugerem que a proporção de pessoas que foram testadas para a suscetibilidade genética e que sentiram um elevado nível de *distress* psicológico é baixa e que a maior parte das pessoas se adaptou aos resultados sem grandes dificuldades (Croyle, Smith, Botkin, Baty & Nash, 1997; Coyne, Benazon, Gaba, Calzone & Weber, 2000; Lerman et al., 2002). Apesar de referido, estes resultados devem ser interpretados cuidadosamente uma vez que eles têm origem, geralmente, em estudos num número pequeno de sujeitos altamente selecionados que participaram por longos períodos de tempo em investigação genética e submeteram-se a avaliações de curto prazo com instrumentos que podem não ser suficientemente sensíveis para detetarem o *distress* específico ao contexto particular do teste genético.

Tal como Shiloh (1996) e Bowen, Patenaude e Vernon (1999) referiram, valeria a pena levar a cabo estudos prospetivos nos quais as pessoas que tivessem procurado aconselhamento genético e que fossem elegíveis para o teste de suscetibilidade fossem entrevistadas diversas vezes, ao longo de diversos anos, tivessem ou não decidido fazer o teste ou conhecessem ou não os seus resultados. O resultado destes estudos poderia contribuir para o desenvolvimento de medidas de apoio psicológicas adaptadas às necessidades desta população (Lerman & Croyle, 1994).

PARTE II

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída por 31 sujeitos, sendo que 17 (54,8%) são indivíduos do sexo feminino e 14 (42,2%) do sexo masculino. Relativamente ao estado civil da amostra, as frequências sugerem 10 (32,3%) indivíduos solteiros, 17 (54,8%) indivíduos em regime casado ou união de facto, 2 (6,5%) indivíduos divorciados e 1 (3,2%) indivíduo viúvo. A média de idades é de 44,61 anos (desvio-padrão de 14,59), tendo o mais novo 21 anos e o mais velho 71 anos.

Em relação ao resultado do teste, 16 (51,6%) sujeitos da amostra foram não portadores de DH em oposição aos 15 (48,4%) sujeitos que foram portadores de DH.

Relativamente à profissão dos sujeitos da amostra, 10 (32,3%) indivíduos são atualmente reformados/pensionistas, 5 (16,1%) têm profissões como diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente, 5 (16,1%) são trabalhadores manuais ou operários não especializados e, constituem mais de metade da amostra. A amostra fica completa com 4 (12,9%) indivíduos que são operários especializados com ensino primário completo, 3 (9,7%) indivíduos que estão atualmente desempregados, 2 (6,5%) que são estudantes, 1 (3,2%) que poderá ser chefe de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretor de bancos, perito, técnico ou comerciante e 1 (3,2%) que poderá ser ajudante técnico, desenhador, caixeiro, contramestre, oficial de primeira, encarregado e mestre-de-obras.

No que diz respeito ao estado atual de saúde da amostra em relação à doença, as frequências dão conta que 16 (51,6%) sujeitos da amostra são não portadores de DH, sendo que 10 (32,3%) sujeitos são portadores assintomáticos em contrapartida aos 5 (16,1%) elementos que são portadores sintomáticos.

Em relação aos sujeitos da amostra portadores de DH, no atinente ao sexo, as frequências sugerem-nos 11 (73,3%) indivíduos do sexo feminino e 4 (26,7%) do sexo masculino, com uma média de idade de 47,80 (desvio padrão de 15,16), sendo a idade mínima de 21 anos e a idade máxima de 68 anos.

A média de anos de protocolo é de 1,60 (desvio padrão de 0,63).

Referente ao tempo de realização do protocolo, verifica-se que 7 (46,7%) indivíduos realizaram-no há 1 ano, 7 (46,7%) indivíduos há 2 anos e 1 (6,7%) indivíduo há cerca de 3 anos. A informação relativa estado civil aponta para 6 (40,0%) indivíduos solteiros, 7 (46,7%) casados ou em união de facto, 1 (6,7%) divorciado e 1 (6,7%) viúvo. Respeitante à profissão, verifica-se que 7 (46,7%) são reformados/pensionistas, 2 (13,3%) estão desempregados, 1 (6,7%) é estudante, 1 (6,7%) poderá ser ajudante técnico, desenhador, caixeiro, contramestre, oficial de primeira, encarregado ou mestre-de-obras, 1 (6,7%) trabalhador manual ou operário não especializado (ex.: jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.) e 3 (20,0%) que serão operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc.).

Quando questionados se continuam sem sintomas da doença, as frequências sugerem que 7 (53,8%) elementos responderam afirmativamente, contra 4 (30,8%) elementos que responderam de forma negativa e, ainda, 2 (15,4%) elementos que responderam não ter a certeza. Relativamente ao que sentem, pode-se verificar que 1 (3,2%) elemento tem sintomatologia leve, 2 (33,3%) sintomatologia grave e 3 (50,0%) não específica. Respeitante à realização de exames neurológicos e, quando questionados os sujeitos acerca da regularidade da mesma, as frequências sugerem que 3 (23,1%) elementos nunca efetuaram exames neurológicos, sendo que 5 (16,1%) referem ter feito alguns no passado e os restantes 5 (16,1%) referem fazer desde sempre.

No atinente ao acesso a acompanhamento psicológico desde que receberam o resultado do teste, 8 elementos (57,1%) referiram obter acompanhamento psicológico várias vezes, contra 4 (28,6%) elementos que responderam que não e 2 (6,5%) que responderam apenas uma vez. Quanto às possíveis mudanças de vida significativas nos últimos anos, as frequências sugerem que 8 (57,1%) elementos revelam ter sofrido uma mudança significativa na sua vida, contra 6 (42,9%) elementos que referem não as terem tido. Relativamente às mudanças citadas pelos sujeitos, 5 (62,5%) referem a morte, perda e doença de familiares como a causa desta mudança, contra 1 (12,5%) que menciona o desemprego ou mudança de posto de trabalho como responsável pela mudança, 1 (12,5%) que responsabiliza a sua própria doença e 1 (12,5%) que não especifica.

Relativamente à amostra de sujeitos não portadores de DH, em relação ao sexo, as frequências sugerem 6 (37,5%) indivíduos do sexo feminino e 10 (62,5%) do sexo

masculino, sendo a idade média de 41,63% (desvio-padrão 13,827), sendo que a idade mínima é de 25 anos e a idade máxima de 71 anos.

A média de anos de protocolo é de 1,86 (desvio padrão de 0,66) e, referente ao tempo de realização do mesmo, verifica-se que 4 (28,6%) indivíduos realizaram-no há 1 ano, 8 (57,1%) indivíduos há 2 anos e 2 (14,3%) indivíduos há cerca de 3 anos. Referente ao estado civil, 4 (25,0%) indivíduos são solteiros, 10 (62,5%) casados ou em união de facto e 1 (6,3%) divorciado.

No atinente às profissões, verifica-se que 5 (31,3%) indivíduos são diretores de bancos, diretores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente, 4 (25,0%) que poderão ser trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex.: jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.), 3 (18,8%) indivíduos reformados/pensionistas, 1 (6,3%) desempregado, 1 (6,3%) estudante, 1 (6,3%) chefe de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdiretor de bancos, perito, técnico ou comerciante e 1 (6,3%) operário especializado com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc.)

Quando questionados se mantêm contacto direto com a doença, os valores indicam percentagens mais altas na resposta confirmatória, sendo que 12 elementos (38,7%) responderam que sim através de familiares próximos e 1 elemento (3,2%) através de associações. Apenas 3 (9,7%) elementos responderam não ter contato com a doença. Questionados os sujeitos se ao fim deste tempo ainda se sentem incomodados ao pensar ou falar sobre a doença, 13 (81,3%) elementos evidenciaram não ter dificuldades neste sentido, contra 2 elementos (12,5%) que responderam sentirem-se incomodados e 1 (6,3%) que referiu não ter a certeza. Neste sentido, ao questionar-se as razões do incómodo antes referido, 2 (66,7%) dos elementos da amostra mencionaram a dor psíquica por verem um familiar sofrer e 1 (33,3%) elemento que ainda suspeita poder vir a ter a doença.

2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

2.1 Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I (Brief Symptoms Inventory)

Para a avaliação da sintomatologia psicopatológica na amostra deste estudo, foi utilizado o “Inventário de Sintomas Psicopatológicos”, versão portuguesa do BSI, traduzido e adaptado por Canavarro (1999). O BSI é um instrumento de auto-resposta, desenvolvido por Derogatis (1982) a partir do Symptom Checklist 90-R (SCL-90-R), instrumento criado pelo mesmo autor em 1977.

O BSI pretende, então, avaliar a presença e intensidade de sintomas psicopatológicos em indivíduos com idade igual ou superior a 13 anos que façam parte da população médica, psiquiátrica ou geral. Os sintomas psicopatológicos são avaliados através de 9 dimensões e 3 Índices Globais, sendo estes últimos avaliações sumárias de perturbação emocional. É composto por 53 itens e o que se pretende é que o inquirido indique, de acordo com uma escala tipo *Likert* (que varia entre nunca (0), poucas vezes (1), algumas vezes (2), muitas vezes (3) e muitíssimas vezes (4)), o grau em que cada sintoma o afetou na última semana.

O inventário é composto pelas seguintes dimensões: 1) somatização: reflete o mal-estar resultante da perceção do funcionamento somático, isto é, queixas centradas nos sistemas cardiovasculares, gastrointestinal, respiratório ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. Dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade são igualmente componentes da somatização. Inclui sete itens: 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37); 2) obsessões-compulsões: inclui sintomas identificados com a síndrome clínica do mesmo nome. Esta dimensão inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são percecionados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Inclui seis itens: 5, 15, 26, 27, 32, 36); 3) sensibilidade interpessoal: centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A autodepreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez durante as interações sociais são manifestações características desta dimensão. Inclui quatro itens: 20, 21, 22, 42); 4) depressão: estão representados os sintomas de afeto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela

vida. Inclui seis itens: 9, 16, 17, 18, 35, 50); 5) ansiedade: compreende sintomas de nervosismo e tensão, bem como de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Inclui seis itens: 1, 12, 19, 38, 45, 49); 6) hostilidade: inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afetivo negativo da cólera. Inclui cinco itens: 6, 13, 40, 31, 46); 7) ansiedade fóbica: os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas. Inclui cinco itens: 8, 28, 31, 43, 47); 8) ideação paranoide: representa o comportamento paranoide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. A seleção dos itens teve em conta o pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios, como reflexos desta perturbação. Inclui cinco itens: 4, 10, 24, 48, 51), e 9) psicose ou psicoticismo: abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizoide, e sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo do pensamento. A escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência de psicose. Inclui cinco itens: 3, 14, 34, 44, e 53) (Canavarro, 2007).

Além das subescalas, este inventário inclui três índices globais: (1) Índice Geral de Sintomas (ISG), que representa uma pontuação combinada que pondera a intensidade do mal-estar experienciado com o número de sintomas assinalados e que o cálculo se obtém através das somas das pontuações de todos os itens, sendo depois dividida pelo número total de respostas (por exemplo, sendo 53, se não houver respostas em branco); (2) Total de Sintomas Positivos (TSP), que representa o número de queixas sintomáticas apresentadas e que se refere à contagem do número de itens assinalados com uma resposta positiva, ou seja, maior do que zero; (3) Índice de Sintomas Positivos (ISP), que oferece a média da intensidade de todos os sintomas que foram assinalados. Calcula-se pela divisão da soma de todos os itens pelo TSP, que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional e que representam aspetos diversificados da psicopatologia (Canavarro, 1999).

Quatro dos itens (itens 11, 25, 39 e 52), embora contribuam com algum peso para as escalas descritas, não pertencem univocamente a nenhuma delas, pelo que não deveriam ser incluídos no inventário. Porém, dada a sua relevância clínica são apenas considerados nas pontuações dos três Índices Globais (Canavarro, 2007).

A versão portuguesa traduzida e adaptada por Canavarro (1999) revelou níveis adequados de consistência interna para as nove escalas com valores de alpha de Chronbach entre .70 e .80, à exceção dos valores das escalas de ansiedade fóbica (.624) e de psicoticismo (.621), que se apresentam ligeiramente abaixo do intervalo anteriormente referido (Canavarro, 1999).

A validade de constructo encontrou correlações significativas variáveis entre .73 e .38, sendo o ponto de corte de 1.7, pelo que uma nota no Índice de Sintomas Positivos maior ou igual a este valor, diferencia e distingue as pessoas emocionalmente perturbadas da população em geral, tratando-se, por isso, num instrumento adequado para avaliar a presença de psicopatologia (Canavarro, 2009).

Na tabela 1 apresenta-se as frequências dos itens do Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI, aplicado à nossa amostra de sujeitos em risco para DH (N=31).

Tabela 1

Frequências dos itens do BSI (Média, Desvio Padrão, Mínimo e Máximo)

Item	Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
1.Nervosismo ou tensão interior	1.57	1.03	0	3
2.Desmaios ou tonturas	.17	.38	0	1
3.Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	.28	.84	0	4
4.Ter ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	.31	.54	0	2
5.Dificuldades em se lembrar de coisas passadas ou recentes	1.28	1.19	0	4
6.Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	1.48	.99	0	4
7.Dores sobre o coração ou no peito	.97	1.32	0	4
8.Medo na rua ou praças públicas	.24	.690	0	3
9.Pensamentos de acabar com a vida	.24	.83	0	4
10.Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	1.14	1.19	0	4
11.Perder o apetite	.62	.94	0	3
12.Ter um medo súbito sem razão para isso	.45	.95	0	4
13.Ter impulsos que não se podem controlar	.62	.94	0	3
14.Sentir-se sozinho, mesmo quando está com mais pessoas	.52	.83	0	3
15.Dificuldade em fazer qualquer trabalho	.72	1.07	0	4
16.Sentir-se sozinho	.48	.87	0	4
17.Sentir-se triste	1.03	.98	0	4
18.Não ter interesse por nada	.66	1.08	0	4
19.Sentir-se atemorizado	.21	.56	0	2
20.Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	.79	1.08	0	4
21.Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	.52	.79	0	3
22.Sentir-se inferior aos outros	.48	.83	0	3
23.Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago	.55	.83	0	3
24.Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	.62	.98	0	4
25.Dificuldade em adormecer	.97	.98	0	3
26.Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	1.14	.95	0	4
27.Dificuldade em tomar decisões	1.24	1.12	0	4
28.Medo de viajar de autocarro, comboio ou metro	.14	.74	0	4
29.Sensação de que lhe falta o ar	.55	1.06	0	4
30.Calafrios e afrontamentos	.59	.867	0	3
31.Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medo	.24	.577	0	2
32.Sensação de vazio na cabeça	.52	.911	0	3
33.Sensação de anestesia (encorticiamento ou formigueiro no corpo)	.55	.910	0	3
34.Ter ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	.17	.468	0	2
35.Sentir-se sem esperança perante o futuro	1.00	1.17	0	4
36.Ter dificuldade em se concentrar	1.24	1.09	0	4

37.Falta de forças em partes do corpo	.93	1.07	0	4
38.Sentir-se em estado de tensão ou aflição	.76	1.08	0	4
39.Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	.52	.79	0	3
40.Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	.52	.99	0	3
41.Ter vontade de destruir ou partir coisas	.41	.91	0	4
42.Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	.72	.84	0	3
43.Sentir-se mal no meio de multidões como lojas, cinemas ou assembleias	.38	.73	0	2
44.Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa	.59	.78	0	3
45.Ter ataques de terror ou pânico	.17	.54	0	2
46.Entrar facilmente em discussão	.90	1.05	0	4
47.Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	.31	.71	0	3
48.Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	1.17	1.10	0	4
49.Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	.59	.98	0	4
50.Sentir que não tem valor	.52	.87	0	3

Os itens que obtiveram médias de resposta mais elevadas foram:

Item 1 – “Nervosismo e tensão interior” (média =1.57)

Item 6 – “Aborrecer-se ou irritar-se facilmente” (média = 1.48)

Item 5 – Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes” (média=1.28)

Item 27 – “Dificuldade em tomar decisões” (média=1.24)

Item 36 – “Ter dificuldade em me concentrar” (média=1.24)

Os itens que obtiveram médias de resposta mais baixas foram:

Item 2 – “Desmaio ou tonturas” (média=0.17)

Item 34 – “Ter ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados” (média=0.17)

Item 45 – “Ter ataques de terror ou pânico” (média=0.17)

Item 28 – “Medo de viajar de autocarro, comboio, metro” (média=0.14)

A tabela 2 descreve as frequências e percentagens das modalidades de resposta do Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI.

Tabela 2

Frequência e percentagem das modalidades de resposta - BSI

Descrição do item	Nunca	Poucas Vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1.Nervosismo ou tensão interior	5(17.9%)	8(28.6%)	9(32.1%)	6(21.4%)	-
2.Desmaios ou tonturas	24(82.8%)	5(17.2%)	-	-	-
3.Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	25(86.2%)	2(6.9%)	1(3.4%)	-	1(3.4%)
4.Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	21(72.4%)	7(24.1%)	1(3.2%)	-	-
5.Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	9(31.0%)	9(31.0%)	7(24.1%)	2(6.9%)	2(6.9%)
6.Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	4(13.8%)	12(41.%)	9(31.0%)	3(10.3%)	1(3.4%)
7.Dores sobre o coração ou peito	16(55.2%)	5(17.2%)	3(10.3%)	3(10.3%)	2(6.9%)
8.Medo na rua ou praças públicas	25(86.2%)	2(6.9%)	1 (3.4%)	1(3.4%)	-
9.Pensamentos de acabar com a vida	26(89.7%)	1(3.4%)	1 (3.4%)	-	1(3.4%)
10.Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	12(41.4%)	5(17.2%)	10(34.%)	-	2(6.9%)
11.Perder o apetite	18(62.1%)	6(20.7%)	3(10.3%)	2(6.9%)	-
12.Ter um medo súbito sem razão para isso	21(72.4%)	6(20.7%)	-	1(3.4%)	1(3.4%)

13.Ter impulsos que não se pode controlar	18(62.1%)	6(20.7%)	3(10.3%)	2(6.9%)	-
14.Sentir-se sozinho, mesmo quando está com mais pessoas	19(65.5%)	6(20.7%)	3(10.3%)	1(3.4%)	-
15.Dificuldade em fazer qualquer trabalho	16(55.2%)	9(31.0%)	1(3.4%)	2(6.9%)	1(3.4%)
16.Sentir-se sozinho	19(65.5%)	8(27.6%)	1(3.4%)	-	1(3.4%)
17.Sentir-se triste	10(34.5%)	10(34.%)	8(27.6%)	-	1(3.4%)
18.Não ter interesse por nada	18(62.1%)	7(24.1%)	1(3.4%)	2(6.9%)	1(3.4%)
19.Sentir-se aterrorizado	25(86.2%)	2 (6.9%)	2 (6.9%)	-	-
20.Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	16(55.2%)	6(20.7%)	5(17.2%)	1(3.4%)	1(3.4%)
21.Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	18(62.1%)	8(27.6%)	2 (6.9%)	1 (3.4%)	-
22.Sentir-se inferior aos outros	20(69.0%)	5(17.2%)	3(10.3%)	1 (3.4%)	-
23.Vontade de vomitar ou mal-estar no estômago	18(62.1%)	7(24.1%)	3(10.3%)	1 (3.4%)	-
24.Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	18(62.1%)	6(20.7%)	4(13.8%)	-	1(3.4%)
25.Dificuldade em adormecer	11(37.9%)	11(37.%)	4(13.8%)	3(10.3%)	-
26.Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	7(24.1%)	14(48.%)	6(20.7%)	1(3.4%)	1(3.4%)
27.Dificuldade em tomar decisões	7(24.1%)	14(48.%)	4(13.8%)	2(6.9%)	2(6.9%)
28.Medo de viajar de autocarro, comboio ou metro	28(96.6%)	-	-	-	1(3.4%)
29.Sensação de que lhe falta o ar	21(72.4%)	3(10.3%)	3(10.3%)	1(3.4%)	1(3.4%)
30.Calafrios e afrontamentos	18(62.1%)	6(20.7%)	4(13.8%)	1(3.4%)	-
31.Ter de evitar certas coisas, lugares ou atividades por lhe causarem medos	24(82.8%)	3(10.3%)	2(6.9%)	-	-
32.Sensação de vazio na cabeça	20(69.0%)	5(17.2%)	2(6.9%)	2(6.9%)	-
33.Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro no corpo)	19(65.5%)	6(20.7%)	2 (6.9%)	2 (6.9%)	-
34.Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	25(86.2%)	3(10.3%)	1 (3.4%)	-	-
35.Sentir-se sem esperança perante o futuro	14(48.3%)	5(17.2%)	7(24.1%)	2 (6.9%)	1 (3.4%)
36.Ter dificuldade em se concentrar	7 (24.1%)	14(48.%)	3(10.3%)	4(13.8%)	1(3.4%)
37.Falta de força em partes do corpo	13(44.8%)	8(27.6%)	6(20.7%)	1(3.4%)	1(3.4%)
38.Sentir-se em estado de tensão ou aflição	16(55.2%)	7(24.1%)	4(13.8%)	1 (3.4%)	1 (3.4%)
39.Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	18(62.1%)	8(27.6%)	2 (6.9%)	1(3.4%)	-
40.Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	22(75.9%)	1 (3.4%)	4(13.8%)	2(6.9%)	-
41.Ter vontade de destruir ou partir coisas	22(75.9%)	4(13.8%)	2 (6.9%)	-	1 (3.4%)
42.Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	14(48.3%)	10(34.%)	4(13.8%)	1 (3.4%)	-
43.Sentir-se mal no meio de multidões como lojas, cinemas ou assembleias	22(75.9%)	3(10.3%)	4(13.8%)	-	-
44.Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa	16(55.2%)	10(34.%)	2 (6.9%)	1 (3.4%)	-
45.Ter ataques de terror ou pânico	26(89.7%)	1(3.4%)	2 (6.9%)	-	-
46.Entrar facilmente em discussão	13(44.8%)	9(31.0%)	5(17.2%)	1(3.4%)	1(3.4%)
47.Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho	23(79.3%)	4(13.8%)	1(3.4%)	1(3.4%)	-
48.Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	8(27.6%)	13(44.%)	5(17.2%)	1(3.4%)	2 (6.9%)
49.Sentir-se tão desassossegada do que não consegue manter-se sentado quieto	18(62.1%)	8(27.6%)	1(3.4%)	1(3.4%)	1(3.4%)
50.Sentir que não tem valor	20(69.0%)	4(13.8%)	4(13.8%)	1(3.4%)	-
51.A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitaria de si	17(58.6%)	8(27.6%)	4(13.8%)	-	-
52.Ter sentimentos de culpa	16(55.2%)	8(27.6%)	4(13.8%)	-	1(3.4%)
53.Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na cabeça	15(51.7%)	7(24.1%)	4(13.8%)	-	3(10.3%)

A modalidade de resposta com valor mais elevado é a primeira (nunca) nos itens 28 (Medo de viajar de autocarro, comboio ou metro), 9 (Pensamento de acabar com a vida) e 45 (Ter ataques de terror ou pânico).

Procedemos à comparação dos valores médios para as subescalas, índices e total da BSI entre a nossa amostra e o estudo realizado para a população geral portuguesa (Canavarro, 1999). Os resultados estão expostos na tabela 3.

Tabela 3

Comparação dos valores médios para as subescalas e índices do BSI, com referências de normalização para a população geral portuguesa e para a população com perturbações emocionais (Canavarro, 1999):

Médias e Índices de Subescalas, no pré-teste							População Geral Portuguesa Canavarro (1999)	População com Perturbações Emocionais Canavarro (1999)		
Subescalas	N	Média	Desvio Padrão	Mín.	Máx.	Alpha	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Somatização	31	4.31	4.94	0	28	.860	.573	.916	9.445	7.032
Obsessões-Compulsões	31	6.14	4.99	0	24	.870	1.290	.878	11.534	5.567
Sensibilidade Interpessoal	31	2.52	2.77	0	16	.782	.958	.727	6.404	4.143
Depressão	31	3.93	4.42	0	24	.851	.893	.722	11.034	6.275
Ansiedade	31	3.71	3.80	0	24	.808	.942	.766	1.521	5.658
Hostilidade	31	3.93	4.18	0	20	.911	.894	.784	7.034	4.529
Ansiedade Fóbica	31	1.31	2.62	0	20	.814	.418	.663	5.082	4.656
Ideação Paranoide	31	3.79	3.22	0	20	.718	1.063	.789	7.651	4.263
Psicose	31	2.48	2.82	0	20	.645	.668	.614	7.021	4.140
Total						.970				
Índices										
Índice Geral de Sintomas	31	.658	.58				.835	.480	1.430	.705
Total de Sintomas Positivos	31	19.84	13.19				26.993	11.724	37.349	12.166
Índice de Sintomas Positivos	31	1.511	.52				1.561	.385	2.111	.595

Verificamos que a nossa amostra apresenta valores mais elevados em todas as subescalas, total e índices do que os da população geral portuguesa, mas mais baixos do que os da população com distúrbios emocionais.

Procedemos à comparação de médias entre os sexos relativamente às subescalas do BSI e aos índices globais do BSI. Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre elas. O mesmo aconteceu em relação ao estado civil, à idade real e idade por categorias, categorias de anos de protocolo, caracterização da sintomatologia e, também, nas mudanças que possam ter surgido nos indivíduos.

Relativamente ao resultado do teste (portador ou não portador), encontramos diferenças estatisticamente significativas nas seguintes subescalas:

Tabela 4

Comparação das médias das subescalas em relação ao resultado do teste

Subescalas	Resultado do Teste	N	M.	F.	g.l.	p.
BSI-Obsessão-Compulsão	Portador	13	8.38	5.648	1	.025
	Não Portador	16	4.31			
BSI-Depressão	Portador	13	6.31	8.664	1	.007
	Não Portador	16	2.00			
BSI-Ansiedade	Portador	13	5.54	6.795	1	.015
	Não Portador	15	2.13			
BSI- Hostilidade	Portador	13	5.77	5.240	1	.030
	Não Portador	16	2.44			
BSI- Total	Portador	13	47.85	4.981	1	.034
	Não Portador	15	23.60			
BSI- Índice Geral de Sintomas	Portador	13	.90	4.981	1	.034
	Não Portador	15	.45			

Subescalas	Resultado do Teste	N	M.	F.	g.l.	p.
BSI – Índice Sintomas Positivos	Portador	13	1.75	6.368	1	.018
	Não Portador	14	1.29			

Verificamos na tabela nº 4 que os portadores apresentam valores mais elevados do que os não portadores, em relação às subescalas obsessão-compulsão, depressão, ansiedade, hostilidade, BSI total, índice geral de sintomas e índice sintomas positivos.

No atinente às profissões, classificadas de acordo com Graffar, encontramos diferenças estatisticamente significativas nas seguintes subescalas:

Tabela 5

Comparação entre as médias das subescalas em relação às profissões classificadas de acordo com Graffar.

Subescala	Profissão	N	M.	F.	g.l.	p.
BSI-Sensibilidade Interpessoal	Reformado	9	3.67	3.501	7	.012
	Desempregado	3	2.33			
	Estudante	2	3.00			
	Graffar 1º Grau	5	1.40			
	Graffar 2º Grau	1	3.00			
	Graffar 3º Grau	1	11.00			
	Graffar 4º Grau	3	.67			
BSI-Depressão	Graffar 5º Grau	5	.80	2.879	7	.028
	Reformado	9	5.56			
	Desempregado	3	5.33			
	Estudante	2	2.00			
	Graffar 1º Grau	5	1.80			
	Graffar 2º Grau	1	1.00			
	Graffar 3º Grau	1	17.00			
BSI-Hostilidade	Graffar 4º Grau	3	1.33	4.017	7	.006
	Graffar 5º Grau	5	2.60			
	Reformado	9	5.46			
	Desempregado	3	4.00			
	Estudante	2	2.00			
	Graffar 1º Grau	5	1.60			
	Graffar 2º Grau	1	1.00			
BSI-Total	Graffar 3º Grau	1	18.00	3.043	7	.024
	Graffar 4º Grau	3	2.00			
	Graffar 5º Grau	5	3.00			
	Reformado	9	5.22			
	Desempregado	3	39.67			
	Estudante	2	26.00			
	Graffar 1º Grau	5	18.20			
BSI-Índice Geral de Sintomas	Graffar 2º Grau	1	16.00	3.043	7	.024
	Graffar 3º Grau	1	119.00			
	Graffar 4º Grau	3	7.73			
	Graffar 5º Grau	5	18.75			
	Reformado	9	.95			
	Desempregado	3	.75			
	Estudante	2	.50			
BSI- Índice Sintomas Positivos	Graffar 1º Grau	5	.34	4.041	7	.007
	Graffar 2º Grau	1	.30			
	Graffar 3º Grau	1	2.25			
	Graffar 4º Grau	3	.33			
	Graffar 5º Grau	5	.35			
	Reformado	9	24.20			
	Desempregado	3	24.00			
BSI- Índice Sintomas Positivos	Estudante	2	24.50	4.041	7	.007
	Graffar 1º Grau	5	13.00			
	Graffar 2º Grau	1	16.00			
	Graffar 3º Grau	1	41.00			
	Graffar 4º Grau	3	1.75			
	Graffar 5º Grau	5	17.40			

Na distribuição da amostra pelas profissões, verificamos que o Graffar 2º grau e o Graffar 3º grau apresentam apenas 1 sujeito cada um deles. Isto pode enviesar os resultados. Se ignorarmos os valores apresentados nestes dois graus, verificamos que quem está inserido no mercado de trabalho, apresenta menos sensibilidade interpessoal; em relação à subescala depressão, verificamos que todos os que trabalham, incluindo os estudantes, apresentam menos depressão do que os reformados e desempregados; no que diz respeito à subescala hostilidade, verificamos que todos os que trabalham, incluindo os estudantes, apresentam menos hostilidade do que os reformados e desempregados, embora o Graffar 5, trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex.: jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.), apresente um valor próximo ao dos desempregados; no atinente ao BSI total, verificamos que todos os que trabalham, incluindo os estudantes, apresentam um valor mais baixo do que os reformados e desempregados, embora o Graffar 4 (operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc.) apresente um valor significativamente mais baixo do que todos os outros; no índice Geral de Sintomas, constatamos que todos os que trabalham, incluindo os estudantes, apresentam um índice mais baixo do que os reformados e desempregados; no total de Sintomas Positivos, verificamos que todos os que trabalham, incluindo os estudantes, apresentam um valor mais baixo do que os reformados e desempregados.

No que concerne à sintomatologia verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas nas seguintes subescalas:

Tabela 6 <i>Comparação das médias das subescalas em relação à sintomatologia apresentada</i>						
Subescalas	Sintomatologia	N.	M.	F.	g.l.	p.
BSI-Somatização	Sim	7	2.57	4.667	2	.041
	Não	3	7.33			
	Talvez	2	15.00			
BSI-Obsessão Compulsão	Sim	7	5.00	5.427	2	.028
	Não	3	14.67			
	Talvez	2	13.00			
BSI-Índice de Sintomas Positivos	Sim	2	1.44	6.146	2	.028
	Não	7	2.20			
	Talvez	3	2.43			

Averiguamos na tabela 6, valores mais elevados nas subescalas somatização, obsessão-compulsão e índice de sintomas positivos nos sujeitos sem sintomatologia ou na dúvida.

Em relação à caracterização de mudanças na vida destes indivíduos encontram diferenças estatisticamente significativas nas seguintes subescalas:

Tabela 7

Comparação das médias das subescalas em relação à caracterização das mudanças significativas nos últimos anos

Subescalas	Caracterização da Mudança	N	M	F.	g.l.	p.
BSI-Somatização	Não Específica	1	2.00	1.77	3	.045
	Desemprego/Mudança de posto de trabalho	1	3.00			
	Morte/perda/doença familiar	4	2.75			
	Doença do próprio	1	19.00			
BSI-Obsessão Compulsão	Não Específica	1	2.00	17.762	3	.021
	Desemprego/Mudança de posto de trabalho	1	17.00			
	Morte/perda/doença familiar	4	5.00			
	Doença do próprio	1	21.00			
BSI-Ansiedade	Não Específica	1	2.00	13.623	3	.030
	Desemprego/Mudança de posto de trabalho	1	15.00			
	Morte/perda/doença familiar	4	4.50			
	Doença do próprio	1	13.00			
BSI-Ansiedade Fóbica	Não Específica	1	.00	9.571	3	.048
	Desemprego/Mudança de posto de trabalho	1	3.00			
	Morte/perda/doença familiar	4	.50			
	Doença do próprio	1	6.00			
BSI- Índice Sintomas Positivos	Não Específica	1	2.00	24.175	3	.013
	Desemprego/Mudança de posto de trabalho	1	2.48			
	Morte/perda/doença familiar	4	1.32			
	Doença do próprio	1	2.55			

Na tabela 7 verifica-se que os sujeitos desempregados e os sujeitos que estão doentes apresentam um valor significativamente mais elevado em todas as subescalas do BSI do que os sujeitos que referiram outras mudanças na vida, exceto na subescala somatização, em que os desempregados apresentam valores muito mais altos. Estes resultados estão provavelmente enviesados devido ao número reduzido de sujeitos.

Na próxima tabela encontram-se descritas as correlações das subescalas, total e índices BSI.

Tabela 8*Correlações das subescalas, total e índices BSI.*

	BSI Somatização	BSI Obsessões Compulsões	BSI Sensibilidade Interpessoal	BSI Depressão	BSI Ansiedade	BSI Hostilidade	BSI Ansiedade Fóbica	BSI Ideação Paranoide	BSI Psicose	BSI Total	BSI Índice Geral de Sintomas	BSI Total Sintomas Positivos	BSI Índice Sintomas Positivos =BSI Total/BSI Total Sintomas Positivos
BSI Somatização	-	.752 .000	.674 .000	.683 .000	.571 .001	.600 .001	.401 .031	.597 .001	.696 .000	.778 .000	.832 .000	.664 .000	.741 .000
BSI Obsessões Compulsões	.752 .000	-	.637 .000	.849 .000	.860 .000	.814 .000	- -	.722 .000	.814 .000	.830 .000	.934 .000	.742 .000	.824 .000
BSI Sensibilidade Interpessoal	.674 .000	.637 .000	-	.769 .000	.543 .003	.625 .000	- -	.668 .000	.683 .000	.821 .000	.786 .000	.747 .000	.525 .005
BSI Depressão	.683 .000	.849 .000	.769 .000	-	.823 .000	.823 .000	- -	.758 .000	.875 .000	.859 .000	.930 .000	.787 .000	.772 .000
BSI Ansiedade	.571 .001	.860 .000	.543 .000	.823 .000	-	.840 .000	- -	.602 .001	.692 .000	.872 .000	.853 .000	.738 .000	.708 .000
BSI Hostilidade	.600 .001	.814 .000	.625 .000	.849 .000	.840 .000	-	- -	.736 .000	.819 .000	.811 .000	.887 .000	.733 .000	.732 .000
BSI Ansiedade Fóbica	.401 .031	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	.669 .000	.383 .044	.396 .000	- -
BSI Ideação Paranoide	.597 .001	.722 .000	.668 .000	.758 .000	.602 .001	.736 .000	- -	- -	- -	.788 .000	.844 .000	.862 .000	.547 .003
BSI Psicose	.696 .000	.814 .000	.683 .000	.875 .000	.692 .000	.819 .000	- -	.875 .000	- -	.859 .000	.906 .000	.759 .000	.740 .000
BSI Total	.832 .000	.934 .000	.786 .000	.930 .000	.853 .000	.887 .000	.383 .044	.844 .000	.906 .000	- .000	1.000 .000	.870 .000	.808 .000
BSI Índice Geral de Sintomas	.832 .000	.934 .000	.786 .000	.930 .000	.853 .000	.887 .000	.383 .044	.844 .000	.906 .000	1.000 .000	- .000	.870 .000	.808 .000
BSI Total Sintomas Positivos	.664 .000	.742 .000	.747 .000	.787 .000	.738 .000	.733 .000	.396 .034	.862 .000	.759 .000	.917 .000	.870 .000	- .000	.487 .010
BSI Índice Sintomas Positivos =BSI Total/BSI Total Sintomas Positivos	.741 .000	.824 .000	.525 .005	.772 .000	.708 .000	.732 .000	- -	.547 .003	.740 .000	.733 .000	.808 .000	.487 .010	- -

As correlações existentes entre as subescalas, total e índices do BSI são todas significativas, exceto no que diz respeito às correlações entre as subescalas obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ideação paranoide, psicose, BSI índice sintomas positivos e a subescala ansiedade fóbica; bem como em relação à subescala ideação paranoide e à subescala psicose.

A tabela 9 descreve as correlações das subescalas, total e índices BSI e subescalas e total Zung.

Tabela 9

Correlações das subescalas, total e índices BSI e subescalas e total Zung

	BSI Somatização	BSI Obsessões Compulsões	BSI Sensibilidade Interpessoal	BSI Depressão	BSI Ansiedade	BSI Hostilidade	BSI Ansiedade Fóbica	BSI Ideação Paranoide	BSI Psicose	BSI Total	BSI Índice Geral de Sintomas	BSI Total Sintomas Positivos	BSI Índice Sintomas Positivos =BSI Total/BSI Total Sintomas Positivos
ZUNG Ansiedade Motora	.691 .000	.762 .000	.528 .003	.639 .000	.514 .005	.658 .000	- -	.605 .001	.633 .000	.742 .000	.742 .000	.562 .001	.645 .000
ZUNG Ansiedade Cognitiva	.495 .000	.713 .000	.493 .009	.716 .000	.716 .000	.689 .000	- -	.534 .004	.619 .001	.719 .000	.719 .000	.557 .003	.736 .000
ZUNG Ansiedade Vegetativa	.673 .000	.659 .000	.568 .001	.560 .002	.430 .022	.437 .018	- -	.465 .011	.516 .004	.646 .000	.646 .000	.588 .001	.532 .000
ZUNG Ansiedade SNC	.512 .000	- -	.433 .019	.469 .010	- -	.459 .012	- -	- -	.397 .033	.506 .006	.506 .006	.550 .002	- -
ZUNG Total	.717 .000	.751 .000	.620 .001	.704 .000	.567 .002	.638 .000	- -	.561 .002	.639 .000	.767 .000	.767 .000	.640 .000	.682 .000

As correlações existentes entre as subescalas, total e índices do BSI e as subescalas e total de Zung são todas significativas exceto no que diz respeito às subescalas Zung ansiedade motora, Zung ansiedade cognitiva, Zung ansiedade vegetativa, Zung ansiedade SNC, Zung total e a subescala BSI ansiedade fóbica, bem como em relação à subescala Zung ansiedade SNC e às subescalas BSI obsessão-compulsão, BSI ansiedade, BSI ideação paranoide e BSI índice sintomas positivos.

Na tabela 10 encontram-se as correlações das subescalas, total e índice BSI e as subescalas e total Beck.

Tabela 10

Correlações das subescalas, total e índices BSI e as subescalas e total Beck

	BSI Somatização	BSI Obsessões Compulsões	BSI Sensibilidade Interpessoal	BSI Depressão	BSI Ansiedade	BSI Hostilidade	BSI Ansiedade Fóbica	BSI Ideação Paranoide	BSI Psicose	BSI Total	BSI Índice Geral de Sintomas	BSI Total Sintomas Positivos	BSI Índice Sintomas Positivos =BSI Total/BSI Total Sintomas Positivos
BECK Cognitivo Afetivo	.820 .000	.658 .000	.747 .000	.754 .000	.419 .011	.724 .000	- -	.644 .000	.765 .000	.802 .000	.802 .000	.578 .000	.780 .000
BECK Somático	.536 .003	.787 .000	- -	.719 .000	.865 .000	.730 .000	- -	.545 .003	.598 .001	.750 .000	.750 .000	.606 .000	.718 .000
BECK Total	.797 .000	.824 .000	.679 .000	.855 .000	.739 .000	.859 .000	- -	.733 .000	.813 .000	.910 .000	.910 .000	.702 .000	.882 .000

As correlações existentes entre as subescalas, total e índices do BSI e as subescalas e total do Beck são todas significativas exceto em relação às subescalas Beck cognitivo-afetivo, Beck somático e Beck total e a subescala BSI ansiedade fóbica, bem como em relação à subescala Beck somático e a subescala BSI sensibilidade interpessoal.

❖ Resumo dos resultados mais importantes

A nossa amostra pontuou mais alto nos seguintes itens: item 1 – “Nervosismo e tensão interior”; item 6 – “Aborrecer-se ou irritar-se facilmente”; item 5 – Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes”; item 27 – “Dificuldade em tomar decisões”; item 36 – “Ter dificuldade em se concentrar”. Em contrapartida, a nossa amostra pontuou mais baixo nos seguintes itens: item 2 – “ Desmaio ou tonturas”; item 34 – “Ter ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados”; item 45 – “ Ter ataques de terror ou pânico” e item 28 – “Medo de viajar de autocarro, comboio, metro”.

A modalidade de resposta com valor mais elevado é a primeira (nunca) nos itens 28 (Medo de viajar de autocarro, comboio ou metro), 9 (Pensamento de acabar com a vida) e 45 (Ter ataques de terror ou pânico).

Verificamos que a nossa amostra apresenta valores mais elevados em todas as subescalas, total e índices do que os da população geral portuguesa, mas mais baixos do que os da população com distúrbios emocionais.

Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre as subescalas, os índices e o total do BSI em relação ao sexo, ao estado civil, à idade real e idade por categorias, categorias de anos de protocolo, caracterização da sintomatologia e, também, em relação às mudanças que possam ter surgido nos indivíduos.

Mas encontramos diferenças estatisticamente significativas relativamente ao resultado do teste (portador ou não portador): os portadores apresentam valores mais elevados do que os não portadores, em relação à subescala BSI obsessão-compulsão, BSI depressão, BSI ansiedade, BSI hostilidade, BSI total, BSI índice geral de sintomas e BSI índice sintomas positivos.

Atendendo às correlações efetuadas neste trabalho, verificamos que as correlações existentes entre as subescalas, total e índices do BSI são todas significativas, exceto no que diz respeito às correlações entre as subescalas obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ideação paranoide, psicose, índice sintomas positivos e a subescala ansiedade fóbica; bem como em relação à subescala ideação paranoide e à subescala psicose.

As correlações existentes entre as subescalas, total e índices do BSI e as subescalas e total de Zung são todas significativas exceto no que diz respeito às subescalas Zung ansiedade motora, Zung ansiedade cognitiva, Zung ansiedade vegetativa, Zung ansiedade SNC, Zung total e a subescala BSI ansiedade fóbica, bem como em relação à subescala Zung ansiedade SNC e às subescalas BSI obsessão-compulsão, BSI ansiedade, BSI ideação paranoide e BSI índice sintomas positivos.

As correlações existentes entre as subescalas, total e índices do BSI e as subescalas e total do Beck são todas significativas exceto em relação às subescalas Beck cognitivo-afetivo, Beck somático e Beck total e a subescala BSI ansiedade fóbica, bem como em relação à subescala Beck somático e a subescala BSI sensibilidade interpessoal.

2.2. Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory)

Este questionário foi construído por Aaron Beck em 1961. Através deste inventário, é possível avaliar sintomatologia depressiva. Desde 1973, esta escala está traduzida e adaptada (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973) sob o nome de Escala de Autoavaliação da Depressão de Beck.

Beck (cit. in Vaz Serra & Pio Abreu, 1973) teve em consideração todos os sintomas da constelação depressiva e respetiva gradação de intensidade, sendo que o resultado tem em conta o número de sintomas mencionados pelo paciente, para além da intensidade de cada um. Pretende avaliar a forma como o doente se sente, permitindo assim diferenciar todos os elementos de uma população deprimida, em confronto com outros elementos de populações não deprimidas. Cobre aspetos da depressão, como tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, insatisfação, culpabilização, punição, ideação suicida, irritabilidade, choro, indecisão, distorção da imagem corporal, insónia, fadiga, perda de peso, entre outros.

O inventário de depressão de Beck é constituído por vinte e uma categorias de sintomas e atitudes, cada uma possui um grupo sintomatológico que abarca as manifestações existentes nas diversas intensidades no quadro clínico depressivo. Os itens foram selecionados por terem na sua base a relação com as manifestações comportamentais visíveis no quadro depressivo, e não por refletirem, particularmente, uma teoria da depressão. Cada categoria é constituída por quatro frases, com valores de zero a três pontos (à exceção dos itens 16 e 18 com sete frases, mantendo no entanto a pontuação de 0 a 3), dispostas por ordem crescente de intensidade, o indivíduo seleciona a frase que melhor define o estado emocional vivenciado nas duas últimas semanas, incluindo o dia do questionário. A pontuação total do questionário situa-se entre os zero e os sessenta e três pontos, consoante as respostas dos indivíduos. Onze dimensões do questionário relacionam-se com aspetos cognitivos, cinco com comportamentos observáveis, duas com o afeto e uma com sintomas interpessoais.

Num estudo para testar a validade do inventário numa amostra portuguesa sem patologia psiquiátrica, foi alcançado um alfa de Cronbach médio de 0,86 (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973).

Estudos recentes (Campos & Gonçalves, 2011) referem que para uma melhor compreensão dos resultados obtidos e no que se refere à validação do constructo e

análise da consistência interna, optou-se pela extração de dois fatores na análise fatorial, subescala cognitiva e somática específicas de cada população e, por isso, determinadas através de análise fatorial. A validação da escala demonstrou que o BDI é, então, composto por dois fatores: o cognitivo-afetivo e somático, que explicam 53% do BDI. Pode afirmar-se, assim, que o BDI é formado por fatores que avaliam diferentes aspetos do constructo da depressão, os quais apresentam índices de consistência interna dentro dos padrões psicométricos.

A subescala afetiva contém oito itens: pessimismo, perdas passadas, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, autodesprezo, autocrítica, pensamentos ou desejos suicidas e pensamentos de desvalor. A subescala somática consiste de outros treze itens: tristeza, alterações no apetite, perda de prazer, choro, agitação, perda de interesse, cansaço ou fadiga, indecisão, perda de energia, alterações nos padrões de sono, irritabilidade, dificuldades de concentração e diminuição da libido. As duas subescalas são moderadamente correlacionadas (0.57), o que sugere que os aspetos físicos e psicológicos da depressão são relacionados ao invés de completamente distintos.

A tabela seguinte apresenta as frequências dos itens do Inventário de Depressão de Beck (Média, Desvio-Padrão, Mínimo e Máximo), aplicado a uma amostra de sujeitos em risco para DH (N=31).

Tabela 1

Frequência dos itens do Inventário de Depressão de Beck (Média, Desvio-Padrão, Mínimo e Máximo)

Item	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
1- Tristeza	.25	.80	0	3
2- Pessimismo	.43	.69	0	3
3- Fracasso	.32	.67	0	3
4- Descontentamento	.57	.96	0	3
5- Culpa	.25	.70	0	3
6- Punição	.14	.59	0	3
7- Deceção consigo mesmo	.18	.39	0	1
8- Autocrítica	.61	.96	0	4
9- Ideação suicida	.11	.32	0	1
10- Choro	.29	.81	0	3
11- Irritabilidade	.43	.69	0	3
12- Perda de interesse	.46	.58	0	2
13- Indecisão	.32	.61	0	2
14- Aparência	.32	.77	0	3
15- Perda de energia	.71	1.12	0	4
16- Mudanças de padrões sono	.43	.74	0	3
17- Fadiga	.54	.79	0	3
18- Alterações de apetite	.21	.57	0	2
19- Alteração de peso	.43	.92	0	3
20- Preocupações com a saúde	.14	.36	0	1
21- Perda de interesse sexual	.50	.84	0	3

Os itens que obtiveram médias de resposta mais elevadas foram:

Item 15 “Perda de energia” (média=.71)

Item 8 “Autocrítica” (média=.61)

Item 4 “Descontentamento” (média=.57)

Item 17 “Fadiga” (média=.54)

Os itens que obtiveram médias de resposta mais baixas foram:

Item 7 “Deceção consigo mesmo” (média=.18)

Item 6 “Punição” (média=.14)

Item 20 “Preocupações com a saúde” (média=.14)

Item 9 “Ideação suicida” (média=.11)

Em seguida, a tabela 2 apresenta as frequências de modalidade de respostas dos itens do Inventário de Depressão de Beck, aplicado à nossa amostra (N=31).

Tabela 2*Frequência das modalidades de resposta dos itens do Inventário de Depressão Beck*

BECK 1	Não estou triste.	Não tenho vontade de viver. Estou triste.	Nunca tenho vontade de viver. Estou sempre triste e não posso fazer nada contra isso.	Estou tão triste hoje e sinto-me tão infeliz que sofro muito.	Estou tão triste hoje e sinto-me tão infeliz que não posso mais.
	25 (89.3%)	1 (3.6%)	-	2 (7.1%)	-
BECK 2	Não sou muito pessimista nem me sinto muito desanimado com o futuro.	Sinto-me desanimado com o futuro.	Creio que não devo esperar nada mais.	Creio que nunca me libertarei das minhas preocupações e desgostos.	Tenho a impressão de que o meu futuro é desesperado e de que a minha situação não vai mudar.
	18 (64.3%)	9 (32.1%)	-	1 (3.6%)	-
BECK 3	Não tenho a sensação de ter fracassado.	Tenho a sensação de ter fracassado mais do que os outros.	Creio ter poucas coisas na vida que valham a pena.	Quando penso na vida, vejo que só tive fracassos.	Creio que fracassei completamente
	21 (75.0)	6 (21.4)	-	1 (3.6%)	-
BECK 4	Não me sinto particularmente descontente.	Ando quase sempre aborrecida.	Nada me alegra como dantes.	Nada, mas nada me proporciona satisfação	Estou completamente descontente
	20 (71.4%)	1 (3.6%)	6 (21.4%)	1 (3.6%)	-
BECK 5	Não me sinto particularmente culpada.	Sinto muitas vezes que faço mal as coisas ou que não valho nada.	Sinto-me culpada.	Agora tenho constantemente a sensação de que faço mal as coisas ou de que não valho nada.	Considero que sou muito mau. que faço tudo muito mal feito e não valho absolutamente nada
	24 (85.7%)	2 (7.1%)	1 (3.6%)	1 (3.6%)	-
BECK 6	Não tenho a impressão de merecer castigo.	Creio que me poderia acontecer algo de mal.	Tenho a impressão de que vou ser castigado agora ou muito em breve.	Creio que mereço ser castigado	Quero ser castigado
	26 (92.9%)	1 (3.6%)	-	1 (3.6%)	-
BECK 7	Não estou descontente comigo mesmo.	Estou descontente comigo mesmo.	Não gosto de mim mesmo	Não me suporto a mim mesmo	Odeio-me
	23 (82.1%)	5 (17.9%)	-	-	-

BECK 8	Não tenho a impressão de ser pior que os outros. 17 (60.7%)	Tenho muito em conta as minhas faltas e os meus defeitos. 7 (25.0%)	Reprovo-me por tudo o que não sai bem. 3 (10.7%)	Tenho a impressão de que os meus defeitos são muitos e grandes. -	Sinto-me culpado de tudo o que de mal acontece. 1 (3.6%)
BECK 9	Não penso nem me ocorre por fim à vida. 25 (89.3%)	Por vezes penso que deveria pôr fim à vida, mas não o farei. 3 (10.7%)	Penso que seria preferível eu morrer. -	Planeei a maneira de suicidar-me -	Creio que seria melhor para a minha família que eu morresse -
BECK 10	Não choro mais do que o normal. 24 (85.7%)	Choro com muita frequência, mais do que o normal 2 (7.1%)	Passo a vida a chorar e não consigo deixar de o fazer -	Mesmo que quisesse já não consigo chorar como dantes fazia 2 (7.1%)	-
BECK 11	Não me sinto mais irritado do que o do costume. 18 (64.3%)	Aborreço-me ou irrito-me com mais facilidade do que dantes. 9 (32.1%)	Ando constantemente irritado -	Agora já nem sequer me irritam as coisas que dantes me aborreciam. 1 (3.6%)	-
BECK 12	Não perdi o interesse pelos outros. 16 (57.1%)	Interesso-me pelos outros como dantes. 11 (39.3%)	Perdi o interesse pelos outros ou quase por completo e tenho pouca simpatia pelas pessoas. 1 (3.6%)	Os outros não me interessam, tudo e todos me são indiferentes. -	-
BECK 13	Tenho a mesma facilidade que dantes para tomar decisões. 21 (75.0%)	Sinto-me menos seguro e procuro não ter que tomar decisões. 5 (17.9%)	Já não consigo tomar decisões sem ajuda. 2 (7.1%)	Sinto-me completamente incapaz de tomar uma decisão seja ela qual for -	-
BECK 14	Não tenho a impressão de apresentar pior aspeto do que dantes. 23 (82.1%)	Receio que o meu aspeto causa má impressão, receio parecer envelhecido. 2 (7.1%)	Tenho a impressão de apresentar um aspeto cada vez pior. 2 (7.1%)	Tenho impressão que o meu aspeto é feio, desagradável e repulsivo 1 (3.6%)	-
BECK 15	Trabalho com a mesma facilidade de sempre. 17 (60.7%)	Custa-me mais começar a trabalhar do que dantes. 6 (21.4%)	Já não trabalho tão bem como dantes. 2 (7.1%)	Tenho de fazer um grande esforço para realizar o que quer que seja. 2 (7.1%)	Sinto-me incapaz de fazer qualquer trabalho por pequeno que seja. 1 (3.6%)
BECK 16	Durmo tão bem como o de costume. 19 (67.9%)	Canso-me mais depressa do que o costume. 7 (25.0%)	Tudo me cansa. 1 (3.6%)	Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja. 1 (3.6%)	-
BECK 17	Não me canso mais do que o costume. 17 (60.7%)	Canso-me mais depressa do que o costume. 8 (28.6%)	Tudo me cansa. 2 (7.1%)	Sinto-me tao cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja 1 (3.6%)	-
BECK 18	Não tenho menos apetite do que do costume. 24 (85.7%)	Não ando com tanto apetite como dantes. 2 (7.1%)	Ando com muito menos apetite do que dantes. 2 (7.1%)	Não ando com apetite nenhum. -	-
BECK 19	Não perdi peso ou então foi há pouco tempo. 22 (78.6%)	Perdi mais de dois quilos. 2 (7.1%)	Perdi mais de quatro quilos 2 (7.1%)	Perdi mais do que sete quilos 2 (7.1%)	-
BECK 20	Não ando mais preocupado com a saúde do que do costume. 24 (85.7%)	Preocupo-me constantemente com os males físicos. 4 (14.3%)	Os meus males físicos preocuparam-me tanto que é difícil pensar noutra coisa. -	Não faço mais do que pensar nos meus males físicos -	-
BECK 21	Não noto que o meu interesse pelos assuntos sexuais se tenha modificado recentemente. 18 (64.3%)	Interesso-me menos do que dantes por questões relativas ao sexo. 8 (28.6%)	Interesso-me muito menos por tudo o que se refere ao sexo. -	Perdi todo o interesse pelo sexo. 2 (7.1%)	-

A modalidade de resposta 1 ao item 6 (Não tenho impressão de merecer um castigo) apresenta a frequência mais elevada (92.9%), seguido da modalidade de resposta 1 ao item 1 (Não estou triste) (89.3%) e ao item 9 (Não quero, nem me ocorre por fim à vida) (89.3%).

A tabela 3 apresenta a análise fatorial pelos principais componentes pelo método de rotação varimax para a amostra (N=31).

Tabela 3

Análise fatorial pelos principais componentes pelo método de rotação varimax para a amostra

Item	Fator 1 - <i>Cognitivo-afetivo</i>	Fator 2 - <i>Somático</i>
1- Tristeza	.75	.25
2- Pessimismo	.11	.81
3- Fracasso	.81	.38
4- Descontentamento	.81	.27
5- Culpa	.13	.81
6- Punição	.22	.29
7- Deceção consigo mesmo	.61	.29
8- Autocrítica	.82	.13
9- Ideação suicida	-.07	.82
10- Choro	.02	.10
11- Irritabilidade	.14	.88
12- Perda de interesse	.72	-.14
13- Indecisão	.26	.76
14- Aparência	-.08	.65
15- Perda de energia	.42	.67
16- Mudanças de padrões sono	.49	.23
17- Fadiga	.88	.26
18- Alterações de apetite	.78	-.01
19- Alteração de peso	.09	.42
20- Preocupações com a saúde	.11	.19
21- Perda de interesse sexual	.67	-.09
Total Alpha subescalas	.91	.86
Total Alpha	.88	

A análise fatorial pelos principais componentes pelo método de rotação varimax para a amostra revelou duas subescalas: subescala cognitivo-afetiva e subescala somática, como apresentada na tabela 3. A correlação entre os dois fatores é de 0.392 (p=0.039)

Através da tabela 4, verifica-se a comparação dos valores médios para as subescalas de Beck com referência de normalização para a população geral portuguesa (Campos & Gonçalves, 2011)

Tabela 4

Comparação dos valores médios para as subescalas de Beck com referências de normalização para a população geral portuguesa (Campos & Gonçalves, 2011)

Médias e Índices de Subescalas					População Geral Portuguesa Campos e Gonçalves (2011)		
Subescalas	N	Média	Desvio Padrão	Alpha	N	Média	Desvio Padrão
Cognitivo-Afetivo	31	4.07	5.551	.909	215	7.64	7.74
Somático	31	3.00	4.303	.858	9.72	7.82	3.60
Beck Total	31	7.61	8.655	.883	-	-	-

Na tabela 4, constatamos que a população geral portuguesa apresenta um valor médio de depressão (nas subescalas) mais elevado do que a nossa amostra.

A análise pelos principais componentes pelo método de rotação varimax para a amostra com referência de normalização para a população geral portuguesa, apresenta-se na tabela 5.

Tabela 5

Análise fatorial pelos principais componentes pelo método de rotação varimax para a amostra com referência de normalização para a população geral portuguesa (Campos & Gonçalves, 2001)

População Geral Portuguesa Campos e Gonçalves (2011)				
Itens	Cognitivo- afetivo	Somático	Cognitivo- afetivo	Somático
1- Tristeza	.75	.25	.65	.04
2- Pessimismo	.11	.81	.59	-.07
3- Fracasso	.81	.38	.47	.05
4- Descontentamento	.81	.27	.45	.19
5- Culpa	.13	.81	.36	.13
6- Punição	.22	.29	.31	.12
7- Deceção consigo mesmo	.61	.29	.82	-.18
8- Autocrítica	.82	.13	.42	.10
9- Ideação suicida	-.07	.82	.53	.01
10- Choro	.02	.10	.34	.28
11- Irritabilidade	.14	.88	.10	.58
12- Perda de interesse	.72	-.14	.65	.00
13- Indecisão	.26	.77	.32	.29
14- Aparência	-.08	.66	.77	-.11
15- Perda de energia	.42	.67	.31	.40
16- Mudanças de padrões sono	.49	.23	.07	.54
17- Fadiga	.88	.26	.28	.32
18- Alterações de apetite	.76	-.01	.05	.56
19- Alteração de peso	.09	.42	.22	.43
20- Preocupações com a saúde	.11	.19	.02	.72
21- Perda de interesse sexual	.67	-.09	.34	.09
Total Alpha subescalas	.91	.86		
Total Alpha		.88		

Verifica-se através da tabela 5 que não há coincidência entre todos os itens que compõem as subescalas dos dois estudos.

Na tabela 6 configura-se a pontuação global do estudo e respetiva percentagem.

Tabela 6
Pontuação global do estudo e respetiva percentagem

N	Resultados de Beck	%
26	0-12 Ausência de Depressão	86.7%
1	12-18 Depressão Leve	3.33%
2	18-24 Depressão Moderada	6.67%
2	>24 Depressão Grave	6.67%

Constata-se através da leitura da tabela 6 que, na nossa amostra, 87% apresenta ausência de depressão, 3.33% apresenta depressão leve, 6.67% depressão moderada e 6.67% apresenta depressão grave.

Procedemos à comparação de médias entre os sexos relativamente às subescalas do Inventário de Depressão de Beck. Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre elas. O mesmo aconteceu em relação ao estado civil, à idade real e idade por categorias, categoria de anos de protocolo, caracterização da sintomatologia e, também, às mudanças que possam ter surgido nos indivíduos.

Relativamente ao resultado do teste (portador ou não portador), encontramos diferenças estatisticamente significativas na seguinte subescala e no total:

Tabela 7
Comparação das médias das subescalas em relação ao resultado do teste.

Subescalas	Resultado do Teste	N	M.	F.	g.l.	p.
Beck-Somático	Portador	13	4.92	5.688	1	.025
	Não Portador	15	1.33			
Beck-Total	Portador	13	11.69	6.369	1	.018
	Não Portador	15	4.13			

Verifica-se, através da observação da tabela 7, que os portadores apresentam valores mais elevados do que os não portadores em relação à subescala Beck somático e Beck total.

No que diz respeito às profissões, classificadas de acordo com Graffar encontramos diferenças estatisticamente significativas na seguinte subescala e no total:

Tabela 8
Comparação das médias das subescalas em relação às profissões classificadas de acordo com Graffar.

Subescalas	Profissão	N	M.	F.	g.l.	p.
Beck-Cognitivo	Reformado	9	5.11	12.284	6	.000
Afetivo	Desempregado	3	8.67			

	Estudante	2	0.50			
	Graffar 1º Grau	5	1.60			
	Graffar 2º Grau	1	25.00			
	Graffar 3º Grau	1	0.00			
	Graffar 4º Grau	3	1.60			
	Graffar 5º Grau	5	5.11			
Beck-Total	Reformado	9	12.00			
	Desempregado	3	13.00			
	Estudante	2	1.00			
	Graffar 1º Grau	5	2.80			
	Graffar 2º Grau	1	31.00	5.390	6	.002
	Graffar 3º Grau	1	1.33			
	Graffar 4º Grau	3	3.20			
	Graffar 5º Grau	5	12.00			

No que diz respeito à subescala cognitivo-afetiva, constatámos que todos os que trabalham, incluindo os estudantes, apresentam um valor mais baixo do que os reformados, desempregados e Graffar 5º grau; em relação ao total do Beck, constatámos que todos os que trabalham, incluindo os estudantes, apresentam um valor mais baixo do que os reformados, desempregados e Graffar 5º grau.

Em relação à caracterização de mudanças na vida destes indivíduos, encontramos diferenças estatisticamente significativas na seguinte subescala:

Tabela 9

Comparação das médias das subescalas em relação à caracterização das mudanças significativas nos últimos anos.

Subescalas	Caracterização da Mudança	N	M	F.	g.l.	p.
Beck-Somático	Não Específica	1	1.00			
	Desemprego/Mudança de posto de trabalho	1	19.00			
	Morte/perda/doença familiar	4	4.00	9.264	3	.050
	Doença do próprio	1	12.00			

Os sujeitos desempregados e os sujeitos que estão doentes apresentam um valor significativamente mais elevado na subescala Beck somático do que os sujeitos que referiram outras mudanças na vida. Contudo, não podemos ignorar que apenas existe um sujeito em cada uma das situações.

A tabela 10 apresenta as correlações das subescalas e total de Beck.

Tabela 10

Correlações das subescalas e total Beck

	Beck Cognitivo Afetivo	Beck Somático	Beck Total
BECK Cognitivo Afetivo	-	.392	.868
		.039	.000
BECK Somático	.392	-	.782
	.039		.000
BECK Total	.868	.782	-
	.000	.000	

Nota: Correlação de Pearso

As correlações existentes entre as subescalas e total de Beck são todas significativas, como se verifica através da visualização da tabela 10.

Na tabela 11 encontram-se as correlações entre as subescalas e total de Beck e subescalas e total de Zung.

Tabela 11
Correlações das subescalas e total Beck e subescalas e total Zung

	Beck Cognitivo Afetivo	Beck Somático	Beck Total
ZUNG Ansiedade Motora	.719	.561	.804
	.000	.002	.000
ZUNG Ansiedade Cognitiva	.564	.750	.780
	.000	.000	.000
ZUNG Ansiedade Vegetativa	.599	.509	.668
	.001	.006	.000
ZUNG Ansiedade SNC	.559	-	.494
	.002	-	.008
ZUNG Total	.715	.625	.820
	.000	.001	.000

Nota: Correlação de Pearson

As correlações existentes entre as subescalas e total do Beck e as subescalas e total do Zung são todas significativas, exceto no que diz respeito à correlação da subescala Zung ansiedade SNC e a subescala Beck somático.

A tabela 12 descreve as correlações das subescalas e total Beck e subescalas, total e índices BSI.

Tabela 12
Correlações das subescalas e total Beck e subescalas, total e índices BSI

	BECK Cognitivo Afetivo	BECK Somático	BECK Total
BSI Somatização	.820	.536	.797
	.000	.003	.000
BSI Obsessões Compulsões	.658	.787	.824
	.000	.000	.000
BSI Sensibilidade Interpessoal	.747	-	.679
	.000	-	.000
BSI Depressão	.754	.719	.855
	.000	.000	.000
BSI Ansiedade	.479	.865	.739
	.000	.000	.000
BSI Hostilidade	.724	.730	.859
	.000	.000	.000
BSI Ansiedade Fóbica	-	-	-
	-	-	-
BSI Ideação Paranoide	.644	.545	.733
	.000	.003	.000
BSI Psicose	.765	.598	.813
	.000	.001	.000
BSI Total	.802	.750	.910
	.000	.000	.000

	BECK Cognitivo Afetivo	BECK Somático	BECK Total
BSI Índice Geral de Sintomas	.802	.750	.910
	.000	.000	.000
BSI Total Sintomas Positivos	.578	.606	.702
	.000	.001	.000
BSI Índice Sintomas Positivos =BSI Total/BSI Total Sintomas Positivos	.780	.718	.882
	.000	.000	.000

Nota: Correlação de Pearson

As correlações existentes entre as subescalas e total do Beck e as subescalas, total e índices do BSI são todas significativas, exceto no que diz respeito às correlações entre as subescalas BSI ansiedade fóbica e as subescalas Beck cognitiva-afetiva, Beck somático e total do Beck, bem como em relação à subescala BSI sensibilidade interpessoal e a subescala Beck somático.

❖ Resumo dos resultados mais importantes

A nossa amostra pontuou mais alto nos seguintes itens: item 15 “Perda de Energia” item 8 “Autocrítica”; item 4 “Descontentamento” e item 17 “Fadiga”; Em contrapartida, pontuou mais baixo nos seguintes itens: item 7 “Deceção consigo mesmo”; item 6 “Punição”; item 20 “Preocupação com a saúde”; item 9 “Ideação suicida”.

A modalidade de resposta 1 ao item 6 (Não tenho impressão de merecer um castigo) apresenta a frequência mais elevada (92.9%), seguido da modalidade de resposta 1 ao item 1 (Não estou triste) (89.3%) e ao item 9 (Não quero, nem me ocorre por fim à vida) (89.3%).

A análise fatorial pelos principais componentes pelo método de rotação varimax para a amostra revelou duas subescalas: subescala cognitivo-afetivo e subescala somático. Verifica-se que não há coincidência entre todos os itens que compõem as subescalas dos dois estudos. Verificamos que a população geral portuguesa apresenta um valor médio de depressão (nas subescalas) mais elevado do que a nossa amostra.

Contata-se que na nossa amostra, 87% apresenta ausência de depressão, 3.33% apresenta depressão leve, 6.67% depressão moderada e 6.67% apresenta depressão grave.

Procedemos à comparação de médias entre os sexos relativamente às subescalas do Inventário de Depressão de Beck. Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre elas. O mesmo aconteceu em relação ao estado civil, à idade real e

idade por categorias, categoria de anos de protocolo, caracterização da sintomatologia e, também, em relação às mudanças que possam ter surgido nos indivíduos.

Mas encontramos diferenças estatisticamente significativas em relação ao resultado do teste (portador ou não portador): os portadores apresentam valores mais elevados do que os não portadores em relação à subescala Beck somático e Beck total.

Em relação às correlações efetuadas neste trabalho, verifica-se que as correlações existentes entre as subescalas e total do Beck são todas estatisticamente significativas.

As correlações existentes entre as subescalas e total do Beck e as subescalas e total do Zung são todas significativas, exceto no que diz respeito à correlação da subescala Zung ansiedade SNC e a subescala Beck somático.

As correlações existentes entre as subescalas e total do Beck e as subescalas, total e índices do BSI são todas significativas, exceto no que diz respeito às correlações entre as subescalas BSI ansiedade fóbica e as subescalas Beck cognitivo afetivo, Beck somático e total do Beck, bem como em relação à subescala BSI sensibilidade interpessoal e a subescala Beck somático.

2.3. Escala de Autoavaliação de Zung (Self Anxiety Scale)

A escala de autoavaliação da ansiedade de Zung foi desenvolvida por este autor, em 1975. Os resultados referentes à variável de ansiedade foram recolhidos pela aplicação da versão aferida para a população portuguesa (Ponciano et al., 1982). Este instrumento de medida de ansiedade tem como objetivo avaliar a ansiedade estado, ou seja, permite avaliar a reação ansiosa face a possíveis situações desencadadoras de ansiedade.

Zung, na construção desta escala, teve em conta as principais manifestações de ansiedade descritas nos livros de psiquiatria de referência e considerou, também, os registos utilizados pelos próprios doentes, sendo que, passou a ser utilizada a forma considerada mais representativa a partir dos exemplos colhidos (Ponciano et al., 1982). Através da escala, pretendia conseguir um meio que fosse de fácil utilização e fosse preenchido pelo próprio indivíduo, obter informação sobre variáveis de que apenas o mesmo é conhecedor; tivesse uma fácil avaliação e não exigisse muito tempo de preenchimento.

Destina-se a indivíduos adultos, com mais de 15 anos de idade. Os itens constituem afirmações a que o indivíduo deve assinalar em que medida tal afirmação descreve como se sente atualmente. A resposta é dada numa escala ordinal de 4 posições entre “nenhuma ou raras vezes” até “a maior parte ou totalidade do tempo”. Parte das questões estão formuladas pela positiva e as restantes pela negativa. A cada resposta é atribuído um valor de “1” a “4”. As notas obtêm-se pela soma das respostas a cada item depois de invertidos os itens das afirmações positivas. A nota total varia entre 20 e 80 pontos em que maior ansiedade corresponde à maior nota (Ribeiro, 2007)

A escala procura registar quatro componentes de ansiedade: cognitiva (questões de 1 à 5), vegetativa (questões da 10 à 18), motora (questões da 6 à 8) e do sistema nervoso central (questões 19 e 20). Nas questões 5, 9, 13, 17 e 19, que são afirmações pela positiva (ausência de sintoma/ansiedade) a cotação é efetuada pela ordem inversa (Ponciano, et al., 1982).

A tradução portuguesa procurou respeitar as questões originais adequadas dos termos usualmente registados durante as entrevistas clínicas, com doentes portugueses. Assim, a validação desta escala foi criteriosa, considerando-se que houve cuidado no

processo de tradução, *cognitive debriefing*, validade de conteúdo idêntica à original, validade de critério e de constructo, consistência interna, fidelidade teste reteste, sensibilidade entre populações e sensibilidade à mudança (Ribeiro, 2007).

Ponciano, et al. (1982) sugerem pontos de corte de 37 para a existência de ansiedade e de 40 para a certeza de existência de pertencer a uma população doente. Assim, a ausência de depressão pressupõe uma avaliação com valores menores ou iguais a 36, a ansiedade não patológica implica valores compreendidos entre 37 e 39 e a ansiedade patológica tem valores acima de 40.

A tabela 1 apresenta as frequências dos itens da escala de autoavaliação da ansiedade de Zung (Média, Desvio-Padrão, Mínimo e Máximo), quando aplicada à nossa amostra de sujeitos em risco para DH (N=31).

Tabela 1

Frequências dos itens da escala de autoavaliação da ansiedade de Zung (Média, Desvio-Padrão, Mínimo e Máximo)

Item	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
1.Sinto-me mais nervoso e ansioso do que o costume	1.68	.82	1	4
2.Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso	1.14	.36	1	2
3.Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico	1.10	.41	1	3
4.Sinto-me como se estivesse para “rebentar”	1.14	.35	1	2
5.Sinto que tudo corre bem e que nada de mal acontecerá	2.45	1.06	1	4
6.Sinto os braços e as pernas a tremer	1.34	.72	1	4
7.Tenho dores de cabeça, de pescoço e das costas que me incomodam	1.83	.85	1	4
8.Sinto-me fraco e fico facilmente cansado	1.52	.69	1	3
9.Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado	2.17	1.14	1	4
10.Sinto o meu coração a bater depressa demais	1.34	.48	1	2
11.Tenho crises de tonturas que me incomodam	1.24	.44	1	2
12.Tenho crises de desmaio ou a sensação de que vou desmaiar	1.03	.19	1	2
13.Posso inspirar e expirar com facilidade	1.97	1.30	1	4
14.Sinto os dedos das minhas mãos e dos pés entorpecidos e com picadas	1.31	.54	1	3
15.Costumo ter dores de estômago ou más digestões	1.41	.78	1	4
16.Tenho de esvaziar a bexiga com frequência	1.76	.74	1	3
17.As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes	2.17	1.23	1	4
18.A minha face costuma ficar quente e corada	1.66	.77	1	4
19.Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite	1.93	.77	1	4
20.Tenho pesadelos	1.55	.74	1	4

Os itens que obtiveram médias de resposta mais elevadas foram:

Item 5 – “Sinto que tudo corre bem e que nada de mal me acontecerá” (média=2,45)

Item 9 – “Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado” (média=2,17)

Item 17 – “As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes “ (média=2,17)

Item 13 – “Posso inspirar e expirar com facilidade” (média=1,97)

Os itens que obtiveram médias de resposta mais baixas foram:

Item 12 – “Tenho crises de desmaio ou sensação de que vou desmaiar” (média=1,03)

Item 3 – “Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico” (média=1,10)

Item 2 – “Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso” (média=1,14)

Item 4 – “Sinto-me como se estivesse para rebentar” (média=1,14)

A tabela 2 descreve as frequências das modalidades de respostas dos itens da Escala de Autoavaliação da Ansiedade de Zung.

Tabela 2

Frequências das modalidades de resposta dos itens da Escala de Autoavaliação de Zung

Itens	Nenhuma ou raras vezes	Algumas vezes	Uma boa parte do tempo	A maior parte ou totalidade do tempo
1.Sinto-me mais nervoso e ansioso do que o costume	14 (50.0%)	10 (35.7%)	3(10.7%)	1(3.6%)
2.Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso	24 (85.7%)	4 (14.3%)	-	-
3.Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico	27 (93.1%)	1 (3.4%)	1(3.4%)	-
4.Sinto-me como se estivesse para “rebentar”	25(86.2%)	4(13.8%)	-	-
5.Sinto que tudo corre bem e que nada de mal acontecerá	5(17.2%)	10(34.5%)	7(24.1%)	7(24.1%)
6.Sinto os braços e as pernas a tremer	22(75.9%)	5(17.2%)	1(3.4%)	1(3.4%)
7.Tenho dores de cabeça, de pescoço e de costas que me incomodam	11(37.9%)	14(48.3%)	2(6.9%)	2(6.9%)
8.Sinto-me fraco e fico facilmente cansado	17(58.6%)	9(31.0%)	3(10.3%)	-
9.Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado	5 (17.2%)	6(20.7%)	7(24.1%)	11 (37.9%)
10.Sinto o coração a bater depressa demais	19(65.5%)	10(34.5%)	-	-
11.Tenho crises de tonturas que me incomodam	22(75.9%)	7(24.1%)	-	-
12.Tenho crises de desmaio ou a sensação de que vou desmaiar	28(96.6%)	1(3.4%)	-	-
13.Posso inspirar e expirar com facilidade	7(24.1%)	2(6.9%)	3(10.3%)	17(58.6%)
14.Sinto os dedos das minhas mãos e dos pés entorpecidos e com picadas	21(72.4%)	7(24.1%)	1(3.4%)	-
15.Costumo ter dores de estômago ou más digestões	21(72.4%)	5(17.2%)	2(6.9%)	1(3.4%)
16.Tenho de esvaziar a bexiga com frequência	12(41.4%)	12(41.4%)	5(17.2%)	-
17.As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes	6(20.7%)	6(20.7%)	4(13.8%)	13(44.8%)
18.A minha face costuma ficar quente e corada	14(48.3%)	12(41.4%)	2(6.9%)	1(3.4%)
19.Adormeço facilmente e consigo obter um bom descanso durante a noite	2(6.9%)	4(13.8%)	13(44.8%)	10(34.5%)
20.Tenho pesadelos	16(55.2%)	11(37.9%)	1(3.4%)	1(3.4%)

A modalidade de resposta 1 ao item 12 (Tenho crises de desmaio ou a sensação de que vou desmaiar) apresenta a frequência mais elevada (96.6%), seguido da modalidade de resposta 1 ao item 3 (Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico) (93.1%) e ao item 4 (Sinto-me como se estivesse a rebentar) (86.2%).

A comparação dos valores médios para as subescalas do Zung, com referência de normalização para a população geral portuguesa e para a população com perturbações emocionais, apresenta-se na tabela 3.

Tabela 3

Comparação dos valores médios para as subescalas do Zung com referências de normalização para a população geral portuguesa (Ponciano, Vaz Serra & Relvas (1982))

Médias e Índices de Subescalas					População Geral Portuguesa Ponciano, Vaz Serra e Relvas (1982)	
Subescalas	N	Média	Desvio Padrão	Alpha	Média	Desvio Padrão
Ansiedade Cognitiva	31	6.86	2.295	.573	8.76	2.332
Ansiedade Motora	31	7.59	1.927	.501	6.82	2.047
Ansiedade Vegetativa	31	13.90	3.299	.538	14.59	2.705
Ansiedade SNC	31	3.48	1.153	.011	3.24	1.278
Total	31	32.04	7.408	.817		

Ao analisarmos a tabela 3, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre as médias das subescalas da nossa amostra e da população geral portuguesa (Ponciano et al., 1982). Através das frequências das subescalas e alfa de Zung verificamos que a ansiedade vegetativa é a que apresenta valores mais elevados. Os valores de alpha são suficientes, exceto o da subescala ansiedade SNC, que é muito baixo.

Na tabela 4 estão apresentadas as frequências dos resultados de Zung e respetivas percentagens. A pontuação global do estudo é calculada através de uma chave de respostas e existem 3 graus de avaliação:

Tabela 4

Frequências dos resultados do Zung e respetivas percentagens

N	Resultados de ZUNG	%
19	0-36 Normal	61.29
5	37-39 Ansioso	16.13
3	> 40 Doente	9.68

Na tabela acima apresentada, verificamos que 61,29% da amostra não está ansiosa, 16,13% da amostra está com sintomas de ansiedade e, 9,68% da amostra encontra-se doente.

Procedemos à comparação de médias entre os sexos relativamente às subescalas de Zung. Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre elas. O mesmo aconteceu em relação ao estado civil, à idade real e idade por categorias, categoria de anos de protocolo, caracterização da sintomatologia e, também, nas mudanças que possam ter surgido nos indivíduos.

Relativamente ao resultado do teste (portador ou não portador), encontramos diferenças estatisticamente significativas nas seguintes subescalas:

Tabela 5

Comparação das médias das subescalas e do total de Zung em relação ao resultado do teste

Subescalas	Resultado do Teste	N	M.	F.	g.l.	p.
Zung-Ansiedade Motora	Portador	13	7.85	4.943	1	.035
	Não Portador	16	6.06			
Zung-Ansiedade Cognitiva	Portador	13	9.00	26.496	1	.000
	Não Portador	14	6.29			
Zung-Ansiedade Vegetativa	Portador	13	15.85	11.240	1	.002
	Não Portador	16	12.31			
Zung-Total	Portador	13	36.54	13.821	1	.001
	Não Portador	14	27.86			

Verificamos, na tabela 5, que os portadores apresentam valores mais elevados do que os não portadores, em relação à subescala ansiedade motora, ansiedade cognitiva, ansiedade vegetativa e Zung total.

No que concerne à sintomatologia, verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas nas seguintes subescalas:

Tabela 6

Comparação das médias das subescalas e total de Zung em relação à sintomatologia

Subescala	Sintomatologia	N.	M.	F.	g.l.	p.
Zung-Ansiedade Motora	Sim	7	6.29	5.417	2	.029
	Não	3	10.00			
	Talvez	2	10.00			
Zung-Ansiedade SNC	Sim	7	3.29	5.507	2	.027
	Não	3	3.33			
	Talvez	2	5.50			

Na tabela 6 encontramos valores mais elevados na subescala ansiedade motora nos sujeitos sem sintomatologia ou na dúvida. Na subescala ansiedade do SNC, os sujeitos na dúvida apresentam valores mais elevados de ansiedade.

Relativamente ao exame neurológico, verificamos que existem diferenças significativas no que diz respeito às seguintes subescalas:

Tabela 7

Comparação das médias das subescalas e total de Zung em relação ao exame neurológico

Subescalas	Exame Neurológico	N	M	F.	g.l.	p.
Zung-Ansiedade Motora	Não fiz nunca	3	9.33	5.020	2	.034
	Fiz alguns, mas ultimamente não	5	5.80			
	Sim, desde sempre	8	9.50			

Verificamos, na tabela 7, que os sujeitos que nunca fizeram e os que fazem desde sempre exame neurológico, apresentam valores mais elevados na subescala ansiedade motora.

No atinente ao acompanhamento psicológico, verificamos que existem diferenças estatisticamente significativas nas seguintes subescalas:

Tabela 8

Comparação das médias das subescalas e total de Zung em relação ao acompanhamento psicológico efetuado após receber o resultado do teste

Subescala	Acompanhamento Psicológico	N	M	F.	g.l.	p.
Zung – Ansiedade SNC	Não	3	3.00	7.503	2	.010
	Uma vez	2	6.00			
	Várias Vezes	8	3.63			

Verifica-se, na tabela 8, um valor mais elevado nos sujeitos que só tiveram acompanhamento psicológico “uma vez”.

Na tabela 9, afiguram-se as correlações das subescalas e total de Zung.

Tabela 9

Correlações das subescalas e total de Zung

	Zung Ansiedade Motora	Zung Ansiedade Cognitiva	Zung Ansiedade Vegetativa	Zung Ansiedade SNC	Zung Total
ZUNG Ansiedade Motora	-	.682	.729	.444	.874
ZUNG Ansiedade Cognitiva	.000	-	.000	.016	.000
ZUNG Ansiedade Vegetativa	.682	.000	-	.596	.930
ZUNG Ansiedade SNC	.000	.650	.000	-	.000
ZUNG Total	.729	.650	.000	.001	-
	.000	.000	.000	.000	

Nota: Correlação de Pearson

As correlações existentes entre as subescalas e totais de Zung são todas significativas exceto em relação à subescala ansiedade SNC e à subescala ansiedade cognitiva.

A tabela 10 descreve as correlações das subescalas e total Zung e subescalas, total e índices BSI.

Tabela 10*Correlações das subescalas e total de Zung e subescalas, total e índices BSI*

	ZUNG Ansiedade Motora	ZUNG Ansiedade Cognitiva	ZUNG Ansiedade Vegetativa	ZUNG Ansiedade SNC	ZUNG Total
BSI Somatização	.691	.495	.673	.512	.717
	.000	.009	.000	.004	.000
BSI Obsessões Compulsões	.762	.713	.659	-	.751
	.000	.000	.000	-	.000
BSI Sensibilidade Interpessoal	.528	.493	.568	.433	.620
	.003	.009	.001	.019	.001
BSI Depressão	.639	.716	.560	.469	.704
	.000	.000	.002	.010	.000
BSI Ansiedade	.514	.716	.430	-	.567
	.000	.000	.022	-	.002
BSI Hostilidade	.658	.689	.437	.459	.638
	.000	.000	.018	.012	.000
BSI Ansiedade Fóbica	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-
BSI Ideação Paranoide	.605	.534	.465	-	.561
	.001	.004	.011	-	.002
BSI Psicose	.633	.619	.516	.397	.639
	.000	.001	.004	.033	.000
BSI Total	.742	.719	.646	.506	.767
	.000	.000	.000	.006	.000
BSI Índice Geral de Sintomas	.742	.719	.646	.506	.767
	.000	.000	.000	.006	.000
BSI Total Sintomas Positivos	.562	.557	.588	.550	.640
	.001	.003	.001	.002	.000
BSI Índice Sintomas Positivos =BSI Total/BSI Total Sintomas Positivos	.645	.736	.532	-	.682
	.000	.000	.004	-	.000

Nota: Correlação de Pearson

As correlações existentes entre as subescalas e total de Zung e as subescalas, total e índices do BSI são todas significativas exceto em relação à subescala BSI ansiedade fóbica e às subescalas Zung ansiedade motora, Zung ansiedade cognitiva, Zung ansiedade vegetativa, Zung ansiedade SNC e Zung total, bem como em relação à subescala BSI obsessão compulsão, ideação paranoide e BSI índice sintomas positivos e a subescala Zung ansiedade SNC.

Na tabela 11 expõe-se as correlações das subescalas e total de Zung e subescalas e total de Beck.

Tabela 11*Correlações das subescalas e total Zung e subescalas e total Beck*

	Zung Ansiedade Motora	Zung Ansiedade Cognitiva	Zung Ansiedade Vegetativa	Zung Ansiedade SNC	Zung Total
BECK Cognitivo	.719	.564	.599	.559	.715
Afetivo	.000	.003	.001	.002	.000
BECK Somático	.561	.750	.509	-	.625
	.000	.000	.006	-	.001
BECK TOTAL	.804	.780	.668	.494	.820
	.000	.000	.000	.008	.000

As correlações existentes entre as subescalas e total de Zung e as subescalas e total de Beck são maioritariamente significativas, exceto no que diz respeito à correlação entre as subescalas Beck somático e Zung ansiedade do SNC.

❖ Resumo dos resultados mais importantes

A nossa amostra pontuou mais alto nos seguintes itens: item 5 – “Sinto que tudo corre bem e que nada de mal me acontecerá”; item 9 – “Sinto-me calmo e com facilidade me posso sentar e ficar sossegado”; item 17 – “As minhas mãos estão habitualmente secas e quentes”; item 13 – “Posso inspirar e expirar com facilidade”; Em contrapartida, a nossa amostra pontuou mais baixo nos seguintes itens: item 12 – “Tenho crises de desmaio ou sensação de que vou desmaiar”; item 3 – “Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico”; item 2 – “Sinto-me com medo sem nenhuma razão para isso”; item 4 – “Sinto-me como se estivesse para rebentar”.

A modalidade de resposta 1 ao item 12 (Tenho crises de desmaio ou a sensação de que vou desmaiar) apresenta a frequência mais elevada (96.6%), seguido da modalidade de resposta 1 ao item 3 (Sinto-me facilmente perturbado ou em pânico) (93.1%) e ao item 4 (Sinto-me como se estivesse a rebentar) (86.2%).

Verificámos que não existem grandes diferenças entre as médias das subescalas da nossa amostra e da população geral portuguesa.

Nas frequências das subescalas de Zung verificamos que a ansiedade vegetativa é a que apresenta valores mais elevados.

Constatou-se que 61,29% da amostra não está ansiosa, 16,13% da amostra está com sintomas de ansiedade e, 9,68% da amostra encontra-se patologicamente ansiosa.

Procedemos à comparação de médias entre os sexos relativamente às subescalas e total de Zung. Não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre elas. O mesmo aconteceu em relação ao estado civil, à idade real e idade por categorias, categoria de anos de protocolo, caracterização da sintomatologia e, também, às mudanças que possam ter surgido nos indivíduos.

Mas, encontramos diferenças estatisticamente significativas relativamente ao resultado do teste (portador ou não portador): os portadores apresentam valores mais

elevados do que os não portadores, em relação à subescala ansiedade motora, ansiedade cognitiva, ansiedade vegetativa e Zung total.

Relativamente ao exame neurológico verifica-se que os sujeitos que nunca fizeram ou os que fazem desde sempre exame neurológico, apresentam valores mais elevados na subescala ansiedade motora.

No atinente ao acompanhamento psicológico efetuado após receber o resultado do teste, verifica-se um valor mais elevado nos sujeitos que só tiveram acompanhamento psicológico “uma vez”.

Em relação às correlações efetuadas neste trabalho, verifica-se que as correlações existentes entre as subescalas e totais de Zung e as subescalas e totais de Zung são todas significativas exceto em relação à subescala Zung ansiedade SNC e a subescala Zung ansiedade cognitiva.

As correlações existentes entre as subescalas e total do Zung e as subescalas, total e índices do BSI são todas significativas exceto em relação à subescala BSI ansiedade fóbica e às subescalas Zung ansiedade motora, Zung ansiedade cognitiva, Zung ansiedade vegetativa, Zung ansiedade SNC e Zung total, bem como em relação à subescala BSI obsessão compulsão, ideação paranoide e BSI índice sintomas positivos e a subescala Zung ansiedade SNC.

As correlações existentes entre as subescalas e total de Zung e as subescalas e total de Beck são maioritariamente significativas, exceto no que diz respeito à correlação entre as subescalas Beck somático e Zung ansiedade do SNC.

PARTE III

(DISCUSSÃO DOS RESULTADOS)

1. Discussão dos Resultados

1.1. Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI

Os itens do BSI que obtiveram as médias de resposta mais altas foram aqueles em que os sujeitos demonstram manifestar nervosismo ou tensão interior; dificuldade em se lembrar de coisas passadas e recentes; dificuldade em tomar decisões e ter dificuldade em se concentrar. Tal como refere Harper (1996), a doença de Huntington apresenta sintomatologia específica, como a deterioração cognitiva e psicopatologia: ter dificuldade em se lembrar de coisas passadas e recentes; e ter dificuldade em se concentrar são sintomas específicos da fase inicial da DH.

No nosso estudo, verifica-se que os itens com médias mais elevadas correspondem a sintomas característicos nos sujeitos em risco para a doença de Huntington. Num estudo recente (cit. in Ribeiro, 2006), concluiu-se que 98% dos doentes com DH são afetados por um problema neuropsiquiátrico como: agitação, irritabilidade, apatia e ansiedade. Santana (cit. in Ribeiro, 2006) refere que este tipo de demência inicia-se por esquecimentos e alguma lentificação do pensamento. Precocemente, surgem também alterações na atenção e concentração. Apesar disso, através da análise das modalidades de resposta do BSI, verifica-se que os sujeitos da nossa amostra não têm pensamentos de acabar com a vida.

Os primeiros sintomas da doença aparecem geralmente entre os 25 e 50 anos de idade, ainda que alguns sintomas sejam mais evidentes no período dos 35 aos 45 anos (Smolina, 2006). A média de idades da nossa amostra é de 44, 61 anos e, apesar da mesma não manifestar distúrbios emocionais, esta média de idade pode explicar o facto de apresentar valores mais elevados em todas as subescalas, total e índices do que os da população geral portuguesa, mas mais baixos que os da população com distúrbios emocionais, dada a proximidade com a idade do início dos sintomas.

Relativamente ao resultado do teste (portador ou não portador), verifica-se que os portadores apresentam valores mais elevados em relação à subescala obsessão-compulsão, depressão, ansiedade, hostilidade, total, índice geral de sintomas e índice

sintomas positivos. Segundo um estudo realizado por Tibben et al. (1997), que avaliou durante três anos o curso do mal-estar em portadores e não portadores para DH, uma semana depois da revelação do resultado do teste genético preditivo, os portadores tinham aumentado o nível de desesperança e os não portadores tinham diminuído o nível de desesperança.

No atinente às correlações efetuados, verificamos que, de facto, a subescala ansiedade fóbica é aquela que tem menos correlação com as outras subescalas. Isto leva-nos a pensar que a ansiedade fóbica que aparece na nossa amostra pode não estar relacionada com a DH, mas sim com características específicas dos sujeitos que constituem a amostra.

1.2. Inventário de Depressão de Beck (Beck Depression Inventory)

No que diz respeito aos resultados obtidos através do Inventário de Depressão de Beck, podemos constatar que na nossa amostra os itens do Beck que obtiveram as médias mais altas foram aqueles em que os sujeitos demonstraram manifestar perda de energia; autocrítica; descontentamento e fadiga. Tal como se verificou no BSI, também os itens do Beck com médias mais altas, correspondem a sintomas específicos da doença de Huntington.

Num estudo recente (Ribeiro, 2006), verificou-se que pode tornar-se visível o aparecimento de depressão (onde os sintomas como a perda de energia, descontentamento e fadiga são típicos) aumento do isolamento social, perturbações do sono, comportamentos obsessivos-compulsivos e sintomas psicóticos. No entanto, e apesar da nossa amostra manifestar comportamentos de “autocrítica”, através da análise das modalidades de resposta do Beck, verificamos que estes sujeitos não têm a impressão de merecer um castigo nem querem por fim à vida.

Relativamente à análise fatorial pelos principais componentes pelo método de rotação varimax, que revelou duas subescalas: cognitiva-afetiva e somático, é possível verificar que não há coincidência entre todos os itens que compõem as subescalas dos dois estudos (estudo atual e o de Campos & Gonçalves, 2011).

Constata-se que a população geral portuguesa apresenta um valor médio de depressão (nas subescalas) mais elevado do que a nossa amostra. Isto poderá estar relacionado com fenómenos de autoseleção, isto é, só faz o teste pré-sintomático quem

tem mais competências/capacidades psicológicas. De resto, verificou-se que na nossa amostra, 87% apresenta ausência de depressão, 3.33% apresenta depressão leve, 6.67% depressão moderada e 6.67% apresenta depressão grave. Segundo Evans (1993), os resultados de estudos realizados com indivíduos que realizaram o teste preditivo para DH mostraram algumas surpresas: só 10% das pessoas que pensavam estar sujeitas a um alto risco de contrair a doença prosseguiram com o teste preditivo.

No que diz respeito ao resultado do teste (portador ou não portador), verifica-se que os portadores apresentam valores mais elevados do que os não portadores em relação à subescala Beck somático e Beck total. Codori et al. (1997), ao avaliarem os preditores de ajustamento ao teste genético preditivo para DH, concluíram que os sujeitos menos bem ajustados eram os portadores, casados, sem filhos e que estavam perto da idade habitual de início dos sintomas.

1.3. Escala de Autoavaliação de Zung (Self Anxiety Scale)

No atinente aos resultados obtidos através da Escala de Autoavaliação de Zung, podemos verificar que na nossa amostra os itens de Zung que obtiveram as médias mais altas foram aqueles em que os sujeitos afirmaram sentir que tudo corre bem e que nada de mal lhe acontecerá; sentem-se calmos e com facilidade se podem sentar e ficarem sossegados; as suas mãos estão habitualmente secas e quentes e podem inspirar e expirar com facilidade.

Assim, constata-se que não há coincidência entre os itens com médias mais altas no Zung e os itens com médias mais altas no BSI e Beck. Enquanto nestes últimos se verificam sintomas específicos da doença de Huntington, os resultados de Zung parecem estar relacionados com sujeitos que aparentam estar emocionalmente melhor preparados para lidar com os resultados do teste preditivo. Tal como referem alguns autores (Croyle et al., 1997; Coyne et al., 2000; Lerman et al., 2002), enquanto alguns estudos referem problemas persistentes de ansiedade e *distress* numa maioria significativa de pessoas, outros dados sugerem que a proporção de pessoas que foram testadas para a suscetibilidade genética e que sentiram elevado nível de *distress* psicológico é baixa e que a maior parte das pessoas se adaptou aos resultados sem grande dificuldade.

A análise dos resultados das modalidades de resposta de Zung realçam o referido anteriormente, verificando-se que os sujeitos da nossa amostra não apresentam crises de desmaio ou sensação de que vão desmaiar, declarando, também, não se sentirem perturbados ou em pânico nem como se estivessem a rebentar.

Relativamente ao facto de não se verificarem grandes diferenças entre as médias das subescalas da nossa amostra e da população geral portuguesa (Ponciano et al., 1982), isto pode ir ao encontro do referido anteriormente em relação ao Beck, podendo estes resultados estar relacionados com fenómenos de autoseleção.

Para além de que só faz o teste pré-sintomático quem tem mais recursos psicológicos, pensa-se, através do referido por Dawson et al. (2002), que as pessoas estão mais motivadas para proteger o seu bem-estar psicológico face à informação médica potencialmente desagradável, e tendem a evitá-la, negá-la e desacreditá-la. Alguns podem ver o teste como a possibilidade de obterem informação muito desejada, outros não querem submeter-se a fazê-lo (Read, 1993). De resto, constatou-se que 61,29% da amostra não está ansiosa, 16,13% da amostra está com sintomas de ansiedade e, 9,68% da amostra encontra-se doente.

A ansiedade vegetativa é aquele que apresenta valores mais elevados nas frequências das subescalas de Zung. Também aqui, é possível verificar que este tipo de ansiedade é comum nos sujeitos em risco para a doença de Huntington, havendo experenciação de manifestação orgânica, tal como queixas físicas ou somatização. Isto pode dever-se ao facto de as pessoas sujeitas a elevado risco de serem portadoras de gene poderem experienciar dificuldades psicológicas e emocionais ao terem que lidar com a informação que irá ser fornecida (Evans, 1993).

Relativamente ao resultado do teste (portador ou não portador), verifica-se que os portadores apresentam valores mais elevados do que os não portadores, em relação à subescala ansiedade motora, ansiedade cognitiva, ansiedade vegetativa e Zung total. Este resultado está em conformidade com os resultados obtidos no BSI e no Beck. Os portadores parecem apresentar valores mais elevados na maioria das subescalas. Através dos estudos realizados (Tibben et al., 1997; Codori et al., 1997) verifica-se que os portadores são os que apresentam um maior nível de desesperança e são os menos ajustados. Tal como Sequeiros (2001) afirma, o risco para uma doença genética pode

alterar por completo a vida individual, conjugal, familiar e no trabalho, provocando, por vezes, desajustamentos e reações psicológicas em pessoas predispostas.

Verifica-se em relação ao exame neurológico, que os sujeitos que nunca fizeram ou os que fazem desde sempre exame neurológico apresentam valores mais elevados na subescala ansiedade motora. Nas duas situações (sujeitos que nunca fizeram exame neurológico e sujeitos que fazem desde sempre exame neurológico), a ansiedade manifesta pode ser consequência de sentimentos de medo, apreensão e incerteza.

No que diz respeito aos sujeitos que desde sempre fazem exame neurológico, estes sentimentos poderão estar relacionados com a preocupação permanente de quem está em risco para a doença de Huntington, estando os sujeitos interessados no início do desenvolvimento da própria doença. Evers-Kiebooms et al. (2000) referem que, embora o risco de desenvolver a doença diminua com a idade, os indivíduos em risco nunca estão inteiramente seguros de estarem imunes à doença, sendo a variabilidade da idade de início da doença uma fonte adicional de incerteza.

Comparativamente, nos sujeitos que nunca fizeram exame neurológico, estes sentimentos poderão estar relacionados com o resultado do próprio exame neurológico, ou por acharem que já não é necessário realizar mais exames, devido ao facto de já conhecerem a sua situação genética. Tal facto pode ir de encontro ao referido por Evans (1993), quando este afirma que num número significativo de casos, as pessoas procuram o teste já numa fase tardia da existência, na altura em que se esperam os primeiros sintomas. Com efeito, estas pessoas podem estar a usar o teste mais como diagnóstico precoce da doença, do que para estabelecer a sua situação genética.

No atinente ao acompanhamento psicológico, verifica-se um valor mais elevado nos sujeitos que só tiveram acompanhamento psicológico “uma vez”. Evans (1993) refere que as pessoas sujeitas a elevado risco de serem portadoras do gene podem experienciar dificuldades psicológicas e emocionais ao terem que lidar com a informação, mas, geralmente, o choque é seguido de uma recuperação relativamente rápida. Isto pode explicar a ausência de necessidade de acompanhamento psicológico.

CONCLUSÃO

O presente estudo tinha como principal objetivo conhecer o impacto psicológico a longo prazo do teste preditivo na doença de Huntington, tendo em conta a manifestação de sintomatologia psicopatológica apresentada pelos sujeitos que compõem a nossa amostra e que realizaram o teste preditivo para conhecerem a sua situação genética. Pretendeu-se, assim, através de provas específicas, determinar a ansiedade e conhecer os níveis de depressão destes sujeitos, bem como avaliar a existência ou não de sintomas psicopatológicos. Relacionou-se, ainda, as variáveis sociodemográficas com os resultados clínicos.

Através da análise estatística realizada aos três testes psicológicos aplicados neste estudo, podemos concluir que:

Através dos resultados obtidos no Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI e no Inventário de Depressão de Beck - BDI, podemos verificar que a nossa amostra apresenta sintomas característicos da doença de Huntington: ter dificuldade em se lembrar de coisas passadas e recentes; ter dificuldade em se concentrar; perda de energia; descontentamento; e fadiga são sintomas específicos da fase inicial da DH. Quando comparado o estudo levado a cabo por Canavarro (1999) e o estudo atual, verifica-se que a amostra do nosso estudo apresenta valores mais elevados em todas as subescalas, total e índices do BSI do que a população geral portuguesa de Canavarro (1999), mas mais baixos do que a sua população com distúrbios emocionais. Estes resultados parecem indicar que a nossa amostra está inserida num “território intermédio” (ou seja, não se insere nem população normal nem na população com distúrbios emocionais) porém, reflete emocionalmente o impacto do teste preditivo.

Dados relativamente opostos dá-nos o estudo comparativo entre o estudo atual e o de Campos e Gonçalves (2011) realizado no Inventário de Depressão de Beck, que determinou que a população geral portuguesa apresenta um valor médio de depressão maior do que a nossa amostra, sendo que 87% apresenta ausência de depressão, 3.33% apresenta depressão leve, 6.67% depressão moderada e 6.67% apresenta depressão grave.

A Escala de Autoavaliação de Ansiedade de Zung oferece-nos resultados aparentemente incompatíveis quanto à sintomatologia apresentada no BSI e no BDI,

sendo que os resultados obtidos parecem estar relacionados com sujeitos que aparentam estar emocionalmente melhor preparados para lidar com os resultados do teste preditivo. Também o estudo comparativo entre a nossa amostra e o de Ponciano et al. (1982) estabeleceu que não se verificam grandes diferenças entre a sintomatologia apresentada pela nossa amostra e a população geral portuguesa, sendo que 61,29% da nossa amostra não está ansiosa, 16,13% da amostra está com sintomas de ansiedade e, 9,68% da amostra encontra-se doente.

Ao longo da investigação levado a cabo neste estudo, verifica-se que estes resultados estão aparentemente relacionados com fenómenos de autoseleção, sendo que os sujeitos que decidem realizar o teste pré-sintomático são os que psicologicamente estão melhor preparados para lidar com os resultados do teste. Além disso, os indivíduos em risco de Doença de Huntington interessados no teste genético devem ser encaminhados para centros de teste especializados com pessoal preparado e com experiência em aconselhamento genético e psicossocial adequado. A prática do aconselhamento genético fornecido antes, durante e após da realização do teste preditivo pode estar, igualmente, relacionada com o facto de não haver resultados psicopatológicos mais significativos nestes sujeitos. Para além de que, a literatura sugere que alguns sujeitos, perante a possibilidade de afetar o seu bem-estar psicológico, preferem negar ou não enfrentar a certeza da sua situação genética.

Relativamente às variáveis sociodemográficas, podemos constatar que neste estudo, não se encontram diferenças estatisticamente significativas quanto à comparação de médias entre os sexos, estado civil, à idade real e idade por categorias, categoria de anos de protocolo, caracterização da sintomatologia e, também, às mudanças que possam ter surgido nos indivíduos.

Pelo contrário, encontramos diferenças estatisticamente significativas quanto aos portadores/não portadores nas três provas aplicadas, verificando-se que em todos as subescalas que compõe as provas, estão explícitos resultados mais elevados nos portadores de DH. Em Zung, podemos constatar que as variáveis relativas ao exame neurológico e acompanhamento psicológico apresentam, também, diferenças estatisticamente significativas.

▪ **Reflexão Pessoal**

Avaliar o impacto psicológico a longo prazo do teste preditivo em sujeitos (portadores e não portadores de DH); perceber a forma como cada sujeito se adaptou ao resultado do teste preditivo; analisar e compreender os resultados obtidos no final da investigação e relacionar variáveis sociodemográficas significativas, tornou-se a essência deste trabalho de investigação.

Enquanto alguns resultados dão conta de indivíduos que estão emocionalmente melhor preparados para lidar com a informação genética potencialmente prejudicial para a sua saúde (resultados do BDI e Zung), outros mostraram indivíduos que refletem emocionalmente o impacto da realização do teste preditivo (resultados do BSI). É de referir que os portadores de DH são os que menos bem ajustados e adaptados estão após um ano ou mais da realização do teste preditivo o que vai de encontro ao que a literatura tem sugerido.

No final desta investigação científica, algumas limitações devem ficar registadas, nomeadamente o número reduzido da amostra (31 sujeitos) e no que diz respeito a uma possível generalização da informação obtida e dos resultados apurados. Para além disso pode questionar-se a sensibilidade de alguns questionários utilizados, nomeadamente o Inventário de Depressão de Beck para este tipo de população – que nem é uma população normal nem uma população doente. Fica numa “terra de ninguém” e pode haver alguns instrumentos que não têm a sensibilidade necessária para apurar estas diferenças. Por último, os valores apresentados dão apenas uma indicação indireta da presença de sintomatologia porque se basearam numa medida de autoavaliação e não na observação clínica. O que este tipo de medidas nos fornece é a percepção que os sujeitos têm, neste caso, dos seus sintomas psicopatológicos (ansiedade e depressão).

O impacto a longo prazo da comunicação dos resultados do teste genético é ainda difícil de avaliar, dado o recente aparecimento de alguns destes testes. Espera-se que alguns sintomas psicopatológicos sejam mais evidentes a curto prazo, no entanto, em alguns casos esta sintomatologia pode demorar ou manter-se ao longo do tempo. Parece que certas pessoas que passaram por este processo podem continuar a ter sentimentos de ansiedade e depressão. Compreende-se que aparentemente estes sentimentos surgem primariamente de dois tipos de questões, nomeadamente, os que

são de natureza psicoafectiva e os que estão relacionados com a informação genética. As questões psicoafectivas incluem as consequências de passar a saber que estão em risco, as repercussões nas relações familiares, os problemas relacionados com a potencial transmissão da doença e os sentimentos de culpa. As questões relacionadas com a informação incluem a avaliação do risco do paciente e seus familiares, a percepção de risco, a possibilidade de medidas preventivas, a reacção que se segue ao facto de conhecer o seu estatuto genético, e a influência deste conhecimento na sua percepção acerca da sua saúde (se é ou não saudável).

Apesar do conhecimento insuficiente acerca das consequências a longo prazo, o reconhecimento de que podem persistir sentimentos de ansiedade e depressão entre as pessoas testadas leva-nos a pensar na importância de se incluir apoio psicológico a longo prazo nos serviços de aconselhamento genético.

BIBLIOGRAFIA

- Albrecht, G.L., Fitzpatrick, R. & Scrimshaw, S. C. (Eds). (2000). *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*. London: Sage Publications, Lda.
- Almqvist, E., Adams, S., Bloch, M., Fuller, M., Welch, P., Eisenberg, D., Macgregor, D., Meschino, W., & Hunder, R. (1997). *Risk reversals in predictive testing for Huntington disease*. Department of Medical Genetics, University of British Columbia, Vancouver, Canada, 61 (4), pp. 945-952.
- Beck, A., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1991). *An Inventory for measure depression*. Archives of General Psychiatry, 4, pp. 561-571.
- Bennett, R.L., Bird, T.D., & Teri, L. (1993). Offering predictive testing for Huntington disease in a medical genetics clinic: Practical applications. *Journal of Genetic Counseling*, 2, pp. 123-137.
- Biesecker, B. & Peters, F. (2001). Process studies in genetic counseling: peering into the black box. *American Journal of Medical Genetics*, 106, pp. 191-198.
- Bowen, D. J., Patenaude, A. F. & Vernon, S. W. (1999). Psychosocial issues in cancer genetics: From the laboratory to the public. *Cancer Epidemiology, Biomarkers e Prevention*, 8, pp. 326-328.
- Brooks, D.J. (1996). Functional imaging of movement disorders. Pp. 79-81. In C.D., Marsden & S., Fahn (Eds.). *Movement Disorders 3*. Oxford, England: Butterworth-Heinemann Ltd.
- Campos, R.C. & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese version of the Beck Depression Inventory – II (BDI- II). Preliminary Psychometric Data with Two Nonclinical Samples. *European Journal of Psychological Assessment*, 27 (4), pp. 258-264.
- Canavarro (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI. In Simões, M., Gonçalves, M., & Almeida, L. (ed). *Testes e Provas Psicológicos em Portugal*. 2, pp. 305-331. Braga: APPORT/SHO.

- Canavarro, C. (2007) Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In Simões, M., Machado, C., Gonçalves, M. & Almeida, L. (ed). *Avaliação Psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa*. 3. Lisboa: Quarteto Editora.
- Chaudhuri, K.R. (2001). Autonomic dysfunction in movement disorders. *Current Opinion in Neurology*. 14 (4), pp. 505-511.
- Codori, A., Slavney, P., Young, C., Miglioretti, D. & Brandt, J. (1997). Predictors of psychological adjustment to genetic testing for Huntington's disease. *Health Psychology*, 16 (1), pp. 36-50.
- Coyne, J. C., Benazon, N. R., Gaba, C. G., Calzone, K. & Weber, B. L. (2000). Distress and psychiatric morbidity among women from high-risk breast and ovarian cancer families. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), pp. 864-874.
- Croyle, R. T., Smith, K. R., Botkin, J. R., Baty, B. & Nash, J. (1997). Psychological responses to BRCA mutation testing: Preliminary findings. *Health Psychology*, 16 (1), pp. 63-72.
- Dawson, E., Gilovich, T. & Regan D.T., (2002). Motivated reasoning and performance on wason selection task. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 28, pp. 1379-1387.
- Deus-Yela, J., Pújol, J. & Espert, R. (1997). Neuro-psychological deterioration in Huntington's disease. *Journal of Neurology*, 25 (144), pp. 1257-1268.
- Evans, J. P., Skrzynia, C. & Burke, W. (2001). The complexities of predictive genetic testing. *British Medical Journal*. 322, pp. 1052 - 1056.
- Evans, D.G., Burnell, L.D., Hopwood, P. & Howell, A. (1993). Perception of risk in women with a family history of breast cancer. *British Journal of Cancer*, 67, 612-614.
- Evers-Kiebooms, G., Welkenhuysen, M., Claes, E., Decruyenaere, M. & Denayer, L. (2000). The psychological complexity of predictive testing for late onset neurogenetic diseases and hereditary cancers: implications for multidisciplinary counselling and for genetic education. *Social Science & Medicine*, 51 (6), pp. 831-841.

- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, pp. 117-140.
- Folstein, S.E., Franz, M.L., Jensen, B.A., Chase, G.A. & Folstein, M.F. (1983). Conduct disorder and affective disorder among offspring of patients with Huntington's disease. *Psychological Medicine*, 13, pp. 45-52.
- Gharehbaghi-Schnell, E., Finsterer, J., Korschineck, I., Mamoli, B. & Binder, B.R. (1998). Genotype-phenotype correlation in myotonic dystrophy. *Clinical Genetics*, 53, pp. 20-26.
- Harper, P. (1996). *Huntington's disease*. Londres: Saunders.
- Hashimoto, T., Shindo, M. & Yanagisawa, N. (2001). Enhanced associated movements in the contralateral limbs elicited by brisk voluntary contraction in choreic disorders. *Clinical Neurophysiology*, 112, pp. 1612-1617.
- Lehmann, A. (1997). Aspects psychologiques de la consultation de conseil génétique [Psychological aspects of genetic counseling]. In Y. J. Bignon (Coord.), *Oncogénétique - vers une médecine de présomption/prédiction*. Pp. 383-395. Paris: Technique et Documentation Lavoisier.
- Lerman, C., Croyle, R., Tercyak P. & Hamann, H. (2002). Genetic testing: psychological aspects and implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), pp. 784-797.
- Lerman, C. & Croyle, R. (1994). Psychological issues in genetic testing for breast cancer susceptibility. *Archives of Internal Medicine*, 154 (6), pp. 609-616.
- Marteau, T. & Croyle R. (1998). Education and debate. *The new genetics British Medical Journal*. 316, pp. 693-696.
- Patenaude, A. F., Guttmacher, A.E. & Collins, F. S. (2002). Genetic testing and psychology: new rules, new responsibilities. *American Psychologist*, 57, pp.271-282.
- Paúl, M.C. (1996). Reações esperadas aos resultados do teste pré-sintomático - a experiência dos programas da doença de Huntington. In Sequeiros, J. (Ed.). *O Teste Pré-sintomático da Doença de Machado-Joseph*. Pp. 79-94. Porto: UnIGEN e IBMC.

- Pelletier, S. & Dorval, M. (2004). Predictive genetic testing raises new professional challenges for psychologists. *Canadian Psychology*, 45, pp. 16-30.
- Ponciano, E., Serra, A. & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de autoavaliação de ansiedade, de Zung, numa amostra de população portuguesa – I – Resultados da aplicação numa amostra de população normal. *Psiquiatria Clínica*. 3 (4) pp. 192-202.
- Quinn, N. & Schrag, A. (1998). Huntington's disease and other choreas. *Journal of Neurology*. 245, pp. 709-716.
- Reed, S. (1955). *Counseling in Medical Genetics*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Read, A.P. (1993). Huntington's disease: testing the test. *Nature Genetics*. 4, pp. 329-330.
- Rega, S., Stiewe, T., Chang, I., Pollmeier, B., Esche, H., Bardenheuer, W., et al. (2001). Identification of the full-length huntingtin- interacting protein p231HBP/HYPB as a DNA-binding factor. *Molecular and Cellular Neuroscience*. 18, pp. 68-79.
- Ribeiro, R. (2006). “Doença de Huntington – aspetos psiquiátricos duma doença neuropsiquiátrica paradigmática”. *Revista do Serviço do Hospital Fernando Fonseca*, 3 (1), pp.7-18.
- Sequeiros, J. (2001). Aconselhamento genético e testes preditivos em doenças da vida adulta. In L., Archer, J., Biscaia, W., Osswald & M. Renaud (Eds.), *Novos desafios à bioética*, 27, pp. 172-189. Porto: Porto Editora.
- Serra, A., Ponciano, E. & Relvas, J. (1982). Aferição da escala de autoavaliação de ansiedade de Zung, numa amostra de população portuguesa – II – Sua avaliação como instrumento de medida. *Psiquiatria Clínica*. 3 (4), pp. 203-213.
- Shiloh, S. (1996). Genetic counseling: A developing area of interest for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 27 (5), pp.475-486.
- Smolina, E. (2007). Psychosocial impact of Huntington's disease on families and spouses from the perspective of the Family Systems Theory [Eletronic version], *Journal Electronic – SURG*, (1), 1.

- Tibben, A., Roos, C. & Niermeijer, M.F., (1997). Psychological consequences of presymptomatic testing for Huntington's disease. [Letter to the Editor]. *The Lancet*, pp. 349 - 809.
- Tyler, A. (1996). Social and psychological aspects of Huntington's disease. In P.S. Harper (Ed.). *Huntington's disease*. London: Saunders.
- Whaley, B. (Ed.), (2000). *Explaining illness, research, theory, and strategies*. New Jersey, Londres: Lawrence Erlbaum Associates, Publihers Mahwah.
- Wexler, N.S. (1979). Genetic Russian roulette: The experience of being "at risk" for Huntington's disease. In S. Kessler (Ed.), *Genetic Counselling: Psychological dimensions*. Londres: Academic Press.
- Vaz Serra, A. & Pio Abreu, L. (1973). *Aferição dos quadros clínicos depressivos. II – Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário Depressivo de Beck”*. Coimbra Médica, XX, pp. 713-736.
- Venter, J.C., Adams, M. D., Myers, E. W., Li, P. W., Mural, R. J., Sutton, G. G. & 167 others (2001). The sequence of human genome. *Science*, 291, pp.1304-1351.
- Vigne, D. (1998). Génétique des cancers: la quadrature du test [Genetics and cancer: Attempting the impossible]. *Biofutur*. 181, pp. 20-23.

ANEXOS